

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markuszovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében. GYNAEKOLOGIA Tóth István szerkesztésében.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLÉSEK.

Pólya Jenő: Közlés a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem általános kór- és gyógytani intézetéből (igazgató: Tangl Ferencz dr., egyetemi tanár) és a székesfővárosi szt. Margit-kórház sebészeti osztályáról. A vékonybél retrograd incarcerationatiójáról. 93. lap.

Kopits Jenő: Újszerkeztű előreszes spondylitis-fűző bemutatása. 102. lap.

Brüll Vilmos: A typhus abdominalisnak az epityphilitishez hasonló alakja. 103. l.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. A. Moeller: Lehrbuch der Lungentuberculose. — **Landois:** Lehrbuch der Physiologie des Menschen. — **Lapszemle. Általános kórtan. Ehrlich:** A fertőző bajok vegyi orvoslása. — **Belorvostan. Alexander:** Gyomor-

fekély és hyperaciditás eseteiben neutralonnal tett tapasztalatok. — **H. Curschmann:** Az in- és bőrreflexek viselkedésének jelentősége uraemiában. — **Sebészet. Strelitz:** Heveny parotidduzzadás. — **Eiselsberg:** A pylorus féldoldali kiiktatása. **Hochenegg:** A gyomorfekély eseteiben javalt műtétek. — **Húgyszervi betegségek. Israel:** Vesekőbántalom. — **Gino Baggio:** Veseztülett vesetumor. — **Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Bruch:** A külső hallójárat furunculosisa. — **Bronchitis foetida** kezelése. — **Kettner:** Szer bromacne ellen. 104. lap.

Magyar orvosi irodalom. Klinikai füzetek. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 107. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 107. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 108–111. lap.

Melléklet. Merck vegyszeti gyár „Stypticin” prospektusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a budapesti kir. magyar tudományegyetem általános kór- és gyógytani intézetéből (igazgató: Tangl Ferencz dr., egyetemi tanár) és a székesfővárosi szt. Margit-kórház sebészeti osztályáról.

A vékonybél retrograd incarcerationatiójáról.

Irta: **Pólya Jenő** dr. egyetemi magántanár, kórházi rendelőorvos.

A bél retrograd incarcerationatiója alig néhány éve vonta magára a sebészek figyelmét; ezóta mind több és több új eset vált ismeretessé és az aránylag rövid idő alatt közölt esetek eléggé tekintélyes száma, valamint ama körülmény, hogy az e kérdést tárgyaló szerzőknek nagyobb része mindjárt több esetről tud beszámolni, arra enged következtetni, hogy ezen a pathogenesis szempontjából oly érdekes és nagy klinikai fontossággal is bíró jelenség gyakrabban fordul elő, mint azt gondolnók.

A retrograd incarcerationatio fogalma Maydl-től származik. Ő ezen elnevezéssel a sérvkapuból a hasürbe menő képlet incarcerationatióját jelezte, vagyis azon állapotot, midőn valamely incarcerationált sérvbe előesett képletnek nem a sérvben levő, hanem a hasüregbe visszanyúló része szenved el a legsúlyosabb táplálkozási zavart. Szerinte ez a retrograd incarcerationatio csak oly képleteken jöhet létre, a melyeknek erei a szerv hosszirányában futnak, ilyenek a proc. vermiformis, a Meckel-gurdély, a tuba, a cseplesz. Ezeknek a sérvtömlőben fekvő részletéhez menő erek csak egyszer vannak leszorítva, míg a sérvtömlőből a hasürbe visszanyúló részletéhez menő erek természetesen kétszer, másodszor a sérvgyűrűből a hasürbe való belépés helyén, és így csak természetes, hogy ezen a hasürbe visszanyúló végdarab szenved el a legsúlyosabb táplálkozási zavart. És csakugyan Maydl közleménye után,¹ melyben a tuba és proc. vermiformis ilyen retrograd incarcerationatióját írja le, a fentnevezett képletek retrograd incarcerationatiójának eseteit írták le

Schnitzler,¹ Bayer,² Pupovac,³ Zahradnicky,⁴ míg Kukula⁵ egy subserosus béldaganat, Kopfstein⁶ egy kötőszöveti köteg retrograd incarcerationatióját ismertette. Magam egy ovariális cysta retrograd incarcerationatióját láttam.⁷ Egy többszörös kocsányosavarodás által kocsányról úgyszólván teljesen lefüződött és főleg az adhaesiók és különösen csepleszadhaesiók által táplált emberfejnyi malignus cysta esetében a cseplesz kizáródott egy köldöksérven. A cysta elhalt, részben mivel a még meglevő igen vékony kocsány ezen incarcerationatio folytán vongálást és újlagos torsiót szenvedett, főleg azonban véleményem szerint azért, mert a cysta táplálkozásának legfőbb forrását tevő csepleszerek az incarcerationatio folytán átjárhatatlanná váltak.

Ezen inkább pathologiai raritásokat alkotó eseményeknél sokkal nagyobb jelentőséggel bír a bél retrograd incarcerationatiója.

Hogy a bél retrograd módon incarcerationálódjék, azt Maydl nem gondolta lehetőnek. Szerinte csak két módon volna elképzelhető a bél retrograd incarcerationatiója. Vagy úgy, hogy egy a sérvtömlőbe előeső bélkaes kúpja a hasürbe visszanyomtattnék, vagy úgy, hogy a bélkaesnak a sérvbe való előnyomulása közben a bélkaes kúpja a hasürben visszatartattnék. Mindenképpen a sérvbe jutott bélkaesnak W-alakúnak kellene lennie, vagyis a sérvkapun 4 béllumennek kellene átlépnie; a hol pedig a sérvkapu elég tág arra, hogy rajta 4 béllumen mesenteriumostól átlépjen, ott nem valószínű, hogy incarcerationatio egyáltalán létrejöjjön s így nem tartotta a bél retrograd incarcerationatióját lehetőnek. Pedig mikor ő 1895-ben ezen munkáját megírta, már 3 eset volt irodalmilag ismertetve, melyekben a sérvbeli béldarabokat összekötő, a hasürben fekvő bélrészlet súlyos táplálkozási zavarokat szenvedett (Schmidt 1880., Hochenegg 1887., Lauenstein 1894., lásd a táblázat 33., 8., 15. számú

¹ Wiener klin. Wochenschrift, 1896.

² Zentralbl. für Chirurgie, 1898.

³ Wiener klin. Wochenschrift, 1900.

⁴ Wiener klin. Rundschau, 1898.

⁵ Wiener klin. Rundschau, 1895.

⁶ Wiener klin. Rundschau, 1898.

⁷ Budapest székesfőváros közpórházainak 1903-i évkönyve és Wiener klin. Rundschau, 1906.

¹ Wiener klinische Rundschau, 1895. 17.

Folyó szám	Szerző	Kor, nem	Incarceratio tartama	Taxis-kísérlet	A sérv helye, nagysága	Egyéb fontos klinikai tünetek	L o k á l i s l e e l e t			Műtét	Eredmény	Jegyzet
							Sérvbeli bélkacsok	Összekötő kacs	Egyebek			
1	de Beule I. Bullet. de l'acad. royale de med. de Belgique, 1908 júl. 25	62 éves, férfi	14 óra	Erős és hosszas	Jobboldali lágyék-sérv, gyermekfejni	Jobboldalt a hypogastrium-ban kifejezett resistentia; nagy elcsetség	Két kékes, körülbelül egyforma hosszú vékonybélkacs, együtt körülbelül 50 cm.	150 cm. hosszú, elhalt, sok helyütt közel a perforatiohoz, mesenteriuma kétszer átmegegy a sérvkapun, véresen infarcirozott; ezen terület éles vonallal van elhatárolva	A csak mérsékelten szorító sérvkaput át-hidalja egy csepleszcücsök-ből álló köteg; a két bélkacs a híd bal oldalán lép be a sérvbe s a jobb oldalán lép vissza a hasürré. A sérvben tiszta, a hasürrben véres folyadék. A le-fűződési ba-rázdák helyének vitalitása nem kétes. A kizárt bélrész a coe-cum szomszéd-ságában	Herniotomia. Enterostomia. Az elhalt bél-kacs körülta-ponálása	Meghalt néhány órával utóbb	—
2	de Beule Ibidem	73 éves, nő	24 óra	Történ-tek	Jobboldali czomb-sérv, ökölnyi	Jobboldalt a hypogastrium-ban kifejezett resistentia, melyről meg lehet állapítani, hogy ballonirozott bélkacs. Dia-gnosis valószínűs-séggel felállítva	Egy 20 és egy 8 cm. hosszú vékonybélkacs, alig belöveltek, kissé puffadtak	25 cm., erősen tágult, sok infarctus haemorrhagicus, mesen-teriumában nagyobb foltszerű vérzések. A mesenterium nem jutott bele a sérvtömlőbe, a hasürrben fekszik, sem leszo-rítva, sem torquálva nincs, a sérvkapu felett ívet alkot, melynek szárai a sérvkapuban vesznek el	A sérvkapu csak mérsékelten szorít	Herniolaparoto-mia, repositio	Gyógyult	Véres szék a reconvales-centiában
3	Chiene, Edinburgh med. Journ., 1906. XX. kötet, 252. lap	27 éves, férfi	6 óra	—	Lágyék-sérv, nagy	—	Elöl egy nagy belövelt vékony-bélkacs, mögötte egy hasonló kisebb kacs	Igen hosszúnak látszott, csak két vége lett megvizsgálva, minthogy egy lábnyi darabon ez kifejezetten belövelt, különben ép volt	—	Herniotomia radicális, repo-sitio	Gyógyult	—
4	Enderlen D. Z. f. Chir., 100. (Lauen-stein-nál) 1909	58 éves, férfi	12 óra	Nem történt	Jobb-oldali lágyék-sérv, két-ökölnyi	Igen fájdalmas, feszes, a beteg úgy érzi, mintha valami „belül is kiszorult volna”. Objective semmi jel, mely intra-abdominális el-változásra mutatott volna	Két 70 cm. hosszú, súlyos pan-gás jeleit mutató vékonybél-kacs; az odavezető bélkacs a legerősebben elváltozott, ke-vésbé az összekötő, legkevésbé az elvezető	70 cm., erősen elváltozott, me-senterium nincs a sérvben, de az a benyomás, mintha a fron-tális tengely körül megcsava-rodott volna	—	207 cm. vékony-bél resectioja, Bassini	Gyógyult	Véres has-menés az első két napon
5	Haim Centralblatt für Chir., 1906. 951. l.	74 éves, nő	3 óra	Történ-tek többszörösen	Jobb-oldali czomb-sérv, két-ökölnyi	Súlyos általános tünetekkel (fáj-dalmak, hányás, nyomási érzé-kenység), szem-ben a sérv maga alig érzékeny, puha	Két el nem változott vékony-bélkacs	20 cm. hosszú, élénkvrös, fe-szes, kifejezett leszorítási gyűrűk	Tág sérvkapu, sérvviz kevés, a hasürrben sok vörhenyes savó	Repositio. Elzárás	Gyógyult	—

Folyó szám	Szerző	Kor, nem	Incarceratio tartama	Taxis-kísérlet	A sérv helye, nagysága	Egyéb fontos klinikai tünetek	L o k á l i s l e e l e t			Műtét	Eredmény	Jegyzet
							Sérvbeli bélkacsok	Összekötő kacs	Egyebek			
6	Heller I. Medizinische Klinik, 1908. 5. sz.	76 éves, férfi	1 nap	Igen energikus, narcosisban	Baloldali lágyéksérv, struccz-tojásnyi	A has bal fele kifejezetten fáj-dalmasabb és feszesebb mint a jobb; súlyos elesettség, cyanosis	Két puffadt, kékesfekete vékonybélkacs, mesenteriumuk véresen infarcizozva venathrombusokkal; az odavezető kacs 60, az elvezető 90 cm. hosszú, az utóbbi van súlyosabban elváltozva. Az elvezető kacs a coecum felett 12 cm.-nyire végződik	70 cm. hosszú, sötétkékes-fekete. Az elhalás itt a legerősebb. Mesenterium a régi, fehér hegeken kívül, 1 1/2 tenyérnyi, a béllal szomszédos területen infarctust mutat. Ez a mesenterium benne feküdt a sérvtömlőben. A mesenterium oly elongált, hogy a czomb közepéig lehúzható. Ezzel szemben igen keskeny, úgy hogy basisán alig tenyérnyi	A sérvtömlő gangraenás, a sérvvíz véres, bűzös, a hasürben véres transsudatum	235 cm. vékonybél resectiója. Anus praeternaturalis	Meghalt két nap mulva	Seccio nem történt; peritonitis késői jelei hiányzottak, ellenben hypostasis
7	Heller II. Medizinische Klinik, 1908. 33. szám.	54 éves, nő	48 óra	Történt	Jobboldali czomb-sérv, emberfejnél nagyobb	Nagy elesettség, érzékenysé a sérv feletti tájon, de sem daganat, sem resistentia nem érezhető	Lobos, pangásos, duzzadt, részben volvuluszerűen összecsavart vékonybélkacseconvolutum, a belek részben egymással összenőttek; csak egy 15 cm. hosszú bélrészlet, mely a sérvtömlő egy diverticulumában másodszor incarcerálódott, vált gangraenássá. Hogy e bélconvolutum 2 bélkacshoz tartozik, abból tűnt ki, hogy 4 béllumen húzódott át a sérvkapun. Az odavezető bélkacs, mely a közbeeső kacs mesenteriuma alatt mint hid alatt elvonul, 140, az elvezető 100 cm. hosszú. Ez 10 cm.-re van a coecumtól	40 cm., teljesen elhalt; mesenteriumán a gangraena ott kezdődik, a hol másodszor ment át a sérvkapun, vagyis 3—6 cm.-nyire a beltől	Véres, bűzös sérvvíz, az incarceration nem szoros, 2 ujj a bélkacsok mellett a hasürbe vezethető. A leffűződési barázdák közül csak a legabnormálisabb gangraenás; a többi alig kifejezett.	100 cm. bél resectiója, anus praeternaturalis	Meghalt 20 órával p. op.	Seccio: peritonitis
8	Hochenegg Bericht der Albertschen klinik, 1887	74 éves, férfi	4 nap	Történt	Jobboldali lágyéksérv, majdnem emberfejnnyi	Nem voltak súlyos általános tünetek	Két vékonybélkacs: egy puffadt sötétpiros és egy collabált rövidebb kacs, a mely kisebb fokú elváltozást mutat	Rövid bélkacs, melynek szárait régi adhaesiók rögzítik egymáshoz	4 strangulációs barázda; ezek közül a két külső és egy belső gangraenás	40 cm. vékonybél resectiója	Meghalt 9 óra mulva	Seccio: peritonitis; nyálkahártyanecrosis a bennhagyott bélen
9	Jäckh I. Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie, 1907. 87. k.	74 éves, nő	7 1/2 óra	Hosszabb ideig történtek	Jobboldali czomb-sérv, két-ökölnyi	A hasüregben a jobb Poupart-szalag felett két-ökölnyi feszes daganat, mely dobos kopogtatósi hangot ad	20 cm. hosszú, közvetlenül a coecumba átmenő elvezető és hosszabb odavezető vékonybélkacs, alig elváltozva	60—70 cm. hosszú, vörösfekete, véresen infarcizozott vékonybél; a mesenterium 4 cm.-nyi területen véresen infarcizozott	Igen tág sérvkapu	65 cm. bél resectiója, elzárás, vékony drain	Gyógyult	—
10	Jäckh II. Ibidem	63 éves, férfi	14 óra	—	Jobboldali lágyéksérv, 3 ökölnyi	A has jobb oldalán nagyobb feszülés	Erősen puffadt coecum és az ileum kis darabja, azonfelül egy hosszú, erősen puffadt végbélkacs	65 cm. hosszú, sötétvörös, számos subserosus vérzés úgy a bélen mint a mesenteriumon; azonfelül régi heges vastagodások a serosán	Tág sérvkapu, de a puffadt belek feszesen kitöltik. Leffűződési barázdák csak az összekötő kacs végein kifejezettek	Repositio, Bassini	Gyógyult	Néhány nap mulva véres székletét
11	Kaiser Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie, 1900. 55. k.	49 éves, férfi	12 óra	Nem történt	Jobboldali lágyéksérv, 1 1/2 ökölnyi	Súlyos collapsus	Tengelycsavarodott coecum, megvékonyodott falú, igen puffadt; ettől mediálfelé erősen puffadt és kékesfekete vékonybélkacs	Ép, 30 cm. hosszú	Az odavezető kactól orálisan fekvő, 70—80 cm. hosszú vékonybél a mesenterium tengelye körül 80°-ra csavarodott, elhalt	Herniolaparotomia, az elhalt bél kivarrása a hasfalhoz	Meghalt néhány óra mulva	—

Folyó szám	Szerző	Kor, nem	Incarveratio tartama	Taxis- kísérlet	A sérv helye, nagysága	Egyéb fontos klinikai tünetek	L o k á l i s l e l e t			Műtét	Eredmény	Jegyzet
							Sérvbeli bélkacsok	Összekötő kacs	Egyebek			
12	Klauber med. Woch., 1906. 4. sz.	57 éves, férfi	4 óra	Óvatosan történtek	Baloldali lágyék- sérv, férfi- ökölnyi	Behúzóds a sérven	Egy 20 cm.-nyi és egy hosz- szabb vékonybélkacs táplálko- zási zavarok nélkül	25 cm. hosszú, sötétkék; throm- botizált vénák a mesenterium- ban, a mesenterium maga oede- más	Mindhárom bél- kacs a mesente- riumnak egy hosszú csücské- hez tartozott. Az összekötő kacs ezen csücsök kúpján foglalt helyet	65 cm. vékony- bél resectiója hasüregdrainage	Gyógyult	—
13	Langer Wiener klin. Wochenschr., 1903.	60 éves, férfi	17 óra	Történtek	Jobb- oldali lágyék- sérv, gyermek- fejnyi	A has a sérv felett feszes, puffadt, szabad hasvíz kimutat- ható	Egy 30—40 cm. hosszúra tágnit coecum, colon ascendens és az ileum alsó szakaszából álló kacs és egy 40—45 cm. hosszú vékonybélkacs. Mindkettő hal- ványszürkés-zöld, piszkos színű (anaemiás nekrosis) a mesenteria- lis vénák thrombosisa folytán	1 meter barnafekete vékony- bélkacs; vérral; telt mesente- rium vénái thrombotizáltak	A sérvgyűrű szoros	2 m. bél rese- ctiója, anus prae- ternaturalis	Meghalt másnap	—
14	Laroyenne Gazette des hopitaux, 1907. 279. l.	70 éves, férfi	24 óra	Történt	Jobb- oldali lágyék- sérv, két- ökölnyi	—	A coecum és ileum vége és egy távolabbi vékonybélkacs, teljesen épek	Két meter hosszú, elhalt	Tág gyűrű, a sérvvíz tiszta, a hasüregben véres, bűzös folyadék	Herniolaparo- tómia, az elhalt rész tamponálása	Meghalt pár óra mulva	—
15	Lauenstein I. Verhand- lungen der deutschen Gesellschaft für Chir., 1894.	24 éves, férfi	2 óra	Történt	Jobb- oldali lágyék- sérv, 3 ökölnyi	A serotum közepe táján lefűződött, az alsó rész tympa- nicus, a felső tomba hangot ad	Két egyenlőtlen hosszú sötét- vörösbarna vékonybélkacs együttvéve 50 cm. hosszú. Az aborális bélkacs közel van a coecumhoz	50 cm. hosszú sötétbarna-vörös bélkacs, meso injiciált, pete- chiákkal borított és hegesen megvastagodott	Lefűződési hely abdominális lágyékgyűrű. A sérvtömlőn le- fűződés, melybe csak a hosszabb kacs lóg bele	Repositio herniotomia radicalis	Gyógyult	—
16	Lauenstein II. Deutsche Zeitschrift f. Chir., 1905. 77. kötet	52 éves, férfi	2 óra	Óvatos	Jobb- oldali lágyék- sérv, gyermek- fejnyi	—	Két egyenlő, körülbelül 25 cm. hosszú vékonybélkacs, melyek egymás mögött fekszenek; az elülső kacs mesenteriumán vér- zéses hely	Valamivel hosszabb, mint a sérvbeliek, mérsékelt infarci- rozva, a mesenteriumon a bél tapadásával szomszédos és azzal parallel 2 ujj széles véres infarctus	Sérv a belső lágyékgyűrű- nél leszorítva; azonfelül csep- lesz a sérvben. Lefűződési ba- rázdnak nem mutatnak súlyo- sabb sérelmet	Repositio herniotomia radicalis	Gyógyult	Véres szék a műtét után több napig
17	Lauenstein III. Ibid.	58 éves, férfi	12 óra	—	Jobb- oldali lágyék- sérv, gyermek- fejnyi	Nagy elesettség	Jobboldalt hátul coecum és ileum vége 30 cm. Baloldalt és elül vékonybélkacs 45 cm., jobb állapotban mint az összekötő- kacs, úgy hogy ezek nem is lettek reszekálva	65 cm. merev, sötétkékes-fekete, mesenteriuma 10 cm. széles- ségben infarcirozva	Bűzös sérvvíz, leszorítás a lágyékesator- nában	65 cm. bélrese- ctiója, herniot- val	Meghalt néhány óra mulva	—
18	Lauenstein IV. Ibid.	47 éves, férfi	5 óra	Erős	Jobb- oldali lágyék- sérv, gyermek- fejnyi	—	Medial felé 24 cm., lateral felé 48 cm. hosszú vékonybélkacs, a serosa injiciált, mesenteriumon vérzéses foltok. Az aboralis kacs közvetlen a coecum szom- szédóságában	80 cm., injiciált serosa, per- forált (mesterségesen, húzás közben berepedve?)	Leszorítás a subcutan lágyék- gyűrű táján. Zavaros sérv- víz, hasüreg- ben bűzös haemorrhagiás tartalom. Le- szorítási baráz- dák nines táplálkozás- zavar	Bélperforatio bevarrása, reposi- tio, drainage	Meghalt néhány óra mulva	Peritonitis

Folyó szám	Szerző	Kor, nem	Incarceratio tartama	Taxis-kísérlet	A sérv helye, nagysága	Egyéb fontos klinikai tünetek	L o k á l i s l e l e t			Műtét	Eredmény	Jegyzet
							Sérvbeli bélkacsok	Összekötő kacs	Egyebek			
19	Lauenstein V. Deutsche Zeitschrift f. Chir., 1909. 100. kötet	50 éves, férfi	23/4 óra	Hosszas nyomkodás	Baloldali lágyék-sérv, gyermekfejnnyi	Asymmetria a hasban, a bal fél puffadtabb, valószínűségi diagnózis retrograd incarceratio	Jobboldalt felül 30 cm. tágabb és barnásvörös, baloldalt és alul 45 cm. összeesettebb és lényegesen halványabb vékonybélkacs	30 cm., közepesen tág, sötétbarna-vörös, de világosabb a jobboldali kacsnál, mesenteriuma a sérvtömlőben fekszik 20 cm. széles és 11 cm. hosszú darabon. Ez vérzésekkel telezsórt	A leszorított kacs közvetlen a coecumba megy át; a mesenteriumon kis lipomák. Leszorítási gyűrűk helye nincs súlyosan elváltozva	Herniotomia. Repositio. Drainage.	Gyógyult	—
20	Lauenstein VI. Ibidem	73 éves, férfi	8 1/4 óra	Sokszoros taxis. Önmaga próbálta	Jobboldali lágyék-sérv, emberfejnnyi	Jobboldali hasfél inkább kitöltött, sérvdagana nem egyenletes, hanem felül duzzadtabb mint alul. Valószínű diagnózis: két bélkacs a sérvben	Két vékonybélkacs, a jobboldali 28 cm., a baloldali 40 cm., mindkettő erősen belövelt, különösen a bal. A mesenterium ügyszerűen megvastagodott, vérzésekkel telezsórt	50 cm., erősen vérzésses beszűrődött, a mesenterium duzzadt; 2 ujjnyi szélességben vérzésses infiltrált; biztosan a hasürben feküdt	Incarceratio a lágyékesatorna subcutan nyílásában. A leszorítás enyhe. 4 leszorítási gyűrű csekély táplálkozási zavarral	Herniotomia. Repositio	Gyógyult	A tulajdonképpeni incarceratio előtt két órával már kijött a sérv, melyet sikerült majdnem teljesen reponálni, midőn egyszerre kitolult a sérv, melyet visszatenni nem tud
21	Lauenstein VII. Ibidem	67 éves, férfi	1 1/4 óra	Önmaga próbálta 1/4 óra hosszat	Jobboldali lágyék-sérv, emberfejnnyi	Valószínűségi diagnózis, hogy a sérvtömlőben két bélkacs van	Két vékonybélkacs, a jobboldali 40 cm. halványvörös, a baloldali 56 cm. sötétkék színű, tágabb mesenteriumában vérzések. A jobboldali bélkacs összenőtt a sérvtömlővel	80 cm., erősen tágult mesenteriuma vastagodott, benne szétszórt vérzések	Lefűződési barázdák helye is életképes	Herniotomia. Repositio	Gyógyult	—
22	Lorenz I. Deutsche Zeitschrift f. Chir., 1909. 102. köt.	68 éves, férfi	20 óra	Enyhe	Jobboldali lágyék-sérv, emberfejnnyi	A hasban meteorikus bélkacs kimutatható, ennek alapján valószínűségi diagnózis	Mediálisan egy cyanotikus puffadt vékonybélkacs, lateralis üres, rajta táplálkozási zavar nincs, a coecum, colon ascendens és a colon transversum egy része által képezetetik	Háromnegyed meter hosszú, sötét kékes-vörös; a mesenterium biztosan nincs a sérvtömlőben, oedemás, tenyérnyi szélességben a bél felé eső részén infarciozott, az infarctus éles határú	Tág sérvkapu, strangulációs gyűrű, a 4 bélkacs egyikén sem kifejezett, ectopia testis	Herniotomia és laparotomia, repositio; radikális elzárás	Gyógyult	—
23	Lorenz II. Ibidem	39 éves, nő	36 óra	Nem történt	Köldök-sérv-recidiva, ökölnyi	—	Két rövid gangraenás vékonybélkacs	50 cm., fekete, szakadékony, átsapódott a sérvkapun áthúzódó kötegen; mesenterium a sérvtömlőben	Ötkoronásnyi sérvkapu, melyet egy közepén lefutó vertikális köteg oszt ketté. Mély strangulációs barázda	Herniotomia	Meghalt még a műtét alatt	—
24	Lorenz III. Ibidem	51 éves, nő	Előző estétől dél-éltig	Törtétek	Baloldali lágyék-sérv, mely a czomb közepéig ér le	Bal hypogastrium elődomborodó s benne egy local meteorikus bélkacs tapintható; ennek alapján valószínűségi diagnózis	Mediális 160 cm., kissé cyanotikus, lateralis 90 cm., erősen puffadt, kék vékonybél, mesenteriumon nem éles határú vérzés. Az incarceratio aboralis határa 7 cm.-re a coecum felett	80 cm., igen feszes, sötétkékes-vörös vékonybélkacs. A mesenterium in loco legyezőszerűen szétterült, infarciozott, vastagodott, szétterítve tipikus éles szélű „Zugarkade“, mely pontosan a sérvgyűrűben végződik	Tág sérvkapu, úgy hogy a 4 bélkacs nem is tölti ki egészen	Herniolaparotomia	Meghalt 6 1/2 óra múlva a műtét után	—
25	Manninger Zentralblatt für Chir., 1906. 1064. 1.	56 éves, férfi	14 óra	Törtétek	Jobboldali lágyék-sérv, nagy	Ileocoecális táj igen fájdalmas, ugyanitt csekély tompulat, has feszes, súlyos általános tünetek	Coecum + 15 cm. ileum, coecum erősen elváltozott, ileum mérsékelten; azonfelül egy szilvamekkozaságú, kékesfekete, feszesen telt beldarab	Egy meter gangraenás vékonybél; mesenteriumában thrombosisok	—	1 1/2 meter bél-resectiója	Gyógyult	—

Folyó szám	Szerző	Kor, nem	Incarceratio tartama	Taxis-kísérlet	A sérv helye, nagysága	Egyéb fontos klinikai tünetek	L o k á l i s l e l e t			Műtét	Eredmény	Jegyzet
							Sérvbeli bélkacsok	Összekötő kacs	Egyebek			
26	Neumann Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, 1908. 91. köt.	75 éves, nő	8 óra	Történtek	Jobboldali czomb-sérv, gyermek-fejnyi	Jobbolali hypogastrium nyomásra igen fájdalmas	Két egyforma hosszú vékonybélkacs, feszesen teltek, haemorrhagiákkal. Az aborális kacs határa 4 cm.-re a coecum felett	Sötétfekete, csak mérsékelten telt. A mesenterium az összekötő kacs csúcsa és két lábpontja közt erősen megfeszül. A mesenterium nem megy a sérvkapuig, hanem a lábpontoknál 1/2 cm., a közepén körülbelül 1 1/2 cm.-nyire marad attól: a mesenterium oedemás, thrombotizált ereket és vérömlenyeket mutat	Bűzös sérvviz és ascites; cseplesz a sérvben; a bélkacson a leszorítási gyűrű igen kifejezett, a mesenteriumon strangulációs barázda nincs. Ellenben a mesenterium gyökerétől a mesenterium áthajlási helyéhez vonuló mesenteriumrész ujjnyi vastag feszes köteg képében tapintható	Herniotomia, laparotomia még a debridement előtt; 130 cm. bél resectiója	Gyógyult	—
27	Pólya I. Budapesti Orvosi Ujság Sebészet, 1905. 1. sz.	62 éves, férfi	24 óra	Történt	Jobboldali lágyék-sérv, ökölnyi	20 cm.-nyi igen kemény bélrészt tapintható a köldök alatt; nagy elesettség	Coecum és utolsó ileumkacs puffadt és cyanosisos, de a sérvkapu tágitása s a coecumnak punctióval való kiürítése után színüket visszanyerik	A strangulációs barázdán túl fekvő ileumrészlet 25 cm.-nyi darabon gangraenás	Csokoládészínű zavaros folyadék a hasürben	Resectio, anus praeternaturalis	Meghalt 20 nappal a műtét után bronchopneumonia és inanitio folytán	—
28	Pólya II. Budapesti Orvosi Ujság, 1906. 23. sz.	23 éves, férfi	9 óra	Történt	Jobboldali lágyék-sérv, ökölnyi	—	Két 15—20 cm. hosszú vékonybélkacs s az odanőtt appendix. A két vékonybélkacs kékes-vörösen elszínesedett, de debridement után hamar visszanyeri színét	Intact	Incarceratio a subcutan lágyéknyílás helyén	Herniotomia radicalis; resectio proc. vermiformis	Gyógyult	—
29	Pólya III.	76 éves, férfi	9 1/2 óra	Erős	Jobboldali czomb-sérv, ember-fejnyi	Nagyon elesett, az egész has érzékeny és feszes	Gangraenás coecum és colon ascendens, az ileum végével, mely szintén a sérvben van, de nem gangraenás; a coecum meg van csavarva. A másik kacs egy körülbelül 10—15 cm. hosszú vékonybélkacs, mely csak mérsékelten elszínesedett	3 meternél hosszabb, teljesen gangraenás, a mesenterium véresen infarcirozott	Tág sérvkapu	367 cm. bél resectiója	Gyógyult	Véres szék a reconvalescentia folyamán
30	Pringle I. Edingburgh med. Journ., 1906. 513. 1.	27 éves, férfi	Előző este	Történt többször	Jobboldali lágyék-sérv, igen nagy	A sérvdaganat belső és felső része keményebb és érzékenyebb	Egy 6 és egy 14 hüvelyk hosszú vékonybélkacs; az előbbi, mely sötétpiros, oedemás és vérrel beszűrődött, alkotja a keményebb és érzékenyebb részletet; a másik kacs sokkal kevésbé injiciált	Nem lett megvizsgálva, csak a lefűződési gyűrű szomszédságában	—	Herniotomia	Gyógyult	—
31	Pringle II. Ibidem	55 éves, férfi	—	—	Jobboldali lágyék-sérv	—	Egy 6 és egy 4 hüvelyk hosszú vékonybélkacs	Nem lett megvizsgálva, csak a lefűződési gyűrű szomszédságában	—	Herniotomia	Gyógyult	—
32	Pringle III. Ibidem	38 éves, férfi	12 óra	Történt	Jobboldali lágyék-sérv, nagy	—	Egy hosszú sötétpiros elől, egy néhány hüvelyk hosszú szintén sötétpiros, bár halványabb mint az előbbi, és egy több hüvelyknyi hátulsó, normális színezetű vékonybélkacs	Nem lett megvizsgálva, csak a lefűződési gyűrűk szomszédságában	6 lefűződési gyűrű, legkifejezettebbek az elülső, legkevésbé kifejezettek a hátulsó kacson	Herniotomia radicalis	Gyógyult	—

Folyó szám	Szerző	Kor, nem	Incarceratio tartama	Taxis-kísérlet	A sérv helye, nagysága	Egyéb fontos klinikai tünetek	L o k á l i s l e l e t			Műtét	Eredmény	Jegyzet
							Sérvbeli bélkacsok	Összekötő kacs	Egyebek			
33	Schmidt Centralblatt für Chir., 1880. 513. l.	Nő	3 nap	Enyhe taxis-kísérlet	Köldök-sérv, gyermek-fejnyi	—	2 vékonybélkacs, szabad, nincs leszorítva	60 cm. hosszú, feszes, sötét-kékesfekete. A bél szomszédságában a mesenterium sötét-kékesvörös, ezen részén túl halványabb kékesvörös	A sérvkapu elég tág, hogy az előeső cseplesz és 2 bélkacs mellett 1 ujjal be lehet menni	Nem történt	Meghalt	Régóta fennálló irreponibilis sérv, mely többször mutatott incarcerationiós tüneteket; az utolsó esés után támadt
34	Siebert I. Diss. inaug. Königsberg, 1907	31 éves, férfi	14 óra	—	Jobboldalt lágyék-sérv, gyermek-fejnyi	—	Három vékonybélkacs, normális külsejű	Egy 70 és egy 40 cm. hosszú vékonybélkacs van retrograd leszorítva; majdnem az egész mesenterium a sérvtömlőben fekszik	Véres serosus folyadék a hasüregben	Herniotomia, repositio	Meghalt 12 órával utóbb	Seccio alkalomával 1/2 m.-el a coecum felett két 12 cm. hosszú bélkacsot találtak, mely kezdődő elhalást mutatott; itt mesenterialis infarctusok is
35	Siebert II. Ibidem	72 éves, férfi	15 óra	Történt	Jobboldalt lágyék-sérv, gyermek-fejnyi	—	Két gangraenosus vékonybélkacs; az aborális tenyéryire fekszik a coecumtól	Gangraenás	—	Herniotomia, 2 1/2 m. vékonybél resectiója	Gyógyult	—
36	Subbotich Srpski arkiv za celokupu. Ref. Centralblatt f. Chir., 1909. 1127. l.	28 éves, férfi	—	—	Lágyék-sérv	A hasban egy a köldök felé nyúló érzékeny resistentia	Két csekély mértékben elváltozott vékonybélkacs	Sötétvörös, kifejezett strangulációs gyűrűvel	A sérvkapu oly tág, hogy a belek mellett ujjal be lehet hatolni	Repositio, herniotomia radicalis	Gyógyult	—
37	Sultan Centralblatt f. Chirurgie, 1907. 1518. l.	53 éves, nő	6 nap	Óvatos kísérletek	Jobboldali inguino-properitoneális, 15 cm. hosszú és 6-8 cm. széles sérv	—	Egy 18 cm. és egy 25 cm. hosszú vékonybélkacs (80 centimeterre a coecumtól). Ezek nincsenek incarcerálva, csak az egyik kissé belövelt	35 cm. hosszú, gangraenás, szárai kereszteződnek. Mesenteriuma nem megy be a sérvbe; véresen infarcizott, az infarctus éles határa a bél szélével párhuzamos és tőle 7 cm.-nyire van	Diffus peritonitis, a sérvben cseplesz a bélen kívül, ez összenőtt az összekötő kacs mesenteriumával, valamint a sérvkapuval. Az összenövések régiek	Nem történt	Meghalt	—
38	Takayasu Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, 1908. 96. kötet	7 éves, fiú	körülbelül 1 1/2 nap	Történt	Jobboldali lágyék-sérv, ökölnyi	—	Puffadt injiciált coecum. Az ileum egy kis darabja 40 cm.-re a coecumtól incarcerálódott a sérvkapuban és ahhoz hozzá-nőtt	40 cm. gangraenás, mesenteriuma vastagodott és véresen infarcizott, nem megy bele a sérvtömlőbe, hanem csak felfelé és előre felcsapva annak közelében van	Zavaros, véres, faeculens folyadék a hasüregben	Herniolaparatomia, 60 cm. bél resectiója	Meghalt 6 órával utóbb	—
39	Wistingshausen I. Arch. f. klin. Chir., 1902. 68. kötet	34 éves, férfi	Fél nap	Történt	Jobboldali lágyék-sérv, két ökölnyi	—	Két puffadt és kékes vékonybélkacs, mely azonban nem szenvedett táplálkozás-zavart	80 cm. hosszú, részben kékesvörös, részben kékesfekete, helyenként papírvékony, igen puffadt	A sérvkapu szoros, egy éles köteg által két részre van osztva, ez a köteg a mélyen ülő mesocoecum	Herniolaparatomia, bél-resectio	Meghalt a következő napon	—
40	Wistingshausen II. Ibidem	72 éves, férfi	12 óra	Történt többször	Jobboldali lágyék-sérv, nagy	—	Három vékonybélkacs, különböző színezetű, puffadtak	Két vékonybélkacs, az egyik livid, a másik nem, egyik sem puffadt. A livid mesenteriuma thrombotizált	Négy ujjnyi tág sérvkapu	Herniotomia. Repositio	Gyógyult	—

eseteit) s melyek ennél fogva a Maydl-féle retrograd incarceration fogalmának teljesen megfeleltek. Maydl cikkekének megjelenése után Wistingshausen¹ (1902.), Langer² (1903.) írták le a bél retrograd incarcerationát, magam is 1905 elején közöltem egy ilyen esetet.³ Nagyobb figyelem azonban csak akkor irányult a kérdés felé, mikor Lauenstein 1905-ben⁴ egyszerre 4 idevágó esetet tett közzé. Az összes többi közlés az ezt követő évekből származik, úgy hogy jelenleg előttem a saját magam észlelte 3 esettel együtt összesen 40 idevágó eset ismeretes, melyek legfontosabb adatai a fenti táblázatban vannak összegyűjtve.

Saját eseteim közül 2 in extenso közölve van, a harmadikra vonatkozólag a következőket mondhatom:

V. I., 76 éves, nyugalmazott raktárnok Óbudáról. 34 év óta fennálló jobboldali sérve 1909 május 28.-án délelőtt 9 órakor kiszorult; először maga próbálta reponálni, majd orvost hívott, a ki szintén próbálta visszatenni, végül délután a szt. Margit-kórházba szállíttatta magát. A mióta sérve kün van, állandó hányásingert érez, szelek nem mennek.

Felvételkor a lesoványodott, gyöngén fejlett izomzattal bíró beteg collabált, pulsusa 110, filiformis. Hasa egész terjedelmében meglehetősen érzékeny, feszes. Jobboldalt, a czomb elülső felszínén a Poupart-szalag alatt emberfejnyi kemény, irreponibilis sérv, baloldalt reponibilis direct lágyéksérv. A repositio furdőben és narcosisban sem sikerül.

Műtét 1/27 órakor este, 9 1/2 órával a sérv kiszorulása után. A sérvtömlőt körülmetszszük, úgy hogy egy ellipsis formájú bőr-darabot vele összefüggésben hagyunk. A sérv a crurális esaternából jő ki. A sérvtömlőből piszkos színű, bélsárszagú sérvvíz ömlik elő. A sérvben első sorban a piszkos, feketén elszínesedett és rendkívül megpuffadt coecum és colon ascendens tűnik elő. Ezek a tömlőn belül meg voltak csavarva. Miután punctióval tartalmuk egy részét (gáz és erősen véres folyadék) kiürítettük és a belet visszacsavartuk, a kacsot felemelhettük és ekkor látható volt, hogy a megcsavart részen túl úgy a colon ascendensnek, mint az ileumnak egy elég ép, szürke színű része van a sérvtömlőben. Ugyanekkor látjuk, hogy a coecum alatt és tőle mediálfelé még egy körülbelül 10—15 cm.-nyi vékonybélkacs van a sérvben. Ez csak mérsékelten elszínesedett. Előhúzza kitűnik, hogy folytatását az egyik irányban ép, halvány bél alkotja, míg a másik irányban sötét, kékespirosan elszínesedett bélrészlet jő a hasürből elő, a mely mindenképpen súlyosabb elváltozásokat mutat, mint a sérvtömlőben levő vékonybélkacs. Most előhúzzuk az ileum végét. Látjuk, hogy ennek mintegy 4 cm.-nyi darabja, mely a coecum tözsomszéd-ságában van, halvány és a sérvtömlőben foglal helyet, azon túl a hasüriben fekvő részlet ellenben véresen infarcirozott, kékesfekete, erősen vastagodott. Az ily módon elváltozott bélkacsot mintegy 1 méternyire előhúzzuk, végét azonban nem érjük és tovább előhúzni sem bírjuk, valamint a sérvtömlőben fekvő másik bélkacs folytatását tevő elszínesedett belet is csak 30—40 cm.-nyire bírjuk előhúzni. Csak mikor az összes, a sérvtömlőben levő vékonybeleket reponáltuk, sikerült az egész bélconglomeratumot előhúzni s ekkor kitűnt, hogy a sérvtömlőben levő két bélkacs közötti egész bélconglomeratum, mely 3 méternél hosszabb, el van halva. A resectio elkerülhetetlen. A mesenteriumot lekötjük, a belet le-metszszük, a colon ascendens csomkját vakon elzárjuk s a vékonybél csomkját az általam módosított Jobert-varratokkal a colon ascendens elülső striájába implantáljuk. A sérvtömlőt kiirtjuk, nyílását bevarrjuk. A bőrseb nagy részét is elzárjuk, a sérvtömlőcsomokig tampont vezetünk. Tekintettel a beteg előrehaladt korára és a sérvvíz igen infectious voltára, nem végzünk radikális műtétet.

A kiirtott bél véresen infarcirozott, véres folyadékkal telt; áll 343 cm. hosszú vékonybélből, a vakbélből és proc. vermiformisból és 24 cm. colon ascendensből.

Műtét után 160. filiformis pulsus; kámfor, digalen és 1 liter konyhasóinfúzióra azonban a beteg magához tér.

Műtét utáni napon a pulsus már 90—100, elég telt, a has kevésbé érzékeny. Műtét után harmadnapra táplálni kezdjük, ugyan-

ekkor klysmára szék és szelek távoznak. A szék kezdetben feketés-véres, június 2.-án azonban már spontán van rendes külsejű híg széke. Ezután a bélpassage állandóan szabad. A peritoneális érzékenység az első naptól kezdve elmúlt, hányás nem jelentkezett, csuklás ellenben mintegy 2 hétig volt jelen. A lefolyás általában teljesen láztalan volt, csak egyszer, június 14.-én emelkedett a hőmérsék hidegrázás kíséretében 38.6 fokra. Ekkor a kötésben bélsár jelent meg, de ez csak egynehány napig mutatkozott, azután megszűnt, de július 7—9.-e közt újra jelentkezett. Július 6.-án felkelt; augusztus 7.-én minimális kis genyet ürítő fistulával elhagyta a kórházat. A kórházban léte alatt többször volt hasmenése 6—9—10 széklettel napjában, ez azonban bismuth-, opium-porok, opiumos klysmá adására prompt engedett. A mióta otthon van, hasmenései csak elvétve és rendszerint csak kifejezett diaetahiba után jelentkeznek. Többnyire napjában csak egyszer, ritkán kétszer van inkább híg, mint kemény széke. Tápláltsági állapota a műtét előtti állapottal körülbelül megegyezőleg meglehetősen gyenge.¹

A fenti táblázatból csak egy esetet hagytam ki, tudniillik Jenckel-ét.² Ez 46 éves nőre vonatkozik, a kin két évvel előzőleg 3 napig fennállott incarcerationált crurális hernia miatt végeztek műtétet. A műtő az előlfekvő bélnek egy elhalt kúpját reszekálta, a szomszédos bélrészleteket előhúzza, s mivel rajtuk elváltozást nem látott, a belet reponálta. Nyolcz nappal utóbb bélsárfistula jelentkezett; ennek gyógyítása miatt végeztek 2 év múlva bélresectiót a göttingeni klinikán s a resectio alkalmával nyert praeparatumból következtet Jenckel arra, hogy itt két kacs előesése volt jelen a sérvtömlőben. Következtetése egyáltalán nem meggyőző, az anamnestikus adatokkal meglehetősen ellenkező és mivel így az eset nem biztos, a retrograd incarcerationra magára pedig világot nem vet, jobbnak láttam a táblázatból való kihagyását. A két bélkacs incarcerationát spontán gyógyulásának eshetőségére utalnak, mint arra Lauenstein is rámutat, a sérvincarceratio után keletkezett azon anus praeternaturalisok, melyeknek 4 lumene volt. Ezeket összekeresni és táblázatba foglalni azonban nem látszott tárgyunk szempontjából hasznót ígérőnek.

Ha figyelmesen végigtekintjük a fenti táblázat adatait, látjuk, hogy a benne összefoglalt pathologikus jelenségek nem teljesen analogok és ebből mindjárt érthetővé válik, miért illetik az itt szóban forgó állapotot a különféle szerzők különféle nevekkal.

Míg a szerzők egy része „retrograd incarcerationáról” beszél, a mivel egyértelmű és igen kitűnő elnevezés a Laroyenne-féle „incarceration susannulaire” (gyűrűfeletti kizáródás), addig mások „két bélkacs kizáródása egy sérvtömlőben” (Lauenstein stb.), vagy „hernie en W.” (de Beule) nevet használnak. Végül Lorenz³ se az egyik, se a másik nevet nem találja czélyszerűnek, legalább az esetek egy csoportjára nézve, oly okokból, melyeket nem tudunk jól megértetni a nélkül, hogy a pathogenesis kérdésének elébe ne vágjunk, és mint Neumann, „úgynevezett” retrograd incarcerationo címet adja munkálatának.

Az tény, hogy vannak esetek, melyekre csak az egyik, vannak olyanok, melyekre csak a második és végül vannak olyanok, melyekre mind a két elnevezés illik. Legjobb példáját szolgáltatja ennek a saját 3 esetem. Az első (tábla 27. sz.) kétségtelenül retrograd incarceration és csak egy vékonybélkacs volt kizáródva a sérvtömlőben, a másodikban (28. sz.) két vékonybélkacs volt a sérvtömlőben incarcerationálva, de az összekötő kacs ép volt, tehát nem volt retrograd incarceration jelen, a harmadikban pedig (29. sz.) két bélkacs is volt a sérvtömlőben, meg retrograd incarceration is volt jelen. És éppen ez a harmadik csoport, melybe az esetek legnagyobb száma tartozik, teszi jogosulttá azt, hogy ezen látszólag heterogen eseteket összevegyük.

Az semmiesetre sem lehet kétséges, hogy a szóban forgó állapot legkiemelkedőbb momentuma nem az, hogy 2 vékonybélkacs van egy sérvtömlőben; van több eset (Siebert, Wistingshausen, Pringle), melyekben a sérvtömlőben 3 bélkacs is foglal helyet. A lényeg a sérvben levő bélkacs intraabdominális folytatásában jelentkező táplálkozási zavar; ha tehát ez olyankor jelentkezik, mikor

¹ Archiv für klin. Chirurgie, 1902. 68. kötet.

² Wiener klin. Wochenschrift, 1903.

³ Budapesti Orvosi Ujság, Sebészet, 1905. 1. szám.

⁴ Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 77.

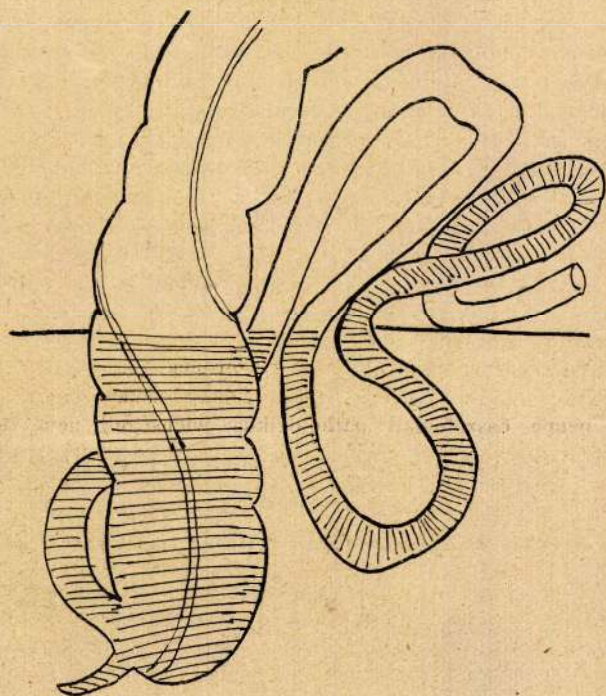
¹ Megjegyzés a correctura alkalmával. Mint a beteg kezelő orvosa, Sipos dr. tudatja, jelenleg is teljesen jól van.

² Atresia intestini acquisita, Fall I. Deutsche Zeitschrift für Chir., 1907. 90. sz.

³ Deutsche Zeitschrift für Chir., 102. 1.

a sérvtömlőben csupán egy bélkaes van jelen, mint az én első számú esetemben (27. sz.), akkor ez feltétlenül ide tartozik. Viszont azon eseteket, melyekben az összekötő kaeson nem volt táplálkozási zavar (Pólya II., Kaiser), azokkal, melyeken az összekötő kaeson súlyos táplálkozási zavar volt, insensibilis átmenetben összekötik azon esetek, melyekben az összekötő kacs csak mérsékes és enyhe elváltozásokat mutatott, illetve nem lett megvizsgálva, de az egyén annak dacára meggyógyult (Pringle), tehát bizonyos, hogy ha el is volt változva, csak csekély mértékben volt elváltozva. Továbbá az is feltehető ezen esetekről, hogy addig míg az összekötő kacs megvizsgálására kerül a sor, az azt megelőző manipulációk (debridement) megszüntették a rajtuk előzőleg jelen volt enyhébb táplálkozási zavart. Mindenesetre bizonyos önkényességgel lehetne csak egyes eseteket a sorozatból kizárni és ez már azért is hibás volna, mert a pathológiai folyamatnak és klinikai jelentőségének megértéséhez ezen esetek is valamennyire hozzájárulnak.

Azon körülmény, mely a szóban forgó eseteknek úgy pathológiai, mint klinikai szempontból a legtöbb érdeket kölcsönzi, mint már fennebb kiemeltük, a sérvben helyet foglaló bélkaes, vagy bélkacsok folytatását tevő, a hasürben helyet foglaló bélrészetben támadó keringési és táplálkozási zavar. Ez lehet accidentális, a



1. ábra. Kaiser esetének sémája. A bélrészetek kivonalozása elhalást jelent.

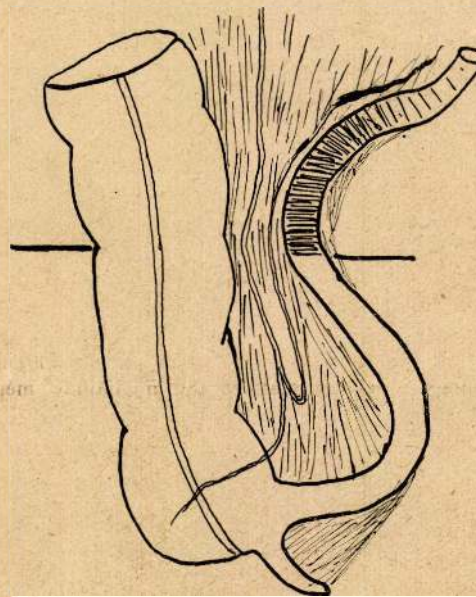
sérvtől és a sérvbeli incarcerationától teljesen független. Így Kaiser¹ esetében (11. sz.) az orális kacs felett levő bél 80 cm.-nyi darabja elhalt azért, mert mesenterialis tengelye körül 180 C⁰-ra meg volt csavarva. (Lásd 1. ábra.)

Az összes többi esetben az intraabdominálisan fekvő bél táplálkozási zavarainak magyarázatára egyéb okot, mint a vele szomszédos bélrészeteknek a sérvbe jutását, kimutatni nem lehet.

Ezen esetek közül egyetlenegy van olyan, melyben a sérvtömlőben csak egy bélkaes volt jelen, ez az én I. számú esetem (tábla, 27. sz.). Ezen esetben a coecumkizáródás mellett az intraabdominálisan fekvő ileum végének 25 cm. darabja gangraenosus lett. Ezen gangraenát csak úgy magyarázhatjuk, hogy az ileum végdarabját az arteria és vena ileocolicának ágai látják el; ezen erek törzse a coecum kizáródása alkalmával a sérvbe került, mivel az ileum végdarabjához menő ereknek kétszer kellett átmenniük a sérvkapun, hogy a béldarab intraabdominálisan fekvő részéhez jussonak (lásd 2. ábra), nyilvánvaló, hogy az ileum ezen részletének táplálkozása az illeocolikus erek felől jobban meg volt akadályozva, mint maga a sérvben fekvő coecum. Normális viszonyok közt a coecum incarcerationátja alkalmával az ileum végében nem

látunk táplálkozási zavart támadni, mert a szomszéd ileumerek anastomosisai révén a keringési zavar kiegyenlítődik. Ezen idős, endoarteritis és szívmegfajulásban szenvedő betegben azonban ez a collaterális kiegyenlítődés nem állott be, s így az ileum gangraenája állott elő. Nyilvánvaló tehát, hogy ezen esetben az ileum utolsó kaesának retrograd incarcerationátja forgott fenn a Maydl-féle értelemben. Hozzá kell tenni azonban azt, hogy jó collaterális keringés az elhalás létrejöttét megakadályozhatta volna. A kórkép pathogenesisében tehát a retrograd incarcerationatio + hiányos collaterális keringés szerepel.

Ezen magyarázatomnak, melyhez különben az összes szerzők (De Beule, Lorenz, Takayasu, Jäckh stb.) hozzájárulnak, kísérleti bizonyítékát is tudom adni (lásd a VI. c), d) és VIII. b) kísérletet). Ezen három kísérlet közül kettő vezetett pozitív eredményre. Kitént, hogy ha a vékonybél egy kaesát incarceráljuk és a bél szélén futó anastomizáló eret lekötjük, akkor a strangulált bélkaes szomszédságában a lekötött ér irányában fekvő bélrészetben táplálkozási zavar keletkezik, mely legnagyobb fokú, közvetlen a strangulatio szomszédságában az érlekötés felé elmosódott határral végződik és nem terjed egészen az anastomizáló ágon végzett lekötés helyéig. A negatív kísérletben (VI. c)) valószínű, hogy az anastomosis megszüntetése nem volt tökéletes.



2. ábra. Saját I. esetem sémája. Az ileum helytelenül van rajzolva, a mennyiben a sérvtömlőben levő, táplálkozásában nem szenvedett részlet 6 cm., az intraabdominális elhalt rész pedig 25 cm. hosszú volt, holott a rajz az intrasaccularis részt az intraabdominálisan elhaltnál hosszabbnak tünteti fel.

Eltekintve ezen esettől, az összes többi esetben a táplálkozási zavart szenvedett intraabdominális elhelyezésű bél a sérvtömlőbe előesett bélkacsok közé volt iktatva. A sérvbeli kacsok száma az esetek nagyobb részében kettő, kisebb részében három volt. Ennek a „közbeiktatott“ „összekötő bélkaesnak“ táplálkozási zavara s az ebben támadó keringési zavarok magyarázata az, a mi leginkább felkeltette az e tárggyal foglalkozó szerzők figyelmét, s a mely a legtöbb discussióra szolgáltatott okot.

Mielőtt azonban ezen discussio részleteire áttérnénk, konstataljuk előbb a tényeket. 36 esetünk* van, melyben a sérvtömlő tartalmát két, és 3, melyben három bélkaes alkotta.

Azon esetek közül, melyekben a sérvtömlő tartalmát két bélkaes alkotta, az összekötő kacs elhalt volt, vagy oly súlyos táplálkozási zavart szenvedett, mely resectiót tett szükségessé 22 esetben (tábl. 1., 4., 6., 7., 8., 9., 12., 13., 14., 17., 18., 22., 23., 24., 25., 26., 28., 33., 35., 37., 38., 39.);¹ súlyosabb vagy enyhébb táplálkozási zavart szenvedett, azonban vitalitását megtartotta, úgy hogy káros következmények nélkül lehetett reponálni, 10 esetben

¹ Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 55.

¹ De Beule I., Enderlen, Heller I., II., Hochenegg, Jäckh I., Klaber, Langer, Laroyenne, Lauenstein III., IV. (ez esetben ugyan repositio történt, de a bél utólag perforált), Lorenz I., II., III., Manninger, Neumann, Pólya III., Schmidt, Siebert II., Sultan, Takayasu, Wistingshausen I.

(2., 3., 5., 10., 15., 16., 19., 20., 21., 36.);¹ teljesen ép volt 2 esetben (11., 28.)² és nem lett megvizsgálva 2 esetben (30., 31.).³

Azon három eset közül, melyben a sérvtömlőben 3 bélkaes volt incarcerálva, az összekötő kacsok 1 esetben (Siebert I. 34. sz.) súlyos táplálkozási zavart szenvedtek, egyszer enyhét (Wistingshausen II. 40. sz.), egyszer nem lettek megvizsgálva (Pringle III. 32. sz.)

Összevéve mind a 39 esetet, az összekötő kacs illetve kacsok elhaltak 23-szor (59%), reparabilis táplálkozási zavart szenvedtek 11-szer (28,2%), teljesen épek voltak 2-szer (5,1%), és nem lettek megvizsgálva, azonban feltétlenül életképesek voltak 3-szor (7,7%); az esetek túlnyomó többségében tehát kétségtelenül táplálkozási zavar és nagyobb felében (pontosan 3/5-ében) elhalás állott be az összekötő kacs, illetve kacsokon.

Gyakorlatilag igen fontos tény, hogy az összekötő kacs az esetek nagy többségében súlyosabb elváltozásokat mutat, mint a sérvbeli bélkacsok. Az egyetlen eset, melyben a sérvbeli bélkacsok el voltak halva, s az összekötő kacs ép volt: *Kaiser* esete (11. sz.)

Ezzel szemben akárhány eset észleltetett, a hol a sérvbeli bélkacsok jó táplálkozásával megdőbentő aránytalanságban állott az abdominális kacs gangraenája, sőt az abdominális kacs gangraenosus volt olyankor is, midőn a sérvbeli kacsok teljesen épek voltak vagy igen csekély mértékben változtak el. Így a *Haim*, *Klauber*, *Laroyenne*, *Lorénz* I., *Subbotich*, *Siebert* I. esetekben és a műtetre nem is került, csak bonczolás alkalmával felfedezett, tehát legtovább (3 illetve 6 napig) fennállott *Schmidt*- és *Sultan*-féle esetekben is.

Egy további nagy gyakorlati jelentőséggel bíró tény az, hogy az összekötő kacs gangraenája rendszerint igen hamar áll be és ezáltal foudroyans lefolyásúvá teszi a megbetegedést és a hasürben fekvő bélkaes elhalásához csatlakozó septikus peritonitis úgyszólván néhány óra alatt megpecsételi a beteg sorsát. *Klauber* (12. sz.) esetében 4 óra, *Lauenstein* III. esetében (18. sz.) 5 óra, *Neumann*-éban 8 óra, az én III. esetemben (29. sz.) 9 1/2 óra alatt állott be a gangraena, és *Lauenstein* már 2 óra (15., 16. sz.), sőt 1 1/4 óra (21. sz.) után, *Haim* (5. sz.) pedig 3 óra után látott elég súlyos táplálkozási zavarokat az összekötő kacsön jelentkezni, bár a bélkaes vitalitása ez utóbbi esetekben nem szűnt meg és kár nélkül reponálható volt. Viszont az én egyik esetemben (28. sz.) 9 óra, *Kaiser* esetében pedig (11. sz.) 11 óra múlva is ép volt az összekötő kacs, a *Jäckh* II., *Siebert* II. és *de Beule* II. esetekben pedig 14, 15 illetőleg 24 óra alatt sem állott be irreparabilis táplálkozási zavar. Az incarceratio tartama tehát semmi esetre sem az egyetlen körülmény, mely az összekötő kacsban beálló táplálkozási zavarra befolyással bír, azonban az eddig gyűjtött tapasztalatok alapján ilyen retrograd incarceratiók esetében az összekötő kacs súlyos sőt irreparabilis táplálkozási zavarára már 3—4 óra után is el kell készülnie lennünk.

Mi okozza már most az összekötő kacsnak ezt az oly sok esetben és sokszor oly gyorsan keletkező táplálkozási zavarát, elhalását?

Ezt a következő módokon igyekeztek megmagyarázni:

1. Az összekötő kacsához menő erek le vannak szorítva a sérvben, ez volna a tulajdonképpeni retrograd incarceratio a *Maydl*-féle értelemben.

2. Az összekötő kacs mesója nincsen incarcerálva, de ez a meso a sérv incarceratiója által vongálást, megtörést szenved.

3. Az összekötő kacs volvulust szenved. (*Enderlen*, *Laroyenne*.)

4. Az összekötő kacs distensiója *Kocher* értelmében hozzá létre a gangraenát. (*de Beule*.)

5. Az egész retrograd incarceratio artefactum. Eredetileg tulajdonképpen csak az összekötőkacs van a sérvben, ez ott elhal; akkor jó a taxis; a taxiskísérletekkel az elhalt részt visszatömik a hasüregbe és helyette a szomszédságból ép belek esnek elő, ezek azután esetleg secundaer incarcerálódhatnak, vagy esetleg nem is, s a szerint találunk azután a sérvben többé-kevésbé elváltozott bélkacsokat; a közbeeső kacs súlyosabb elváltozásai részben az előze-

tes incarceratio, részben az erőszakos taxiskísérletek alatti sérülésekre vezethetők vissza (*Jenckel*¹).

Ezzel a teoriával hamar végezhetünk. Egyike a legfeltűnőbb jelenségeknek az ily retrograd incarceratiók operálása alkalmával az, hogy mily nehéz a merev, infarciozott összekötő kacsot a hasürből előhúzni; magam is tapasztaltam ezt, mások is sokan hangsúlyozzák. Hogy ezt a kacsot a tágitatlan sérvkapun át visszatolni lehessen, különösen hosszabb kacsokat, hisz az összekötő kacs két méteren felüli is lehet, mint például az én III. esetemben, azt egyszerűen lehetetlennek kell tartanunk. Azt pedig, hogy a közbeiktatott kacs részletenként hal el s az elhalt rész mindig visszatolódik, szintén nem lehet felvennünk. Továbbá az esetek legnagyobb részében a sérvkapu volt jelen, a melyben egy bélkaes nem is igen incarcerálódhatott volna; ha pedig szűk a sérvkapu, akkor a merev infarciozott falú belet eo ipso nem lehet rajta keresztülmenni. Nem szabad feledni azt sem, hogy taxiskísérletek több esetben nem is történtek s az abdominális gangraenára valló súlyos jelenségek közvetlen a sérvkizáródással kapcsolatban támadtak.

Végül, mint arra *Lorenz* igen helyesen mutat rá, a bél repositiója úgy megy, hogy mindig a bélkaes egyik végét toljuk vissza, nem a közepét, s ekkor, ha *Jenckel*nek igaza volna, olyan állapotokra kellene találnunk, hogy a gangraenás bél egyik fele a sérvtömlőben, másik fele a hasürben van és a gangraena nem végződne mindig pontosan ott, a hol a szomszédos bélkaes a sérvbe lép. Végül a mesenteriumon való típusos elváltozások sem volnának megérthetők, ha *Jenckel* magyarázata volna a helyes. Egy jelenség mindenesetre van a mesenteriumon, mely első pillanatra a *Jenckel*-féle theoria javára volna értékesíthető, az tudniillik, hogy a közbeeső kacs mesenteriumán többször találtak oly elváltozást, mely a mellett szól, hogy az összekötő bélkaes alkotta a sérvnek rendes tartalmát. Ez azonban még nem szól a mellett, hogy ez a bélkaes csakugyan a sérvben incarcerálódott volna s innen elhalt állapotban került volna vissza a hasürbe. Mindezek alapján *Jenckel* theoriáját elfogadhatónak nem tartjuk.

(Folytatása következik.)

Újszerkezetű előrészes spondylitis-fűző bemutatása.²

Irta: *Kopits Jenő* dr. egyetemi magántanár.

A gümös gerincz gyógykezelésére szolgáló fűző megszerkesztésekor legfontosabb feladatunknak a gerincz pontos rögzítését és tehermentesítését kell tekintenünk; azonban e feladatunkat úgy kell teljesítenünk, hogy a készülék minél kevésbé akadályozza a mellkasi és hási szerveket működésükben. A *Dollinger* tanár által szerkesztett fűző azáltal, hogy a mellkast elől magasán a szegycsont felső szélén megtámasztja, pompásan rögzít és egyúttal a gerincz mélyebb szakaszában levő beteg góczot a testsúly viselése alól felmenti. A gerincz magasabb szakaszában levő gyulladás esetén természetesen csak úgy érjük el a megtámasztást, ha a készülékkel felmegyünk a fejre. A bemutatandó fűző szerkezete e tekintetben azonos a *Dollinger*-félevel, azonban az elülső rész szerkezete, illetve az elülső és hátulsó rész összekapcsolásának a módja eltér attól.

A pontos gipszlenyomaton készült, teljesen szétvehető, elülső és hátulsó részből álló fűző szerkezete a következő (1. és 2. ábra.): a fűző háti részének a két lapja a törzs középső vonalában 2 cm. széles vászonlappal van egyesítve. A gerinczcel párhuzamosan haladó két hosszanti sín, illetve bőrlap pontosan követi hajlásával a már meglevő gibbus domborulatát. A fűző hátulsó részéül szolgáló bőrlapok beborítják a hát egyik és másik felét, felfelé a lapoczkák középeig, lefelé a trochanterek csúcsa felett 2—3 cm.-nyire elvonuló haránt vonalig, előre a hátulsó (felnötteken a középső) hónaljvonalig terjednek, egészen a csipőtarajokig, innen előre nyúlnak az elülső felső csipőtővisekig, az alatt részutosan lefutnak a fűző alsó szélének a vonalába. Nagyon fontosnak tartom, hogy a fűző jó támaszt nyerjen a medenczén, ezért készítettem úgy a fűző medenczerészét, hogy a csipőtarajokat egészen a

¹ De Beule II., Chiene (az összekötő kacsnak csak egy része lett megvizsgálva), *Haim*, *Jäckh* II., *Lauenstein* I., II., V., VI., VII., *Subbotich*.

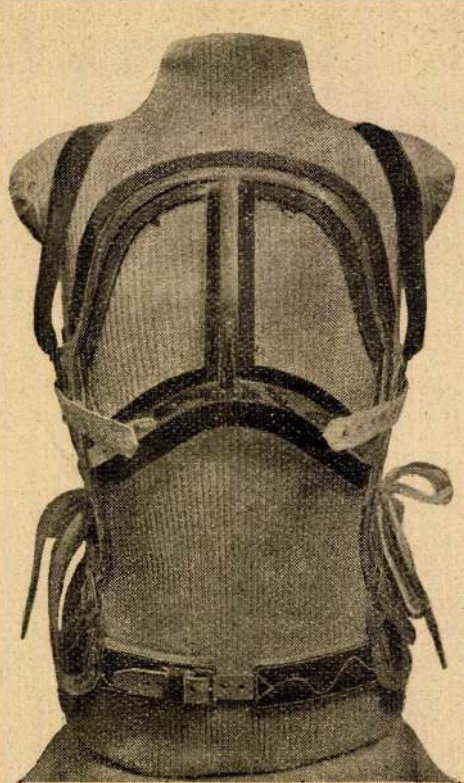
² *Kaiser*, *Pólya* II.

³ *Pringle*.

¹ *Centralblatt f. Chir.*, 1907. 1050 l.

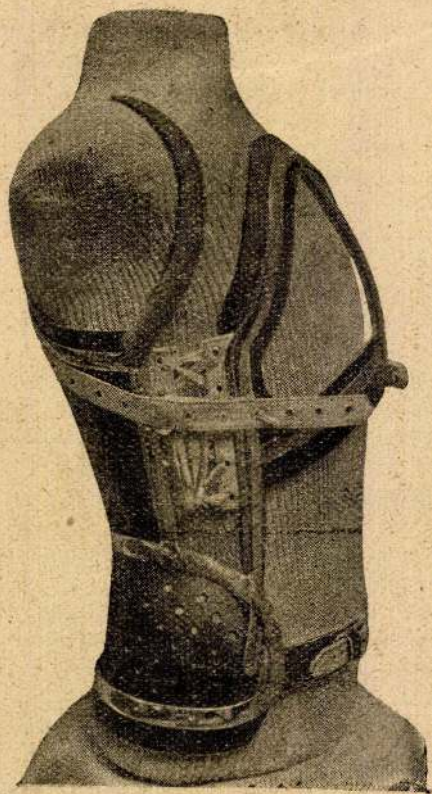
² Bemutatva a XVI. nemzetközi orvosi congressus orthop. szakosztályában Budapesten, 1909.

felső csipőtővisekig teljesen beborítsa. A kemény bőrlapokat széleikre szegecselt keskeny félhengeres aczélsínnek tartják meg eredeti alakjukban.



1. ábra.

A fűző elülső szélé csak a sinekből áll, melyek alatt a sinekhez szegecselt bőrből mindkét oldalt 1—1 cm. széles szegély látszik ki. Felső körvonalát az ívalakban futó sín alkotja, melynek



2. ábra.

legmagasabb pontja a manubrium sterni incisura jugularisáig terjed, innen gyengén hajló vonalban, mindkét oldalt, a haránt eseevonal magasságában a fűző hátulsó részének felső vonalába fut. A két oldalsín, az elülső hónaljvonalban, egyenesen levonul a hátulsó részből

előre nyúló medenczerész felső sinének azon pontjáig, a hol azt keresztezi, itt kissé kifelé görbül és a medenczesínen alkalmazott hidszerű bújtató alá dugható. E szerkezet által a fűző elülső része szorosan összekapcsolódik a hátulsóval s egyúttal az elülső részt biztosan a helyén tartja, megakadályozva annak fel- és lecsúszását. A proc. xiphoideus magasságában, a felsővel párhuzamosan fut még egy ívalakú haránt erősítő sín, s egy a szegycsont középvonalának megfelelő lefutású, a két ívalakú sint összekötő hosszanti sín.

A törzs megtámasztása a szorosan odafekvő felső ívalakú sinnel s a szegycsont felett futó hosszanti sín felső felével történik, míg az alsó haránt sín, valamint az említett hosszanti sín alsó fele annyira távol áll a törzstől, hogy a mellkas fala csak legmélyebb belégzéskor érinti. E támaszon kívül a hátulsó rész oldal-síne felső részén az ismert Dollinger-féle válltartók vannak alkalmazva, melyeknek keresztezett szárai a fűző elülső részének megfelelő helyén alkalmazott kapesokkal vannak megerősítve.

A hátulsó rész medenczerészét csupán csak az elülső csipőtővisek magasságában levő csattos szíj rögzíti helyén, a minek köszönhető, hogy a has teljesen befedetlenül marad.

A gerinc felső részének gyuladása esetén alkalmazni szokott fejtartó fűző elülső részének a megerősítésére ugyanezen módot alkalmazom. Minthogy a készülék fejrésze nehezkesse teszi az oldal-sínek bedugását, csavarszerkezettel rögzítem az elülső rész kinyúló oldalsínét a medenczerész felső sinén. A készülék fejrésze az alsó állkapocs és tarkó alatt elvonuló, kétoldalt összekapcsolható lapos gyűrűből áll, csak az atlas és epistropheus, illetve occiput közötti gyuladás esetén fogja körül a fejrész plastikusan az állat és a tarkót.

Az ily szerkezetű fűző előnyét a következőkben látom: Az által, hogy az elülső rész a hátulsóval a leirt módon össze van kapcsolva, az egész készülék, még összefűzés nélkül is, egy egészet alkot. Az elülső résznek a kívánt helyen maradását nem az elülső és hátulsó rész szoros összefűzésével érjük el, mert az még laza fűzés mellett sem csúszik fel vagy le. Ennek köszönhető, hogy az elülső és hátulsó rész szoros összefűzése nem szükséges, s az által, hogy csak a felső ív és a hosszanti sín felső része fekszik szorosan a törzshöz, míg az alsó harántsín attól távol áll, a mellkasi légzés is szabadabb, míg a has teljesen szabadon hagyásával a hasi légzés egyáltalán nincs akadályozva.

A typhus abdominalisnak az epityphlitishez hasonló alakja.

Irta: *Brüll Vilmos* dr., Dés város orvosa.

A vakbélgyulladás és typhus abdominalis kifejezett alakjai legtöbbször olyan élesen körvonalozottak, hogy nem csak a szakember, hanem a laikus megfigyelése is minden kétséget eloszlat. A gyakorlati életben azonban előfordulnak esetek, a melyekben a határvonalak elmosódtak és csak az összes tünetek pontos mérlegelése és megfontolása után lehetünk eléggé bátrak kórjelzésünket és vele együtt terapiánkat és prognosistunkat kimondani. Különösen fontos ez a mai korban, midőn az orvosok figyelme mindinkább az epityphlitis korai kórjelzésére irányul, a midőn sok neves műtő már az első 24 órában a kést választja a beavatkozás egyedüli eszközének. De azokra nézve is, kik nem hívei a korai műtétnek, igen fontos a betegség teljes felismerése a therapia és a prognosistunk szempontjából.

A mi a therapiát illeti, általánosan ismert és elfogadott szabály, hogy a vakbélgyulladás nemcsak a belek, hanem az egész szervezet feltétlen teljes nyugalma kívánja; *Ortner* szerint még azon esetekben is, a melyekben az epityphlitis stercoralis nagyon ritka esetei forognak szóban. A typhus kezelésének egyik feltétele ellenben, a míg contraindicationok be nem következnek, enyhe módon állandóan gondoskodni a béltartalom kiürítéséről. Hírnevess angol belorvosok a typhus-kezelés alapjául a bélnek üresen tartását követelik. Sőt tovább menve, tapasztalataim alapján mondhatom, hogy azon typhus-esetek, a melyek enyhe hasmenés alakjában jelentkeznek, sokkal jobb prognosissal bíznak, mint azok, a melyekben állandó obstipatio ellen kell küzdeni.

A beteg diatája sem hagyható figyelmen kívül. Míg a typhus-beteg tejjel és folyékony ételekkel táplálkozhatik, addig az epityphli-

tis kezdeti szakában 3—5 napon keresztül *Ortner* még a tej adását is mellőzendőnek tartja a beteg érdekében. Végül a prognózis szempontjából, még gyógyulás esetén is, nem egészen közömbös, ha a gyenge idegzetű egyéneket állandó rettegésben tartják a recidiválásra hajlamos epityphlitis esetleges operációjának izgalmai. Az utóbbi időben nagyobb számú olyan esetet láttam, a melyben a főleg kizárás útján typhusnak minősítendő betegség epityphlitishez hasonlóan folyt le.

A typhus ezen alakjában domináló szerepet játszik a fájdalom, mely a coecum tájékán ered és a has felső részeibe is kisugárzik. A fájdalom intenzív, a beteget és környezetét aggodalomban tartja. A fájdalmakat nyilván az ott levő fekélyek irritálása hozza létre, de okozhatják egyéb momentumok is. A fájdalmak 10—12 nap alatt vagy fokozatosan, vagy hirtelen — mintegy varázsütésre — megszűnnek.

Nem szabad azonban, hogy ezen fájdalmak irányítsák diagnosisunkat. Ha a vakbélitást vizsgáljuk, azt tapasztalhatjuk, hogy kitapinthatósága az izomcontractiók miatt nagy akadályokba ütközik. Más esetekben ismét jól kitapintható, a mikor a fájdalmak intenzitásukból veszítenek. Legkisebb kétség esetén a belső vizsgálat (rectum, vagina) megejtése is szükséges, mert epityphlitis gyuladás a coecum mögött is tanyázhat, és akár typhus, akár epityphlitis forog szóban, a coecumra nagyobb nyomást gyakorolni nem tanácsos. Ilyen vizsgálatok alkalmával sokszor lehet a typhusra jellemző korgást (ileocecalis korgás) hallani. A typhus ezen alakja kis fokú láz kíséretében folyik le (37° — 38°), nagyobb lázat (39.5°) csak egy esetben észleltem. A prognózis általában jó.

A következő eseteket csupán nagyjából körvonaloza írom le, megjegyezve, hogy a klinikai vizsgálat olyan adatokat nem nyújtott, a melyekből a typhuson kívül valami más betegségre lehetett volna következtetni.

1. K. Z., 7 éves, jól fejlett, egészséges szervezetű gyermek. A coecum tájékán rohamszerűen jelentkező görcsökről panaszkodik. A hőmérsék a 37.5° fokot nem haladta meg. A lép kissé megnagyobbodott. Roseola nem volt. A fájdalmak 10—12 napig tartottak és hirtelen minden átmenet nélkül megszűntek. A subfebrilis állapot 2—3 nap után szintén elmúlt.

2. I. B., 3 éves gyermekek hasonlóak voltak a tünetek, azon különbséggel, hogy a görcsök fokozatosan szűntek meg. A hajzatnak erős hullása folytán a koponyán majdnem teljesen kopasz helyek képződtek.

3. H. A.-né, erősen fejlett, kövér testalkatú nő volt az egyedüli. A kin 39° -ot meghaladó lázat állapíthattam meg. Hét napi kezelése után egy kollegám váltott fel, ki epityphlitiszt diagnosztizált. Érdekes, hogy az illető orvos diagnosisát azon kis oedemára alapította, mely a jobb láb bokaizületének tájékán volt észlelhető. Ámde nagyon kétes diagnosis lehet az, mely a jobb láb oedemájára támaszkodik. Mert hogy oedema támadjon a lábon, az elváltozásoknak már oly fokúaknak kell lenniök, hogy azokat az oedemával bizonyítani teljesen fölösleges. Egyébként még megemlítem, hogy az illető nő haza a betegsége után erősen hullott, és hogy közvetlenül a betegsége lezajlása után a székesfőváros egyik orvostekintélye epityphlitis nyomát sem tudta rajta kimutatni.

4. H. N., 12 éves gyermekek a vakbél tája az állandó nagy fájdalmak miatt kitapintható nem volt. A hőmérsék 37.5° — 38° . A fájdalom hirtelen szűnt meg. A láz szintén. A gyógyulás után nagy mértékű hajhullás jelentkezett.

Szükségesnek tartottam a typhusnak ezen megjelenési alakjaira a figyelmet felhívni és a kérdés gyakorlati oldalát megvilágítani, különösen ha tekintetbe veszem, hogy a szaksajtó hasábjain kevésbé gyakorlati megfigyelések is napvilágot látnak, így például a Schlesinger által leírt meningitis cerebrospinalis epidemica senilis typusa.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

A. Moeller: Lehrbuch der Lungentuberkulose. Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann. 1910.

A 323 oldalas könyvben rendszeres egészszé vannak összefoglalva azok az előadások, a melyeket a tuberculosos tanának terén

jól ismert szerző évek óta tartott részeit mint az egyik legnagyobb német népsanatorium vezető-orsosa a segédeinek, részeit pedig jelenlegi poliklinikája hallgatóinak. Minthogy munkája a gyakorló orvosnak készült, a mint maga mondja, „a gyakorlatból a gyakorlatnak íródott”: az elméleti fejtegetéseknek csak nagyon kevés teret adott, csak annyit, a mennyi a gyakorlati dolgok megértésére okvetlenül szükséges. Annál behatóbban tárgyalja azonban a tüdőgümőkór diagnostikájára — a többi között az annyira fontos korai felismerésére —, továbbá a prophylaxisra és a therapiára vonatkozó részeket, a mai áramlatnak megfelelően talán túlságos mértékben előtérbe helyezve a specifikus diagnostikát és therapiát, noha ez irányú ismereteink szerény véleményünk szerint még nagyon is rászorulnak a fejlesztésre, hogy elérjék azt a fokot, a melyen a mindennapos gyakorlat számára is ajánlhatóvá váljanak. Ez a körülmény azonban nem sokat von le a könyv értékéből.

Landois' Lehrbuch der Physiologie des Menschen. Zwölfté Auflage. Bearbeitet von R. Rosemann. II. Band. Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg.

A mikor Landois élettana 12. kiadásának I. kötete néhány hónappal ezelőtt megjelent, ismertetésünkben körvonaloztuk azokat a nagy előnyöket, a melyek e munka rendkívüli elterjedését biztosították. A II. kötetel immár teljessé vált új kiadás megjelenésével alkalmából még egyszer rá akarjuk irányítani olvasóink figyelmét erre az igazán páratlanul álló munkára, a mely oly szerencsésen egyesíti az élettan alapvető tudományát a gyakorlati orvostudomány kíváncsiival. A II. kötet a mozgás, az idegrendszer, az érzékszervek, végül a nemzés és a fejlődés élettanát ismerteti nem egészen 500 lapon, 194 magyarázó ábrával, híven visszautkróztatva ismereteink jelen állását a physiologianak jelzett fejezeteiben. Reméljük, hogy Landois élettana, dacára a sok hasonló terjedelmű élettani tankönyvnek, még sokáig megmarad abban a vezető szerepben, a melyet a gyakorló orvosok között már oly hosszú ideje elfoglalt.

Lapszemle.

Általános kórtan.

A fertőző bajok vegyi orvoslása czímén *Ehrlich* azon vizsgálatokról számol be, a melyek különböző anyagoknak kórokozó protozoonokra, főképpen trypanosomákra és spirillumokra tett hatásának kikutatására irányultak. Kitér ezen vizsgálatokról, hogy csak azon anyag lehet gyógyító szer, a melyet a kórokozó rögzít (parasitotrop) s a melyben ez a tulajdonság a szervezet szövetei részéről történő rögzítéssel (organotrop) szemben túlsúlyban van. A legtöbbet vizsgált trypanosomák általában a következő anyagokat tudják rögzíteni: 1. Arsenvegyületek: arsenessav, atoxyl, arsacetin, arsenophenyl-glycin; antimonvegyületek. 2. Azofestékek: trypanvörös, trypankék, trypanibolya. 3. Bizonyos lúgos triphenylmethanfestékek: para-fuchsin, methylibolya, pyronin. Az idevágó kísérletek alapján *Ehrlich* szerint fel kell venni, hogy a trypanosomák testében bizonyos sajátlagos vegyi csoportok vannak (chemoceptorok), a melyek a megfelelő osztály vegyületei iránt rokonságot mutatnak. Így a legtöbb trypanosomában „arsenoreceptor” van, a mely az arsenvegyületeket a trypanosoma testével vegyi összeköttetésbe tudja hozni.

A kísérletekben először is annak megállapítására törekedtek, hogy a vegyi anyagok károsítják-e az élősdieket egymagukban, s mennyiben javítják a fertőzött állatok állapotát. Az eredmények általában háromféle változatot mutattak, eltekintve attól az esettől, mikor az in vitro és in vivo végzett kísérletek eredményei egymásnak megfelelőek:

1. Sem in vitro nem károsították a szerek a mikroorganizmusokat, sem gyógyító hatást nem fejtettek ki. Ez azzal magyarázható, hogy kórokozók testében nincsenek meg a sajátlagos receptorok.

2. In vitro nagyon erőlyes a hatás, gyógyító hatás még sincs. Magyarázata az, hogy az anyag organotropiája aránytalanul nagyobb a parasitotropiánál.

3. In vitro nincs hatás, a fertőzött állatban ellenben kifejezett a gyógyító hatás (paradox vagy indirect hatás). Ez kétféle módon jöhet létre:

a) Az illető anyag a szervezetben a kórokozó iránt nagy affinitással bíró vegyületté változik át. Ilyen anyag például az atoxyl, a mely in vitro még töményebb oldatban sem károsítja a trypanosomákat, az emberben pedig 1 : 120,000 arányban (9.5 gm. atoxyl) megöli őket. Ehrlich kimutatta, hogy az atoxyl a szervezetben paraamidophenylarsenoxiddá redukálódik, ez az anyag pedig már nagyon híg oldatban megöli a trypanosomákat. Ezen jelenség vegyi oka az, hogy az atoxylban az arsen öt, az utóbbi vegyületben pedig három vegyértékű és az arsenoceptor csakis három vegyértékű arsen iránt bir affinitással.

b) A vegyi anyag a kórokozó életképességét szemmel láthatóan nem csökkenti, azonban szaporodó képességét megszünteti, a mi ilyen rövid életű mikroorganizmusra nézve tulajdonképpen egyenlő az elpusztítással. A hatásnak ezen módja különösen akkor szembetűnő, ha előzetesen trypanosomás vért különböző arányban keverünk a vegyi anyaggal s így visszük be az állatba. Így például, ha pyroninnal trypanosomás vérral 1 : 20,000—1 : 60,000 arányú keverékét befecskendezzük állatba, nem fejlődik ki a fertőzés, holott a trypanosomák semmi elváltozást sem mutattak s csak 1 : 300 arányú keverék fejt ki velük szemben mérgező hatást. A szerző szerint a hatás ezen módja elég gyakori (trypanvörös, arsenophenylglycin) s gyakorlatilag fontos azért, mert jóval kisebb mennyiségek használatára nyújt kilátást.

Eltekintve az indirect hatás most említett módjától, a trypanosomás vér és a mérge keverékének egyidejű befecskendezése esetén többször látták, hogy a fertőzött állatra tett gyógyító hatás sokkal nagyobb, mint in vitro a mikroorganizmusok károsítása. Ennek magyarázata: ha a megfelelő arányú keveréket használjuk, ebben már a vegyi anyag a paraziták bizonyos mennyiségét megölte, ezek feloldódva antitestek képződését idézik elő, a melyeknek hatása most már összegeződik a vegyi anyag gyógyító hatásával. Ebből azt a gyakorlati következtetést vonhatjuk, hogy ha fertőző bajjal szemben sterilizáló anyaggal rendelkezünk, oly időben adjuk azt, mikor az élősdiek már nagyobb mennyiségben vannak jelen a vérben, hogy azok elölésével lehetőleg nagy immunizálási ingert teremtsünk.

Ha a fertőzött s vegyi anyagokkal kezelt állatok vérének vizsgálták, azt találták, hogy a paraziták száma egyre fogy, míg egészen eltűnnek (therapia sterilisans convergens), vagy a számuk eleinte lényegesen fokozódik, majd fokozatosan csökken egészen az eltűnésig (therapia sterilisans semidivergens); előfordul azonban, hogy a vegyi anyag behatása alatt az élősdiek szaporodnak, holott in vitro az illető vegyület nagyfokú élősdölő tulajdonságot mutatott. Ezen „effectus contrarius” magyarázata a következő: a parasitotropia és organotropia viszonya az első rováására oly kedvezőtlen, hogy az állatkísérletben a paraziták a mérgeknek csak kis mennyiségét veszik fel, egy élettani törvény szerint pedig elég gyakori dolog, hogy a nagy mennyiségben pusztító anyag, kis mennyiségben az életműködések élénkülését idézi elő. Az élősdellenes szerek hatásának ezen módja szerencsére elég ritka.

További megfigyelések arról győzték meg a szerzőt, hogy az élősdiek általában nem egy, hanem több chemoceptorral is bírnak egy és ugyanazon anyag iránt s ezek közül rendszerint egy az, a mely első sorban ragadja magához a vegyületet (primaer haptophor), míg a többi (secundaer haptophor) csak ezután lép összeköttetésbe a velük rokon atomcsoportokkal. Ezen az alapon nagy perspektíva nyílik hatásos szerek kikutatására. Meg kell vizsgálni azt, hogy az egyes élősdifajtákban milyen gyökökkel szemben vannak primaer chemoceptorok, ezeket a gyököket egyesíteni kell a jól ismert hatásos anyagokkal (arsen, jód, kéneső). A trypanosomák bizonyos fajaiban az aceticoceptor (acetylgyök iránt rokon), a spirillumokban a jodoceptor a primaer haptophor. Ehrlich-nek az a véleménye, hogy alkalmas behelyettesítések útján sikerül majd azon vegyületeket megtalálni, a melyek a lehető legnagyobb fokban ölik a parazitákat.

A chemotherapeutának további feladata kikutatni azt, hogy az ilyen szer gyakorlatilag alkalmazható-e, elég kedvező-e a dosis therapeutica és dosis toxica viszonya. Általában mondhatjuk, hogy csak olyan szer alkalmazható a gyakorlatban, melyre nézve a kettő viszonya 1 : 4—1 : 20. Továbbá különféle állatfajtákra kell kiterjeszteni a vizsgálatokat; legjobb szer az lesz, mely lehetőleg sok állatfajban mutat kedvező hatást, a miből elég valószínűséggel következtethetjük, hogy az ember hasonló betegségét is kedvezően

befolyásolja. Különös figyelemmel kell lennünk arra, miképpen viselkedik valamely gyógyító szer az arsen iránt immunis („arsenfest”) törzsek iránt, a melyekkel idült esetekben találkozhatunk. (Arsenoceptorral bíró trypanosomák ugyanis nem letális arsenmennyiségekkel való kezelés folytán az arsen iránt immunissá válhatnak. Ugyanez áll természetesen a többi chemoceptorra is.) Az effectus contrarius kiváltó anyagok mint primaer orvosszerek semmi esetre sem jöhetnek szóba, legfeljebb más szerekkel kombinálva adhatók.

Az ilyen módon hatásosnak talált szereket már most emberen kell kipróbálni. Természetesen itt csak óvatosan, fokozatosan emelkedve az adaggal, lehet a legnagyobb még jól tűrt mennyiséget megállapítani. Nagyon sokszor találkozunk az emberi therapiában túlérzékenységgel. Ezért ezeket a kísérleteket egyelőre csak erőteljes, különben a belső szervek, különösen máj, vese s egyéb kiválasztó szervek elváltozásait nem mutató betegeken a pontos megfigyelés lehetősége mellett (jól vezetett kórházak) szabad végezni. Tekintettel kell lenni arra, hogy az előzetes atoxylkúrák az arsenvegyületek iránt túlérzékenységet teremthetnek. Arra kell törekednünk, hogy a túlérzékenységről még a szer alkalmazása előtt meggyőződjünk. Első sorban bizonyos szervre különös hatással bíró szer ne alkalmazzunk olyankor, mikor ezen szervben valami elváltozás van, például atoxylt ne használjunk szembaj esetén. Azonkívül bizonyos előpróbákkal igyekezzünk megállapítani, milyen hatással lehet a betegre az orvosság. Így Abt kiindulva abból, hogy arsenophenylglycin-kezelés alatt exanthemák s conjunctivitis mutatkoztak, a kezelés előtt rendszeres ophthalmo- és cutireactiókat végez s a pozitív reactiót mutató betegeknél nem adja ez orvosszert.

A mi az orvoslást magát illeti, kétféle mód lehetséges:

1. Etappeszerű orvoslás: időnként kisebb, a szervezetre ártalmatlan mennyiségeket adunk, a melyek behatása alatt egyidőre nagy fokban megkevesbednek a kórokozók, azonban újra megszáporodnak, míg végre mégis teljesen elpusztulnak. Ilyen a malaria, az álomkór (atoxyl) és lues orvoslása.

2. Therapia magna sterilisans, a mely abban áll, hogy 1—2 napig tartó erőlyes orvoslással megöljük a parazitákat. Ez az orvoslás természetesen veszedelmesebb, állatkísérletben azonban jól bevált. A klinikai megfigyelés feladata lesz eldönteni, hogy az emberi therapiában az orvoslás melyik módja sikeresebb.

Előadása végén Ehrlich megemlíti még, hogy specifikus voltak ellenére bizonyos orvosszerek még más mikroorganizmus-csoportokkal szemben is mutathatnak pusztító hatást. Így például Naegeli (Zürich) állítólag pseudoleukaemiának súlyos eseteit gyógyította meg arsacetinnal, Nuttall pedig trypanvörössel és trypankékekkel piroplasmák előidézte, kutyákat, juhokat és szarvasmarhát pusztító járványokat tudott kedvezően befolyásolni. (Zeitschrift für ärztl. Fortbildung, 1909. 23. szám.)

Belorvostan.

Gyomorfekély és hyperaciditas eseteiben neutralonnal tett tapasztalatairól számol be Albu poliklinikájáról Alexander. A neutralon, melyet Ehrmann állított elő, oldható aluminumsilicat, fehér, szagtalan és íz nélküli por, a mely vízben oldhatlan, híg sósavoldatban azonban testhőmérsék mellett lassanként hasad, miközben szilárd kovász válik szabaddá, a mely a még nem hasadt neutralonnal együtt a gyomor nyálkahártyájához tapadva marad. Fekélyes helyeken, minthogy itt a mirigyek elpusztulása miatt sósavval nem jön érintkezésbe, bomlatlan állapotban marad a neutralon, védő réteget alkotva. Sósavval érintkezése közben továbbá aluminiumchlorid is képződik, a mely összehúzó és fertőtlenítő hatású. A neutralonnak sósavkötő képessége meglehetősen tetemes, a mennyiben egy kávéskanálnyi mennyisége néhány óra alatt testhőmérséklen körülből 400 cm³ 0.2%-os sósavat tud megkötni. A jelzett hatásai (sósavmegkötés, védő, fedő hatás, összehúzó és fertőtlenítő hatás) miatt érdemesnek látszott a szerrel kísérleteket végezni gyomorfekély, hyperchlorhydria és hypersecretio eseteiben. Az összesen 92 esetben tett tapasztalatok a szert csakugyan nagyon jól használhatónak bizonyították; különösen kiemelendő, hogy kellemtelen mellékhatása nincs, főleg székrekedést nem okoz. Természetesen nem fejt ki oly rögtönös hatást, mint a nagy mennyiség alkali adása, mert hiszen a hasadása csak lassan megy végbe; ezzel szemben azonban tartós a hatása. Az is magától értetődő, hogy

a szóban forgó esetekben csak segítő szer, a lényeges a diéta kezelés. A mi az adagot illeti, az első napokban egész, a továbbiakban fél kávéskanálnyit adunk. $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ órával az étkezések előtt. (Berliner klinische Wochenschrift, 1909. 49. szám.)

Az in- és bőrreflexek viselkedésének jelentősége uraemiában. A német belorvosok 1909. évi congressusán *H. Curschmann* a fenyegető uraemia felismeréséről szólva, nagy jelentőséget tulajdonított az in- és bőrreflexek viselkedésének. Tapasztalatai szerint ugyanis az uraemiát megelőzően valamennyi in- és bőrreflex kórosan fokozódott egészen a patella-, kéz- és lábelonusig, sőt a Babinski-jelig. E mellett az izomzat tonusa csaknem kivétel nélkül változatlan maradt, a Kernig-tünet pedig mindig hiányzott. A reflexfokozódás okául a pyramisoldalkötegpályának, illetve az agyvelőkéreg reflexgátló központjának az uraemiás intoxicatio által okozott megkárosodását mondotta. A hamburg-eppendorfi kórházban *Fette* ebből a szempontból 11 esetet vizsgált meg, a melyek közül 5-nek a kórtörténetét kissé behatóbban ismerteti. Azt tapasztalta, hogy fenyegető uraemia eseteiben nem fokozódnak okvetlenül az in- és bőrreflexek; ezek szerint tehát a Curschmann-féle jelenség csak pozitív értelemben értékesíthető, a hiánya nem zárja ki a fenyegető uraemiát. (Berliner klinische Wochenschrift, 1910. 3. sz.)

Sebészet.

Heveny parotidduzzadás esetét közli *Strelitz*. A 67 éves, erőteljes, teljesen egészséges férfi parotisa íróasztal mellett olvasás közben a fejnek hirtelen fordulása után erősen megdagadt. Láz nem volt, teljesen jó közérzés mellett sem spontan, sem nyomásra fájdalmak nem támadtak, csak a száj nyitáskor mutatkozott némi feszülésérzés. Erősebb nyáladzás nem volt kimutatható a duzzanatra gyakorolt nyomás után sem. A duzzanat másnapra már tetemesen megkisebbedett s négy nap után már nem volt látható, csak tapintható. Azóta 5 hónap telt el, az illető teljesen jól érzi magát, elválasztása rendes. A mi a baj keletkezése módját illeti, a szerző azt hiszi, hogy a ductus Stenonianus szögletbe törött, esetleg meg is sérült. König a tankönyvében leírja, hogy az ilyen sérülések előfordulnak és prima reunióval gyógyulhatnak, a nélkül, hogy egyáltalában gondoltak volna is a Stenon-vezeték sérülésére. (Berliner klinische Wochenschrift, 1909. 49. szám.)

A pylorus féloldali kiiktatásáról értekezik *Eiselsberg*. Az eljárás lényege az, hogy a pyloruson ülő kóros elváltozástól proximalisan kettévágjuk a gyomrot, mindkét metszésfelületet vakon elvarrjuk s utána gyomorvékonybélisipolyt készítünk. A műtéti eljárás eszméjét annak megfontolása vetette fel, hogy a mikor friss pylorusfekély miatt létesítünk gyomorbélisipolyt, a fekély voltaképpen nincs tökéletesen kiiktatva, a gyomortartalom még mindig hozzáférhet és fájdalmat válthat ki. Noha a dolog természetesen szerint csak a pyloruson és a praepylorosus részen ülő fekélyek iktathatók így ki, mégis egy esetének tanúsága szerint — melyben a pylorus-fekélyen kívül még egy ulcus ült a cardia táján — úgy látszik egyebütt ülő fekélyek gyógyulására is kedvező befolyást gyakorolhat az eljárás. A műtét javalatai akkor is fennforognak, mikor heges összenövések a beteg leromlott állapota miatt a gyomor-resectio vagy egyszerű gyomorbélisipolykészítés közt kell a sebésznek választania, valamint ott is, a hol nem dönthető el biztosan, rák vagy csak egyszerű fekély van-e jelen. Az bizonyos, hogy a féloldali kiiktatás következtében a gyomortartalom által nem izgatott rákos fekély növekedése lassúbb lesz, mintha csak egyszerű gyomorbélisipolyt készítünk. Egyébként, ha a beteg igen elesett, gyöngye, a pylorus féloldali kiiktatása, mint a gyomor-resectiót előkészítő műtét is szóba jöhet. A 12 eset, melyben e műtéti eljárást *Eiselsberg* kipróbálta, oly biztató eredményeket mutat (teljes gyógyulás 13 év múlva, rosszindulatú daganat mellett évek múlva kielégítő állapot), hogy az eljárás igen értékes palliatív műtétnek minősítendő. (Wiener klinische Wochenschrift, 1910. 2. szám.)

Makai.

A gyomorfekély eseteiben javalt műtétekről értekezik *Hochenegg*. Míg Payr gyomorfekély eseteiben a gyomorbélisipolyképzést nem tartja célravezető műtétnek s egyedül az excisiónak, nevezetesen pedig meghatározott localisatio mellett a resectiónak tulajdonít e részben értéket, addig *Hochenegg* a régi állásponton maradva, még mindig a gastroenterostomiát tekinti a normális mű-

tétnek. Még a nem a pyloruson ülő fekélyeknél is gyógyulásra vezethet — ha később is — a gyomorbélisipoly, maga a műtét sokkal egyszerűbb és veszélytelenebb a gyomorfal resectiójánál, az újabb fekélyképződéstől pedig biztosabban bírja a beteget megóvni. A mi a késői eredményeket illeti — noha az e részben való megfigyelésekre még rövid az idő —, *Hochenegg* szerint a gyógyulások hegeképződés sokkal kedvezőbb a gastroenterostomia után, a hol csupán a fekélyre szorítkozik, mint a resectió esetekben, a hol a heg circulárisan fogja körül a gyomrot. (Wiener klinische Wochenschrift, 1910. 2. szám.)

Makai.

Húgyszervi betegségek.

A vesekőbántalomról *Israel* klinikáján szerzett tapasztalatairól referál *H. Neuhäuser*. A szerző azon 245 műtétből, melyek a főnöke, *Israel* tanár ez ideig 233 betegen vesekő miatt végzett, az alábbi következtetéseket vonja le: 1. Kétségtelen, hogy a Röntgen-sugár igen fontos diagnosztikus segédeszközünk, bár tévedésre is adhat okot. Vannak ugyanis a) olyan concrementumok, melyek az x-sugarakat átbocsátják, de lehetnek b) egyéb körülmények is a vesében, melyek a radiogrammon árnyékot okoznak. Ezek egyrészt már szabad szemmel kivehető anatómiai elváltozások lehetnek, másrészt viszont görcsövel is alig felismerhető szövetelváltozásokból állhatnak. A Röntgen-vizsgálat mellett tehát a többi klinikai diagnosztikus tüneteket is gondosan kell mérlegelni. 2. A varrattal párosított pyelolithotomia minden műtétmód között a legkevésbé mélyreható operatio, mely e mellett többnyire igen kedvező eredményt is ad, csak az a kár, hogy aránylag igen kevés esetben alkalmazható. 3. A varrattal párosított nephrolithotomia azon okból, hogy postoperatív haematuriával járhat, jóval veszélyesebb műtét, mint a hogy általában gondolják. A vérzés okai különbözők, néha teljesen ismeretlenek; ez ideig nincs rá mód, hogy a vérzést elkerüljük. 4. A vesemedence-drainézzel párosított pyelolithotomia a kedvezőtlen vizeletlevezetés miatt nem nagyon ajánlatos és csak bizonyos ritka kivételes esetekben lehet igazán czélszerű. 5. Súlyos pyonephrosisos calculosa esetében a nephrotomia sokkal mélyrehatóbb beavatkozás, mint a primaer nephrectomia, a műtéti hálálozás is kétakkora mint emennél s így a túlzott conservatismus semmiképpen sem indokolt. (Folia urologica, IV. k., 5. sz.)

Drucker Viktor dr.

Veleszületett vesetumor két esetét közli *Gino Baggio* a veneziai közkórház sebészeti osztályából. Az első eset 5 éves, a másik 11 hónapos leánykára vonatkozott. Az első beteg a nephrectomia után meghalt, a másik gyermekben a műtét kedvező eredménnyel járt. A két daganat egymáshoz nagyon hasonló volt s pedig úgy a klinikai tüneteket, mint a makroszkopi jellegét illetőleg. A szövettani vizsgálat azonban már lényeges eltérést mutatott. Kitént ugyanis, hogy az első tumor nagyjából ebrényi szövetből és parenchymás, rendetlenül kerekded elemekből állott s feltűnően kevés protoplasmát tartalmazott. Ezen parenchymás elemek a primitív szövetben kezdetben diffuse formálódottak s csak később egyesültek határozott csoportokká. Azon kötőszövetes jellegű elemek között, melyek az említett csoportokat alkották, felhámalakok nem voltak találhatók, ellenére annak, hogy ezen csoportok feltűnően hasonlítottak az adenosarcoma szövettani kezdőstadiumához. A másik eset típusos adenosarcomának bizonyult.

Az első tumor tehát az ebrényi jellegű veleszületett vesesarcoma azon histologiai csoportjába tartozott, mely a vegyes tumoroktól csak abban különbözik, hogy kevésbé complex a structurája; a másik daganat viszont a valódi vegyes tumorok közé sorolható. Daczára az eltérő mikroszkopi alakulatnak, e két tumor valószínűleg ugyanegy eredetű és ez okból úgy klinikailag mint anatómiailag egyenlően méltatandó. Azt az elméletet, mely e két tumor közös eredetét legjobban megmagyarázza, *Wilms* állította fel. (Folia urologica, IV. k., 5. sz.)

Drucker Viktor dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A külső hallójárat furunculosisa ellen *Bruch* az ichthyolt ajánlja. Olyan módon jár el, hogy ichthyol és glicerín egyenlő mennyiségéből készült elegybe mártott vatta-gomoly visz a hallójáratba s az ichthyol kicsöpögésének meggátlására kevés száraz

vattát is tesz a fül nyílásába. Az ichthyolos tampon ne nyomja a hallójárat falát, mert a fájdalmak fokozódhatnak. Általában elegendő naponként egyszer megújítani a tampont; csak rendellenes mértékben fájdalmas esetben adunk naponként két tampont. Az eljárás mindaddig folytatandó, a míg a furunculus teljesen beszárad. Fájdalomcsillapító hatásán kívül főleg azért ajánlható ez az eljárás, mert akadályozza a furunculosis terjedését illetve megismétlődését, úgyszintén a fülnyílás tájékának eczemáját, a mely a nedves kötésekkkel és a carbolos glicerinnel becséppentésével kezelt esetekben oly gyakori. (Ref. La semaine médicale, 1909. 51. szám.)

Bronchitis foetida eseteiben jó eredménnyel használhatók a következő összetételű pilulák: Rp. Plumbi acetici 0.03; Terpinii 0.15—0.30; Pulv. Doveri 0.10—0.15. M. f. pil. D. tal. pil. No. 30. S. Napoként 3—4 pilula veendő be. Időnként szünet tartandó a használatukkal, s ilyenkor a következő orvosságot adhatjuk: Rp. Guajacoli, Sol, arsen. Fowleri aa 8.0; Eucalyptoli 4.0. M. D. S. Reggel és este 10—20 csepp veendő be. (Medizinische Klinik, 1909. 49. szám.)

Bromacne ellen *Kellner* a következő kenőcs használatát ajánlja: Rp. Resorcin, Pulv. amyli, Zinci oxydati aa 4.0; Vaselini 12.0. (Ref. Medizinische Klinik, 1909. 49. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Klinikai füzetek, 1910. 1. füzet. *Pándy Kálmán*: Az alkoholos elme- és idegbajokról. *Hollós István*: A prostituáltak elmebetegségeiről.

Gyógyászat, 1910. 5. szám. *Pertik Ottó*: Orvostudományi irányok. *Porosz Mór*: A psychikus onaniáról. *Meisels Vilmos*: A női húgycsőstricturák gyakoriságáról.

Orvosok lapja, 1910. 5. szám. *Grósz Samu*: Pellagra esetek.

Budapesti orvosi ujság, 1910. 5. szám. *Manninger Vilmos*: A főregnyúlánygyulladásból eredő kiterjedt hashártyafertőzés kezelése.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Meisels Hermann* dr.-t Beregszászon járásorvossá, *Ilaszic Dániel* dr.-t a gyulai kórházhoz segédorvossá, *Hegedűs Béla* dr.-t és *Hohenberg Jakab* dr.-t a szekszárdi Ferencz-kórházhoz alorvossá nevezték ki.

A tisztiorvosi vizsgára előkészítő tanfolyam Kolozsvárt márczius 30. án kezdődik. Cursus a vizsga minden tárgyából lesz. Bővebb fölvilágosítást nyújt *Jakabházy Zsigmond* dr. gyógyszer-tani adjunctus, Kolozsvárt, Trefort-utca 8.

A budapesti egyetem II. sz. női klinikájával kapcsolatos szülészeti poliklinika segélyét decemberben 105 esetben vették igénybe; a műtétek száma 90 volt.

A budapesti poliklinika rendeléseinek decemberben 3692 új beteg jelentkezett; a rendelések összes száma 10,655 volt.

A budapesti önkéntes mentő-egyesület 1909 december havában 1112 esetben nyújtott első segítséget; ezenkívül 802 szállítást végzett, 203-szor mint mozgóórszék szerepelt és 18-szor vaklármá és téves jelentés folytán vonult ki. A december havi működési főösszeg tehát 2135.

Meghalt. *Csillag Zsigmond* dr., a budapesti kerületi munkásbiztosító pénztár főorvosa 66 éves korában e hó 3. án. — *W. P. May* dr., az idegélettan és kortan magántanára (lecturer) a londoni egyetemen, számos jeles neurológiai dolgozat szerzője, január 19. én, 47 éves korában.

Kisebb hírek külföldről. A berni egyetem nőorvostani tanszékére *Müller* tanár utódjául *Walther* tanárt, a frankfurti női kórház vezetőjét hívták meg. — *L. Perrando* dr.-t, a törvényszéki orvostan tanárát a cataniai egyetemen, Pisába helyezték át. — *C. Bömminghaus* dr. (otorhino-laryngologia) Boroszlóban és *Birkner* dr. (anthropologia) Münchenben rendkívüli tanári címet kapott. — *Huchard* tanár, az ismert párisi klinikus nyugalomba vonul.

A IX. nemzetközi hydrologiai (fürdőügyi), klimatológiai, geológiai és physiotherapiaili congressust 1912 őszén Budapesten tartják. A congressus előmunkálatainak megindítását a központi bizottság felkérésére az országos balneológiai egyesület vette kezébe. A congressus elnöke *Bókay Árpád*ot, titkárává *Bosányi Bélát* választották.

A III. nemzetközi laryngo-rhinológiai congressust 1911-ben tartják Berlinben. A congressusra vonatkozó bármilyen felvilágosítást szívesen ad a végrehajtóbizottság titkára, *Rosenberg* tanár (Berlin, Schiffbauerdamm 26), vagy a nemzetközi bizottság titkára, *Finder* dr. (Berlin, Nettelbeckstr. 17.)

A gyermekkori tuberculosis elleni védekezés Párisban *Grancher* vezetésével már meglehetősen nagy arányokat ölt. Az elmúlt évben vidékre küldött gyermekek száma 415 volt. A kiadások 152,874 frankot tettek 181,338 frank bevétellel szemben.

Élő mikroorganizmusok kinematografiai bemutatása. Ezt a problémát éppen most oldották meg Franciaországban, az ultramikroszkópia segítségével. Ultramikroszkópiának azt az eljárást nevezzük, a mikor a vizsgálandó tárgyat nem alulról világítjuk át, hanem teljesen elzárva az alulról bejövő fény útját, oldalról vetítjük rá, külön prizma segítségével a fénysugarat. Ilyen módon olyan tárgyak is, a melyek különben a kicsinyességük és színtelenségük miatt láthatatlanok még a legerősebb nagyítások mellett is, fénylő pontok vagy vonalak alakjában élesen szembetűnnek a sötét alapon, az elcsúsztatott szobába törő nap-sugárban lebegő porszemcsék módjára. Minthogy ehhez a vizsgálati eljárásához a mikroorganizmusok megfestése vagy egyéb módon való kezelése nem szükséges, vele a mikroorganizmusok élő állapotban is vizsgálhatók. *Commandon* dr.-nak, a ki ezzel a módszerrel a spirochaeta pallidát vizsgálta a párisi Hospital St. Louis laboratóriumában, az az ötlete támadt, hogy az élő spirochaetákról kinematografiai felvételeket készít. A világ-hírű *Pathé Frères* cég (kinematografiai film-gyár) közreműködésével sikerült ezt a tervét megvalósítani. Igen sikerült, meglepő képeket először az Académie des Sciences ülésén mutatta be. A spirochaeta pallidát házi-nyúl szaruhártyáján demonstrálta; meglepő volt, hogy a dugóhúzószertű parasiták mily élénken mozognak s igyekeznek a cornea szövethézagjából kijutni. Bemutatta még a febris recurrens spirillumait, a spirochaeta gallinaceát, különböző trypanosomákat, valamennyit élő, mozgó állapotban, továbbá a vérkeringést békalárva farkában, a fehérvérsejtek amoeboid mozgását s a zsírszemcsékben észlelhető Brown-féle molekuláris mozgást. Az eljárásnak nagy jövőt ígérnek nemcsak a tanítás, de a kutatás terén is.

Sajátságos módon vesztette el nem rég egy már hosszabb ideje Bécsben működő, osztrák születésű orvos a gyakorlat jogát. Hogy egy elvált katolikus asszonyt elvehessen, a mit az osztrák törvények nem engednek meg, még a mindkét oldali vallásvaltoztatás árán sem, választójával együtt magyar állampolgárrá lett, az örökbefogadtatásnak nem szokatlan útján. Erre megtörtént az esküvő Budapesten; de Bécsbe visszatérve meglepetés várta, hatósági értesítés, hogy ezentúl mint külföldi állampolgár nem üzhet Ausztriában orvosi gyakorlatot! Formailag a hatóság helyesen járt el, de az orvosi kamara másképp fogja fel a dolgot s készködni igyekszik, hogy kegyelmi úton engedjék meg az új férjnek orvosi gyakorlata folytatását.

Jelen számunkhoz E. Merck vegyészeti gyár Darmstadt „Stypticin” című prospektusa van mellékelve.

Dr. Jakab-féle Ligetsanatorium Budapest, VI., Nagy János-utca 47. sz. (A Városliget közvetlen szomszédságában.) Diacitás, diagnosztikus, physiotherapiás sanatorium.

Budapesti ZANDER-gyógyintézet

VIII., Muzeum-körút 2. Teljes physikális gyógytervezés. Főbb javالاتok: Idült gyomor-bélataonia, székrekedés, elhízás, köszvény, csúsz, idegzsabák (ischias sth.). Csonttörések és egyéb sérülések után visszamaradt mozgászavarok. Érelmeszesedés, szív-bajok, bronchialis asthma (villamos fény-fürdővel), neurasthenia, bénulások. Gyenge testalkatú gyermekek fejlesztése (Zander módszerével). Gerinczélőrbülesek.

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

Orvosi laboratórium: Vezető: Dr. VAS BERNAT, Poliklinika. Szövetség-utca 14-16. Telefon 90-46.

Tamássy Park-sanatoriuma DUNAHARASZTIBAN, Pest megye. Intézeti orvos: **Somosi Lajos** dr. Alkohol-, morphiom-, nicotinelvonás.

Orvosi laboratórium és czukorbeteglek toleranciájának meghatározása Dr. Mátrai Gábor v. egyetemi tanársegéd. Andrassy-út 50 (Oktogon-tér). Telefon 26—96.

SAN-REMO téli klímás gyógyhely az olasz Rivierán, főleg a légzőszervi és női bajok, az ideg-, szív- és vesebajok gyógyítására. A „Grand Hotel de Nice”-ben fekvőcsarnok és magyar ápolónő áll rendelkezésre. A „Hotel Continental Palace” minden emeletén meleg tengerifürdő van bevezetve; fontos körülmény különösen a női bajok téli gyógykezelésében. Bővebb felvilágosítással készséggel szolgál **Czifrusz Dezső** dr. kir. tanácsos, gyakorló-orvos. (Nyáron: Stócszfürdő igazgató-főorvosa.) 8351

Elektromágneses intézet Budapest, VII., Dr. Grünwald-sanatorium. Főbb javالاتok: álmatlanság, neurasthenia, neuralgiák, ischias, neurosisok, migraine, arteriosclerosis, csúsz sth. Prospectus. Vezető orvos: **REH BELA** dr.

Dr. Szili Sándor v. egyetemi tanársegéd, Andrassy-út 55. Tel. 157—71. Vegyi, gőrsői, bakteriológiai (Wassermann-féle lues-reactio) orvosi laboratóriuma.

Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA BUDAPEST, VÁROSLIGETI FASOR 13—15. Felvétetnek férfi- és nőbetegek négygyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal. Gyógykezelés tetszés szerint bármely tanár által. 2852

Dr. GARA GÉZA, Meran. SANATORIUM. PROSPECTUS. Budapest, IX., Bakács-tér 10. sz. Nőbetegek és szülők részére.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. Budapesti kir. Orvosegyesület. (II. rendes tudományos ülés 1910 január 15.-én.) 108. l. — Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya. (XVI. szakkülés 1909 október 30.-án.) 110. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(II. rendes tudományos ülés 1910 január 15.-én.)

Elnök: **Friedrich Vilmos.** Jegyző: **Rotter Henrik.**

Diagnostikai vérvizsgálatok bakteriumos fertőzés eseteiben.

Detre László: Előadásomban a vérvizsgálatok fontosságát óhajtom kiemelni bakteriumos fertőzés eseteiben. Az aetiologiai aera megindulása óta, vagyis a mióta a pathológiában kórokozó ens-ekről van szó, az aetiologiai kérdéseknek a gyakorlati orvostudományban is mind nagyobb szerep jutott. Az utóbbi években az immunitástan terén folytatott búvárkodás bebizonyította, hogy a bakteriumos behatásokra a szervezet mindig mint egész reagál, bármely helyen történik is a behatás; a mesodermális rendszerben bárhol is történik az ú. n. antigenek felszívódása, a szervezet ezekre egyaránt fejt ki reactiót, a mennyiben diagnostikailag észlelhető immunanyagokat termel. Ezen immunanyagok (agglutininek, bakterioly sinek, praecipitinek) igen gyakran használatnak fel a diagnosis céljaira, mert igen erős quantitativ specifikusságot mutatnak (Widal-reactio). A következtetések azonban mindig csak relativ értékűek, a mennyiben csak a fajlagosság arányában közelítik meg a biztosságot. Absolut értékűek azok az eljárások, a melyek directe mutatják ki a kórokozót és ezek közé első sorba helyezendők a direct bakteriologiai vérvizsgálatok. E vérvizsgálatok fontossága azóta emelkedett különösen, a mióta kiderült, hogy rejtélyes eredetű fertőzés eseteiben a vér vizsgálata útján sikerül a fertőző agens megállapítanunk. Canon és Lenhartz már régebben utalt arra, hogy azon régi theoriák, melyek a bakteriumoknak a vérbe való átmenetéről szóltak s a melyek a tankönyvekben még ma is olvashatók, sürgős revisióra szorulnak, minthogy az észlelhető jelenségek e theoriákat nem fedik. Régebben a bakteriumoknak a vérbe való bejutása azt jelentette, hogy a szervezet összes védő készülékei a kórokozókkal szemben már csődöt mondtak; lokális megbetegedésekben tehát egyenesen illogikus lett volna a kórokozónak keresése a vérben.

Doctrinaer ellenvetések akadályozták meg a bakteriologiai vérvizsgálat kifejlődését.

Legelőször a typhusbacillus törte meg a jeget, ez adta meg az impulsust a vérvizsgálat terén való továbbkutatásra. Néhány héttel ezelőtt Királyfi adta elő e helyen, hogy újabban a typhus kórjelzése mennyire haladt a biztosság dolgában. Manapság már ott tartunk, hogy a typhus első hetében ügyszólván 100% biztosságot nyújt a vérvizsgálat.

Nem véletlen, hogy éppen a typhus kapcsán kezdődött meg a vérnek bakteriumos vizsgálata: hiszen éppen a typhus-kutatók adták kezünkbe az immunitástan legtöbb tételének ismeretét és éppen a typhust tudjuk legjobban kimutatni. Ha a többi bakteriumra nézve olyan eklektikus táptalajokkal rendelkezünk, a milyen a typhusra az epecső, a streptococcusra az emberi activ fehérjés bouillon stb., akkor a többi bakterium kimutatása sem ütköznék annyi nehézségbe, mint a mennyibe ma még ütközik.

Hogyan képzeltek régebben a sepsis és a pyaemia fogalmát? A bakteriumoknak a vérben való jelenléte, a bacteriaemia olyan állapot, mely nem fejez ki semmit, mert éppen úgy lehet véletlen, mint a sepsis vagy pyaemia tünete. A pyaemia szó szerint genyverűséget jelent, u. i. egyes megbetegedésekben a bőrben keletkeznek lobos, genyedő góczok, s innen az elnevezés. A sepsis és pyaemia közötti viszonyra először Marmorek derített fényt, a kinek magyarázata szerint a pyaemia és a sepsis között csak fokozati különbségek állanak fenn. A vérbe jutott bakteriumokat 1. a vér bakteriumölő ereje (sejtek és nedvek) rövidesen elpusztíthatja; 2. a nagy parenchymás szervek phagocytái felveszik magukba, de a lekötött bakteriumokat elpusztítani nem tudván, a bakteriumok körül gyuladás, genyedés keletkezik (pyaemia); 3. a bakteriumok

kiszabadulhatnak phagocytás rabságukból, vagy egyáltalán fel sem vétetnek, hanem a vérben elszaporodnak (sepsis).

Ha a bakteriumok a pyaemiás góczokban meg nem öletnek, ezekből is kiszabadulhatnak, a nedvkeringésbe jutnak, a vérben elszaporodnak és ugyancsak sepsis fejlődik ki.

Mind a három folyamat ugyanazon állapotnak eredménye, t. i. a bacteriaemiának.

Újabban szakítanunk kell a toxinaemia fogalmával is. Régebben a lázas állapot magyarázatára felvették a toxinaemia fogalmát, a mely szerint a toxinaemiát a bakteriumok termelte toxin okozza. Ezt azonban nehéz volt experimentálisan beigazolni, mert a sepsises megbetegedések bakteriumaira nézve valódi toxinokat kimutatni eddig nem sikerült.

Ily hamis theoria akadályozta meg az e téren való haladást. A sepsis bakteriumainak teste tartalmaz ugyanis mérget, ú. n. endotoxint, mely azonban a bakterium testéhez van kötve, és annak elpusztulásával szabadul csak fel. A lázat tehát endotoxinok okozzák, melyeket a vér szabadít ki az elölt bakteriumok testéből. Erre bizonyítékunk is van. A maláriában ugyanis a lázroham alkalmával a plasmodium kiszabadul a vörsejtes rabságból; a rázóhideg mindig olyankor keletkezik, a mikor directe a vérpályába jut a fertőző anyag.

Egy kísérletet kell itt felemlítenem. Nyulak lépfenés fertőzése alatt a vérben bakteriumok csak attól a perectől kezdve mutathatók ki, a mikor a láz megjelenik: ez pedig megfelel annak az időpontnak, a mikor a lépfebacillusok a mirigyekből betörnek a vérbe. Addig, noha nagy helybeli oedema is van, láz nem mutatható ki. A láz tehát a bacillusoknak szétterjedését jelenti.

Maga a toxin korábban is felszívódhatnék, de az a körülmény, hogy a lázroham és a bakteriumoknak a vérpályába való betörése directe egybeesik, arra enged következtetni, hogy igenis a csiráknek a vérben való megjelenése okozója a láznak. Mennél jobban ismerjük a bakteriologiát, annál jobban tudjuk lázas betegség eseteiben a kórokozót a vérben kimutatni.

Tudvalevő, hogy tuberculosus egyénekben a csontot ért ütés következtében csonttuberculosis fejlődhetik, a vese tájára beható trauma vesetuberculosis okoz. Lehet-e ezt másképpen magyarázni, mint úgy, hogy a bakterium állandóan kering a szervezetben, de a szervezet a pathogen hatását leküzdí. Azonban locus minoris resistentiae következtében a bakteriumok az illető helyen igenis letelepedhetnek és kifejthetik hatásukat.

Azon körülmény, hogy bizonyos kóros folyamatok az eredeti gócztól távol levő helyre is átesapódhatnak, arra utalnak, hogy nemesak a lokális gócz a fontos, hanem tekintetbe kell venni, hogy a kórokozók onnan folytonosan belekerülnek a nedvkeringésbe, a vérbe.

Krompecher ismert kísérlete is ezen theoriát támogatja; szerinte a gümöbacillusokkal fertőzött nyulak mintegy két hétig láztalanok, csakis akkor lesznek lázassá, a mikor a gümöbacillusok disseminálódása megkezdődik. Fel kell tehát vennünk, hogy a lázat a bakteriumok felszívódása után a bakteriumok testéből kiszabaduló endotoxinok okozzák. Ezen felvételtől indulva ki, rendszeresen vizsgáltam az egyes eseteket úgy tenyésztéssel, mint mikroskoppal. A mikroszkopos vizsgálat fontosságára azon esetem utalt, a melyben a vérben colibacillusokat láttam és ezen vérlet alapján a coliaemia diagnosist ki mertem mondani már a natív készítmény átvizsgálása után. Ezen esetem óta a legnagyobb gonddal vizsgálom át (néha órákon át) a natív és festett készítményt, míg a kórokozót megtalálom. E vizsgálataimból kiderült, hogy ilyen esetekben a mikroszkopi vizsgálat nagyobb jelentőséggel bír, a mennyiben reávezt bennünket arra, hogy milyen fertőzésről van szó. Így meglátjuk a vérben a streptococust, még pedig rendszeren a diplostreptococcus alakjában, a gonococust, a staphylococust, a pseudodiphtheriabacillust és a coli-typhus csoportba tartozó bacillusokat. Beható mikroszkopi vizsgálattal el tudjuk dönteni, hogy az illető

lázás megbetegedésben az említett kórokozók közül melyikkel fertőződés forog fenn, a mi egyenest abba a helyzetbe juttat, hogy a culturák közül azonnal kimondhatjuk, hogy melyik faj a fertőzőmenny okozója és melyik csak véletlen szennyezés eredménye. A mikroskopi vizsgálat azon szempontból is nagyon fontos, hogy reámutat a vizsgálat folytatásának útjára, a mennyiben azon táptalajra tereli figyelmünket, melyet az adott esetben használnunk kell; továbbá megtudjuk azt is, hogy mily coloniákat várhatunk.

A mikroskopi vizsgálatnak újabban egyes vizsgálók nagy gyakorlati hasznát látják a tuberculosiban, még pedig annak III. szakában, az esetek nagy részében bacillaemia tuberculosát tudnak mikroskoppal kimutatni. Ha a mikroskopi vizsgálat befejeződött, a tenyészetek készítésére kerül a sor. Én a Petri-eszközt használom rendszeren, a melyekben otthon széleszték a betegágy mellett bouillon-esövekbe tett vérből.

Legjobban ajánlhatom vérvétel céljából a venaepunctiót, csak hogy ez nem mindig végezhető, így pl. gyermekeken nagy operatív beavatkozás számba megy a vena kipraeparálása és punctiója. Felnőtteken azonban a vérvétel ezen módja ambulanter is elintézhető. Ilyenkor 5 cm³-es fecskendővel szívunk fel vért, vagy az általam szerkesztett eszköz segítségével, a melynek előnye, hogy assistentia nélkül bármely mennyiségű vért vehetünk a betegtől.

Ha a vérvétel sikerült, először is nativ praeparatumot készítünk, azután száraz praeparatumot, majd a sejtszámlálás következik, azután bakteriologiai analysis és végre a serumpróbák részére kb. 1/2—1 cm³ vért kis kémlecsövekben megalvasztunk.

A tenyészeteket 24—48 óra múlva vizsgáljuk, a mikor is már bizonyos direktíváink vannak a mikroskopi vizsgálat alapján a diagnózisra nézve.

Eredményeim: Legegyszerűbb a staphylaemiák kimutatása, a melyek azonban nem gyakoriak. Leggyakoribb a streptococcus-fertőzés, még pedig sebési esetekben rendszeren a streptococcust, belgyógyászati esetekben (anginák, középfülgyulladások, influenzák, sepsisek) a pneumococcushoz közelálló diplostreptococcust találtam. Látam általános gonococcus-sepsist (streptococussal együtt), tetragenus-infectiót (oka pleurális tályog volt), pneumococcus-sepsist.

A bacillusok közül: Typhusban a tenyésztéssel való vizsgálat rendszeren nem szükséges, mert a beteg a vizsgálat idején már a latentian túl van és a Widal-reactio jól útbaigazít. Egy esetben mégis az epecsó-cultura döntötte el a diagnosist. A beteg ugyanis tüdőtuberculosis czimén került sanatoriumba; igen profus orrvérzésekben szenvedett, nagyon elesett lett, miliáris gümőkórban szenvedőnek tartották. Kiderült, hogy a beteg már előzőleg hetekig szenvedett hörgőhuruttal járó lázas megbetegedésben, a mely után 1—2 hétig láztalan volt. A vérben határozott leukopenia mellett a Widal-reactio negativ, az epecsó-culturában azonban a már másnap látható rengeteg typhusbacillus kimutatta, hogy typhusrecidiva esete forog fenn.

Paratyphus esetem 3 volt: két gyermek és egy felnőtt. Nem tartom feleslegesnek megemlíteni, hogy a mint utóbb kiderült, az egyik beteg nyers salátát evett, a másik pedig osztrigát fogyasztott. A harmadik eset ismét élénken illusztrálja a vérvizsgálat nagy horderejét. A diagnosis abortus utáni láz volt. Megvizsgálva a beteget, a lépet megnagyobbodottnak találtuk; az agglutinációs próba typhussal szemben 1:30 arányban pozitív eredményt adott, a mi typhusra nem jellemző. Minthogy a nőorvos méhbeli elváltozást nem talált, megtörtént a méh bakteriologiai vizsgálata, a mely a paratyphus B-esoportba tartozó pálcikát tüntetett fel szintenyészetben. A 40°-os láz alatt megejtett vérvizsgálat folyamán a vérben mozgó pálcikákat találtam, a culturában a méhben találtakkal megegyező koloniákat. További kérdésközlésre kiderült, hogy az abortust már több napos rosszullet, sőt láz előzte meg, a mely körülmény a kórfolyamatra világot vetett, t. i. nem az abortus okozott lázat, a hogy hitték, hanem paratyphusos fertőzés történt, a paratyphus-bacillus befészkelte magát a méhbe, abortust okozott és csak azután fejlődött ki a paratyphus-fertőzés okozta súlyos állapot. Én azonban ezek felderítésével nem elégedtem meg, hanem megtudtam azt is, hogy a beteg otthonában több hasonló megbetegedés történt, a melyeket hajlandó vagyok a borjúk járványos enteritisére visszavezetni (paratyphusos tej). Legalább is jelentették, hogy ez időben az illető községben a fentemlített állatbetegség járványosan jelentkezett.

A coli-fertőzések nagy számban szerepelnek diagnosisaik között. Legérdekesebb az az eset, a melyre egy ízben már hivatkoztam e helyen.

Egy asszony öt év óta szenved rázó lázakban. A láz 2—3 napig tart, utána a hőmérséklet normális. A roham alatt a hőmérsék 41°-on is túlmegy; a lázrohamok 6—8 hetenként ismétlődnek.

Malariára tették a diagnosist, de a chinin használata eredménytelen volt. Az asszony mindenfelé utazott, de mindenhol voltak lázai. Én 41°-os lázban láttam a beteget; a belőle vett vérben mikroszkop alatt szépen mozgó coli-bacillusokat találtam. Ilyenkor vagy az epeutakból, vagy a bélből, vagy pedig a vizeletből kiinduló fertőzés van jelen. Kizárás útján arra az eredményre jutottam, hogy a kórokozók a vizeletből szívódnak fel. A beteg katheterezésekor erősen zavaros vizeletet kaptunk, mely tele volt coli-bacillusokkal. Az ureterek megkatheterezése, a melyet Illyés végzett, a bal oldalon genyes váladékot mutatott ki. Érdekes, hogy a katheterezés pillanatában a beteg hirtelen lázas lett, a mit az ezen beavatkozás alkalmával felszívódásra került nagyobb bacillustömeg okozott. (A beteg helmitolra szépen gyógyult.) Ezen eset óta különös gondot fordítok a coli-fertőzésekre. Ezek legnagyobb része pyelitisből indul ki, de van coli-cystitisből kiinduló is. Érdekes esetem volt néhány nap előtt, a melyet Berend-nek köszönök. 4 éves gyermekén urticaria és bélzavarok kíséretében igen súlyos vesegyulladás támadt. A vérből rengeteg coli-colonia nőtt ki.

Az epeutakból is gyakorta jut be a colibacillus a vérbe. A mikroszkop alatt látható szabad colibacillusok (a vérszerek között) Bartha esetéből származnak (icterus, rázóhideges epehólyaglob), a mely eset azért nevezetes, mert a rázóhideg után 3 órával a colibacillusok kitenyésztése már nem sikerült (bactericidia).

Még egy érdekes vizsgálatról kell beszámolnom, a mely visceralis luesre vonatkozott. A vidéki ember 3—4 év óta szenved visszatérő lázakban, a láz tartama 8—10 nap, 2—3 hetenként mutatkozik. A betegséget tuberculosissnak tartották. A beteg elutazott Gleichenbergbe, de nem gyógyulván meg, visszajött. Vérvizsgálatot végeztem Tauszk kívánságára a roham alatt. Találtam staphylococust, határozott leukopeniával (3000—4000 fehérvérsejt). A staphylococcusra éppen a leukopenia miatt ügyet sem vetve, fel kellett venni, hogy a szervezetben lázgerjesztő anyagot termelő valamelyes szétcső folyamat van, a mely lehetett vagy tuberculum, vagy pedig gumma. Kiderült azután, hogy ilyen lázroham alkalmával a beteg rekedt lesz, a mit a palatum molle és a hátulsó garattal oedemájával magyarázván, fel kellett vennünk, hogy csak a hátulsó gátorüregekben lehet a baj székhelye. A Röntgen-vizsgálat két nagyobb gummát mutatott ki a mediastinum post.-ban. A lázak már néhány kéneső-injectio után eltűntek.

Egy másik esetben májgummát találtam. A beteg 40°-os lázban szenvedett, lesóványodott, elgenyedt echinococcusra gondoltak és műtétnek akarták alávetni, azonban a Wassermann-reactio pozitív volt s azért egyszerűen kenőkurának vetették alá, a mire szépen meggyógyult.

Az esetek felsorolását folytathatnám, de ez nem célom, csak arra akartam a figyelmet felhívni, hogy az álláspont, melyet követek, a valóságot megközelíti, a mikor a lázas betegségekben a vérnek mikroskopi és tenyésztéssel való vizsgálatát legalább is igen fontos feladatnak állítom.

Mansfeld Ottó: A szülész-nőgyógyász szempontjából kíván néhány megjegyzést tenni. A mi első sorban az előadónak azon kijelentését illeti, hogy a „toxaemia” fogalma nem létezik, az a klinikus szempontjából nem fogadható el. Nevezetesen a gyermekágyi láz kérdésében úgy a diagnosis, mint a prognosis szempontjából fenntartandó továbbra is a „sapræmia”, a „toxaemia” és a „bakteriaemia” fogalma. A legutóbbi strassburgi nőgyógyász-congressuson a szakma legnevesebb képviselői hangoztatták ezen beosztás fontosságát. Megfelel ez a felfogás a klinikai tapasztalatnak is, mert feltétlenül bizonyos, hogy vannak lázas megbetegedések a gyermekágyban, a melyekben a bakteriumok a genitáliákat nem hagyták el. Ezen esetekben a vér az összes vizsgálatok értelmében sterilis és a vérvizsgálat semmit sem derít ki. Elsőrangú fontossággal bír azonban az elsődleges gócz, a méh váladékának vizsgálata. Ez a lokális bakteriologiai vizsgálat és a klinikai lelet (lázgörbe, pulsus, a folyamat localisatiója, eltolódás) döntők a pontos diagnosis és a szükséges therapia (lokális kezelés, általános vagy operatív therapia) szempontjából. A felsorolt esetek közül az, melyben abortus utáni lázban a vérkép paratyphus-bacillusokat adott s a melyben ugyanezen bacillust a méh váladékában is megtalálták, ismét csak azt igazolja, hogy a korán megejtett lokális bakteriologiai vizsgálat ugyanazt eredményezte volna, mint a vérvizsgálat, első tehát a lokális vizsgálat legyen.

A második csoportja a megbetegedéseknek, melyekre kitérni kíván, a colipyelitisek, melyekkel a szülés a terhesség és pyelitis elég gyakori kombinációja folytán kénytelen foglalkozni.

Az előadó említette esetek, melyekben hosszas lázas betegségeket és rázóhidegekkel járó pyelitiseket csakis a vér bakteriologiai vizsgálata alapján sikerült diagnosztizálnia, azt mutatják, hogy ezen esetekben elmulasztották a sterilis felfogott vizeletet bakteriumtartalmára megvizsgálni. Egy legközelebb tartandó előadásában be fog számolni a Tauffer-klinikán észlelt terhességi pyelitisekről, melyeknek mindenikében a vizelet bakteriologiai vizsgálata vezetett a helyes diagnózisra.

Végül oda concludál, hogy általánosságban a vér bakteriologiai vizsgálata csak másodsorban jön szóba a megbetegedés diagnosztikájának szempontjából, a mikor t. i. annak eldöntéséről van szó, vajjon a folyamat lokális vagy általános-e? Magát a diagnoszt a klinikai kép és a helyi bakteriologiai vizsgálat biztosítja.

Benedikt Henrik: A typhus azon formáiról akar szólni, melyek mint „typhi sine typho” ismeretesek, melyekben a typhus abdominalisnak semmi tünete sincs meg, és melyek csak a bakteriologiai vérvizsgálat segítségével tisztázhatók. Csak egy jellemző esetet említ fel: tonsillitis után persistáló lázak miatt hívták fiatal emberhez, kin friss endocarditist állapított meg előbb a félholdképző, majd a bicuspidalis billentyűkén. 18 napos majdnem láztalan periódus után ismét lázas lett; ekkor vérvizsgálatot végeztetett, mert streptococcusra vagy pneumococcusra gondolt és az esetleges serumtherapia részére kereste a támpontokat. Legnagyobb meglepetésére óriási mennyiségű typhus-bakterium fejlődött a vérből. Tehát endocarditis typhosa állott fenn, mely a vérvizsgálat nélkül sohasem lett volna a közönséges streptococcus-endocarditistől megkülönböztethető.

Rövidesen akar még egy pontot megvilágítani, melyet az előadó csak futólag érintett. Azokat az appendicitiseket, melyek anginákat és más helybeli lobos megbetegedéseket oly gyakran követnek, rendszeren metastasisos eredetűeknek tartják, és nem kételkedik benne, hogy az esetek egy részében ezen aetiológia helyes, de nem valamennyiben. Sőt azt hiszi, hogy ez a simultán haematogen fertőzés a ritkaságok közé tartozik. Valószínűbbnek tartja, hogy a lokális strepto- vagy pneumococcus fertőzés, mely az angina voltaképpeni substratuma, a test távolabbi helyén lappangó bakteriumos fertőzéseket aktiválhatja, mintegy anaphylaxiás állapotba hozza a szervezetet a vele azonos vagy rokon bakteriumok részére. Csak így magyarázhatjuk azokat a gyakorlatban előforduló eseteket, melyekben minden anginát appendicitis-roham követ; továbbá régi adnexmegbetegedéseknek, férfiakban prostatitiseknek vagy régi spermatoocytitiseknek anginával egyidejű vagy pár nappal később bekövetkező föllobbanását.

Kentzler József: Hogy a vér bakteriologiai vizsgálata typhus esetében mily fontos, az előttem szólók kifejezték. Én azon vizsgálatok alapján, a melyeket Ország-gal a tatabányai typhus-epidémia alkalmával végeztem, egy másik fontos körülményre akarok utalni. 3 esetben, melyben a beteg 3 napos lázas mozgalmat után lázat elvesztette, a vérből a typhus-bacillust ki tudtuk tenyésztetni. E három eset egy epidémia keretében természetesen typhusnak vétetik vérvizsgálat nélkül is, azonban ha járvány nincs, az esetek a reconvallescencia után környezetüket megfertőzhetik, mert vérvizsgálat hiányában semmi okunk sem volna, hogy a három napon át lázas, de azután teljesen egészségesnek látszó egyént typhusban szenvedettnek tekintsük. Így tehát epidémiák alkalmával, de máskor is a lázas betegek bakteriologiai vérvizsgálata nemcsak a kórokozót derítheti fel, de ennek felderítésével egyúttal praeventív intézkedések megtételére is feljogosít bennünket.

Engel Károly: A typhus abdominalisban végzett vérvizsgálatokra megjegyzi, hogy a II. számú belklinikán egy három napja lázas cselédén, a kinél typhusnak gyanuja sem forgott fenn, a typhus-bacillus-lelet pozitív volt. Egy másik öt napja lázas betegen szintén pozitív volt a typhus-bakterium-lelet. Egy másik cseléd, ki ugyanott szolgált, harmadnap beteg lett és beszállítása után 36 órával a typhus-bacillust ki lehetett tenyésztetni a vérből, míg a Vidal-reactio mindkét esetben negatív volt.

Preis Károly: Detre igen érdekes és tanulságos előadásához néhány megjegyzést fűz, mely lényegileg nem sokat változtat azon, a mit Detre előadott. Sepsis és septicaemia nem más, mint a bacterium távolhatása. Valahol letelepedik a bacterium, a szövetek elváltoztatásával szaporodik, és nemcsak a szövetrészt, de az egész egyént szenved alatta, tehát távolhatás történt. Diphtheria, cholera, tetania esetében ez a legtisztábban látható. A vérben nincs metastasis, bacterium nincs, csak valami folyadék, mely a távolhatást létrehozza: a lázat, idegrendszeri tüneteket és parenchymás elváltozásokat.

A hidegrázást és lázat nem a vérben keringő bacteriumok okozzák, hanem kémiai anyagok. Lehet, hogy azok, a melyeket Detre említett, t. i. az endotoxinok. De ez nem okvetlenül szükséges. Sokkal könnyebben magyarázható a dolog az eredeti góczokból felszivódott mérgekkel. Háromféle mérget lehet: 1. bacteriumanyagcsere-termék, 2. szétesett bacteriumendotoxin és 3. albuminotoxin.

A bacteriumok a szövetek fehérjéjét átváltoztatják oly módon, hogy mérges fehérjék keletkeznek. Ezek felszivódnak s szintén kifejteneik távolhatást. Ezt igen fontosnak tartja.

Az első ponton hajótörést szenved a legtöbb serologiai kísérlet, az állatokon és a kémlőcsőben végzettek egyaránt. Így érthető, hogy számos serotherapiái kísérlet a laboratóriumban sikerül, a valóságban nem.

Tehát oldható anyagok okozzák a távolhatást, azért gondoskodunk róla, hogy felvágjuk a góczot, hogy ne szívódjanak fel a mérgek. Sajátos, hogy még áttételek esetén is, ha az eredeti góczot megnyitjuk, meggyógyul a pyaemia. Tehát az eredeti gócz a legfontosabb.

Bizonyos bakteriologiai vizsgálatoknak gyakorlati értékük nincsen.

Hiába állapítjuk meg, hogy streptococcus, gonococcus van a vérben, ha az eredeti góczot nem ismerjük. Szégyenletes, hogy a vérbeli bacterium-lelet után keressük az eredeti góczot, a pleurális abscessust már előbb felfedezték volna, ha alaposan vizsgálták volna.

A bakteriologiai vizsgálatnak jelentősége van kétes lázak eseteiben, pl. typhus, malleus eseteiben, a hol nincs egyes gócz. Tehát ott van indokolva, a hol a betegség okát nem ismerjük.

Ezután áttér a visceralis lues eseteire és a Wassermann-reactio értékeléséről szól, mert kétes esetekben jodkaliumot adunk és e nocentibus et juvantibus megismerhetjük a diagnoszt.

Detre László: Engel és Kentzler kartárs urak érdekes észleleteikkel megerősítették álláspontomat.

Benedikt esete szintén megerősíti, a mit a vérvizsgálatok fontosságáról mondtam. Az ő theoriája, mely szerint bizonyos esetekben nem metastasis, hanem az egyik fertőző folyamat által egy másik, addig lappangott fertőzésnek kiváltása, lángra lobbanása forog fenn, nagyon is figyelemre méltó. Az állati pathológiában régóta ismeretesek az olyan esetek, mikor például activ immunizálás után, bizonyos oltóanyagoknak bevitelére egy addig latens fertőzés kitör. Eszlelték pl. sertésorvászoltásra a sertésvésznek kitörését. Az emberi pathológiában e theoria eddig kevés szerepet játszott (kanyaró-gümőkör, influenza-gümőkör), azonban kétségtelen, hogy ez irányú kutatások a pathologusra hálás feladatot rónak.

Mansfeld-del nem értek egészen egyet. Azt, hogy lázat más, mint bacteriumos fertőzés is okozhat, sohasem tagadtam, vannak pl. aseptikus széteső daganatok, melyek lázat okoznak; néha tápanyagaink rendellenes erjedése, az ú. n. gyomorelrontás, továbbá váladékoknak heves szétesése mind okozhat lázat, mely utóbbi folyamatot a gynaecológiában a sapraemia névvel külön meg is jelöljük. Az én fejtegetéseim csakis a toxinaemiára vonatkoztak, melyre nézve azt hiszem kimutattam, hogy tünetei az általam felvett bacterium-invasióval kényelmesen magyarázhatók. Hogy pyelitis eseteiben a vizeletből meg lehet tenni a diagnoszt, természetesen. Részletezett pyelitis-esetemben azonban éppen azok közé tartozott, a melyekben a pyelitisre semmi gyanú sem forgott fenn; a betegnek vizeletvizsgálati jegyzőkönyvei (megjegyzendő, hogy sehol sem kértek tőle steril vizelet vizsgálat czéljából) negatívak voltak, a minék következménye azután az volt, hogy a beteget elismert tekintélyek kezelték malaria ellen. Utólag persze könnyű a diagnoszt természetesnek találni.

Ez utóbbi megjegyzésem Preis kartársnak is szól; az albuminolytikus mérgeknek a bacteriumos fertőzésekben semmi szerepük sincsen. Hogy a bacteriumellenes serumok az emberben nem hatnak kellőképpen, annak számos oka ismeretes, csak éppen az nem, melyet Preis állít, hogy t. i. az albuminolytikus mérgek maradnak lekötetlenül.

A bakteriolytikus serumok pl. kísérleti állatainkban sem hatnak, ha későn alkalmazzuk őket, mert ilyenkor a bacteriolysis útján felszabaduló mérgek az állatot megölik (aseptikus halál). Ellenben igen erős lázzal járó állati betegségek, pl. sertésorvászolt, lépene 24 óra alatt meggyógyulhatnak a megfelelő ellensavóktól, noha ezek csakis bacterium-ellenes anyagokat tartalmaznak, Preis albuminotoxikus anyagait pedig egyáltalán nem tudják neutralizálni.

Hogy a bakteriologus munkája nem pótolja a belgyógyászt, ilyesmit igazán kár hangoztatni. Hiszen egész előadásomban igyekeztem kimutatni, mennyire tudja a bakteriologus munkája a belgyógyászt irányítani. Irányítani és nem pótolni. Ha a bakteriologiában kissé jártosak vagyunk, akkor megértjük, hogy egyes bacteriumoknak kimutatása egyenesen reámutat arra, hogy hol, milyen szervben keressük a fertőzés góczát. Az említett tetragenus-infectio pl. reáutalt a mellkasi szervekre és rávezetett egy centrális pneumoniás gócz kimutatására, mely gócz későbbben pleura-empyema kifejlődésére adott okot. Eppen így történik, ha rejtélyes lázakban a kimutatott colibacillus alapján a hasúri szervek vizsgálatára fektetjük a fősúlyt (epeutak, pyelitis stb.).

És szerencse, hogy egyes esetekben mégis csak inkább fordulnak az orvosok a vérvizsgálathoz, mint holmi okoskodáshoz, mert legalább ritkábban fordulnak elő olyan incidensek, a minő az említett májgummának majdnem megtörtént megoperálása.

Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya.

(XVI. szakkülés 1909 október hó 30.-án.)

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

I. **Makara Lajos** két beteget mutat be, kiken a **Matas-féle endoaneurysmorrhaphiát** végezte sikeresen. Az első beteget az október 2.-án tartott ülésen már bemutatta a szakosztálynak; a másik, a ritka eseteknek többször tapasztalt összetettségére szerint, azóta jelentkezett és operáltatott a klinikán. Minthogy az utóbbi tovább maradni nem hajlandó, bemutatja mindkettőt, bár az elsőnek műtéti sebe még nincs teljesen begyógyulva.

1. Az első eset 28 éves férfibeteg. Mint a mult alkalommal említette, bejövetele előtt öt héttel vette észre bal térdhajlásában a lüktető daganatot, mely két hét előtt hirtelen növekedni kezdett és nagy fájdalmakat okozott. A műtét kiderítette, hogy a hirtelen

növekedés okát az aneurysma megrepedése és az így támadt gyorsan növekedő aneurysma spurium okozta.

Az erősen positiv Wassermann-reactio a melleft szől, hogy az aneurysma okát a verőér syphiliticus megbetegedésében kell keresni, ámbar a beteg nem emlékszik a fertőzésre.

A műtétet október 6.-án a beteg kívánságára narcosisban végezte. Az Esmarch-pólya feltétele után megnyitotta az aneurysmát, melynek falát részint concentrikus véralvadék, részint a megrepedt 5 cm. hosszú és 2 cm. széles, orsóalakúlag tágult, alsó részén zsákszerűen kiöblösödő beteg érfal alkotta. Az egész üreg nagysága mintegy lúdtölcsnyi volt.

Tekintettel az aneurysmák érfal szakadékonyságára, nem végzett arterioplastikát, hanem az ér lumenét az intima kétsoros, folytatódó, vékony catgut-varratával az aneurysma hosszának megfelelően elzárta. Az elzárás az Esmarch-cső levétele után tökéletesnek mutatkozott. Általában az egész műtét nagyon könnyű és egyszerű volt.

A műtét rögtön megszüntette úgy a fájdalmakat, mint a lábszáron mutatkozott keringés-zavarokat; de a beteg a térdét teljesen kinyújtani még ma sem tudja. A sebüreget a műtét után teljesen elzártuk, draint nem alkalmaztunk; ez nem vált be, mert a merev falú üreg véromlenye elgenyedt, úgy hogy később a sebet föl kellett nyitni és drainezni. Matas is figyelmeztet megrepedt és meglobosodott aneurysmák eseteiben a drainage szükségességére. A betegen különben most a genyedés már megszűnt, a sebüreget kitelődött s a bőrből tisztán sarjadzik.

2. A második beteg B. S. 33 éves napszámos; előadja, hogy 4 hónap előtt egy társa revolverrel véletlenül a jobb térdhajlásába lőtt. A sérülés bő vézést okozott, melyet csak az orvos kötése szüntetett meg. A sérülés után lába és lábszára nagyon megdagadt, úgy hogy 2 hétig feküdnie kellett. Ezután 3 hónapig teljesen jól érezte magát, de 2 hét óta lábszára megint fokozatosan megduzzadt és fájdalmas.

A fölvetelkor a jobb lábszár felső és középső harmadában erősen duzzadt, a bőr piros, feszes. A jobb lábszár legnagyobb kerülete 42 cm., míg a bal oldalon csak 34 cm. A térdhajlásban fillérnyi, kerek, kékes, sima bőrhag van, mely alatt állandó, de a systolával erősbödő surranás és systolés lüktetés érezhető. Körülírt daganatot tapintani nem lehet.

Az előzményekből és a leírt tünetekből az arteria és vena popliteának lövés okozta sérülését, illetőleg a sérülés következtében támadt arteriovenosus aneurysmáját állapítottuk meg. A Röntgenkép három begyógyult projectildarabot mutat, egyet hátul a csombütykök között, kettőt a tibia hátulso felszínén.

A műtétet október 11.-én végeztük tropacocainos gerinczagy-érzéstelenítésben. Daczára az Esmarch-pólyának, a számos tágtult vena zavarta a műtét menetét. A sérülés helyén a vena poplitea lazán thrombusos volt, felhasítása után a thrombust eltávolítva, kerestük a nyílást, mely a venától az arteria felé vezet; ezt mintegy 5 cm.-rel mélyebben találtuk meg, mint lúdtoll vastag, közvetlenül az arteriába vezető lyukat. Az arteria falán az említett lyukkal szemben és mintegy 1½ cm.-rel alább egy második, hasonló nyílás van, mely diónyi, részben véralvadékkal kitöltött alaneurysmák zsákba vezet. Ezek szerint a projectil a térdhajlásba behatolva, nagyon ferdén lefelé és kissé előrehaladó irányban átfúrta kétszer a vena és kétszer az arteria falát. Az első venaseb (a thrombus területén) begyógyult, a második, mélyebb venasebnek szélei összenőttek az arteria sebével és létrejött a kettő között a közlekedés, a mi a vénák surranásában nyilvánult s okozta a láb és lábszár pangásos megdagadását. A hol az arteriát még egyszer átütötte a projectil, ott támadt a diónyi traumás aneurysma spurium.

Mindezen viszonyokat a mintegy 14 cm. hosszú sebben a venának 8 cm., az arteriának 4 cm. hosszban történt felhasítása után pontosan meg lehetett állapítani. Ezután az arteria lumenét az első esethez hasonlóan belső catgutvarrattal a felhasított hosszúságban elzártuk; a vena sebének finom, érvarrásra való tüvel és legfinomabb chinai selyemmel szűcsvarrattal bevarrtuk. Az Esmarch-cső levétele után több vérző venát és egy arteria-törzset kellett bekötni, mire a vérzés teljesen megszűnt. A sebet két üvegdrainnal drainezre bevarrtuk.

A gyógyulás zavartalan volt, a keringés-zavar és duzzanat a műtét után megszűnt s ma a beteg egészen könnyen jár.

A Matas-féle eljárás tehát mindkét esetben teljesen bevált. A mint eseteinkből látjuk, az arteria lumenében fekvő varratok, az aneurysma környékének kiméltése mellett, a collaterális keringést nem zavarják. Az operabilis aneurysmák legtöbbször ezen műtét-mód ajánlható, mert a régebbi eljárások a vérkeringést sokkal inkább veszélyeztették, az ideális műtétre pedig — teljes vagy végleges arteria-plastikával — kevés eset alkalmas s utána könnyebben támadhat recidiva.

II. Szabó József: A Wassermann-reactio és a Nonne-Apelt-féle kémlés értékesítéséről a pszichiatriában.

Hozzászól: Jancsó Miklós.

III. Góth Lajos: Válogatott fejezetek a méhfüggelékek lobos bántalmainak köréből.

PÁLYÁZATOK.

185/1910. kig. sz.

Pest-Pilis-Solt-Kiskun vármegye kalocsai járásához tartozó 4688 lélekszámmal bíró, — szállásokra tagolt — Homokmégy nagyközségben megüresedett **községi orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetnek:

A községi orvosi állás javadalmazása a következők:

1. Az 1908: XXXVIII. t.-cz. 10. és 15. §§-ában megállapított évi 1600 korona törzsfizetés és 5 évenként 200 korona korpótléknak 800 korona emelkedetése képezi.

2. Lakáspénz címén évi 400 korona.

3. Az 1908: XXXVIII. t.-cz. 25. §-ában megállapított, illetve a vármegye által e tárgyban alkotandó szabályrendelet szerinti beteglátozási díjak.

4. A sebeszet, szemészet és fogorvosi műtétnek 135,000/900. számú B. M. rendeleiben meghatározott minimális díjak.

5. Halottkémlésért addig, míg a közg. bizottság a díjakat meg nem állapítja, évi 168 korona átalányösszeg.

Felhívom pályázni öhajtókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket, eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket hozzám **1910. évi február 27.-ének** déli 12 órájáig adják be, mert a később érkezőket figyelembe venni nem fogom.

A választást Homokmégy községkészenél 1910. évi február hó 28.-án d. e. 11 órakor fogom megtartani.

Kalocsa, 1910. évi január hó 28.-án.

A főszolgabíró.

A kassai m. kir. állami bábaképző intézetnél egy **tanársegédi állás** megüresedvén, erre pályázatot hirdetnek.

Javadalmazás: Évi 1400 korona fizetés, lakás és I. osztályú teljes ellátás. Betöltendő ezenkívül az intézetnél rendszeresített **harmadik orvosi állás** is.

Javadalmazás: Évi 1000 korona fizetés, lakás és I. osztályú teljes ellátás.

Mindkét állás mielőbb lenne elfoglalandó. Tót nyelv bírása kívánatos és előnyt biztosít. Eddigi működést igazoló bizonylatokkal felszerelt pályázati kérvények alólírt igazgatóságokhoz **február hó végéig** nyújtandók be. A kérvényben kitüntetendő, hogy a pályázó a megpályázott állást mikor foglalja el.

Kassa, 1910. évi február hó 1.-én.

A kassai m. kir. állami bábaképző intézet igazgatósága.

„A Magyar Általános Köszénbánya-Részvénytársulat Tatabányai bányaműveinél fennálló Társaságára“ egy újonnan szervezett (ötödik) **társasági** illetve **bányarvosi állásra** pályázatot hirdet.

A megválasztandó orvos fizetése évi 4000, azaz Négyezer korona, szabad lakás, fűtés és világítás.

A pályázótól megkivántatik, hogy az összes gyógytudományok tudora legyen, Magyarországon graduált, vagy oklevele Magyarországon nostrifikált. Sebészeti gyakorlati bírók előnyben részesülnek.

A megválasztandó orvos köteles magát a társasági alapszabályok rendelkezéseinek alávetni.

Az okmányokkal felszerelt kérvények **1910 február hó 28.-áig** Bányatársaság Elnöksége, Tatabánya (Komárommegye) címre küldendők.

Tatabánya, 1910. január 24.

2-2

Magyar Általános Köszénbánya Részvénytársulat
Tata Vidéki Bányaműveit Társaságára.

29/1910. sz.

A gyergyószentmiklósi nyilvános jellegű megyei — 50 ágyra berendezett — kórháznál megüresedett **osztályos főorvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

Ezen állás 2700 K évi fizetéssel, két szobából álló bútorozott lakás, fűtés, világítás élvezetével javadalmazatik. Kilátás van továbbá arra, hogy a kerületi munkásbiztosító pénztárnál is kapni fog az orvos mintegy 900 koronát jövedelmező alkalmaztatást.

Felhívom a pályázni öhajtó orvosdoktorokat, hogy szabályszerűen felszerelt s Csik vármegye főispánjához címzett kérvényeiket **f. évi február hó 26.-áig** alantírt igazgatóhoz adják be.

Gyergyószentmiklós, 1910. évi január hó 15.-én.

3-3

Dobribán Antal dr., kórházi igazgató.

642/1910. sz.

A knézi (vingai járás) **község orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetnek. Az állás javadalmazása: Évi fizetés 1600 korona, lakbér 200 korona, hússzemlési, ker. betegsegélyzői és látogatási díjak. A szomszédságban levő uradalmaktól is megfelelő díjazás remélhető. Megjegyzem, a lakbér felemelése várható.

Pályázati határidő: **1910. évi február 24.**

A választást február hó 26.-án Knézen fogom megtartani.

Vinga, 1910. január 22.

3-2

Czirák dr., szolgabíró.

232/1910. sz.

Zala vármegye tapolecai járásához tartozó **kapolesti körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A körhöz tartoznak Kapoles, Petend, Vigánt, Pula, Taliándörögd, Monostorapáti, Hegyesd, Zalaláp, Sáska, Diszel községek. Székhelye: Kapoles.

Fizetés 1600 kor. törzsfizetés, ötödéves korpótlék, a törvényhatósági bizottsági közgyűlés által megállapítandó lakbér, esetleg természetbeni lakás, úti átalány és vármegyei szabályrendelettel megállapítandó látogatási díjak.

A pályázók az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt minősítésüket és eddigi előéletüket igazoló okmányaikkal felszerelt kérvényeiket hozzám 1910. évi március 15.-éig adják be, az elkészített vagy nem kellően felszerelt kérvényeket figyelembe nem veszem.

A választást 1910. évi március hó 19.-én d. e. 10 órakor Kapoles községben a község-házánál az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 6. §-a alapján a községek képviselőtestületeinek kebeléből és Zala vármegye alispánja által kiküldött törvényhatósági bizottsági tagokból alakult választógyűlés fogja megejteni.

Az állás 15 nap alatt elfoglalandó.

Tapoleca, 1910. évi február hó 1.-én.

Karácsony, főszolgabíró.

915/1910. alisp. sz.

Alsófehérmegye verespataki járásában a járási orvosi állás lemondás folytán megüresedvén, arra újól pályázatot hirdetek.

Felhívom ennél fogva mindazon orvostudorokat, — a kik ezen 2000 (kétezer) korona évi kezdő törzsfizetéssel, 360 (háromszázhatvan) korona évi lakpénzzel és 600 (hatszáz) korona évi úti átalánnyal javadalmazott állást elnyerui óhajtják, — hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában meghatározott minősítésüket és a tisztiorvosi vizsga letételét igazoló okmányokkal, születési bizonyítvánnyal felszerelt kérvényeiket Alsófehérmegye alispánjához az alább kitett határideig adják be.

Azok, a kik törvényhatósági szolgálatban állanak, az illető törvényhatóság első tisztviselőjénél, a kik másképpen állanak közszolgálatban, azok hivatali főnökeknél, azok pedig, a kik egyáltalában nem állnak közszolgálatban, állandó lakásukra nézve illetékes főispán úttján kötelesek pályázati kérvényeiket hozzám juttatni.

A pályázati kérvények beadásának határidejét 1910. évi március hó 5.-ében állapítom meg.

Nagye nyed, 1910. évi január hó 24.-én.

2-1

Báró Bánffy Kázmér, alispán.

26/1910. sz.

A Körösladány községnél lemondás folytán megüresedett **nem ügyvezető orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az orvostudori oklevéllel, szolgálati bizonyítvánnyal s születési anyakönyvi kivonattal felszerelt pályázati kérvények a f. évi február hó 6.-áig adandók be hozzám.

Az állás javadalma: évi 1400 korona fizetés, 500 korona lakáspénz s a törvényesen megszabott rendelési, beteglátogatási, műtét- és fuvardíjak.

Szeghalom, 1910. évi január hó 6.-án.

3-3

Csánki Jenő, főszolgabíró.

Liquor Thiorobin Comp. Eibach

mint a vele folytatott kórházi és klinikai kísérletek bizonyítják, a tüdőbetegségek hatékony gyógyítószere, kombinálva igen hatásos erősítőszerekkel, igen kedvezően befolyásolja a tüdőbetegség táplálkozását és anyagcseréjét s így tökéletesen pótolja, azt felülmúlja a külföldi készítményeket. Különösen ajánlíható: a légzőszervek megbetegedéseinél, idült hörghurut, tüdőgyulladásnál, influenza, kanyaró, szamárhurut stb. után visszamaradt makacs hurutoknál, a tüdőgyulladások minden alakjánál, mint specifikum. Adagolása: felnőtteknek naponta három kis evőkanállal, gyermekeknek három kávéskanállal. Evés előtt veendő.

Ára üvegenként 2 korona 50 fillér.

Készítője:

Szamossy Gyula gyógyszerész laboratoriuma

„II. Rákóczy Ferencz gyógyszerháza”, VIII., Rákóczy-út 25.
Főraktár: „Szent Bortalan gyógyszerház”, VI., Andrássy-út 55.

:: ELSŐRANGU GYÓGYVIZ ÉS DIAETETIKUS ITAL ::

Vesebajoknál, húgyhólyag - bántalmaknál és köszvénynél, cukorbetegségnél, emésztési és lélegzési szervek hurutjainál

a Bór és Lithion tartalmu GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

a kontinens legelső orvosi szaktekintélyei által kitűnő sikerrel használtatik.

Kiváló óvszer a vörhenynél (scarlatina) fellépő vesebántalmaknál.

E forrás kiváló tulajdonságai:

Hugyhajtó hatása.

Kelelmes ízű.

Teljesen tiszta.

Könnyen emészthető.

Vasmentes.

Állandó összetételű.



Különösen oly egyéneknek ajánlatos, a kik ülő életmódjuk folytán aranyeres bántalmakban, hasi vérbőségben, máj- és veseizgalomban vagy hugysavas lerakódásokban, vesehomok és vesekövek képződésében szenvednek.

Orvosi szakvélemények, gyógyeredményekről szóló bizonylatok és egyéb forrásleírások ingyen és bérmentve állnak rendelkezésre.

SCHULTES ÁGOST Színye-Lipóczi Salvatorforrás Vállalat,
BUDAPEST, V., RUDOLF-RAKPART 8.

SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. D^r EGGER

Indicatio: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rachitis.
Kapható minden gyógyszerházban.

Epileptikus

betegintézet Balf-gyógyfürdőben. Fölvilágosítással szolgál Wosinski István dr. igazgató-tulajdonos. Vagyontalan betegek a nagym. m. kir. belügyminisztérium előzetes engedélye alapján az országos betegápolási alap terhére vétetnek fel.

Pyocyane

mint bakteriumölő, hártya- és lepedékoldó szer ajánlatos a legkülönbözőbb fertőzések és lobok ellen.

Első sorban helyi kezelésre alkalmazzák és therapeutice és prophylactice rendkívüli eredménnyel alkalmazzák.

Alkalmazási hatáskör: **belgyógyászat, sebészet, nőgyógyászat, fülészeti, szemészeti, bőr- és nemi betegségek, fogászat stb.**

Nagy irodalom rendelkezésre.

Csomagolások: 10 ampullát tartalmazó dobozokban à 1 cm³, 4 ampulla à 2½ cm³, 2 ampulla à 5 cm³.

Üvegek à 10, 50 és 100 cm³. — Pyocyane-Spray.

Kapható minden gyógyszerházban.

SÄCHSISCHES SERUMWERK UND INSTITUT FÜR BAKTERIOLOGIE DRESDEN.

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében. GYNAEKOLOGIA Tóth István szerkesztésében.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLÉSEK.

Friedrich Vilmos: Az arteriosclerosis a fiatalokban. 113. lap.

Ság Sándor: Közlés a Pesti Izraelita Hitközség kórházának fülbeteganyagából. (Főorvos: Szenes Zsigmond dr.) Néhány újabb gyógyszer értékéről a fülészetben. 117. lap.

Pólya Jenő: Közlés a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem általános kór- és gyógytani intézetéből (igazgató: Tangl Ferencz dr., egyetemi tanár) és a székesfővárosi sztr. Margit-kórház sebészeti osztályáról. A vékonyhél retrograd incarcerationáról. 119. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Dr. S. Seligmann: Augendiagnose und Kurpfuschertum. — Lapszemle. Belorvosok. Prorok: A köpet kémiai vizsgálata. — Rychlik: Sebészeti beavatkozások leukaemia eseteiben. — Cheinisse: Az alkohol használata typhus abdominalis eseteiben. — Gerhard: A tuberculosus pneumonia diagnózis és prognózis. — Elmekörtan. Szécsi: A dementia paralytica, sclerosis multiplex és lues cerebrospinalis differentialis diagnózis. — S. Meyer:

Az éhségérzés kórtana. — Mataushek: Adatok a dementia praecox prognózisához. — Sebészet. Cheinisse: Pseudoappendicitisek és fantomappendicitisek. — Bruns és Sauerbruch: A gyomorkrízisek műtéti kezelése. — Gyermekorvosok. Engel: A gyermekkori gümőkór pathológiája. — Szülészet és nőorvosok. Bossi: A szülés gyors befejezése. — Bőrkörtan. A Bergenben tartott II. nemzetközi tudományos lepra-conferentia. — R. Bergrath: A pemphigus chinines kezelése. — Fizikai és diétikai gyógyításmódok. Zweig: Diarrhoea esetén alkalmazandó étrend. — Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Gemmil: Ulcus rodens kezelése. — Maetke: Szer cholera nostras és hozzá hasonló betegségek ellen. — Aufrecht: A vizelet fehérjetartalmának mennyileges meghatározása. 124—128. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 128. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 128. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 129—132. lap.

Melléklet. Richter Gedeon „Gyógyszerkülönlegességek“ prospektusa. — E. Merck vegyészeti gyár „Dionin“ prospektusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Az arteriosclerosis a fiatalokban.

Írta: Friedrich Vilmos dr. egyetemi magántanár, főorvos.

Annak a betegségnek, a melyre Lobstein első ízben és tág, csaknem általános értelemben használta az „arteriosclerosis“ elnevezést, ma már igen nagy az irodalma. Az ezen szinte gyűjtőfogalomnak minősíthető elnevezéssel megjelölt betegség-csoport kórboneczolástani s klinikai kórképével már igen sokan foglalkoztak, a kórokozóit és okait sok bűvár kereste s megtalálni is vélte, ezenfelül igen sok oly állatkísérlet ismeretes, melyben az emberi arteriosclerosisához s az állatokon előforduló, vagy különböző módon s módszerekkel előidézhető betegséghez hasonló elváltozásokat tudtak létrehozni.

Mindezzel szemben a fiatalokban előforduló arteriosclerosis-sal kevesebbet foglalkoztak, erről kevesebb adattal is rendelkezünk, irodalma az előzőhöz viszonyítva szinte elenyészően csekély, holott, mint ezt a boneczolók leírásából tudjuk, a fiatalkori vagyis a 40—45. életében aluli korban előforduló endoarteritis folyamat nemcsak hogy nem ritka, hanem már az eddigi tapasztalatok alapján is bizvást állítható, hogy az ily életkorban előforduló hirtelen, vagy baleset után, illetve azzal kapcsolatosan váratlanul bekövetkező halál felettébb gyakran a szív, illetve az erek, főleg az arteria coronaria arteriosclerosisával oki vagy következményes összeköttetésben van.

Tekintve az arteriosclerosis megjelenésének alakjait, természetesen: 1. hogy a klinikai fogalma gyakran nem egyezik azon követelményekkel, a melyeket a kórboneczoló ezen folyamathoz fűz; 2. hogy Marchand-nak az 1904. évi belorvostani congressuson tartott előadásában ismertetett azon álláspontjára kellett helyezkednem, mely szerint a klinikusra nézve, ki nem tudja elválasztani az érrelmeszesedést az érrelzsírosodástól, az érrelgyulástól, az érrelfajulástól, vagy az ereknek egyéb kóros állapotától, csakis az érrendszer vagy egyes erek részéről mutató, látással, tapintással vagy egyéb módon kimutatható tünetek, jelek s elváltozások mértékadóak. Ezek

szerint az arteriosclerosis diagnózisát fel lehet már venni, ha e megbetegedésre jellegzetes tünetek: a felületesen fekvő verőerek kanyargós volta, lüktetése, az érfal merevsége és megvastagodása, a verőérfal lüktetése észlelhető; teljesen figyelmen kívül hagyva, vajjon volt-e állandóan vagy mulóan vérérfeszülés s vérnyomásemelkedés, vagy sem.

Ezen megbetegedések, a mint azt az alábbi számok is igazolják (lásd az I. táblázatot), a fiatal, vagyis a 40—45. éven aluli korban is gyakoriak. Beteganyagom, mely a Budapesti Kerületi Munkásbiztosító Pénztár rendelőintézetének belorvostani osztályán megforduló s a munkásosztályhoz tartozó egyénekből került ki, igazolja, hogy az utóbbi hónapokban a rendelkezés nélkül megvizsgált, számszerint 1384 férfi s női beteg munkás között 100 olyan volt (lásd az I. táblázatot), a kiken a fizikális vizsgálat alap-

I. táblázat. Az összes beteganyag és az arteriosclerosisosak száma közötti viszony.

A betegek kora	Az összes betegek száma	Az arteriosclerosisosak száma	%-os arányszám
15—20. év között	196	2	1
21—25. „	239	14	6
26—30. „	226	22	10
31—35. „	248	25	10
36—40. „	259	25	10
41—45. „	216	12	6
	1384	100	

ján észlelhető jelekből és tünetekből kifolyólag arteriosclerosisist kellett a panaszkodó okául tekinteni. Ezen talált számadatot százalékos arányban kifejezve kitűnik, hogy 45 évesnél fiatalabb korú egyénekben a klinikai tünetek alapján az esetek 7·25%-ában volt arteriosclerosis felvehető, vagyis egy mindeddig nem kellően méltatott igen nagy szám, mely feltétlenül még ennél is jóval nagyobb lett volna, ha a kór-

bonczolástani ellenőrzés módunkban állott volna. Ugyanis Huchard 15,000 különböző korú betege között 2680 esetben, vagyis az esetek 17·8%-ában tudta kimutatni az érmegbetegedés jeleit, ezzel szemben a bonczolók jóval nagyobb számot találtak. *Generisch* 2852 hulla között 26%-ban talált arteriosclerosist. E szám-ban az az anyag is befoglaltatik, melyet még a betegség fenn-állása idején a m. kir. tud.-egyetem I. számú belklinikáján (Kétly tanár) végigészleltek. 164 ily észlelt beteg közül 13 egyénen, vagyis az esetek 7·9%-ában találtak arteriosclerosist, kik 30 évesnél fiatalabbak voltak.

A számérték magassága szembeszökő, különösen ha figyelembe vesszük, hogy az arteriosclerosis a 40 és 60 év közötti korban a leggyakoribb s hogy a fiatal korban oly ritkának vélt arterio-sclerosist inkább az öreg kor betegségének — Huchard szerint „maladie de senilité” — tekintették.

A megbetegedés előfordulásának gyakorisága a korral egyenes arányban növekedik. Akár a 100 megfigyelt észlelt beteg korát vesszük tekintetbe, akár a 100 eset korát hozzuk az összes meg-vizsgált hasonló korú egyének előforduló megbetegedésekkel össz-hangba: mindkét esetben a 15. és 20. életév között az előfordulás száma legkisebb, de viszont folyton fokozatosan emelkedik a 40. s azonfelüli évekig. A 41—45. életévben levők között az esetek száma csökken, a minnek azonban nem tulajdonítható nagyobb fontosság, mivel — a vizsgálat tulajdonképpen céljához képest — az ezen korban levő egyének a kórmegállapításnál nem vették nagyobb figyelembe, lévén a cél a fiatal korban, vagyis a 40. életéven inneni korban előforduló arteriosclerosis vizsgálata.

Ezen észlelettem egyezik azzal, a mit *Romberg* 1500 szintén súlyos munkát végző poliklinikai betegén talált; szerinte a nehéz munkát végző férfiak között az arteriosclerosis gyakorisága a 15. életévtől gyorsan, szinte szembetűnően növekedik, úgy hogy a 30. és 39. életévben levők közül már minden hetedik, a 40—49. életév közöttiek közül minden harmadik arteriosclerosisos.

Nemre nézve a férfiak között gyakrabban fordul elő, mint a nők között, különösen pedig a súlyosabb munkát végzőkben. *Romberg* szerint a megbetegedés a 30. életévtől kezdődően emelkedik s a 60. életévben a nők között már éppen oly gyakori mint a férfiak között.

Az arteriosclerosis gyakoriságának a nem szerinti különbözősége — nézetem szerint — a munkaviszonyokban keresendő. Nehéz munka, testi megerőltetés, hosszú munkaidő esetén az arterioscle-rosis sokkal gyakrabban fordul elő, mint oly egyénekben, a kik könnyebb testi munkát végeznek, vagy a kik munkájukat bizonyos megszakításokkal, közbeeső pihenő mellett végzik.

Észlelt eseteimben a nehéz testi munka az esetek 40%-ában szerepel az érelváltozás oka gyanánt, míg könnyű testi mun-kát végzőkben csak 36%-ban volt kimutatható. Tagadhatatlan azonban, hogy oly munkásokon, kik állandóan vagy csekély meg-szakítással méregtartalmú anyagokat — ólom, higány, bronz, hor-gany, különböző olomvegyületeket — dolgoznak fel, az arterio-sclerosis korai megjelenése igen feltűnő s annak az ezen munkákat

II. táblázat. A vizsgált összes betegek és az arteriosclerosisosak közötti viszony, tekintettel a foglalkozás minőségére.

A foglalkozás minősége	Az összes betegek száma	Az arterio-sclerosiso-sak száma	%-os arány-szám
1. Könnyű testi munka ¹	675	36	5·33
2. Nehéz testi munka ²	502	40	7·96
3. Méregtartalmú anyagokkal való foglalkozás ³	207	24	11·59
	1384	100	

¹ Munkaidő: 9—12 óra; műszerész, könyvkötő, szabó, cipész, háztartásbeli, segédhivatalnok, pincér, cseléd, szolga, kocsis, vasutas, útburkoló (aszfaltozó), kifutó, lithographus.

² Munkaidő: 8½—12 óra; asztalos, famunkás, fűtő, gyári segéd-munkás, kőműves, lakatos, kovács, vasmunkás, napszámos, pék.

³ Méregtartalmú anyagokkal való foglalkozás (ólomtartalmú anya-gok, savgőzők): nyomdai munkás, cinkographus, festő, mázoló, réz- és bronzmunkás.

végzők közötti nagy elterjedése különös figyelmet érdemel. Míg 675 könnyebb munkát (I. a II. táblázatot) végző egyén között az arteriosclerosis előfordulásának gyakorisága százalékos arányban 5·33%, addig a nehéz testi munkát végzők között az esetek 23%-ában 8%-ra szökik fel és a méregtartalmú anyagokkal foglalkozók között majdnem 12%-ra (I. a III. táblázatot).

A mérges anyagoknak szerfeletti nagy befolyása a megbete-gedés tüneteinek kiváltására még szembetűnőbbé válik, ha egynemű beteganyagot nézünk át. E célból vizsgálat tárgyává tettem az egyik budapesti accumulatorgyár egész munkásanyagát; az elért ered-mény mutatja, hogy ezen accumulatorgyári munkások közül a 45. életév alatti korban a csak ólommal dolgozó munkásokon az érelváltozás azon kezdetleges stadiumában, a midőn még sub-jektiv tünetek alig hívják fel reá a figyelmet, az esetek 23%-ában fordult elő, míg az ugyanezen gyárban más munkával foglalkozó, hasonló korú és azonos életviszonyok között élő egyének az arteriosclerosisban megbetegedettek százalékos aránya 4·1%-nál nem volt több.

A nehéz testi munkának a környéki vérerekre való kihatá-sáról már *Romberg* is megemlékszik s kiemeli, hogy azon, általam is gyakorta tapasztalt s nem ritka lelet, hogy a jobboldali kar-verőerekben feltűnőbb a sclerosis, mint baloldalt, az erősebb testi munkának következménye.¹

Az észlelt esetek 48%-ában előző heveny fertőző meg-betegedés — typhus, vörheny, izületi csúsz, kanyaró, stb. — volt kimutatható, ezenfelül pedig 12%-ban gümőkór is fordult elő a kórelőzményben. Ezen adatok igazolják azoknak a fellelését, a kik a fertőző megbetegedéseket tartják az arteriosclerosis egyik kór-okozójának; ezenkívül, a kiknek *Wiesel* a legfőbb szószólójuk, azt állítják, hogy a heveny fertőző megbetegedések már a meg-betegedés tartama alatt is észlelhető anatómiai elváltozásokat okoznak.

A syphilissel való előzetes fertőzést 18 beteg mondotta be a kórelőzmény felvételekor, de valójában csak 15 esetben, vagyis az esetek 15%-ában volt a *Wassermann-reactio* erősebben vagy gyen-gébenben pozitív, a mi arányilag oly alacsony szám, mely a tévhit ellen szól, melyet még ma is sokan táplálnak, hogy az endoarte-ritises megbetegedés egyik főokozója a syphilis. A megvizsgáltak 25%-ában fertőző betegség egyáltalában nem volt kimutatható.

Sokan — *Edgren*, *Traube* — kórokozó momentumnak tekin-tik az alkoholt, még pedig az esetek 25%-ában, a mit az én észleleteim is igazolni látszanak, a mennyiben eseteim 26%-ában az alkohollal való nagyobb mérvű visszaélés — főleg pálinka, kevésbé bor, legkevésbé a nálunk túldrága sör mértéktelen élvezete — volt kimutatható; az észlelteknél 30% alig ivott vagy abstinens volt, míg 26%-ról nem volt feltételezhető, hogy ez okozta, idézte elő vagy károsan befolyásolhatta volna ezen meg-betegedés korai megjelenését, jóllehet az alkohol mérsékeltebb élvezetét bevallották.

A nikotinnak az erekre való káros hatása úgy embereken tett tapasztalatok, mint számos állatkísérlet alapján alólánosan ismeretes, a mennyiben a nikotin a kis verőerek összehúzóódásánál fogva a vér-nyomást emeli. Ezt különben számbeli adataim is igazolni látsza-nak, a mennyiben a vizsgáltak 30%-a nagy mérvben visszaélt a dohánynyal, míg 24%-a abstinens volt, 46%-a pedig a dohánynyal való élést mérsékelten üzte.

¹ Belorvostani, de még az ipari megbetegedéseket tárgyaló szak-művekben is az ipari megbetegedés s az arteriosclerosis közti kapcsolat-ról alig találunk elvételre említést. Az ipari megbetegedésekről szóló leg-újabb tankönyvben (*Weyl* 1908) e tárgyra vonatkozóan csak három helyen találunk említést. *Zadek* a fémmunkások megbetegedéséről szólva megemlíti, hogy azon fémmunkások, kik nehéz kalapácsokat kénytele-nek emelni, az izomzat fokozottabb igénybevétele miatt korai arterio-sclerosist szereznek. E szerző szerint ugyanez bekövetkezik azokon, kik, mint példának okáért az öntődékben foglalkozók, nehéz terhet kény-telenek vinni. *Zander* a liftet kezelők megbetegedésénél kiemeli, hogy az érmegbetegedés s különösen az arteriosclerosis nem a foglalkozásnak tulajdonítható; hanem elképzelhető az, hogy e foglalkozás folytán a már előbb fennállott arteriosclerosis rosszabbodott. *Fleik* a festők, mázoló-k, lakka dolgozó munkások érmegbetegedésének gyakoriságát egyrészt a túlerőltetésnek, másrészt hőmérsékleti s égálji változásoknak tudja be. „Az ezek között elég gyakran előforduló arteriosclerosist az ülő élet-mód, alkohol, dohány élvezete kedvezően befolyásolja, de gyakran az ólomra is visszavezethető.”

III. táblázat. Az arteriosclerosisban szenvedők foglalkozása és kora közötti viszony.

Foglalkozás	A munka minősége és tartama	É l e t k o r	Az arteriosclerosis-esetek száma
Asztalos, famunkás	8½–9 órai munkaidő, munkaközben gyakori hajtás a munka fölé	20–25. életévben ... 2 eset 26–30. " ... 2 " 31–35. " ... 2 " 36–40. " ... 1 " 41–45. " ... 1 "	8
Aszfaltozó, útburkoló	9–11 órai munkaidő; tűz melletti, görnyedéssel járó munka, aszfaltgözők belehelése	31–35. életévben ... 2 eset	2
Cseléd, háztartásbeli munkás, mosónő	Csekély megszakítással folytonos munka	31–35. életévben ... 2 eset 36–40. " ... 4 "	6
Czipész, csizmadia	10–14 órai munkaidő; könnyű munka, folytonos görnyedés közben	31–35. életévben ... 1 eset 36–40. " ... 1 "	2
Cinkographus	8½ órai munkaidő; savgözők belehelése	26–30. életévben ... 1 eset 36–40. " ... 2 "	3
Fűtő	10–12 órai munkaidő; erős tűz mellett nehéz lapátolás	40–45. életévben ... 1 eset	1
Gyári segédmunkás	10–12 órai munkaidő; testi megerőltetéssel járó munka (nehéz tárgyak emelése, talicskázás), 3 gázgyári, 2 kénsavval dolgozó munkás	20–25. életévben ... 1 eset 26–30. " ... 1 " 36–40. " ... 5 "	7
Segédhivatalnok	Előzőleg az egyik asztalos, a másik építőmunkás volt.)	31–35. életévben ... 1 eset 41–45. " ... 1 "	2
Kocsis (előzőleg földmíves)	14–16 órai munkaidő	31–35. életévben ... 1 eset	1
Kőműves, építőmunkás	10–14 órai munkaidő; egyikük kénsavgyárban, savgözők között dolgozik	26–30. életévben ... 1 eset 31–35. " ... 3 " 36–40. " ... 1 "	5
Könyvkötő	8½–9 órai munkaidő; arany- és rézfüsttel dolgoznak	35–40. életévben ... 1 eset 41–45. " ... 1 "	2
Lakatos, kovács, vasmunkás	9 órai munkaidő; nehéz testi munka, tűz mellett	21–25. életévben ... 4 eset 26–30. " ... 3 " 31–35. " ... 3 " 41–45. " ... 1 "	11
Lithographus	8½ órai munkaidő	31–35. életévben ... 2 eset	2
Műszerész, szerszámcsináló	9–10 órai munkaidő	26–30. életévben ... 2 eset	2
Mázoló, festő	9–11 órai munkaidő; ólom-, zinktartalmú festékekkel foglalkozás	26–30. életévben ... 2 eset	2
Nyomdai munkás, betűszedő, gépmester	8½ órai munkaidő; ólom-intoxicatio	21–25. életévben ... 2 eset 26–30. " ... 5 " 31–35. " ... 3 " 36–40. " ... 2 " 41–45. " ... 2 "	14
Napszámos	10–14 órai munkaidő; nehéz, testi megerőltetéssel járó rakodó- vagy földmunka	21–25. életévben ... 2 eset 26–30. " ... 1 " 31–35. " ... 1 " 36–40. " ... 3 "	7
Pék	11 órai munkaidő	40. életévben ... 1 eset	1
Pincér	Munkaidő nincs megszabva; munka alatt folytonos szaladgálás	26–30. életévben ... 1 eset 31–35. " ... 1 " 36–40. " ... 2 " 41–45. " ... 1 "	5
Réz munkás, bronzműves	9–10 órai munkaidő; réz-, zink- és egyéb fémgözők között foglalkozás	16–20. életévben ... 1 eset 21–25. " ... 1 " 26–30. " ... 2 " 31–35. " ... 1 " 36–40. " ... 1 "	5
Szabó	12–14 órai munkaidő; munkaközben folytonos görnyedés	26–30. életévben ... 1 eset 31–35. " ... 1 " 36–40. " ... 2 " 41–45. " ... 2 "	6
Szolga, kifutó	11–15 órai munkaidő; nehéz tárgyak emelése és vitele	16–20. életévben ... 1 eset 21–25. " ... 3 "	4
Vasutas	24 órai szolgálati idő (altiszti és fékező minőségben)	41–45. " ... 2 eset	2
			100

¹ Az esetek száma egyszersmind a százalékot is kifejezi.

Más vizsgáló észleleteitől eltérően a magam vizsgálta eseteknél a diabetes, malaria, menstruális zavarok vagy idegbeli kórfolyamatok kórok gyanánt nem említhetők.

Az arteriosclerosisban szenvedőknek megbetegedésük legelején semminemű panaszuk sincs. Bajukat illetőleg, miképpen ezt az ólommal foglalkozó, munkájukat rendesen elvégző accumulator-munkások átvizsgálásakor alkalmam volt tapasztalni, semminemű említést sem tesznek. Ha ez kedvezőnek látszik is, talán egyúttal mégis egészségi szempontból nagyon is hátrányos az illetőkre, a mennyiben a kártékonyan beható, egészségüket aláásó s vérérrendszerük szöveti szerkezetét megtámadó kórokotól nem tartózkodnak. Csakis a bajnak kifejlődésével támadnak a subjectiv panaszok, melyek közül — valószínűleg a vérnyomás emelkedése folytán — a fejfájás áll előtérben, mely az észlelt esetek 60%-ában van meg. E tünet mellett leggyakoribb (56%) a szédülés. A tünetcsoportot kiegészíti az e megbetegedéssel összhangba hozható s következményes bajnak tekinthető — gyakran az oppressió érzésig menő — nyugtalanság 35%-ban, a rossz és nyugtalan alvás vagy álmatlanság 31%-ban, a mellkasi és szívűti fájdalmak 26%-ban, a gyomorpanaszok 19%-ban, az epigastriális és hastűti fájdalmak 17%-ban, a szívdobogás 11%-ban s végül az angina pectoris 5%-ban. A többi panasz: hidegség, fájdalmas érzés az alsó végtagokban, a hasban kellemetlen lüktető érzés (hasi aorta) ritka tünet. (Lásd a IV. táblázatot.)

IV. táblázat. Objectiv tünetek.

	esetek száma
Kanyargós art. temporalis	58
Láthatóan lüktető art. brachialis és radialis	51
Pulsatio a jugulumban	15
Kanyargós rigid arteriák	58
A bal kamara hypertrophiája	11
Az aorta II. hangjának ékeltsége	69
Fokozott reflexek	33
Albuminuria	3

Subjectiv tünetek.

	esetek száma
Gyomor-bélpanaszok	24
Mellkasi, szívűti fájdalmak	26
Szívdobogás	11
Fejfájás	60
Szédülés	56
Nyugtalan alvás	31
Angina pectoris	5
Félelmi érzés	35

Ezen sokféle és soknemű subjectiv panaszokat mintegy kiegészítik az objectiv tünetek. Ezek közül legjellegzetesebbek azok, a melyek a perifériás erek elváltozására engednek következtetni, mint a nehezen elnyomható, merev, kanyargósan lefutó, feszes tapintatú, radiális érlökés, a láthatóan erősen vagy erősebben, vagy egy karon, vagy mind a két karon jól láthatóan lüktető arteria brachialis s végül a látható s kanyargós lefutású halántékverőér. Az utóbbi valamivel gyakrabban, és pedig 58%-ban volt észlelhető. E szám még emelkedett volna, ha nem tekintettem volna az egyéb tünetekre is, arra, vajjon a látható halántékverőér egyúttal nem merev-e s lüktet? Számos esetben úgy ezen, mint magasabb korbelieken alkalmam volt meggyőződni arról, hogy a látható verőér egymagában nem enged meg semminemű következtetést sem az érfal elváltozását illetőleg. E tünet csakis akkor értékesíthető, ha a körülbelül teljesen egyező számban előforduló előbb említett tünetek is kísérik s ez az esetek 51—56%-ában ki is volt mutatható.

A vérnyomás, melyet a Riva-Rocci-féle módosított manométerrel — a maximális és minimális értékeket is megállapítva — mértem, a verőér feszességének megfelelően az esetek nem csekély számában emelkedett volt; így a fiatal egyénekben igen feltűnő magas, 150 mm.-en felüli vérnyomás az esetek 26%-ában, mérsékelt növekedett, 130—150 mm.-nyi vérnyomás 36%-ban, míg a normális 95—120 mm. s az ahhoz közel álló, majdnem normális

120—130 mm.-nyi vérnyomás 16—16, összesen 32%-ban volt észlelhető.

A vérerek nagy feszülésének s a vérnyomás emelkedésének tulajdonítható az esetek majd $\frac{2}{3}$ -ában jelentkező, feltűnő s az arteriosclerosis juvenilisre majdnem jellemző tünet: az aorta második hangjának igen erős ékeltsége, míg a bal szív hypertrophiájára jellegzetes tünet aránylag ritkán, csakis 11%-ban mutatkozott, s az endoarteritis alapon támadó fehérjevezelés eseteimnek csakis 3%-ában jelentkezett. E fiatalkori egyénekben aortitisre — az ezen bajra jellegzetes és gyanús tünetek alapján — 15 esetben lehetett következtetni.

Igen szembevetendő az érrendszer részéről mutatkozó elváltozás mellett a nagy fokban fokozott patellareflex s a fokozódott Achilles-inreflex, melyet az esetek 38%-ában észleltem, s a mely esetekben — legalább azok nagyobb többségében — arteriosclerosis felül neurastheniás tünetek is előtérbe léptek.

E tünetcsoport s a talált magas szám megegyezik számos észlelő leletével, kiknek véleménye az, hogy a neurastheniás egyénekben gyakori a korai arteriosclerosis. Vajjon azonban az idegességre való hajlam, ideges állapot vagy a már meglévő neurasthenia csakugyan elősegíti-e az arteriosclerosis kifejlődését, az azért is kérdéses, mivel nagyon valószínűnek tekinthető az a feltevés, hogy a fiatal korban jelentkező vérrelváltozás nagy foka ideges tüneteket válthat ki, mely tünetek gyakori vagy állandó jelentkezése idegességet okoz.

A fiatalkori arteriosclerosis kiváltó összes okok magyarázatára hely hiányában nem terjeszkedhetem ki s csak azt óhajtom kiemelni, hogy míg a fertőző bántalmak és a lues pathológiai következményeikkel hatnak az erek szöveteire, addig a dohány, kávé, tea, alkohol állandó használata a környéki vérerekre gyakorolt izgalom útján váltja ki az első tüneteket, éppen úgy, mint a mérget tartalmazó anyagok, a melyek a környéki erekben lerakódva, bennük vérnyomásbeli különbségeket és elváltozásokat okoznak.

Az arteriosclerosis juvenilis — miképpen az előzményekből látható — aránylag igen sűrűn előforduló megbetegedés, mely jóval gyakrabban támad azokon, kik a felsorolt ártalmaktól nem tudják magukat kiszabadítani (nehéz vagy állandó munka, mérges anyagok stb.) s kik fertőző bántalmakat vagy lues állottak ki, valamint azokon, kik mértéktelen életet folytatnak s állandó izgalmak közepette végzik foglalkozásukat.

Ezen körülmények magyarázzák, hogy miért tér el az én speciális beteganyagom statistikája az összes lakosságra vonatkozó, kisebb arteriosclerosis-számot feltüntető statistikától; ugyanis ezen ártalmak az ipari munkásokon gyakorta nem kerülhetők el.

Az arteriosclerosis juvenilis felismerése per exclusionem — minthogy a felsorolt subjectiv panaszok s objectiv tünetek egyik vagy másik csoportja kimutatható — nem nehéz, de a kórjelzés felállítása annál fontosabb, mivel a korai gyógykezelés, a praeventiv eszközök alkalmazása, a kórokozó mérgek eltávolítása, a megfelelő hygienés-diaetás kezelés mellett igen jó eredmények érhetők el s ha nem is tudjuk a betegséget s annak tüneteit egészen eltüntetni, sok esetben meg tudjuk akadályozni a további fejlődését és további kártékony hatását.

Az arteriosclerosis juvenilis igazolja, hogy e vérérmegbetegedés nem az erek ruganyossági tényezőinek physiologiai elhasználódásából eredő következmény, nem a test szövetei kifáradásának eredménye, nem kimerülési betegség (Ermüdungskrankheit), hanem, látva a fokozatos számbeli növekedést, Klemperer elnevezését lehet elfogadni, hogy ez egyrészt kultura-betegség, másrészt a túlmunkának, a túlfáradásnak következményes bántalma: „Abhätzungskrankheit“.

Az endoarteritis gyakorisága a fiatal korban s számbeli növekedése a haladó korról, a jelentkezés sajátossága s az azt kísérő tünetcsoportok igazolják, hogy e megbetegedés nem a korról járó bajnak tekinthető, hanem külön kórforma, sui generis megbetegedés, melynek kórokozói különfélék, de összességükben az erek szöveteinek s ruganyosságának elhasználódását eredményezik; vagyis nem physiologiai processus folyamánya, hanem lassan fejlődő kóros elváltozás, melynek előkészítéséhez sok idő kell.

Közlés a Pesti Izraelita Hitközség kórházának fülbeteg-anyagából. (Főorvos: Szenes Zsigmond dr.)

Néhány újabb gyógyszer értékéről a fülészetben.

Irta: *Ság Sándor* dr., a fülbeteg-osztály segédje.

A nap-nap után feltűnő gyógyszerek között számos olyan akad, mely felett napirendre térnünk nem szabad. Igen nagy ama medicamentumok száma, melyek úgyszólván szerencsés órában születtek. Születésük alkalmával nagy zajt csapnak, használják, illetve ajánlják mint gyógybalzsamot mindenféle kór ellen, gyógyít minden elképzelhető bántalmat. De korán elvész a hírnév s néhány hónapig tartó uralom után feltűnnek majd itt, majd ott a káros következményeket tárgyaló közlemények; a hatáskör szűkül, míg végre teljesen a feledésé lesz a még nem régen mindent gyógyított szer.

Talán fölösleges ugyan példával előhozakodnom, de azért vegyük a *salicyl*-készítmények jó néhányát. Élnek egy ideig, hosszú cikkek jelennek meg értékükről s most mégis általánosan uralkodik az *aspirin*. Most ez az uralkodó *salicyl*praeparatum. Könnyen hozzáférhető, nem kellemetlen; ajánlja mindenki, rendelik orvosok, minden ember tudja valamelyes speciális hatását. Egyszóval most uralmon van. Hogy meddig, senki sem tudja, talán rövid idő múlva kiszorítja egy nálánál *olcsóbb* s ugyanazon hatást kifejtő készítmény.

Ez pedig igen lényeges, bár sokan megfedkeznek róla. Sokszor van alkalmunk látni szegény beteget, kinek az orvosi segély esetleg ingyenes s az orvosság felemészti három-négy koronáját, noha a fele annyiba kerülő gyógyszerféle ugyanazt a hatást fejtette volna ki.

Az alább közlendő gyógyszerekről is jogunknak és kötelességünknek tartjuk tudtul adni először is, hogy talán éppen drágaságuk lesz az az akadály, mely az általános elterjedésüket megátolja. Mert hiába, vizsgálódásainknak végeredménye mégis csak abban kulminál, hogy az alábbi szerek igenis használhatók a fülészeti gyakorlatban, eredményünk és kritikánk talán kedvező, de bizonyos fokban helyettesíthetők az eddig divó és szintén eredményesen használt gyógyszerekkel.

* * *

Legelsőben a *Merck*-cég által előállított „*Natrium perboricum medicinale*”-ről szólunk. Tiszta fehér poralakú gyógyszer, mely langyos vízben majdnem annyira oldódik, mint a bórsav. 10% *aktiv oxygen* tartalmaz, mely *oxygen* organikus anyagokkal érintkezve kifejti hatását és a bórsav szabadná lesz. A *natrium perborat* medic. tehát *egyesíti a bórsav és perhydrol* hatását. Első ízben *Hartmann*¹ ajánlotta *chronikus otitis media*, sőt *acut* genyedés eseteiben is az első fájdalmas gyuladási stadium lezajlása után.

Chronikus otitis media esetén, hol sem granulatio, sem pedig polypképződés nem volt, igen kedvező eredményt értünk el.

Összes fülbetegeinken rendszeren vattatampon segítségével távolítjuk el a felgyülemlett genyet; fecskendővel csak az esetben, ha bűzös a váladék, vagy ha erősen tapadó pörköt látunk a váladék között. Kiszáritás után egész kis mennyiségű port befúva illetőleg ráfúva közönséges porfúvó segítségével a dobhártyára, kis vattagolyócskával elzárjuk a külső hangvezető nyílását s a procedurát a legtöbb esetben csak 24 óra múlva ismételjük meg; ha azonban a váladékképződés bővebb, napjában, kivált eleinte, kétszer is adunk a porból.

Ambulantiákon gyakran alkalmazzuk a szert az első jelentkezés alkalmával és pedig *oldott* alakban. Egy kiserleti sorozatban ott, a hol *fecskendésre* volt szükség, minden alkalommal *natrium perborat* oldatot fecskendeztünk a nálunk szokásos *formalin* helyett. A betegek sokkal jobban tűrik, mint a bármily kis koncentrációjú formalinoldatot. Ez utóbbi ugyanis gyakran égető, néha csípő fájdalmat okoz, ha pedig a perforatio nagyobb s könnyebben jut a fecskendő folyadékból az Eustach-csőbe néhány csepp, fájdalom is jelentkezik a garatban, sőt erősebb-gyöngébb köhögési inger is járul hozzá. Még egyszer hangsúlyozzuk, hogy a fájdalom kiváltására elég, ha ily öblítő vizek csak néhány csepp formalint tartalmaznak. Gyermekeken mindig a perboratos oldattal fecskendezük a fület már az első alkalommal.

Acut esetekben természetesen csak a fecskendést használjuk, ha egyáltalán fecskendésre van szükség. A heveny jelenségek lezajlása után áttérünk a porbefúvásokra, mint azt már fentebb elmondottuk.

A perborat a beteg dobhártyára jutva szabad *oxygen* ad le, a mit a beteg igen kellemes érzésnek jelez; a legtöbb vízforráshoz hasonlítja az ilyenkor keletkező subjectiv hangérzést, mely néha két óra hosszat is eltart, de legtöbb esetben már fél óra múlva teljesen megszűnik.

Legyen szabad néhány eklatáns kórtörténetet elmondanunk, melylyel a *natrium perboratum* használhatóságát kedvezően világíthatjuk meg.

53 éves férfibeteg 4 hó óta fülfolásban szenved; náthás volt, 4 napi fájdalom után bal füle folyni kezdett, jobb fülén évek óta rosszul hall.

A baloldali külső hangvezetőben kevés hámmal kevert váladék, mely sűrű káposztalé színű (a beteg táblaolajat öntött fülébe). Perboratos oldattal kifecskendezve és vattatamponokkal kiszáritva a fület, a dobhártya alsó hátulsó negyedének elülső határán látható a kis gombostűfejnyi perforatio. Első alkalommal rendszerint tiszta dermatolgaze-zel lazán töltjük ki a külső hangvezetőt a fül előzetes kiszáritása után, hogy másnapra a váladék mennyiségéről és minőségéről meggyőződjünk. Másnap kevés váladék volt. A kezelés kitörlésből és *natrium perborat* befúvásából állott. Hat napi kezelés után a külső hangvezetőbe dugott záró tampon száraz maradt és újabb tíz napi tamponálás után a dobhártyán volt perforatio bezárult. A hallás javult, de még két hóval a teljes gyógyulás után sem volt tökéletes.

A második eset oly beteget illet, kin az évek óta (körülbelül 4 éve) tartott otorrhea 3 heti kezelésre gyógyult.

A 34 éves nőbeteg bal füle 4 év óta hol erősebben, hol gyöngébben folyik. Maga fecskendezte eddig bórsav-oldattal; most 2 hó óta nem csinál semmit fülével, 1 hete fájdalmai vannak.

Külső hangvezetőjében baloldalt kevés sárga színű geny, a hangvezető mélyében kemény crusta, mely ráfekszik a dobhártyára; fecskendésre csak a hangvezető tisztul ki. Hydrogen-peroxyddal föláztatva csak harmadnap sikerült a pörköt eltávolítani, a mikor a dobhártyán az elülső alsó negyed felső szögletében körülbelül 2 mm. széles és 1-5 mm. hosszú perforatiót találunk.

Ezután egy héten keresztül naponta perboratos oldattal öblítjük a fület s ugyancsak naponta kapja a beteg az adag port. A második héten a váladék kevesebb lett s három hét után a suppuratio megszűnt; a perforatio ugyanolyan, mint fentebb leírtuk. A beteg fájdalmai a pörk eltávolítása után megszűntek, subjectiv zörejek fennállnak, melyek 4 heti katheterezésre nem enyhültek. A hallás javult, kissé rosszabb a normálisnál.

Eseteink nagyobb számában a gyógyulás nem volt ily kedvező, sőt az ily módon kezelt otitisek szintén hosszú kezelést igényeltek s mind a mellett teljes gyógyulást nem tudtunk elérni. A közel 60 eset közül, melyben *natrium perborat*ot alkalmaztunk, majdnem 60% volt a teljes gyógyulás; mintegy 20% nem volt kontrollálható, mivel a kórházi ambulans betegek egy része ismeretlen okok miatt elmarad a kezeléstről; néhány százalék esik azokra, kiken egy időre megszűnik ugyan a suppuratio, de bizonyos idő után ismét kiújul.

Ájánllható a *natrium perborat* mindenekelőtt mint kellemes fülviz, a mikor is a 3%-os oldat igen jó szolgálatot tesz; por alakban minden *chronikus otorrheában*, melyben sem granulatio, sem polypusos túlsarjadzás nincs; ha ilyenek vannak, előbb eltávolítandók. Főelőnye a tiszta bórsav fölött az, hogy pörköt nem okoz; míg a tiszta hydrogenperoxyd érzékeny hangvezetőben, kivált gyermekeken, kellemetlen *eczemát* okoz, addig a por alkalmazásakor ezt nem láttuk. Különösen alkalmas tömeges kezelésre, a mennyiben a betegnek a kellemetlen hajlított nyakkal nem kell ülnie perczeig, mint a hydrogenium peroxydatum vagy más fülcsepp alkalmazása után. Meg kell még említenünk, hogy két esetben operált betegeinken, a csecsenyűtvány széles kitérését követő utókezelésre is megkíséreltük alkalmazni a *natrium perborat*ot. Alkalmaztuk oldatban, mint fecskendő folyadékot a felrakódott geny letisztítására, valamint por alakjában a jodoform vagy más hasonló szer helyett.

Első esetben a beteg igen jól tűrte a 3%-os oldatot, sőt kellemesnek mondta alkalmazását; ellenben nem vált be por alak-

ban való alkalmazása a sebfelületre a nálunk szükség esetében alkalmazott jodoform, dermatol vagy xeroform pótszere gyanánt, mert órákig tartó, ha nem is intenzív, de kellemetlen égető érzést keltett.

* * *

A *borodat*², mely ugyancsak a bórsavnak meg a hydrogen hyperoxydnak összetétele, hasonlóan hat, mint a natrium perboricum.

Hatás és használhatóság tekintetében semmi eltérést sem mutatott és indiciói is ugyanazok lévén, ugyanoly módon használható, mint az előbbi. Felváltva használtuk a natrium perborattal és tapasztaltuk, hogy egyáltalán semmi eltérés sincs a kettő között, vagyis a lényeg egy, csak a név más. A borodat valamivel finomabban porítható, a mi azonban semmi lényegesebb előnyt nem nyújt.

* * *

Gyógykísérleteink egy másik csoportjában a *coryfin* hatását és használhatóságát tettük vizsgálat tárgyává.

A menthol aethylglycolsavestere; a migraine-rudacskaéhoz hasonló szagú gyógyszer. Szintelen olaj, mely vízben csak nyomokban oldódik, aetheres olajokkal tetszés szerint keverhető, úgy-szintén alkohollal is. Kísérleteink első csoportjában tisztán használtuk és csak Lubinsky³ intenciójára kezdtük mi is a később említendő spirosallal vegyíteni.

Mindenekelőtt a fülviszketések ama csoportjában alkalmaztuk, hol a külső hangvezetőben egyebet, mint a fülzsír hiányát és a szokatlan szárazságot, nem találtunk.

Minden esetben természetesen pontosan ügyeltünk arra, vajjon a fennálló pruritus nem a diabetes mellitus részjelensége-e; ha a vizeletben cukrot nem találtunk, a coryfines kezeléssel kezdtünk kísérletezni. Igen fontosnak tartjuk természetesen ilyenkor a külső hangvezető falzatának aetherrel történő megtisztítását illetve letörölését, hogy a netalán ott lévő, száraz epithelből és fülzsírből álló rögcsekék kellőképpen eltávolíttassanak.

Időes vizketés esetén a coryfinnel következőképpen járunk el: ha a külső hangvezető teljesen tiszta, akkor oly vastag vattatamponat készítünk, a mely körülbelül megfelel a meatus belső térfogatának, és a tiszta coryfinoldatba mártott tamponnal zárjuk el a hangvezetőt. Ilyen tamponnal néha sikerül a viszketést jó néhány órára is megszüntetnünk. Ha a viszketés türehet lenné válik, ez eljárást naponta kétszer-háromszor megismételjük vagy megismételjük magával a beteggel. Igen sokszor nagyon szép eredményre vezetett a coryfines kezelés. Volt alkalmunk oly pruritust is látni, mely dacára annak, hogy már fél év óta fennállott s a betegnek igen sok kellemetlenséget okozott, mégis már néhány heti kezelésre annyira javult, hogy a betegre kifejezett kellemetlenséggel már nem járt. Kisebb fokú fülviszketésnél, hol a viszketést nem a hangvezető falzatának eczemája okozza, néhány tamponade coryfinnal gyógyulásra vezet.

Ha ugyanis eczema a viszketés oka, a gyógykezelés már nem oly könnyű; bizony a coryfin is éppen úgy, mint egyéb használatban lévő szer, cserben hágy bennünket s a baj továbbra is próbára teszi úgy a beteg, mint az orvos türelmét.

Nagy haszonnal s igen jó eredménnyel alkalmaztuk a coryfin a külső hangvezető *furunculosis* ellen, még pedig úgy a diffus furunculosis, mint a circumscript alakok ellen. Ama intenzív fájdalommasság, melyet a hangvezetőben a legkisebb folliculitis is okoz, igen jó orvosszert talált a coryfinben. Ugyszólván rögtön követi a szer alkalmazását az enyhülés, kiváltva ama hűvös érzés által, mely a coryfin mentholhatása következtében áll be.

Összesen körülbelül 20 esetben alkalmaztuk a coryfin a hangvezető *furunculosis* ellen. Az esetek legnagyobb számában a fájdalmak azonnal enyhültek, vagy legalább is türehetőbbé lettek.

Nem volt betegünk, ki könnyebbülést ne érzett volna ily tampon alkalmazása után. Sőt oly esetben, hol a furunculus genye önmagától már előtört, ugyancsak coryfinbe mártott gazeccsikkal folytattuk a kezelést, a mikor is alig néhány nap lefolyása alatt feltisztult a genyes beszűrődés s a gyógyulás is beállott. Diffus furunculosis eseteiben, ha lehetséges, coryfinbe mártott vattatamponat adunk; ha azonban a hangvezető nagy fokban megszükkült, csak gazeccsiket vezetünk be, még pedig coryfin és spirosal keverékével jól átitatva.

A *spirosal* az acetylenglycol monosalicylsavestere, melyet helybeli antirheumaticumnak ajánlanak. Sok esetben alkalmaztuk a külső hangvezető *furunculosis* ellen úgy, hogy kis gazeccsiket helyeztünk a hangvezetőbe s arra öntöttünk a spirosal alkoholos oldatából 2—3 cseppet, naponta 4—5-ször; ezáltal ugyanis állandóan új desinficienset adtunk a fertőzött hangvezetőbe.

Eredményeink határozottan kielégítőek voltak, a mennyiben kezdődő folliculitis esetén is sokszor sikerült gyorsabban gyógyulást elérni. Azonban legszívesebben alkalmazzuk a spirosalt coryfinnel egyenlő mennyiségben, mert az antisepsises hatás így nagyobbodik s ugyancsak megkétszereződik a fájdalomcsökkentő hatás is.

A coryfin és spirosal keveréke nagyon jó eredményeket ad a hangvezető *pruritus*ában is, főleg azonban a meatus auditorius *furunculosis*a ellen bizonyult kitünőnek e keverék, mely a nálunk eddig használt szereknél gyorsabban vezet eredményre, azonban jóval költségesebb is.

* * *

Egy negyedik szerről szintén el fogjuk mondani a vele való kísérletezés eredményét, de mindenekelőtt meg kell jegyeznünk, a mint már fennebb, bevezetésünkben is kijelentettük, hogy némely szer *drágasága* miatt nem lehet népszerűvé, illetve nem mehet át a közhasználatba. Ez áll az *isopraltól* is. A trichlorisopropylalkohol a chloralhydratnak pótszere, mely a szívre indifferens különösen oly kicsiny adagban, a milyenben a fülészeti praxisban alkalmazzuk.

Az otosclerosisban szenvedőknek sok esetben a sajátságos zörejek, melyeket minden elképzelhető hangnemhez hasonlítanak, sokszor sokkal kellemetlenebbek, mint a hallás csökkenése. Igaz, hogy számtalan oly szerrel rendelkezünk, mely eme zörejek csillapítására adagolható, de sajnos, sokszor minden medicina és minden kezelési módszer hiábavalónak bizonyul. Ezen okból tartottuk szükségesnek, hogy az isoprallal is kísérletet tegyünk; e szert néhány évvel előbb *Lucas*⁴ is rendelte némi sikerrel. Magunk is csak némi sikerről tehetünk említést, a mennyiben voltak betegek, a kik lényegesnek mondták a javulást, de viszont olyanok is voltak, a kik alig vesztettek a kellemetlen zörejből valamit is. Például egyik betegünk, ki állandó erdőzúgáshoz hasonlította a hallott kellemetlenséget, 10 napi isopral-szedés után csak magános csendben panaszkodott e zörejeiről, a melyek sokkal türehetőbbé váltak. Egy másik betegen, ki évek hosszú sora óta tompa harangzúgáshoz hasonló zörejt hall, az isopral éppen úgy hatástalan maradt, mint az eddig szedett többi gyógyszer.

Itt-ott láttunk az isopraltól is hatást, de hogy többet lehetne vele elérni, mint az eddig használt s talán negyed annyiba kerülő gyógyszerekkel, azt eddigi kísérleteink alapján nem mernők határozottan állítani; mindenesetre többször kísérlehetnők meg, ha az ára könnyebben megengedné. Néhányszor a következő kombinációban rendeltük a különben egyenként rendelni szokottat, mely keverék egyesíti az isopral és chinin hatását, de drága arra, hogy általánosan lehetne használni.

Rp.: Isopral

gm. 4

Chinini sulf.

gm. 1

Pulv. et Succ. Liquef.

aa qu. s.

ut fiant pill.

No. quadraginta

D. S. 4 szemet naponta.

* * *

Az Athenstaedt és Redeker-czég által előállított alsórol is kell említenünk egyet-mást. Theimer⁵ dicsérte chronikus otitis media eseteiben, még granulatiós folyamatnál is látott gyógyulást az 1—2% alsó-oldattól. Csak oly esetekben tartjuk indikálnak, hol a megbetegedés csakis a középfülre lokalizálódik. Tény, hogy a suppuratio csökkenését több esetben láttuk e gyógyszer alkalmazásánál, de ott, hol granulatióképződés volt, radikálisabb eszközökhöz kellett folyamodnunk.

A fenti szerző nyomán szintén megkísérlettük a 2—5% gazeccsikok bevezetését.

A chronikus otitis media oly gyógyterrenum, a hol e szerrel is tehetünk kísérletet; a sok eset között bizonyára fog akadni olyan is, mely e kezelési módszerre meggyógyul, mint a hogy számtalan oly szerrel rendelkezünk, mely a tüneteket csillapítja vagy meg is szünteti.

Szívesen alkalmaztuk különösen oly esetekben, melyekben a bőséges váladék következtében a hallójárat kifokú pirja van jelen; itt részben mint váladécsökkentő, részben mint lobellenes szer jó szolgálatot tesz.

Határozottan jól hat a nyálkahártyák duzzadt, vérbő állapotánál. Ambulantiánkon szívesen adjuk a következő formulában:

Rp.: Alsoli sec. Athenstaedt
guttas decem
Hydrogenii hyperoxyd.
gm. 20

DS. Naponta 3-szor 6—10 cseppet a fülbe önteni.

* * *

Végül még egy gyógyszerrel teszünk említést e helyen, és pedig a magyar gyártmányú *hydropyryn*-ről, melyet a Richter-féle vegyészeti gyár állít elő. Minthogy számtalanszor van szükségünk oly antineuralgicumra meg antipyreticumra, mely vízben könnyen oldható, a hydropyrint tettük kísérletünk tárgyává.

Az aspirint pótolja, melynek hatás tekintetében mindenben megfelel, sőt egyik kiváló előnye, hogy vízben tökéletesen oldódik.

Mindenekelőtt a fájdalomcsillapító hatását figyeltük meg, a mely teljesen megfelel az aspirin e tulajdonságának: ugyanoly idő múlva kezd hatni s éppen annyi ideig tart a fájdalomcsökkenés. Ugyancsak ezeket mondhatjuk a szer izzasztó hatásáról is.

Különösen oly gyermekek, kik a port egyáltalán vagy nem tudják, vagy nem akarják bevenni, az oldatban adott hydropyrint, megédesítve valamilyen sziruppal, inkább szedik. Acut otitisekben vagy bármiféle otogen eredetű fájdalom ellen jól használható.

* * *

Ha a tárgyalt gyógyszerekről rövid áttekintést akarunk nyújtani, a következőket mondhatjuk.

A *natrium perboricum med.* és a *borodat* hasznos gyógyszer úgy oldott állapotban, mint por alakban. Előbbi alakban mint *fülvíz* kellemes és hatékony desiniciens; in substantia a subacut és chronikus otitisek kezelésekor hasznos. Fülvíznek ugyan mindkettő kissé drága és ez szolgál majd akadályul, hogy a szegénypraxisban általánosan elterjedjen; mint port bátran rendelkezhetjük, mert kis mennyiség szükséges csak.

A *coryfin* kellemes fájdalomcsillapító szer a külső hangvezető furunculosisában, nem kerül sokkal többbe, mint a nálunk közönségesen használt menthololdat. A *spirosal*-ról ugyanezt mondhatjuk.

Az *isopral* hatás tekintetében nem sokkal múlja fölül az eddigi szereket. Sok esetben meg kell kísérelni alkalmazását; azonban az említett receptformula majdnem 3 és fél koronába kerül s így a kórházi ambulans praxisban, sajnos, nem igen alkalmazható.

Az *alsol* egyike a legolcsóbb praeparatumoknak; alkalmas rendelésre különösen a chronikus otitis eseteiben, kivált ha oly betegekről van szó, kik bármily conservativ kezelési módra ráállnak, hogy a műtétet elkerülhessék.

Az említett szerek között utolsó a *hydropyryn*, melynek kissé kellemetlen savanykás ízét oldatban könnyen javíthatjuk bármely sziruppal.

Irodalom. A. Hartmann: 1. Die Verwendung des Natrium perboricum bei der Behandlung von Ohren-, Nasen-, Rachen- und Halskranken. Deutsche med. Wochenschrift, 1907. 38. szám. — Heidenreich: Über natrium perboricum. Deutsche med. Wochenschrift, 1908. 3. sz. — 2. Karl Theimer: Über Borodat (Natriumperborat Coswiga). Monatschrift für Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie. 43. évf., 6. szám. — 3. M. Lubinsky: Über die therapeutische Verwendbarkeit von Spirosal und Coryfin in der Ohrenheilkunde. Therapie der Gegenwart, 1909. X. k. — 4. A. Lucac: Die chronische progressive Schwerhörigkeit, ihre Erkenntnis und Behandlung. — 5. Karl Theimer: Alsol in der Oto-Rhino- und Laryngologie. Prager med. Wochenschrift. 1907. 49. szám.

Közlés a budapesti kir. magyar tudományegyetem általános kór- és gyógytani intézetéből (igazgató: Tancz Ferencz dr., egyetemi tanár) és a székesfővárosi szt. Margit-kórház sebészeti osztályáról.

A vékonybél retrograd incarcerationatiójáról.

Irta: **Pólya Jenő** dr. egyetemi magántanár, kórházi rendelőorvos.

(Folytatás.)

A mi azon magyarázatot illeti, mely szerint az összekötő kacs lokális meteorismusa s az abban levő bélgázok feszülése hozná létre a gangraenát, a mire *Lauenstein*¹ és *Manninger*² is utalnak, és a mi mellett főleg *de Beule* tör lándzsát, az szintén nem tekinthető kielégítőnek, bár *de Beule* ezen nézetét kísérleti adatokkal is támogatja. Négy kísérletet végeztem, melyekben az összekötő kacsot erősen megtöltöttem béltartalommal s úgy szorította le. 1—2 nap alatt kifejezett gangraenát látott az összekötő kacson és thrombosit annak mesenteriumában kifejlődni, míg a két másik leszorított kacs csak erősen belövelt volt, de nem gangraenás. *Lauenstein* 12 kísérlettel kontrollálta *de Beule* ezen eredményeit s a szomszéd bélkacsok tartalmát simitással lehetőleg az összekötő kacsba juttatta, míg a két szomszéd kacsot lehetőleg üresen hagyta; 12 esete közül csak egyben érte el azt, hogy csupán az összekötő kacs volt gangraenás, a többi esetben a leszorított kacsok gangraenája mellett az összekötő kacs vagy ép volt, vagy csak igen csekély mértékben változott el. Magam két ilyen kísérletet végeztem, melyben a közbeeső kacs túlteltségét igyekeztem elérni és habár az egyik esetben a néhány órával azelőtt bőségesen táplált kutyá egész vékonybél-tartalmát a 8 cm. hosszú összekötő kacsba gyömöszöltem bele (XVI. kísérlet); az összekötő kacs táplálkozási zavart egyik esetben sem szenvedett, csupán csak az incarcerationált kacsok, jöllehet éppen ez esetben az incarcerationatio 5 napig állott fenn. Azt is tapasztaltam, hogy igen hosszú összekötő kacs is, hacsak mesenteriuma nincs leszorítva, még napokig tartó incarcerationatio után is ép marad. Így a X. sz. kísérletben, a hol a bőr alá incarcerationáltam a jejunum elejét és az ileum végét s a vékonybél összes többi része alkotta az összekötő kacsot, a 6 napos incarcerationatio ellenére az összekötő kacson semmi táplálkozási zavart sem láttunk, míg a leszorított kacsok puffadtak és gangraenások voltak. Igaz, hogy e kísérleteket csak cum grano salis szabad emberre átvinni, tekintve, hogy az ember bele aránylag vékonyabb mint a kutyáé, gáztartalma pedig nagyobb. Mindenestre azonban ellene szólnak *de Beule* experimentális alapon nyugvó érveinek.

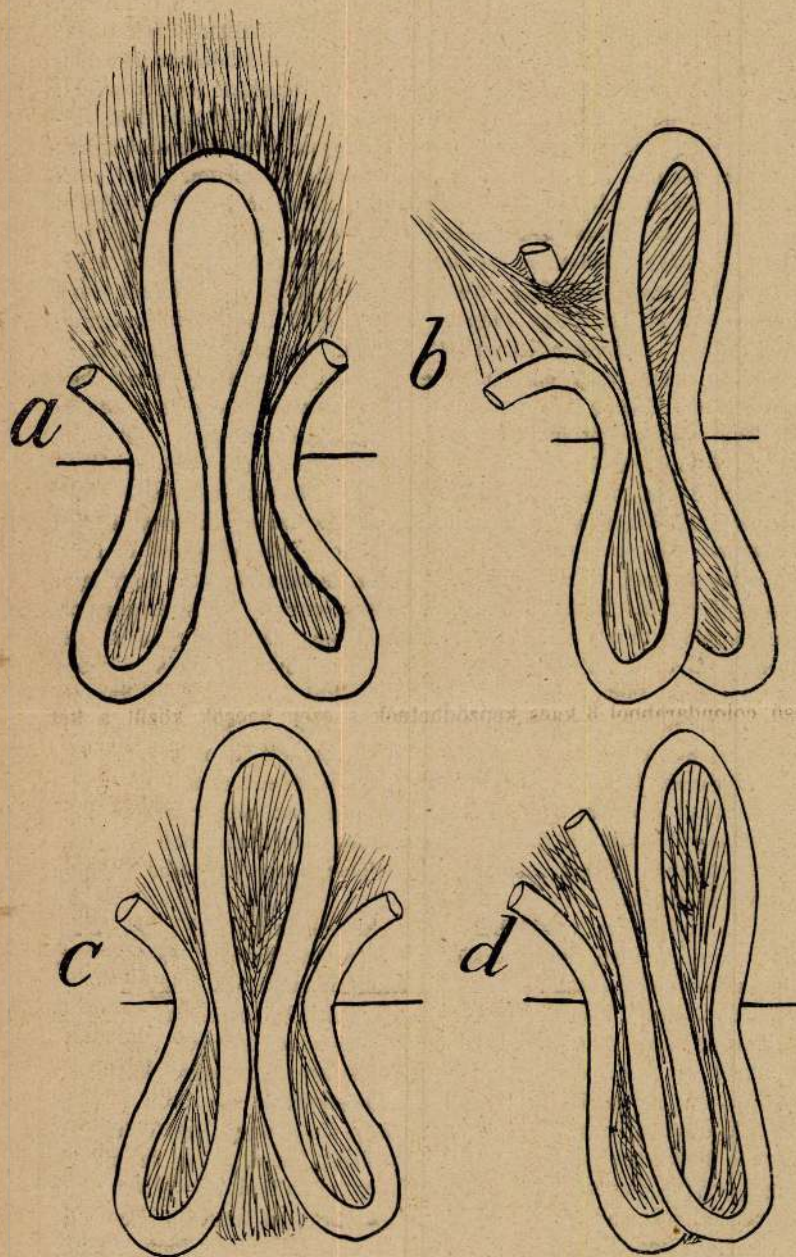
De ha el is tekintünk ezen kísérletektől, mi jogosít fel annak a felvételére, hogy a közbeeső kacs rendszerint jobban telt, mint a sérvbeli kacsok? *De Beule* azon magyarázata, hogy a sérvkapuba kiesülő kacsok tartalma az összekötő kacsba nyomul, már csak azért sem látszik valószínűnek, mert rendszerint tág sérvkapukról van szó. Miért nagyobb a distensio az összekötő kacsban, mint a sérvbeliekben? És ha az incarcerationatio oly laza, a mint azt sok esetben leírták, miért nem megy át a nagy gázfölösleg a sérvbeli bélkacsokba az összekötő kacsból? És a mi a leginkább megragadja a figyelmünket, az az, hogy már rövid 2—3 óra alatt állanak elő a legsúlyosabb táplálkozási zavarok az összekötő kacsokban és kiterjedt thrombosisok és vérzések mesojának ereiben. Ezeket a rapide jelentkező elváltozásokat csak nem lehet egyszerű distensióból, lokális meteorismusból megmagyarázni? És végül a közbeeső kacs distensiója egyáltalán nem kell, hogy nagy legyen s az elhalás még is beáll. Kiemeli ezt *Neumann* s így volt ez az én III. esetemben is.

A mi a *Laroyenne-Enderlen*-féle volvulusfelvételt illeti, ez nem volt autopsia által bebizonyítva. Különben pedig *Lorenz*-ézel szemben nem hiszem, hogy az összekötő kacs volvulusa esetén a retrograd incarcerationatiohoz hasonló képeket kapnánk. Olyan enyhébb irányváltozás, hogy az összekötő kacs szárai keresztveződnek, a mint az például *Sultan* esetében van leírva, nem változtat lényegesen a kacsnak sem táplálkozásán, sem keringési viszonyain, és mint a IV. sz. kísérletből látható, az összekötő kacs, ha szárai keresztveződnek is, de mesenteriuma intact, ép marad. Valódi vol-

¹ Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 77. k., 592. l.

² Centralblatt für Chirurgie, 1906. 1065. l.

vilus azután, hogy az incarceratio már megtörtént, az összekötő kacsón nem állhat be; hisz a sérvben fixált belek megfeszítik az összekötő kacs mesenteriumát és megakadályozzák, hogy a síkját megváltoztassa és csavarodást szenvedjen el. Viszont elképzelhető volna, hogy a volvulus jó létre előbb s azután történik az incarceratio. Ilyenkor azonban az elhalásnak túl kellene terjedni a sérvbeli belek leszorítási barázdáin, a mint az IX. számú kísérletéből kitűnik, a mi azonban az eddig közölt esetek egyikében sem észleltetett. Ezek alapján nem tartom valószínűnek, hogy az összekötő kacs megcsavarodása okozná annak elhalását az itt szóban forgó esetekben.



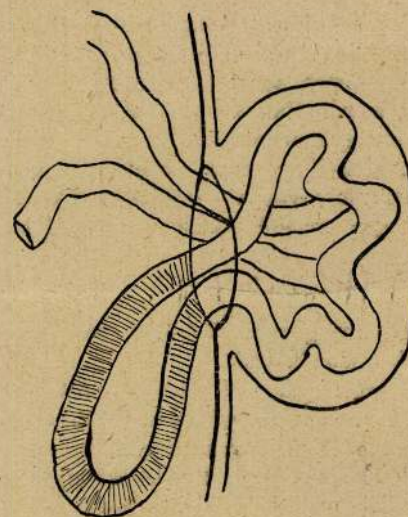
3. ábra. Az összekötő kacs mesenteriumának különböző viselkedését tünteti fel. *a* és *b*-ben az összekötő kacs mesenteriuma nem jut be a sérskapuba, *c* és *d*-ben kétszer halad át rajta. Az *a* és *c* ábra en face, *b* és *d* oldalról tünteti fel a viszonyokat.

Így két theoria, helyesebben theoria-csoport maradna az összekötő kacs elhalásának magyarázatára, tudniillik az 1. és 2. számú, melyek szerint az összekötő kacs mesenteriuma illetve az abban futó erek leszorítatnak a sérvgyűrűben, illetve súlyos vonaglast, megtörést szenvednek el.

Hogy az összekötő kacs mesenteriumának incarceratiója csakhogyan súlyos és gyorsan beálló táplálkozási zavarokat tud előidézni, az bővebb bizonyításra nem szorul; az is magától értetődik, hogy mivel az összekötő kacs mesojának, ha valóban bejut a sérvtömlőbe, kétszer kell azon áthaladnia, tehát két helyen lesz leszorítva (3. ábra), az összekötő kacsnak súlyosabb és gyorsabban keletkező táplálkozás-zavart kell szenvednie, mint a sérvbeli bélkacsoknak,

melyek mesója csak egyszer halad át a sérskapun. És így a kórkép legkiemelkedőbb pontjait csakugyan fedné ez a theoria, mely mellett *Haim*, *Klauber*, *Jäckh* törtek első sorban lándzsát és a melynek helyességét egyes esetekben a talált anatómiai lelet kétségtelenné tette. Maga *Lauenstein*, a ki egyideig a leghatározottabban tagadta a mesenterium kétszeres leszorításának lehetőségét 8 cm.-nél hosszabb összekötő kacsok esetében állat- és hullakísérletei alapján,¹ a mely állításához *Jenckel*² is csatlakozik, utóbb szintén kénytelen volt elismerni, hogy igenis hosszabb összekötő kacsok esetében is megtörténhetik, hogy az összekötő kacs mesenteriuma a sérvben van s így a sérskapun kétszer megy át. Esetek, a melyekben ez a műtét alkalmával kétségtelenül konstátálva lett: de *Beule* I., *Heller* I., II., *Lauenstein* V., *Lorenz* II., továbbá *Siebert* I. esete. Nincs külön kiemelve a műteti leletben, de az észlelők ezt a magyarázatot hozzák fel az eseteikben talált retrograd incarceratióra, *Klauber*, *Haim*, *Jäckh* eseteiben. Viszont az ábrák szerint kétségtelen, hogy a mesenterium kétszer ment át a sérskapun a *Hochenegg*, *Schmidt* (l. 4. ábra), *Wistingshausen* I. esetben, bár ez a leírásban kiemelve nincs.

Az összekötő kacs hossza ezen esetekben, a melyekben a mesenteriumnak incarceratiója a sérvben biztonsággal megállapítható illetve a biztonsághoz közel álló valószínűséggel felvehető, jóval túlhaladja nemcsak a *Lauenstein-Jenckel*-féle 8 cm.-t, de a *Sultan*³ kísérletei által megállapított 40 cm.-t is. (De *Beule* I. 150, *Wistingshausen* I. 80, *Heller* I. 70, *Schmidt* 60, *Lorenz* II, 50 cm., *Siebert* I. esetében, hol a sérvben majdnem az egész mesenterium



4. ábra. *Schmidt* esetének sémája.

benne volt, az egyik összekötő kacs 70, a másik 40 cm. hosszúnak találtatott.)

Az oka ezen eltéréseknek egyrészt a különböző szerzők hullakísérleteinek eredményei közt, másrészt a kísérleti eredmények és a tényleges anatómiai leletek közt nyilván a mesenterium hosszának változó viszonyaiban keresendő. A mesenterium hossza egyénenként változó. *Dreike*⁴ 8—23 cm.-ben, *Treves*⁵ átlag 8—10 hüvelyk = 20—25 cm.-ben állapította meg a mesenterium hosszát, míg *Monks*⁶ 11¹/₂—20¹/₂ cm. közt ingadozóknak, átlag 13—18 cm. hosszúnak találta. A mesenterium hossza változik egyugyanazon egyénben is a vékonybél különböző tájékai szerint. *Treves* szerint leghosszabb a duodenum végétől számított 6—11 láb (180—340 cm.) közötti területen. *Monks* szerint a mesenterium a duodenumtól számított 4—5. lábánál (120—150 cm.) éri el legnagyobb hosszát, míg a vékonybél végén sokkal hirtelenebbül csökken a hossza.

Sérvesekben és különösen olyan embereknél, a kiknek régi

¹ Centralblatt f. Chir., 1907. 714. és 1198. l.

² L. c.

³ Centralblatt für Chirurgie, 1907. 1522. lap. Neki is csak a mesenterium gyökere közelében eszközölt lekötés alkalmával sikerült ily hosszú összekötő kacsot kapnia, a mit nem nagyon lehet a retrograd incarceratio ezen formájára vonatkoztatni.

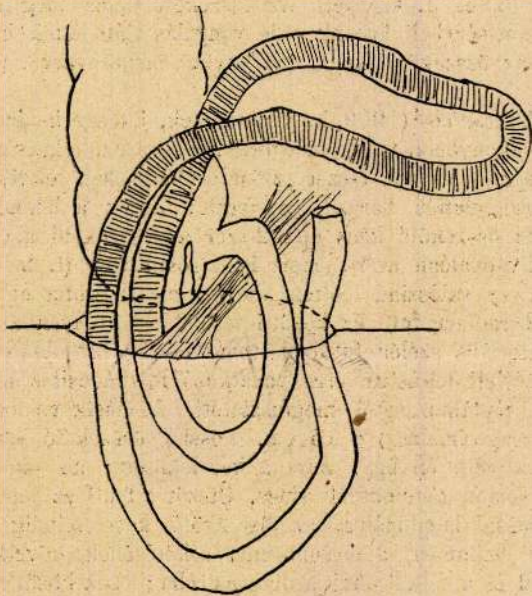
⁴ Deutsche Zeitschrift für Chir., 40. k.

⁵ Surgical applied anatomy.

⁶ Annals of surgery, 154. l.

és nagy sérvük van, a mesenterium tetemesen elongálódik. Ezt a tényt, mely különben már a 18. század herniologusainak figyelmét is felkeltette s melyet *Antonio Benvenuti* egy időben a sérvképződés magyarázatában is értékesített, már *Klauber* felhozta mint ellen-érvet *Lauenstein* hullakisérletének a retrograd incarceratio pathológiájában való értékesítése ellen. *De Beule* hullakisérleteket is végzett ez irányban. Míg normális viszonyok között csak 10–12 cm. hosszú összekötő kacsot tudott létesíteni úgy, hogy annak mesenteriuma kétszer haladjon át a leszorító gyűrűn, addig egy 72 éves ember hullájában, kinek 30 éve fennálló, a czomb közepéig leérő sérve volt, 50–55 cm. hosszú összekötő kacsot is bírt úgy létrehozni, hogy a mesenterium a leszorító gyűrűn kétszer haladjon át. *Heller* I. esetében az összekötő kacs mesenteriuma oly hosszú volt, hogy a czomb közepéig leért, II. esetében pedig az összekötő kacs mesenteriumának hosszúsága a gerincoszloptól a bélig 29 cm. volt és 18 cm.-rel ért túl a sérvkapun.

Meg kell jegyeznünk még azt is, hogy ezen esetek egy részében, melyekben a mesenterium kétszer haladt keresztül a sérvkapun, ez a sérvkapu ketté volt osztva és a bélkacs a sérvkapu egyik felén lépett be a hasürből a sérvbe s a másikon jutott vissza a sérvből a hasüregbe. A sérvkapu ezen kettéosztása le van írva *De Beule* I. esetében I. 5. ábra), a hol csepleszköteg hidalta át a sérvkaput, *Lorenz* II. esetében, a hol a sérvkapu közepén lefutó



5. ábra. *De Beule* I. esetének sémája.

kötőszöveti köteg volt jelen, míg *Wistingshausen* I. esetében a megfeszülő mesocoeum okozta a sérvkapu kettéosztását.

Míg így az esetek egy részében kétségtelen, hogy a retrograd incarceratiót a hasüriben elhalt bélrészlet mesenteriumának a sérvkapuba való beszorulása okozza, másfelől vannak direct észleletek, melyek szerint az összekötő kacs olyankor is elhalhat, a mikor mesenteriuma nincs a sérvben kiszorulva. Ezen észleletek közül legnagyobb fontossággal azok bírnak, melyekben a herniotomiához még a debridement előtt csatolt laparotómiával igyekeztek a viszonyokat tisztázni (*Neumann, Lorenz*), továbbá *Sultan* bonczlelete. Csak a sérvtartalom egyszerű átvizsgálása illetve a debridement után végzett laparotómia által jutottak arra a meggyőződésre, hogy az összekötő kacs mesenteriuma nincs a sérvben. *Lauenstein* több esetében, továbbá *de Beule* II. esetében, *Enderlen*, *Takayasu*. Az esetek nagyobb részében az összekötő kacs mesenteriumának viszonya a sérvkapuhoz megállapítva nincs.

Ezen esetekre nézve, melyekben a mesenterium kétszeres átvonulása a sérvkapun nem lett megfigyelve, illetve az észlelés szerint nem volt jelen, a következő magyarázatok szerepelnek az irodalomban.¹

Langer az alsó ileumrészlet véreirendeződését teszi felelőssé a retrograd incarceratióért. A bél ezen részén az anastomosisok,

mint azt már *Henle* kiemelte, gyérebbek, mint a vékonybél felsőbb részeiben, úgy hogy lényegileg egy a bélhez közelfekvő ívet alkotnak. Az erek tehát a bél ezen részén lényegileg a bél hossz tengelye irányában futnak, a mi *Maydl* szerint legfőbb feltétele a retrograd incarceratióknak. Az incarceratio alkalmával az éranastomosisok is incarceráltak, s ezáltal a közbeeső terület táplálkozása megszűnik, ellenére annak, hogy az összekötő kacs mesenteriuma nem jutott a sérvkapuba. Nyilvánvaló dolog, hogy a retrograd incarceratióknak illetően létrejövetele csak igen rövid összekötő kacs esetében képzelhető, vagyis olyankor, a mikor az összekötő kacs területéhez radiaer erek egyáltalán nem mennek, hosszabb összekötő kacs esetén csak akkor, ha a hozzá menő radiaer erek embolia, thrombosis vagy arteriosclerosis folytán elzáródtak volna, a midőn a bélkacs táplálása csakugyan csak a bél közelében és vele párhuzamosan húzódo anastomosisoktól függene. Ez azonban egy esetre nézve sincs kimutatva és így a *Langer*-féle teoriával legfeljebb igen rövid ileumkacsok retrograd incarceratiója volna magyarázható, mert a vékonybélhez radiaer irányban futó mesaraica sup. ágak igen számosak, ha az ileum vége felé, a hol különben ezen retrograd incarceratióknak legnagyobb része székel, számuk meg is kevesedik. De még az ileum legvégén is csak legfeljebb 20–30 cm. hosszú a radiaer eret nélkülöző terület (*de Beule*). Hogy az ileum legvége alkothassa az összekötő kacsot, a coecumnak kell az aboralis kacsot alkotnia. 9 ilyen eset van táblázatunkban. Ezek közül az összekötő kacs csak egy esetben nem volt több mint 30 cm. (*Kaiser*), de éppen ezen esetben intact maradt. *Takayasu* esetében, mely 7 éves fiúra vonatkozik 40 cm., a többiben 65 cm. (*Jäckh* II., *Lauenstein* III.), $\frac{3}{4}$ meter (*Lorenz* I.), 1 meter (*Manninger, Langer*), 2 meter (*Laroyenne*), sőt 3 meternél több volt (*Pólya* III.), tehát a *Langer*-féle felvétellel nem magyarázható. Sokkal inkább volna a *Langer*-féle teoria megvalósulása elképzelhető a colon transversumon, a mint arra már *Langer* és *de Beule* utalt, mert ehhez igazán csak egy radiaer ág megy, a colica media, s ennek a colica dextrával és sinistrával való, a bél széléhez közel és vele futó anastomosisaiból táplálkozik az egész colon. Ha már most a colon transversum annyira elongált volna, hogy a flexura hepatica vagy a lienalis és a colica media közé eső colondarabból 3 kacs képződhetnék s ezen kacsok közül a két szélső incarcerálódna, akkor a közbeeső kacsnak elhalása a *Langer*-féle magyarázat értelmében igenis elképzelhető volna.

A vastagbélnek retrograd incarceratiója azonban ezideig nem észleltetett.

Lauenstein első esetének ismertetése alkalmával az összekötő kacs táplálkozási zavarát, melynek különben akkoriban még nagy fontosságot nem tulajdonított, egyszerűen azzal magyarázta, hogy nem ritka, miszerint incarceratiók alkalmával az incarcerált részlettel szomszédos bélrészlet is táplálkozási zavart szenved.¹ Az incarcerált béllal szomszédos bélrészleteken keletkező ilyen táplálkozási zavarok okául *Payr*² az incarcerált bélrészletek mesenteriumából kiinduló, tovaterjedő mesenterialis venathrombosiszt találta. *Heller* felveti az eszmét, hogy adott esetben esetleg ez is magyarázatul szolgálhatna az összekötő kacs elhalásának. Azonban, ha ez a lehetőség nem is vonható kétségbe, a primaer tovaterjedő venathrombosis ezen esetek magyarázatául már azért sem vehető fel, mert ha ilyen tovaterjedő venathrombosis szerepelne csupán, akkor éppen olyan valószínűséggel bírna az incarcerált bélkacsoktól orálisan és aboralisan fekvő bélrészletek elhalása, mint a közbeeső kacsé, már pedig az összes esetekben az incarcerált részlethez odavezető s a tőle elvezető kacsok kifogástalanul épek voltak, kivéve a *Kaiser*-féle esetet, a hol az odavezető kacs volvulusa volt jelen.

*Schmidt*³ esetében a táplálkozás-zavar okául a sérvből a hasürből lépő bélkacs megtörését vette fel, hasonlóképpen fogja fel *Wistingshausen*⁴ is a maga esetét. Mindkét esetben kétségtelen, hogy az összekötő kacs mesenteriuma kétszer haladt át a sérvkapun s így a bélkacs megtörésének a táplálkozási zavar előidézésében nyilván csak lényegtelen szerep jutott.

*Lauenstein*⁵ egy újabb közleményében a sérvbeli kacsoknak az összekötő kacs mesenteriumára gyakorolt vongálásában keresi

¹ Verh. d. Deutschen Ges. für Chir., 1894. II. kötet, 259. 1.

² Verh. d. Deutschen Ges. für Chir., 1904.

³ Centralblatt f. Chir., 1880. 513. 1.

⁴ Archiv f. klin. Chir., 68. kötet, 425. 1.

⁵ Centralblatt für Chir., 1907. 1199. 1.

¹ Az előzőekben említett teoriák közül az 1. és 2. pontot véve tekintetbe; a többivel már ott végeztünk.

a táplálkozási zavar okát. Hullakísérletei alkalmával azt tapasztalta, hogy az összekötő kacs mesenteriumán a két leszorított kacs vongálása alkalmával egy nagyjában harántul futó, a radix mesenterii felé convex vonal keletkezik — ez a Zugarkade. Ettől centrálisan (a gerincoszlop felé) a mesenterium megfeszül, periferiásan (a bél felé) laza, lötyögős. Ezen Zugarkade éles határa megfelel ama éles határral bíró, a bél szomszédságában támadó vérzéses zónának, melyet oly sok esetben láttak a klinikailag észlelt esetekben az összekötő kacs mesenteriumán. A mesenterium ezen megfeszülését tartja ő, kapcsolatban a béllumen kétszeres elzárásával, a bélben támadó táplálkozási zavar okának, de ezt a magyarázatot saját maga¹ sem tartja nagyon kielégítőnek és legújabb munkájában már nem is említi s egész általánosságban úgy nyilatkozik, hogy a hol mind a három kacs el van halva: ott a „sérvgyűrű mindhárom bélkacson ugyanazt a táplálkozási zavart okozta“, ott pedig, a hol az összekötő kacs súlyosabb elváltozást szenvedett, mint a sérvtben incarceráltak, azokban az esetekben, a hol a mesenterium nem ment keresztül kétszer a sérvkapun, „a külső kacsok incarceratiója kevésbé volt végzetes önmagukra, mint az összekötő kacsra“. A mi igazán nem mond sokat.

Neumann², mint Lauenstein, szintén a mesenterium megfeszülését a gerincoszlop és az összekötő kacs lábpontjai közt, kombinálva az összekötő kacs mesenteriumának lap szerint való megtörésével (a közbeeső kacs ugyanis előre és fölfelé volt csapva), tartja a bélben támadó táplálkozási zavar legfőbb okának. Ugyanez a véleménye Takayasu-nak,³ míg Sultan⁴ csupán csak a mesenterium által gyakorolt húzásra helyez súlyt s a mesenterium lapszerinti megtörését nem említi.

Míg Lauenstein és Neumann az összekötő kacs mesenteriuma centrális részének, vagyis a mesenteriumnak a Lauenstein-féle Zugarkade és a gerincoszlop közt való megfeszülését veszik fel a bélben támadó táplálkozási zavar legfőbb oka gyanánt, Lorenz⁵ a mesenterium periferiás részének, vagyis a Zugarkade és bél közti mesenteriumrészlet megfeszülésének tulajdonítja a legnagyobb fontosságot. „Az összekötő kacs mesenteriuma ebben az arkádban új tapadási vonalat nyer és ha az összekötő kacs a benne levő puffadás miatt kiterjed, akkor az arkád és a bél tapadása közötti mesenteriumrészlet erősen megfeszül, ennek folyományaképpen a mesenterium az arkád helyén hegyes szögben megtörik, ennek folytán a mesenterium erei is megtörnek s ez vezet venosus stasisra, haemorrhagiás infarctusra, a lokális meteorismus növekedésére és végeredményben gangraenára.“ A lokális meteorismus és a mesenteriumnak ez által okozott megtörése s az így létrehozott venosus stasis circulus vitiosus alkotva, egymást folyton növelik.

Az összekötő bélkacs mesenteriumának megtörését a bélkacsnak vízzel való megtöltése által hullakísérletekben elő birta idézni, a megtörés egy a Lauenstein-féle „Zugarkade“-nak s az antopsiák alkalmával kimutatható mesenterialis vérzés éles határának megfelelő éles vonalban történt. A közbeeső kacsban támadó táplálkozási zavart a lokális meteorismus és a mesenteriumnak következményes megtörése által teljesen megmagyarázottak tartja, azért elveti ezen esetekben a retrograd incarceratio elnevezést is, nem lévén szó ezen esetekben sem a Maydl-féle értelemben vett retrograd táplálkozási zavarról, sőt sok esetben incarceratióról sem, mert hisz még a sérvtben levő bélkacsoknak sem kell incarcerálva lenniök, mint azt azok az esetek bizonyítják, melyekben a sérvtben levő bélkacsok nem is mutatnak táplálkozási zavart. Retrograd incarceratióknak csak az olyan eseteket lehet joggal nevezni, melyekben a mesenterium kétszer megy át a sérvkapun, vagy az olyanokat, melyekben, mint az én I. számú esetemben, az intraabdominálisan elhalt bélhez menő erek a sérvtben leszorítva vannak.

Nézzük már most, minő joggal és mennyire lehet a mesenterium vongálását, megtörését a szóban forgó esetekben jelentkezett táplálkozási zavarok magyarázatára felhasználni. Erre nézve útbaigazítást csak az állatkísérletek szolgáltathatnak, bármennyire tagadja Lorenz ezeknek értékét az itt szóban forgó állapotok tisztázására. Abban kétségtelenül igaza van, hogy a kísérleti állatok és az ember

mesenteriumának anatómiai alkata oly különböző, hogy a retrograd incarceratio alkalmával az emberben lejátszódó folyamatoknak tökéletes utánzása nem igen lehetséges, de hogy bizonyos ártalmak mennyiben befolyásolják a mesenterium keringési viszonyait, arra nézve kaphatunk útmutatást. Azon állatkísérletek, melyeket ez ideig a retrograd incarceratiók tisztázására végeztek, a következők:

1. Revenstorf¹ (1905) 2 tengerimalacson a vékonybél 2 kacs köré selyemligaturát vezetett s azokat lekötötte, az összekötő kacs nem szenvedett táplálkozási zavart.

2. De Beule² (1908) kutyákon kihúzott két vékonybélkacsot, de a legerősebb húzás által sem bírta a közbeeső kacs cyanosisát előidézni. 5 kutyának erősen előrehúzott két bélkacsát incarcerálta a bőr alatt; az incarcerált bélkacsok elhaltak, az állatok peritonitisben, bélsárhlegmonében elpusztultak, az egyik még meg is gyógyult egy négynyílású anus praeternaturalissal, de az összekötő kacs mindig ép maradt. Ezenfelül 4 kutyát úgy operált, hogy az összekötő kacs túl legyen telve. Itt, mint már említők, pozitív eredményre jutott.

3. Takayasu³ (1908) kutyákon, nyulakon és tengerimalacson tett 8 kísérletről számol be. A bél egyszerű lekötése (2—3 helyen) nem vezetett gangraenára (1. és 2. kísérlet). Ez csak akkor következett be, ha egyszermind a táplálóerek összessége vagy legnagyobb része is lekötetett, ha a mesenterium maga szabadon maradt is (3. és 5. kísérlet). Az összekötő kacs még akkor sem halt el, ha a sérvtbeli kacsok erős vongálás alatt lettek incarcerálva és maga az összekötő kacs 180°-nyira megcsavarva. (8. kísérlet nyúlón.)

4. Lauenstein⁴ (1909, kutyakísérletek, 1 tengerimalacz) 8 kísérletében 2 vékonybélkacs lekötése történt az összekötő kacs mesenteriumának megkimésítésével. 1-szer az összes bélkacsok relative intactak, csak a strangulációs barázda perforált; 5-ször a lekötött kacsok elhaltak, az összekötő kacs ép; 2-szer az összekötő kacs is elhalt. 1-szer nyilvánvalóan azért, mert igen rövid volt (I. kísérlet, csak 5 cm.) és így valószínű előttem, hogy a mesenterium ugyan szabad volt, de 2 radiier futó ér közötti területen történvén a lekötés, a bél mesenterialis szélén futó anastomozáló ág két oldalról lekötetett (a kísérleti leírásban erre vonatkozó felvilágosítás nincs) s így a bélkacs táplálkozásától megfosztatott. A másik esetben (2. sz. kísérlet, tengerimalacz) a 15 cm. hosszú összekötő kacs véresen infarcirozva volt, ép úgy, mint a két lekötött; az okra nézve a leírásban semmi támpontunk sincs. Ötször a fentihez hasonló kísérlet vongálással kombinálva, az összekötő kacs mindig intact. 11 kísérlet a béllumen, a mesenterium lekötésének következményeit vongálással és a nélkül óhajta demonstrálni; ezek közül kiemelendő 7 kísérlet, melyekben 2 kacsot lekötött, az egyiket vongálta, a másikat nem. Háromszor a vongált kacs mutatta a súlyosabb elváltozást, 1-szer az, a melyik nem lön vongálva, 3-szor egyforma elváltozás volt a két bélkacson. A mesenterium laza lekötése vongálással kapcsolatban sem vezetett a bél táplálkozási zavarára. Az utolsó 12 kísérlet az összekötő kacs túlteltségének befolyását annak táplálkozására törekedett megállapítani. Ezekről már előbb megemlékeztünk. Az összekötő kacs csupán egyetlen egyszer szenvedett táplálkozási zavart (II. sorozat, 1. kísérlet), ekkor is a leírás szerint a kacsok lekötésére használt fonalat, hogy le ne csúszszék, átszúrták a mesenteriumon, úgy hogy Lauenstein maga is azt hiszi, hogy itt „az érellátás véletlen befolyásolása“ szerepelhetett a gangraena előidőzésében.

Saját kísérleteim. Magam 18 kutyán 27 kísérletet végeztem a Tangl tanár vezetése alatt álló egyetemi általános kör- és gyógytani intézetben; 3 esetben egy kacs leszorítása s a collaterális anastomozáló ág lekötése által igyekeztem előidézni az I. sz. esetemhez hasonló állapotot (VI. c), VI. d), VIII. b)), 2-szer pozitív eredménnyel (VI. d), VIII. b)). Kontrollkísérlet (anastomozáló ágak lekötése a kacs leszorítása nélkül) mutatta, hogy a collaterális lekötését egyirányban jól elviseli a bél (VIII. c)).

Hogy a bélnek saját hossz tengelye irányában való megfeszítése csakugyan a bél elhalására illetve súlyos táplálkozás-zava-

¹ Deutsche Zeitschrift für Chir., 100. kötet.

² Deutsche Zeitschrift für Chir., 91. kötet, 441. lap.

³ Deutsche Zeitschrift für Chir., 96. kötet.

⁴ Centralblatt für Chir., 1907.

⁵ Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 102. kötet.

¹ Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 77. k., 593 l., Lauensteinnél.

² Bulletin de l'acad. royale de médecine de Belgique, 1908.

³ Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 96. kötet, 511. lap.

⁴ Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 99. kötet,

rára vezethet akkor is, ha hozzá az ér szabadon fut, bizonyítja a II. rész, VIII. a) számú kísérlet; ez azonban nem vonatkoztatható a retrograd incarceratióra, mert itt az összekötő kacs inkább összehajtatik hossz tengelye irányában a sérvbe lépő bélkacsok lábpontjainak érintkezése folytán, nem hogy megnyújtatná.

Nyolcz állat belein több mint egy, némelyiken 4 kísérlet is történt, a különböző kísérletek helyei közé eső béldarabok, melyek mindkét végükön le voltak kötve, soha semmiféle táplálkozási zavart sem mutattak.

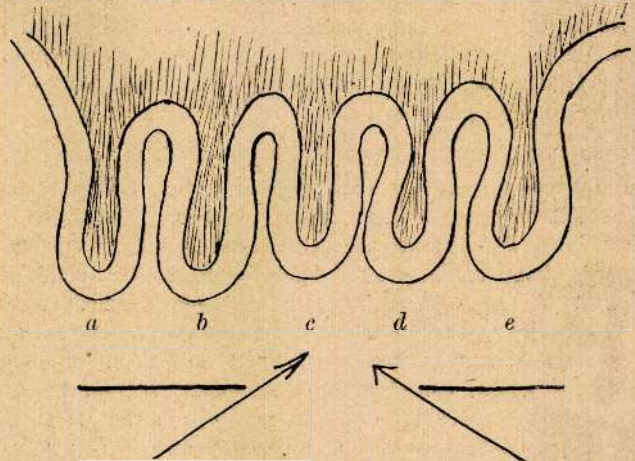
A két kacs együttes kizáródását közös gyűrűben 22-szer idéztük elő, és pedig rendszerint úgy, hogy két egymásmellé helyezett bélkacsot fonállal vagy gummigyűrűvel leszorítottunk; csak 4-szer incarceráltuk a két kacsot a bőr alá (VIII. a), IX., X., XI. a)). A bélkacsokkal együtt az összekötő kacs mesóját nem szorítottuk le 15 esetben, leszorítottuk 7 esetben. Azon esetek közül, melyekben az összekötő kacs mesója nem volt incarcerálva, csak egyetlen egyben halt el az összekötő kacs (IX.), a melyben tudniillik az egész bélcglomerátumot a két kacs incarceratiója előtt a mesenterium tengelye körül megcsavartuk s e volvulust azután az incarceratióval fixáltuk. Az összes többi esetben, a hol az összekötő kacs mesenteriumának erei sem leszorítva, sem megcsavarva nem lettek, az összekötő kacs teljesen ép maradt vagy csak minimálisan volt bántalmazva (belöveltség, csekély haemorrhagiák), akár egyszerű incarceratio történt (I. a), III. b), VI. b), XI. c), X., ez utóbbi esetben majdnem az egész vékonybél alkotta az összekötő kacsot), akár az összekötő kacs lábpontjait egymással kereszteltük (IV.), vagy a két incarcerált kacsot egymás körül megcsavartuk (V), vagy a közbeeső kacs mesenteriumát lapjának irányában megtörtük a bél convex szélénél a mesenterium egy magasabb pontjához való odavarrása által (VI. a), VII. b), XI. b)), vagy pedig a szomszéd bélrészletek tartalmának belésimítása által az összekötő kacs túlteltségét idéztük elő (XIII., XVI.), vagy pedig az incarceratiót erős húzással kombináltuk (VII. a), VIII. a), XI. a). Ezzel szemben valahányszor az összekötő kacs mesenteriuma incarcerálva volt, akár az egész mesenterium (I. b) III. a)), akár pedig hosszú (145, 183 cm. hosszú, majdnem az egész vékonybél) összekötő kacsok esetében a mesenteriumgyökerekre alkotott csücsök, ez mulhatatlanul az összekötő kacsnak kisebb-nagyobb terjedelemben való elhalására vezetett (XII., XIV., XV., XVIII.), csak egy esetben, a hol a lekötés a mesenteriumról lecsúszott, maradt az összekötő kacs épségben (XVII.). Ezek alapján azt kell mondanunk, hogy kísérletileg másképpen, mint az összekötő kacs vérrel való ellátásának megszüntetésével az összekötő kacs gangraenáját előidézni nem lehet. Sem a vongálás, sem a distensio, sem a lapszerinti megtörés felvétele kísérletileg be nem igazolható. Ezen leleteim a többi kísérletezőkkel nagyjában megegyeznek. Ellentmondó adat csak kettő van. *De Beule* kísérletei szerint distensióval elő lehet idézni a közbeeső kacs gangraenáját, ennek ellene mondanak *Lauenstein* eredményei az enyémekkel megegyezően; *Lauenstein* szerint a vongálásnak volna valamelyes jelentősége, ennek ellene mondanak *de Beule* eredményei az enyémekkel együtt. Áttekintve ezen kísérleteken, az kétségtelenül kitűnik, hogy tudniillik sem a vongálás, sem a mesenterium megtörése, sem a béllumen lekötése nem gyakorol valami lényeges befolyást a bél táplálkozására, csak a hozzávezető erek elzárása az, a mi gyorsan és biztosan súlyos táplálkozási zavarokra vezet. Hozzá kell még fűznünk azt is, hogy sem a béllumen elzáródása, sem a vongálás, sem a megtörés nem lehet olyan nagyfokú, olyan tökéletes, mint a minő ezen állatkísérletek legtöbbjében volt, s azért sem a *Lauenstein-Neumann-Sultan*-féle vongálási, sem a *Lorenz*-féle megtörési teoriával nem tartjuk megoldottnak a kérdést. Olyan rapide, néhány óra alatt keletkező súlyos táplálkozási zavarok, a minők ezen esetekben találtak, csupán csak az összekötő kacs mesenteriumának az incarceratiója által érthetők meg. A mesenterium leszorítására egy pillanat alatt elkékül a bél és pár percz múlva támadnak vérzések, melyek rapide nagy kiterjedésűvé válnak.

A mit az összekötő kacs mesenteriumának illetően incarceratiója ellen fel szoktak hozni, az a következő:

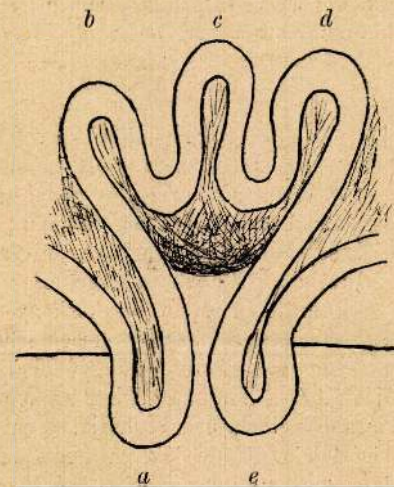
1. Oly hosszú béldarabok alkotják a közbeeső kacsot, a melyeknek mesenteriuma lehetetlen, hogy kétszer ment legyen át a sérvkapun.

2. Az összekötő kacs mesenteriumát nem bírták a sérvtömlőben szorgos keresés ellenére sem megtalálni.

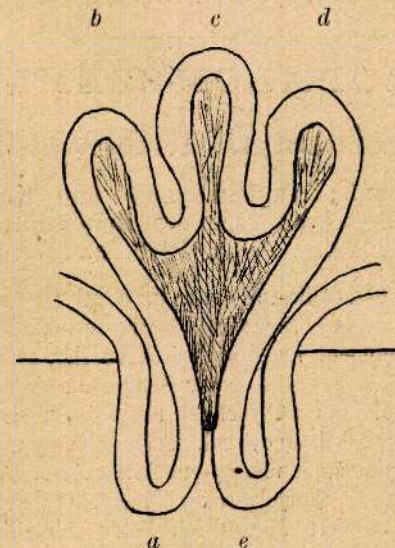
3. Az összekötő kacs mesenteriumáról direct inspectio útján kimutatták, hogy a hasürben foglalt helyet.



6. ábra. Bélkacsok a sérvkapú felett; ezek közül a és e tartanak a sérvkapú felé.



7. ábra. a és e bélkacsok bejutottak a sérvbe, b, c és d visszacsapódtak; mesenteriumuk megtörve kifejezett „Zugsarkade“-t alkot.



8. ábra. A sérvbeli belek további előhaladása folytán az összekötő kacs (b, c, d) felcsapódott mesenteriumának áthajlási helye (Zugsarkade) incarcerálódik.

A mi az első ellenvetést illeti, igen hosszú összekötő kacsokról (150 cm. *de Beule* I.) minden kétségen felül ki lehetett mutatni, hogy kétszer haladtak át a sérvkapun.

De nem is kell a közbeeső kacs egész mesenteriumának

kétszer áthaladnia a sérvkapun, elég, ha ezen mesenterium csak partiálisan kerül a sérvkapuba, különösen ha a mesenteriumnak csak egy gyöki része felé eső csücske incarcerálódik, a mint azt a XII., XIV., XV., XVIII. sz. kísérleteim alkalmával experimentálisan is bebizonyítottam.

Ez az eshetőség, mely pedig igen plausibilis és kézen fekvő, eddig általában nem keltette fel kellőleg a figyelmet, egyedül *Jäckh* és *de Beule* utal rá. Mi történik akkor, ha két egymástól távol álló bélkacsot előhúzzunk egy sérvbe?

Először is, hogy a két bélkacs egymás mellé kerülhessen, az összekötő kacs mesenteriumának hosszirányban kell ránczolódnia. Mikor a két bélkacs be kezd lépni a sérvbe, a hasürben visszamaradt bélkacsok természetesen felfelé csapódnak, és pedig rendszerint úgy, hogy az összekötő kacs felfelé és az elülső hasfal felé kerül. A *Lauenstein* 3 utolsó esetében észlelt „hátrafelé illetve lefelé fekvő összekötő kacs”, valamint *Sultan* esetének rajzai (Fig. 2 és 3) azonban arra engednek következtetni, hogy az összekötő bél kacsai hátrafelé is kitérhetnek. Ha már most a két bélkacs leszáll a sérvbe, a hasürben visszamaradt bélkacsoknak felfelé való csapódása megtöri a lapjában már előzőleg hosszúságban ránczott mesenteriumot; így keletkezik a *Lauenstein*-féle „Zugarkade”. Ha már most a bélkacsok még jobban leszállanak a sérvbe, akkor a mesenterium ezen megtörési helyét maguk után vonják a sérvkapuba s ily módon a mesenterium ezen helye incarcerálódik (l. 6., 7. és 8. ábra), mint azt már *de Beule* is tapasztalta hullakísérletei alkalmával s azt le is rajzolta (lásd az ő 9., 10. és 11. ábráját).

Mentől távolabb fekszik egymástól a sérvbe jutott két bélkacs, annál hosszabb lesz az összeránczott és megtört közbeeső mesenteriumdarab és egyszersmind a bélből annál távolabb, a radix mesenteriihez pedig annál közelebb fog feküdni a mesenterium megtörési helye, a *Lauenstein*-féle Zugarkade. Mivel pedig a mesenterium gyökere irányában, különösen periferiás harmadától a gerincoszlop felé eső területen rapide megkeskenyedik, igen hosszú közbeeső kacsoknak is aránylag keskeny mesenteriumdarab felelhet meg. Ennek jelentősége pedig kettős: egyfelől kis mesenteriumrészlet incarceratioja, feltéve, hogy a gyökhöz aránylag közel fekszik, igen kiterjedt béldarabok elhalását okozhatja, a mint azt különben fentebb leírt állatkísérleteim bizonyítják, másfelől pedig az is, hogy ilyen kis összekötő mesenteriumrészlet a sérvben levő mesenterium ránczai között nagyon könnyen elkerülheti még a szorgos és körültekintő vizsgáló figyelmét is.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Dr. S. Seligmann: Augendiagnose und Kurpfuschertum. Mit besonderer Berücksichtigung des Kurpfuschertums gegen den Lehpastor Felke. Berlin, 1910. H. Barsdorf. 140 l. 8°.

Seligmann összeállította mindazt, a mit a szem külső megtekintéséből régi és új szerzők következtettek a szervezet belső betegségei tekintetében. Ez eljárásból kuruzslók rendszert csináltak, sőt a kérdésről könyveket is irtak. *Seligmann* számos esetben megcsinálta a szemből az e könyvekben előírt diagnosist és összehasonlította a helyes orvosi diagnosissal. Az eredmény a „szemkórjelzés” rovására igen mulatságos módon jut kifejezésre. A könyv leírja a Felke-pórt és azon kórjelzéseket, melyeket Felke a szemből orvosi ellenőrzés mellett állított fel. Felke leleteit legnagyobb részben *Garré* professor ellenőrizte. Példa a következő:

Felke kórjelzése az irisből: Jelek az emlőn, telt has, méhbaj, fehér folyás, menstruációzavar. Étvágy pikáns ételekre. Rossz vér, vérszegénység. *Garré* kórjelzése ez esetben izületgyulladás, szívbillentyűhiba. Egy szívműködési zavar jeleit mutató szemből Felke azt olvassa ki, hogy a beteg egyszer a talpára esett stb. A könyvet érdeklő lehet olvasni. Németország szegénye, hogy a kuruzsló lelkész felmentették.

Kollarits Jenő dr.

Lapszemle.

Belorvostan.

A köpet kémiai vizsgálatát nagyon fontosnak mondja *Prorok* diagnostikai szempontból. Tüdőgümőkór eseteiben ugyanis a köpet fehérjereactiót ad. A vizsgálat nagyon egyszerű: a köpetet 30%-os ecetsavval erősen összerázzuk, a míg a nyálka kis pelyhekké esik szét; ekkor kémlőcsőbe öntünk belőle keveset és ferro-cyankalit adunk hozzá, mire a fehérje kicsapódik. Igaz ugyan, hogy bronchektasia, tüdőinfarctus, tüdőüszök és pneumonia eseteiben is megvan ez a reactio; ezeknek a betegségeknek a fennforgását azonban többnyire nem nehéz kizárni. Idült bronchitis eseteiben azonban, a melyeknek elkülönítése a tüdőgümőkórtól sokszor nagyon nehéz, az említett reactio negatív eredményt ad, legfeljebb nagyon kisfokú opalizálás áll be. Ilyenkor tehát nagyon jó szolgálatot tesz a köpetnek vizsgálata fehérjére. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1909. 2053. l.)

Sebészeti beavatkozások leukaemia eseteiben. *Rychlik* (Prága) először is súlyos kéz- és alkarphlegmone esetét ismerteti; a leukaemiás betegen végzett műtét nem járt erősebb vérzéssel és a további lefolyásban sem volt nagyobb vérzés, a szerző szerint azért, mert a genyes fertőzés a leukaemiás vért normálisan megáldozdá teszi. A szerző tehát azt hiszi, hogy genyedéssel járó folyamatok jelenlétekor leukaemiásokon még súlyos sebészeti beavatkozásokat is lehet végezni. Egy másik esetével kapcsolatban, a melyben a leukaemiás betegen splenectomiát végzett, a splenectomiával leukaemiában eddig elért eredményekről számol be. 1890-ig 41 operált eset volt ismeretes, a melyek közül 3 gyógyulással és 38 (92%) halálosan végződött; az 1891-től 1908-ig operált 16 beteg közül 9 meggyógyult és 7 (44%) meghalt. A splenectomia tehát egyrészt veszélyessége, másrészt az eredmény bizonytalan volta miatt csak vitális indicatio alapján végzendő. A szerző még megemlíti, hogy a splenectomia után végzett röntgenzéssel sem gyógyítható meg a leukaemia és hogy leukaemiásokon támadó vérzés ellen első sorban normális vérsavónak bőr alá fecskendezése veendő igénybe. (IV. Kongr. böhm. Naturforscher u. Ärzte. Ref. Revue der böhmischen Medizin, II. évf. 2. füzet.)

Typhus abdominalis súlyos eseteiben, a melyekben a hideg víz alkalmazása egy vagy más okból ellenjavalt, *Cheinissee* néhány év óta az alkoholt használja. 90%-os alkoholba mártott és kifacsart négyrétegű gaze-kompresszszel befedve a hasat, föléje hideg vízbe mártott hydrophil-vattaréteget tesz, melyet valamilyen impermeabilis anyaggal betakar és flanelpólyával rögzít. A hidegvizes vattaréteg arra való, hogy az alkoholnak irritáló hatását mérsékelje; ha némi irritatio mégis mutatkozik, kevés lano-lint dörzsölünk a bőrre. A hidegvizes vattaréteg óránként, az alkoholos gazeréteg óránként cserélendő. Ezek az alkoholos borogatások nem annyira a lázra hatnak, mint inkább az általános állapotot és a szívet befolyásolják kedvezően. Használatuk különösen a gyermekkorban ajánlatos, a melyben a hideg víz alkalmazását nagyon előkelő gyermekorvosok amúgy is teljesen mellőzik typhus eseteiben. Még megjegyzendő, hogy gyermekeknek kevésbé erős, csak 85%-os alkohollal készítetteti a szerző a borogatást. (La semaine médicale, 1909. 46. szám.)

A tuberculosis pneumonia diagnosisáról és prognosisáról ír *Gerhard* tanár (Basel). A szóban forgó betegséget újabban főleg *Fraenkel* tanulmányozta. Szerinte a pneumonia crouposától a következő jelek különböztetik meg: a láz szabálytalan, a kritikus hőesés hiányzik, nehéz légzés és cyanosis nincs, az arc színe fokozatosan halványodik, korán jelentkezik erős diazoreactio; a köpetnek kifejezetten zöld színe (icterus legkisebb nyoma nélkül!) szintén a pneumoniának gümőkóros természetére utal; a gümö-bacillus kimutatása természetesen még bizonyítóbb, ez azonban néha csak a betegségnek nagyon előrehaladott szakában sikerül; az az ellenvetés, hogy gümőkór mellett pneumonia crouposa is fejlődhetik, hogy tehát a pozitív gümöbacillus-lelet nem bizonyít szükségképpen a pneumonia gümőkóros természetét, nem valami lényeges, mert a pneumonia crouposának gümőkórral együttes előfordulása nagyon ritka. A pneumonia crouposa és a pneumonia tuberculosa megkülönböztetésére felhasználható továbbá a leu-

kocyták száma, a mennyiben pneumonia crouposa eseteiben (legalább is a fiatalabb korban előfordulóban) a fehérvérsejtek száma csaknem mindig megszorodott, míg heveny gümőkóros megbetegedésekben nem; Gerhardt egyik esetében azonban pneumonia tuberculosa mellett a rendesnél jóval nagyobb (14,000) volt a leukocyták száma. Bronchiális alvadék jelenléte Gerhardt tapasztalata szerint is pneumonia crouposa mellett és pneumonia tuberculosa ellen szól; hogy azonban ezen szabály alul is van kivétel, egy esete bizonyítja, a melyben 8 héten át találtak a köpetben naponként bronchiális alvadékokat, noha a bonezolás pneumonia tuberculosa derített ki. A pneumonia tuberculosa prognosist általában nagyon rossznak mondják; a baj átlag 6 hét alatt elpusztítja az életet; a beszűrődésnek részleges visszafejlődése, helyesebben kötőszövet képződés útján való meggyógyulása nagyon ritka. Gerhardt egy esetében a folyamatnak valóságos visszafejlődése következett be. (Therapie der Gegenwart, 1909. 12. füzet.)

Elmekórtan.

A dementia paralytica, sclerosis multiplex és lues cerebrospinalis differenciális diagnosistáról ír Szécsi. A lumbal punctio nem közömbös beavatkozás, azért minden esetben ki kell kérnünk a hozzátartozók beleegyezését. A dementia paralytica-ban szenvedők cerebrospinalis folyadékában a sejtek száma felszorodott és többnyire nagyfokú pleocytosis mutatható ki. A sejtek, melyek a legtöbb esetben lymphocyták és 3—4 μ nagyságúak, többnyire erősen degeneráltak, még pedig a protoplasma megleginkább tönkre, úgy hogy csak csekély részük marad épen. A pleocytosis a dementia paralytica korai symptomája és már akkor is kimutatható, a mikor más tünetek még nem észlelhetők. A sclerosis multiplexben a sejtek száma szintén megszorodott, de csak kisebb mértékben, sőt a sclerosis multiplex tiszta eseteiben hiányozhat is a pleocytosis. A lues cerebrospinalisban a sejtek száma megszorodott, de elvéve hiányozhat is e megszorodás. A pleocytosis hiánya tehát nem bizonyítja, hogy az illető nem volt lueses. A lymphocyták mellett számos polynuclearis leukocytát találhatunk. A többi ideg- és elmebetegség különböző eredményt ad. Az egészséges embereken egyáltalában nem fordul elő pleocytosis és csak elvéve akadunk egy-egy sejtre. A dementia paralytica-ban szenvedők cerebrospinalis folyadékának fehérjetartalma megszorodott, a mi a korai diagnosist szempontjából fontos. Bár a legtöbb esetben együtt találjuk a fehérje mennyiségének és a sejtek számának megszorodását, mégis külön ki kell emelni, hogy a két folyamat nem jár párhuzamosan. A sclerosis multiplexben erősen növekedett a fehérjetartalom. A lues cerebrospinalisban is fokozott a fehérjetartalom, de ez éppen úgy hiányozhat, mint a pleocytosis. Az egészséges ember cerebrospinalis folyadékában csekély a fehérjetartalom. A szerző ezek alapján azon következtetésre jut, hogy bár a kémiai és cytologiás vizsgálat fontos segítő eszköz, feltétlenül biztos eredményeket nem szolgáltat. (Monatschr. f. Psych. u. Neurol. XXVI. 1909. 352.)

Goldberger.

Az éhségérzés kórtana. S. Meyer a fejfájásokat és neuralgiákat megelőző vagy kísérő csillapíthatatlan éhségérzésről ír, a melyre jellegzőnek mondja, hogy a fájdalmak rég akkor sem csillapulnak, ha a betegek sokat esznek. A fejfájás vagy neuralgia szüntével az éhségérzés is megszűnik. Majd áttér arra, hogy a legtöbb kővér ember a kóros éhségérzés befolyása alatt eszik sokat és azért hizik el, mert nem tud annyit enni, a mennyi elegendő volna az éhségérzése csillapítására. Meyer nézete szerint azért nem is helyesek a mostan szokásos soványító kúrák, mert a betegek a kúra félbehagyásával, az újból jelentkező kóros éhségérzés következtében ismét csak sokat esznek és még jobban elhiznak. Az ily emberek helyes gyógykezelése csak abból állhat, hogy kellően kioktatjuk, tanítjuk, hogy éhségérzésük beteges jelenség és hogy ne tömjék tele a gyomruk, mert az éhségérzésüket úgy sem csillapítják, bármily sokat is esznek. És ha a betegek megtanulják a kellő mérséklést, akkor nem is válik az elhízásuk kórossá. (Monatschr. f. Psych. u. Neurol. XXVI. 1909. Ergänzungsheft, 232.)

Goldberger.

Adatok a dementia praecox prognosistához. Mattauschek a következőkben foglalja össze eredményeit. A direct terheltséget kedvezőtlen jelnek kell tekintenünk a dementia praecox prognosi-

sában. Az acutan vagy subacutan jelentkező megbetegedések általában több reményt nyújtanak a gyógyulásra, mint a lassan fejlődők. A katonák közt észlelt esetek kedvezőbb lefolyásúak, mint a civiliek közt észlelték. Az individuális constitutio is befolyást gyakorol a betegség kimenetelére. Hasonló körülmények között a németeknél jobb prognosist a dementia praecox, mint a zsidóknál. (Jahrb. f. Psych. u. Neurol., XXX. 1909. 69.)

Goldberger.

Sebészet.

A pseudoappendicitisekről és fantomappendicitisekről irt Cheinisse, az előbbi elnevezés alatt értven azon állapotokat, midőn a féregnyúlvány környékén lejátszódó valamely valódi kóros elváltozás idézi elő az appendicitis kórképét, az utóbbi alatt pedig, midőn az appendicitishez hasonló symptomáknak semmi anatómiai alapjuk nincs. Ezeknek az appendicitissel összetéveszthető állapotoknak kellő méltatása különös fontossággal bír manapság, a mikor az appendicitis-diagnosist egyszersmind műtéti indicatiót jelent és a mikor az appendicitistől való félelemmel, a mit az appendicitis nagy elterjedtségéről való, nem egyszer mesterségesen fokozott balhiedelem is növel, egyneműek szándékosan visszaélnék. Fantom-appendicitisek volnának e szerint a tisztán ideges alapon (hysteria, neurasthenia) keletkező vakbél-táji fájdalmak, valamint az influenzában (Franke), és a syphilis második stadiumában (Fournier) itt mutatkozó fájdalmak. Eltekintve azon esetektől, a midőn a pseudo-appendicitis elnevezés tulajdonképpen csak enyhe megjelölése egy durva diagnosztikai tévedésnek (például typhus, epe-, vese-, ureterkő, női genitáliák lobos bántalmai esetében), vagy olyan diagnosztikai könnyelműségnek, mely csupán a Mc Burney-pont érzékenységre építve, pneumonia, izomrheuma stb. esetében vesz fel appendicitist: vannak bizonyos állapotok, melyek valóban nagyon utánozhatják a chronikus appendicitist; ilyenek az appendix helyzetváltozásai általános hasi ptosis esetében, a Wilms által leírt mobilis coecum esetében, vagy csak magának az appendixnek bizonyos abnormis helyzete és fixatiója esetében és végül is különösen a Fischler által újabban leírt typhltonia, vakbél-tágulás esetében. Ezen állapotban, mely a coecum catarrhusából indul ki és főleg a coecum izomzatának gyengesége által van feltételezve, a mely tényezők összehatásukban a coecum lokális meteorismusára vezetnek, ezen meteorismus által való mesenteriumvongálás idéz elő fájdalmakat a Mc Burney-pont táján. Jellemző e fájdalmak periódicitása. Ilyen acut fájdalmas rohamok alatt is azonban az appendicitistől megkülönböztethető ez az állapot a láz hiánya, az általános állapot jósága, a nyomásérzékenység csekély volta és különösen a rectális nyomásérzékenység teljes hiánya által. A diaeta megfelelő szabályozásával (puffasztó ételek, nagy folyadék-mennyiségek kerülése), a hasprés tonusának fokozásával (massage, gyakorlatok) jó sikereket lehet elérni. Hashajtók kerülendők. (Semaine médicale, 1910. 1. sz.)

P.

A gyomorkrízisek műtéti kezeléséről értekezik Bruns és Sauerbruch. Foerster-e az eszme, hogy ezen az állapoton, mely a tabesben szenvedőknek gyakran az életét is veszélyezteti, radikálisan, a gerinczagy hátulsó gyökeinek resectiójával segítsünk. Szerinte a krízis legfontosabb tünete a fájdalom, a fokozódott sensibilis ingerlékenység, melyhez csak másodlagosan esatlakozik a hypermotilitás és hypersecretio; a gyomor érő pályái pedig a 7—9. háti gyökökhöz mennek. A Küttner által e megfontolások alapján végzett első ilyen műtétnél a 7—10. hátulsó háti gyökök resectiója után a krízisek teljesen kimaradtak. Bruns és Sauerbruch esete 40 éves férfira vonatkozik, kin a 9 év óta fennálló súlyos gastrikus krízisek az utolsó harmadfél év alatt szinte tűrhetetlenné váltak. Csaknem naponta hányt a beteg (két ízben formált bélsarat!) s gyakori collapsusok követték a kínzó rohamokat. A 6—10. hátsigolyák hátulsó ívének megnyitása után a 7—8—9. hátulsó gyökök resectióját végezték. A műtét napjától fogva kimaradtak a krízisek. A betegnek sajátos érzés-zavarai voltak, a 2. naptól fogva nem érezte hasát, a gyomorteltség érzése hiányzott; az éhség és szomjúság érzése megmaradt. A műtét után 15 héttel étrendi hiba következtében ismét gyomor-zavarok jelentkeztek, a beteg azonban sokkal enyhébb fájdalmat jelzett, s sokkal mélyebben, mint a megelőző typosus krízisek alkalmával. Négy hét múlva újabb vizsgálatot végeztek s a beteg további rohamokról nem tett említést. (Mittheilungen a. d. Grenzgeb. der Med. u. Chir., 21. k., 1. f.) Makai.

Gyermekorvostan.

A gyermekkori gümőkór pathológiájáról értekezik Engel (Düsseldorf). Mindenekelőtt azon kérdéssel foglalkozik, hogy a fertőzésben mekkora szerepe van a human és mekkora a bovin típusú gümöbaccillusnak s oda következtet, hogy a csecsemők és gyermekek gümőkórját csaknem mindig a human típusú bacillus idézi elő. Majd a fertőzés módjait taglalva, bebizonyítottat látja, hogy a méhen belüli életben történhetik gümőkóros fertőzés, ha nem is túlgyakran, de mindenesetre figyelemre méltó számú esetben. Ezen okból az intrauterin fertőzést, mint a csecsemőkori gümőkór egyik forrását, föltétlenül figyelembe kell vennünk. Az esetek többségében azonban a fertőzés a méhen kívüli életben történik. A fertőzés forrása gyanánt csaknem kizárólag a köhögő gümőkóros egyén szerepel. A csecsemőn ezt legtöbbször ki lehet mutatni; idősebb gyermekeken rendszeren a körülmények egész sorozata utal arra, hogy gümőkóros egyén volt a fertőzés közvetítője. A fertőzés kapuját illetőleg a gyermekkorban a gümöbaccilusok behatolhatnak a szervezetbe úgy a légző készüléken, mint a táplálécsatornán át. A lehetőség az utóbbira fennforog a gyermekkorban, még pedig annál nagyobb mértékben, minél fiatalabb a gyermek. Fel kell azért vennünk, hogy a gyermekkori gümőkórban a táplálécsatornán keresztül történő fertőzés jelentős szerepet játszik.

A tuberculinnal kimutatható gümőkór a csecsemőkori csekély számú, az előrehaladó korról azonban ezen szám erősen növekszik, úgy hogy a szegényebb körökben a serdülő kor határán az egyéneknek már több mint a fele fertőzött. Ezen számokra nagy befolyással van, hogy milyen környezetből származik a gyermek: a fertőzöttek száma annál nagyobb, minél kedvezőtlenebb körülmények között élőkét vizsgálunk. A későbbi életkorban ezen befolyás okozta különbségek elmosódnak látszanak. Valószínűnek tartja ezek alapján, hogy a gümőkórt nem kivétel nélkül a méhen belüli életben vagy a korai csecsemőkori szerzik, hanem az évekkel növekedő gyakoriságban a későbbi életkorban.

Míg a felnőttekben leggyakrabban a tüdőgümőkórt látjuk, addig gyermekekben, ha a későbbi gyermekkorban látunk is valószínűs tüdőgümőkórt kifejlődni, mégis sokkal gyakoribb a baj a mirigyekben, a csontokban, az ízületekben. Természetesen elég gyakori a gyermekkorban is a tüdőgümőkór, ennek alakja, kiterjedése és lefolyása azonban egészen eltérő a felnőttekéétől. A folyamat középpontja gyermekekben nem a csúcsban van, mint a felnőttekben, hanem a hilusban, a hörgőnyirokcsomóban s innen tör át a tüdőszövetbe vagy a hörgőbe. A gyermekek gümőkórja állandóan a nyirokrendszer megbetegedése gyanánt kezdődik, még pedig rendszeren a hörgőnyirokcsomóban. A beteg további sorsa attól függ, hogy milyen terjedelemben és hol töri át a nyirokcsomó tokját.

A gümőkórnak a gyermekkor különböző szakaszaiban való eloszlását illetőleg a csecsemőkori csaknem az egész testre kiterjedt mirigygümőkór otthonos. Rendszeren csatlakozik hozzá egy vagy más szervnek a megbetegedése s általában a subacut általános disseminatio. A gümőkór ezen nagyfokú elterjedését megmagyarázza, hogy a nyirokcsomók e korban még semmi védelmet sem nyújtanak, a többi szövet pedig rendkívül csekély ellenálló képességű. A későbbi gyermekkorban a serdülő korig csökken, majd mindinkább eltűnik a hajlandóság az idült általános és kiterjedt mirigygümőkórra s előtérbe lép a lokális gümőkór a mirigyekben, a csontokban és az ízületekben. Gyakori ezenkívül a 2—4. életév közt a gümös agyhártyalob s az általános miliáris gümőkór. A serdülő kor közeledtével pedig már a felnőtteken megszokott képet, a tüdőcsúcs megbetegedését látjuk s a mirigygümőkór mint friss fertőzés e korban már nem igen fordul elő. (Beihefte zur mediz. Klinik. 1909. 11. füzet.)

Flesch.

Szülészet és nőorvostan.

A szülés gyors befejezéséről ír Bossi genuai tanár és ajánlja a Bossi-féle dilatort. Szerinte azok, a kik az ő módszerét elvetik, annak a kipróbálásakor nem ügyeltek talán kellőképpen a szabályokra és azért nem kaptak olyan jó eredményeket.

Röviden összefoglalja tehát tapasztalatait az eszköz használatára vonatkozólag.

1. Az eszköz bevezetésekor fontos, hogy a szülő nő meden-

céje magasra legyen fektetve. A dilatort a speculum mellőzéseivel, a bal kéz mutató és középsőujjának védelme mellett kell felvezetni, süllyesztve a gát felé az eszköz nyelét, mindig fájás-szünetben. Ha az elül fekvő rész már olyan erősen beilleszkedett, hogy a dilatatornak a méhszáj és az elül fekvő rész közé való applikálása nehézségbe ütközik, a bal kéz mutató- és középsőujjával igyekezzünk a fornixot át óvatosan — mindig csak fájásszünetben — a fejet kimozdítani s vele egyidejűleg az eszközt feljebb tolni.

2. A *tágításra* vonatkozólag azt mondja, hogy az instrumentum bevezetése után rögtön neki kell látni a dilatációnak, mindaddig, míg a méhszáj ellenállása engedi, mivel így azután biztosítva van az eszköznek a jó elhelyezése. Később azután csak a fájásszünetek alatt tágítsunk, nagyobb szüneteket tartva. Ha a fájások gyengülnek, forcírozott tágítással kell törekedni újabb fájások kiváltására.

Általános utasítás gyanánt adja Bossi, hogy a csavarmenetet egyszer kell körülesavarni és azután 2—3 contractiót bevárni. Azonban egyszersmind figyelmezteti a műtőt arra, hogy erre vonatkozólag olyan szabályt felállítani nem lehet, a mely minden tágitási esetben egyformán alkalmazható volna. A műtő a szerint és abban a mértékben erőltetheti is a dilatációt, a mely mértékben az anya vagy a magzat veszélye a szülés befejezését siettetni és így a tágitáskor a rendelkezésére álló időt megrövidítheti, de azért mindig óvatosan járjon el. A bal kéz mutató- és középsőujjával folytonosan ellenőrizzük a nyakcsatorna tágítását. A dilatatio foka 9 és 10 cm. szokott lenni. Ha igen nagy gyermekről van szó, 40 cm.-ig is tágíthatunk (!) A tágításra sokszor 5, 10, 15 perc is elég idő, de eltarthat másfél óráig is. Műtét alatt ajánlatos a chloroform-narcosis, különösen eklampsziásokon. Ha a tágitást csakis a renyhe szülőfájások erősítése céljából végezzük, az erős fájások sikeres kiváltása után a szülőnőt a horizontális fekvőhelyzetbe visszateszük, az instrumentumot pedig kötéllel rögzítjük.

Az *eszköz kihúzására vonatkozólag* a következő tanácsokat adja: mialatt a bal kéz mutató- és középsőujjával a karokat ellenőrizzük, hogy lágy részeket ne csipjünk, az eszközt jobb kezünkben tartjuk, a segéd pedig lassanként visszafelé csavarja a csavarmenetet. Mikor azután a karok csaknem teljesen összecusodtak, az eszközt ujjaink védelme mellett kihúzzuk.

Megjegyzések a magzat extractiójára vonatkozólag: a fogó applikálásakor, fordításkor a kéz felvezetésével sietnünk kell, nehogy az erőszakosan kitágított nyakcsatorna újból összeugorjék. (!) Ha a fogóval való extrahálásakor a méhszáj szélei a fejre ismét reá-feküsznek, akkor igyekezzünk a fogóval való lefelé húzás közben a méhszáj széleit felsimítani.

A genuai nőklinika (és a vele kapcsolatos poliklinikumon) 480 esetben alkalmazták a Bossi-féle dilatációt.

A közölt táblázatból kitűnnek az indicatiók. Albuminuria és eklampsia 148 esetben, placenta praevia és a lepény időelőtti való leválása 82, tüdőtuberculosis 36, vitium cordis 21, a nyakcsatorna stenosisa 51, a szülés elhúzódása és a magzat veszélye 86, más egyéb 56 esetben alkotta az indicatiót.

Cikkét azzal zárja Bossi, hogy 480 esetében csak 26 asszony és 64 magzat halt el szülés és műtét közben; míg az élve maradt asszonyok száma 454, a halál torkából megmentett magzatok száma pedig 325 volt. (480 magzat közül 41 abortus volt, 48 halott és 2 macerált.)

Scherer.

Bőrkórtan.

A Bergenben tartott II. nemzetközi tudományos lepra-conferentián (1909 augusztus 16—19) a következő resolúciókat hozták: A lepra elleni küzdelem céljából alakult II. nemzetközi conferentia minden pontjában fönttartja azokat a határozatokat, a melyeket a Berlinben (1897-ben) tartott conferentián hoztak. A lepra emberről emberre átvihető betegség. Ez a vélemény tekinteten kívül hagyja, hogy az átvitel milyen úton-módon történik. Nincsen olyan ország — bármilyen is a földrajzi fekvése —, melyben a lepra előfordulása kizártnak tekinthető. Tanácsos ezért, hogy az átvitel lehetőségével szemben mindenütt gondoskodjanak a kellő óvintézkedésekről. Tekintve azt a kedvező eredményt, a mit a leprások izolálásával Németországban, Island-szigeten, Norvégiában és Svédországban elértek, szükséges, hogy a betegség által sújtott valamennyi ország ugyanazokat az intéz-

kedéseket fogantossítsa. Föltétlenül kívánatos, hogy a leprások gyermekeit, mielőtt lehetséges, a szüleiktől elvonják és fölügyelet alatt tartásuk. Azokat a személyeket, akik a leprás betegekkel együtt laknak vagy laktak, időről időre kellően kiképzett orvosok által meg kell vizsgáltatni. Szükséges, hogy a leprának aetiologiájára és tovaterjedésére vonatkozó valamennyi elmélet újból átvizsgáltassék abból a szempontból, hogy összeegyeztethető-e az a Hansen-féle bacillus természetrajzáról szóló újabb adatokkal. Kívánatos továbbá annak a kérdésnek a megoldása is, hogy a leprás betegség átvitele lehetséges-e bizonyos rovarok által (bolha, poloska stb.). További kérdés volna azután az, hogy léteznek-e a leprához hasonló betegségek, amelyek állatokon (patkány stb.) is előfordulnak.

A leprának klinikai tanulmányozása arra a tölvételre jogosít, hogy a betegség *nem gyógyíthatatlan*. Nem létezik még azonban ez idő szerint oly szer, mely biztosan hatna. Az új szerek után való kutatás tehát föltötte kívánatos. (Dermatolog. Zeitschrift, 1909. 10. f.)

Guszmán.

A pemphigusnak chinines kezelését kísérte meg R. Bergrath (Breslau). Ismeretes, hogy mindeddig nincsen oly gyógyszer vagy gyógyító eljárás, amely kielégítő eredményt nyújt a pemphigus kezelésében. Nem csoda tehát, ha olyan vélemény is felvetődhetett, hogy a legjobb eljárás a semmittevés (Frank, Spiegler). Természetes azonban, hogy a legtöbb orvos mégis csak használ különböző gyógyszereket. Leginkább az arsen, a strychnin és az atropin jött ilyenkor szóba. Mosler a chinint ajánlotta s azt találta egy esetben, hogy a látszólagos gyógyulás már 40 gm. bevétele után beállott. A szerző Mosler-től függetlenül próbálta ki a chinint, melyet két súlyosabb pemphigus-esetben használt. Mindkét esete nőre vonatkozott; az egyik 21 éves volt, a másik 48 éves. Mindkét betegnek a pemphigus nyálkahártya-elváltozásokkal volt súlyosbitva. Az előzetesen alkalmazott arsen egyik esetben sem járt látható eredménnyel. A chininum muriaticum napi mennyisége 1—1½—2 gm. között mozgott (3—4 adagra elosztva). A hatás már a 3—4. napon jelentkezett. A hólyagos eruptio csakhamar elmaradt és nem jelentkezett többé a további hónapokban sem. A chinines kezelés első napjaiban a hőmérséklet emelkedett (38.3—38.5 °C). Érdekes, hogy a második esetben, mely típusos pemphigus vegetans képét nyújtotta, még a condylomateru burjánzások is elég gyorsan, minden helybeli kezelés nélkül teljesen visszafejlődtek. A chinines kezelés tehát úgy látszik elég szép sikerrel kecsegtet a pemphigus terapiájában és ha a szerző nem is meri kimondani, hogy a két betege véglegesen meggyógyult, mégis hivatkozhat terapiás sikerre. Bergrath egyébként lehetségesnek tartja, hogy állandó intermittáló chinines kezeléssel a pemphigusos folyamat véglegesen is meggyógyítható. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1910. 1. szám.)

Guszmán.

Fizikai és diätikai gyógyításmódok.

A diarrhoea esetén alkalmazandó étrendről értekezik Zueig (Wien). Mivel a hasmenés oka különböző lehet, a beteg étrendjét az alaptalálomhoz kell alkalmazni. A hasmenés oka többek között a béltartalom erjedése lehet (erjedéses dyspepsia). Ez esetben a jellemző tünetek: hasesikarás, bélkorgás, hasmenés, csökkent étvágy, kissé puffadt has, nyomásra érzékenység a köldök körül, bevont nyelv, savanyú kémhatású bélsár. Némely esetben rothadás a diarrhoea oka. Ezekben a húsemésztés tökéletlen, a bélsár szaga rothadó dögéhez hasonló, benne mikroszkop alatt igen sok emésztetlen harántesikolt izomrost található, az ürülés kémhatása alkáliás. A rothadásos dyspepsia oka rendszeren az, hogy a gyomoremésztés achylia miatt tökéletlen. A hús között levő kötőszövet ez esetben nem oldódik fel, a kötőszövet közé zárt izomrostok és zsírrészek emésztetlenül maradnak és a pathogen bakteriumoknak alkalmas táplálékanyagul szolgálnak. Más esetekben a hasmenésnek gyomoratonia vagy hyperaciditas az oka. A diarrhoea egy 3. fajtáját idősült bélhurut okozza s vannak olyan esetek is, amelyekben a diarrhoea neurastheniától ered. Utóbbi esetekben a hasmenésen kívül még más ideges tünetek is észlelhetők és a hasmenés többnyire izgalmakra, ijedségre, séta közben stb. jelentkezik, különösen akkor, ha az illetőknek a has-

menés eszükbe jut. A hasmenés közvetlen oka mindig a vastagbél túlságos élénk mozgása.

Diarrhoea esetén az étrend megállapítása alkalmával a következő általános szabályokat kell szem előtt tartanunk: Az ételnek nem szabad a belet sem hőmérséke, sem vegyi összetétele, sem erőművi behatása által izgatnia. Tehát minden erősen fűszeres, savanyú vagy celluloseanyagban bővelkedő ételt, minden hideg vagy jeges italt kerülnünk kell. Az ételeket kellően felmelegítve s gondosan felaprózva, lehetőleg kásás alakban nyújtjuk s friss vajon kívül minden más zsiradékot eltüntetünk, még az ételek elkészítéséhez is csak friss vaját engedünk meg. Az idősült hasmenések étrendi kezelésében fontos szerepük van a leveseknek, de erős húslevest kerülnünk, főképpen csak csibelevest vagy rántott levest adunk rizsszel, árpakásával stb. A megengedett főzelékeket vagy gyümölcsféléket, hogy a celluloseanyagtól lehetőleg mentesek legyenek, csak szitán áttörve, a párolt gyümölcsök közül csak áfonyát és ezt is csak kocsonyaalakban adjuk a beteg asztalára. Főtt vagy édes tészta és kalácsféle egyáltalán tilos. A tészták közül csak kétszersült és piritott zsemlye van megengedve. Az ételeket ezúkor helyett sacharinnal kell édesítenünk. Italul csak tea és meszet tartalmazó ásványvizek ajánlatosak. (Borszéki-, Mohai Ágnes-, Salvator-, Szultán-, Szántói viz stb. Ref.)

Az erjedéses dyspepsiában szenvedők étlapjáról a cellulose- és keményítőtartalmú eledelket teljesen törölnünk kell. Ezeknek tehát csak főtt vagy sült húst, vajat, tojást, lágy sajtot, tejszínt, kétszersültet, nyálkás levest, cacaot és hasonlót engedünk meg. Rothadásos dyspepsia esetén a fehérjetartalmú ételeket hagyjuk el és a beteget tej-, főzelékdiétára fogjuk. Tehát cacaot, piritott zsemlyét, vajat, 3 napos kefir (yoghurt, ref.), nyálkás levest, áttört főzeléket, tejes ételt s lágy sajtot engedünk meg.

Az olyan diarrhoea esetén, mely a gyomoremésztés tökéletlenségétől ered, kivált ha a hiányos emésztést achylia okozza, arra kell törekednünk, hogy a húseléltől a kötőszövetet eltávolítsuk és hogy a húst jól felaprítva nyujtsuk. Azon húsfeleségeket, melyekben sok a kötőszövet (liba, kacsa, marhahús, sódar és füstölthús) teljesen mellőzzük. Ez esetekben sósavat és pepsint is rendelünk s főképpen csak nyálkás levest, vagdalt csibe- és borjúhúst, halat, áttört főzelékeket, maccaronit, tejet, tojást s kevés vörösbort engedünk meg.

Idősült enteritis esetén a bélhuzamot lehetőleg kimélnünk kell. Tilos minden szerves savat, vagy nagyobb mennyiségű sót tartalmazó étel, mint például savó, egynapos kefir, gyümölcs, saláta, ecet, mustár, sardella, hering, kaviar, páczolt hús, cukor, hideg ital (sör, limonádé, fagyalt, pezsgőbor) és celluloseban bővelkedő étel (Graham-kenyér, hüvelyes vetemények, uborka, káposzta, kel stb.). Ellenben ajánlatos a nyálkát adó anyagból (rizs, árpa, kása, dara, zabliszt) készült leves és kása, valamint a csersavat tartalmazó étel vagy ital (cacao, makk-kávé, tea, vörösbort stb.). Ez esetekben tanácsos a bélsarat ismételt megvizsgálás és az ételek közül azokat, amelyek nagyobb mennyiségben emésztetlenül ürülnek ki, elhagyni, viszont azokat, amelyek a beteg jól emészt, bőven adjuk, mert az illetőt ez esetekben lehetőleg jól kell táplálnunk és erősíteni. Ha a hurut a vastagbélben székel, csak kevés húst engedünk meg s a zsíros és sok kötőszövetet tartalmazó húsfeleségeket teljesen elhagyjuk. Vékonybélhurut esetén pedig a szénhidratokat tartalmazó ételeket tiltjuk meg. Mindezen esetekben az étrendet csak igen óvatosan szabad kibővíteni, csak ha a beteg valamely ételt már napokon át jól tűr, engedünk meg újat. Az első napok legszigorúbb étrendjéhez első sorban főzeléket és tejet adunk hozzá, aztán tésztát, lágy sajtot kísérünk meg stb.

Ideges alapon fejlődött hasmenés esetén a szigorú étrenddel többnyire semmi eredményt sem érünk el. Mindazonáltal azon ételeket, amelyek a bélmozgást élénkítik (fűszer, cellulosedús étel, párolt gyümölcs stb.), kerülnünk. (Monatsschr. f. die phys.-diät. Heilmethoden, 1909. 12. füzet.)

Lenkei V. D. dr.

Kiseb közlések az orvosgyakorlatra.

Ulcus rodens egy esetben gyógyulást ért el Gemmil kalium bichromicummal, amelynek 10⁰/o-os oldatával naponként reggel és este ecsetelte a fekély felületét, a míg a környezetben gyulladásos reactio támadt. Ennek megszüntéig bőrkenőcsöt használt, majd

újából megkezdte a kalium bichromicummal való ecsetelést. Aránylag rövid idő alatt a fekély behámosodott és csak csekély heg maradt vissza. (Brit. med. journal, 1909. október 25.)

Cholera nostras és hozzá hasonló betegségek ellen *Maetzke* a veratrin ajánlja. A következő oldatból: veratrin 0.005, spiritus dilutus 25.0, aqua destillata 175.0, két óra hosszat félóránként, azután pedig 2 óránként ad evőkanálnyi. Csecsemőn eddig még nem próbálta ki ezt a szert, a melynek hatásmódját illetőleg nem tud nyilatkozni. A spiritus dilutus helyett újabban cognacot használ az említett oldat készítéséhez, ilyen módon jobb ízű az orvosság. (Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 1909. 22. sz.)

A vizelet fehérjetartalmának mennyileges meghatározására *Aufrecht* az Esbach-eljárásról azt a módosítást tette, hogy a beosztott üvegnek olyan alakot adott, hogy centrifugába helyezhető; a beosztás pedig olyan, hogy a két percig tartó centrifugálás után leolvasott érték meglehetősen pontossággal adja a vizelet fehérjetartalmának nagyságát. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1909. 46. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1910. 6. szám. *Pertik Tamás*: A tüdővészések asthmájának orvoslása eumydrinnel. *Ormos Béla*: A gümőkóros fertőzéstől, annak elhárításáról s a baj gyógykezelése irányelveiről. *Turnowsky Mór*: A tanítók tüdővészése.

Orvosok lapja, 1910. 6. szám. *Deák Zsigmond*: Szülészeti esetek a vidéki gyakorlatban.

Budapesti orvosi ujság, 1910. 6. szám. *Werner Sándor*: Társuló streptococcus-infectio befolyása chronikus fertőző betegségekre. „Közegészségügyi és törvényszéki orvostudományi szemle” melléklet 1. szám. *Minich Károly*: Phenol-mérgezésnek állítólagosan gyilkossági esete. *Salgó Jakab*: Az ideg- és elmebántalmak társadalmi okai. *Müller Vilmos*: Iskolasanatorium.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Szlávik Péter* dr.-t a hódmezővásárhelyi szemkórházhoz alorvossá nevezték ki.

Választás. *Rainer Miksa* dr.-t Mosonszolnokon községi orvossá választották.

Alkalmazások a kolozsvári egyetem orvosi karán: A tanári kar megválasztotta: *Ferenecz Áron* dr.-t tanársegédnek az egyet. gyógyszer-tár mellé (újraválasztás); *Szűts Andor* dr.-t tanársegédnek a szövettani intézet mellé (újraválasztás); *Hirsch Hugó* dr.-t díjas műtőnövendéknek.

Szünnidei orvosi cursus. A szünnidei orvosi cursusok végrehajtó bizottsága *Korányi Sándor* báró tanár elnöklésével tartott ülésében örömmel vette tudomásul, hogy a vallás- és közoktatásügyi ministerium az orvosok továbbképzésének ügyét szélesebb alapra óhajtja fektetni. Mint-hogy pedig az e tárgyban tartott ministeri tanácskozáson azon szándék jutott kifejezésre, hogy a ministerium a szünnidei orvosi cursus vezetőségének bevonásával óhajtja a központi bizottságot megalkotni, a végrehajtó bizottság azt határozta, hogy az előadói értekezletet a ministeriumtól e tárgyban várható leirat leérkezése után hívja össze. Ezen értekezlet lesz hivatva, hogy döntsen a további eljárásról és pedig első sorban arról, hogy az eddig fennállott intézmény milyen viszonyban legyen a megalakítandó központi bizottsághoz.

A Magyar Orvosi Könyvkiadó-Társulat 1909 évi jelentése gyánant megjelent: 1. Szemészet. Szerkesztik *Grósz Emil* és *Hoor Károly* egyetemi tanárok. II. kötet. 2. Törvényszéki orvostan. I. kötet. Irtá: *Kenyeres Balázs* kolozsvári egyetemi tanár. E munkák szétküldése a tagok részére a napokban indult meg. Tagok 1908-tól számítva (ez évnek egyik jelentése volt ugyanis a Szemészet I. kötete) korlátozott számban még felvehetők. Az évi tagsági díj 16 korona. A Társulatra vonatkozó bármilyen kérdésre készségesen ad választ *Székelly Ágoston* dr. I. titkár (Budapest, Knežits-u. 15.).

A budapesti orvosi kör országos segélyegylete pénztárába beírtak: alapítványt: *Hüllt Hümér* dr., egyetemi m.-tanár 200 K, *Novotny Lajos* dr., kir. tanácsos 100 K, *Novotny Margitka* úrhölgy Budapest 25 K, *Imrédy Béla* dr., egyet. m.-tanár Budapest 104 K, Budapest IV. kerületi orvos-szövetség *Mezey Zoltán* dr. útján 100 K, Budapest VII. kerületi orvos-társaság *Patai Samu* dr. útján 100 K, *Temesváry Rezső* dr. 20 K, Biztosító orvosok nemzetközi egyesületének magyar bizottsága *Lőw Samuel* dr. útján 64 K, *Becher Áron* dr. Nagyszalonta 100 K, *Wagner Károly* dr. Újvidék 20 K, *Albecker Károly* dr. Dunavecse 50 K, *Generich Antal* dr., udvari tanácsos, egyet. tanár 20 K, *Turnovszky Jenő* dr. Budapest 20 K, *Lichtenstein Salamon* dr. Budapest 20 K, *Bogdán Aladár* dr. Balassagyarmat 10 K és *Szmik Gyula* dr. Nagycsók 100 K. Budapest, 1910 február. *Katona József* dr. pénztáros.

A budapesti poliklinika rendeléseit január hónapban 4772 új beteg kereste fel; a rendelések összes száma 11,837 volt.

A szabadkai önkéntes tűzoltó-testület mentő-osztálya január hóban 102 esetben, fennállása óta pedig 11,568 esetben működött.

Meghalt. *Dabasi Halász Jenő* dr. járásorvos, tiszteletbeli megyei főorvos, a fehérgyarmati kórház igazgatója, 52 éves korában, február 5.-én. — *Baranyi Elek* dr. hódmezővásárhelyi gyakorló orvos február 3.-án. — *Bidermann Adolf* dr. nyugalmazott járásorvos február 3.-án Zólyomban. — *Barna Antal* dr. pástói orvos, 70 éves korában, február hó 2.-án. — *W. Krause*, ismert anatomus, régebben rendkívüli tanár Göttingában, később laboratóriumvezető a berlini anatómiai intézetben, február 2.-án, 76 éves korában. Az elhunytak kiváló érdemei vannak az anatómia különböző területein; így többek közt ő fedezte fel a nevével jelölt idegvégtesteket. Irt egy jeles, önálló vizsgálatokon alapuló anatómiai tankönyvet is, melyet annak idején *Mihalkovics Géza* magyarra is lefordított.

Kisebb hírek külföldről. Tanári czímet kaptak a következő magántanárok: *Adrian* dr. (bőrkórtan), *Dreyfuss* dr. (oto-laryngologia), *Funk* dr. (nőorvos) és *Landolt* dr. (szemészet) Strassburgban. — Nők részére szolgáló orvosi tanintézet nyílt meg legutóbb *Kiewben*. — *J. W. Taylor* dr., a nőorvos tanára a birminghami egyetemen nyugalomba vonul, hasonlóképpen *R. Olshausen* dr., a nőorvos tanára a berlini egyetemen.

A berlini Hufeland-társaság alapításának 100. évfordulóját ünnepelte meg. Hufeland, a „Makrobiotik” híres szerzője, alapította 1809-ben „Orvos-Sebész-Társaság” czímen; mai nevét 1833-ban, Hufeland halála alkalmával vette fel. Jelenleg egyike Berlin legelőkelőbb orvosi egyesületeinek, mely kizárólag a tudomány ápolását célozza előadások és bemutatók útján.

Az orvostanhallgatók száma a német birodalomban 1879-től 1909-ig — 30 év alatt — 100,000 lakosra számítva, 8-ról 13-re emelkedett.

Mai számunkhoz a **Richter Gedeon** vegyészeti gyár gyógyszer-különlegességeit tárgyaló prospektusa van mellékelve.

Jelen számunkhoz **E. Merck** vegyészeti gyár Darmstadt „Dionin” czímű prospektusa van mellékelve.

„Fásor- (Dr. Herczel-féle) sanatorium.” Magán-gyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek részére, Budapest, VII., Városligeti fásor 9. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kiváncra prospektus.

Dr. Jakab-féle Sigetsanatorium Budapest, VI., Nagy János-utca 47. sz. (A Városliget közvetlen szomszédságában.) Diéta, diagnostika, physikotherapiás sanatorium.

Justus Dr. bőrbajosokat gyógyító intézete. Budapest, IV., Károly-körút 14. Fürdők, sugaras gyógyítás, physikális gyógy módok.

Conseutiv neuralgiák, sebészeti utóbántalmak és izzadmányok esetében. Részleges göngyölés. **FANGO** Erzsébet-körút 51. sz. (Kiráti fürdő.) Kezelő orvos vulcanikus radioactiv iszap **Dr. VÁNDOR DEZSŐ.**

Kopits Jenő dr. orthopaediai intézete VIII., Gyöngyűk-utca. 14. sz. alatt (a Rókus-kórház közelében) van.

Széchenyi-telepi sanatorium az Erzsébet királyné-úti villamos végállomásánál. Igazgató-főorvos *Schnier György* dr. Felvételt ideg- és kedélybeteg, neurastheniás, hysteriás, kimerülési esetek, alkoholisták, morphiszták. — Sürgöny: Budapest. — Posta: Budapest, Széchenyi-telep. — Telefon 79-72. — Prospectus. 6318

Tamássy Park-sanatoriuma DUNAHARASZTIBAN, Pestmegye. Intézeti orvos: **Somosi Lajos** dr. Alkohol-, morphi-, nicotinelvonás.

Orvosi laboratórium és cukorbeteg tolerantiájának meghatározása **Dr. Mátrai Gábor** v. egyetemi tanársegéd. Andrassy-út 50 (Október-tér). Telefon 26-96.

SAN-REMO téli klímás gyógyhely az olasz Rivierán, főleg a légzőszervi és női bajok, az ideg-, szív- és vesebajok gyógyítására. A „Grand Hotel de Nice”-ben fekvőcsarnok és magyar ápolónő áll rendelkezésre. A „Hotel Continental Palace” minden emeletén meleg tengerifürdő van bevezetve; **Fontos körülmény** különösen a női bajok téli gyógykezelésében. Bővebb felvilágosítással készséggel szolgál **Czirfusz Dezső** dr. kir. tanácsos, gyakorlóorvos. (Nyáron: Stooszfürdő igazgató-főorvosa.) 8351

Siemens és Halske R.-T. Röntgen- és elektro-medikai berendezések. Budapest, V., Lipót-körút 5. szám.

Reiniger, Gebbert & Schall Budapest, VIII., Rákóczi-út 19. Villamos orvosi műszerek különlegességi gyára.

Dr. GARA GÉZA, Meran. SANATORIUM. PROSPECTUS.

ERDEY Dr. sanatoriuma. Budapest, IX., Bakács-tér 10. sz. Nőbetegek és szülők részére.

Dr. Stein Adolf RÖNTGEN-LABORATORIUMA. VII., Rákóczi-út 26, földsz. I. Telefon 112-95.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. Budapesti kir. Orvosegyesület. (III. rendes tudományos ülés 1910 január 22.-én.) 129. 1. — Közkórházi Orvostársulat. (XII. bemutató ülés 1909 december 1.-én.)

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(III. rendes tudományos ülés 1910 január 22.-én.)

Elnök: Schaffer Károly. Jegyző: Rotter Henrik.

A feregnyúlánygyuladásból eredő kiterjedt hashártya-fertőzés kezelése.

Manninger Vilmos: Az a gyulladás, melylyel a hashártya a beléje jutott fertőzésre felel, a gyulladás leghatalmasabb elősegítője. Tényezői közül I. a felszívódás szabályozása, II. a vérsavónak és a falósejteknek mozgósítása, III. az eltökölés az, a melylyel a szervezet a fertőzés leküzdésére rendelkezik.

A hashártyafertőzés folytán beálló halált a nyúltvelő érmozgató góczának bénulása okozza. Ez fenyeget első sorban a hasüregben keletkező mérge fokozott felszívódása idejében, másodszorban a bénult vagy szögbeérett bél elzáródása okozta ileus folytán.

Kezelésünkkel csakis a felszívódás szabályozását, a savó-kiválasztás könnyítését és talán némiképpen a fibrinotokolódást segíthetjük elő. Minden egyéb ténykedésünk csak negatív értékű. Ne tegyünk semmi olyat, a mi a szervezet finom reakcióját megzavarhatná.

Ezen elméleti követelményeket leginkább megközelíti a Murphy-féle kezelés, mely ugyan semmi újat sem tartalmaz, de az eddig is használatos eljárásoknak ügyes csoportosításával lényegesen javította a sebészi beavatkozás eredményeit.

Murphy eljárásának lényeges pontjai a következők:

- I. a genynyomás megszüntetése, a fertőzés forrásainak be-tömése;
 - II. állandó levezetés (csöves draineekkel);
 - III. minden felesleges manipulatio kerülése (gyors operálás, a törlés és öblítés kerülése);
 - IV. Fowler-positio (a beteg felültetése már a műtét előtt, majd a műtét után);
 - V. állandó konyhasós beöntés a végbélbe;
 - VI. antistreptococcus-serum (csak a legújabb közleményekben).
- Az I–IV. pontig a cél a felszívódás megállítás és a hashártya bellámjának épségben tartása.

Az V. pont Murphy okadatolása szerint mintegy megfordítja a nedvkeringést és bő savós izzadmány termelését eredményezi. Katzenstein szerint pedig a fibrintermelésnek válik forrásává.

A nyúltvelő érmozgató góczának fenyegető bénulása ellen Heidenhain 6–8 csepp adrenalin tartalmú konyhasóoldatnak gyűjtőeres befecskendését ajánlotta. Az eljárás csak rövid ideig hatásos és csakis a perifériás erek szűkítése következtében emeli a vérnyomást. A fenyegető ileus ellen ugyancsak Heidenhain enterostomiát ajánlott a puffadt vékonybeleken. Alapi gyönyörű eredményeivel szemben állanak Lennander-Giertz szomorú esetei; ők a leghatározottabban intenek a vékonybélisipoly alkalmazásától. Nagy tamponok kerülése, a szájon át való táplálkozás teljes beszüntetése és a bélmozgás minél korábbi megindítása a Murphy-féle kezelés mellett a bélisipolykészítés javulatát amúgy is megszorította.

A kifejlődött ileus ellen a kora felismerés és kora műtét ajánlatos. Minden kétséget kizárólag bizonyítható, hogy a hashártya-fertőzés vázolt kezelése az eredményeket lényegesen megjavította. A kiterjedt hashártyafertőzés mortalitása az utolsó 10 év alatt 80–100%-ról 10–20%-ra sülyedt. A technika javulásán kívül az eredményeket a műtétnek a korábbi szakban való végzése, részben pedig a könnyebb, toxikus peritonitiseknek a statisztikába való beszámítása is befolyásolta. A korai műtétnek feltétele a baj korai felismerése. A diagnostikai jelek méltatása után az előadó áttér saját észleleteinek ismertetésére, a melyek szintén bizonyítják a peritonitis-kezelés megváltozásával az eredmények javulását.

Mig 1900-tól 1902-ig hat betege közül 83%-ot, 1903-tól 1908-ig 18 betege közül 50%-ot veszített, a Murphy-féle kezelés idejében 1908 novembertől 1909 végéig 10 beteg közül csak 20%-ot veszített. Az elhalt betegek közül az egyik a betegség negyedik, a másik az ötödik napján került kezelésébe. Hét gyógyult betegének bemutatásával illusztrálja azokat a szövödményeket, melyekkel diffus hashártyafertőzésben szenvedő betegeinek kezelése közben találkozott.

Alapy Henrik: Murphy kezelésmódja, melyet a hozzászóló három év óta gyakorol és kiválóan jó módszernek tart, Európában alig terjedt el. Oka részben az, hogy egyes részei bizonyos nehézségekkel járnak, így pl. a proktoklysis kivétele, melylyel eleinte sokat bajlódott; számtalan módosítást megpróbált, míg visszatért az eredeti Murphy-módszer-hez, melyet csak jelentéktelenül módosított.

Minden statistikánál jobban bizonyítja e módszer fölényét az az összehasonlítás, melyet a régebbi és az ezen eljárás szerint operált betegek állapota között tehetünk. Régen nagy bemetszéssel operáltunk, a genyet kitörültük vagy kimostuk, a feregnyúlányt kikerestük, kiirtottuk, elennylást készítettünk. A félórai műtét után minden beteg rosszabbul volt, mint előtte. Némelyik meggyógyult, de 24 óráig élet és halál között lebegett. Ezt a Murphy-féle 5 perces műtét után most sohasem látjuk.

Ma már abban a szerencsés helyzetben vagyunk, hogy minden diffus sepsises peritonitist azonnal operálhatunk. Hogy ezt kell tennünk, azt régebben is tudtuk, de gyakran féltünk operálni, mert nem tudtuk, nem a Manninger említett védő (nem sepsises) peritonitissal van-e dolgunk, mert az appendicitis intermediaer szakait ez gyakran kíséri. Ezt pedig sok sebész ma sem meri operálni, okulva számos ebben a stadiumban beavatkozó sebész ijesztő halálozásán (pl. Sprengel 30%).

A felszólalóra nézve ez az aggály többé nem létezik. A ki az előbb leírt nagy műtétet végzi, az valóban jobban teszi, ha nem operál. A felszólaló a genygócz pontos lokalizálása után igen rövid tartamú kis műtétet végez, a góczot 2–3 perc alatt megnyitja, ezzel a műtétet befejezi s azokat a hírhedt rossz eredményeket sohasem látja.

Ha a sebész mégis tévedett volna, diffus peritonitist vél operálni, s a műtét alkalmával kiderül, hogy a szabad hasüregben csak szagtalan tejszerű savó van, valahol pedig a belek össze vannak tapadva, akkor varrja be a sebet, hatoljon be utja, a hol tapintó ujjja a góczot felismerte, így bajt nem okoz, s a tévedés ellenére meggyógyítja betegét.

Fischer Aladár: Kiterjedt hashártyafertőzést az elmúlt 1909. évben 10 esetben volt alkalmam operatív úton kezelni. Ezek közül egy eset, melyet jóformán moribund állapotban operáltam, 12 órával a műtét után halt meg, egy eset pedig a műtét után több héttel multiplex tályogképződés következtében; a többi 8 él és egészséges. Ezen számok ki-csínnyek, de az eredmények — tekintve az esetek súlyosságát — annyira biztatók és annyira jobbakk, mint a saját régebbi eredményeim, hogy talán nem felesleges, ha az általam követett utat néhány szóval körvonalo-zom.

Első feladatunk a fertőző gócz feltárása, honnan az infectio tova-terjed. A tapasztalat azt tanítja, hogy minél kiméletesebb az eljárásunk, annál inkább jutunk célhoz, mert hiszen elesett, súlyosan mérgezett egyé-nekkel van dolgunk. Ezért fontos már maga a narcosis kérdése. Vélemé-nyem szerint legjobb a felületes aether-narcosis választani. Így kiméljük legjobban a fenyegetett szívet. A chloroform az ilyen esetekben kerü-lendő. Szóba jöhetne még a lumbális anaesthesia, és a hasfalak lokális anaesthesiája is. A lumbális anaesthesia azonban — Sonnenburg tapasztalatai szerint — éppen ilyen esetekben a legveszélyesebb a meningitis szempontjából; a lokális érzéstelenítés pedig egyrészt elégtelen, más-részt pedig — mint ezt tapasztalni alkalmam volt abban az időben, mikor Schleich-féle eljárás még új volt — a hasnak narcosis nélkül való meg-nyitása és a belekkel való manipulálás jelentékeny shock, s minden-esetre jobban alterálja a szív-működést, mint a könnyű aether-narcosis a csepegtető eljárással végezve.

A metszés ott végeztessék, a hol a lobos exsudatum kimutatható. Ha tehát baloldali exsudatum van appendicitis mellett, mint az pl. egyik esetemben előfordult, akkor a bal regio hypogastricában, ha jobboldalt van, a jobb fossa iliaca-ban hatolunk be; mindazok a complex átmetés-zések, melyeket az a froids műtétek alkalmával végezni szoktunk, kerü-len-dők, legjobb egyszerűen ferde metszéssel behatolni a rectus-hüvelytől kifelé, hol a hasfal a legvékonyabb. Azon esetekben, melyekben a folyamat kiindulásának pontos diagnosisa nem ejtendő meg, általában a középvonalban való behatolást ajánlják. En tapasztalataim alapján inkább ajánlom a jobb rectus külső szélén való hasmetszést. Ebből a metszésből az appendix, az epehólyag, a gyomor pars pyloricája, a duodenum, az utolsó ileum-kaecok kitünően áttekinthetők és feltárhatók, tehát mindazok a helyek, honnan tapasztalás szerint a perforatiók leggyakrabban indulnak ki. A kelleltnél nagyobb metszés káros, egyrészt mert a beavatkozást súlyosabbá teszi, másrészt mert tapasztalataim szerint a interabdominális nyomás fenntartására szükség van.

*Ha a fertőzéses gócot feltárjuk, a súlyos, letokolódást nem mutató esetekben a következő képet kapjuk: erősen tágult, belővelt, esetleg fibrinnel bevont bélcsövek a perforatio körül, több-kevesebb folyékony exsudatummal, mely különböző természetű lehet; távolabb az átfürödés helyétől azonban — ha csak nem nagyon előrehaladott már a peritoneális fertőzés — kevés az izzadmány vagy semmi exsudatum sincs, a belek sárosája halvány, a bélcsövek összeesettek. Természetesen ez csak általános séma, az egyes részletekben sok a változatosság. Szóval, ha a peritonitis nincs is letokolva, az a legsúlyosabb, elhanyagolt esetek kivételével még lokális. Ebből azután önként következik, hogy első feladatunk a gőcz feltárása után a gőcz körül gondos izoláló tamponade alkalmazása. Ezután igyekezzünk a fertőzés kapuját megkeresni és a sebészet szabályainak megfelelőleg elzárni. Nem szabad azonban erőltetni ezt, mert a főcélt a fertőző gőcz feltárása és a lobtermék elvezetése. Minthogy első feladatunk nem ártani és a fertőző anyagot a hasüregben szét nem vinni, ez okból nem végzem a hasüreg kiöblítését. Tudom, hogy ez még vitás kérdés, bár a sebészek többsége ma már mindinkább a ki nem öblítés álláspontjára jut. Régebben használtam az öblítést, de most már nem teszem, és erős a meggyőződésem, hogy ez nagyban hozzájárult győgyeredményeim fokozatos javulásához. Eppen úgy, mint a kiöblítést, hibának tartom az exsudatum úgynevezett gondos kitörölését is, akár száraz, akár physiologiai sóoldatba mártott tufferekkel, mert ezzel csak rontjuk a serosa vitalitását. A has megnyitásakor az exsudatum egy része kifolyik, azután nagyjából kitupfoljuk, hogy a műtét területét áttekinthessük, a többi eltávolítása már a drainage feladata.

Ha az infectio körébe vont terület nagy kiterjedésű, nagy haszonnal alkalmazhatók az ellennyílások. Így egyik legutóbbi nagyon súlyos esetemben, midőn 55 éves nőnek egész hypogastriumára kiterjedő, el nem tokolt, genyes exsudatummal állottam szemben, igen nagy hasznát láttam a bal oldalon készített 5—6 cm. hosszú ellennyílásnak, melybe három cigaretta dráint helyeztem. A heroikus eljárások azonban nem vezetnek célra.

A mi a drainage módját illeti, a Mikulicz-tamponadeot eredeti alakjában már nem alkalmazom; az exsudatum elvezetésére egyszerűen laza gazezsíkokat alkalmazok; ha nagyobb mélységből kell váladékot elvezetni, a MacCoth ajánlotta cigaretta-dráinet használom. Eppen így használhatók a Lennander-dráinek is. Üvegdráint egyáltalán nem szoktam alkalmazni, a gummidráint sem szeretem, mert az érintkező bélcsöveken könnyen vezethet elhalásra és így bélsársipoly képződésére.

Az utókezelés folyamán a következőkre ügyelnek: A beteg a Fowler-helyzetben foglal helyet az ágyban. Rendesen még a műtőasztalon bő hypodermoklysis kap, ha a szív működés nem kielégítő, 8—10 csepp adrenalin. Az ágyban azután permanens konyhasóoldat-infúziót alkalmaztatok per rectum. A fenyegető kopraemiás intoxicatio ellen minden módon küzdök, és néhány igen súlyos esetben jó hatást láttam a physostigmin subcutan alkalmazásától. Ha másként nem sikerül kiürülést előidézni, az enterotomiához fordulok. A műtét alkalmával végzendő enterotomiát ma már kerülöm, mert nem láttam jó eredményt utána.

Való az, hogy a hashártyafertőzések gyógyítása körül az eljárás bizonyos egyöntetiségének kialakulása van folyamatban, a mi arra mutat, hogy a helyes útra kezdünk térni.

Pfeiffer Gyula: Azon kijelentést illetőleg, hogy a sepsises peritonitisben szenvedő gyorsabban pusztul el, ha sok helyen nyitjuk meg a peritoneális ürt, megjegyzem, hogy puerperális peritonitis eseteiben Bumm inaugurálta az említett eljárást és teljesen kielégítő eredményt ért el vele. Statistikával most nem szolgálhatok, de hogy az eljárás megérdemli a figyelmet, azt az a körülmény bizonyítja, hogy a múlt évben Strassburgban tartott, a puerperális peritonitist tárgyaló gynaekologiai congressus szentesítette.

Lévai József: Évek óta foglalkozik a drainage kérdéssel; kutatja, melyik drainage felel meg jobban a fizika követelményeinek: a gazezal való tamponálás, vagy a csövekkel való dráinezés. A drainage kérdésével való foglalkozás az oka, hogy a Mikulicz-tamponat csak egy-két esetben alkalmazta, és különben évek óta Murphy-tól függetlenül úgy dráinez, mint a hogyan Murphy ajánlja: kis nyíláson dráincsóval.

A dráincsóval való váladéklevezetés tekintetében egy körülmény fontos, a melyre a nemzetközi congressuson tartott előadásában felhívtam a figyelmet és a mely abban áll, hogy a hasüregbe dugott dráincsó a hasüreggel együtt közlekedő csövet alkot, a melynek széles szára a hasüreg, szűk szára a dráincsó. Pascal törvénye szerint közlekedő csövekben az egyik szűk csőben kis felületre ható csekély súly a közlekedő edény sokkal bővebb másik ágában sokszorosan nagyobb súlyt tud ellen-súlyozni. Ezért a dráinezés mindig kettős csővel történjék, a mikor az egyik csővön kiürült folyadék helyére a másik csővön levegő juthat. Így lehet elérni, hogy a hasüregben a váladék plus nyomás alá ne kerüljön.

Egyebekben a diffus hashártyalob kezelésének eredményessége a korai műtéten fordul meg és a gyakorló orvos kezében van.

Manninger Vilmos: Az összes hozzászólóknak hálára van kötelezve, hogy a magára erőszakolt visszatartás miatt el nem mondott technikai részleteket érintették. Mindnyájan hálásak vagyunk Alapynak, hogy ilyen egyszerű és jó módszert adott kezünkbe. Bizonyos, hogy a proktoklysis állandóan ellenőrizendő, mert ha több megy be, kilöki a beteg, ha pedig kevés, nem ér semmit.

A technikát illetőleg sok apró kérdés van, melyről vitatkozni lehetne. Pfeiffer felszólalására megjegyzi, hogy a gynaekologusok is reá fognak jönni, hogy a legegyszerűbb eljárás a legezdráinezetűbb. Legfontosabb a váladék nyomásának megszüntetése, a mi legezdráinezésben drainnel érhető el. Minél kevesebbet teszünk, annál jobb az eredmény.

A szénsavhókezelés módja.

Havas Adolf: A szénsavhókezelés határozott haladás a gyógyítás terén. Előnye, hogy egyszerű, fájdalomtalan, teljesen tiszta és könnyen végezhető, továbbá azon körülmény, hogy a bőrön és a nyálkahártyán a legkisebb és a relative legnagyobb területen is bátran alkalmazható, szigorúan körülírt helyen, a mi a methyl-aethylchloriddal való fagyasztásról nem mondható.

Nagy körültekintést érdemel annak az eldöntése, hogy mily hosszú ideig engedjük az alacsony hőmérséklet, a thermikus traumát behatni. Kellő méretek között alkalmazva az eljárást, a pathogen szövet visszaféjlődik, az ép szövet pedig sértetlen marad; az adagolás méreteinek be nem tartása szövettronesolást idézhet elő. Minden egyes esetben külön mérlegelendő az adagolás és általános elvül szolgálhat, hogy inkább többször egymásután alkalmazzuk az eljárást, mert az egyes alkalmazások egymást kiegészítik, semhogy egyszerre túlnagy adagot adjunk, a mi szövettronesolásra és hegesedésre vezethet.

Az eljárás újabb alkalmazása ugyanazon helyen mindaddig ne történjék, míg az első alkalmazás okozta reactio el nem tűnt, mi a behatás intenzitása szerint 8—14 napot vehet igénybe. Ha felületesen kívánunk hatni, 5—10 másodpercnyi érintés elégséges; mélyebbre hatás céljából 1—1.50 percnyi expositio is alkalmazható.

Tekintetbe veendő mindenkor az egyén kora, gyermekeken, igen fiatal egyéneken, továbbá gracilis vérrendszerrel bíró egyéneken az intenzív hatás sokkal előbb áll be, mint előrehaladottabb korúakon, erősebb vérerekkel bírókon. Igen fontos a megtámadandó rendellenesség szöveti szerkezetének kellő méltatása. A nedvdús, érdús, puha szövet kisebb adagot, rövidebb behatást igényel, mint a keményebb, pl. kötőszövetdús képződmény.

A szénsavhó készítése a következő: a vízsztíntesen elhelyezett szénsavtartályból a szénsav erős sugárban szarvasbőrtáskába bocsátat, mire csakhamar hó képződik. Ezen hó azután megfelelő alakba összepréseltetik és az így nyert komprimált hó a kezelendő helyre mérsékelt nyomással odaszorítottatik. Mivel a hó kb. —79 fokú, nem tanácsos védtelen kézbe venni. Legjobb szarvasbőrrel körül-ecsavarni.

A hatás első sorban abban nyilvánul, hogy az exponált helyen a vérerek összehúzódnak, a bőr elhalványodik, majd egy-két perc múlva a szomszédos ép bőrön élénk belővelési udvar képződik; negyed vagy fél óra múlva a megtámadott helyen urticaszerű oedem más kiemelkedés képződik. Öt-hat óra múlva a belővelési udvarnak megfelelőleg nagymennyiségű savó szivárog ki a hám alá és azt hólyag alakjában felemeli. Később a hatás mérve szerint a duzzadás még fokozódik, a kiszivárgott savó esetleg sanguinolens lesz. A reactio az első napon, esetleg csak a 3—4. napon éri el maximumát. Innen kezdve a duzzadás gyorsan lelohad, a savóval telt hólyag tartalma elpárolog vagy beszűrődik és a szétroncsolt szövettel együtt 6—8—14 nap múlva száraz pörk alakjában leválik.

Az ily módon kezelt betegek esetleg keletkezett heg sima, vékony, lapos és puha, a bőrrel egy színben fekvő; a kezelt helyeket esetleg keskeny, barnás festékgyűrű veszi körül, ez azonban rövid idő múlva eltűnik.

Anus vestibularis.

Pfeiffer Gyula: Az eset 19 éves nulliparát illet, kinek szülei élnek és egészségesek; 4 leány- és 6 fiú-testvére közül csak 1 nővére él, egészséges, a többi 2—3 hetes, 2—3 éves korában halt meg. Külsőleg észlelhető fejlődési rendellenesség egyiken sem volt. Anyjának ő a 10. gyermeke, 3 év óta asszony.

Mensese leánykorában sohasem volt, 16 éves korában történt férjhezmenetele után négy hétre kapta első havi vérzését, azóta mindig postponálón, 5—6—8 hetenként jelentkezik.

Panaszát a férjhez menetele óta fennálló alhasi fájdalmak, valamint ugyanazon idő óta fennálló fluorja tették.

A középtermű, gracilis csont- és izomrendszerrel, mérsékelt zsírpárnával bíró beteg genitális vizsgálatakor a következő statust állapítottam meg:

A hymennek megmaradt alsó széle és a nagyajkak hátulsó commissurája között egy a hüvelybemenethez hasonló nagyságú nyílás foglal helyet, mely végbélnyílásnak bizonyul.

Az anus rendes nyílásának helyén egy $\frac{1}{2}$ —1 cm.-nyi mélyedés látható, mellette a coriumig terjedő, gombostüfejnél is kisebb, egészen felületes kis mélyedés van. A raphe végig kifejezetten látható, pigmentált. A külső nemi szervek normálisan fejlettek.

A hüvelybemenet és az anális nyílás között $\frac{1}{2}$ cm. vastag híd foglal helyet, mely híd felfelé mint septum recto-vaginale választja el a hüvelytőlecsért a rectumtól.

Az anális nyílás csak a nymphák széjjeltárása után látható. Úgy a sphincterek, mint a levatorok működése teljes: a betegen sem incontinentia alvi, sem incont. flatus nem áll fenn, még híg székét is vissza tudja tartani. Egyébként az izmok működését magam is megvizsgáltam olyaténképpen, hogy a felhúzott czombokkal hátán fekvő beteget arra szólítottam fel, hogy záróizmait hozza működésbe, mikor is a vizsgáló ujj az izomösszehúzódást kifejezetten érezte.

A belső genitáliákat illetőleg történt vizsgálat alkalmával 2 cm.-nyi karesú portiót, kis hypoplasias anteflectált méhet, megrövidült üres jobboldali parametriumot, kissé megnagyobbodott fixált baloldali ovariumot találtam.

A keresztcsigolyák és faresont hiányát nem találtam. Az előttünk fekvő esethez 34 hasonló van feljegyezve az irodalomban, mind külföldiek, az általam bemutatott eset az első magyar részről.

A 34 nő közül 11 szült, 4 steril házasságban élt, 19 hajadon vagy steril.

A legfiatalabb (Dimrock esete) 11 éves, a legidősebb (Morgagni esete) 100 éves beteget illet; Winckel 12,000 beteg közül egyet sem talált, Collins (Dublin) 16,600 közül egyet, én 4500 közül ezt az egyet észleltem.

A bemutatott eset két szempontból érdemel figyelmet: fejlődéstani és klinikai, illetve szülészeti-gynaekologiai szempontból. A mi a fejlődéstani magyarázatot illeti, az anus vestibularis az ektodermális kloakának fejlődési anomáliája. Az eset embryologiai magyarázatát illetőleg a szerzők kielégítő magyarázattal nem szolgálnak, és azért Lenhossék tanár úrhoz fordultam, kinek lekötelező szíves-ségeért, melylyel magyarázatot adott, e helyen is köszönetemet fejezem ki.

A Lenhossék-féle megoldás az, hogy az anus vestibularis a septum urorectale tökéletlen fejlődéséből származik. Az embryonális élet 9. hetében (25 mm.-es foetus) ugyanis a végbél a sinus urogenitalisba nyílik a helyett, hogy az allantois alsó kitégült részébe, az úgynevezett entodermális kloakába nyílnék.

Az entodermális kloakát a septum két részre osztja Keibel vizsgálatai szerint: előlső canalis-urogenitalisra és hátulsó rectumra. Ez a septum urorectale nem osztja ketté az egész kloakát, hanem alul mint ektodermális kloaka marad meg. Kifele a rectum nyílását a proctodeum jelzi, a későbbi anális nyílás helyén levő mélyedés, mely proctodeum az én esetemben mint $\frac{1}{2}$ —1 cm.-nyi gödröcske látható. A későbbi szakban, midőn a sinus urogenitalis vestibulum vaginaevé lesz, annak lelaposodása által a sinusba szájadzó rectum-részlet most a vestibulumba jut. Hogy az anus vestibularisnál a sphincter ani externus persistált a végbél körül, onnan magyarázható, mert ez a sphincter kloakaéből fejlődik.

Szülészeti szempontból az infectio veszélye, a szűkületek és sérülések miatt bír fontossággal e fejlődési rendellenesség. Az infectio létrejöttére a végbélnek a szüléscsatornához való közeli szomszédsága bő alkalmat nyújt és a bakteriumok átvándorlása a gyermekágy lefolyását megzavarhatja.

A sérüléseket illetőleg a hüvely nem bírván rendes támaszzal, könnyen átszakadhat a válaszfal vékony volta miatt. A rendes támasz hiánya a méh helyzetváltozásait is elősegíti.

A medencezűkület rendes kísérője szokott lenni a fejlődési rendellenességnek. Okát az alsó keresztcsigolya és faresont hiánya szolgáltatja. Bardeleben, a Gusserow klinikájáról 31 éves asszonyról emlékezik meg, kin másodlagos fájásgyengeség javalata alapján fogóműtéttel fejezték be a szülést. Ebben az esetben a szűkületet a keresztcsigolya említett defectusa okozta.

Goyrand, ki atresia recti esetének boncolásakor az alsó keresztcsigolya és a faresont hiányát találta, a két eset között a causális nexust úgy magyarázza, hogy a csigolyák hiánya a megfelelő idegek és vérerek hiányát vonja maga után és e táplálkozási

zavar eredményezi az alsó bélrészlet atrophiját. Az én esetemben valamennyi keresztcsigolya és a faresont is megvan, mely lelet a Lenhossék-féle magyarázatot teszi plausibilissé.

A gynaekologiai jelentőséget illetőleg csak egy körülményre akarok kitérni, melyet az irodalomban felemlítve sehol sem találtam és ez a rectális gonorrhoea. Ennek keletkezésére a két nyílás közelsége elég bő alkalmat nyújt. A végbélgonorrhoea a legmakacsabb szűkületeknek lehet az okozója.

A gonorrhoeának említettem különös jelentőségére való tekintettel hangsúlyoznom kell, hogy az ilyen esetekben a fluornak gonococcusra való vizsgálatára, illetőleg therapiájára különös súlyt kell helyezni.

Műteti beavatkozásra az esetek nem szorulnak, mivel, mint az én esetemben is, az abnormális helyen levő nyílás kellő záróképességgel bíró izomzattal rendelkezik és kérdés, vajjon az újonnan készített végbélnyílást záróképes izomzattal biztosíthatnók-e.

Utólag jegyzem meg, hogy a szívesűcs felett systolés zörejt hallottam, miért is a foramen ovale nyitva maradására gondolván, Hasenfeld egyet. magántanár urat kértem a szívlelet felvételére. A sternum bal széle mellett talált szalagszerű tompulat és a zörejnek a pulmonalis feletti punctum maximuma miatt a ductus arteriosus Botalli nyitvamaradását vette fel.

(Folytatása következik.)

Közkórházi Orvostársulat.

(XII. bemutató ülés 1909 december 1.-én.)

Elnök: Oláh Gusztáv. Jegyző: Kőrmöczy Emil.

Hydrophthalmus congenitus (glaucoma juvenile).

Fejér Gyula: A hydrophthalmus, a gyermekkor glaucomája nem tartozik a gyakori betegségek közé, a lipesci klinika statisztikája szerint az esetek 0.035%-ában, a tübingeni klinika statisztikája szerint az esetek 0.079%-ában fordult elő. A betegség rendszertint kétoldali, egy szemén ritkán fordul elő.

Nem akarok a betegség vitás és még mindig eldöntetlen kórtanára kiterjeszkedni, csak felemlítem, hogy a szerzők egy része a sympathicus beidegzés-zavarával, más része a ligamentum pectinatum átjárhatlanságával és a canalis Schlemmii hiányos fejlődésével vagy az érhártyaereknek megvastagodásával és következményes hypersecretióval hozza összefüggésbe (Goldzieher).

A beteg 4 éves fiú, kiről szülei elbeszélnek, hogy bal szeme születése óta folyton nő, jelenleg gyuladt, könnyezik és néha fájdalmas. Azonnal feltűnik a bal szem nagysága, majdnem kétszer oly nagy, mint a jobb. Kitégült, megnagyobbodott a szemteke minden része, a cornea vízszintes átmérője 17 mm., ellentétben a másik cornea 11 mm.-es átmérőjével. A sclerális venák rendkívül tágak, a cornea hátulsó rétegei zavarosak, a csarnok rendkívül mély, az iris sorvad, színe szürkésfakó, a pupilla tág, nem reagál, a törőközegek átlátszóak, a pupillán mély, üstszerű excavatio. A recze-hártya erei rendesek. A szemnyomás: T+2. A szem fényérzéssel sem bír. A szemet enucleálni kell; bár a szülők a műtétbe mindaddig beleegyezni nem akarnak, a szemteke és környékének fájdalomassága a műtétnek mielőbbi végzését indikálja.

Goldzieher Vilmos. Anatomiai vizsgálatai azt mutatták, hogy az ilyen szemek chorioideája sorvad, néhány pigmentes hártayácska alakjában a sclerával összenőtt, elől a corp. ciliare táján az erek tágultak. Az egész szemteke tágul, üvegteste elhígul, túlproductio jön létre; a szemteke mégsem sorvad el, mert a tágult vérerekben a belejutott vérmennyiség állandó marad, a szemhártyákat a szivőkések által belejutott vérmennyiség kitégíti. A szülő ezt bebizonyítottaknak tekinti, bár mások nem találták meg mindig az érhártya atrophiját.

Erdmann állatoknak igen finom vasport vitt be előlső csarnokukba, mely elzárta a Fontana-úrt; ez glaucomát hozott létre nyirokpangás útján, a szemteke kitégült, hydrophthalmus jött létre a chorioidea sorvadásával.

Mohr Mihály: Évente néhány ilyen esetet van alkalma látni. Azelőtt iridektomiát végezt az ilyen szemeken és néha évekig is elvult a szem, de végre mégis csak megvakult. Egy esetet 22 év óta, a betegnek 2 éves kora óta észlelt. 19 éves korában a leány szemén Bécsmen iridektomiát végeztek, az egyik szeme megvakult, de a másik 4 dioptria myopiával ^{5/20} látóképességgel megvan már 5 év óta.

Gyakori sclerotomiával a folyamat-rohamos lefolyását fel lehet tartóztatni.

Bőrelváltozásokkal járó kryptogen általános fertőzés gyógyult esete.

Brezovsky Emil: R. J. 17 éves nőtlen könyvelő m. hó 10.-én vétette fel magát Róna osztályára. Már régebbi idő óta szív-bajban szenved és bejövetele előtt 4—5 nappal rázóhideggel és általános rosszulléttel, majd lázzal az egész köztakarón elszórtan bőrelváltozások jelentek meg.

A közepertmetű és súlyos beteg benyomását tevő egyén bőrén elszórtan különbözőbb localisatio nélkül gombostüfejni-lencsenyi nagyságú, haematogen eredetű heveny gyulladás mutató hyperaemiás, oedemás göbescék és ezekből fejlődött pustulák egyenként vagy csoportosan, ez utóbbi esetben nagy hyperaemiás oedemás alapon.

Ezen kívül a jobb lábszár középső harmadában egy körülbelül diónyi, elmosódott határu, a subcutisból kiinduló, élénken hyperaemiás bőrrel fedett, fájdalmas csomó, továbbá ehhez hasonló 2 csomó a bal lábszár külső és belső felületén az alsó és a középső harmadban.

A bal szájjug körül typusos herpes labialis látható. A nyelv kissé duzzadt, a háti felületen borsónyi, egyenetlen szélű fekély, a melynek környékén apró gombostüfejni pustulák láthatók. A mindkét kar venájából venaepunctio útján szerzett vér, továbbá a pustulák bakteriologiai vizsgálata negatív eredményt adott.

A szívesücsklökés a 4. bordaközben, csaknem a bimbóvonalban, emelő és szétterülő. A szívlüktesítés a 3. és 4. borda között élénk pulsatio alakjában látható és tapintható. A szívhatár felül a 3. borda felső széle, befelé meghaladja a bal szegyszélt.

A szívesücs felett igen erős systolés zörej, diastolés hang, úgyszintén a többi ostium felett is systolés zörej, bár jelentékenyen kisebb intenzitással. A pulmonalis 2. hangja ékelt. A léptompulat felső határa a 7. borda alsó széle; alsó széle nem tapintható. Pulsus kb. 120. Mindezeket összevéve, a gyermekkor óta fennálló endocarditisnek recurráló alakjára kellett gondolni, a melyet kryptogen úton bejutott bakteriumok idéztek elő. Ezért a therapia feltétlen nyugalomból, roboráló szerek adagolásából és 500 cm³ physiologiai konyhasó-oldatnak a végébe való viteléből állott. Ez utóbbit 3 napon át naponta háromszor ismételtük.

A betegen még 3—4 napig újabb és újabb elváltozások jelentek meg és ennek megfelelőleg a hőemelkedés is magasabb volt (37.5°). Azonban bennlétének 8. napján a láz megszűnt és azóta újabb bőrelváltozások sem mutatkoztak. A beteg közérzése folyton javul, étvágya helyreállott és általában a tartós javulás útján van.

(Folyt. következik.)

PÁLYÁZATOK.

A poliklinika kórházában megüresedő **segédorvosi állásra**, melynek javadalmazása lakás, fűtés, világítás, teljes ellátás, azonkívül első évben 600, második évben 800 korona, a kellően felszerelt folyamodványok **február hó 20.-áig** a Poliklinika igazgatóságához nyújtandók be. A választás 2 évre szól és további 2 évre meghosszabbítható.

Gróf Wimpffen Siegfried ő méltósága ereszi uradalmában az **orvosi állás** lemondás folytán üresedésbe jutván, ezen állás betöltésére pályázatot hirdet az uradalmi számtartóság.

Javadalmazás: 3000 kor. fizetés, természetbeni lakás és magángyakorlat.

Felkéretnek ama fiatal, keresztény, a német nyelvben jártas orvos urak, kik néhány évi gyakorlattal bírnak, hogy folyamodványukat s az eddigi működésükről szóló bizonyítványukat legkésőbb **foiyo évi márczius hó 10.-éig** az uradalmi számtartósághoz nyújtsák be, minthogy az állás április 1.-én feltétlenül elfoglalandó.

3-1

11/1910. eln. sz.

Szatmár vármegye nagybányai járásában lemondás folytán megüresedett erdőszádai **körorvosi állásra** pályázatot hirdet.

A körhöz jelenleg 15 község tartozik, úgymint Balotafalu, Buság, Erdőszáda, Farkasasó, Kissikarló, Laposbánya, Mezőaranyos, Mészabánya, Mészgyorós, Mészótfalu, Szamosmonostor, Nagysikarló, Oláhtótfalu, Szamosújfalú és Tománya községek.

A kör székhelye Erdőszáda község.

Az állás a következő javadalommal jár:

Kezdő törzsfizetés 1600 korona, négyezer egyenként 200 korona, nyugdíjba is beszámítandó ötödikes korpótlék, az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 17. §-a értelmében megállapítandó lakáspénz, a 21. és 2. §§-ok alapján megállapítandó úti átalány és látogatási díj.

Tájékoztató megjegyzem, hogy a vármegyei törvényhatósági bizottság a fuvardíjat és a lakáspénzt 600—600 koronában állapította meg, ezen határozat azonban

még jogerőre nem emelkedett, valamint Erdőszáda községnek ama határozata sem, hogy a körorvos részére megfelelő természetbeni lakást biztosít, mely utóbbi esetben természetesen a körorvos lakáspénzre igényt nem tarthat.

Felhívom mindazon orvostudor urakat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában foglalt képesítéstiket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket hozzám **1. évi márczius hó 6.-áig** annyival inkább nyújtsák be, mivel a később beérkező pályázati kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

A választást 1910. évi márczius hó 16.-án délelőtt 10 órakor fogom Erdőszáda községküzánál megtartani.

Nagybánya, 1910. évi január hó 25.-én.

Damokos, főszolgabíró.

642/1910. sz.

A **knézi** (vingai járás) **község orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdet. Az állás javadalmazása: Évi fizetés 1600 korona, lakbér 200 korona, húszszemlési, ker. betegsegélyzői és látogatási díjak. A szomszédságban levő uradalmaktól is megfelelő díjazás remélhető. Megjegyzem, a lakbér felemelése várható.

Pályázati határidő: **1910. évi február 24.**

A választást február hó 26.-án Knézen fogom megtartani.

Vinga, 1910. január 22.

3-3

Czirák dr., szolgabíró.

915/1910. alisp. sz.

Alsófehérmegye verespataki járásában a **járási orvosi állás** lemondás folytán megüresedvén, arra újól pályázatot hirdet.

Felhívom ennél fogva mindazon orvostudorokat, — a kik ezen 2000 (kétezer) korona évi kezdő törzsfizetéssel, 360 (háromszázhatvan) korona évi lakpénzzel és 600 (hatszáz) korona évi úti átalánnyal javadalmazott állást elnyerni óhajtják, — hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában meghatározott minősítéstiket és a tisztiorvosi vizsga letételét igazoló okmányokkal, születési bizonyítvánnyal felszerelt kérvényeiket Alsófehérmegye alispánjához az alább kitett határideig adják be.

Azok, a kik törvényhatósági szolgálatban állanak, az illető törvényhatóság első tisztviselőjénél, a kik másképpen állanak közszolgálatban, azok hivatali főnökknél, azok pedig, a kik egyáltalában nem állanak közszolgálatban, állandó lakásukra nézve illetékes főispán útján kötelesek pályázati kérvényeiket hozzám juttatni.

A pályázati kérvények beadásának határidejét **1910. évi márczius hó 5.-ében** állapítom meg.

Nagyenyed, 1910. évi január hó 24.-én.

2-2

Báró Bánffy Kázmér, alispán.

HIRDETÉSEK.

:: ELSŐRANGU GYÓGYVIZ ÉS DIAETETIKUS ITAL ::

Vesebajoknál, húgyhólyag-bántalmaknál és köszvénynél, cukorbetegségnél, emésztési és lélegzési szervek hurutjainál

a Bór és Lithion tartalmu GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

a kontinens legelső orvosi szaktekintélyei által kitűnő sikkerrel használtatik.
Kiváló óvszer a vörhenynél (scarlatina) fellépő vesebántalmaknál.

E forrás kiváló tulajdonságai:

Hugyhajtó hatása.

Kellemes ízű.

Teljesen tiszta.

Könnyen emészthető.

Vasmentes.

Állandó összetételű.

Különösen oly egyéneknek ajánlatos, a kik ülő életmódjuk folytán aranyeres bántalmakban, hasi vérbőségben, máj- és veseizgalomban vagy húgysavas lerakódásokban, vesehomok és vesekövek képződésében szenvednek.

Orvosi szakvélemények, gyógyeredményekről szóló bizonylatok és egyéb forrásleírások ingyen és bérmentve állnak rendelkezésre.



SCHULTES ÁGOST Színye-Lipóczi Salvatorforrás Vállalat,
BUDAPEST, V., RUDOLF-RAKPART 8.

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében. GYNAEKOLOGIA Tóth István szerkesztésében.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLÉSEK.

Gerlőczy Zsigmond: A kiütéses typhus Budapesten 1908-ban. 133. lap.

Maklai Endre: Közlés a kir. magyar tudomány-egyetem I. sz. sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula m. kir. udvari tanácsos, egyetemi ny. r. tanár.) A nem parasítás eredetű májtömlőkről. 135. lap.

Pólya Jenő: Közlés a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem általános kór- és gyógytani intézetéből (igazgató: Tangl Ferencz dr., egyetemi tanár) és a székes-fővárosi szt. Margit-kórház sebészeti osztályáról. A vékonybél retrograd incarcerationációjáról. 139. lap.

Havas: Róna Sámuel † 144. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. E. Abderhalden: Handbuch der biochemischen Arbeitsmethoden. — Lapszemle. Belorvosok. Tabora: Az érvágás és a végtagok lektetése a vérkeringés bajiában. — Vettesen: Az anaemia pernicioza gyógyítása glicerinnel. — Klieneberger: A pankreasbetegségek körjelzése. — Sebészeti. Mason és Lester: A koporyacsontok periosteumára ráterjedő égések. — Krause: Műteti tapasztalatok alapján szerzett agyélettani adatok. — Gyer-

mekorvosok. Mya: Adatok Firenze gyermekeinek egészségi állapotához. — Húgyszervi betegségek. Arnold Edwards: Az onódomb chronikus gyuladása. — W. Forkel: Egyoldali ascendáló húgyivargümőkór. — Könyv: Húgyszódefectus. — Venerális bántalmak. Placsek: Az orvosi titoktartás és a nemi betegségek. — Fizikai és diatetikai gyógyításmódok. Taskinen: A versenyfutásnak a szervezet élettani állapotára, különösen a veseműködésre gyakorolt hatása. — Fül-orvosok. Neumann H.: A bacillus pyocyaneus szerepe a fülbetegségekben. — Schüller: A Pirquet-féle reactio az otiatriában. — Kisebbségi közlések az orvosgyakorlatra. Möller: A veronal használata delirium tremens eseteiben. — Bonnes: Here-ectopia. — Büdinger: Szemölcsök. — Chr. Müller: A rossztermészetű daganatok újabb kezelésmódja. 144–147. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 148. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 148. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 149–152. lap.

Melléklet. Réczey Imre: A budapesti kir. magy. tud.-egyetemi II. számú sebészeti klinikum betegforgalma az 1909. évben.

E. Merck vegyészeti gyár „Jodipin” prospektusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A kiütéses typhus Budapesten 1908-ban.

Irta: Gerlőczy Zsigmond dr. egyetemi magántanár, a sz. főv. Szt. László-kórház főorvosa.¹

1908 január hó végén és február hó elején a különböző kórházi osztályokról, nevezetesen a dologkórházból és a főváros legalsóbb néposztályának szükséglakásaiból, valamint a hajléktalanok Alföldi-utczai menedékhelyéből néhány oly typhusos beteget szállítottak be a sz. főv. Szt. László-kórházba, a kiknek a betegsége a hastyphus megszokott kórképétől némely tekintetben eltérő jelenségekkel folyt le, úgy azonban, hogy valamennyi esetben az eltérést bizonyos közös vonások jellemezték. Az a hét férfibeteg, a kinek a betegsége kifejezett typhusos jelenségekkel járt, betegségének bizonyos szakában a hastyphushoz megszokott mérsékelt számú roseola helyett nagyobb számú és nemcsak a mellkas, a has meg a hát bőrére szorítkozó, hanem a czombokon, a lábszárakon és a karokon is jelentkező kiütéseket kapott s egyike, a ki meghalt s a kinek a betegsége a typhusra jellemző magas és állandó lázzal, eszméletlenséggel és delíriummal járt, belső szerveiben a bonczolás alkalmával nem mutatott oly elváltozásokat, a melyek alapján halált-hozó betegségét hastyphusnak lehetett volna tartani.

Ez az eset a többivel kapcsolatosan gondolkodóba ejtette a kórházi orvosokat és mert a bonczolás a halál okául csupán általános fertőzést, sepsist vehetett fel, az osztály főorvosa, Preisich Kornél dr. egyetemi magántanár húsmérgezésre, botulismusra gondolt annyival is inkább, mert a betegek a Köztemető-úti szükség-lakásokból és az Alföldi-utczai hajléktalanok menedékhelyéből, valamint a sz. főv. VIII. kerülete ezek közelében levő utcáinak lakásaiból, tehát egy eseménypontból kerültek be a kórházba és így gondolni lehetett arra, hogy valami közös forrásból vásárolt romlott húsféle okozhatta az egyidőben és egyformán jelentkező betegséget.

¹ Előadta a Közkórházi Orvostársulat 1910. évi február hó 9-iki és reakövetkező bemutató szakülésében.

Preisich Kornél kartársam, a férfi typhusos osztálynak akkor-tájt vezetője, ezekről az esetekről (hét férfibetegről) február hó 12.-én jelentést is tett Magyarevits Mladen dr. tisztí főorvosnak, a ki rögtön személyesen a legmesszebb menő vizsgálódáshoz fogott, hogy a gyanuba vett romlott hús beszerzési forrásait kikutassa. Vizsgálatai a húsmérgezés tekintetében pozitív eredményre nem vezettek.

E közben a Szt. László-kórház vezetésem alatt álló női typhus-pavillonjába is belekerült két ily különös jelenségekkel lefolyó typhusos, a melyek egyikében a kórkép annyira kifejezett volt, hogy — noha Budapesten 26 év óta kiütéses typhusjárvány nem volt — a leghatározottabban kiütéses typhusra gyanakodtam. Gyanum egyre erősebbé vált, míg végre február hó 21.-én hivatalosan bejelentettem a tisztí főorvosnak, hogy azt a két esetet kiütéses typhusnak tartom. Másnap azután, a mikor két ápolónőnk (egy apácza-testvér és egy világi ápolónő), kik a férfi typhusos osztályon működtek, ugyancsak a kiütéses typhus kifejezett jelei között betegedett meg, kétségtelenné vált valamennyiünk előtt, hogy azok a szokatlan esetek a férfi-osztályon, a melyeket botulismusként tartottak, ugyancsak typhus exanthematicus esetek.

A midőn a kiütéses typhust ekként hivatalosan és megdönt-hetetlenül megállapítottam, sorban jöttek a kórházak egyéb osztályairól is a bejelentések, mind olyan esetekről, a melyek az előbb említett szokatlan jelenségekkel folytak le, sőt a kórbonczolóktól is értesültünk arról, hogy ők különböző kórházi osztályokon typhusos megbetegedések következtében elhaltak bonczolásakor abban az időben néhány esetben a halál oka gyanánt nem tudtak mást megállapítani, mint sepsist.

A kiütéses typhusnak Budapesten való megjelenésére vonatkozó ezen rövid történeti adatok elmondása után természetszerűen felvetődik az a kérdés, hogy hát annyira nehéz felismerni a typhus exanthematicust, hogy ime csak hat-nyolcz „gyanús eset” után lehetett azt hivatalosan megállapítani?

Mindenki, a ki a járványok történetét csak valamelyest is ismeri, tudni fogja azt, hogy a typhus exanthematicus legelső eseteit nem szökték mindjárt felismerni. Nem ismerik fel különösen ott, a hol hosszabb idő óta, talán évtizedek óta kiütéses typhus-eset elő nem fordult, a hol az orvosoknak túlnyomó része ilyen

beteget nem is látott. Nehéz volt az nálunk is, a hol, mint említettem, 26 év óta nem volt kiütéses typhusjárvány, a hol a most élő orvosoknak csak elenyésző kis töredéke láthatott kiütéses typhusban szenvedő beteget. És ha még figyelembe vesszük azt, hogy a *kiütéses typhus* körképe korántsem olyan egységes, mint például a kanyaróé vagy a skarláté, avagy még a hastyphusé is, hanem hogy meglehetősen változatos úgy a kezdeti szakában, mint a lefolyásában és tartamában, sőt, hogy igen sokszor éppen csak jellegzetes lefolyásából diagnosztizálható, és hogy számos lázzal avagy kiütéssel járó betegséggel közös több vonása van, továbbá, hogy ez idő szerint a betegséget okozó mikroorganizmusokat nem ismervén, sem az excrementumok, sem a vér vizsgálata nem támogathatja a diagnoszt, akkor cseppet sem lehet csodálkozni azon, hogy az első eseteket, a melyek mint utólagosan kiderült, nemcsak a fertőzőbetegek osztályán, de egyéb kórházi osztályokon is ápolás alatt állottak, nem ismerték fel azonnal.

A mint a typhus exanthematicust február 21.-én az osztályomon ápoló két nőbetegben kétségtelenül megállapítottam és a két esetről jelentést tettem, a sz. főv. tiszti főorvosa, *Magyarévits Mladen* dr. azonnal a legszélesebb körű védelmi eljárást indította meg, hogy ez a félelmetes betegség járványos elterjedést ne vehessen. A védekezésnek legfontosabb mozzanata az volt, hogy kikutassa a sz. főv. területén azokat a fészkeket, a honnan a betegséget szertehurcolhatnák. Nagy körültekintéssel, jó hadvezérhez illő, tervszerű megállapodással mindenütt személyesen vezette a nyomozást és csakhamar megtalálták a menedékhelyeken és az azok lakóival szoros érintkezésben álló egyéb zsúfolt lakásokban a legnagyobb szenny és piszok közepette élő legalsóbb népréteg között az ebben a veszedelmes betegségben szenvedőket, a kiket azután gyorsan a fertőző kórházakba szállítottak. Néhány nap alatt megteltek a szt. Gellért-kórháznak hosszú és szellős pavillonjai is, úgy hogy márczius hó 11.-én, a mikor az *Országos Közegészségi Egyesület*ben előadást tartottam a kiütéses typhusról, már 86 megbetegedésről számolhattam be.¹ Már az első esetek beszállítását követő két hét múlva felette valószínűnek látszott, hogy tömegesebb megbetegedéstől nem kell félni. Február hó első napjaiban naponként 1—2 megbetegedés fordult csupán elő, február 20.-ától kezdve 3—6 volt naponként az új betegek száma. Márczius 1.-én 8 új typhus esetet szállítottak be s ezentúl márczius végeig körülbelül 4—8 között ingadozott naponként az új betegek száma. Egy napon 8-nál több beteget egyszer sem szállítottak be a kórházba. Aztán megnyugtató volt az is, hogy a betegek túlnyomó része a menedékhelyekről került be a kórházba, a hol a hatóságoknak jelentékenyen könnyebb volt a védelmi intézkedések végrehajtása, mint ha megannyian különböző zsúfolt lakásokban fordultak volna elő a megbetegedések. A betegek egy másik része pedig olyan volt, a ki a közkórházak különböző osztályain fertőződve, járványtani szempontból kevésbé volt aggályosnak tekinthető. Mindezek alapján én már a márczius 11.-én tartott előadásomban a következő prognoszt mondtam: „*Magam részéről, noha az elmondott és el nem mondott tapasztalások alapján nem hiszem, hogy hamarosan meg fogunk szabadulni ettől a kellemetlen és veszedelmes vendégtől, nem félek attól, hogy Budapesten járványossá legyen a typhus.*”

Jóslásom be is vált, a mennyiben május hó 29.-én hozták be a szt. Gellért-kórházba az utolsó kiütéses typhusos beteget (Medla Zsuzsánnát) és június hó 27.-én az utolsó beteg, Csukás Károly távozásával teljesen lezárhattuk az 1908 telén támadt kiütéses typhus aktáit.

Nagyobb járványról tehát voltaképpen nem is lehet szó. Hisz január 28.-ától kezdve, a mikor az első („botulizmus”) eset került be a kórházba, június hó 27.-éig, a mikor az utolsó gyógyultan hagyta el a kórházat, tehát éppen teljes öt hónap alatt összesen 203 typhus exanthematicusban szenvedő betegünk volt.

Csodálkozni fog mindenki, a ki annak idején a hivatalosan közzétett adatokat nem olvasta avagy tőlünk, kórháziaktól a való tényeket nem hallotta, hogy az öt hónap alatt mindössze csak ennyi megbetegedés volt. Hiszen a sensatiókban utazó újságok oly rettenetes lármát csaptak, oly ríktó színekkel irtak a „budapesti éhtyphus-járvány”-ról, hogy egyszeriben világszerte híres lett megint a magyar főváros. Hogy mihozzánk a betegséget Galicziából vagy Bukovinából hurezolhatták be, arról persze a jól értesült sensatiós

újságok mit sem tudtak, mert noha Galicziában és Bukovinában már hetekkel azelőtt fordultak elő kiütéses typhus esetek, ott annyira nem kürtölték világgá ezt a csöppet sem öröndetes hírt, hogy a hivatalos statisztikai kimutatások olvasó közönségén kívül mások arról nem is értesültek; még hivatalos körök sem.

Annak a mesterségesen felszított izgatottságnak, a melyet a mi sajtónk egyrésze lármájával okozott, különben említésre is alig méltó idegenforgalmunk megesapponásán kívül többek között egyik eredménye az is volt, hogy tömérdek oly embert szállítottak be a szt. Gellért-kórházba typhus diagnózisával, a kinek typhusa nem volt, sőt több olyat is, a kinek jóformán semmi baja sem volt.

Január 28.-ától—május hó 29.-éig (az utolsó valóban kiütéses typhusban szenvedő beteg beszállításáig) összesen 593 beteget szállítottak be typhus diagnózisával, avagy typhus gyanúja miatt a szt. Gellért-kórházba és ezen 593 beszállított egyén között kiütéses typhusban szenvedett — mint már említettem — 203, vagyis a beszállítottaknak csupán 34·2⁰/₀-a, míg a többi 390 esetben (= 65·8⁰/₀) a diagnózis téves volt.

Ismétlem, a téves diagnózisoknak ezt a jelentékeny nagy számát jó részben az az ideges izgatottság, az a kapkodás okozta, a mit az újságok lármája támasztott.

Okozta főképpen az, hogy a rendőrök a bármelyik oknál fogva eszméletlenül talált emberen vagy az utcán támoalgón typhust gyanítottak és hogy a mentők minden epileptikusát és ittas embert, a ki az utcán összeesett, typhusos gyanánt szállítottak be. Hozzájárult persze még az is, hogy kartársaink legnagyobb része kiütéses typhusos beteget egyáltalában sohasem látván, más okból lázas beteget avagy kiütéses beteget typhusosnak tartott és sietve iparkodott az izgatott napokban megszabadulni attól a felelősségtől, a mivel egy esetleg valóban typhusban szenvedő betegnek idejében való be nem jelentése őt terhelhette volna. A fertőző kórház orvossai természetesen viszont nem vehették volna magukra azt a felelősséget, hogy a beküldött beteget elutasítsák és így kénytelenek voltak mindenkit, legalább néhány napra megfigyelésre felvenni. A megfigyelő pavillonokban óriási volt a forgalom. Némelyik napon 20-nál több beteget is szállítottak be, úgy hogy már-már félő volt, hogy nem tudjuk elhelyezni, nem a typhusos betegeket, hanem a nem typhusosakat. Látván azt a veszedelmet, a mely azon a réven is fenyegetett, hogy ilyenformán a könnyen zsúfoltá válható megfigyelő pavillonokban, a melyekbe elvértve olyanok is bekerültek, a kik azután a figyelés alatt valóban typhus exanthematicusban szenvedőnek bizonyultak, ott inficiálódhatnak, energikusan kértem a hatósági beavatkozást arra, hogy megfigyelésre csakis olyanokat küldjenek be, a kiknek a betegsége egy és más symptoma alapján jogot adott a typhus gyanújának felvételére. Nem lesz érdektelen, ha felsorolom, hogy miféle betegségek szolgáltattak alkalmat arra, hogy kiütéses typhus diagnózisával, avagy annak gyanújával küldjék be a betegeket a fertőző kórházba.

Természetesen leggyakrabban olyan megbetegedésekre vonatkozott a typhus exanthematicus diagnózis, a melyek magasabb lázzal, typhusos elesettséggel, eszméletlenséggel, avagy kiütéssel jártak. De nem egy volt olyan, a hol a typhus exanthematicus gyanújának igazán semmi alapja sem volt, a hol csak kissé körültekintőbb vizsgálat vagy kissé több higgadság mellett szinte lehetetlennek látszott a typhusra való gyanakodás.

A tévesen typhus exanthematicusnak tartott esetek közül a kórházban való figyelés alatt: *influenzájának* bizonyult 113 eset, *typhus abdominalisnak* 53 eset, *pneumonia crouposának* 33 eset, *bronchitisnek* 23 eset, *tuberculosis pulmonumnak* 19 eset, *catarrhus ventriculinak* 15 eset, *alkoholismus acutusnak* 11 eset, *epilepsiának* 8 eset, *catarrhus gastrointestinalis acutusnak* 7 eset, *meningitis cerebrospinalisnak* 5 eset, *emphysema pulmonumnak* 5 eset, *scarlatinának*, *morbillinak*, *rubeolának*, *ulcus crurisnak*, *polyarthritiseknek*, *endometritisnek*, *phlegmonének* 3—3 eset; *rhinitis acutának*, *insufficiencia bicuspidalisnak*, *pleuritisnek*, *rheumatismusnak*, *urticariának*, *erythema exsudativumnak*, *maliariának*, *exsudatum pleuriticumnak*, *lymphadenitis colli scrophuloticának*, *meningitis purulentának* 2—2 eset; *appendicitisnek*, *myodegeneratio cordisnak*, *spondylitisnek*, *erysipelasnak*, *abscessus retropharyngealisnak*, *nephritisnek*, *gyermekágyi láznak*, *erythema toxicumnak*, *apoplexiának*, *periodontitisnek*, *scabiesnek*, *eczema capitisnek*, *variolának*, *peritonitis tuberculósának*, *tumor abdominalisnak*, *ascites cardiacának*, *arthrit*

¹ L. „Egészség” 1908. 3. füzet.

uraticának, dermatitis e varicositate crurisnak, luesnak, ulcus ventriculinak, mérgezésnek, bubo inguinalisnak, endocarditisnek, dysmenorrhoeának, marasmus senilisnek és pyaemiának egy-egy eset. Ezekon kívül nem bizonyult typhus exanthematicusnak 17 olyan eset, a mely egyenesen megfigyelés céljából küldetett be oly lakásból, a honnét kiütéses typhusos beteget kaptunk, a mely esetekben a megfigyelést a szigorú praeventiv intézkedések teljesen megokolták, végül volt hét olyan esetünk, a hol betegségről alig lehetett szó, a hol igazán csak a felizgatott agy rémképe gyanánt támadhatott az orvosban a typhus exanthematicus gyanúja.

Nem egy esetben szinte operettebe illő komikus jelenet játszódott le a megfigyelő pavillonban akkor, a mikor a typhusdiagnosissal beszállítottat kikérdeztük, hogy az anamnesist felvegyük. Mutatóba közlök egy-két szinte mulatságosnak mondható ilyen beszállítást: Egy jól táplált, piros pozsgás takarítónő hoznak be a megfigyelő kórterembe. Kérdezzük, mióta beteg, mi a panasa? Elmondja, hogy néhány nap óta szagatása van a lábaiban s a miatt elkérte az egyleti orvost. Az orvos úr megvizsgálta és mert a testén sok piros kiütést látott és mert lábaiban *hasogató fájdalmakról* panaszkodott, azt mondta, hogy kiütéses typhusa van s hogy azonnal a fertőző kórházba fogja őt beszállíttatni.

„Hiába mondtam a doktor úrnak — így szól az asszony — hogy az a sok kiütés attól van, hogy most jöttem ebbe a lakásba, a hol össze-vissza csiptek a bolhák, hiába mondtam, hogy a lábaim rheumásak, ő komolynak tartotta az állapotomat és beszállított a kórházba.“ Természetesen az asszonyt sietve hazabocsátottuk.

Nem kevésbé furcsa az az eset is, a mely egy nagy intézetünkben okozott meglehetősen izgalmat. Az intézet egyik szolgájának felesége elszédült és elájult. Sietve szaladnak orvosért, a ki hamarosan kimondja reá a typhus diagnózisát. Az asszonyt sürgősen beszállítják hozzánk. Az anamnesisből kiderült, hogy az asszony fogorvosnál volt, ott a kiállott izgalma és szenvedések folytán már rosszul érezte magát és alig tudott hazavánszorogni. Otthon azután elszédült és összeesett. A lapok persze tele voltak azzal a sensatiós hírrel, hogy ama nagy intézetben kiütéses typhusos fordult elő. Persze, még azon a napon hazabocsátottuk az ijedségtől szinte remegő asszonyt. Hogy a legközönségesebb ittasság esetei hasonlóképpen derűtséget keltettek, nem nehéz elképzelni.

Kórtermeink szellős voltának tulajdoníthatjuk és annak a nagy körülményeknek, a melylyel a kórház ügyeletes orvosai a beszállított betegeket elhelyezték, hogy közülük egy sem inficiálódott nálunk.

A mint már említettem, legelső typhusosaink a VIII. kerületi Alföldi-utcai hajléktalanok menhelyéből, a Köztemető-úti szükséglakásokból és az ezek közelében elterülő utcák zsúfolt lakásaiból kerültek be hozzánk. De, hogy ezek közé ki huzcolta be a betegséget, legszorgosabb kutatásaink ellenére sem tudtuk megállapítani.

Az összes eseteknek túlnyomó része: 81 (39.9%) a székesfőváros VIII. kerületében fordult elő (itt voltak ugyanis azok a szükséglakások, menedékhelyek és kórházak, a melyekben az első esetek előfordultak) és jó ideig nem is kaptunk máshonnan betegeket, mint éppen csak a VIII. kerületből. Ez a körülmény a mellett szól, hogy az első beteg minden valószínűség szerint egy, a VIII. kerületi hajléktalanok menedékhelyében meghúzódott lakástalan férfi lehetett, a ki talán Galicziából vagy Bukovinából kóborolt ide.

Egyébként a 203 beteg lakása kerületek szerint a következő adatokat mutatja:

Az I. kerületből volt 4 beteg, a II.-ből 7, a III.-ból 2, a IV.-ből egy sem, az V.-ből 24, a VI.-ból 37, a VII.-ből 17, a VIII.-ból 81, a IX.-ből 17, a X.-ből 4, vidékről 10.

Meg kell itt említenem azt, hogy a IX. kerület 17 betege közül 11 a szt. László-illetőleg szt. Gellért-kórházra esik; azok a kórházi alkalmazottaink ugyanis (orvos, ápolónők, szolga), a kik hivatásuk közben a kórtermekben fertőződtek.

Kórteremben történt fertőzések különben más kórházakban is előfordultak, mert fel nem ismertem egyik-másik kórházi osztályon, mielőtt a szt. László-kórházban megállapítottuk volna a typhus exanthematicust, néhány beteg más diagnosissal ápolatott. Legtöbb eset fordult elő a VIII. kerületi Kún-utcai, úgynevezett dologkórházban: 23, azután 6 a szt. Rókus-kórházban, 6 a szt. István-kórházban és 1 az ó-budai szt. Margit-kórházban. A különböző kórházi osztályokon előfordult typhusos esetek legnagyobb része nem kívülről

vitte be a typhus betegségét a kórházba, hanem más betegséggel kerülve oda, ott fertőződött.

Mint igen tanulságos tény emlitem fel, hogy a szt. László-kórházban, a hol a férfi typhusosok osztályán több héten át feküdt *hét* (eleintén botulismusnak tartott) kiütéses typhusos beteg, a női osztályon pedig néhány napon át *kettő*, az akkoron meglehetősen telt kórtermekben a hastyphusos betegek között csak egyetlenegy nőbeteg kapta meg a typhus exanthematicust, holott például a dologkórházban legalább is 15 beteg inficiálódott. A szt. Gellért-kórház nagy megfigyelő pavillonjaiban pedig, a hol természetszerűen időnként a megfigyelték között valóban typhus exanthematicusban szenvedő is akadt, az ott nagy számban megfordult megfigyelték egyike sem inficiálódott. Minálunk a fertőző osztályon — a már említett nőbetegen kívül — csakis a typhus exanthematicus betegekkel hivatásszerűen foglalkozó ápolónők, továbbá egy orvos és egy szolga kapták meg a typhus exanthematicust. Hogy nálunk, ellentétben a dologkórházzal, a betegek között nagyobb számú fertőzés nem fordult elő, azt nem tulajdoníthatom másnak, mint annak, hogy a mi kórtermeink a modern kórház minden hygienés kellékével rendelkező nagy termék, a melyekben az állandó és erőlyes szellőzés, a keramitpadlózat rendszeres súrolása, a porcellánszerű mázzal bevont falak lemosása stb. oly védelmet nyújtottak betegeinknek, a minőt a régi dologkórház hygienés berendezést nélkülöző betegszobái nem szolgáltathattak az ott ápolottnak. Világos bizonyítéka ez annak, hogy a kórházak építésében és berendezésében a hygienés követelményeknek költségekkel járó létesítése busásan megtérül abban a nyereségben, a mit számtalan emberélet megmentése ad nekünk.

(Folytatása következik.)

Közlés a kir. magyar tudományegyetem I. sz. sebészi klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula, m. kir. udvari tanácsos, egyetemi ny. r. tanár.)

A nem parasitás eredetű májtömlőkről.

Makai Endre dr., klinikai műtőnövevényektől.

A valódi, nem parasitás eredetű májtömlők meglehetősen ritkán fordulnak elő. Hoffmann gyűjtőmunkájában (1902) mindössze csupán 18 esetről számol be, s ha e szám az utóbbi évek közléseivel (Dunger, Müller, Haberer) szaporodott is, még mindig nem rendelkezünk elegendő anyaggal, hogy eddigi ismereteinkből a bántalom pathogenesisére és klinikájára vonatkozó általános, szilárdan megalapozott következtetéseket vonhassunk.

A nélkül, hogy az idevágó irodalmi adatokra bővebben kiterjeszkedném, csupán néhány megjegyzést óhajtok tenni egy idevágó igen érdekes eset kapcsán a májeysták pathológiájára és klinikájára, a casuistikát illetőleg pedig Langenbuch¹, Leppmann², Hoffmann³ és Haberer⁴ pontos és lelkiismeretes összefoglaló munkáira utalok.

Esetünk a következő:

Sch. S.-né, 41 éves, felvétetett 1909 október 10.-én. Serdülő kora óta állandóan és igen erősen fűzi magát annyira, hogy néha egészen rosszul lesz. Baja 1905 őszén kezdődött étvágytalansággal, gyengeség érzetével, a vállak alá kisugárzó erős gyomorgöreséssel s icterussal. Négy hétig magas lázzal ágyban fekvő beteg volt, orvosai epekölikát állapítottak meg. Ez idő óta sokszor szenved gyomorfájásban s diarrhoeában, az epehólyag tájának megfelelően állandó nyomásérzése van. Az utóbbi időben gyakran jelentkezik testén elszórtan szabálytalan, vörös, foltos kiütés, mely erős viszketés érzésével jár. Folyó év augusztus óta az epehólyag táján „keményedést“ vesz észre, mely folyton nő és le- és befelé vonul.

Felvételkor a jól táplált, erőteljes nőbetegen a máj tetemes megnagyobodása állapítható meg. A felső májhatár normális, de a máj alsó részének megfelelően a bordaívét négy harántujnyira jócskán meghaladó tompulatot kapunk, melynek alsó határa a

¹ Chirurgie der Leber und Gallenblase. Deutsche Chirurgie, 1897.

² Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1900. 54. kötet.

³ Mittheilungen aus den Grenzgeb. der Med. u. Chir., 1902. X. k.

⁴ Wiener klin. Wochenschrift, 1909. 51. sz.

középvonalban a köldök felett négy harántujjnyira van. A tomputatnak megfelelően kemény, rugalmas, sima felületű resistentia tapintható, melynek alsó széle legömbölyített. Tekintve, hogy a betegnek májával összefüggő rugalmas daganata van s az epeutak megbetegedéseire utaló tünetek hiányzanak, tekintve továbbá, hogy az észlelés alatt is többször láttuk az urticariaszerű bőrküttést, echinococcus-tömlőnek minősítettük az esetet s ezen feltevéssel végezte Dollinger professor 1909 október 28.-án a műtétet morphinchloroform-narcosisban. A hasüreget a proc. xiphoideustól a köldökig vezetett metszéssel feltárva kitűnik, hogy a máj alsó felét egy kisgyermekfej nagyságú tömlő foglalja el, melynek legnagyobb része a lig. suspensorium hepaticum balra esik, egy része azonban ezen szalag s az epehólyag közt foglal helyet a máj alsó felületén s itt egészen a májkapuig felterjed. Először megcsapolta a tömlőt, hogy tartalmát csökkentve fekvése felől könnyebben tájékozódhassék s azután tágran feltárta. A tömlő vastagabb kötőszöveti burokból s vékonyabb, sima kötőszöveti bélésből áll; a két réteg néhol egymástól elválasztható, másutt összenőtt. Hasonló néhány apróbb tömlő van a nagy tömlő falzatában. Echinococcusra utaló chitinhártyát sehol sem talált. A tömlő különösen a bal májleány egyes részeit igen erősen megvékonyította, úgy hogy ezen részeket is eltávolította. A tömlőt csaknem teljesen kiirtotta, csupán azon részét hagyta meg, mely a vena portaével s a nagy epeutakkal határos; a belső hártyát azonban itt is lehúzta. A cysta eltávolítása után az alsó májfelületen egy nagy, meztelen felület maradt vissza, miért is a hasüreget nem zárta el teljesen, hanem mintegy 10 cm.-nyi darabon nyitva hagyta s a nyíláson át a máj alsó felületére Mikulicz-kötényt alkalmazott.

A tömlő tartalma sűrű, nyálkaszerű, nyúlós, eleinte tiszta, később zavaros, sárgás-zöldes folyadék.

A kiirtott cysta-készítmény közelebbi megtekintésekor kiderül, hogy több rendbeli, egymással legnagyobb részt közlekedő tömlőrendszerrel van dolgunk. A tömlők legnagyobbika jókora ököl nagyságú, mellette több tojás-narancsnyi cysta van. A nagy cysták belfelületéből több helyen taréjszerű lécek emelkednek ki, kétségkívül az átkoptatott cystaközfalak maradványai. A legkülső falzat szerkezete rétegzetesnek látszik; a konzerváló folyadék behatására a rétegek felpuhulnak s ekkor kitűnik, hogy tulajdonképpen nagyszámú borsó-cseresznyéni összelapított üres cystával állunk szemben.

A cystafalzat több helyéről — és nevezetesen a részben együtt eltávolított májágynak megfelelő területről — készített szövettani praeparatumok vizsgálata a következőket mutatta ki:

A cysták falzata általában sejtszegény, heges, hyalin degenerációt szenvedett kötőszövetből áll. E kötőszöveti tokot belül hengerhám béleli. A hengerhámsejtek teljesen szabályosak, palliadeszerűen helyezkednek el egymás mellé, néhol a nyálkás degeneráció igen előrehaladt szakát mutatják. A nagyobb cystákban a hengerhám lelapult, köb alakúvá vált vagy egészen az endothel-sejtek mikroszkopi viselkedését mutatja; legnagyobb részt azonban hiányzik a hám s a tömlők rosszul festődő, szemcsés tömeggel teltek. A kisebb cysták szintén tartalmazznak egy szemcsés, néhol csaknem homogén tömeget, ez azonban van Gieson szerint igen erősen barnás-pirosra festődik. Ott, a hol az egyes cystákat elválasztó kötőszöveti falzat vastagabb, a kötőszövetben mirigyszerű járatokat, apró mikroszkopi cystákat látunk. E cysták legtöbbszörre nem szabályosak, hanem több keztyűjszerű kitüremkedést mutatnak s egyrétegű szabályos hengerhámsejtekkel béleltek. A cystafalzat több részletén jól látható, hogy a hámsejtek szabályos elhelyezkedése annyiban módosul, hogy karcú, vonalszerű basalis maggal bíró hengersejtek úgy tódulnak egymás felé, hogy tollbokrétára emlékeztető kis növedékek keletkeznek. Egészben véve a mikroszkopi kép igen emlékeztet az emlő pericanaliculáris fibroadenomáira.

A szerint, a mint a májagyhoz mind közelebb és közelebb fekvő részletekből készült praeparatumokat vizsgálunk, a mirigyjáratok hámja elveszti a szabályos, differenciált hengersejtek típusát, a sejtek alacsonyabbak, magjuk chromatindúsabb, az egymásközi határ elmosódottabb. A mirigyjáratok lumenje mind szűkebb lesz s itt-ott tömör, bár csak két-három sejtnyi szélességű hámkötegekre bukkanunk, a melyek teljesen azonosak azon burjánzó epeutakkal, melyeket például a szövettani májlob eseteiben közönségesen látni szoktunk s melyeket compensatorius epeútbur-

jánzásnak minősítünk. Magából a májagyból készült szövettani metszeteken pedig arra a meglepő leletre bukkanunk, hogy egyes helyeken maguk a májsejtoszlopok folytatódnak, illetve mennek át ilyen burjánzó epeútnak minősített hámkötegbe. A typusos, nagy, világos, polygonális májsejtek mellé sötétebb protoplasmájú, chromatindús magvú, apró köbalakú sejtek sorakoznak, s ugyanezen sejtkötegből másodlagos ágazatos burjánzások indulnak ki. Az átmeneti képek oly tiszták és meggyőzők, hogy semmi kétséget sem szenved az, hogy ezen mirigyszerű járatok s így maguk a cysták is legalább részben a májsejtek daganatos burjánzásának eredményei.

Igen érdekes s általános onkológiai szempontból is nagyon figyelemreméltó a kötőszövet viselkedése a burjánzás ezen kezdeti szakában lévő hámcsapok és mirigyjáratok mellett. Míg a nagy cysták falában a kötőszövet — mint említők — sejtszegény, hyalinosan elfajult, addig itt rendkívül nagyszámú kötőszöveti sejt sorakozik egymás mellé. A sejtek nagyok, világosak, magvuk nagy, gömbölyű vagy ovális, chromatinszegény s egy-két nucleolust tartalmaz, úgy hogy valósággal hámsejttypusoknak felelnek meg. Kötőszöveti voltukat az érrendszer viselkedése s a hámkötegektől s a mirigyjáratoktól való éles elhatároltság bizonyítja. E kötőszövet igen emlékeztet arra a kötőszövetre, melyet nagyfokú endometritis glandularis vagy adenocarcinoma uteri eseteiből vett méhkaparék mikroszkopi metszetein gyakrabban látunk.

A kötőszövetben futó kis erek falzata feltűnően megvastagodott, a megvastagodás a media lemezeinek megszaporodásától feltételezett. Kis gömbsejtes infiltratio, vagy egyéb, lobra utaló kórszövettani elváltozás sehol sem található.

A leirt szövettani lelet alapján kétségtelen, hogy jelen esetben cystaképződésre vezető májdaganattal állunk szemben. A daganat a májsejtek s valószínűleg egyszersmind az epeutak hámjának burjánzásából fejlődött, a nélkül, hogy a rosszindulatúságra valamely szövettani vagy klinikai jel utalna. A burjánzás azonban nem szorítkozik tisztán a hámra, hanem — legalább a kezdeti szakban — részt vesz benne a kötőszövet is, úgy hogy a daganat fibroepitheliális újképletnek minősítendő.

A daganat kiirtását követő napokban a kórlefolyás betegünkön normális volt, csak az mutatkozott feltűnőnek, hogy normális hőmérsék vagy minimális hőemelkedés (37.6 C⁰-ig) mellett a pulsus állandóan szapora (100—118—124). 1909 nov. 4.-én a Mikulicz-kötény bélését eltávolítottuk, 5.-én az egész kötényt kihúzzuk, mire kevés epefolyás mutatkozik. Ennek levezetésére két kisujjvastag drainövet helyezünk a sebbe, melyet egyébként secundaer teljesen bevarrunk. A beteg e napon kissé nyugtalan, nyomásérzéről panaszkodik hasában, hőmérséke azonban normális, s a pulsusa is megfelelő. November 6.-án reggel 6 órakor hirtelen légszomj fogja el a beteget, felülve, fulladozni kezd s mielőtt az orvos megérkezik, beáll a halál.

A Genersich tanár I. kórbonczolástani intézetében végzett bonczolás jegyzőkönyvéből a következőket közöljük:

A tüdőverőér jobb főágát egy 11 cm. hosszú, a közepén meghajlott, könyökvél a tüdő felé néző, tömött, kissé száraz, tapadó rög zárja el. A kisebb ágakban folyékony, sötét-vörös vér. A bal pulmonalis törzsében s a belőle eredő nagyobb ágakban a falhoz kissé odatapadt, az előbbinél valamivel lazább összeállású rög.

A máj középnagy, állománya petyhüdt, törékeny, zavaros, középvértartalmú. A máj állományában az elülső szélnek megfelelően, körülbelül a két lebeny határán egy jókora lúdtőjásnyi üreg, melynek falát 1—2 mm. vastag, nyálkahártyára emlékeztető szövet alkotja. A cysta elülső fala el van távolítva, körülötte a szövetek vérszerűen beszűrődtek; genyet nem találni.

A vesék tokja könnyen levonható; középnagyok, állományuk petyhüdt, törékeny, elmosódott rajzolatú, kissé bővérű. A bal vese felületén borsónyi simafalú cysta.

* * *

A májcystákkal elsőnek Langenbuch foglalkozott hehatóbban. Két csoportba osztotta a nem parasítás eredetű májtömlőket: veleszületettekre és szerettekre, mely utóbbiaknál megkülönböztette az egyszerű cystaképződést a cystás elfajulástól. Ez osztályozás, mely egyszerűségénél és áttekinthetőségénél fogva igen meggyőző, egyáltalában nem felel meg az itt szóba jövő különféle vál-

fajok pathologiai jelentőségének, miért is *Leppmann* 1900-ban új felosztást ajánlott, megkülönböztetve 1. epepangásból származó, 2. csillószőrös hengerhámú bélelt, 3. dermoidtömlőket, 4. epitheliális cystadenomákat és 5. lymphacystákat.

Noha *Leppmann* felosztása pontosság és általánosság szempontjából felülmúlja *Langenbuch*-ét, mint már *Hoffmann* is kiemeli, nem eléggé rendszeres és áttekinthető főleg a klinikus szempontjából. Kevés módosítással a máj nem parasitás eredetű cystái a következőképpen volnának csoportosíthatók.

- | | | | |
|---|---|---|--------------|
| Ritkaságok,
nagyobb
gyakorlati
jelentőség
nélkül. | { | I. Veleszületett rendellenességen (embryonális csírszóródás) alapuló: | |
| | | 1. Bőrtömlők (dermoidok). | |
| | { | 2. Csillószőrös hengerhámú bélelt tömlők. | |
| | | II. Pangásos eredetűek: | |
| | { | 1. Nyirokpangásból | } származók. |
| 2. Epepangásból | | | |
| | | III. Hámeredetű (fibroepitheális) újképletek: | |
| | | 1. evertáló typussal (fibroepithelioma glandulare). | |
| | | 2. invertáló typussal (fibroepithelioma papilliferum). | |

A *veleszületett rendellenességen* (csírszóródáson) alapuló cysták közül typusos dermoidot csak egy esetben észleltek (*Meckel*), hol a tömlő hajszálakkal s kásás-pépes törmelékkel volt kitöltve.

A csillószőrös hengerhámú bélelt cystákat *Recklinghausen* pangásos eredetűnek tartotta s olyképpen magyarázta, hogy valamely gyulladás folytán elzáródott subserosus epeút az akadály helye mögött hatalmasan kitágul. Még vissza fogunk térni arra a kérdésre, mennyiben vezethet ilyen epeútelzáródás tömlőképződésre, itt csak azt konstatáljuk, hogy — mint például epehólyaghydrops esetén nem ritkán — csakugyan elképzelhető, hogy az epepangásos tömlőben is az epe lassankint felszívódik, a bélelő hengersejtek nyálkásan elfajulnak s a tömlőtartalom lassankint nyúlós nyálkás viscosus folyadékká változik át, melyben epe mikrochemiai vizsgáló módszerekkel sem mutatható ki. Viszont a pathológiában sehol sem ismerünk példát arra, hogy retentiós tömlőképződés esetén a bélelő hám a matrixnál differenciáltabb sejtféleséggé alakuljon át a *Hanseman*-féle anaplasia megfordított értelmében, sőt inkább általában úgy áll a dolog, hogy a tömlő belső nyomása folytán a bélelő hám ellapul, elesenevészedik. Már pedig a csillószőrös hengerhám az epeutakat bélelő köb alakú hámsejtekkel szemben ilyenek tekintendő. A májban sem normális, sem közönséges kóros viszonyok közt csillószőrös hengerhámot nem találunk, miért is *Zahn* nézetéhez kell csatlakoznunk, ki az irodalomból összegyűjtött 14 eset kritikája alapján azon a nézeten van, hogy a májnak csillószőrös hengerhámú bélelt tömlői veleszületettek vagy — ha később is — legalább is elszórt ébrényi csírákból fejlődnek.

A pangásos eredetű májtömlők jelentőségét először *Virchow* emelte ki. Szerinte ha az epeút körülírt helyen — például intrahepatikus epekő vagy bármily eredetű hegyszövet által — elzáródik, a mögötte lévő epeútrészek erősen kitágulnak és tömlőképződésre vezetnek. Bizonyos azonban az, hogy a kérdés ily megoldása ellen alapos ellenvetések tehetők. Az epeutak egymással s az epecapillárisokkal oly sokirányú oldalanastomosokban állanak, hogy igen exquisit esetet kell felvennünk, hogy egy körülírt helyen való akadály folytán az epe lefolyása egy irányban se legyen lehetséges. A ductus hepaticus elzáródása egyáltalában nem tartozik a nagyobb ritkaságok közé, de azért az epeutaknak akár csak részleges tömlőszerű tágulását még a legkezdetibb stádiumban sem észlelték még sohasem ily esetekben. Ha ez érv ellen az volna felhozható, hogy a pangás nem tart annyi ideig, a mennyi a tömlő kifejlődésére szükséges s egyébként sem vonatkozik körülírt területre, utalnunk kell az intrahepatikus kövek gyakrabban megfigyelt eseteire. Élénken emlékszem magam is egy még Pertik professor II. kőbenczolástani intézetében bonczolt esetemre, melyben a májparenchymában számtalan borsó-mogyorónyi epekő volt elszórva, a nélkül, hogy egyetlen retentiós cysta lett volna akár mikroszkop alatt is észlelhető. Ha az irodalomban ismertetett, kövel társult egyetlen májtömlősetet (*North*) akarnók e részben vizsgálni, a cholelithiasist itt oktaníró tényező helyett egyszerűen coincidentianak kell

minősíteniünk, a mi az epekővek nagy gyakoriságánál fogva éppen nem feltűnő. Éppen ilyen coincidentianak tartjuk *Chester* azon esetét is, melyben egy megrepedt májcysta tartalmának a szabad hasüregbe való ömlése halálra vezetvén, a bonczoláskor a májban fasciola lanceolatát találtak. Eltekintve attól, hogy ez esetben a cysta keletkezése s az elősdinek a májban való elhelyezkedése közt az okozati kapcsolat egyáltalában nincs tisztázva s a pontos kórszövettani vizsgálat is hiányzik, számos esetben észleltek már kisebb-nagyobb epeutakban huzamosabb ideig tartózkodó elősdiákat (*Leuckart*, *Frank*, *Biermer*; *Kirchner* egy esetében 47 distoma lanceolatatum!) a nélkül, hogy tömlő lett volna a májban található. Magának is volt alkalma egy esetet bonczolni, melyben egy intrahepatikus epeúthán jól kifejlett nőstény *ascaris* foglalt helyet. A nagy epeutak anatómiai viselkedése kétségtelenné tette, hogy a férgek egészen kis korában juthatott csak be a májállományba s in loco kellett, mindenesetre hosszabb idő alatt — a mire különben már a betegség anamnesise is utalt —, kifejlődni. Az epeút a férgek egész hosszának megfelelően tollszárnnyira volt tágulva, s cystát vagy akár circumscriptabb, feltűnő epeúttágulatot mikroszkop alatt sem sikerült látni. Tudtommal a májsérülések kiterjedt casuisticájában egy esetről sincs említés téve, melyben a heggel gyógyuló sérülés cysták képződésére vezetett. Hogy a lefolyás akadályoztatása esetén a collaterális pályáknak kell első sorban fontosságot tulajdonítani, arra utal az is, hogy míg a vese szövetközi gyulladás esetén kisebb-nagyobb cysták keletkezése egészen közönséges, addig a máj analog folyamataiban a kötőszövetet termelő lobnak ilyen következménye nincs. Hogy a pangásnak, gyulladásnak stb. más szempontból mennyiben van befolyása a cysták képződésére, arra később még rátérünk.

A mi a lymphacystákat s nevezetesen a pangásos eredetűeket illeti, ezekre vonatkozólag eddigelé nem rendelkezünk kifogástalan bizonyító esetekkel. *Sharkey* esete sem rendelkezik oly kriteriumokkal, hogy a daganatok kategóriájába ne volna sorozható (mellékesen említve, betegének egyszersmind ovarialis cystája is volt). Ha serumszerű folyadékkal telt s esetleg lapos, endothelszerű sejtréteggel bélelt tömlőre bukkanunk, még egyáltalában nem vagyunk jogosítva azt lymphacystának minősíteni. Az epe hiánya a folyadékban — mint láttuk — egyáltalában nem bizonyító, másfelől tudjuk, hogy a belső feszülés hatása alatt a nagyobb tömlőket bélelő hengerhám teljesen ellapulhat s endothelszerűvé válhat. S bár per absolutum nem lehetetlen, hogy retentiós alapuló lymphacysták a májban is keletkezhetnek, erre nézve még további vizsgálatok szükségesek. Nevezetesen pedig idevágó esetekben beható mérlegelés tárgya kell hogy legyen az, vajjon a lymphacysta retentiós s nem daganatszerű kórfolyamat (lymphangioma cavernosum v. cystoides) alapul-e?

Míg a retentiós cysták kérdése tisztázottnak egyáltalában nem mondható s a mennyiben mégis előfordulnak, bizonyára csak egészen kivételes eseteknek tekinthetők, a leggyakoribbak s gyakorlatilag úgyszólván egyedül fontosak azon tömlők, melyek újképletek jelentőségével bírnak s legközelebbi analogiába a petefészek hasonló megbetegedéseivel hozhatók.

Langenbuch még megkülönböztette az egyszerű cystaképződést a cystás elfajulástól; az utóbbi esetben az egész májállomány számtalan mogyoró-narancsnyi cystával van át meg át hatva s noha a májtér fogat megnagyobbodott, a parenchyma maga sorvadott vagy cirrhotikus. Bizonyos szervezeti általános megbetegedésre utalna az, hogy hasonló cystákat ily egyéneken egyidejűleg más szervekben is észleltek, így első sorban s legkiterjedtebben a vesékben, azután a pancreasban, néha az ovariumban (*Sharkey*?), a méhben (*Caresme*), a pajzsmirigyben s az ondóhólyagban (*Hanot* és *Gilbert*). Kétségtelen, hogy mindezeket nem lehet a mellékes és accidentális leletek kényelmes fogalma alá sorozni, viszont azonban az sem szükséges, hogy — mint némelyek teszik — e tények magyarázatára a szervezet valamely veleszületett, biológiai affectusát vegyük fel, a mely egységes principiumnak következményei volnának a különböző szervekben lokalizálódó elfajulások. Hogy a cysták szám- és nagyságbeli viszonyai egyáltalában nem alkotják kriteriumát bizonyos kórformák lényegbeli (daganat vagy elfajulás) különbözőségének, az a tömlők keletkezésének és fejlődésének alábbi megbeszélésekor nyilvánvaló lesz. Érdekes világot vet különben e kérdésre *Israel* esete, melyben egy már régebbi idő óta fennálló májcystához később

társult tömlős vese. Nagyon valószínű, hogy az idevágó esetekben nem annyira általános „tömlős elfajulással” állunk szemben, mint inkább a hámsejteknek daganatos, tömlős burjánzásra való általános tendenciájával, a mire nézve bőséges analógiáink vannak például a rákokkal egyidejűleg jelentkező különféle többszörös hámurjánzásokban (szemölcsök, adenoma sebaceumok stb.). E növekedési tendenciát különféle alkalmi okok különféle szervekben különböző időpontban váltják ki, innen magyarázható az, hogy például esetünkben kiterjedt májcysták mellett a vesében csak egyetlen kis tömlő volt található.

A többrekeszű májcysták tehát, mint azt először *Kahlden* és *Hippel* állította, epitheliális újképletek gyanánt minősítendők. Az epeutak hámja (s e tekintetben *Virchow* nagy jelentőséget tulajdonított a vasa bilifera aberrantiának) vagy — mint esetünkben kétségtelenül beigazolódott — maguk a májsejtek burjánzásnak indulnak, előbb tömött, részben elágazódó kötegek és csapok keletkeznek; az utóbbiak később lument kapnak, keztyűujjszerű kitüremkedéseket alkotnak, majd mikroszkopi kis tömlökké válnak. A hám-elemekkel párvonalosan szaporodik és burjánzásnak indul a környező kötőszövet is. A cystadenomás góczok ezen legfiatalabb szakában egyfelől a hám és kötőszövet növekedési tendenciáján, másfelől a cystatartalom benső feszülésén múlik az, hogy a tömlős daganat evertáló vagy invertáló típust követ-e? Ha a hám és kötőszövet burjánzási tendenciájánál nagyobb a cystatartalom nyomása, mely tartalom *Nauwerck* és *Hufschmidt* szerint a hámsejtek által termelt colloidból, továbbá a sejtek transsudatumából, vagy másképpen termelődő, közelebből nem ismert productumából, végül a sejtek degenerációs termékeiből s elpusztult sejttörmelékéből áll, úgy a typus evertáló, vagyis egyszerű, kisebb-nagyobb kitüremkedéseket alkotó cysták jönnek létre. Ha azonban a sejtek növekedési aviditása jut túlsúlyra, akkor a tömlőtartalom nyomása ellenére beburjánsoznak a cysták belsejébe, s ez invertáló típusban a papillomatosus növedékek a tömlőket akár ki is töltethetik. Hogy a dolog csakugyan így áll, arra azon szövettani képek utalnak, a melyek az egyszerű, evertáló, úgynevezett glanduláris kystomák falában nem is ritkák. A tömlőfal belfelszínének egyik-másik helyén a bélelő hámsejtek olyan szaporodásnak indulnak, hogy szorosan egymás mellé tolulva, valóságos csokorszerű elrendezkedést mutatnak. Később azután a cystatartalom nyomására a tömlőfalzat tágulásának megfelelően a kiemelkedő részek is elsimulnak s a hám-bélés egyenletessége ismét helyreáll.

A cystatartalom szaporodása s az ezzel járó nyomásnövekedés tehát, mint láttuk, hovatovább a tömlők folytonos tágulására vezet; az egymás mellett növekvő nagyobb cysták belső nyomása azonban lassanként át is koptathatja a választófalzatot, úgy hogy két vagy több tömlő egybe is olvadhat s később legfeljebb csak gerezdyszerűen kiálló léczek jelölhetik az eredeti cysták határát. Másfelől, ha az egyik tömlő növekedése sokszoros túlsúlyra jut, ez a többi apró cystát teljesen összenyomhatja, összelapíthatja; utóbbiak később elvesztik lumenüket, hám-bélésük lekohad, az eképpen érintkező kötőszöveti lemezek akár össze is nőhetnek s végül e kis melléktömlők teljesen felvételnek a főtmölő falzatába. Más szóval bizonyos idő elteltével minden többrekeszű cysta egy-, vagy kevesebb rekeszűvé válhat.

Mivel azonban e folyamat az esetek különfélesége szerint természetesen hosszabb-rövidebb időt vesz igénybe, az esetek viszont a szerint kerülnek észlelés alá, hogy a cysták által feltételezett térfogatnagyság mikor éri el azt a fokot, hogy a szomszéd szervek nyomása stb. révén a betegnek észrevehető, kisebb-nagyobb kellemetlenségeket okoz, a localisatiohoz képest fognak a cysta-fejlődés különböző szakai észlelésünk alá kerülni. *Hoffmann* szerint, ha a cysták kisebb, de önálló egészet tevő májrészletre lokalizáltak, mint például esetében a lobus quadratusra, a több rekesznek egybeolvadása még azon időn belül jöhet létre, mikor a beteget nagyobb subjectiv kellemetlenség nem készteti az orvos felkeresésére. Viszont a jobb májleány közepén elhelyezkedő tömlők elszaporodhatnak egymás mellett, a nélkül, hogy az egyik a másikat összelapítani kénytelen volna s így itt legtöbbször sok kisrekeszű cystával találkozunk. A cysták növekedése természetesen legkönnyebben a kisebb ellenállás helye felé történik, a májnal tehát az alsó felszín s a szabad májfelé, a mi magyarázatát adja annak, hogy a legtöbb májtömlő itt fekszik.

A mi már most a kystomák aetiologiáját illeti — ha a daganatok oktatását egységes szempontból bíráljuk el —, e részben természetesen nem rendelkezünk semmi exact ismerettel sem s nem tekinthetők elfogadhatónak *Robert* és *Terburgh* vizsgálatai, kik a hámurjánzásos cystákat is parasiták eredetűnek minősítették. Ha azonban azon elősegítő momentumok, dispositiók vagy helyesebben dispositiót kiváltó körülmények után kutatunk, melyek a májcysták keletkezésében szerepelnek s e részben azon búvárlatokat is figyelembe vesszük, melyeket azok végeztek, kik e tömlőket még pangásos eredetűnek tartották, nem egy érdekes megfontoláshoz juthatunk. *Monski* a perihepatitist tartja a májtömlők képződését elősegítő lényeges tényezőnek; e nézet azonban már azért sem valószínű, mert míg hepatitis és perihepatitis nagyszámú esetében nyoma sincs cystának, addig másfelől a májtömlők casuisticájában alig találunk említést nevezetesebb összenövéseket létesítő perihepatitis folyamatokról. Egyébiránt nem valószínű, hogy ez utóbbiak nem annyira okai, mint következményei a májtömlőknek, az ezek növekedése közben a hashártyára gyakorolt izgatás révén.

Minthogy a májtömlők nőknél csaknem háromszor oly gyakran fordulnak elő, mint férfiakban, és pedig leginkább a középkorban (30—40 évek közt), első sorban a tény oka lenne tisztázandó. A máj- és epeutak betegségei, eltekintve azokról, melyek alkoholizmussal és luessel állanak kapcsolatban, általában gyakoribbak a női nemben. Nem valószínű, hogy bizonyos szerep jut e tekintetben az erős fűzésnek s az ezáltal okozott vér- és epekeringés-zavaroknak, melyek kiváltó momentumok gyanánt szerepelhetnek.

Az irodalomban a szerzők nagy része egyenesen kiemeli az anamnesisben a beteg erős fűzését, a mi esetünkben is maga a beteg hozta ezzel okozati összefüggésbe a baját.

A mi a májcysták symptomatológiáját illeti, figyelembe veendő, hogy a megbetegedés csak akkor kezd tüneteket okozni, midőn a térfogatnagyságoddással járó téraránytalanság a szomszéd szervek nyomása révén kellemetlenségeket idéz elő. Hogy ez az időpont mikor áll be, az a cysták száma és nagysága mellett természetesen első sorban a localisatiótól függ. A compressio okozta zavarok rendszeren oly mérvűek, hogy manapság már ritkán jut el a sebészt nem consultáló beteg a betegség azon szakába, melyben a cystákkal teljesen áthatott máj állományának pusztulása az ismert májfunciókiesési tünetekhez vezet. A cysták fejlődésének ideje viszont a daganat növekedési aviditásának megfelelően nagyon változó; a tömlős daganat pár hónap alatt is akár gyermekfejnyire nőhet, *Chrobak* és *Kaltenbach* eseteiben pedig 5—10 évig tartott a kifejlődés.

Nem lehet ezélnünk a májtömlők klinikáját, a részletekbe bocsátkozva, rendszeresen tárgyalni s csak néhány kérdést óhajtunk e tekintetben érinteni. A mi a diagnosit illeti, ennek pontossága a meglehetősen kidolgozott indiciumok alapján is alig terjedhet túl annak megállapításán, hogy adott esetben a májjal összefüggő cystás daganattal van dolgunk: a leggyakoribb ilyenmű megbetegedést, az echinococustömlőt teljes biztossággal sohasem fogjuk kizárhatni. Alig tulajdoníthatunk nagy jelentőséget a vizelet *Gmelin*-féle színreactiója hiányának, mely állítólag a májechinococcus összes eseteiben kimutatható. A csalánkiütés, mely *Leppmann* szerint nem parasiták májcysta eseteiben sohasem fordul elő, nem csak a mi esetünkben volt észlelhető, hanem például *Queyral*-éban is. Nem szükséges természetesen, hogy az urticaria iskolaeset képében jelentkezzen, néha csak erythemaszerű, igen viszkető foltok alakjában mutatkozik, melyek így esetleg el is kerülhetik a figyelmet. Említésre méltók még nem elődsiek által okozott májtömlő eseteiben a nőkben főleg a menstruatio idején kiélesedő, a hasban székelő fájdalmak.

A mi a májtömlő eseteiben való teendőnköt illeti, ez, ha a bántalom lényegét daganatnak fogjuk fel, önként értendő. A legideálisabb eljárás természetesen az egész daganat teljes kiirtása, a mi alatt az abszolút jóindulatúságot tekintve, tisztán a tömlőfalzatok pontos eltávolítását értjük. Minthogy azonban a cysta máj-ágya a falzat eltávolítása után rendszeren igen vérzékeny, ha a vérzésesillapítás nagyobb nehézségekbe ütközik, meg kell elégednünk a cysta részleges, természetesen minél kiterjedtebb resectiójával. A tömlő belfelületének gondos ellátása s megfelelő sarjadzás után a kitamponált és eleinte nyitva kezelt hasseb secundaer módon

egyesíthető és a fistula nélküli tökéletes gyógyulásban is joggal bízhatunk. Az ilyen gyógyulás azonban a tömlő conservatív műtete — egyszerű kivarrás, megnyitás és tamponálás — esetén annyira kizárt, hogy egyes szerzők azon makacs sipolynylásokból, melyek az echinococcustömlők ilyen műteti kezelése után igen hosszasan megmaradnak s minden gyógyulással dacolnak, retrospective egyenesen arra következtetnek, hogy ezen esetekben tulajdonképpen nem élősdiek által feltételezett, hanem „valódi“ májtömlők voltak jelen. Mindenesetre tehát a gyökeres műtét ajánlatos, melynek késői eredményei úgyszólván tökéletesek, esélyei pedig egyáltalában nem rosszabbak, mint például az epehólyagkiirtáséi, mely pedig nem tartozik a súlyosabb műteti beavatkozások közé.

* * *

Végül hálás köszönetemet kell kifejeznem mélyen tisztelt főnökömnek, Dollinger Gyula professor úrnak az eset szíves átengedéseért s munkámban való nagybecsű támogatásáért.

Közlés a budapesti kir. magyar tudományegyetem általános kór- és gyógytani intézetéből (igazgató: Tangl Ferencz dr., egyetemi tanár) és a székesfővárosi szt. Margit-kórház sebészeti osztályáról.

A vékonybél retrograd incarceratiójáról.

Irta: *Pólya Jenő* dr. egyetemi magántanár, kórházi rendelőorvos.

(Folytatás.)

Es ez átvezet a második pontra, hogy tudniillik igenis incarcerálva lehet az összekötő kacs mésója a nélkül, hogy az a műteti biopsia alkalmával szembeötlő volna. Először is a sokféle ránczképződés folytán két kacs mesenteriuma összefüggésének kimutatása rendkívül nehéz lehet és a hol ez a ránczképződés nem is oly komplikált s a mesenterium kétszeres áthaladása a sérvkapun kétséget nem szenved, ott sem kell feltűnőnek lenni a mesenterium átmenetének az egyik bélkacsról a másikra, a mint arra nézve a *Heller* I. esetét illusztráló ábra igen tanulságos.

Még nehezebben lesz megállapítható az összekötő mesenterium jelenléte a sérvtömlőben akkor, ha nem megy át egészében, mint egy V-alakban összehajtott nagy lemez a sérvtömlőn, hanem csak egy csücske van benne a sérvtömlőben, az előbb leírt mechanizmus szerint.

Ha az incarceratio a lágyékesatorna subcutan nyílásában, vagy a czombesatornában a fossa ovalis táján történik, akkor nem is kell a mesenteriumnak a sérvtömlőn belül lennie, elég, ha a közbeeső kacs mesenteriuma behúzatik az incarceratiós gyűrű felett levő lágyék- vagy czombesatornába, hogy a hozzátartozó bélrész elhaljon.

Legnehezebb megmagyarázni azokat az eseteket, melyekben az operatív biopsia kimutatta, hogy az összekötő kacs mesenteriuma csakugyan a hasüregben volt. Legfontosabbak e tekintetben *Neumann*, *Sultan* és *Lorenz* észleletei, a kik még a debridement előtt tisztázták a hasüregbeli situst és ezekhez csatlakoznak *de Beule*, *Takayasu* észleletei, a kik a debridement után végzett laparotomiával tisztázták az összekötő kacs mesenteriumának a helyzetét. Ezek észleleteiből tudjuk, hogy az összekötő kacs mesenteriumának lapszerű megtörése s a megtörés helyét jelző „Zugarkade“ erősen ki volt fejezve és hogy ez a „Zugarkade“ közvetlen a sérvkapu felett, attól legfeljebb $1\frac{1}{2}$ ujjnyira (*Neumann*) van. Nem valószínűtlen tehát az a felvétel, hogy a „Zugarkade“ a sérvkapuban benn volt és onnan kicsúszott akár a műteti manipulációk folytán, akár pedig egy más körülmény folytán, a mely körülményre, persze más összefüggésben, *Lorenz* nagy súlyt helyez. Ugyanis a mesenterium configuratiója megváltozik a bél megtelése alkalmával. Ezt a configuratiováltozást, melyet *Lorenz* is leír hullakísérletei alapján, már néhány évvel előbb leírta *Monks*.¹ Ezen configuratiováltozás oka abban van, hogy a bél kiterjedését a mesenterium nem bírja követni s a bél kiterjedése alkalmával annak mesenterialis szélét visszatartja. A mesenteriumától megfosztott bél egyenes

csövet alkot, míg ha mesenteriuma rajta van, akkor már valamelyes hosszúságú darabok is kifejezett convexitással bírnak szabad szélükön és ez a convexitás nő, ha a belet felfújjuk. Erős felfúváskor azt a képet kapjuk, a melyet *Lorenz* is lerajzol, hogy tudniillik a bélkacs felemelkedik, lábpontjai közelednek és mesenteriumának periferiás része, melyet *Monks* igen találóan a mesenterium fodros szélének (ruffled border) nevez, a centrálisan fekvő s a mesenterium szélességének $\frac{2}{3}$ — $\frac{3}{4}$ részét tevő sima részzel szemben, megfeszül, míg a sima rész határán megtörés is keletkezik, de ez a megtörés tisztán a bél tensiója folytán nem mehet addig, hogy hegyes szöglet képződjék, a mint *Lorenz* felveszi, és egyáltalán hosszabb béldaraboknál, mivel a mesenterium szélének és a bélnek görbületei alternálók, vagyis az egymással szomszédos kacsok convexitása ellenkező irányba, az egyik fel, a másik lefelé néz, felfúvás után nem a *Lorenz*-féle ívszerű alakot fogja a bélkacs felvenni, hanem S alakú lesz, vagy kigyóvonal alakjával fog birni. Ezen alternáló görbületek már eo ipso lehetetlenné teszik azt, hogy az 1—2—3 meter hosszú közbeeső kacsok mesenteriuma a *Lorenz*-féle theoria értelmében hegyes szögletű megtörést szenvedjen, a mennyiben a megtörés túlságos fokát az egymással szomszédos bélkacsoknak ellenkező irányban való megfeszülése lehetetlenné teszi.

En ennek a jelenségnek egészen más irányban tulajdonítok jelentőséget mint *Lorenz*. En így képzelem a dolgot. A sérvbe leszálló két bélkacs maga után húzza az összekötő kacs mesenteriumát, a melyen a hasüregben visszamaradt összekötő bélkacsnak felcsapódása folytán ráncz képződött. Ez a ráncz incarcerálódik, előállnak súlyos változások a bélben, stasis, vérzés a bél lumenébe, bélbénulás, a bél ennek folytán tágul, puffad, a bél tágulása, puffadása folytán megfeszül a mesenterium s ezen megfeszülés folytán, mely a mesenteriumot a táguló bél convexitása irányában húzza (*Lauenstein*, *Neumann* stb. hangsúlyozzák a „Zugarkade“-nak a gerincoszlop felé néző convexitását), kivongalódik a mesenterium a sérvkapuból, s azért találják, ha kellő idő eltelt, a mesenteriumot a sérvkapu felett a hasüregben, magát a sérvkaput pedig oly tágnak, hogy a benne levő bélkacsok mellett még könnyen lehet a hasürbe hatolni (*Lorenz*, *Sultan*) s ily módon magyarázható az is, hogy az összekötő kacs, mely mesenteriumának incarceratiója folytán már súlyos, sőt irreparabilis változásokat szenvedett, sokkal rosszabb állapotban van, mint a sérvben levő bélkacsok, melyek mesenteriuma természetesen kevesebbet szenvedett mint az összekötő kacsé és melyek az összekötő kacs mesenteriumának a sérvkapuból való kihúzódása után még újra össze is szedhetik magukat, úgy, hogy tulajdonképpen nincsenek is incarcerálva (*de Beule* II., *Haim*, *Jäckh*, *Klauber*, *Laroyenne*, *Schmidt*, *Sultan*, *Siebert*, *Subbotich*) vagy csak csekély mértékben változnak el (*Wistingshausen*, *Lorenz*, *Lauenstein*.)

Ezek alapján legalább is azt állapíthatjuk meg, hogy az ezideig felhozott ellenérvek nem tudják megdönteni azt a *Klauber*-, *Jäckh*-, *Haim*-, *Heller*-féle, már a priori is legtöbb valószínűséggel bíró és kísérleti alapon egyedül beigazolható felfogást, hogy az összekötő kacs gangraenáját mesenteriumának a sérvben való incarceratiója idézi elő, tehát *Maydl*-féle értelemben való igazi retrograd incarceratióról van szó.

Még csak azzal az ellenvetéssel kell foglalkoznunk, hogy vannak bizonyos esetek, melyekben az anatómiai lelet teszi valószínűtlenné, hogy az összekötő kacs mesenteriuma a sérvben incarcerálva volt. *Sultan* a saját esetén kívül ilyennek jelzi a *Manninger* esetét és az én II. esetemet.

Sultan saját esetében az összekötő kacs mesenteriumának összenövéséből a sérvkapuval és a csepleszzel, mely összenövés kétségtelenül régi volt, következtet arra, hogy ez a kacs régen azon a helyen volt, a hol a boncsolás alkalmával találtatott, tehát nem alkothatta a sérv tartalmát. Ez kétségtelenül ellene szól annak, hogy az összekötő kacs mesenteriuma egészében kétszer ment volt át a sérvtömlőn, de nem szól ellene annak, hogy az ezen összenövéstől centrálisan fekvő részlet volt megelőzőleg a sérvkapuban becsipődve.

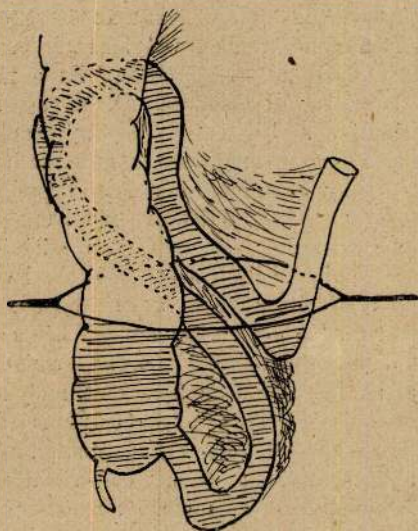
Manninger esetében az egyik sérvbeli kacsot egy bélfalsérv alkotta, azért tartják valószínűtlenné, hogy az összekötő kacs mesenteriuma a sérvtömlőben lett volna; azonban ezt egyáltalán

¹ Annals of surgery, 1905 október.

nem lehetetlen elképzelni. A 9. ábra mutatja, miképpen lehet felfogni ezen esetben a mesenterium lefutását.

Nem tudnám elképzelni az összekötő kacs mesenteriumának a sérvbe való jutását a saját II. esetemben, a hol nyilvánvalóan a proe. vermiformis akadályozta meg a sérvbe jutott bélkacs kúpjának a sérvbe való hatolását; de itt az összekötő kacs ép volt, a mint ép volt *Kaiser* esetében is a sérvben levő bélkacsok gangraenája ellenére. És éppen ezek az esetek, és különösen a *Kaiser*-féle eset, nagyon arra vallanak, hogy igenis két bélkacsnak kizáródása egy sérvkapuban még nem involválja önmagában az összekötő kacs elhalását. Azzal, hogy egy bélkacs kétoldalt átjárhatatlan, még nem áll be okvetlenül a *Lorenz* által feltételezett circulus vitiosus. Ezek az esetek, melyekben az összekötő kacs a sérvbeli kacsok incarcerationatiója és pedig súlyos incarcerationatiója ellenére ép volt, bizonyítják legjobban, hogy az állatkísérletek eredményei, melyek két bélkacs leköttése alkalmával, ha az összekötő kacs mesenteriuma nem lön strangulálva, mindig csupán a leköttött kacsok súlyos táplálkozászavarát, s az összekötő kacs épen maradását eredményezték, igenis emberen is realizálódnak.

Nem megyünk belé egyéb érveknek a tárgyalásába, a melyeket az elhalt összekötő kacs mesenteriumának incarcerationatiója mellett és ellen felhóztak, a minők például, hogy a sérvbeli bélkacsoknak ilyenkor egyenlő hosszúnak kell lenniök, verticálisan kell futniök



9. ábra. *Manninger* esetének sémája. A mesenterium helyzete a műtét alatt megállapítva nem lett. A rajzon látható mesenteriumlefutás tehát nem *Manninger* adatainak megfelelően, hanem úgy van rajzolva, a mint a mesenterium lefutását annak a sérvkapun való kétszeres áthaladása esetében elképzelni lehet.

(*Lauenstein*), hogy a mesenteriumon levő thrombosis a mesenterium incarcerationatiójának csálhatatlan jele (*Klauber*), hogy a mesenteriumon látható vérvések éles határa a mesenterium incarcerationatióhelyének felel meg (*Jückh, de Beule*) vagy a „Zugarkade“ helyének (*Lauenstein, Lorenz*), mert részben elavult vitapontokat alkotnak, részben pedig a kérdés lényeges tisztázása tőlük nem várható. Mindent összevéve röviden odakövetkeztethetünk, hogy az állatkísérletek alapján nem valószínű, miszerint az összekötő kacs gangraenája másképpen mint mesenteriumának incarcerationatiója útján jöhet létre és hogy az eddigi észleleteknek egyike sem szól per absolutum ezen felvétel ellen.

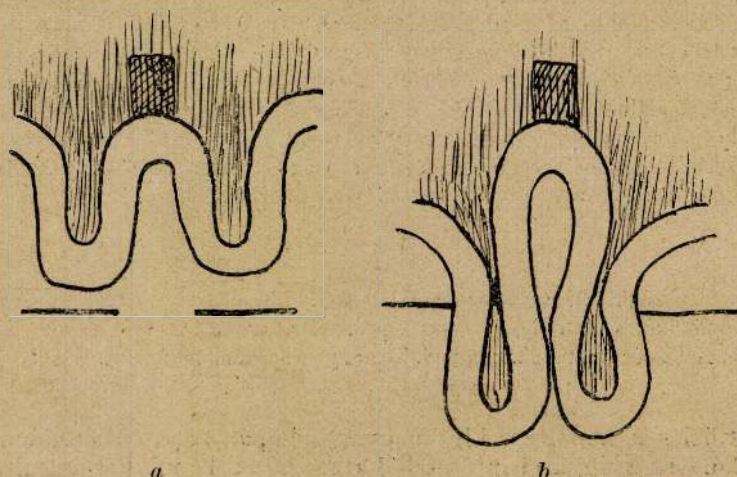
Egy másik igen fontos kérdése a szóban forgó körkép pathológiájának az, hogy miképpen incarcerationálódik 2 sőt 3 bélkacs egy sérvtömlőben?

Az erre vonatkozó nézeteket s az összes eshetőségeket legkönnyebben úgy tekinthetjük át, ha — miként *de Beule* — ezeket a két bélkacsot tartalmazó sérvket, (a hogy *de Beule* nevezi **W**-alakú sérvket) 2 csoportra osztjuk: primaer **W**-sérvekre, melyekben két bélkacs egyszerre vagy egymásután szállott le a sérvbe, és secundaer **W**-sérvekre, melyekben eredetileg csak egy bélkacs volt a sérvben, s ennek azután egy része, csúcsa vagy közepe visszakertült a hasüregbe. Mindkét fajta **W**-sérvt ismét többféle módon jöhet létre.

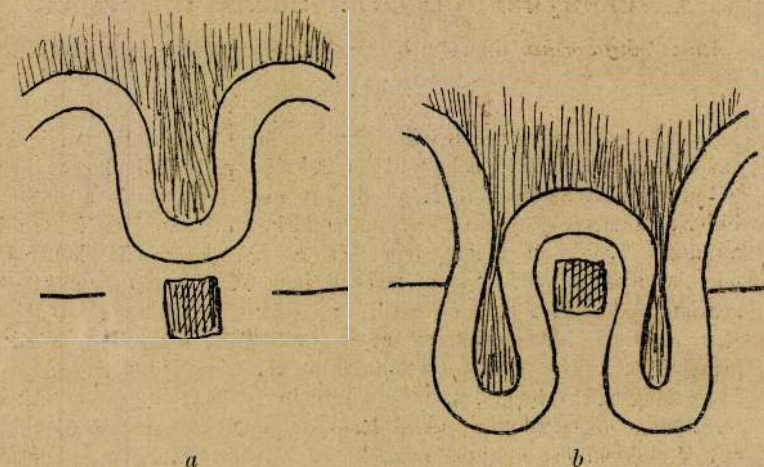
A) Primaer **W**-sérvek. 1. Ha az összekötő kacs a hasürben fixálva van s ezért nem szállhat le a sérvbe (*Maydl*) (10. ábra). Az

egyedüli eset, mely ennek a feltételnek némileg megfelel, *Sultan* esete.

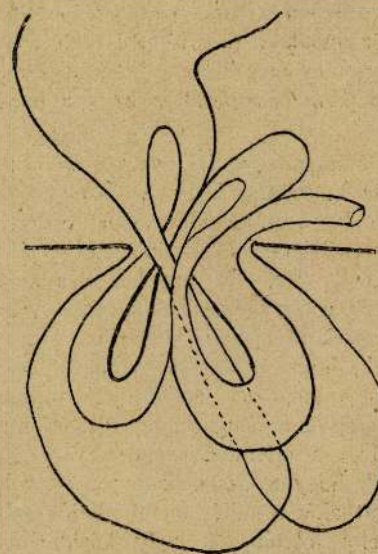
2. Ha az összekötő kacs kúpjának leszállását a sérvben levő valamely képlet akadályozza (11. ábra). Erre nézve is csak egy



10. ábra. A sérvkapu felett fixált összekötő kacs nem tud leszállni a sérvbe.



11. ábra. A sérvkapuban levő akadály miatt visszamarad az előrehaladó bélkacs kúpja.



12. ábra. II. sz. esetem sémája.

példa van, az én II. esetem, a hol nyilván a sérvben kifeszülő appendix gátolta meg a bélkacs kúpjának leszállását (12. ábra).

3. A közbeeső kacs mesenteriuma különösen merev és resistens és így visszatartja a kacsot a hasürben (*Lauenstein*).

4. Minden különös ok fennforgása nélkül is elképzelhető, hogy tág sérvkapuba, a mint az ezen esetek legtöbbjében talál-

tatott, egyszerre 2 bélkaes esik elő. Bizonyos praedispositiót szolgáltat erre, a mint arra *Lauenstein* utalt, a bélnek kigyóvonásban való lefutása, a melynél fogva a szomszédos bélkaesok kúpjának convexitása mindig ellenkező irányba néz. Ezen alternáló görbülés éppen a kaesok megtelezésének pillanatában válik különösen kifejezetté és ha egy lefelé néző kaes bejut a sérvbe és visszazoruló tartalma a szomszéd, felfelé néző kaest megpuffasztja, és még inkább felfelé fordítja, akkor a második szomszéd szintén lefelé néző és még üres kaes aránylag könnyebben juthat be a sérvbe mint a közvetlenül szomszédos. Azonban nemcsak egymás közelében, hanem mint az összekötő kaes hossza (egész 3 meterig) bizonyítja, igen távol fekvő bélkaesok is incarcerálódhatnak egy sérvben és úgy látszik, hogy éppen ilyen egymástól távol fekvő bélkaesoknak a sérvbe való jutása alkot praedispositiót arra, hogy az incarceratio beálljon. Abból, hogy az összekötő kaeson több esetben találtak olyan anatómiai jelenségeket, melyek arra utalnak, hogy az szokott rendszeren a sérvbe lejárni, azt is lehet gondolni, hogy retrograd incarceratióra különösen az olyan bélkaesok leszállása praedisponál, melyek rendszerint nem szoktak a sérvbe lejárni (*Lorenz*).

A primaer **W**-sérveket a genetikus szemponttól eltekintve még kétféleképpen lehet beosztani, tudniillik a szerint, a mint mindkét kaes egyszerre vagy pedig egymásután lép be a sérvbe, és a szerint, a mint a sérvbeli bélkaesok az összekötő kaes mesenteriumát maguk után vongálják a sérvtömlőbe vagy sem. Ez utóbbi ponttal az összekötő kaes gangraenájának tárgyalása alkalmával foglalkoztunk. A mi az előbbi kérdést illeti, mindkét eshetőség kétségtelenül megvalósulhat. Így például az én II. sz. esetemben, a melyben nagy erőlködés alatt hirtelen kiszorult a sérv egy oly betegnek, ki azelőtt soha legcsekélyebb nyomát sem tapasztalta a sérvnek, a kiből a congenitalis és az appendixet tartalmazó sérvtömlőbe sohasem lépett előzőleg a hasűr tartalma, kétségtelen, hogy a két kaes egyszerre lépett ki. Viszont *Sultan*, *Takayasu* eseteiben, és *Lauenstein* VII. esetében, a hol kétségtelen anatómiai jelei voltak annak, hogy az egyik bélkaes már régen volt a sérvben, bizonyos, hogy a második bélkaes utóbb lépett be a sérvbe, és ezáltal hozta létre a retrograd incarceratiót.

A *de Beule* által említett kriteriumot, melynek alapján a bélkaesok hosszúságából lehetne következtetni arra, vajjon a két kaes egyidőben vagy egymásután lépett be a sérvbe, a mennyiben tudniillik az egyszerre belépő kaesoknak egyforma hosszúnak kell lenniök, míg ha egymásután történik a bélkaesoknak a sérvbe való belépése, akkor az utóbb belépő kaes a rövidebb, nem lehet minden további nélkül elfogadnunk. *Takayasu* esetében például a rövidebb kaes volt odanőve a sérvkapuhoz, tehát ez volt régebben a sérvben. Nem érdektelen itt különben felhozni azt, hogy *Lauenstein* egy régebbi közleménye szerint¹ a két kaesnak olyan esetekben kellene egyforma hosszúnak lenni, melyekben a retrograd incarceratio az összekötő kaesnak a sérvből a hasűrbe való visszatérése folytán keletkezett, vagyis a secundaer **W**-sérvekben a *de Beule*-féle beosztás szerint.

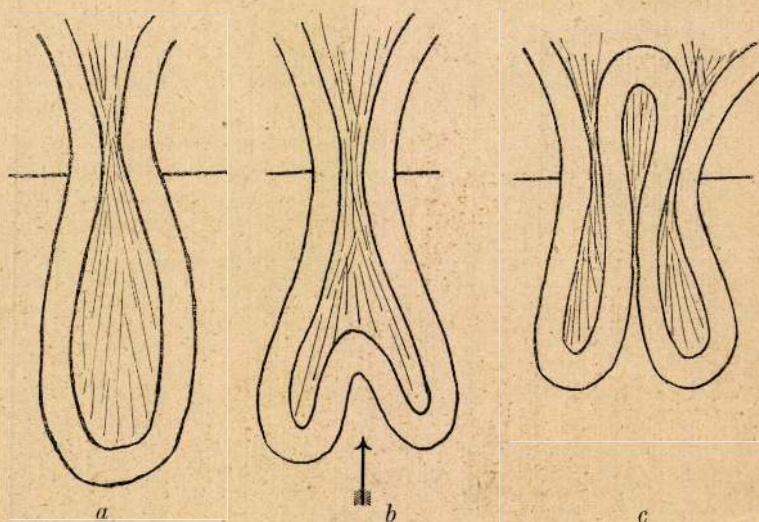
B) A secundaer **W**-herniák keletkezésére nézve a következő lehetőségeket hozták fel.

1. A sérvben levő bélkaes csúcsa a taxiskisérletek okozta nyomkodás folytán kerül vissza a hasüregbe (13. ábra). *Maydl* theoretice állapította meg ezt a lehetőséget, hozzátéve, hogy valószínűtlennek tartja, miszerint ez bekövetkezzék, mert vagy oly szűk a sérvkapu, hogy négy béllumen nem megy át rajta, vagy oly tág, hogy négy béllumen beléje fér, de ekkor nem jó létre incarceratio. Igen helyesen fejti ki azonban *Heller*, hogy a tulajdonképpen incarceratio csak akkor áll be a taxiskisérlet folytán, a mikor a sérvbeli bélkaes kúpját erőszakkal visszanyomják és négy béllument gyömöszölnek be a sérvkapuba. *Haim* utal arra is, hogy a sérvkapuban fekvő mesenterium megduzzadása másodlagosan vezethet azután a béllumennek összepréselésére. A **W**-alakú sérvnek a leírt módon való keletkezését veszi fel eseteiben *Hochenegg*, *Heller* és *Wistingshausen* is II. sz. esetében. *Jenckel* teoriájáról, mely szerint az egész kórképet az idézné elő, hogy a már gangraenás bél helyeztetik vissza a hasüregbe, már előbb megemlékeztünk.

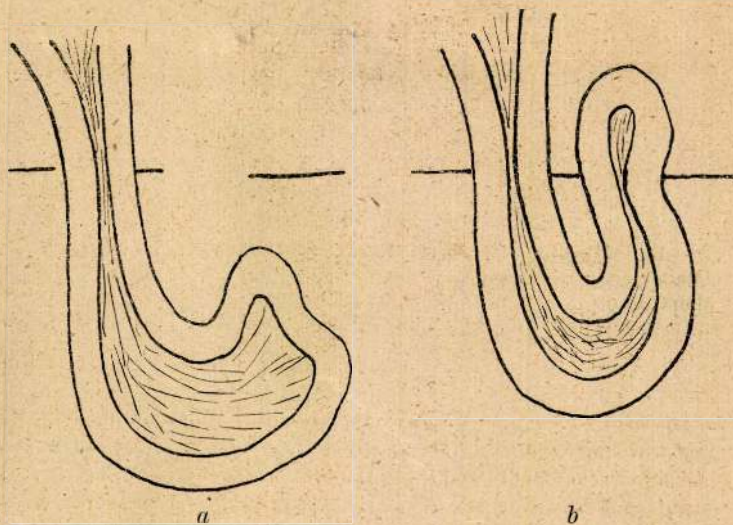
2. Az összekötő bélkaes spontán csúszik vissza a hasüregbe. Ez a felvétel, melyet *Wistingshausen* fejtett ki először, igen való-

színű azokban az esetekben, melyekben a sérvkapu ketté volt osztva, s melyekben a bélkaes a sérvkapu egyik nyílásán lépett be, a másikon pedig vissza a hasüregbe (*Wistingshausen* I., *Lorenz*, *de Beule* I. 1. 14. ábra).

3. Retrotractio útján. Ezt a teoriát *Neumann* fejtette ki. Szerinte az összekötő kaesnak volt a legrövidebb mesenteriuma, azért ezen bélkaes mesenteriuma feszült a legjobban. Bizonyos testtartás (lordosis lumbális gerincoszlop, a sérv oldalán levő czomb behajlított állása, melyet az idézett elő, hogy a betegnek ezen végtagja a másik oldalon szenvedett és rövidüléssel gyógyult czombtörés folytán relative hosszú volt) mellett ezen béldarab rövid mesenteriuma ellenére benn maradhatott a sérvben, midőn azonban a beteg a hátára feküdt s lumbális gerincoszlopa kiegyenesedett, czombját kinyújtotta, a rövid mesenterium visszahúzta a hozzá-



13. ábra. A bélkaes kúpja visszamegy a sérvkapun.



14. ábra. A bél a sérvkapu egyik nyílásán lép be a sérvbe s a másikon visszamegy a hasüregbe.

tartozó bélkaest a hasüregbe, a mennyire azt csak a sérvben visszamaradt belek engedték, egyszersmind a mesenterium ezen része lett legjobban vongálva, s azért mutatta a hozzátartozó bél, vagyis az összekötő kaes a legsúlyosabb táplálkozási zavarokat.

Ezen felvétel minden valószínűséget nélkülöz. Először maga *Neumann* leírja, hogy az összekötő kaes fel és előre volt csapódva, a mi legalább is annyit jelent, hogy az összekötő kaes mesenteriumának nagyobb része húzódott volna ki a sérvből, mint a mennyi a radix mesenterii irányából gyakorolt húzásnak megfelel. Másodszor, miért feszülne még éppen mindig a sérvbe jutott bél közepének mesenteriuma leginkább, mikor anatómiai okokból tulajdonképpen az orális kaes mesenteriumának kellene mindig legjobban feszülnie? Hosszabb összekötő kaesokra nézve egyenesen elképzelhetetlen, hogy a sérvből ily módon kihúzódhattak volna, és akkor, ha a sérvkapu szűk, a minő *Neumann* esetében volt, vagy ha a

¹ Centralblatt f. Chir., 1907. 714. 1.

ismerték fel ezt az állapotot. Csak *de Beule* (1908), *Lauenstein* (1909) és *Lorenz* (1909) említik, hogy egyes eseteikben a valószínűségi diagnoszt felállították.

Háromféle symptoma az, melyet az eddig észlelt retrograd incarceratiók symptomacomplexumának tanulmányozása alapján erre az állapotra nézve jellegzetesnek kell tartanunk.

1. A sérv nagysága és főleg asymmetriája, mely utóbbi azonban csak az esetek egy részében van kifejezve. Ez az asymmetria az által van feltételezve, hogy a sérvben levő kacsok nem egyforma hosszúak, ennél fogva az egyik lejjebb ér, mint a másik, sőt mivel a két kacs teltségi állapota is különböző lehet, a sérv egyik része puhábbnak, másik része keményebbnek mutatkozhatik (*Pringle*). A sérvben levő ezen asymmetriára, mely a sérv domborulatát befűző behúzódnak képében mutatkozik, *Lauenstein* már 1894-ben figyelmeztetett, később *Klauber* (1906) is észlelte e symptomát és *Lauenstein*-nak sikerült ezen symptomából kiindulva megdiagnostizálni, hogy az incarcerált sérvben két egyenlőtlen hosszúságú bélkacs van jelen.

2. Az összekötő kacs teltsége és elhalása folytán a hasban létrehozott lokális jelek. Már *Langer* (1903) figyelmeztetett arra, hogy az összekötő kacs a hasürben a *Wahl*-féle symptomát és kimutatható szabad ascites megjelenését okozhatja. Magam is már 1905-ben leírt esetemben említettem, hogy a hasürön belül fekvő elhalt bél kitapintható volt és hogy arra, miszerint ezen daganat a bélfal elváltozása által feltételeztetett, abból lehetett következtetni, hogy a hurkaalakú daganat állandóan fennállott, consistentiáját nem változtatta, tehát nem lehetett a bél peristaltikus összehúzódnak által előidézve. A hasürben fekvő elhalt bélkacsot directe kitapintani sikerült még *Jäckh*-nek első esetében, *de Beule*-nek második esetében és *Lorenz*-nek első és harmadik esetében. A bélkacs nem volt directe kitapintható, de jelenlétére utalt az incarceratio helye felett a hasban érezhető resistentia *de Beule* I. és *Subbotich* esetében, az e helyen tapintható fájdalmas feszesség *Heller* I. és *Jäckh* II. esetében, fájdalmasság resistentia nélkül e helyütt *Heller* II. és *Neumann* esetében és végül a hasnak a sérv feletti tájon való lokális puffadása *Lauenstein* V. és VI. esetében, a sérv helye felett fennálló fájdalom és tumpulat *Manninger* esetében. *Lauenstein* is egyik esetében kis tumpulatot talált. Ismét más esetekben az egész has fájdalmassága és feszessége (*Pólya* III.), vagy az egész hasra kiterjedő puffadás (*Wistingshausen* I.) elmosta az összekötő kacsra vonatkozó lokális leletet. Egyedül *Enderlen* említi, hogy az abdomen részéről semmi tünet sem utalt retrograd incarceratióra.

3. Az általános tünetek sokkal súlyosabbak, mint közönséges incarceratiók alkalmával és éppen ez a disharmonia egyfelől az incarceratio tartama és az általános tünetek súlyossága közt, valamint egyes esetekben a súlyos általános tünetek és a kizárt hernia puhasága és csekély érzékenysége közt (*Schmidt*, *Haim*, *Sultan*) kell hogy utaljanak arra, hogy itt a sérvbeli elváltozásokon kívül még valamely súlyos intraabdominális elváltozás is lehet jelen, és ez fel kell hogy keltse a retrograd incarceratio gyanúját. Az általános állapot súlyossága kevés esetben hiányzott, a hol az összekötő kacsra súlyosabb elváltozások voltak (például *Klauber*, *Hochenegg*). Érdekes, hogy *Enderlen* esetében magának a betegnek, a ki már többszörösen ment keresztül incarceratióon, volt meg az az érzése, hogy most a hasában is ki van valami szorulva és nem úgy mint máskor, csak a sérvben.

Mindent összevéve, retrograd incarceratióra főleg nagy jobb oldali incarcerált sérvnek esetében kell gondolnunk. Ha ezek befűződést, asymmetriát mutatnak, mely arra enged következtetni, hogy a sérvben több bélkacs van, akkor ez a gyanú erősödik. Még inkább felkelti a gyanút, ha a sérvkizáródás tünetei mellett, annak tartamával aránytalan és a szokottnál súlyosabb általános symptomák mutatkoznak. Bizonyos valószínűséget azonban csak akkor nyerhet a diagnosis, ha a hasürben, illetve a sérv helye felett körülírt resistentia, fájdalmasság, lokális meteorismus mutatható ki. A valószínűség a biztosságot megközelítő akkor lesz, ha a hasürön belül egy mozdulatlan, merev, tágult bélkacs válik kitapinthatóvá. Ilyenkor legfeljebb a sérvincarceratióval kombinált másféle belső incarceratio vezethet tévedésre.

Therapeutikai szempontból a retrograd incarceratióról való ismereteink egy okkal több kell hogy legyenek arra, hogy a taxis-

kísérleteket ne erőltessük és hogy súlyosabb általános és abdominális tünetek jelenlétében a taxist meg se kíséreljük. Igaz, hogy öreg embereknek nagy sérvét nem szívesen operáljuk, de másfelől az is igaz, hogy az incarcerált hernia műtétét az öreg emberek is rendszerint nagyon jól és simán kiállják. Ha erőltetjük a taxist, azzal egyfelől előidézhetjük a retrograd incarceratiót, másfelől, ha retrograd incarceratio már van, a hasürben visszamaradt elhalt bélkacs gyorsan halálos kimenetelre vezet.

A műtét kivételét illetőleg a retrograd incarceratióról való ismereteink imperative követelik, hogy akkor, ha egy incarcerált sérvben több mint egy bélkacsot látunk, minden esetben húzzuk elő és vizsgáljuk meg az összekötő kacsot, mely el lehet halva akkor is, ha a sérvbeli belek teljesen épek. Az összekötő kacs előhúzódnak nehéz lehet mindaddig, a míg mind a két sérvbeli kacs künn van és azért az épebbet czélszerű visszahelyezni¹ s azután az összekötő kacsral együtt újra előhúzni. Vagy, ha mindkét sérvbeli kacs oly állapotban volna, hogy visszahelyezése még rövid időre sem látszik megengedhetőnek (gangraena, perforatio), a sérvkaput kiterjedten fel kell hasítani, esetleg a herniotomiát laparotomiával kell kiegészíteni, de az összekötő kacsot mindig és minden esetben elő kell húzni és megvizsgálni.

A mi a therapia eredményeit illeti, a táblázatunkban foglalt 40 eset közül 38 lett megoperálva, 2 műtét nélkül halt el, 3 illetve 6 nappal a tünetek kezdete után (*Schmidt*, *Sultan*).

A műtét alkalmával (herniotomia, illetve herniolaparotomia) a belet életképesnek találták és reponálták 17 esetben, ezek közül meghalt 1 (*Siebert* I.), a reponált bél elhalása folytán. Egy esetben a bél in toto életképesnek látszott és egy rajta levő perforatio bevarrása után reponáltatott (*Lauenstein* V.), ez is meghalt, mert a bélfal nem volt teljesen impermeabilis.

A többi esetekben a bél elhalása fel lön ismervé, ezek közül resectio történt 15 esetben és pedig 11 esetben primaer varrattal (7 gyógyult, 4 meghalt), 4 esetben anus praeternaturalissal (mind meghalt); az elhalt bél resectiója nem történt, azt csak körül-tamponálták (*Laroyenne*), vagy a hasfalba kivarrták (*Kaiser*), vagy körül-tamponálás után megnyitották (*de Beule* I.), vagy látva, hogy a beteg úgyis menthetetlen, az elhalt kacsot egyszerűen visszahelyezték (*Lorenz*), ezek mind meghaltak; egy beteg pedig még a műtét alatt halt el (*Lorenz*). A halál rendszerint pár óra alatt beállt, collapsus vagy peritonitis folytán, egy 20 óra múlva (*Heller*), 2 egy nap (*Langer*, *Wistingshausen*), 1 két nap (*Heller*), 1 csak 3 hét múlva halt el (*Pólya* I., kimerülés az anus praeternaturalison való nagy vízvesztés folytán + bronchopneumonia).

A resecált béldarabok hossza volt egy esetben 40 cm. (*Hoche-negg*), egyszer 60 cm. (*Takayasu*) háromszor 65 cm. (*Jäckh* I., *Klauber*, *Lauenstein* III.), 100 cm. (*Heller* II.), 130 cm. (*Neumann*), 150 cm. (*Manninger*), 200 cm. (*Langer*), 207 cm. (*Enderlen*), 235 cm. (*Heller* I.), 250 cm. (*Siebert*) és 367 cm. (*Pólya* III.). Két esetben (*Pólya* I., coecum + körülbelül 30 cm. ileum és *Wistingshausen* I.) a resecált darab hossza pontosan megadva nincs.

Tehát 5 esetben kellett 2 méternél hosszabb (ezekre három gyógyulás esik, *Enderlen*, *Siebert*, *Pólya*) belet eltávolítani s az én harmadik esetemben kiirtott 367 cm. hosszú bél egyike a litteratúrában szereplő leghosszabb bélresectióknak.

Achhausen-nek² legújabbán megjelent összeállítása szerint 12 olyan három méternél hosszabb bélresectio szerepel az irodalomban, a melyet a betegek kiállottak s mely után hosszabb ideig észleltek. Ezek közül *Stolz* és *Achhausen* eseteiben 4³/₄ méter, *Storp* esetében 510, *Nigrisoli*-ében 520 és *Denk* esetében 540 cm. vékonybél lön resecálva. Az esetek többségében a betegek közérzete jó volt, székletét is a normálishoz közelálló, bár hasmenések, különösen eleinte gyakoriak. *Denk*³ betege, a kit 540 cm. bél resectiója után 1¹/₂ évvel újra megvizsgált,⁴ 63 éves kora ellenére munkaképes volt és noha a szegény emberek átlagos kosztján élt, sem súlyfogyást, sem erőbeli állapotának fogyását nem tapasztalta.

A tanulság ezen esetekből az, hogy szükség esetén igen

¹ *Pringle* azon észlelete, hogy a hátrább fekvő kacs könnyebben megy vissza, más oldalról nem nyert megerősítést.

² Mittheilungen aus den Grenzgeb. der Med. und Chir., 1909. 21. kötet, I. füzet.

³ Wiener klin. Wochenschrift, 1907. 52. szám.

⁴ Mittheilungen aus den Grenzgebieten, 1909. 20. kötet, 216. l.

nagy béldarabok resectiójától sem szabad visszariadnunk. Tisztában kell lennünk azzal, hogy a vékonybél nagy részleteinek kiirtása nagy veszedelmet jelent a beteg táplálkozására nézve, de látjuk viszont azt is, hogy a szervezet igen nagy vékonybél-darabok kiesését is tudja compensálni. És ha választanunk kell egy nagy risico és a biztos pusztulás közt — és a gangraenás bél visszahagyása biztos halált jelent — nem szabad haboznunk, inkább risicót kell választanunk és ahhoz az eljáráshoz folyamodnunk, mely ha veszedelem árán is, de mégis reményteljesebb kecséget és ez a resectio.

Hátra volna, még egy megbeszélendő pont, tudniillik az, minő befolyása van az operatióig eltelt időnek a műtét prognózisára.

Azon esetekben, melyekben a belet reponálni lehetett (hozzá számítva a *Lauenstein* III. esetét is, a hol csak a perforatio bevarrása történt), 2 órától 24 óráig tertedő idő, átlag $8\frac{1}{2}$ óra mult el (2-ben az idő megadva nincs), a gyógyultakban átlag $7\frac{3}{4}$ óra, azokban a melyekben a reponált bél életképtetennek bizonyult (*Lauenstein* III., *Siebert* I.), átlag 10 óra telt el az incarceratio idejétől a műtétig.

Visszont azon esetekben, melyekben a bél a műtét alkalmával elhaltnak mutatkozott, a műtét alkalmával 4 órától 4 napig ingadozott a kizáródástól a műtétig terjedő idő, átlag 28 óra; a resectio után gyógyult esetekben 4 órától 16 óráig ingadozott az incarceratio tartama és átlag 10 órát tett ki, míg azoknál, kik resectio ellenére elhaltak, vagy a kiken a resectiót meg sem lehetett kíséreni, átlag $41\frac{1}{4}$ óra volt.

Összevéve az összes gyógyult eseteket, ezekben átlag 9 órával, a műtét után meghaltakban átlag $35\frac{1}{2}$ órával, leszámítva a csak 4 nap mulva operált *Hochenegg*-féle esetet, átlag 30 órával az incarceratio után történt a műtét beavatkozását.

A beavatkozás eredménye tehát első sorban a beavatkozás idejétől függ s a retrograd incarceratióról való ismereteink csak egy újabb érvet szolgáltatnak azon álláspont igazolására, hogy a kizárt sérvet mentől hamarabb meg kell operálni.

Végül szabadjon *Tanagl* tanárnak azon szíves támogatásért, melylyel kísérleteimet lehetővé tette, e helyütt is leghálásabb köszönetemet kifejeznem.

(Vége következik.)

Róna Sámuel †

A magyar dermatológiának halottja van. Róna Sámuel dr., egyetemi cz. rk. tanár, a szt. István-kórház bőr- és bujakóros osztályának főorvosa folyó hó 14.-én éjjel rövid, de kínzó betegség után meghalt.

E hó 5.-én az orbánczosok osztályából kijöve, a feje tetején levő csekély sebzést, a melynek fennállásáról csak akkor értesült, érintve, azt fertőzte. A szerencsétlen véletlen okozta mérgezés hatása még az nap mutatkozott. Éjjel két órán át tartó rázóhideg lepte meg, másnap délelőtt a fejtetőn levő csekély sebzést már forintnyi vörös belövelési ndvar vette körül, a melyből kiindulólág és a nyakra leterjedőleg nyirokér-gyulladás vált észlelhetővé. A következő napokon a gyulladás rohamosan haladt előre, mihez nagyban hozzájárulhatott a diabeteses talaj. Az orbánczhoz csakhamar súlyos, fulminans phlegmone, majd szív-működésbeli rendellenesség csatlakozott és 14.-én éjjel beállott a halál, melylyel a majdnem 30 éves tevékeny munkálkodás nem várt és hirtelen tragikus véget ért.

Róna Sámuel 1857-ben született Halason. Orvosi tanulmányait a budapesti egyetemen végezte, a hol 1881-ben orvosdoktorrá avatták. Néhány hónapon át Kaposi osztályán Bécsben gyakornokoskodott. 1882-ben Budapestre visszatérve, a szt. Rókus- és szt. István-kórházban mint segédorvos működött. 1884—85-ben Schwimmer osztályán segédeskedett. 1886-ban az ambulatorium alapításában vett részt. 1887-ben a barakk-kórház II. fertőző osztályának élére állították. 1889-ben a bőrgyógyászatból és bujakórtanból magántanári képesítést nyert. 1893-ban az új dologkórházban részére bujakóros osztályt alapítottak. 1897-ben Mezey főorvos elhalálózása után a szt. Rókus-kórház V. osztályát vette át és 1898-ban, Schwimmer elhalálózása után a szt. István-kórház bőr- és bujakóros osztályának élére helyezték. 1899-ben a rendkívüli tanári címet nyerte el.

Róna Sámuel lankadatlan kitartással, ernyedetlen szorgalom-

mal, élete minden becsvágyával, ritka nagy ambícióval működött hivatása terén és ennek köszönhető is gyors és szép emelkedését. Tapasztalatai és búvárkodásai eredményét több mint száz cikkben és két nagyobb munkában közölte és így ő is nagyban hozzájárult, hogy a magyar dermatologia a tudományos külföld előtt is elismerésben részesül. Munkálkodása kiterjedt az egész dermatológiára és a syphilographiára. Hazai tudományos orvostársulataink mindegyikében, az orvosegyesületben, a közközházi orvostársulatban, a dermatologiai és urologiai szakosztályban előadásokkal vagy demonstrációkkal tevékeny részt vett. Szorgalmas látogatója volt a külföldi szakegyesületeknek, így is iparkodván tudományát kibővíteni és látókörét tágítani. Tudományos munkálkodása elismerésül a bécsi, a berlini, a párisi és az olasz dermatologiai társulatok levelezőtaggá és a Deutsche Dermatologische Gesellschaft legutóbbi, Frankfurt a. M.-ban tartott ülése alkalmával választmányi tagjává választotta meg. Osztályát pedáns pontossággal vezette és ott tartott előadásaival a dermatologia és syphilographia ismereteinek terjesztése körül szerzett érdemeket. Igen nagy munkát végzett a mult évben Budapesten tartott nemzetközi congressus dermatologiai osztályának szervezése és vezetése körül, fáradságtalanul, egyedül végérvény minden munkát. Különben mi sem jellemzi jobban nagy szorgalmát és ambícióját, mint az, hogy az utóbbi években orvosteendői között még talált időt idegen nyelvek elsajátítására.

Az ernyedetlen tevékenység e mintájának működését a tragikus véletlen idő előtt beszüntette. Méltán megérdemli, hogy koporsójára az elismerés koszorúját helyezzük. *Havas.*

IRODALOM-SZEMLE

Könyvismertetés.

Handbuch der biochemischen Arbeitsmethoden. Herausgegeben von E. Abderhalden. Urban und Schwarzenberg, Berlin-Wien. 1910. Zweiter Band. Spez. Teil II. Hälfte I—XXVIII és 497—1101. lap. Dritter Band. Spez. Teil. I. Erste Hälfte. 1—478. lap.

A mit e kitűnő gyűjtőmunkának lapunk számában ismertetett két kötete ígért, azt teljes mértékben megtartotta a most megjelent további 2 kötet, melylyel azonban a munka még nem fejeződött be. Hiányzik még az I. kötet (általános rész) második fele és a III. kötetnek (különös rész) szintén második fele.

A II. kötet második fele a proteinek alkotórészeinek előállítását és elkülönítését célzó módszerek ismertetését folytatja. *Steudel* (Berlin), *Kossel* tanítványa, a histidin, lysin és arginin izolálását írja le. *Schulze E.* és *Winterstein E.* zürichi tanárok a növényekben található aminosavak, az asparagin, glutamin, azután a cholin, betain és trigonellin izolását ismertetik. A proteinek részletes hydrolysis és a polypeptidek synthesise című fejezet *Abderhalden* és *Siegfried* (Lipce) tanároktól van. Igen érdekes fejezet a racemikus aminosavak élő mikroorganizmusok okozta hasadásáról szóló, melyet *Ehrlich Félix* boroszlói tanár irt. Ezután következnek: Nukleinsavak és bomlási termékeik *Steudel* (Berlin), *Levene P. A.* (New-York) és *Winterstein*-től. A haematin és bomlástermékei *Küster W.* stuttgarti tanártól (Hüfner tanítványától), a ki még az epefestékekről szóló fejezetet is irta. Az epesavak és fontosabb bomlási termékeik *Hammarsten O.* (Upsala) tanártól. A chlorophyll és fontosabb bomlástermékei *Willstätter R.* zürichi tanártól. Állati pigmentek és festőanyagok *Samuely F.* freiburgi magántanártól. Az idegszövet jellemző lipoidjainak előállítása és tulajdonságai *Cramer W.* edinburghi tanártól. Állati mérgek előállítása és kimutatása *Faust E. St.* würzburgi tanártól. Alkoholoidák előállításának módszerei *Schmidt I.* stuttgarti tanártól. A saponinok előállítása *Kobert R.* rostoki tanártól. Az illó olajok előállítása *Bartelt K. dr.*-től (Berlin). A cserző anyagok előállítása és kimutatása *Nierenstein M.* bristoli magántanártól. A rothadási basisok izolálása és a húskivonatok basisainak előállítása *Ackermann D.* würzburgi magántanártól. Az utolsó fejezete a kötetnek *Pflüger* bonni physiologus glykogenelemzésének módszeréről szól s magának a mesternek tollából származik.

A III. kötet az erjesztőanyagok (fermentum) vizsgálatának ismertetésével kezdődik. E fejezetet *Michaelis Leonor* (Berlin) és egy részét *Chodat* genfi tanár irta. Utána következik az emésztés

vizsgálata. Igen értékes részlete e fejezetnek a *Pawlow-féle* operatív methodika ismertetése, *Pawlow* egyik legszorgalmasabb tanítványától, *London* pétervári tanártól. Az emésztés termékeinek vizsgálatát *Zunz E.* brüsszeli magántanár, a nyál és vastagbél-tartalom vizsgálatát *Scheunert* drezdai tanár írja le. A közbülső anyagcsere („intermediärer Stoffwechsel“) fejezete számos részre oszlik: a szervek felaprózása és hatásos szervkivonatok készítése *Wiechowski* prágai tanártól; szervek átáramoltatása *Müller F.* berlini magántanártól; a túlélő szervek anyagcserejének vizsgálata *Baglioni* római tanártól; a szénhidrátforgalom, zsírforgalom és fehérjeforgalom erjesztői *Jacoby* berlini tanártól, a ki még a szervek autolysisének vizsgálatát is megírta; a nukleinforgalom erjesztői *Schittenhelm* erlangen-i tanártól. Az utolsó rész e kötetben az állati szövetek lélekzésének vizsgálata *Battelli*-től és *Stern Lina*-tól (Genf).

E kötetek gazdag tartalma s a szerzőknek majdnem kivétel nélkül kitűnő neve biztosítja e mű nagy értékét. Nagy érdeklődéssel várjuk a befejező köteteket.

Tangl.

Lapszemle.

Belorvostan.

Az érvágásról és a végtagok lekötéséről a vérkeringés bajaiban tartott előadást *Tabora* az „Unterelsässischer Aertzteverein zu Strassburg“ egyik utóbbi ülésén. Az újabban ismét divatosá váló érvágásnak sokszor eredménytelensége az előadó szerint onnan ered, hogy a javallatot nem állítják fel helyesen vagy hogy nagyon kevés vért bocsátanak. Az érvágás akkor javalt, ha a gyűjtőeres rendszer túlterhelt. Ezen túlterheltség fokának megállapítására most már eszközünk is van, a *Moritz-Tabora-féle* phlebotonometer, a melylyel végzett vizsgálatok alkalmával kiderült, hogy erős cyanosis és látszólag erősen tágult és teli gyűjtőerek mellett a venás nyomás nem okvetlenül fokozott. De ha fokozott, annyi vér bocsátandó ki, hogy a venás nyomás megközelítőleg a rendes értékre (4–6 cm. víz) süllyedjen; ehhez többnyire 300–500 cm³ vér kibocsátása szükséges. Így járva el, szívelégtelenség eseteiben, valamint pneumoniaiban is, ha szívelégtelenség fenyeget, kitűnő eredmény érhető el. Célyszerű közvetlenül a vér kibocsátása után valamilyen szívsert intravenásan befecskendezni. Ha valami ok miatt (például anaemia) kerülendőnek gondoljuk az érvágást, a venás nyomás csökkentése elérhető a végtagok lekötésével gummiszalagok segítségével. A szalagokat körülbelül 1 óra hosszat hagyjuk ott, közben intravenásan strophantint fecskendezünk be s azután lassan, fokozatosan szüntjük meg a lekötést. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1909. 50. szám.)

Az anaemia perniciosa gyógyítása glicerinnel. Ismeretes, hogy *Tallqvist* szerint anaemia perniciosaiban a vörösvérsejtek pusztulását valamilyen lipidanyagnak vérséjtoldó hatása idézi elő. Minthogy ez a lipidanyag alkalmasint az olajsav, *Vetlesen* (Christiania) kísérletet tett a glicerinnel, mint a mely az olajsavval ártalmatlan trioleinné egyesül; a kísérlet jól sikerült. Újabban ugyanő újabb esetet közöl: 33 éves nő, a vörösvérsejtek száma 990,000, a fehérvérsejteké 2000; poikilocytosis, anisocytosis, sok polychromatophil vörösvérsejt és basophil szemcséjű erythrocyta; a haemoglobintartalom 20%. Glycerin adása után (a beteg naponta 3-szor kapott egy-egy evőkanálnyi glicerint 1/2 citrom nedvével) az állapot gyorsan javult, úgy hogy 39 nap elteltével a vörösvérsejtek száma 4,760,000, a fehéreké 5500, a haemoglobintartalom 90% volt; a testsúly 12 kilogrammal gyarapodott. A szerzőnek újabban tudomására jutott, hogy úgy mint scorbutban, anaemia perniciosaiban is jó eredménnyel jár a citromlé használata; legközelebb tehát kísérletet fog tenni egyedül citromlé adásával is. (Ref. La semaine médicale, 1910. 4. szám.)

A pankreasbetegségek körjelzéséről tartott előadásában *Klieneberger* a gyakorló orvos által már most is használható vizsgáló módoknak a következőket mondja. Pankreas-betegsége gyanú esetén a vizelet ismételt pontos megvizsgálandó cukor esetleges jelenlétére. Nagyon kíváncs a szénhidrát-tolerantia megállapítása 100 gramm glykose adása után. Megvizsgálandó továbbá a bélsár izomrostokra és zsírra, esetleg zableves adása után. Esetleg jó szolgálatot tesz annak a megállapítása, hogy a pankreastherápia

és miként befolyásolja az általános állapotot. Végül még a Sahli-a Schmidt-féle próba végzendő és a bélsár a Gross-féle caseinmódszerrel megvizsgálandó trypsin jelenlétére. (Medizinische Klinik, 1910. 3. szám.)

Sebészet.

A koponyaesontok periosteumára reáterjedő égésekről ír *Mason* és *Lester* két eset kapcsán. Mindkét esetben azt tapasztalták, hogy a periost pusztulásának megfelelő külső lemez teljesen elhalt, a belső lemezből pedig csak egy kis, a külső elhalt lemez centrumának megfelelő részlet. Míg azonban az egyik esetben az elhalt esont demarcatiója és lelkődése után gyógyulás állott be, a másik esetben az elhalt tabula vitrea-részlet alatt genyedés állott be, mely átment a durára, az agyra, ott nagy tályogot okozott, melynek folytán a beteg elhalt. Ilyen complicatiók elkerülésére a szerzők azt ajánlják, hogy az égés folytán elhalt lágyrészeket lelkődése után a lecsupaszított és elhalt esont közepén ejtsünk egy trepánnilyást s ezen keresztül drainezzünk a duráig azután várjuk be az elhalt esont lelkődését s a seb megtisztulása után fedjük be hámlemezekkel. (Annals of surgery, 1909 november.) P.

Műteti tapasztalatok alapján szerzett agyélettani adatokról tartott előadást *Krause*. Különböző bántalmak, első sorban a Jackson-féle epilepsia miatt végzett műtétei alkalmával 39 góczpontot sikerült lokalizálnia az agy kérgén. A lokalizálás igen gyenge fáradós ingerléssel történt, a mely éppen elegendő volt arra, hogy a nyelvhegyen apró fibrilláris rángásokat váltson ki. Ezen gyenge villámáram sem mondható azonban közömbösnek, a mennyiben — mindenesetre nem hosszú ideig tartó — collapsusok állhatnak be, ha a keresett góczpont feltalálása és elhatárolása huzamosabb kísérletezést igényelt. Jackson-epilepsiában a leggyengébb áram is a legrovidebb idő alatt kiváltja a jellegzetes göcsrohamot, a melynek támadása előtt a figyelmes vizsgáló a gócznak megfelelő végtag mozgását konstatálhatja. Az elsődleges göcsrokozó góczok kiirtása alkalmával rendszeren csak kisebb terjedelmű agykéregrészeket szokott eltávolítani, a melyek alig nagyobbak 30 × 24 mm.-nél és éppen a fehéragyállományig terjednek. Az agykéreg kiirtása után igen jelentékeny kiesési tünetek támadnak, előbb elhatároltan, később erősen növekedve, majd esökkenve. Kisebb részek eltávolítása után a hűdések és érzési zavarok csaknem teljesen kiegyenlítődnek; tökéletesen ilyenkor sem, annál kevésbé nagyobb részek kiirtása után. A megfelelő műtétéknél első sorban az agykéreg teljes érzéketlensége szembevetendő a kemény agyburok nagyfokú érzékenysége mellett. Motorikus zavarok mellett durva érzési zavarok is jelentkeznek, például a helyzetérzés, a hő- és tapintóérzés teljes hiánya. E zavarok azonban napok vagy néhány hét múlva lassan visszafejlődnek. Észlelt e mellett a karcentrumnak megfelelő agykéregrészt kiirtása után motorius aphasiát, a tarkólebeny dagatának kiirtása után a látási sphaerára vonatkozó hallucinatiókat (fehér tárgyak színes látása, a tárgyak elgörbülése stb.). Érdekesekek a hyperthermiára vonatkozó adatok is. Nemesak — mint azelőtt hitték — a corpus striatum megsértése okozhat hőemelkedést, hanem bármiféle agysértés vagy műtét is. E hőemelkedések azonban nem minősíthetők láznak, mert a verőérlekés megszaporodásán kívül semmi tünet sem konstatálható, a betegek teljesen jól érzik magukat s 40.8 C°-ig emelkedő hőmérsék mellett a közérzés legkisebb zavara sincs jelen. (Berliner klin. Wochenschrift, 1910. 1. sz.)

Makai.

Gyermekeorvostan.

Adatok Firenze gyermekeinek egészségi állapotához ezímen bocsátotta közre *Mya* azon adatokat, melyeket Firenze város községtanácsának megbízásából ő és tanítványai gyűjtöttek. A csecsemőkór mortalitásának adatai közül kiemelendőknek tartom, hogy az egy éven aluli gyermekek közül a törvényeseknek mortalitása 14%, a törvényteleneké 29.5%; a két csoport együttes mortalitása 16%. Így Firenze a csecsemőkór mortalitása tekintetében körülbelül a középheletet foglalja el a nagyobb európai városok sorában. Az összes gyermekkori halálokok közül a gümőkór 10%-kal, a légutak megbetegedései 20%-kal, a fertőző bántalmak 17%-kal, a bél betegségei pedig 20%-kal szerepelnek. Az egyes halálokok részletes felsorolása és az évszakok szerinti csoportosi-

tása után igen tanulságosan graphice tünteti fel a halálesetek elosztódását városrészek szerint. Ezek után áttér a gyermekvédelmi intézmények ismertetésére, melyek közül első sorban említendő az 1848-ban alapított *Meyer-féle gyermekkórház*. Ezen intézet, mely gyermekeket a 9. életévükig vesz fel, 180 ágygyal rendelkezik, még pedig 60 ágy a belgyógyászati, 60 a sebészeti s 60 a fertőző betegek befogadására szolgál. Évi betegforgalma 2000 fekvő beteg, mortalitása az utóbbi években 12—13% közt ingadozott. Diphtheriás betegek (400) összmortalitása 16%. Ezenkívül számos, többnyire magánjótékonyági intézményt ismertet, mely a lelenckeket, az elhagyott és árva gyermekeket anyagilag segítyezi s neveltetésükről, valamint ellátásukról gondoskodik.

A gyermekvédelmi intézmények ismertetését követi a gyermekkor *morbilitásának* feltüntetése, melyet a Meyer-kórház 3 évi ambulans és fekvőbeteg anyagának összeállítására alapján ismertet. A topographiai összeállítás alapján kimutatja, hogy úgy a fertőzőbántalmak, mint az emésztőszervek megbetegedései legsűrűbben a szegény, munkásosztály által sűrűn lakott városrészekben fordulnak elő. Kiemeli, hogy a gyermekkórház környékén a fertőző bántalmak nem gyakoribbak, mint egyebütt, annak bizonyosságául, hogy a célszerűen felszerelt és berendezett fertőző osztályok nem veszélyeztetik a környező, szomszédos városrészeket. A fertőző bántalmak közül az utóbbi években csupán a diphtheria mutatott erősebb emelkedést, a minek ellensúlyozására a prophylaxisos vérsavóoltások szélesebb körű alkalmazását javasolja.

A gyermekek egészségi állapotának és a gyermekvédelmi intézményeknek hí ismertetése után rátér azon javaslatokra, melyeket a gyermekkor betegedése és halálózása aránylagos magas százaléka miatt csökkentésére szükségesnek tart. Mindenekelőtt oly városi, tehát hivatalosan szervezett tejkiosztó létesítését ajánlja, a hol állandó orvosi vizsgálat és ellenőrzés mellett a szegényebb néposztály csecsemőinek táplálását ellenőrzik és vezessék. Itt nyerne a felvilágosítást és kioktatást az anyák csecsemőiknek táplálására és gondozására, anyagi segítséget a szoptatás idejére, valamint indokolt esetekben mesterséges táplálékot. A csecsemők ellenőrzését legalább hetenként tartja szükségesnek. Ezekon kívül kívánja, igen helyesen, a *dajkák kötelező orvosi vizsgálatát*, valamint a dajkaságba adott gyermekek szigorú orvosi ellenőrzését. A dohánygyári nagyszámú (mintegy 1400) munkásnő gyermekeinek nappali ellátására a gyárak közelében orvosi felügyelet alatt álló bölcsődék felállítását tartja szükségesnek. Végre egészséges munkásalakosok felállításával kívánja elérni a szegény munkásosztály jelenleg szomorú egészségügyi viszonyainak javulását. A monografice megírt dolgozat igen tanulságos adatokat tartalmaz s szerzőjének humánus, emberszerető gondolkodását tükrözi vissza.

Faludi Géza dr.

Húgyszervi betegségek.

Az ondódomb chronikus gyuladásáról ír *Arnold Edwards*.

A collic. seminalis nemi kicsapongás, önfertőzés stb., de legtöbbször húgycsőnkánk következtében betegszik meg. Úgy a vizsgálat, mint a gyógyítás csak endoskopen át lehetséges; e célra legalkalmasabb a *Goldschmidt-féle* irrigációs-urethroskop, mert ezen keresztül a legapróbb elváltozásokat is pontosan megfigyelhetjük. A chronikus gyuladás lényege: kötőszövetképződéssel járó kis-sejtes infiltratio. Ez utóbbi lehet úgy kemény, mint puha. A betegség tünetei ugyanazok, mint a neurasthenia sexualis, a mi érthető is, mert ez utóbbit többnyire a coll. semin. betegsége okozza. A legjellemzőbb tünetek a következők: spermatorrhoea, prostatorrhoea, fájdalmas és időelőtti ejaculatio, csökkent erectio (esetleg impotentia), gyakori éjjeli magömlés, sterilitas. A therapia a legtöbb esetben úgy a beteg, mint az orvos türelmét erősen kipróbálja; a szerző tapasztalatai szerint belsőleg leginkább beválik a bromkalium, helyi kezelés nélkül azonban ettől sem várható valamelyes kedvező eredmény. A legezelszerűbb helyi kezelés az urethroskopen át végzendő ecsetelés, még pedig akár jodtincturával, akár 5%-os rézgálicz-oldattal, akár 5-20%-os arg. nitr.-oldattal. Igen makacs esetekben kellő elővigyázat mellett a galvanocautert is igénybe vehetjük. Ha kemény infiltrációval van dolgunk, akkor a Kollmann-féle dilatátorral végzett és többször ismételt tágitás a legtöbb esetben mihamarabb kedvező eredménnyel fog járni. (Berliner klin. Wochenschrift, 1909.)

Drucker Viktor dr.

Egyoldali ascendáló húgyivargümőkór érdekes esetét közli *W. Forkel*. Ez az eset már azon okból is nagyon tanulságos, mert a *Baumgarten-féle* thesis helyességét igazolja, vagyis azt, hogy felszálló gümőkóros folyamat csak ott lehetséges, a hol a secretio valamiképpen gátolva van. Egy tüdővészben elhunyt beteg boncolásakor a húgyivarszerveken a gümőkóros folyamat kiindulását pontosan meg lehetett állapítani abból, hogy a baloldali mellékherét, a prostatának a bal lebenyét és a bal ondóhólyagot sajtosan elfajulva találták. A bal ondóhólyagnak a fala úgy belül, mint kívül tuberculosos elváltozásokat mutatott, melyek az ondóhólyagot a húgyhólyaggal és a bal ureterrel összenövesztették, sőt az utóbbiban már stenosis is okoztak. A szűkület felett úgy az ureter, de még a vesemedence is feltűnően tág és mindkettőnek fala sajtosan elfajult. A bal vesében gümőkóros góczokat találtak, melyek a kéreg felé nyúló sugárszerű vonalakban helyeződtek el. A húgyhólyag-nyálkahártya apró gümőkóros csomókkal volt behintve; jellemző, hogy úgy a jobb ureter, mint a jobb vese teljesen ép volt. (Münchener med. Wochenschrift, 1909.) Drucker Viktor dr.

Húgycsődefectus sikerült pótlását mutatta be *König* (Altona) egy betegén, a kin üszkös fekély következtében a jobb húgycső-félben 2 cm. hosszú hiány képződött. A szerző azzal kezdte a műtétet, hogy mindenekelőtt gátsipolyt létesített, a húgycső-hiányt egy másik betegből kivágott megfelelő hosszú vena saphena részlettel pótolta és bőrlebensnyel levarrta; a mikor meggyőződött arról, hogy a húgycsődefectus jól záródott és a mesterséges urethra jól működik, a gátsipolyt is behegesztette. (Deutsche medicin. Wochenschrift, 1909.)

Drucker Viktor dr.

Venereás bántalmak.

„Az orvosi titoktartás és a nemi betegségek” czimen tartott előadást *Placzek* (Berlin). Az orvos és a beteg között fennálló bizalmas viszonyoknak a legbiztosabb záloga az orvosra nézve kötelező titoktartás. Ez a titoktartási kötelezettség nemcsak ethikai követelmény, hanem egyébként is oly fontos tényező, hogy annak megsértését a legtöbb kulturállamban a törvény bünteti. Feltűnő volt ezért az az irányzat, mely 1906-ban Frankfurtban (a M.) az intern. abolitionisták föderációjának ülésén határozat alakjában elhangzott és a mely azt követelte, hogy az orvos minden nemi betegséget feljelenítsen. Sőt tovább ment, a mikor kimondta, hogy a nemi bajok körül alkalmazott titoktartás egyenesen közveszélyes. A szerző előadása folyamán a német büntető törvénykönyv határozatai alapján világítja meg a titoktartás kérdését. A büntető törvénykönyv 300. §-a 1500 márkáig terjedhető pénzbüntetéssel vagy 3 hónapig terjedhető fogházzal sújtja azt az orvost, sebeszt, bábát, gyógyszerészt, szintűgy ezen személyeknek segédjét is, ha állásánál fogva a betegnek titkait jogosulatlanul elárulja. *Placzek* hiányt lát abban, hogy a birodalmi törvényszék kimondta, hogy nincsenek kötelezve a titoktartásra például az orvosnövendékek a klinikán, szintűgy az orvos vagy bába szolgaszemélyzete sem. A törvényszék kimondta továbbá, hogy a magántitok megsértése az, ha a titok elárulása az illetőnek nem érdeke, és különben is a becsülete, tekintélye és családi viszonyai ellen tör. Ez a szabatos meghatározás azonban nem mindig elegendő. A betegnek érdeke például összeütközésbe jöhet azon akaratával, a melylyel a titoktartást meg kívánja. Ilyen eset fennáll például a kiskorú nemi bajos fiúk esetében. A beteg fiú érdeke legtöbbször meg kívánja, hogy az atyja megtudja a bajt, a titoktartást követelő akarata ellenben ellenzi ezt. A törvény voltaképpen azt követeli, hogy a magántitok rá legyen bízva az orvosra. De leghelyesebb, ha az orvos minden titkot egyenes felszólítás nélkül is reája bizottnak tekint. Újabban felvetődnek ugyan oly nézetek is, különösen jogászok részéről, a melyek csak azokat a tényeket tartják titkolandóknak az orvos részéről, a melyek a betegséggel, illetőleg az orvosi működéssel szorosan összefüggnek. Ez a felfogás azonban könnyen vezethet bűnös tévútra. A titoktartás megszegésekor a törvény súlyt helyez a „jogosulatlan” elárulás kifejezésére. A „jogosulatlan” kifejezés azt bizonyítja, hogy lehet jogosult feltárása is a titoknak. Ez az utóbbi akkor áll be, ha a rábizó (beteg) az engedélyt megadja. Vitás még jogász körökben, hogy az egyszer már adott engedély a titok feltárására utóbb visszavonható-e? Érdekes, hogy van egy német birodalmi törvényszéki határozat 1905-ből, mely kijelenti,

hogy az orvos másnemű, hivatásbeli kötelesség jogán a titoktartási kötelezettségét megtörheti. Az indoklás azon alapul, hogy mivel a törvény az orvost hivatásának lelkiismeretes üzésére kötelezi, szükséges, hogy az orvos választhasson a titoktartás kötelessége és a hivatásának lelkiismeretes végzésére vonatkozó kötelessége között. Bizonyos, hogy ez a fogalom igen tágulékony, pedig igen gyakran szóba jöhet. Így például akkor, a mikor a lelkiismeretlen, frissen fertőzött kankós vagy luéses beteg orvosának bejelenti, hogy a napokban házasságot fog kötni. A törvényszéki döntvény alapján Németországban most már szóba jöhetne, hogy az orvos a titoktartási kötelezettségét megszegje. Mert ha az orvos az embertársát a biztos betegségtől megóvjá, akkor ez bizonyára hivatásának a lelkiismeretes betöltéséhez tartozik. S mégis az orvosnak minden más lehető módot meg kell ragadnia, nehogy a titoktartás kötelességét megszegje. Ezeknek a különböző módoknak lehetőségét a szerző ezután bőven felsorolja és kifejti. Végeredményképpen minden körülmény között csak az állhat meg, hogy az orvos tartsa meg a reája bizott titkot. Ez a kötelezettség éppen a nemi betegségek elleni küzdelemben hatalmas tényező. A beteg és az orvos közötti bizalmi viszony ugyanis az orvosi titoktartás szikláján épül fel. Mihelyt ez a szikla leomlik, összeomlik a bizalmi viszony is, és a következmény az lenne, hogy a nemi bajok még inkább terjednének és pusztítanának. (Zeitschrift f. Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, 1909. X. kötet, 5. füzet.)

Guszmán.

Fizikai és diaetikai gyógyításmódok.

A versenyfutásnak a szervezet élettani állapotára, különösen a veseműködésre gyakorolt hatását tanulmányozta *Taskinen* (Helsingfors). A versenyfutók szerveinek, főképpen pedig a veséknek működésében már 400 méteres verseny után, melyet 54—57 másodperc alatt futottak meg, mutatkoztak zavarok. (0·03—0·5⁰/₀₀-s fehérjével, nagyfokú kimerülés, a légzés száma 40—60, felületes légzés, pulsus 136—164.) A legtöbb fehérjét (0·1—12·0⁰/₀₀) azoknak vizeletében találta, a kik az 1500—2000 méteres versenyekben vettek részt. A marathoni futás után (42·194 km.), melyet azonban nem valamennyien futottak végig, két esetben semmi fehérjét sem talált a vizeletben, a többiben pedig 0·05—4·2⁰/₀₀-ot. Utóbbi verseny, mely inkább nagy kitartást igényel, mint gyorsaságot, kevesebb zavart okozott a veseműködésben, mint azok a versenyek, a melyekben folyton nagy gyorsaságra törekcsenek. A légzés és szívverés is az utóbbiak alatt szenvedett többet. A marathoni futás után a légzés száma percenként 24—32, a szívverése 92—150 volt. A legkitartóbb futók az érlökés 60-ról csak 100—104-re szaporodott. A testsúly a futás végéig, noha az illetők közben ettek meg ittak, körülbelül 3 kgm.-mal csökkent.

Két órával a verseny befejezése után a résztvevők legtöbbjének vizeletében még található volt fehérje, de négy órával a verseny után már egyikben sem.

A szerző ezen tapasztalások alapján azt tanácsolja, hogy az 1500—2000 méteres versenyeket el kell hagyni, mert a versenyzők ezen futások alkalmával az egész idő alatt a lehető legnagyobb gyorsaságot kénytelenek kifejteni. Érdekes a szerzőnek az a megfigyelése is, hogy a versenyzők azon versenyek után, a melyekben gyorsan kellett futniók, aránylag hamar pihenték ki magukat, míg a hosszabb tartamú, kevésbé gyors futások után aránylag hosszabb idő kellett, míg fáradalmaikat kiheverték. De azért még a marathoni futásban részt vettek is valamennyien munkába állhattak a versenyt követő reggelen. Igaz, hogy ezek mind munkásemberek (ács, kőműves, kőfaragó, kovács stb.) voltak, a kik tehát a kitartó testi munkához különben is hozzá voltak szokva.

A szerző a fehérjévelést az említett esetekben kórosnak tartja, de mivel oly gyorsan megszűnik, nem lát benne veszedelmet. Azt, hogy az illetők veséi nem hajlamosabbak-e később a megbetegedésre, csak a résztvevők éveken át való megfigyelése alapján lehetne eldönteni. A futást igen alkalmasnak tartja arra, hogy általa a légző és vérkeringési szervek erőlesen gyakoroltassanak. Hogy azonban az, a ki ezen sportot űzi, ne szenvedjen kárt, azt tanácsolja, hogy a gyorsfutás távolsága ne legyen 100—150 méternél, a kitartó futás pedig 10—20 kilométernél nagyobb. (Zeitschrift für phys. u. diaet. Therapie, 1909/1910. 10. szám.)

Lenkei V. D. dr.

Fülörvostan.

A *bacillus pyocyaneus* szerepéről a fülbetegségekben ír *Neumann H.* (Bécs). Ma már bebizonyított dolog, hogy az ártalmatlannak tartott *bacillus pyocyaneus* többé-kevésbé veszélyes fülmegbetegedéseket okozhat. A fülkagyló makacs perichondritise, a külső hallójárat fájdalmas gyuladása eseteiben például legtöbbször a *pyocyaneus* szerepel. Sokszor a különben jelentéktelen és fájdalomtalan fülfolyás, ha *pyocyaneus* jut hozzá, fájdalmassá válik, és sok esetben a fülfolyás megrekedésével életveszélyes szövőd-ményekre vezet. Máskor a nem agresszív bakteriumoknak aktivitása, ha a *pyocyaneus* csatlakozik hozzájuk, nagyon megnövekszik. Van azonban arra is eset, hogy valamely pathogen hatású bakteriumnak a vitalitása csökken a *pyocyaneus* csatlakozására. Így látunk olyan eseteket, a melyekben a hallójáratban később támadt (*pyocyaneus* fertőzéses) gyuladás a középfülben már előbb fennállott akut gyuladást átmenetileg gyógyulásra vezette.

A fertőzés rendszeren autoinfectio útján keletkezik, a mennyiben a hajban, a hónaljszőrökben majdnem állandóan jelen van a *pyocyaneus*, és hiányos tisztaság mellett innen kerül a hallójáratába főképpen azoknak, a kiknek a füle viszketni szokott. Igen makacs gyuladást okoz, a mely sokszor hónapokig eltart. Legjobb ellenszere az *argentum intricum*, a melynek helyes alkalmazására pár nap alatt gyógyul. (Zeitschrift für Ohrenheilkunde, LIX. kötet, 4. füzet.)

Udvarhelyi dr.

A *Pirquet-féle reactio az otiatriában.* A tuberculin-próbának *Pirquet* ajánlotta cutan-módszere a fülörvostanban is nagy diagnostikai és prognostikai értékkel bír, különösen akkor, ha a próba positivitása mellett a klinikai kórkép is a tuberculosus gyanúját adja. Különösen 10 éven aluli egyénekben vesszük ezen eljárásnak nagy hasznát. Sem a klinikai vizsgálat, sem a *Pirquet*-próba egymagában nem ad biztos diagnoszt, de a kettő együtt igen. *Schüler* 74 beteget vizsgált meg, kik közül 50 tíz éven aluli, 24 pedig tíz éven túli korban volt. Ezek közül 30 esetben positiv volt a reactio, 44-ben pedig negativ. A 30 positiv reactiójú eset közül 15-ben a klinikai vizsgálat is gümőkórta utalt, 15-ben azonban nem. Így tehát a 74 eset közül 15-ben, és pedig 11 tíz éven aluli és 4 tíz éven felüli korúra vonatkozóban, lehetett biztosan megállapítani, hogy az otitis (mastoiditis acuta és chronica, otitis media chronica) tuberculosus eredetű. Ezen esetekben a lefolyás is hosszadalmas, rendellenes volt, a gyógyulás csak nagyon későn vagy egyáltalán nem, illetve csak tökéletlenül következett be. (Zeitschrift für Ohrenheilkunde, LVIII. kötet, 1—2. füzet.)

Udvarhelyi dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Delirium tremens eseteiben *Möller* rögtön 1 gramm veronalt ad, s ha erre 3 óra alatt nem következik be alvás, megismétli ezt az adagot. Felébredésekor a beteg nyugodt, teljesen jól érzi magát. Ha ilyenkor még látnánk némi tremort, 1/2 gramm veronalt adunk, mire estig a tremor is többnyire megszűnik. (Berliner klinische Wochenschrift, 1909. 52. szám.)

Here-ectopia esetében *Bonnes* jó eredménnyel használja a pajzsmirigyetetést. A herék már rövid idő elteltével leszállanak a herezacskóba. Ez a tapasztalás újabb bizonyítékát szolgáltatja a pajzsmirigy és a nemi szervek közötti összefüggésnek. (Gaz. hebdomadaire de science. méd. de Bordeaux, 1909 október 31.)

Szemölcsök ellen *Büdingen* a chloraethyllel fagyasztást ajánlja. Körülbelül 1 percig engedi behatni a chloraethyl-sprayt és ezt másodnaponként még 2—3-szor megismétli. A felületes szemölcsök nagyobb része ilyen módon eltüntethető. Mélyebbre benyúló szemölcsöket előbb a bőr szintjében éles késsel lemetsszünk s csak azután alkalmazzuk a fenti módon a chloraethylt. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1909. 37. szám.)

A rossztermészetű daganatok újabb kezelésmódja. *Chr. Müller* (Immenstadt) rossztermészetű daganat (alkalmasint sarcoma) esetét ismerteti, a melyet előkelő szakemberek inoperabilisnek mondtak, s a mely arsonvalisatióval kombinált röntgenezésre eltűnt. (Therapie der Gegenwart, 1909. 11. füzet.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat. 1910. 7. szám. *Demeter György*: A Brownings-pisztolylyal okozott sérüléseknek törvényszerű orvostani jelentősége. *Ormós Béla*: A gümőkóros fertőzésről, annak elhárításáról s a baj gyógykezelése irányelveiről. *Meisels Vilmos*: A női hügyesöstricturák gyakoriságáról.

Orvosok lapja. 1910. 7. szám. *Erdős Adolf*: A gonorrhoea gyógyítása belső gyógyszerekkel.

Budapesti orvosi ujság. 1910. 7. szám. *Pólya Jenő*: Esetek a herniologia köréből. „Gyermekorvos” melléklet. 1. szám. *Schöller Károly*: Szemelvények a csecsemő gyomor- és bélrendszerének physiologiájából. *Fritz Sándor*: Skarlát-recidiva.

Vegyes hírek.

Alkalmazások a budapesti egyetem orvosi karán Megválasztottak: A közegészségtani intézethez: *Fenyvessy Béla* adjunktusnak (újra-választás); az általános kórtani intézethez: *Liebermann Pál* dr. gyakornoknak; a szemklinika-hoz: *Demand Antal* dr. gyakornoknak; a száj-klinika-hoz: *Rottenbiller Ödön* dr. díjas gyakornoknak.

Kinevezés. A szombathelyi Fehér-kereszt-Egyesület gyermekkórházának főorvosává *Szenti János* dr.-t nevezték ki.

Választás. *Irmay Nándor* dr.-t Klekken, *Rosenthal Félix* dr.-t pedig Szamoskóródon körorvossá választották.

Pályázat. A M. Tud. Akadémia III. osztálya a Rózsay-alapítványból nyílt pályázatot hirdet oly munkálatra, amely az orvostudományok valamely fontosabb kérdésének megoldását célzó észleletek tervezetét tartalmazza, egyúttal azonban kijelöli azt a módot is, hogy a pályázó kitűzött feladatát milyen segédesszűkökkel, milyen nyilvános vagy magánlaboratóriumban vagy intézetben szándékozik megfejteni. A tervezeteket 1910. április 5.-éig kell benyújtani az Akadémia főtákarához, a tervezet végrehajtásával való megbízást az ideai nagygyűlésen, a jutalmazást az 1912. évi nagygyűlésen hirdetik ki. A jutalom 1000 korona.

A gyógyszereszi reklámozás eléggé el nem ítéhető módja fordult elő a napokban. *Tóthfaluassy Gyula* dr., a m. kir. államvasutak főorvosa, teljesen magánjellegű levelet intézett a Barabás-gyógyszertárnak, amelyben családja egyik tagja részére a „Nervinol” nevű gyógyszerkészítmény néhány üvegének megküldését kérte. Ezt a levelet az említett gyógyszer-tár sokszorosítva, megküldötte Magyarországon orvosainak. A körlevél kinos feltűnést keltett mindenfelé s alkalmas volt arra, hogy egy becsületben megőszült, előkelő nyilvános állásban levő férfit gyanúsításoknak tegyen ki, minden ok nélkül, a mennyiben Barabás gyógyszerésznek leveléből, melynek eredetijét szerkesztőségünkben bemutatták, kitűnik egyfelől az, hogy *Tóthfaluassy* főorvosnak előzetesen semmi tudomása sem volt arról, hogy a gyógyszerész ezen levelét sokszorosítva szét fogja küldeni (a mint hogy már eleve is valószínű, hogy a saját gyermeke idegbetegségét senki sem kürtöli világgá), de kitűnik másfelől az is, hogy *Tóthfaluassy* főorvos a küldött gyógyszerért járó összeget kifizette. Kötelességünknek tartottuk a fenti tényállást röviden közreadni alaptalanul meghurczolt kar-társunk érdekében.

A budapesti egyetem I. sz. női klinikáján januárban 170 szülés folyt le (először szülő 64, többször szülő 104); a született magzatok száma 170, még pedig élő 148, halott 17, macerált 5; érett 140, kora 13, éretlen 17; fiú 80, leány 90, kérdéses nemű 13; törvényes 76, törvénytelen 94; a terhesek, szülönők és gyermekágyasok közül 3 halt meg. A nőbeteg-osztályon 88 beteget ápoltak, a kik közül 1 halt meg. A klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinika segélyét 130 esetben vették igénybe; a műtétek száma 97 volt.

A budapesti egyetem II. sz. női klinikájával kapcsolatos szülészeti poliklinika segélyét januárban 109 esetben vették igénybe; a műtétek száma 95 volt.

A budapesti egyetem stomatologiai klinikájának jelentése az 1908/9. tanévről a napokban jelent meg. Megfordult a klinikán 10,986 eset; terápiás beavatkozás volt 10,985, stomatotechnikai 210. A hallgatók száma 201 volt. Szakorvossá kiképzésben részesült 14 orvos.

Megjelent. Vorträge für den XVI. internationalen medizinischen Kongress aus der Universitäts-Klinik No. I. in Budapest. Direktor: Hofrat Professor Dr. *Johann Bárony*. A közel 200 lapra terjedő, díszes kiállítású kötet a budapesti egyetem I. sz. női klinikájának a nemzetközi orvosi congressusra készült 7 dolgozatát tartalmazza német nyelven. — *Kenyeres Balázs*: Az orvosszakértői működés körül előforduló hibák, azok forrása és orvoslásuk eszközei. Könyvszámba menő, több szép fénynyomatú táblával díszített különlenyomat az „Erdélyrészi Jogi Köz-löny”-ből.

Meghalt. *Bük Géza* dr., volt magyaralkói körorvos, 56 éves korában e hó 11.-én Zilahon. — *E. Zaufal* dr., a filorvostan nyugalmazott tanára a prágai német egyetemen, február 8.-án 73 éves korában. — *Fr. Windscheid* dr., az idegkórtan cz. rendkívüli tanára a lipcei egyetemen, február 12.-én.

Kisebb hírek külföldről. A. *Poljakow* dr.-t a szövettan rendes tanárává nevezték ki Dorpatban. — *Csokor János* dr., a bécsi állatorvosi főiskola rendes tanára s az egyetemen az állatjárványtan címzetes rend-

kivüli tanára, nyugalomba vonulása alkalmával egyetemi rendes tanári címet nyert. — *Báró Pirquet* tanár Baltimoreban elfogadta a meghívást a boroszlói egyetem gyermekorvostani tanszékére.

Jaques Loeb dr., a kísérleti biológia nagyírű tanára a californiai egyetemen, a kit a budapesti egyetem orvostani tanártestülete nem rég egy szervezendő kísérleti biológiai tanszékre való meghívásra hozott javaslatba, értesítette az orvoskar dékánját, hogy a szervezendő állásra nem reflektál. Loeb tanár legközelebb a new-yorki egyetemre költözködik át, a hol részére állást szerveztek.

A berlini egyetem orvostani tanártestülete érélyes lépésre szánta el magát a magántanárok túlszaporodása ellen. Azt a javaslatot terjesztette a közoktatásügyi miniszter elé, hogy a magántanárok ezentúl csak ideiglenesen habilitáltassanak, s csak 5 év múlva végleg, ha közben értékes irodalmi működést fejtettek ki s a tanítás terén is beváltak; ellenkező esetben a véglegesítés megtagadandó. Ilyen szabályzat áll fenn a göttingeni egyetemen, csak hogy nem 5 évi, hanem 10 évi provisoriummal. A berlini egyetem orvosi fakultásán ez idő szerint 129 magántanár működik, valamivel több mint Budapesten.

Kísérleti lélektani congressus lesz f. é. április 19—22.-éig Innsbruckban. Referatummok: M. Geiger: A „beérzés” lényegéről; A. Kreidl: A vestibuláris készülék működéséről; C. Monakow: A mozgási központokról az emberen; Ranschburg Pál (Budapest): A kísérleti vizsgálódás eredményei az emlékezet pathológiája terén.

Jelen számunkhoz **E. Merck** vegyészeti gyár Darmstadt „**Jodipin**” című prospektusa van mellékelve.

Kiváló emészthetőség és kellemes íz tették az orvosvilág előtt előnyösen ismertté a **Zoltán-féle csukamájolajat**, mely a legeslegkiválóbb tiszta csukamájolajból van előállítva, megőrizvén változatlan alakban mindazon tulajdonságokat, melyek a csukamájolajat népszerűvé tették.

Hydropyrin vízben oldható acetylsalicilsav 96 1/4% acetylsalicilsav tartalommal. Antipyreticum, antirheumaticum és analgeticum. Az influenza specificuma. Könnyű oldhatóságánál fogva főzetekben, forrázatokban és vizes oldatokban adható. Por- és tablettalakban kerül forgalomba.

Dr. Jakab-féle Ligetsanatorium

Budapest, VI., Nagy János-utca 47. sz. (A Városliget közvetlen szomszédságában.) Diéta, diagnostika, physikotherapiás sanatorium.

Budapesti ZANDER-gyógyintézet

VIII., Muzeum-körút 2. Teljes physikális gyógyberendezés. Főbb javalkatok: Idült gyomorbélatonia, székrekedés, elhízás, köszvény, csúsz, idegszabák (ischias stb.). Csonttörések és egyéb sérülések után visszamaradt mozgászavarok. Érelmeszesedés, szívbajok, bronchialis asthma (villamos fényfürdővel), neurasthenia, bémulások. Gyenge testalkatú gyermekek fejlesztése (Zander módszerével). Gerinczélgyömbölések.

Justus Dr. bőrbajosokat gyógyító intézete.

Budapest, IV., Károly-körút 14. Fürdők, sugaras gyógyítás, physikális gyógyimódk.

Orvosi laboratórium: Vezető: Dr. VAS BERNAT, Poliklinika.

Szövetség-utca 14-16. Telefon 90-46.

Tamássy Park-sanatoriuma

DUNAHARASZTIBAN, Pestmegye. Intézeti orvos: **Somosi Lajos** dr. Alkohol-, morphiom-, nicotinelvonás.

Orvosi laboratórium és czukorbeteg tolerantiájának meghatározása

Dr. Mátrai Gábor v. egyetemi tanársegéd. Andrassy-út 50 (Oktogén-tér). Telefon 26—96.

SAN-REMO

téli klímás gyógyhely az olasz Rivierán, főleg a légzőszervi és női bajok, az ideg-, szív- és vesebajosok gyógyítására. A „Grand Hotel de Nice”-ben fekvőcsarnok és magyar ápolónő áll rendelkezésre. A „Hotel Continental Palace” minden emeletén meleg tengerifürdő van bevezetve; fontos körülmény különösen a női bajok téli gyógykezelésében. Bővebb fellyllágosítással készséggel szolgál **Czifrusz Dezső** dr. kir. tanácsos, gyakorló-orvos. (Nyáron: Stócsfürdő igazgató-főorvosa.) 8351

Elektromágneses intézet

Budapest, VII., Városligeti Fásor 15. sz. Gyógytényezők: D'Arsonval-, Elektromágnes-, Sin-soidal-, Galvan-, Farad-, Franklin-, Leduc-áram. 4 cellás villanyfürdő. V. forróleghűs. Vibr. massage. Prospectus. Vezető orvos: **RÉH BÉLA** dr.

Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA BUDAPEST, VÁROSLIGETI FÁSOR 13—15.

Felvételnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal. Gyógykezelés tetszés szerint bármely tanár által. 2652

Dr. GARA GÉZA, Meran. SANATORIUM. PROSPECTUS.**ERDEY Dr. sanatoriuma.**

Budapest, IX., Bakács-tér 10. sz. Nőbetegek és szülönők részére.

Segédorvost

keres jó fixummal a munkáskórház számára

Dr. WEISZ EDE, Pöstyén.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK

TARTALOM. Budapesti kir. Orvosegyesület. (III. rendes tudományos ülés 1910 január 22.-én.) 149. l. — Közkórházi Orvostársulat. (XII. bemutató ülés 1909 december 1.-én.)

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(III. rendes tudományos ülés 1910 január 22.-én.)

Elnök: Schaffer Károly. Jegyző: Rotter Henrik.

(Vége.)

Súlyos arczidegzsábnak mély alkoholbefecskendésekkel való gyógykezelése.

Dollinger Gyula: Enyhébb arczidegzsába eseteiben a belgyógyászati szerekkel is jó eredményt értek el, míg a súlyos esetek sebészeti kezelésbe kerültek. Ezekben legtöbbször végleges eredményt csak a Gasser-dűz kiirtásával, utóbb a trigeminus gyökeinek a tentorium alól való kihúzásával értek el. Eredményei e téren a legjobbakkal vetekedtek, de figyelembe veendő, hogy ez nagy műtéti beavatkozás. Örömmel ragadta meg tehát az alkalmat, hogy az enyhébb módszerrel tegyen kísérletet, a melylyel állítólag szintén jó eredményeket lehet elérni. Ez a Schlösser ajánlotta mély alkoholbefecskendezés. A módszer lényege, hogy kanülös fecskendővel 70—80%-os alkoholt fecskendezünk a koponyaalapra a trigeminus kilépése helyén. Az alkoholhoz 1% cocaint, novocaint vagy stovaint és kevés adrenalin kever. A befecskendett mennyiség minden idegág számára külön 1—2 cm³. Schlösser a szájon át végezte a befecskendezést, követői közül azonban többen és Dollinger is ezt az utat a lehető fertőzés miatt kerüli és a befecskendezést az arczbőrön át végezi. A behatolás a kanüllel a járomív alatt történik, innen a tüvel az ikesont processus pterygoideusának külső lemezéig hatol be, a honnan a planum subtemporale hátrafelé a foramen ovaleig, a trigeminus III. ágához, majd előre a fissura sphaeno-maxillarisba és innen a foramen rotundumhoz, a trigeminus II. ágához és ugyanezen úton az I. ághoz hatol be. Ezen anatómiai pontok megtalálását a tüvel külön be kell gyakorolni. A befecskendezés fájdalmat vált ki, a mely azonban korántsem olyan intenzív, mint a neuralgiás fájdalom és többnyire nem is tart tovább néhány óránál. Némely esetben a befecskendezés megfelelő területen azonnal érzéstelenítés áll be, más esetekben ez nem történik meg, de a neuralgia azért mégis megszűnik. Dollinger három esete közül, melyekben e módszert alkalmazta, egy 56 éves nőn érzéstelenítés nem állott be és a zsába, a mely a II. és a III. ágra terjedt, a 10. hét előtt történt egyetlen befecskendezés óta nem ismétlődött meg. Egy 47 éves asszonyon, a ki mind a három ág neuralgiájában szenvedett, a szaruhártya a befecskendezés után érzéstelen lett. A rohamok csak lassan szűntek meg, de három hét múlva már csak a bulbusában voltak néha fájdalmak, míg a többi ág neuralgiája megszűnt. Egy 67 esztendő betege 21 esztendő óta szenvedett a III. ág neuralgiájában. A 10. nap előtti befecskendezésre érzéstelen lett az áll bőre, rohamja azóta nem volt. Ezek alapján a módszert érdemesnek tartja arra, hogy vele tovább kísérletezzünk.

Donath Gyula: Idegosztályomon már több mint egy éve végzem trigeminus-neuralgiák ellen az alkohol-cocain-injectiókat. E célra 80—90%-os alkoholt használok, melynek 100 gm.-jában 25 cgm. cocain. muriatic. van feloldva, úgy hogy az köbcentiméterenként kb. 1/2 cgm. cocaint tartalmaz. A cocain vagy stovain hozzáadása azonban elmaradhat, mert a lényeges az alkoholnak idegpusztító hatása. Ha a neuralgia a n. supraorbitalisra, infraorbitalisra vagy mentalisra szorítkozik, akkor a befecskendezés az incisura supraorbitalisba, illetőleg canalis infraorbitalisba és mentalisba történik, természetesen betartva a tüvel ezek irányát. Emellett megjegyzem, hogy ezen egészen periferiás injectiókat meg lehet kísérlni még azon esetekben is, a melyekben a neuralgia centrálisabban látszik székelní, illetőleg több periferiás ideg vagy ág van látszólag afficiálva, mert előfordul néha az, hogy az egyik idegnek alkohol-kezelése után a másik idegben is megszűnik a fájdalom; ilyenkor valószínűleg irradiatio útján terjedt a fájdalom a szomszéd idegágakra. Így jelenleg egy 65 éves férfibetegem van, kinek 6 év óta voltak súlyos neuralgiái, melyek a bal szemüregből indultak ki, később a bal pofára és a nyak baloldalára is áttértek. Minthogy 20 év előtt mocsaras vidéken tertia-

nán ment keresztül, 5—6 napon át pro die 1 gm. chininnel kezeltük, eredmény nélkül. Egyetlenegy 2 köbcentiméternyi alkohol-cocain-injectio a n. infraorbitalisba megszüntette nemcsak a fájdalmakat a n. infraorbitalis területén, a melynek érintése rendkívül fájdalmas volt, hanem egy szersmind a szemben, a halántékban és a nyakban. Megjegyzendő, hogy az injectiók a n. infra- vagy supraorbitalisba a szempillák erős chemosisával és oedemájával szoktak járni, a mi azonban 2—3 nap múlva visszafejlődik. Kiterjedt neuralgiák ellen, melyeknek székhelye magasabban veendő fel, az alkohol-injectiók a II. és III. trigeminus-ágnak a koponyából való kilépése helyén alkalmazandók. Ezeket én nem a Schlösser-Oschalt, hanem a F. Lévy és A. Baudoin egyszerűbb módszerével, vagyis nem a szájjüregben keresztül, hanem az arcz felől végzem, meghatározott pontokból kiindulva; mindkét módszer azonban előbb hullán begyakorlandó, míg a n. supra-, infraorbitalis és mentalis kezelését minden gyakorló orvos végezheti.

Az általam kezelt esetek mind súlyos, gyakran hosszú éveken át fennállott trigeminus-neuralgiák voltak, melyek a szokásos gyógymódokon, sőt egy esetben ismételt ideg-resectiókon mentek keresztül. Egy 66 éves asszonyon 14 hó óta heves, órák hosszát tartó fájdalmak voltak, melyek naponta többször ismétlődtek. Ilyenkor sem beszélni, sem enni, sem aludni nem tudott, sőt köpni sem mert. Az alkohol-cocain-injectiók itt a foramen ovaleba, és pedig 3 ízben, egyszer pedig a canalis infraorbitalisba történtek. A III. ágban a fájdalmak már az első injectio után megszűntek. A beteg teljesen meggyógyult és 5 hónap múlva is, a midőn kíváncsimra jelentkezett, teljesen jól volt és súlyban is gyarapodott. Egy másik esetben (46 éves férfi) 1894-ben kezdődött az alsó állkapocsban a neuralgia, mely később átterjedt a felső állkapocsra és a pofa nyálkahártyájára. Kiváló sebészek által reszekáltatott a n. mentalis, azután a n. mandibularis és a n. infraorbitalis. Az első 2 operatio után félévi szünet volt, a harmadik operatio eredménytelen maradt. Ezen betegen a galvanáram még legjobban bírta enyhíteni az állapotot. Itt injectio történt a canalis infraorbitalisba és azután 2 ízben a foramen ovaleba. A beteg, ki kénytelen volt a kúrát félbeszakítani, a n. infraorbitalis területén a fájdalmak teljesen megszűntek, az alsó állkapocsban még gyengén fennállottak. Egy 52 éves asszonyra vonatkozó esetben is a III. ág területén székelt zsába miatt a foramen ovaleba 2 ízben történt injectio után a 1 1/2 év óta fennállott fájdalmak oly lényegesen csökkentek, hogy a beteg, az eredménnyel megelégedve, hazatért. Fényes volt az eredmény egy 60 éves asszonyon, a kinek heves fájdalmak a n. infraorbitalis és mentalis területén székelték. Naponta átlag 3—4 fájdalomroham volt. Egy ülésben injiciáltatott 2—2 cm³ alkohol-cocain a n. infraorbitalisba és mentalisba; a beteg 4 nap múlva fájdalommentes lett és elhagyhatta a kórházat.

Midőn a tavalyi nemzetközi orvosi congressuson ezen tapasztalataim egy részéről Sicard előadása alkalmából beszámoltam, azon nézetnek adtam kifejezést, hogy mielőtt véres operatiót végeznénk ilyen betegekben, előbb ezen alkohol-injectiókat kell megkísérlni, melyek kellő kautelák mellett nem veszélyesek és ha talán 1/2 év múlva vagy később recidiva állana be, megismételhetők. Ilyen recidivák különben akárhányszor a resectiók után is bekövetkeznek.

Balás Dezső: Két esete volt. Az egyik beteg, kit Donath osztályán észleltek, a baloldali trigeminus II. és III. ágára szorítkozó neuralgiában szenvedett évek óta; a baj sem belső szerek adagolásával, sem villamos kezeléssel javítható nem volt, sőt a rohamok száma és intenzitása fokozódott. Október 28.-án alkalmaztam 96%-os abszolút alkohol 2—2 cm³-nyi mennyiséget oly módon, hogy előbb közönséges tüvel felkeresve a foramen infraorbitale, illetőleg a foramen mentale, a tü a canalis infraorbitalisba, illetőleg canalis mandibularisba óvatosan előretoltam, s most a türe alkalmazva a fecskendőt, ennek 2 cm³-nyi tartalmát lassan kiürítettem. Hogy a tü csakugyan a csatornában van, ezt egyrészt a tü előretolása közben a csontos falú csatorna érzése, másrészt a tü oldalirányú kitérésének kivihetetlen-sége jelzi. A befecskendezés után közvetlenül a beteg fájdalom fokozódott, de 10—15 perc múlva zsibbadtság érzése s körülbelül 2 óra múlva a II. és III. ág elágazási területére kiterjedő teljes anaesthesia keletkezett s a neuralgiás rohamok is teljesen elmaradtak. Ugyanazon nap estéjén suffusio kíséretében mindkét szemhéj s az egész jobb arczfél oedemásan megduzzadt, a mi ellen egyszerűen párákötést alkalmaztunk. A beteg egy hét múlva hagyta el a kórházat, mely idő alatt újabb neuralgiás roham nem volt, a szemhéjak duzzanata teljesen elmúlt s az arcz oedemája is jócskán lepadt.

A második beteg, ki magángyakorlatomból való, évek óta ideg-orvos kezelése alatt állott. A 72 éves intelligens hivatalnoknak 1903 óta voltak a baloldali trigeminus I. és II. ágára szorítkozó neuralgiái. E neuralgiás rohamok a múlt évig évente átlag négy ízben, s megszokottakkal körülbelül 10 napig tartottak, s antineuralgiás szerekkel és villamozással gyógyíthatók voltak. Múlt év szeptember 7.-e óta azonban a rohamok gyakoriságban és intenzitásban annyira fokozódtak, hogy a beteg beszélni sem tudott, mert az arczizmok mozgása azonnal kiváltotta a rohamot, a beteg alig tudott folyékony anyaggal is táplálkozni, mert minden egyes nyelés újabb rohamot váltott ki. A beteg erősen le-

soványodott és elerőtlenedett, állandóan mozdulatlanul feküdt. A beteg november 3-án alkalmaztam az abszolút alkohol-befecskendezést, még pedig a canalis infraorbitalisba és az incisura supraorbitalisnak megfelelően az orbitához tartott Pravaz-tű előretolása mellett.

Mindkét befecskendezést egy ülésben végeztem 2—2 cm² mennyiséggel. A betegnek a befecskendezés után protrusio bulbi érzése volt; rohama, melyet a befecskendezési aktus kiváltott, a befecskendezés után fokozódott, de már néhány pillanat múlva a beidegzési területen beállott zsibbadási érzésnek adott helyet. A befecskendezés után körülbelül harmadfél óra múlva teljes anaesthesia állott be, úgy hogy a beteg a befecskendezés után 2 óra múlva igen jóízűen és teljesen rohammentesen költötte el az ebédjét. A betegnek a befecskendezéstől számítva, tehát körülbelül három hó óta egy rohama sem volt, jól eszik, meg is erősödött; a trigeminus I. és II. ágától ellátott terület még ma is érzéstelen.

Távol áll tőlem, hogy e két eset kapcsán messzemenő következtetést merjek levonni, de az való, hogy oly essentialis trigeminus-neuralgia-esetében, melyekben a belső szereléssel már nem boldogulunk, mielőtt akár a periferiás, akár a centrális resectióra határoznók el magunkat, meg kell kísérelnünk a csekély technikai jártasságot igénylő és kellő sterilitás mellett teljesen veszélytelen abszolút alkohol-befecskendést.

Prostata-carcinoma esete osteoplastikus csontáttételekkel.

Goldzieher Miksa: A Székács főorvos osztályáról boncolásra került 46 éves férfi ökölnyi nagyságú, diffúz rostos prostata-carcinómája, mely a környezettel egyáltalában nem kapaszkodott össze, nagyszámú csontáttételt okozott. Az áttételek legnagyobbbrészt a csigolyatestekben, továbbá a csöves csontok epiphysiseiben találtak és mindenben megfeleltek az először Recklinghausen által leírt osteoplastikus metastasisok képének. A rákosan infiltrált csontrészek a nagy likaesű, barnavörös csontvelőt tartalmazó szövetből kis likaesű vagy éppen elefántesontszerű, sárgás-fehér, tömött szövetté alakultak csontújképződés folytán.

A fiatalabb áttéti góczokban a capillaris emboliák okozta helyi pangás folytán főleg periferiás sötétebb vörös színeződés található. A csontújképződés mellett felszívódásos folyamatok is szerepelnek, a mi a metastasisos góczok helyenkénti nagyfokú törékenységében nyilvánul.

Szövettanilag a daganat részben mirigyes, részben alveoláris szerkezetű, igen apró sejttű carcinomának bizonyult.

Közkórházi Orvostársulat.

(XII. bemutató ülés 1909 december 1-én.)

Elnök: **Oláh Gusztáv.** Jegyző: **Körmöczy Emil.**

(Vége.)

Favus corporis.

Werner Sándor: A favus azon localisatiója, melynél a baj elsődlegesen a köztakarón jelentkezik, úgy hogy a hajzatos fejbőr egyáltalában nincsen érintve, a ritkaságok közé tartozik.

A 23 éves nőbeteget f. é. október 16-án vettük fel Róna osztályára secundaer lues diagnosissal; itt 10 bedörzsölést végzett és minthogy lázzal járó polyarthritise és pleurális izgalmai voltak, felső végtagjaira és mellkasára Priessnitz-borogatásokat rendeltünk, majd pedig, minthogy fájdalmai nem szűntek, belosztályra tettük át; itt 5 napig feküdt és a mikor alkarján kiütéseket észlelték, osztályunkra küldték vizsgálat végett. Ekkor visszavettük osztályunkra a következő lelettel:

A bal kar hajlító oldalán kétkoronányi és ezeknél kisebb, közepén gyógyuló, a széleken körkörösén tovaterjedő acut gyulladásos folyamatok láthatók; a széleken néhol apró, részben beszáradt, részben friss vesiculák, a közepén sárgás felrakódások vannak. Ugyanilyen jellegű, kb. tízfőllér nagyságú elváltozás látható a bal könyök felett, jól kifejezett sárga felrakódással és élénk hyperaemiával. A bal hónaljban a közepén gyógyulást mutató, a széleken kifejezett vesiculákat termelő fillér mekkoráságú elváltozás van, ugyanilyen látható a bal areola mammae alsó polusán, kifejezett sárga tömeggel a közepén.

Teljesen ilyen jellegű két elváltozás támadt 4 nap alatt a jobb emlő külső részén, továbbá egy a hátán, a bal scapula bázisa közepének megfelelőleg és egy tőle 15 cm.-nyire lefelé.

A mikroszkopi vizsgálat kétségtelenné tette a klinikailag megállapított favus-diagnosist.

Mostani esetünk és egy már bemutatott scrotum localisatio arra enged következtetni, hogy a fertőzés favusgombával fertőzött borogató compressektől eredt.

Werner Ignác és Hochhalt Károly: Alttuberculinnal végzett probatorius és therapiás injectiók.

Werner Ignác: 1909 május óta kísérletezünk az alttuberculin therapiás és probatorius befecskendezésével. A probatorius injectiókat mindig oly betegeknek alkalmaztuk, a kiken az objectiv tünetek negatívak voltak, ellenben a subjectiv panaszok és az anamnesis gyanút keltettek gümőkór fennforgására; a betegek láztalanok voltak. Ilyen beteg kapta az I. fokú injectiót (0.2 mgm.), ha nem reagált, 4—6 nap múlva a II. fokú és ha ez is eredménytelen volt, a III. fokú (5 mgm.). A IV. fokú nem használtuk, mivel féltünk a némely szerző leírta kellemetlen tünetektől. Így semmi panaszt sem hallottunk a betegektől és semmi kellemetlen tünetet sem észleltünk. Positiv eredmény: 37.3, mely a 4—36. órában, ritkán a 3. napon áll be. A probatorius injectióval majdnem biztosan meg lehet ismerni a teljesen kezdetleges gümőkórt. Ennek pedig nagy jelentősége van, mivel tudjuk, hogy csak a kezdetleges gümőkórral tudunk valamit tenni.

A therapiás injectióval 54 beteg lett kezelve, kik a mellett még a diéta és hygienés eljárásban is részesültek. A betegek I. és II. stadiumú gümőkóros elváltozások voltak 37.5° alatti temperaturával. A legkisebb adaggal (1/100 mgm.) kezdtük. Minden oltás után 1 heti szünet volt. A következő oltást függővé tettük a reactio nagyságától, tartamától, a súlygyarapodástól és az általános közérzettől. Minden következő adag csak kevéssel volt nagyobb. Ezen kezelés mellett a betegek meghíztak (4—9 kgm. 20—60 nap alatt), a láz megszűnt, a bacillusok eltűntek, vagy a számuk kevesbedett, éppen így a köhögés vagy köpet mennyisége is, sőt a tüdőbeli állapot is javult, a mennyiben a hurut teljesen megszűnt és a szörtyőrejek kevesbedtek. Ezen eredmények mindig jobbák voltak az I., mint a II. stadiumú betegeknek. E kísérletek tapasztalata az, hogy az I. és II. szakban levő gümőkór tovaterjedését meg tudjuk akasztani és a folyamat aktivitását gyengíthetjük az injectiókkal.

Hochhalt Károly: A tuberculinkezelés historicumára visszatekintve, a lefolyt 29 év alatt tett tapasztalatok nyomán sok tanulságot vonhatunk le. Koch nagy lelkesedéssel felkarolt gyógymódja Virchow erélyes felszólalása után úgy látszott teljesen hitelét veszítette. Voltak azonban egyesek, kik meg lévén győződve a tuberculinnak a gümős szövetre való specifikus hatásáról s visszaemlékezve azon páratlan gyógyeredményekre, melyeket vele egyes esetekben elértek, oly eredményekre, a milyenek azelőtt semmiféle más eljárással elérhetők nem voltak, nem tették le a fegyvert, hanem tovább kutattak. Voltak, kik a szer tökéletlen voltának tulajdonították a balsikereket s a mérgező alkotórészek kiküszöbölésére törekedtek.

Toxalbumint, toxomucint, peptonokat, ptomainokat választottak ki a tuberculin nyers anyagából. Így jött létre a Klebs-féle antiphthisin is. A vele tett kísérletek azt bizonyították, hogy balsikerek nincsenek, de az eredmények jóval mögötte maradnak az alttuberculinnal tapasztalt gyógyhatásnak. Koch neutuberculinja ismét a régi methodus szerint adagolva ugyanazon veszélyeket látszik felidézni, mint a régi tuberculin, mert lázak kapcsán új góczok képződése újból mutatkozott.

Majdnem két évtized tudományos kutatására volt szükség, hogy a bonyolult kérdés tisztázva legyen. Ma tudjuk, hogy a régi tuberculin a maga eredeti összetételében teljesen alkalmas arra, hogy a gümős folyamatot jótékonyan befolyásolja, ha az alkalmazás módja helyes. A Koch által ajánlott 1/2—1 milligrammnyi kezdeti adag túl magas volt, a reakciók felidézése és a rövid időközökben végzett oltások okozták a tuberculin summatioját (Sahli), mely mérgező hatást fejtett ki.

1901-ben javasolta először Gösch a minimális adagoknak nagy időközökben való alkalmazását, a mely módszert Denys, Spengler, Petruschky és Sahli követte az úgynevezett „etappe-kezelés” elvei szerint. Ez alapon le kell mondanunk arról a törekvéstől, hogy a

tüdőveszes beteget teljesen immunizáljuk. Csak a méregmegkötést érhetjük el, a melynek segítségével a védőtestek szaporodását érhetjük el (Wright-féle positiv phasis). Normális adagokkal sohasem ártunk a betegnek, lefokozhatjuk a gümöbaccillus virulentiáját s a betegséget a természetes gyógyulás útjára terelhetjük.

Friedrich Vilmos: A kérdés, mely voltaképpen az orvosegyesület tuberculosis-bizottsága elé tartozik, oly nagy, hogy jogos az itt való tárgyalása is. Mielőtt a tuberculin-kérdésre kitérnék, a sanatoriumokról kívánok szólni. Németországban a sanatoriumok kérdése holt pontra jutott. Már nem építenek újabb sanatoriumokat, mert magával a sanatorium-kezeléssel nem lehet több és szémbeszökőbb eredményt elérni, másrészt annyi a beteg, hogy sanatoriumban valamennyit elhelyezni úgy sem lehet. Nálunk még nehezebb a kérdés, mert sem az állam, sem a társadalom nem állíthat fel sanatoriumokat hozzávetőlegesen sem olyan számban, a milyenben erre szükség volna. De ez nem is baj, mert a sanatoriumok úgy sem váltották be a hozzájuk fűzött összes reményeket és így a dispensariumok jöttek divatba, a mint én azt 5 évvel ezelőtt már indítványoztam. Sanatoriumokat nálunk is csak a rokkantbiztosító pénztár állíthatna fel, de ez nem létező, erről beszélni nem is lehet. De a dispensariumok is, sajnos, csak gyéren szaporodnak.

Kérdés, hogy a tuberculinnal milyen eredmények érhetők el és milyenek várhatók.

Az előadók azt mondják, hogy 42 esetben a testsúly növekedett, a hő csökkent, a subjectiv érzés javult. Ez várható is, de kérdés, hogy ezek az eredmények nem érettek volna-e el tuberculin-kezelés nélkül is, csupán a hygienés-diaetás kezeléssel. Mert a közkeletű beteganyag olyan, hogy a közkeletű reá nézve sanatorium jelentőségével bír.

Egészen másképpen áll a dolog azon munkáspénztári anyaggal, melyen László dr.-ral kísérleteztünk. Két év alatt tuberculinnal kezelt 1000 betegünk volt, 7-9 hónapig figyeltük meg őket és azután ismét visszatértek hozzánk.

Anyagunk abban is különbözik az előadókétól, hogy két csoportra osztható. Az egyik, mely munkáját folytatta, tehát ugyanazon rossz hygienés viszonyok között maradt és csak a tuberculin hatása alatt állott; a másik csoport, a mely betegállományban volt, tehát a műhely s a feloldozandó anyag rossz, veszélyes behatása alól ki volt vonva, naponta 4-5 órát sétáltatott, bár otthoni lakásnyomorúsága és rossz táplálkozása továbbra is fennállott.

És az első csoportban is 48-49%-ban javulás volt tapasztalható egyedül a tuberculin behatására, míg a második csoportban 71% volt a javulás.

Nem alkalmaztunk olyan nagy adagot, mint az előadók. 0-0001 mgm.-mal kezdtük; az oldatokat magunk készítettük, mert így megbízhatóbbak. A helybeli reactio nagyságától, a láztól tettük függővé, hogy 4 nap múlva, vagy 5-6-7 napon belül oltunk-e újra, de csak a reactio elmúltával; és akkor is fokozatosan s óvatosan 0-001, 0-01 mgm.-ot, végre 1-0 mgm.-ot.

Tehát nem adunk nagy adagot, mint pl. Bauer vagy Wein, a ki passiv oltóanyaggal, a Marmorek-serummal láztalanítja a beteget, azután 1 mgm. tuberculin beoltására megy át és felmegy 3 mgm.-os, sőt nagyobb adagra is. Ezt én nem merném megtenni, félve az anaphylaxistól. Erre élénk példa egy 32 éves, 162 cm. magas, 88 kgm. súlyú nő (Broca szerint a beteg testmagasságának 62 kgm. testsúly felelne meg), a kin gyanu volt gégegümökrorra; 1 mgm. tuberculinnal nem volt reactio, de a 2 nap múlva alkalmazott 1-5 mgm.-ra aggasztó tünetek jelentkeztek, úgy hogy tracheotomiára készültünk. 3 hónap múlva Gleichenbergből 3 kgm.-mal meghízva tért vissza, de tuberculin-kezelés alá nem helyezhettük, mivel a 6 hó múlva alkalmazott 0-00001 mgm. tuberculinnal megint a leghevesebb tünetek támadtak.

Eseteinket 8 hónapig észleltük, 11 esetet másodízben is kezeltünk több hónapon át tuberculinnal, e betegek baja stagnál.

Eredményeinket összefoglalva, mondhatjuk, hogy kezdeti lázmentes szakban és kis lázakkal mellett a második stadium elején a tuberculin-oltásokat kuratív célból érdemes végezni. Jó eredmény érhető el az esetek felében, legalább is olyan jó, mint bármely eddig ismert más gyógyszerrel.

A harmadik stadiumban levő lázas betegeken nagy körültekintéssel kell végezni az oltásokat, a melyek nem biztatók; lázas, nyitott gümökrorban, magas pulsus-szám mellett pedig ellenjavaltak. Kis adaggal kell kezdeni és lassan haladni felfelé, de mindig csak a helybeli reactio el-tüntével. Hevesebb reactio esetén vagy az utolsó adaggal oltunk, vagy ennél csak valamivel nagyobb. A hosszú ideig tartó, türelmesen végzett, lassanként felszálló kezelés után a fizikai tünetek is visszafé-lődnék, a láz csökken, a testsúly növekszik, a subjectiv érzés javul. Nem szabad sémában eljárni, individualizálni kell. Ezért az oltásokat megmondolás nélkül a nagy gyakorlatba kivinni még nem lehet. Az oltások lehetőleg sanatoriumokban történjenek, kórházakban tüdőbeteg-osztályon és dispensariumokban, melyeknek számát növelni kellene, hogy ezáltal a szegényebb néposztályhoz tartozó gümökroros betegek hygienés viszonyait javíthassuk.

A probatorius oltások akkor alkalmazandók, ha objectiv elváltozások nincsenek, csak gyanu van gümökrorra, vagy ha balesetekkel kapcsolatban gyanus az eset arra, hogy talán gümökror van jelen. Csak 0-10 mgm., később 0-5 mgm. lehet a diagnostikai adag.

Okolicsányi-Kuthy Dezső 1907-ben Bécsben, az idén a nemzetközi congressuson számoltam be TO-val szerzett tapasztalatairól. Azóta a Denys-féle és a Beranek-féle tuberculinnal is kísérleteztem, valamint a TOA és PTO nevű készítménnyel, mely utóbbi gyöngyöbaccillusból készül.

Teljesen egyetértek Hochhalt tanárral, a mikor azt mondotta, hogy nem annyira a készítménytől, mint az adagolás helyes módjától függ a siker. A siker kulcsát már régen a teljesen kimélő, a reactiókat lehetőség szerint kizáró módját a tuberculin-alkalmazásnak tekintetem, jöllehet a Goetsch által kezdeményezett új aerában is makacsul tartotta magát a szakemberek közt a hiedelem, hogy a reactio határán kell „dolgozni” a tuberculinnal.

Ezen elv szerint azonban az injectiók előre nem látható toxin-felhalmozódáshoz vezethetnek s kisebb-nagyobb általános reactiót idézhetnek elő, a mi a beteg szervezetre nézve éppen úgy nem közömbös, mint a gümökroros egyén saját bacillusaitól termelt toxinok felhalmozódása által létrehozott autointoxicációs lázas reactio.

Örömmel üdvözöltem ezért részemről a tuberculin-kezelés azon legújabb korszakát, mely részben a tuberculosis-bacilluskészítményeknek per os adását tolta mindjobban az előtérbe, a mely úton a reactiók lehetsége nagy fokban csökken, részben a subcutan kezelést két nevezetes irányban módosította, t. i. nem ad oly nagy tuberculin-adagokat, mint csak nemrég is szokásban volt s nem végezi oly gyakran (hetenként 2-3-szor) a befeeszkendezéseket.

Újabbban a „tuberculin CI” (Calmette tuberculinje), mely pedig kevésbé toxikus, mint a tuberculinum Kochi vetus, 1/1000 mgm.-on kezdve 1-0 mgm.-ig emelkedőleg alkalmaztatik; a 2 injectio között mindenkör 12 nap időköz van. Sőt Jessen Davosban a TOA-ból, vagyis a human filtratumból készült zsírtalanított bouillonból is csak nagyon kis adagot feeszkendez be 14-28 naponként egyszer s a mennyiséget egyáltalán nem is fokozza. Én ugyanezen eljárást az eredeti höchsti human filtratummal most gyakorlom jó eredménnyel.

Kétségtelen, hogy minél inkább eltávolítjuk a tuberculin-kezeléstől a reactio inconvenientiáját, hogy ne mondjam veszedelmét, az eredmény koczkatatása nélkül, annál hamarabb szerzi vissza elvesztett polgárjogát a nagy reactiók által rossz hírbe jutott tuberculin-therapia. Ez irányban értékes tapasztalatokat szolgáltatott a Hochhalt tanár osztályán végzett legújabb kísérletezés is, mert bebizonyította, hogy a régi tuberculin mint antitest-termelésre stimuláló hatalmas agens szerepel akkor is, ha aránylag kis dosisokban s csak nagyobb időközökben alkalmaztatik.

Weisz Ferenc: Haberern tanár osztályán sok esetben, a mikor gyanunk van vesegümökrorra, diagnostikai célból altuberculinnal oltást végzünk.

Egy esetünkben a tuberculin-oltás után haematuria jelentkezett. Vesetuberculosisban therapiás célból is próbálkoznak tuberculin-oltásokkal, bár eddig nem túlságos sikerrel. Legújabban leírtak egy esetet, a melyben a vesegümökrorban szenvedő beteget hét hónapon keresztül oltották tuberculinnal s az operatívval eltávolított vesében friss tuberculumok találtak, jelölve annak, hogy a tuberculin-kezelés nem tudta a tuberculosis propagációját megakadályozni.

Wohl Mór: Esetet ismertek, a melyben a tuberculin-kezelés nem javított a vesegümökrorban szenvedő beteg állapotán.

Kovács Aladár: Huzamosabb időn át végzett vizsgálatai alapján feltétlen híve a gümökror specifikus kezelésének.

Kentzler Gyula: A tuberculin-kezelést lázas betegeken általában contraindikálnak tartják, mert legtöbbször rosszabbodás követi a tuberculin oltásokat. Ennek okát a saját vizsgálatai alapján a következőkben véli megtalálni. A tuberculin-injectiót, mint minden antigen-bevitelt, negativ phasis követi, a mit Wright eljárása szerint az opsonin-index megállapításával, a phagocytosis fokának figyelemmel kísérésevel ki lehet mutatni. Ha a phagocytosis-vizsgálat körülményes is és a hibaforrások száma sem kicsiny, ugyanazon vizsgáló a negativ phasis beállását és ennek fokát igen jól megállapíthatja. Lázas betegeken végzett ily vizsgálatai meggyőzték arról, hogy míg rendszeren 4-5 nap alatt a negativ phasist egy az előbbi magasságnak megfelelő vagy azt túlhaladó positiv phasis követi, addig lázasokon a negativ phasis hosszú ideig, 10-14 napig is eltart. Ha ezen időn belül viszünk be újabb tuberculin-adagot a szervezetbe, a negativ phasis tartama még inkább megnyúlik. Ezen alapon érthető, hogy a negativ phasis alatt végzett újabb tuberculin-oltás nem jár a várt jó eredménnyel, hanem ellenkezőleg még rosszabbodás is állhat be, tudvalévőleg azért, mert a negativ phasis alatt a szervezet általában még csökkent resistenciával bír és így a toxinhatás, a mely a meglevő activ tuberculosis góczból kiindulva a szervezetet beteggé teszi, még inkább érvényre juthat.

Hochhalt Károly: Halálával és köszönettel tartozom a felszólalóknak, hogy a nézetek tisztázásához hozzájárultak. Friedrich kissé kedvezőtlenül nyilatkozik a sanatoriumokról, mert csepp a tengerben és mert Németországban nem vált be a sanatoriumi kezelés; ez a szemrehányás nem jogos, mert utóvégre hol kezeljük azokat a betegeket inkább, mint ott, a hol speciálisan foglalkozhatunk velük. Főként pedig a népsanatoriumok felállítására jogosult. Ma már a hygienés-diaetás kezelést nem tartjuk elegendőnek, hanem a mellett a láztalan eseteket oltjuk is tuberculinnal. Mi 0-00001 mgm.-ot oltunk hetenként egyszer. Lázasat pedig nem oltunk.

A probatorius injectio a legtöbb esetben bevált, 0-2 mgm. sohasem okozott káros hatást.

Abban, hogy Weisz tagtárs haematuriát látott, semmi különöset sem látok, mert lehett az illetőnek régi gümőkóros gócza, mely fellobbant, és lehet, hogy parenchymás vérzés állott be. Ha pedig TO-ra új góczok jelentkeztek, ez valószínűleg a nagy adagoknak tudandó be. Étappe-kezelés mellett aligha képződnek új góczok.

Kentzler felvilágosítását köszönöm, hogy a negativ phasisban lázasokat nem szabad oltani. Ezt klinikai tapasztalatból is tudtuk és most tudományosan is igazolva van.

Tehát a kartársak egy véleményen vannak velem: minimális dosisok hosszú időközökben. Ez nem vezet ugyan teljes immunizálásra, de az immuntestek termelését elősegíti és így a toxin-hatást gyengíti. Ha pedig a toxin-hatás kikapcsolatik, a tüdőbeli folyamat meggyógyul.

PÁLYÁZATOK.

293/910. kórh. sz.

Kis-Küküllő vármegye közpórházánál megüresedett nyugdíjjogosultsággal egybekötött másodorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: 2000 korona kezdőtörzsfizetés, a kórházi épületben adandó fűtéssel, világítással ellátott egy szobás lakás és I-ső osztályú élelmezés.

Magánorvosi gyakorlat folytatása meg van engedve, a mennyiben ez a kórházi szolgálattal összefér.

Felhívom tehát mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ának 2. bekezdésében előírt képesítést igazoló és eddigi szolgálataikról tanuskodó bizonyítványokkal felszerelt folyamodványukat a vármegyei ügyviteli szabályzat 4. §-ában előírt módon Kis-Küküllő vármegye főispánjához címelve, hozzám legkésőbb 1910. év márczius hó 15.-éig annyiival is inkább nyújtsák be, mivel később érkezendő folyamodványok nem fognak tekintetbe vétetni.

Az állás április hó 1.-én elfoglalandó.

Dicsőszentmárton, 1910. évi február hó 14.-én.

2-1

Szőcs Mózes dr., kórházi igazgató.

Gróf Wimpffen Siegfried ő méltósága eressli uradalmában az orvosi állás lemondás folytán üresedésbe jutván, ezen állás betöltésére pályázatot hirdet az uradalmi számtartóság.

Javadalmazás: 3000 kor. fizetés, természetbeni lakás és magánorvoslat.

Felkéretnek ama fiatal, keresztény, a német nyelvben járatos orvos urak, kik néhány évi gyakorlattal bírnak, hogy folyamodványukat s az eddigi működésükről szóló bizonyítványukat legkésőbb folyó évi márczius hó 10.-éig az uradalmi számtartósághoz nyújtsák be, minthogy az állás április 1.-én feltétlenül elfoglalandó.

3-2

HIRDETÉSEK.

„Urocamphori JENCS“

a húgyutak lobos megbetegedésének kezelésénél rendkívül bevált szer. (Lásd „Urologiai Szemle“ 1908. évi számát.)

I phiola 3 korona.

Készíti: JENCS VILMOS Városi gyógyszerháza



Budapest, II., Fő-utca 27. sz.

Rendelkezésre áll.



MUSCHONG-BUZIÁSFÜRDŐ

BUZIÁSI PHÖNIX ÁSVÁNYVIZ

Liquor Thiorobin Comp. Eibach

mint a vele folytatott kórházi és klinikai kísérletek bizonyítják, a tüdőbetegségek hathatós gyógyítószer, kombinálva igen hatásos erősítő szereket, igen kedvezően befolyásolja a tüdőbetegnek táplálkozását és anyagcseréjét s így tökéletesen pótolja, sőt felülmúlja a külföldi készítményeket. Különösen ajánlható: a légzőszervek megbetegedéseinek, idült hörghurut, tüdőgyulladás, influenza, kanyaró, szamarhurut stb. után visszamaradt makacs hurutoknál, a tüdőgyulladások minden alakjánál, mint specificum. Adagolása: felnőtteknek naponta három kis evőkanállal, gyermekeknek három kávékanállal. Evés előtt veendő.

Ára üvegenként 2 kor. 50 fill.

Készítője:

Szamossy Gyula és Basch Ernő
gyógyszerész laboratóriuma

„II. Rákóczy Ferencz gyógyszerháza“, VIII. Rákóczy-út 25.
Főraktár: „Szent Bertalan gyógyszerháza“, VI., Andrassy-út 55.

:: ELSŐRANGU GYÓGYVIZ ÉS DIAETETIKUS ITAL ::

Vesebajoknál, húgyhólyag - bántalmaknál és köszvénynél, cukorbetegségnél, emésztési és lélegzési szervek hurutjainál

a Bór és Lithion tartalmu GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

a kontinens legelső orvosi szaktekintélyei által kitűnő sikerrel használtatik.

Kiváló óvszer a vörhenynél (scarlatina) fellépő vesebántalmaknál.

E forrás kiváló tulajdonságai:

Hugyhajtó hatása.

Kelelmes izü.

Teljesen tiszta.

Könnyen emészthető.

Vasmentes.

Állandó összetételü.

Különösen oly egyéneknek ajánlatos, a kik ülő életmódjuk folytán aranyeres bántalmakban, hasi vérbőségben, máj- és veseizgalomban vagy húgysavas lerakódásokban, vesehomok és vesekövek képződésében szenvednek.

Orvosi szakvélemények, gyógyeredményeikről szóló bizonylatok és egyéb forrásleírások ingyen és bérmentve állnak rendelkezésre.



SCHULTES ÁGOST Színye-Lipóczi Salvatorforrás Vállalat,

BUDAPEST, V., RUDOLF-RAKPART 8.



TÖBB KIÁLLÍTÁSON KITÜNTETVE.

TARTALMAZ EMULSIÓBAN 50 % CSUKAMÁJOLAJAT. - SZAGA ÉS IZE KELELMESE, KÖNNYEN BEVEHETŐ, FELBŐFÖGÉST ÉS DIARRHOÉT NEM OKOZ.

POTIO OL. JECORIS.

KAPHATÓ AZ ÖSSZES GYÓGYSZERTÁRAKBAN. - KISÉRLETI MINTÁK DIJMENTESEN ÁLLNÁK RENDELKEZÉSRE. - EGY 600 GRAMMOS ÜVEG ÁRA 4 KOR. 75 FILL., PRÓBA ÜVEG 2 KOR. 50 FILL.

Készíti: Z. Nagy Albert gyógyszerész Csanádpalota.

TÖRV. VÉDVE.

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében. GYNAEKOLOGIA Tóth István szerkesztésében.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLÉSEK.

Gyergyai Árpád: Közlés a Makara Lajos tanár igazgatása alatt álló kolozvári egyetemi seb-klinika fül-, orr- és gégerendeléséről. Az orrgaratnak, a tubának és a hátulsó orr-részeknek új közvetlen vizsgálómódja. (Epipharyngoskopia, salpingoskopia et rhinoskopia posterior directa.) 153. lap.

Sugár Mihály: Közlés a budapesti egyetem III. sz. belklinikájáról. Igazgató: báró Korányi Sándor dr. egyetemi tanár. Egy új klinikai tünetről. 155. lap.

Gerlőczy Zsigmond: A kiütéses typhus Budapesten 1908-ban. 155. lap.

Pólya Jenő: Közlés a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem általános kór- és gyógytani intézetéből (igazgató: Tangl Ferencz dr., egyetemi tanár) és a székesfővárosi sz. Margit-kórház sebészeti osztályáról. A vékonybél retrograd incarcerációjáról. 158. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. F. Ueber: Lehrbuch der Ernährung und der Stoffwechselkrankheiten. — **Lapszemle. Belorostan. Boas:** A bélbeöntések és klysmák javalatai és ellenjavalatai. — **Sebészet. J. S. Lewis:** Vékony ezüstlemezek sebészi használhatósága. — **G. E. Brewes:** A gégerák sebészi kezelése. **F. Bauer:** A malmói kórház appendicitisanyaga. — **Szülészet és nőorvos. Opitz:** A szűk medence modern terápiája. — **Venereás bántalmak.** Minő feltételek mellett engedhető meg a syphilitis egyéneknek a házasság? — **Kisebbségi közlések az orvosgyakorlatra. Spitzer:** A heveny ízületiúj újabb gyógyítási módjai. — **Hamburger:** A collargol-befeekendés veszélyessége. 160—164. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 165. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 165. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 166—168. lap.

Melléklet. E. Merck vegyszeri gyár „Perhydrol“ prospektusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a Makara Lajos tanár igazgatása alatt álló kolozvári egyetemi seb-klinika fül-, orr- és gége-rendeléséről.

Az orrgaratnak, a tubának és a hátulsó orr-részeknek új közvetlen vizsgálómódja. (Epipharyngoskopia, salpingoskopia et rhinoskopia posterior directa.)¹

Irta: **Gyergyai Árpád** dr., egyetemi tanársegéd.

A szájon át tűkörrel végzett orrgaratvizsgálatkor a tűkörben a felső fal, a choanaseptum, a középső, a felső és részben az alsó orrkagyló látszik jól, a recessus sphenothmoidalis azonban nem látható. A hátulsó falról és az oldalsó falokról, így a nagy fontosságú tubanyílásról a perspectiva igen megrövidült, tehát kielégítő képet nem kapunk.

A Valentin-, Hirschmann- és Voss-féle cystoskop elvén alapuló salpingoskop arra szolgál, hogy a tubanyílást szemben lássuk, a Harald Hays-féle pharyngoskop, hogy az orrgaratüregbe könnyebben betekinthessünk. Ezek az eszközök azonban nem egészen kielégítőek, mert lámpájuk, kis tűjük könnyen beszenyeződik, a kép részben eltorzult, főképpen pedig műtéti beavatkozásokkor alig alkalmazhatók.

Tehát már maga a vizsgálat is nagy nehézségekbe ütközik, s e nehézségek még inkább fokozódnak, ha látásunk ellenőrzése mellett gyógyító beavatkozásokat akarunk végezni; mert vagy vaktában kell dolgoznunk, vagy pedig, ha tűkörben látni akarjuk azt, a mit csinálunk, több eszközt kell egyszerre alkalmaznunk, a mi az eljárást igen megnehezíti. A szűk helyi viszonyok miatt az orrgarat-műtétek az orron át is csak tökéletlenül végezhetőek.

¹ Előadatott az Erdélyi Múzeumegylet orvosi szakosztályának 1910 február 12-én tartott gyűlésén. A bemutatott fotografiák, Röntgenképek és speciális műszerek közlését későbbi cikkem számára tartottam fenn.

Néhány szerző, így Lindt, Katzenstein stb. megkísérelte a légyszájpadnak horoggal végzett előre- és felfelé húzása mellett az orrgaratba betekinteni reflector fényénél. Zarniko szerint ilyen módon a következő részek tekinthetők meg: „a hátulsó garattal, egészen a garattetőig (garatmandula vájzataival és bemélyedéseivel), meg nem nagyobbodott garatmandula esetében a Rosenmüller-féle árok és ha a vizsgálandó egyén fejét a megfelelő oldal felé fordítjuk, a tubanyílásoktól kiinduló ránczok (plicae salpingopharyngea, salpingopalatina) és nagyon kedvező körülmények között maga a tubanyílás“.

Mindezen eljárások nem felelnek meg eléggé azoknak a követelményeknek, melyeket az orrgarat vizsgálati és therapiás beavatkozásai kívánnak, már másfél év óta foglalkozom azzal, hogy az orrgarat vizsgálatát odátökéletesítsem, hogy elváltozásait direkte láthassuk és a szükséges beavatkozásokat szemünkkel ellenőrizhessük.

Az utolsó időben sikerült ezen direkt vizsgálat módszerét megtalálnom. Eljárásom a következő:

1. Az érzéstelenítést 10—20%-os cocain- vagy ugyanilyen töménységű novocain- tonogen- (adrenalin-) oldattal végezzük, lehetőleg úgy, hogy az egész epipharynxot, a kemény- és légyszájpad érintkezési vonalát s az orr leghátulsó részeit is érintsük a cocainos vattával. Ha az érzéstelenítés jól sikerült, a betegnek a további eljárásnál nagyobb kellemetlensége nincs.

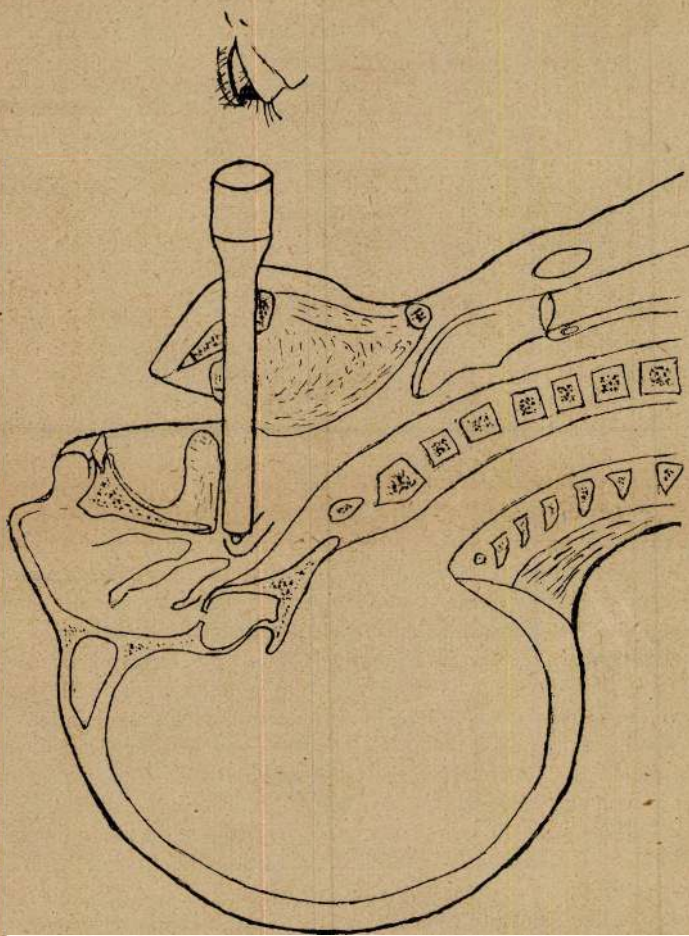
A vizsgálatot 8—10 cm. hosszú, különböző átmérőjű (4—12 mm.) egyenes fémcsővel végezzük, melyeket a direkt bronchoskopiában használatos Bünnings-féle speciaelektroskopra alkalmazunk.

2. A beteg elhelyezése különböző lehet; legalkalmasabb, ha a beteget hanyattfektetve, fejét az operáló asztal végéről lefogadjuk, száját jól kitátatjuk, mi magunk pedig a beteg fejénél helyezkedünk el.

3. Az eszköz bevezetése következőképpen történik. Bal kezünk mutató ujját az orrgaratüregbe visszük és behajlítjuk, míg a choanaseptumot ujjhegyünkkel éppen érintjük. Az így bevezetett ujjal a légyszájpadot a szájüregbe, tehát le és előre húzzuk. Az eljárásakor ügyelünk, hogy a légyszájpadot ne tőrjük össze, csak lehetőleg lefelé hajtsuk! Jobb kezünkkel a vizsgálócsővünkkel a beteg füle felé elhúzott szájszegletétől, erősen kitátott száj mellett,

az alsó fogsortól közvetlenül kiindulól, mintegy hátulról és alulról vezetjük be az orrgaratba és a légyszájpad tartására az ujjunk helyébe csusztatjuk, benn levő ujjunkat pedig a cső hátulsó falára helyezzük az irányítás vagy bizonyos helyzetben tartás megkönnyítésére.

4. Az egyes részek áttekintése. A bevezetésnek megfelelő helyzetben legelőször többnyire a Rosenmüller-féle árok és a torus tubarius látható. Innen a közép felé vive úgy a csőnek benn, mint kívül levő részét, láthatjuk a garat egész hátulsó falát, a felső falát (fornix pharyngis) és a garatmandulát. Oldalt irányítva eszközünket, beállíthatjuk a tubanyilást. (Lásd az ábrát.) Ha a fejet még erősebben hátrahajtjuk, az állkapcsot erősebben és lehetőleg az ellenkező oldal felé kitérítjük, továbbá a vékonyabb cső benn levő végét az orrüreg felé, künn levő végét pedig a szegycsont irányába hajlítjuk, szemünk elé kerül a choana-septum felső $\frac{2}{3}$ része és az ikessonttest elülső-alsó, tehát már az orrüregben levő falának egy része; sőt egyes esetekben a középső orrkagyló és az esetleg túltengett alsó orrkagyló hátulsó végét, kivételesen a recessus



A cső és a fej állása a tubanyilás vizsgálatkor.

sphenoethmoidalist, a felső orrkagylót, egyes ethmoidális sejtek nyílását is megláthatjuk.

A képet egyenes vonalban, minden megtörés nélkül láthatjuk s a csövön keresztül operációkat, kezeléseket, idegentesteltávolítást akár a tubanyilásból is végezhetünk szemünk ellenőrzése mellett, éppen úgy, mint a direkt gégeműtétek alkalmával.

Igy a garatmandulát kacsával kivehetjük, bennmaradt részeit különböző csipőfogókkal eltávolíthatjuk.

Szondázhatjuk és kezelhetjük a bursa pharyngeát; gyógykezelhetjük a garatmandula árkait és bemélyedéseit is.

A tuba nyílásába szemünk ellenőrzése mellett e célra készített kathetert 2—2,5 cm.-re bevezethetünk s azon át levegőt fújhatunk vagy folyadékot fecskendezhetünk a középső fülbe.

Ezenkívül a tuba lumenébe hosszú nyéllel ellátott 3—6 mm. átmérőjű, 3 cm. hosszú csőszzerű eszközt is vezethetünk be, melyen át a tuba belső falának 1—2 cm.-nyi részletét jól áttekinthetjük,

megbetegedése esetében belfelületének bizonyos körülírt helyeit külön is kezelhetjük.

A kathetert összekötve a légmasszázó pumpával, a tubát s azon át a dobhártyát, hallócsontocskákat, labyrinthablakokat tökéletesen masszálhatjuk, mint a hogyan az a tubán át ez ideig sikerült; vagy erre való eszközünkkel a tuba vibrációs massage-át is végezhetjük.

A direkt kezelésnek jól hozzáférhető a choana-septum hátulsó vége is, úgy hogy rajta esetleg műtetet is végezhetünk. Lehet, hogy a módszer kifejlesztésével az orr hátulsó részében az orrkagylók hátulsó végéről hypertrophiákat távolíthatunk el, polypusokat vehetünk ki, a hátulsó rostasejtet vagy sejteket, sőt néha a sinus sphenoidális ostiumát is szondázhatjuk.

Ismertetett módszerünk gyakorlati fontosságát a tuba direkt vizsgálásán és kezelésén kívül mutatja az is, hogy segélyével a sinus sphenoidális alsó fala minden előzetes műtét nélkül megközelíthető és az ürege szélesen feltárható.

Azon módok használatakor, a melyekkel eddigelé megközelítették a sinus sphenoidalist, bizonyos előoperációra volt szükség s ép részeket kellett művileg bántalmazni s eltávolítani. Például Hajek szerint operálva, a középső orrkagyló hátulsó felét, a felső orrkagylót, a rostasejtek egy részét vagyunk kénytelenek feláldozni. Killian szerint a szemet kell kifelé húznunk, a homloküreg falának egy részét és a lamina papyraceát a rostasejtekkel kell az útból eltávolítanunk. Jansen szerint vagy az orresontot s az összes rostasejteket, vagy a Highmor-üreg elülső és belső felső falát a rostasejtek egy részével kell kivennünk, mielőtt a sinus sphenoidalist feltárhatjuk.

A beavatkozások fontos képletek közvetlen közelében történnek s így az eddigi módszerek szerint eljárva, az ikéből megnyitása nagy jártasságot kíván s nem tekinthető veszélytelennek.

Eljárásom a következő:

Vizsgálócsövemet úgy állítom, hogy a choana választófalát jól láthassam. Közvetlenül a septum mellett, szememmel folyton ellenőrizve, megfúrom az ikéből fúróval, melyet direkt erre a célra szerkesztettem. A nyíláson át szondát vezetek be az üreg nagyságáról való tájékozódás céljából és kis csövön át a genyet kiszívhatom vagy kifecskendezhetem. Ha szükségessé válik, a nyílást a fúróval (vagy bajonetalakú vésővel, fogókkal) minden irányban szélesre tágitom s ily módon a sinus sphenoidális alsó falának nagy részét eltávolíthatom.

Eljárásom sok tekintetben jár előnyvel az ikéből megnyitására szolgáló, fentebb leírt megközelítési módokkal és műtétekkel szemben.

Más, esetleg ép részek bántalmazása vagy eltávolítása teljesen felesleges, mert a vizsgáló csövet minden előzetes operatio nélkül közvetlenül be tudom vezetni az ikéből falához és így a műtetet csak az igen jól megvilágított alsó falon kell végezni.

A nyílást az anthrum sphenoidale legalsó pontján készítem, mely a genyelfolyásra és így az üreg megbetegedésének gyógyulására is a legelőnyösebb.

Minthogy az ikéből ürege lefelé tágul, az alsó falának eltávolításával lehet legkiterjedtebben feltárni.

Hogy az így készült nagy nyíláson át miképpen lehet a nyálkahártyaelváltozásokat az üregben megnézni és hypertrophiákat, polypusokat műszerekkel eltávolítani, vagy bármi más gyógyeljárást alkalmazni szemünk ellenőrzése mellett, a további tapasztalatok fogják megmutatni.

Arra is gondoltunk, hogy ily módon a septum antri sphenoidális kivétele után ez üreg felső falát a sella turcicanak megfelelő helyen megnyitva, a hypophysis cerebrihez is hozzájuthatunk, belőle esetleg próbakímetszést is végezhetünk, sőt szükség esetén talán sikerülni fog megfelelő eszközökkel ezen az úton a hypophysist el is távolítani.

Leírt új módszerünk hivatva van a régi eljárásokat helyettesíteni azon esetekben, melyekben azokkal nem értünk jól célzt. Segélyével olyan részeket is láthatunk és kezelhetünk, a melyekhez eddig egyenes úton nem férhettünk.

Közlésemnek célja a módszer előzetes ismertetése. Remélem, nemsokára részletesebben beszámolhatok a vele elért gyakorlati eredményekről s a reá vonatkozó további tanulmányokról.

Közlés a budapesti egyetem III. sz. belklinikájáról. Igazgató: báró Korányi Sándor dr. egyetemi tanár.

Egy új klinikai tünetről.

Irta: **Sugár Mihály dr.**, klinikai gyakornok.

Strümpell 1881-ben közölt egyik esete kapcsán¹ sajátos érzésanomaliáról írt. Betegén a hidegérzés kiesését találta és egyszerűsmind azt vette észre, hogy az illető a hidegingert mint melegérzést appercipálta. Ezt az érzésváltozást pervers vagy contraer temperaturaérzésnek nevezte. Ugyanezt így és megfordítva — de aránytalanul ritkábban — később is észlelte és észleleteit többen megerősítették (Alrutz, Kiesow, Thunberg, Veress, Bader). Ezeknek vizsgálatai egyúttal azt is megmutatták, hogy nem csupán egy-néhány hidegpont bír azon képességgel, hogy meleg által ingereltessek, hanem ez minden hidegpontnak a tulajdonsága.

Most észlelem syringomyeliának egy esetét, a melyben mindkét felső végtagon hiányzik a hidegérzés és a jéggel töltött epruvettával való érintést is melegen jelzi a beteg. éppen oly melegen, mint a milyennek az 50°-ú vízzel töltött epruvettával való érintést. Ha ugyanezen helyen a két — hideg és meleg — epruvettát egymás mellé teszem, a beteg ugyanolyan melegen jelzi a kettőt együtt, mint a hideget és a meleget külön-külön.

Másként áll ez a sclerosis multiplexben. Ezen betegségnek eddig vizsgált huszonöt esetében sajátos tünetet észleltem. Mind a huszonöt esetben ugyanis azt találtam, hogy a bőrön egyes területek vannak, hol különben normális hőérzés mellett ha 0 fokú és mintegy 50 fokú vízzel megtöltött epruvettával külön-külön érintem a vizsgálandó helyeket, a betegek rendszeren jelzik a hideget illetve a meleget. Ha azonban a kettőt szorosan egymás mellé téve egyszerre érintem a bőrt, a betegek forró tárggyal való érintést jeleznek és szinte összerázkódnak.

Egészséges egyéneken, hysteriásokon, myelitisben szenvedőkön megismételt kísérleteimben ezen jelenséget nem találtam.

Megtaláltam azonban gerincevelőtumornak oly esetében, a melyben a fennálló tünetekből a gerincevelő destructiójára lehetett következtetni.

A Strümpell-féle paradox temperaturaérzés ilyenképpen tünetemet nem magyarázza. Nem is magyarázhatók ritkán előforduló klinikai tünetek olyan jelenségekkel, melyek egészséges egyéneken mindig előfordulnak. Hiszen mindenki előtt ismeretes az a tény, hogy ha valamely testrészünk nagyon meleg vízzel érintkezik, hirtelen csak hideget érzünk.

Más gerincevelő- és alkati idegbetegségekből is folyamatban lévő klinikai és histológiai vizsgálataink fogják eldönteni azt, hogy mennyiben lesz felhasználható e tünet a sclerosis multiplex differential-diagnosására.

Annak bizonyítására, hogy itt nem paradox érzésről és nem hasonló érzésfajták összeadódásáról, hanem valami egészen másról van szó, egész röviden ideiktatom az említett syringomyeliás és egy hysteriás statusának ide vonatkozó részletét.

1. F. J., 19 éves szabó. Nyolcz hó előtt kezei gyengülni kezdtek. Zsibongás, hangyamászás érzése kezén s alkarján. A tapintás-érzés az egész test felületén jó. De mindkét felső végtagján a hidegérzés hiányzik és a hideget melegen jelzi. Ezen terület proximális részén különböző időben s különböző hőfokkal szemben az érzés csökkent perceptiója különböző fokú, még pedig úgy, hogy a magasabb hőfok iránt a thermanaesthesiának határa distálisabban fekszik, mint az aránylag alacsonyabb hőfok iránt.

A fent leírt jelenség ez esetben nincs meg.

2. V. R., 21 éves varrónő. Jobboldali hemihypaesthesia. A bal oldalon jól érzi a hideget és a meleget, a kettőt együtt langyosnak mondja vagy kevésbé melegen, mint a meleget egyedül.

A jelenség tehát itt sincs meg.

Nem óhajtom egyenként felsorolni mindazon eseteket, a melyekben a jelenséget nem kaptam meg, de nem sorolom fel külön-külön

a sclerosis multiplexnek azon huszonöt esetét sem, melyben, habár néha csak egy-két kis szigeten, ezen tünet megtalálható volt.

A vizsgálatkor egy-két technikai apróságra kell figyelemmel lenni. A hideg és a meleg epruvetták egyszerre érintendők a bőrhöz és ugyanannyi — inkább rövidebb — ideig tartandók ott, mint a kontroll-epruvetta.

Végül itt is hálás köszönetemet óhajtom tolmácsolni Donáth Gyula dr. tanárnak, a ki osztályának anyagát szeretetreméltó szíveséggel rendelkezésemre bocsátotta.

A kiütéses typhus Budapesten 1908-ban.

Irta: **Gerlóczy Zsigmond dr.** egyetemi magántanár, a sz. főv. Szt. László-kórház főorvosa.

(Folytatás.)

Mielőtt a kórházban ápolás alatt állott kiütéses typhusos betegekről a voltaképpeni klinikai méltatással részletesen beszámolnék, az alábbi összeállításban képét akarom adni annak, hogy mely lakásokból kerültek be osztályunkra a betegek.

A 203 beteg lakás szerint így oszlott meg:

Kerület	Összesen	Uteza, út, tér	Ház száma	Lakás	Esetek száma
I.	4	Fehérvári-út Orbán-uteza Hidegkúti-út	57 E 5 ?	földszint 17 földszint —	1 2 1
II.	7	Szegényház-uteza	35	Hajléktalanok menedékhelye	7
III.	2	Matróz-uteza Ó-budai hajógyár	7 —	I. em. 76	1 1
IV.	—	—	—	—	—
V.	24	Párkány-uteza	1429	földszint 3	2
		"	"	III. em. 69	10
		"	"	III. em. 83	1
		"	"	I. em. 39	1
		Visegrádi-uteza	155	földszint 9	1
		"	18	II. em. 35	1
		Sziget-uteza	2		1
		Váci-út	86	földszint 1	1
		"	68	I. em. 6	1
		Báthory-uteza	3	I. em. 24	1
VI.	37	Alkotmány-uteza	3	földszint 4	1
		Pozsonyi-uteza	15	földszint 28	1
		Berzenczey-uteza	55	földszint 6	2
		Angyalföldi-uteza	2	Hajléktalanok menedékhelye	10
		Béke-uteza	11	I. em. 32	6
		Szabolcs-uteza	13	földszint	1
		"	13	földszint 21	1
		"	13	földszint 26	1
		Szabolcs-köz	2	I. em. 11	1
		Gróf Zichy Jenő-u.	12	földszint 1	1
		"	30	I. em. 16	1
		Izabella-uteza	47	II. em. 14	1
		"	68/A	földszint	1
		Petneházy-uteza	62	II. em. 45	1
		Pod maniczky-uteza	71	földszint 7	1
		Csengeri-uteza	41	pince 3	1
		Lőportár-uteza	5	I. em. 26	1
		Bajza-uteza	42	pince 42	1
		Lázár-uteza	10	I. em. 3	1
		Gyár-uteza	3	földszint 11	1
		Vörösmarty-uteza	73	IV. em.	1
		Országbíró-uteza	17	földszint 11	1
		Szondy-uteza	62	I. em. 25	1
		Rózsa-uteza	83	földszint 8	1
		Szőnyi-uteza	Sztahótelep	fabódé	1
		Csongor-uteza	24	földszint bolt	1

¹ Deutsches Arch. f. klin. Med., 28. kötet.

Kerület	Össze- sen	Uteza, út, tér	Ház száma	Lakás	Esetek száma
VII.	17	Izabella-uteza	10	I. em. 20	1
		"	28	földszint 21	1
		Szövetség-uteza	11	földszint 11	1
		"	3	földszint 8	1
		Bem-uteza	44	I. em. 6	1
		Dob-uteza	110	I. em. 16	1
		Jósika-uteza	16	I. em. 10	1
		Rózsa-uteza	39	I. em. 33	1
		Kazinczy-uteza	10	földszint 15	1
		Akácfa-uteza	51	I. em. 6.	1
		Arena-út	8	III. em. 18	1
		"	46	földszint	1
		Sajó-uteza	5	földszint 2	1
		Gizella-út	14	földszint	1
VIII.	81	Király-uteza	13	"	1
		Huszár-uteza	10	"	1
		Dembinszky-uteza	41	I. em. 20	1
		Alföldi-uteza	6—8	Hajléktalanok menedékhelye	21
		"	9—11	"	7
		Köztemető-út	19	szükségbarak	9
		Rákóczi-út	65	III. em. 35	4
		"	65	II. em. 26	1
		Magdolna-uteza	37	földszint 8	2
		"	20	III. em. 51	1
		"	29	földszint 6	1
		Nagytemplom-uteza	23	II. em. 18	1
		"	21	földszint 2	1
		"	6	földszint 11	1
		Koszorú-uteza	7	földszint 2	1
		Kisfuváros-uteza	10	földszint 6	1
		Mosonyi-uteza	9	Tolonezház	1
		Kálvária-tér	18	földszint 17	1
		Konti-uteza	4	földszint 9	2
		Aggteleki-uteza	9	földszint 1	1
		Fecske-uteza	7	földszint 9	2
		Futó-uteza	12	földszint 8	1
		"	23	földszint 9	1
		Er-uteza	2	III. em. 19	1
		Csokonai-uteza	10	II. em. 24	1
		Balassa-uteza	8	I. em. 5	1
		Lujza-uteza	18	I. em. 17	1
		Baross-uteza	32	földszint 17	1
		Dobozi-uteza	11	I. em. 14	1
		"	31	földszint 12	1
		Vay Ádám-uteza	6	I. em. 16	1
		Szerdahelyi-uteza	29	földszint	1
		Bezerédy-uteza	11	II. em. 22	1
		József-uteza	9	I. em. 9	1
		Madách-uteza	7	földszint 8	1
		"	38	I. em. 17	1
		Népszínház-uteza	46	földszint 7	2
		Nagyfuváros-uteza	24	földszint 7	1
		Kún-uteza	4	Dologkórház	2
		Teleki-tér	22	II. em. 22	2
		Gyöngytyúk-uteza	2	szt. Rókus-kórh.	1
IX.	17	Gyáli-út	5—7	szt. László-, szt. Gellért-kórház	11
		Mester-uteza	51	földszint 3	1
		Lónyai-uteza	43	I. em. 14	1
		Ernö-uteza	8 b	II. em. 28	1
		Gróf Ráday-uteza	41	II. em. 39	1
		Viola-uteza	37	"	1
X.	4	Gubacsi-út	21	H. em. 41	1
		Kápolna-uteza	11	földszint	1
		Kolozsvári-uteza	29	"	1
		Óhegy-uteza	8237	"	1
Budafok Lőrén Alberti Erzsébetfalva "Hidegkút "Ujpest "Solymár "Csepel		Üllői-út	86	"	1
		Erzsébet-uteza	26	"	1
		"	"	"	1
		Iskola-uteza	90	"	1
		Tinódy-uteza	12	"	1
		Kitérő csárda	"	"	1
		"	"	"	2
		József-uteza	1	földszint 2	1
		"	"	"	1
		"	"	"	1

Látni való ebből a kimutatásból, hogy voltaképpen nagyobb járványról alig lehetett szó, mert a megbetegedések csak elszórtan fordultak elő; a 203 beteg ugyanis összesen 86 utcára oszlott meg, a mi ha a főváros bel- és külterületei összes utcáinak és tereinek a számát: 1532-öt tekintjük, azt jelenti, hogy a főváros összes utcáinak 5·6%-a bele volt vonva a fertőzés területébe. Az esetek ezen elszórtasága mellett a 203 megbetegedési szám azt mutatja, hogy, ha nem történtek volna meg a legszigorúbb óvintézkedések, igen vehemens járvány támadhatott volna. Hogy mégis összesen csak 203 megbetegedés fordult elő, az valóban elévülhetetlen érdeme a mi közegészségügyi adminisztrációnknak, első sorban pedig tisztí főorvosunk, *Magyarevits Mladen* dr. mindenre kiterjedő éber figyelmének, higgadságának és erélyességének, valamint központi fertőtlenítő intézeti igazgatónk, *Bukovszky György* dr. fáradhatatlan buzgóságának. A közegészségügyi hivatalos apparátus mindenütt kifogástalanul működött, ennek köszönhető az, hogy a 86 uteza 101 épülete között csak 3 olyan bérház volt, a hol egynél több lakás is fertőzött volt. Ilyen volt az V. kerületi Párkány-uteza 1429. sz. háza, a melynek négy lakása volt fertőzve, ilyen volt a VI. kerületi Szabolcs-uteza 13. sz. háza, a melyben három fertőzött lakás volt és ilyen volt a VIII. kerületi Rákóczi-út 65 sz. háza, a melyben két lakás volt fertőzve. A főváros öt menedékhelye volt fertőzve, a melyekben összesen 54 kiütéses typhusos megbetegedés fordult elő.

Nem egy esetben sikerült kinyomoznunk az összefüggését valamely újabb fertőzésnek a régiakkal, így első sorban a hajléktalanok menedékhelyein előfordult esetek nagyobb részben bizonyára közvetlen összefüggésben állottak egymással s habár az első esetet kinyomozni nem sikerült, mégis kétségtelennek kell tartanunk azt, hogy az valamelyik menedékhelyen fordulhatott meg. Az első esetek egyike-másika kórházi osztályokon is megfordult, nevezetesen különösen nagyobb számmal a VIII. kerületi Kún-utezai úgynevezett dologkórházban. Ezt azok után, a mit a betegségnek az egyes kerületek szerint való elterjedése ismertetésekor felemlítettünk, hogy tudniillik a dologkórházból 23 pozitív esetet kaptunk, bizonyossággal állíthatjuk is. Felette valószínű az is, hogy mielőtt aszt. László-kórház typhus abd. osztályáról alkalmam lett volna az első pozitív esetet bejelenteni, az egyes kórházi osztályokon elhaltak egyike-másikának „sepsis“ halál-ozási diagnosisa typhus exanthematicus-fertőzéstől származhatott. Ezt a boncsoló orvosok maguk említették nekem, hogy volt egy-két boncsolásuk, a mikor a halál oka gyanánt nem tudtak mást felvenni, mint sepsist.

A betegek különben túlnyomó részben a legalsóbb néposztály köréből valók voltak. Olyanok, a kik legnagyobb részének sem állandó és biztos kenyere, sem lakása nem volt, vagy ha állandó otthona volt is, azt sokad magával volt kénytelen megosztani a legnagyobb szenny és piszok közepette. A tisztátalanságról alkotott minden fogalmat felülmúl az a kép, a mely a kiütéses typhus-járvány alkalmával élénk tárult. Az undorító testi tisztátalanságnak olyan förtelmes példáit volt alkalmam látni ezeken a szerencsétlen betegeken, a mitől húsz éves kórházi orvosi működésemben meg-edzett szervezetem nem egyszer megborzott. Nem tudok elképzelni olyan rondaságot, olyan rothadó tömeget, olyan dögleletes levegőt, a melytől jobban megundorodtam volna, mint attól a szennyről, a melyet embertársaimon kellett látnom. A bőrt vastag kéregként fedő több éves szennyréteg között az élősködők okozta csipések és az azok vakarásától támadt genyeredéses gyulladások, a hajzaton a tetvek és serkék milliói, a förtelmes bűz volt a mindennapi kép, a szó szoros értelmében vett mozgókép. Csaknem kivétel nélkül valamennyi kiütéses typhusos beteg teste tele volt élősködőkkel. Mekkora önfeláldozás kellett ahhoz, hogy az ilyen tisztátalan emberek mellett odaadó szolgálatot teljesítettek az ápolónők, a kik közvetlenül, előkészítés nélkül kapták kezüköz a betegeket, míg mi orvosok már a fürdőszobában elvégzett alapos súrolás után valamelyest megtisztogatva vehettük vizsgálat alá őket. Meg is kapta a derék ápolónők közül 10 a veszedelmes betegséget!

A betegek között gondosan ápolott testű alig volt. Foglalkozásukra nézve a betegekről a következő adatok adnak képet:

Napszámos 71
Iparban foglalkozó (lakatos, kovács, asztalos, ács,
esztergályos, kőműves, szobafestő, bádigos,

szabó, cipész, mészáros, pék, pincér, fodrász, könyvkötő, fényképész, mechanikus, bőrdíszítő)	36
Cseléd	19
Mosónő	14
Mosónő vagy cseléd gyermeke	10
Kórházi ápolónő	10
Gyári munkásnő	5
Varrónő	4
Zenész (ezigány)	4
Magánzó	3
Házaló	3
Koldus	3
Menhelyi alkalmazott	2
Rendőr	2
Kórházi szolgáló	2
Orvos	1
Tanárjelölt	1
Fertőtlenítő szolgáló	1
Kórh. fürdősnő	1
Közüti villamosváltóőr	1
Közüti villamoskalauz neje	1
Művezető	1
Ügynök	1
Elárúsitónő	1
Könyvkeres. tanonc	1
Hajós legény	1
Ház mesterné	1
Kocsis	1
Kintornás	1
Gyermekmenhelyi ápoló	1

Összesen: 203

A 203 beteg életkorát és a különböző életkorban a gyógyulás és halálozás arányszámát a következő tábla mutatja:

A beteg kora	Gyógyult %	Meghalt %	Össze- sen
0—1 év	—	—	—
1—2 „	—	0-0	1
2—3 „	2	100-0	2
3—4 „	—	—	—
4—5 „	—	—	—
0—5 év	2	66-7	3
5—6 év	2	100-0	2
6—7 „	2	66-7	3
7—8 „	2	100-0	2
8—9 „	2	100-0	2
9—10 „	3	100-0	3
5—10 év	11	91-7	12
0—10 év	13	86-7	15
10—15 év	13	100-0	13
15—20 „	21	91-3	23
20—30 „	35	81-4	43
30 éven felül	32	86-5	37
40 „	21	55-3	38
50 „	10	40-0	25
60 „	3	37-5	8
Összesen	148	73-0	203

A betegek életkorát feltüntető eme táblázat is megerősíti azon régi tapasztalást, hogy a fiatal, életerős korban jelentősen több remény van arra, hogy a beteg felgyógyul, mint az élemedettebb korban. Így a gyógyulás eshetősége rohamosan csökken már a 40. életévtől kezdve és még inkább az 50. életéven túl. Legkedvezőbb volt a betegség lefolyása a 10—15 éves korban levők között, a mennyiben az e korban levők valamennyien meggyógyultak, sőt ha az 5—15 évig terjedő kort vesszük, a melyben a mi táblázatunkban 27 beteg szerepel, a kik közül csak egy halt meg, akkor is a halálozás arányszámát csak 3-7%^o, 0—15 éves korig pedig a halálozás arányszámát 7-1%^o volt. 15—20 év között már csekély emelke-

dés mutatkozik 8-7%^o-ig; 20—30 év között már jelentősen nagyobb az emelkedés: 18-6%^o, 30—40 év között ismét kedvezőbbé válik a lefolyás, a mennyiben a halálozás arányszámát leszáll 13-5%^o-ra. 40 éven felül egyszerre felszökik 44-7%^o-ra, majd az 50 éven felüliek között 60-0%^o-ra és a 60 éven túl levő öregek között 62-5%^o-ra. A 203 beteg közül meggyógyult 148 (73%^o) és meghalt 55 (27-0%^o).

203 betegünk közül 111 volt nő (54-7) és 92 férfi (45-3). A 111 nő közül meggyógyult 78 (=70-3%^o), meghalt 33 (=29-7%^o), a 92 férfi közül meggyógyult 70 (=76-1%^o), meghalt 22 (=23-9%^o). Mindenesetre feltűnik, hogy a nőbetegek száma csaknem 10%^o-kal nagyobb volt, mint a férfiaké, holott nálunk általában csak 0-2%^o-kal van több nő mint férfi. A halálozási arányszám a nők között csaknem 6%^o-kal magasabb mint a férfiak között. Ezt a rosszabbodást nem tudnám másból magyarázni, mint abból, hogy a nőbetegek száma éppen abban a korban volt túlnyomó a férfiaké fölött, a mely korban már agygyulladásra való remény tetemesen alászáll, tudniillik a 40 éves kortól kezdve. Míg ugyanis 40—70 év közötti korban férfibeteg volt összesen 28, addig nőbeteg volt 44. Az idősebb férfiak között a halálozás arányszámát 50%^o volt, míg az idősebb nők között 54%^o.

Magyarevits tiszti főorvos a székesfeváros polgármesteréhez 1908 június hó 25.-én beadott jelentésében a menedékhelyeken előfordult esetekről külön is megemlékezően, mint „érdekes jelenség“-et említi, hogy a VII. ker. Rottenbiller-utcai menedékhelyen, valamint a VI. ker. Külső Váci-úti szükségbarakban, a mely helyeken csupán férfiosztály van, egy megbetegedés sem fordult elő, holott a többi menedékhelyen, a melyekben férfi és női osztály van, mindegyikben volt kiütéses typhusos beteg. E jelenségből a tiszti főorvos nem kívánt következtetéseket levonni, nekem azonban úgy tetszik, hogy a nők ruházódásának alighanem szerepe van ebben. A női ruházat ugyanis jóval alkalmasabb arra, hogy a porral, szeméttel együtt felszedje azokat a még ismeretlen fertőző anyagokat, a melyek a kiütéses typhus okozói. Másrészt azonban a nők viszonylagosan nagyobb számban való megbetegedésének okát abban is kereshetjük, hogy azok a háztartásban való elfoglaltságuknál, munkakörüknél fogva több időt töltenek zárt falak között, mint a férfiak s így a lakásokban, zárt helyen esetlegesen meglevő fertőzőanyag könnyebben támadja meg őket, mint a férfiakat, a kik foglalkozásukból folyóan több időt töltenek lakásukon kívül szabad levegőn. Már pedig, hogy az erősebb szellőzésnek, de még inkább a szabad levegőnek igen nagy prophylaxisos hatása van a typhus exanthematicus contagiumával szemben, azt már a régebbi észlelők is tapasztalták és, a mint már érintettem, mi is úgy észleltük, mert a megfigyelő körtermekben, a melyek szellős, tágas pavilonok, ellenére annak, hogy sok megfigyelt beteg bizonyult typhus exanthematicusban szenvedőnek, egyetlen fertőzés sem fordult elő, sőt abban a typhus abdominalis férfi pavilonban, a hol a hét első „botulismus“-nak tartott kiütéses typhusos beteg feküdt heteken át, egy hasi hagymázos beteg sem kapta meg a kiütéses typhust. Csak a női typhusosok kórtermében kapta meg egy igen elgyengült, súlyos abdominalisból üdülő, egyébként tuberculosus beteg a kiütéses typhust az oda behurczolt eset kapcsán.

Hogy ezen adatokkal szemben feltűnően sokan kapták meg a betegséget olyanok, a kik hivatásuknál fogva egyenes érintkezésben állottak a betegekkel, illetőleg azok közelében foglalatostok, az kétségtelen bizonyítéka annak, hogy a typhus exanthematicus nagy mértékben contagiosus betegség. A heveny fertőző betegek osztályán szerzett húsz éves tapasztalásom alapján mondhatom, hogy nincs egyetlen egy betegség sem, a mely a betegekkel hivatászerűen foglalkozókat oly mértékben veszélyeztetné, mint a typhus exanthematicus. Alkalmilag feldolgozom azon adataimat, a melyeket a fertőző betegek osztályán e téren gyűjtöttem. Szerepel azok között természetesen valamennyi fertőző betegség. Voltak orvosaink, ápolónőink, szolgálók, a kik typhus abdominalisban, skarlátban, morbilliben, diphtheriában, variolában, choleraában megbetegedtek; fertőző betegek osztályán ez mindenkoron észlelhető, azonban oly nagy számú megbetegedést, mint a minőt a kiütéses typhus okozott, egyetlen más betegség járványszerű jelentkezése alkalmával sem észleltem. Így, hogy csak a cholera említsem, 1902—1903-ban mintegy 1000—1200 cholera beteg kórházi ápolása közben mindössze csak három ápolónőnk kapta meg a cholera. A kiütéses

typhusnak rövid pár hónap alatt aránylag csekély számban: 203 esettel való szereplése mellett ellenben tizenötven betegedtek meg hivatásukból folyóan typhus exanthematicusban. Megdöbbentően magas szám ez, különösen, ha figyelembe vesszük azt, hogy a 203 esetben benne van az a 15 is, úgy hogy voltaképpen 188 typhus exanthematicus betegre jutott 15 hivatásos áldozat. Szerencsére mind a tizenötven meggyógyultak, bár a legtöbbször föltette aggasztó volt az állapota. A 15 hivatásos megbetegedés között szerepel: egy orvos, tíz ápolónő, egy kórházi fürdősnő, két kórházi szolgáló és egy fertőtlenítő.

A betegekkel foglalkozóknak eme nagy arányú megbetegedése tehát nemcsak azt bizonyítja, hogy a typhus exanthematicus föltette contagiosus betegség, de azt is, hogy a szervezetnek a typhus exanthematicus contagiumához való bizonyos hozzászokásáról alig lehet szó, így tehát a régebbi észlelőknek, nevezetesen Hildenbrandnak az a tapasztalása, hogy ápolónők s orvosok bizonyos fokú immunitást szereznek, a mi észlelésünkkel teljességgel megdöntöttnek látszik. Különben hasonló értelemben nyilatkozik Curschmann professor is, a ki ugyancsak kedvezőtlen tapasztalatokat említ.

Egyébként a betegséggel szemben való védettség tekintetében egyes szerzőknek azzal a tapasztalásával szemben, hogy az egyszer kiállott betegség hosszú időre immunitást ad, rendelkezem egy oly adattal, a mely ezt a nézetet is meg tudja ingatni. Az eset a következő:

A Szt. László-kórház egyik ápolónője: a 38 éves Német Mari, a ki skarlátos betegek kórtermében tett szolgálatot, 1908 április 16-án fejfájás, tagfájdalmak és rázóhideg érzése kíséretében megbetegedett, s már április 20-án a 39.9 esti hőmérsék, conjunctivitis és néhány roseolaszerű exanthema alapján felvettük a typhus exanthematicus létszámba. Mint említettem, typhusos beteget nem ápol, ellenben egy kórtermében tett szolgálatot Szeles Jánosné ápolónővel, a ki pár héttel előbb a megfigyelő pavilonban volt alkalmazva, s a ki minden bizonynyal ott inficiálódván, mintegy két hétig betegeskedett már, de senkinek sem szólt betegségéről, hanem szolgálatát végezte. Ezt a Szeles Jánosné ápolónőt ugyanazon napon, a mikor Német Mari rosszullétről panaszkodott, megvizsgálván, typhus exanthematicusban szenvedőnek találtuk, még pedig, a mint a status praesens alapján megállapíthattuk, már legalább is betegsége 12—14. napjában. Tőle kapta tehát Német Mari a typhust. Röviden csak annyit említek meg a kórtörténetéből, hogy meg lehetősön súlyos lefolyású exanthematicus volt, két hétig tartó magas lázzal, tömérdek exanthemával, dispnoéval.

A következő évben, 1909. február hó 12-én egy typhus exanthematicus-esetet fedeztem fel a typhus abdominalisban szenvedők közt. Ehhez a beteghez szándékosan olyan ápolónőt rendeltem szolgálatra, a ki az előző évben kiállította a typhus exanthematicust. Választásom Német Marira eset, mint a ki súlyos typhus exanthematicusból egy évvel azelőtt felgyógyulván, immunisnak volt tartható.

Márczius 11—12-e közti éjszakán kirázta a hideg, nagyon fájt a feje, különösen a tarkója táján, és szaggató fájdalmakat érzett a tagjaiban. Hányt. Már 14-én mérsékelt lépnagyobbodás mellett 5—6 roseolája van, aznap sokszor hány. Márczius 16-án a roseolák száma mintegy 30; erős tracheitis. 17-én igen kiterjedt, maculosus exanthema, dispnoé, izgatottság, hyperaesthesia. 20-án az exanthemák még mindig szaporodnak, a czombok, a glutaesok tele vannak exanthemával. Márczius 23-án még bő exanthema mellett kritikus hőleesés.

Ez az eset az idej typhus exanthematicus-esetek ápolónői szolgálata tekintetében részben engem is óvatosságra intett és nem alkalmaztam azokat, a kiknek tavaly exanthematicusuk volt, részben pedig az ápolónők között tartós ijedtséget keltett, a kik felemelt fizetés reménye mellett sem vállalkoztak arra, hogy újból kiütéses typhusos beteget ápoljanak.

Hogy vajjon ellenkezőleg nem lehet-e esetenként egyesekben fokozottabb dispositiót feltételezni, hasonlóan az erysipelashoz, azt ezen egy eset kapcsán nem mondhatom; az azonban ezen egy eset kapcsán is kétségtelen, hogy a typhus exanthematicusból való gyógyulás abszolút bizonyosságú tartósabb immunitást nem ad.

Most, hogy a kiütéses typhus veszedelme ismét fenyegeti fővárosunkat, nem lesz érdektelen, ha reámutatok arra, minő sok alkalom kínálkozhatik a fertőzésre. Csak néhány esetet ragadok

ki a sok közül, mint olyat, a mely eléggé plauzibilissé teszi azt, hogy azon sokoldalú közvetlen vagy közvetett érintkezésnél fogva, a mely az egy társadalomban élőket láthatatlanul is egymáshoz kapcsolja, bármilyen foglalkozású és rangú ember ki lehet téve a fertőzés veszedelmének, és ha az 1908. évi mérsékelt járvány alkalmával olyanok között, a kik jobb hygienés viszonyok között éltek, nem fordult elő megbetegedés, azt közegészségügyi hatóságunk derekas működésének köszönhetjük.

Minden orvosnak bőségesen van alkalma tapasztalni azt, hogy a legalsóbb néposztályhoz tartozók úgyszólván az utolsó pillanatig, a valóságos összeroskadásig végzik keserves munkájukat. Annyi példáját a kenyérért való eme küzdelemnek talán sohasem láttam, mint éppen a kiütéses typhus idején. Elmondok egy-kettőt közülök:

Behoztak a kórházunkba egy mosónőt, a ki behozatala előtt való napon még munkáját végezte. Egyik akkori államtitkárunk házában mosott két napon át, de már a második nap estéjén annyira rosszul érezte magát, hogy munkáját alig tudta befejezni. Másnap a kiütéses typhus minden kifejezett jelenségével került be a kórházba, a hol néhány nap múlva meghalt.

Egy másik asszony a fővárosi közraktárakban dolgozott nap-számban. Kikérdeztük, hogy micsoda munkát végzett és mikor hagyta abba a munkáját? Kórházba hozatala előtt négy nappal még rendszeresen végezte a dolgát, a mi abból állott, hogy aszalt szilvának a magjait szedgette ki.

Egy harmadik asszony többbedmagával már beteg állapotban egy Batthyányi-utcai nagykereskedőnél diót tisztított.

Egy péküzletben alkalmazott leány már öt nap óta beteg volt, mikor végre is magas láza miatt kénytelen volt a sütemények további előállítását abbahagyni. Orvost hivatott, a ki kiütéses typhus kifejezett symptomáival kórházunkba küldte be őt.

Egy öreg újságárú árulgatta *A Nap* sensatiós példányait és talán éppen *A typhus terjedése Budapesten* című vastagnyomású sensatióra iparkodott a járókelők figyelmét elhaló hangjával felhívni, a mikor lázaktól kimerülten összeesett. Pár nap múlva már az ő „sensatiós” haláláról irhatott *A Nap*.

Egy fiatal leány néhány nap óta rosszul érzi magát. Felül a villamos vasúti kocsira s elmegy egyik kórházunkba, a hol magánambulantián megvizsgálják és látják, hogy a lázas beteg teste tele van kiütéssel. Másnap a leány már nálunk fekszik kiütéses typhussal.

Ez a néhány példa is eléggé bizonyítja azt, hogy veszedelemben forognak az emberek ott, a hol kiütéses typhusnak esetei mutatkoznak, de érthetővé teszi azt is, hogy sok esetben a hatóság legszorgosabb kutatása dacára sem lehet megtalálni a fertőzés szálait.

Az 1908. évi kiütéses typhus ennek dacára elég jó prognosist nyújtott arra, hogy nagyobb terjedelmű nem lesz, mert az eseteknek igen jelentékeny része (39.9%) a VIII. kerületben fordult elő s ezek túlnyomó része is zárt helyen: a hajléktalanok menhelyében és a Kún-utcai dologkórházban, a hol mindkét helyen a betegek gyors elszállítása s a fertőzött helyiségek izolálása és állandó orvosi figyelése mellett nem hurezoltatható tovább széles körben a betegség.

Közlés a budapesti kir. magyar tudományegyetem általános kór- és gyógytani intézetéből (igazgató: Tangl Ferencz dr., egyetemi tanár) és a székesfővárosi szt. Margit-kórház sebészeti osztályáról.

A vékonybél retrograd incarcerationatiójáról.

Irta: **Pólya Jenő** dr. egyetemi magántanár, kórházi rendelőorvos.

(Vége.)

Függelék.

Kísérleti jegyzőkönyvek.

I. 5¹/₄ kilogramm súlyú kan. 1909. november 23. Laparotomia a középvonalban. a) Két rövid vékonybélkacsot gummigyűrűvel leszoritunk, úgy, hogy a köztük levő összekötő kacs mesenteriuma, melyben egy radiaer ér fut, szabadon marad. b) Egy másik bélkacsot gummigyűrűvel leszoritunk, s a bélkacs kúpját a gummigyűrűn visszahúzzuk.

November 24. Exitus. Bonczoláslelet: Peritonitis purulenta.

Az *a*) kísérlet helye 49 cm.-re a coecumtól; a két leszorított kacs egyenlő, 9 cm. hosszú, mállekony, az összekötő kacs 23 cm. hosszú, halvány, rajta táplálkozás-zavar nincs, bensejében kissé haemorrhagiás tartalom, nyálkahártyáján is csekély haemorrhagia. A *b*) kísérlet helye ettől 45 cm.-nyire; mindhárom kacs igen mállekony, halványszürke, fekete foltokkal; az orális kacs 11, az aborális 10, az összekötő kacs 8 cm. hosszú.

II. 6½ kilogramm súlyú nőtény. November 23. Laparotomia a középvonalban; egy hosszú vékonybélkacsot előhúzzuk; a hasfalán kétoldalt pince-szel szűk esaternát alkotunk az izomzatban s ezen esaternán át a belet kétoldalt kihúzzuk, úgy, hogy a hasürben fekvő összekötő kacs, melynek mesenteriumában egy radiaer futó ér halad, erősen megfeszül. A hasfalán át kihúzott 2 bélkacsot a bőr és fascia között alkotott tasakban helyezzük el, felettük a bőrt bevarrjuk s a középvonalban ejtett sebet is átöltő varratokkal zárjuk.

November 24. Exitus. Bonczoláslelet: A hasfalán stercoralis phlegmone; az orálisan fekvő leszorított kacs a baloldali, az aborális a jobboldali bórallati tasakban fekszik, ez utóbbinak vége 25 cm.-nyire van a coecum felett. Mindkét kihelyezett bélkacs kékesfekete, rongyos, mállekony masszává alakult. *Hasonló képet nyújt a hasürben fekvő 6½ cm. hosszú összekötő kacs is, jóllehet ennek éppen közepéhez halad a mesenteriumban egy vastag, radiaer futó ér.*

III. 6.9 kilogramm súlyú kan. November 23. Laparotomia a középvonalban. *a*) Egy vékonybélkacsot előhúzza, annak 2 oldalsó részletét egymás mellé téve, gummigyűrűvel leszorítjuk; most a gummigyűrűt addig toljuk felfelé, míg az összekötő kacs mesenteriuma is a gyűrűbe kerül. *b*) Két rövid bélkacsot leszorítunk gummigyűrűvel úgy, hogy az összekötő kacs mesenteriuma szabadon marad.

November 24. Exitus. Bonczoláslelet: Peritonitis ichorosa. Az *a*) kísérlet helye 57 cm.-nyire a coecum felett; mindhárom kacs halvány, mállekony, rongyos, az orális kacs 19, az aborális 20, az összekötő kacs 24 cm. hosszú. Ettől 90 cm.-nyire a *b*) kísérlet helye. A leszorított kacsok hossza 10—10 cm., mindkettő szürkés-sárga, szakadékonny, az összekötő kacs 11 cm. hosszú, rózsaszínű, normális consistentiájú, nyálkahártyáján csekély vérzések.

IV. 3.8 kilogramm súlyú kan. November 23. Laparotomia a középvonalban. Gummigyűrűvel enyhén leszorítunk két vékonybélkacsot, s azután oly módon fordítjuk őket, hogy az összekötő kacs lábpontjai keresztezik egymást; az összekötő kacs mesenteriuma nincs leszorítva. November 24.-én chloroformmal megöljük. Bonczoláslelet: A leszorítás helye 51 cm.-nyire a coecum felett. A leszorított kacsok 15, illetve 18 cm. hosszúak, kékesvörösek, mesenteriumuk belövelt, tartalmuk erősen haemorrhagiás; az összekötő kacs 9 cm. hosszú, halvány, normális consistentiájú, nyálkahártyáján minimális pontszerű haemorrhagia, tartalma alig véresen tingált.

V. 3.6 kilogramm súlyú kan. November 23. Két vékonybélkacsot gummigyűrűvel leszorítunk, miután előbb oly módon helyeztük őket, hogy az egyik 360°-kal legyen a másik köré csavarva. A torsio azonban a lekötés alatt részben visszamegy. Az összekötő kacs mesenteriuma nincs leszorítva. November 24. Chloroformmal megölve. Bonczoláslelet: Peritonitis purulenta. Leszorítás 39 cm.-nyire a coecumtól. A megcsavart orális kacs 18 cm., halvány, mállekony, az aborális 24 cm., kékesvörösen elszíneződött, tartalma haemorrhagiás, az összekötő kacs 32 cm. hosszú, kissé tágult, színe és consistentiája ellenben normális, tartalma pépes bélsár, nyálkahártyáján apró haemorrhagiák.

VI. 7 kilogramm súlyú kan. November 30. Laparotomia a középvonalban. *a*) Két vékonybélkacsot gummigyűrűvel leszorítunk, az összekötő kacsot, melynek mesenteriuma nincs leszorítva, felhajtjuk és kúpját 2 finom selyemvarrattal a mesenterium gyöke táján rögzítjük. *b*) Két vékonybélkacs leszorítása gummigyűrűvel, az összekötő kacs mesenteriuma szabadon marad és nem töretik meg. *c*) A vékonybél egy rövid kacsát gummigyűrűvel leszorítjuk; a leszorítás szomszédságában levő vékonybélrészlethez menő eret ott, ahol a radiaer mesenterica-ágból elágazik, aláöltjük s mivel észreveszünk, hogy az aláöltési hely alatt még egy anastomosis van, ezen anastomosis helyén túl még egy aláöltést végzünk. *d*) Ugyanez a kísérlet, csak hogy most az eret közvetlen a bél szélén öltjük alá. December 1. Chloroformmal megöljük. Bonczoláslelet. Zavaros, véres

foliadék a hasürben. A coecumtól 9½ cm.-nyire van a *b*) kísérlet helye; az orális kacs 7, az aborális 6½, az összekötő kacs 6 cm. hosszú, tápláltságában egyik sem szenvedett zavart. Ezen hely felett 8 cm.-nyire van a *d*) kísérlet helye. A leszorított kacs 5 cm., sötétbarna-vörös; a mesenterialis aláöltés helye a leszorítási helytől 3 cm.-nyire van orális irányban. A leszorítás és lekötés közt a mesenterium vastag, duzzadt, véresen infarcirozott. A bél a leszorítás helyétől orális irányban 2½ cm.-nyi darabon barnás-vörösen elszínezedett, ezen elszíneződés elmosódott határral megyen át az épbe. Legsötétebb a bél elszíneződése a leszorítási hely szomszédságában, ahol hátul egy krajczárnyi területen éppen oly sötét, mint a leszorított bélkacsé; e helynek megfelelően a nyálkahártya is szürkésen elszíneződött, mállekony, míg egyebütt csak kevésbé belövelt. Ezen hely felett 15 cm.-nyire van a *c*) kísérlet helye. A lefűzött 15 cm.-nyi bélkacs erősen puffadt, piszkos-szürke színű, szakadékonny. Az érleltetés 5 cm.-nyire a leszorítás helyétől; a mesenteriumban csak a ligatura helyén csekély haemorrhagia; a bélkacs a mesenterialis aláöltésnek megfelelően nem változott el. Ezen hely felett 30 cm.-nyire van az *a*) kísérlet helye. A leszorítás laza. Sem a leszorított, sem az összekötő kacs nem mutat táplálkozás-zavart.

VII. Kis kan. November 30. Bemetszés a has felső részében és közvetlen a symphysis felett. *a*) 2 vékonybélkacsot gummigyűrűbe szorítunk, úgy, hogy az összekötő kacs mesenteriuma sértetlen marad és most a leszorítás helyét vastag fonállal, a mily feszesen csak lehet, a symphysis felé húzzuk. *b*) Két vékonybélkacsot gummigyűrűvel leszorítunk, úgy, hogy az összekötő kacs mesenteriuma szabadon marad; ezt a kacsot felhajtva, kúpját a mesenterium gyökeréhez rögzítjük néhány varrattal. December 1. Exitus. Bonczoláslelet: Peritonitis. A coecum felett 10 cm.-nyire van a *b*) kísérlet helye. A leszorított orális kacs 11 cm. hosszú, kék; az aborális 14 cm. hosszú, általában halvány, csak 5 cm.-nyi darabon szürkésfekete, az összekötő kacs 21 cm., kissé belövelt, normális consistentiájú. Ettől 75 cm.-nyire az *a*) kísérlet helye. A leszorított orális kacs 17, az aborális 22 cm. hosszú, halványak, consistentiájuk rendes, az összekötő kacs 12 cm., általában halvány, közepén 2 helyt kékesen elszínezedett, nyálkahártyája azonban normális.

VIII. 4 kilogramm súlyú nőtény. December 7. Hosszú laparotomia a középvonalban. *a*) A jejunum elejéből két kacsot alkotva, ezeket a symphysis fölé, a hasseb legalsó zugába húzzuk, úgy, hogy mesojukat lehető erősen megfeszítjük s ezen helyzetükben azáltal rögzítjük, hogy felettük a rectusokat szorosan összevarrjuk. *b*) Egy vékonybélkacsot gummigyűrűvel leszorítunk; a leszorítási hely alatt levő legközelebb futó radiaer eret leköttjük, a következő radiaer érnek pedig azt az ágát, mely a leszorítás helye felé tart; a kacs a lekötés helyéig néhány percz alatt elkékül. *c*) Lekötünk egy radiaer futó mesenterialis eret, s az egyik oldalon a szomszéd radiaer futó érnek a leköttött ér felé futó anastomozáló ágát. December 8. Exitus. Bonczoláslelet: Peritonitis. *a*) Kísérlet helye 8 cm.-nyire a duodenum végződése alatt. A bőr alá kihúzott bélkacsok közül az orális 6 cm. hosszú, kékesvörös, az aborális 7 cm. hosszú, kékesfekete, az összekötő kacs 13 cm. hosszú, táplálkozás-zavart nem mutat. Ellenben az odavezető kacs — az tudniillik, mely a duodenum vége és a leszorítás helye közt megfeszül — erősen kék és puffadt. 105 cm.-nyire a coecum felett van a *b*) kísérlet helye, a leszorított bélkacs puffadt, szürkésvörös, mállekony. A leszorítási helytől aborális irányban egészen a béllal parallel futó anastomozáló mesenterica-ágon levő lekötés helyéig 15 cm. hosszban a vékonybél kékesvörösen elszínezedett. Az elszíneződés legerősebb a strangulált bélkacs töszomszédságában és elmosódott határral megy át az épbe az érleltetés helyén. Ezen bélrészlet tartalma alvadt vér, míg a leszorított bélkacsé főleg gáz és kevés bélsár. A *c*) kísérlet helyén a bélnek úgy színeződése, mint consistentiája normális.

IX. 17 kilogramm súlyú nőtény. December 7. Az összes vékonybeleket kipakoljuk, a mesenterium tengelye körül megcsavarjuk, s az első és utolsó kacsot a hasseb alsó zugába incarcerationáljuk. December 8. Exitus. Az incarcerationált kacsok egyike 21, másika 8 cm., ez utóbbi 30 cm.-rel a pylorus alatt kezdődik, a hosszabb aborális 7 cm.-rel a coecum felett végződik. A hasürben levő összes belek 15 cm.-rel a pylorustól kezdődőleg le közvetlen az anus tájáig kékesfeketén elszínezettek, tartalmuk részben folyékony,

részben alvadt vér, a mesenterium 360°-ra csavarodott, benne tömeges vérzés.

X. 24 kilogramm súlyú kan. Deczember 7. Igen hosszú összekötő kacsot hagyva, két vékonybélkacsot, mesenteriumokat lehetőleg megfeszítve, incarcerálunk a hasseb alsó zugában. Exitus deczember 12. Bonczoláslelet: A bőr alatt elhelyezett bélkacsok közül az orális, mely 8 cm.-nyire van a duodenumtól, 12 cm. hosszú, kékesvörös, a másik, mely 65 cm.-nyire van a coecumtól, 14 cm. hosszú, kékesfekete és egy borsónyi helyen perforált. Az összekötő kacs táplálkozásában zavarva nincs, nem is tágult, tartalma híg bélsár, nyálkahártyáján itt-ott haemorrhagiák. A hasfalban periherniosus phlegmone, a hashártyán eltolt genyedés a lefűződési barázdák szomszédságában; ezek nincsenek jelentékenyen elvékonyodva.

XI. 12 kilogramm súlyú nőtény. Deczember 7. Hosszú laparotomia. a) Két magas vékonybélkacsot incarcerálunk a symphysis táján úgy, hogy a mesojuk húrszerűen megfeszül. Az összekötő kacs mesója nincs incarcerálva, szabadon lityeg. b) Vékony gummigyűrűvel lazán incarcerálunk két bélkacsot olyanképpen, hogy a gummigyűrű keresztezett szárai lazán átmennek az összekötő kacs mesoján. Ezen gummiszalag felett most már megtörjük az összekötő kacs mesoját úgy, hogy az összekötő kacs kúpját egy nagy mesenterialis mirigyhez rögzítjük. c) Két bélkacsot gummigyűrűvel lazán leszorítunk, a összekötő kacs mesoját nem bántjuk. Deczember 9. Exitus. Bonczoláslelet: Peritonitis fibrinosopurulenta. Bélsárphlegmone a bőr alá incarcerált sérv helyén; az ev-űr fenekén az átfűródott rongyos, piszkos, fekete, leszorított bélkacsok, melyekből ascarisok bújtak ki. Az összekötő kacs 44 cm. hosszú, ép, tartalma kevés pépes bélsár. b) kísérlet. A leszorított kacsok 8 illetve 12 cm. hosszúak, az összekötő 22 cm. Mindhárom kacs halvány, rendes consistentiájú, csak a strangulációs gyűrű vág be mélyen; e körül geny. A két leszorított kacs mesenteriumában vérzések, az összekötő kacséban nincs. c) kísérlet. A leszorított kacsok 9 illetve 10 cm. hosszúak, az összekötő 16. Mindhárom kacs normális táplálkozású.

XII. 15 kilogramm súlyú nőtény. Deczember 7. Két távoleső vékonybélkacsot leköttünk gummival, úgy, hogy a közbeeső kacs mesenteriuma gyöki részének egy csücske bele kerül a ligatúrába. Az összes közbeeső belek menten elkékülnek. A gummiszalag ily megkötése után a meso egy része kicsúszik, csak egy nagy mirigyet tartalmazó része marad vissza. Ennek megfelelően az összekötő bél egy része marad csak kék, a másik visszanyeri normális színét. Deczember 8. Exitus. Bonczoláslelet: A hasüreg tele van vérral; a leszorított kacsok közül az orális 15 cm.-nyire van a jejunum kezdetétől és 16 cm. hosszú, az aborális 12 cm. hosszú és 3 cm.-rel a coecum felett végződik, mindkettő petyhüdt, szürkésvörös. Az összekötő kacs 183 cm. hosszú; ebből 75 cm., mely a coecum felé esik, sötétkékes-feketén infarcizott, vérral telt, mesenteriuma is véresen infarcizott. A mesenteriumnak egy 1½ cm.-nyi csücske van becsipve, az incarceratiós gyűrűn túl 8½ cm. széles része szabadon fut. Az infarcizott terület a jejunum irányában elhalványodik s itt a bél csak egyszerűen belövelt, rajta táplálkozásvár nincs, csak a mesenteriumban vannak egyes apró vérzések.

XIII. 3·2 kilogramm súlyú nőtény. 1910 január 8. Műtét előtt jóllakattuk, műtét morphin nélkül aethernarcosisban. Egy hosszú vékonybél-darab tartalmát egy kacsba szorítjuk, s azt leköttük úgy, hogy vérkeringése ne szenvedjen. A két szomszéd kacsot mesenteriumostól leszorítjuk s egymáshoz kötjük. Január 9. Exitus. Bonczoláslelet: Az orális kacs 18 cm., kékesfekete, tartalma tiszta vér, az aborális kacs 35 cm., szürkéspiros, petyhüdt, tartalma zavaros savó, a közbeeső kacs 38 cm. hosszú, puffadt, de halvány, consistentiája normális, vérzéseknek nyoma sincs, tartalma gáz és pépes bélsár. Az incarceratio vége 5 cm.-rel a coecum felett.

XIV. 7·8 kilogramm súlyú kan. Január 8. Majdnem az egész vékonybelet kipakoljuk. A két legszélső kacsot, a közbeeső mesenterium gyökerével együtt, melyet fonálon felhúzzunk, vastag spárgával leköttük, azután a felhúzásra szolgáló fonalat kihúzzuk. A lekötés után az egész bélcglomeratum menten elkékül, a mesenteriumon kiterjedt vérzések keletkeznek. Január 10. Exitus. Bonczoláslelet: Peritonitis purulenta. A leszorítás laza, mert a mesen-

terium csücske kicsúszott a ligatúrából. A leszorított aborális kacs, mely a coecum szomszédságában van, 12 cm. hosszú, halvány, az orális kacs, mely a jejunum kezdetéhez van közel, szintén 12 cm. hosszú, belövelt, de consistentiája mindkettőnek normális. Az összekötő kacs az aborális kacs szomszédságában 50 cm.-nyi hosszban szakadékonny, kékesvörös, helyenként feketés, nyálkahártyája véresen infarcizott, tartalma véres, a mesenteriumban az erek thrombotizáltak.

XV. 7·3 kilogramm súlyú nőtény. Január 8. Az egész vékonybelet kiemelve, az első és utolsó kacsot s az egész vékonybél mesenteriuma gyökerének egy csücskét az előbbi kísérletben alkalmazott fogással spárgával leköttük. Január 9. Exitus. Bonczoláslelet: Az összes vékonybelek kékesfekete színűek, a leszorított kacsok egyike 16, másika 12 cm. hosszú, közvetlen a duodenumba illetve coecumba mennek át. A mesenteriumnak egy 2 cm.-nyi csücske van csupán a lekötésbe fogva, mégis az egész vékonybél-mesenterium véresen infarcizott.

XVI. 8 kilogramm súlyú kan. Január 8. Aethernarcosis, műtét előtt jóllakott. Az egész vékonybél tartalmát egy rövid kacsba simítjuk, azt véreire kimélésével leköttük s a két szomszéd kacsot mesenteriumostól hozzákötjük. Január 13. Exitus. Bonczoláslelet: Peritonitis purulenta. A strangulatio 75 cm.-nyire a coecum felett. Az aborális kacs 8 cm., kékesfekete, az orális kacs 7 cm., táplálkozás-zavar nincs, az összekötő kacs 8 cm. hosszú, kissé belövelt, de táplálkozás-zavar nincs. A strangulációs barázdák részben perforáltak, részben a perforációhoz közel állanak.

XVII. 4 kilogramm súlyú kan. Január 11. A vékonybél egy hosszú darabját előhúzza, annak két végéből egy-egy kacsot alkottunk és ezt a kacsot az összekötő bél-darab mesenteriumának egy csücskével együtt leköttük; első pillanatban az egész vékonybél elhalványul, majd az arteriák újra pulzálni kezdenek, egy mesenterialis mirigy azonban úgy látszik a mesenterium egy darabját visszatartja a ligatúrában. Január 16. Exitus. Bonczoláslelet: A strangulált bél-darab conglomeratum-má tapad össze, az összetapadt bélkacsok közt eltoltak tályogok, az orális kacsra levő strangulációs barázdá egyenest perforáltak. A leszorított kacsok 16—18 cm. hosszúak, kissé kékeszürkék, de jól tápláltak, az összekötő kacs 110 cm., halvány, táplálkozás-zavart nem szenvedett.

XVIII. 4 kilogramm súlyú kan. Január 11. A vékonybél egy nagy darabját kipakoljuk, a kipakolt bélrészlet két végpontjából alkotott kacsot az összekötő kacs mesojának egy kis csücskével együtt az említett fogás segélyével leköttük. Január 12. Exitus. Bonczoláslelet. A hasürben kevés véres savó. A leszorított kacsok 12—12 cm. hosszúak, az aborális a coecum tözsomszédságában. Ez utóbbi kissé kékesvörös, míg az orális sötétebb kékesvörös, consistentiájuk normális. Az összekötő kacs 145 cm. hosszú, a lekött kacsok szomszédságában 45, illetve 35 cm. hosszban kékesfekete, lumene vérral telt, a közbeeső rész halványabb, de sötétebb, mint a két leszorított kacs. A mesenterium gyökerének egy 1½ cm.-nyi csücske van lekötvén, a mesenterium többi része, mely 8—9 cm. széles, szabad, de ez is vérral átvívódott.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

F. UMBER: *Lehrbuch der Ernährung und der Stoffwechselkrankheiten*. Wien, 1909. VIII + 402 lap. Urban és Schwarzenberg kiadása.

Umbert mint kutató annyira ismert, hogy neve már eleve biztosítékot nyújt könyvének jószágára és niveaujára nézve. A bevezetőben a rendes táplálás és az egyes táplálóanyagok ismertetését találjuk: a Voit-féle fehérjenormát igen helyesen csaknem a felére redukálja s szerinte a felnőtt egyén napi fehérjeszükséglete még fokozott izommunka mellett sem haladja meg az 56—67 gm.-ot. A szellemi munka táplálóanyagszükségletünket nem növeli s míg például a favágó szervezete 7000—8000 cal.-t igényel naponta, legkisebb, körülbelül 2445 cal. a szellemi munkások anyagforgalmi szükséglete.

Ehezéskor a szervezet fehérjéjét a szétesés ellen a szénhidrátok védik, a zsír csak kevésbé. Igen modern a fehérjék, szén-

hydratok és zsírok emésztéséről, elbomlásáról és felhasználásáról szóló fejezet. A vas kiválasztó helyének a vastagbél és vakbél nyálkahártyáját tartja s szerinte, mint Abderhalden szerint is, a vas therapiás alkalmazásának legegyszerűbb alakja az anorganikus vas, mert akár szerves, akár szervetlen vasat adunk, a bélesatornából már csak anorganikus vasat kapunk.

A táplálásról írott fejezetben óva int a splachnoptosisok, kezdődő tuberculosisban szenvedők kritikanélküli túltáplálásától: a hizlalo kúrának csak ott van jogosultsága, a hol a hiányos táplálkozás a betegséggel *oki* összefüggésben áll. Nagyon ellene van a nálunk még mindig szerte divó, úgynevezett sémás hizlalo kúrának. Az elegendő táplálásnak alapfelvétele a jó étvágy, ha a gyomornedvelválasztás zavart, rendszerint az étvágy is rossz; hypohydrocloria esetén csak a *nagy* adag sósav (20—30 csepp sósav többször egy-egy étkezés előtt!) után láthatni eredményt.

A végbélen át való tápláláskor a magasabb bélrészek szerepét túlbecsüli; a hogy azt állatkísérletek alapján kimutattam, a végbélbeli felszívódás kitünő s szemben Umber s mások nézetével a bakteriumos elbomlás mérsékelt. A per klysma tápláláskor a Riedel-féle Kraftmehl-t (40 gm. 200—300 folyadékra) nagyon ajánlja.

Az olajjal való subcutan táplálást, mint veszélyest és megbizhatatlant, elveti. Az elhízásról írott fejezetben a hájkórosság és czukorbetegség közötti összefüggést illetőleg csatlakozik a Noorden-féle felfogáshoz. Czukorbetegben a szervezetnek nemcsak szénhydratbontó tulajdonsága, de a szénhydratokból való zsírképzés is szenved. Vannak azonban esetek, melyekben csak a szervezet czukor-bontó képessége csökkent, a szénhydratokból való zsírképzés ellenben zavartalan; ily esetekben reflectorius *szövetéhség* támad, ennek következménye a fokozott táplálékfelvétele s így ez az elhízás tulajdonképpen oka. Az ilyen egyén tehát már tulajdonképpen czukor-bajos, czukrot azonban nem vízel, mert szervezete a másképpen nem értékesíthető szénhydratokból zsírt készít. Ne feledjük azonban, hogy ez is csak elmélet. A hol keringési zavarok mellett a soványító kúra javalt, a tejúra szép eredményeket ad, egyébként a rendes diaetás lefogyasztásnak ad előnyt. Nagyon fontos a beteg *nevelése* s életmódjának szabályozása, nehogy a kúra után ismét elhízzék.

Umber könyvének legterjedelmesebb része a diabétesssel és a közsvénynyel foglalkozik. A zsírokból való czukorképződést nem fogadja el. A neurogen glycosuriák alapját a máj czukorképző fermentumának reflectorius úton való activabbá tételében, tehát a fokozott czukorképződésben keresi. Diabétesben a glycolysis nem csökkent s így szerinte, ha a csökkent czukorelhasználást és dyszoomyáliát pankreas-diabétesben valóban észleljük is, okát adni ennek nem tudjuk. A pankreas-diabétes aetiologiájában Umber az *egész hasnyálmirigynak* (s nem speciell a szigeteknek) tud be különös fontosságot s a szigeteket egyszerűen a hasnyálmirigy legellenállóbb részeinek tekinti (csak az a különös, hogy miért éppen ezek betegszenek meg *főképpen?*). Az önálló hepatogen és nephrogen diabétest Umber kétségesnek tartja s az egyéb (nem pankreatogen) szervi elváltozásokat hajlamosság esetén a diabétes kiváltó momentumának, de nem okának tekinti. A czukorbetegnek endoarteritise oka a diabétesnek s nem következménye.

A diabétes Umber szerint gyógyulhat. Kitünő fejezete a könyvnek a diabétes therapiája.

A diabétes insipidus magyarázására a Meyer-féle felfogást fogadja el, tudniillik, hogy e baj oka a vesék moleculaconcentráló képességének csökkenésében keresendő.

Nagyon jó a közsvényről szóló rész is, különösen a mit az elkülönítő körjelzésről ad, melyet kitünő ábrák tesznek még érthetőbbé. Könyvében még a köképződésről, cystinuriáról és az alkapton-vizeletről ír; mindeme fejezetekről bővebben kellene megemlékezni, mert nagyon megérdemelnék, de sajnos, máris túlhaladtam ama keretet, melyben az ismertetés mozoghat.

Methodikát a szerző csak kivételesen ad, de nem is ez volt a könyvének a célja, hanem az, hogy a gyakorlóorvos és a tanuló kezében vezérfonal legyen s e feladatának az anyag sikerült kiválasztásával, az ügyes összeállításával s gondos, világos feldolgozással teljesen meg is felelt, úgy hogy Umber könyvét melegen ajánlhatjuk az érdeklődők figyelmébe.

Halász Aladár.

Lapszemle.

Belorvostan.

A bélbeöntések és klysmák javalatai és ellenjavalatai című dolgozatában Boas (Berlin) szigorú kritika tárgyává teszi ezen orvoslásmódokat. Úgy tudományosan, mint gyakorlatilag egészen indokolt a bélbeöntés physiologiás konyhasó alakjában a szervezet nedveinek pótlása vagy mérges anyagok kiküszöbölése céljából. Leggyakrabban alkalmazzák tudvalevően koprostasis megszüntetésére és orvosszerek hozzátételével obstipatióval vagy hasmenéssel járó, fekélyes vagy gyuladós vastagbélbetegségeknél azon célból, hogy a nyálkahártyára jótékony befolyást gyakoroljanak (azt mintegy „másképpen hangolják”).

Az utóbbi esetekben a bélbeöntések alkalmazásának semmiféle exact tudományos alapja nincsen. Ugyanis a közönséges vizes beöntés hasznos addig, míg stagnáló tömegeket s ezekhez kevert ártalmas anyagokat kell a bélből eltávolítani, tehát feltétlenül javalt székrekedéssel és fokozott flatulentiával járó hurutokban, de semmiféle hatást sem várhatunk fokozott peristaltikával járó idült bélhurutok esetén. Ilyenkor ajánlják sokan az orvosszerek beöntését (összehúzó szerek). Ennek észszerűtlen volta a priori kézenfekvő, ha tekintetbe vesszük azt, hogy, ha egyáltalában várható hatás az adstringens szerektől, sokkal egyszerűbb volna ezeket per os nyújtani, másfelől, hogy nem használják ezen bélhurutokban állítólag hatásos szereket gyomorhurut esetén is. Az összehúzó szerekkel való kezelést átvitték a rekedéssel járó hurutokra, s azoknak legextremebb alakjára, a colitis membranacea-ra is. A szerző már régebben (1900) kimutatta, hogy a tannin- és ólomkészítmények nemcsak hogy nem gyógyítják e bajt, hanem ők maguk elő is idézhetik. Továbbá arról is meggyőződött Boas, hogy még az egyszerű vizes beöntések is, bőségesen alkalmazva, enteritis membranaceát okozhatnak vagy legalább is a meglevőt fokozzák.

Igen nagy hatást várnak az orvosszerek vagy egyszerű vizes beöntésektől idült hasmenés és bélhurut esetén. Bizonyos ugyan, hogy a beöntött folyadék eljut a vastagbél legfelső részébe is, de hatást csak akkor várhatunk, ha a vastagbél teljesen üres, a miről az ezekben az esetekben jelenlevő mozgás-zavar miatt szó sem lehet. Másfelől pedig tekintetbe kell venni azt, hogy egészen biztosan sohasem lehet eldönteni, hogy a vastagbélhuruton kívül nincs-e egyúttal vékonybélhurut is; ily körülmények között pedig — mint-hogy a beöntött folyadék a vékonybélbe nem juthat el — még sokkal kétségesebb a hatás.

Világos ezekből, hogy idült vastagbélhurutban a beöntések alkalmazásának nincs meg a tudományos alapja; kérdés már most, a gyakorlat jogosult-e teszi-e használatukat. A régiekkel ellentétben az újabb szerzők mind kevesebben és kevesebben ajánlják. A mi Boas saját tapasztalatait illeti, a beöntések javalatait kevés esetre szorítja. Jótékony, megnyugtató hatást látott kisebb mennyiségek beöntésétől (maradandó klysma alakjában) hasmenéssel, esetleg rekedéssel járó idült colitisekben, a melyekben heves fájás és égető érzés volt a colon mentén. 200—300 gm. meleg, esetleg karlsbadi vizet vagy a carminativ teák főzetét ajánlja ilyen esetekben. A hatás nem valami nagy, de sokáig alkalmazva megszünteti a fájásokat és a kólikát. A hurut objectív jelenségeire (például nyálkatermelés) sem ezen, sem más beöntések befolyással nincsenek. A nagy mennyiségű és rövid ideig visszatartott akár egyszerű, akár gyógyszeres beöntések úgyszólván semmit sem érnek. Nem is várható, hogy ilyen rövid ideig benntartózkodás után ezek a szerek szorosabb érintkezésbe lépjenek a nyálkahártyával, ha tekintetbe vesszük, hogy még többszörös öblítés után sem víztiszta a kifolyó folyadék. Ezzel szemben könnyebb az orvosszerek beöntésekkel a bélben mélyebben székelő folyamatokra befolyást gyakorolni. Boasnak sikerült bismuthsuspensiók beöntésével súlyos genyes, fekélyképződéssel járó colitisekben nemesak a genyes-véres székelést megszüntetni, hanem a fekélyek tisztulását és sarjadzását is előidézni.

Heveny és idült székrekedés esetén sokkal tágabb körű a beöntés javalata, sőt a legsúlyosabb esetekben gyakran az egyedül hatásos módszer. Ilyenkor a szerző nem a közönséges módon adja a beöntést, hanem, miután oldalára fektette a beteget, vagy térd-könyök helyzetbe hozta, a vastagbélsonda, hosszabb cső és tölesér (vagy a Zweig-féle a double courant üvegeső) segítségével több liter szappanos vízzel (melyhez esetleg néhány 100 gm. oliva-

olajat tesz) addig mossa a belet, míg a folyadék bélsárrészletektől menten folyik vissza. A beöntés ezen módja csak akkor válik szükségessé, a mikor már eredmény nélkül adtunk hashajtókat és közönséges beöntést. (Medizinische Klinik, 1910. 2. szám.)

Sebészet.

A vékony ezüstlemezek sebészi használhatóságáról ír *J. S. Lewis*. A fém ezüstnek a sebészetben főleg az kölcsönöz jelentőséget, hogy míg egyfelől a baktériumok növekedését gátolja, másfelől az ép szövetek separatív folyamatait nem hátráltatja. Ajánlja a vékony ezüstlemezeket 1. transzplantált területek befedésére; itt sokkal jobb, mint akár a kenőcsök, akár a száraz gaze-kötés; 2. a plastikus sebészetben; 3. olyan tiszta sebek befedésére, melyek a környezetük révén könnyen bemocsokolódnak (például lágyéktáján a vizelet által, ha genyedő seb szomszédságában van tiszta sebfelület); 4. megakadályozza subdurális adhaesiók képződését (*Harris*); 5. tiszta sarjfelületeken védi az előrehaladó finom hámszegélyt. A lemezeket 2 deszka közé téve és papírba csavarva autoclavban sterilizálják. A kötés nem drága, egy hónapban körülbelül 50 beteg kezelésére használt ezüstlemez nem került többbe mint egy dollárba. (Annals of surgery, 1909 október.) *P.*

A gégerák sebészi kezeléséről írva *G. E. Brewes*, 16 aryngofissióról számol be, melyek közül 7-et végzett kétségtelen rák miatt. Betegai közül 1 a műtét kapcsán, 1 nyolez hóval utóbb recidiva folytán (ezen kétszer végzett laryngofissiót), 1 két év és nyolez hó multán recidivamentesen tüdőgyulladásban halt meg; 1 öt év és nyolez hóval az első műtét után recidivamentesen él, 2-n recidiva miatt utóbb laryngectomiát végzett. Laryngectomiáinak száma összesen 11, ezekből 5 halt meg a műtét kapcsán; a műtétet kiállottak közül recidivamentesen él 3, és pedig 10 év 3 hó, 3 év 1 hó és 2 év 4 hó óta, 1 szem elől tűnt, 1 recidivált 4 hó múlva és 1 röviddel a műtét után pneumoniában halt el. Érdekes egy megfigyelése, mely szerint inoperabilis gégerák esetében 3 arteria thyreoidea lekötése lényeges javulást hozott. (Annals of surgery, 1909 november.) *P.*

A malmői kórház appendicitisanyagát ismerteti *F. Bauer*. A Berlin városában 1907-ben lefolyt appendicitismegbetegedések tanulmányozására minden orvoshoz és gyógyintézethez kérdőívek küldettek szét, melyekre 3016 használható válasz érkezett be. Ez anyagot egy bizottság rendezte volt. *Albu*-nak az ezen statisztikai kimutatásokból levont következtetései ellen emel szót Bauer 1361 egységesen észlelt esete kapcsán. Míg *Albu* szerint az első roham után nem javallhatja a műtétet az a körülmény, hogy további rohamoktól kell tartanunk — a mennyiben 68·5% első rohammal szemben eseteiben csak 31·3% recidiva volt —, addig Bauer kimutatja, hogy eseteiben 48%-ban típusos féregnyúlánylob-roham ment előre s további 12%-ban az anamnesis ilyen rohamokra nagyon is gyanús adatokat tartalmaz. *Albu* szerint a korai műtétet — a roham első 24—48 órájában — nem lehet keresztülvinni, mert 353 otthon kezelt eset közül csak 34% jutott az első napon orvosi megfigyelés alá, a második napon pedig 22%. Bauer szerint 1144 eset közül nem kevesebb mint 642 (56·1%) jutott be az első két napon kórházába s lehetett ekként korai műtét tárgya. Nem oszthatja Bauer *Albu*-nak azon nézetét sem, hogy a könnyebb eseteket a belorvosoknak maguknak kell kezelniök. A kórkép egy nap vagy akár pár óra alatt a legenyhébbnek látszó formából a a legsúlyosabbá válhat, ha például egy genyömlővé átalakult féregnyúlány megpukkad. Biztos prognózis a legkönnyebb esetekben sem állítható fel s ha már egyszer a fenyegető tünetek bekövetkeztek, a csupán ekkor consultált sebész legtöbbszörre már későn jön. (Berliner klin. Wochenschrift, 1910. 2. szám.) *Makai.*

Szülészeti és nőorvostan.

A szűk medence modern terapiájáról ír *Opitz*. (Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung.) A szülészeti „sebészeti aerá“-ja nem azt jelenti, hogy a szülész nyakra-főre operáljon. Ellenkezőleg a modern klinikákon a műtétes beavatkozások száma megesapant; ugyanis több olyan műtét, a mit régebben gyakran csináltak a magzat érdekében (prophylaxisos lábrafordítás, művi koraszülés,

magas fogó) újabban elmaradtak és helyükbe léptek a modern, az anyát is érintő műtétek. Viszont ezekre ritkábban kerül a sor, éppen mivel ezen eljárások birtokában a szülés nagyobb nyugalommal várhat és tovább figyelheti meg a szülés menetét.

Egészen természetes, hogy régebben, a mikor nagyobb sebészi beavatkozások árán a szűkmedenczés szülések lebonyolítására nem gondoltak, a prophylaxisos eljárásoknak nagy szerepük volt. Ilyenek voltak a következők:

a) A művi koraszülés. Opitz lapos medenczénél a hystereuristist ajánlja, míg általánosan szűk medenczénél a bongiekezelést vagy az egyszerű burokrepszést. Először szülőnőn ez az eljárás teljesen mellőzendő, valamint azokban az esetekben is, a hol a conj. vera 8 cm. alatt van. Legjobb a 36. héten megindítani a szülést.

b) A prophylaxisos lábrafordítást csak egy esetben tartja javaltnak a szerző (lapos medence, conj. vera 8—9 cm. között, ép burok, teljesen eltűnt méhszáj, a korábbi szülések kedvezőtlen lefolyása.).

c) A magas fogó eredményei általában nem biztatók. Az anyák mortalitása 1·3 és 15% között, a magzatoké 20 és 56% között ingadozik. A műtétet csak olyan esetben tartja javaltnak, ha az anya sürgető életveszedelme miatt sietnünk kell a szülés befejezésével és kísérletet teszünk a magas fogóval, hogy az élő magzat perforációját elkerülhessük. A fogó alkalmazását mindig a Hofmeier-féle impressio előzze meg. Különben ezt a műszert teljesen kivénné a gyakorló orvos kezéből.

d) A halott gyermek perforációját áldásos műtét, ellenben az élő gyermek perforációját minden orvosi ténykedés között a leg-síralmasabb. A hol lehet, ma már el tudjuk kerülni. De néha az anya ijesztőleg emelkedő láza vagy a fenyegető méhrepedés parancsoló kényszere ma sem hagy más választást, mint hogy vagy feláldozzuk együtt az anya és a magzat életét, avagy az anya érdekében feláldozzuk a magzat életét és élve perforáljuk.

A szülészeti „sebészi korszak“-a akkor vett erősebb lendületet, a mikor Säger ajánlatára a méh sebének összevarrása tökéletesebbé lett. Utána következtek: a Morisani-Zweifel által felleleventített symphyseotomia, a Gigli által ajánlott hebesteotomia, majd a Franck-féle extraperitoneális császármetszés.

A medenczét tágitó műtéteknek természetesen megvan a határuk, mert hiszen 7—6¾ cm. conj. verán alul már nem lehet reményünk arra, hogy a fej áthaladjon a tágitott medenczegyűrűn. De ettől eltekintve, ellenére a Döderlein által előnyösen javított eme műtétnek, a halálozási perzent sem jelentéktelen (itt megemlíti a hebesteotomiával járó hólyagzavarokat és egyéb complicatiókat). És éppen ezért több esetben a medenczetágitó műtétek helyére is a Franck-féle módosított császármetszés lép.

Azon esetekben, a hol a méhszáj zárt, vagy nem eléggé nyílt még meg, valamint igen nagyfokú szűkület esetén a classikus császármetszésnek jut szerep.

Olyan szűkmedenczés szüléseknél, a hol a méh belseje infectióra gyanús, ha a szülő nő piszkos kézzel lett vizsgálva vagy ha láz, bomló magzatviz a classikus császármetszés keresztülvitelét megtiltja, jut azután teljes érvényre a Franck-féle extraperitoneális eljárás. Sokan módosították már (Sellheim, Veit, Latzko), de teljesen kidolgozva a műtét még nincsen; mindazonáltal már lehet konstatálni, hogy voltak esetek, a melyekben a classikus császármetszés keresztülvitele merészség lett volna, az extraperitoneális császármetszést pedig sikerrel végezték. Bizonyos, hogy szülő nők, a kik a classikus császármetszésbe belehaltak volna, sokszor talán csak huzamos genyedéses folyamatok után, de végeredményben mégis egészségesen. élő gyermekkel hagyták el a klinikát. Ez már nagy nyereség, bár igaz, hogy ugyanezen ezélt az uterus exstirpációjával is el lehetett volna érni, de csak az asszonyok megesonkítása árán.

Opitz nemesak a szülészeti műtéti technika tökéletesedésében látja a nagy haladást, hanem hozzáteszi, hogy a haladást fokozza az is, hogy ezen eljárások elsajátítása után a szülés tovább figyelheti meg a szülés természetes lefolyását és nem kell különféle prophylaxisos eljárásokkal a természet erőinek elébe vágnia.

Természetesen ezen sebészi eljárások csakis a gyakorlott kezű klinikusnak valók, a praktizáló orvosok helyzete a szűkmedenczés szülésekkel szemben még mindig nehéz marad. Ezért Opitz azt az

életrevaló gondolatot pendíti meg cikkében, hogy a gyakorló orvos minden szűkmedenczés szülőasszonyát klinikán helyezze el. Tekintse az ilyen szűkült medenczét éppen olyan anomáliának, mint a myomát vagy a carcinomát. Senkinek sem fog eszébe jutni, hogy ilyen súlyos laparotomiákat magánházakban végezzen. Ha a gyakorló orvosok így gondolkodnának, meg volna oldva a szűkmedenczés szülei lebonyolításának a kérdése; és ez keresztülvihető annál is inkább, mivel az ilyen szülőnők többnyire a szegényebb néposztályból kerülnek ki.

Végül röviden összefoglalja a düsseldorfi nőklinika terapiáját szűkmedenczés szülei eseteiben. A prophylaxisos műtéteket nem alkalmazzák. Ha a conj. vera $7\frac{1}{2}$ cm. vagy kisebb, normális nagyságú magzat mellett a Frank-féle suprasymph. császármetszést végzik. Ugyanez az eljárás csekélyebb szűküllet esetén is, ha a magzat feje túlságosan nagy és kemény, vagy a tapasztalás az előbbi születekre nézve kedvezőtlen. $7\frac{1}{2}$ cm.-en felül levő conj. vera mellett normális fekvésű magzat esetén a szülest magára hagyják. Ha azután a téraránytalanság a fej és a medence között nem egyenlődik ki, avagy olyan complicatiók keletkeznek, melyek a szülei befejezését siettetik, akkor a császármetszésre (illetőleg egyik fajtájára), avagy a hebstomeotomiára kerül a sor.

Asepsises szülőutak mellett előnyt adnak — különösen ha a méhszáj nem nyitott, valamint primiparáknak — a suprasymphysealis császármetszésnek. Többször szülőnőkön, ha a méhszáj már eltűnt (különösen ha gyanú van infectióra), hebstomeotiát végeznek. Ha a magzat nem rendes fekvésű (homlok- vagy hátulsó falcson-fekvés, far- és harántfekvés), akkor $7\frac{1}{2}$ cm.-en túl is egészen $8\frac{1}{2}$ cm.-ig indikálnak tartják a sectio caesareát. A beszállított és infectióra gyanús esetekben szabad a választás a hebstomeotomia és a suprasymphysealis császármetszés között. De ha az infectio biztos, vagy császármetszést végeznek (totalis méhkiirtással kapcsolatban), vagy a Sellheim-féle „Uterus-Bauchdecken“-fistulára kerülhet a sor. Köldökzinórelőesés, harántfekvés stb. esetén $7\frac{1}{2}$ cm. conj. vera mellett vagy a felett fordítanak.

Azzal végzi cikkét, hogy mivel látjuk, hogy a szűkmedenczék terapiája csak a klinikákon közelítheti meg — ezen műtétek végzése folytán — a tökéletességet, legjobban cselekszik a gyakorló orvos, ha minden ilyen vajudó asszonyát a klinikának átadja.

Scherer.

Venereás bántalmak.

Minő feltételek mellett engedhető meg a syphillises egyéneknek a házasság? Ezt a kérdést intézte az Annales de dermatologie et syph. című szaklap különböző országok ismertebb syphilidológusaihoz, hogy fejték ki a nézetüket a házassági consensust illetőleg. Ismeretes, hogy Ricord kezdetben csak a sankernek tulajdonított fertőző képességet, később azonban a tapasztalások súlya alatt rájött, hogy a syphilis a secundaer szakban is fertőző baj marad. Hosszabb ideig azután az volt az általános nézet, hogy a késői, úgynevezett tertiaer syphilissel a virus nem vihető át. Ez a tan csak úgy állhatott meg, hogy a gyakorlatban, nyilván a localisatio miatt (belső szervek, a bőrnek kevésbé exponált helyei), a késői szakban csakugyan alig észlelték a syphilis átvitelét. De azért mégis csak tapasztaltak olykor. Tudományos beigazolást a késői lueses termékek fertőző képessége akkor nyert, a mikor a spirochaeta pallidát felfedezték és kísérletileg kiderült, hogy a gummás anyag positiv eredménnyel oltható át majmokra (Neisser, Finger). Minthogy tehát a syphilis a késői szakban is fertőző lehet, nyilvánvaló, hogy az orvos helyzete a házassági engedély megadásakor még nehezebbé vált. Ez odáig megy, hogy vannak elszórtan szakemberek, a kik a házasságot egyáltalában nem engedik meg. A syphilidológusoknak legnagyobb száma azonban, igen helyesen, megengedi a házasságot, csak többkevesebb megszorítást szab meg ebben a kérdésben. Ragadjunk ki néhány választ, a melyet a fenti kérdésre adtak:

Finger (Wien) a következő feltételek mellett engedi meg syphillises betegeknek a házasságot: 1. A betegségnek ne legyenek mindjárt kezdettől fogva rosszindulatú sajátosságai, a lues tehát legfeljebb középsúlyosságú legyen. 2. A betegség legalább 4—5 éve kezdődött legyen. 3. Szükséges, hogy legalább 2 óv óta tünetmentes legyen a beteg. 4. A beteg több éven át lett legyen rendszeres időszakos kezelésnek alávetve. 5. A házasság előtt a beteg-

nek még egy erélyes kúrát kell végeznie. **Finger** a rendszeres intermittáló kezelésre nagy súlyt helyez és szükségesnek tartja, hogy abban lehetőleg minden beteg részesüljön. Kijelenti azonban, hogy felelősséget sohasem vállal s ezt betegeinek mindenkor ki is jelenti. Kezelési eljárásának és óvatosságának tulajdonítja, hogy nagy gyakorlatában ily módon mindössze 2 gyermekre észlelte a veleszületett luest.

Ehrmann (Wien) szerint 5 éven belül nem lehet a syphillises egyéneknek nyugodtan megengedni a házasságot. De ilyenkor is szükséges, hogy az erélyesen végeztetett intermittáló Hg.-kúrák legalább az első 3 évet kitöltsék. A 3 év letelte után szükséges, hogy még két évig felügyelet alatt álljon a beteg s ezen idő alatt semmiféle tünete se legyen. Olyan esetekben, a melyekben a beteg intermittáló kezelésben nem részesült, **Ehrmann** néha még a 8. évben is látta a bajnak az utódokra való átvitelét.

Jadassohn (Bern) első sorban a syphillises egyének súlyviszonyait veszi tekintetbe. A syphillist annál súlyosabb természetűnek kell tartanunk, mennél nagyobb a testsúlycsökkenés a betegség kezdete óta és mennél kisebb a szervezetnek az ellenállóképessége. A syphillises természetűnek mineműségén kívül szükséges még, hogy tekintetbe vegyük a kénésőkúráknak a számát és minőségét. Csakis ezeknek a körülményeknek a mérlegelése után lehet szó arról, hogy a házassági engedély megadásának kérdésével foglalkozzunk. Ebben a kérdésben az a fontos, hogy férfival vagy nővel állunk-e szemben. Férfira nézve **Jadassohn** azt kívánja, hogy az illetőnek a lues legalább már 4—5 év óta álljon fenn, hogy az illető 3—4 éven keresztül időnként erélyes Hg.-kezelésen ment legyen keresztül s hogy legalább 2 év óta teljesen tünetmentes legyen. Másként áll a dolog a nőre nézve. Ez még abban az időben is átviheti a gyermekeire a bajt, a mikor a férfi már egészséges utódok nemzésére képes. Tanácsos ezért, ha a lueses nő nem 3—4, hanem csak 6—7 esztendő után lép házasságra. Minden esetben szükséges azonfelül, hogy a házasságra lépő fél közvetlenül a házassága előtt még egy erélyes kénésőkúrát végezzen. Ezeket az elveket követve, **Jadassohn** még sohasem találkozott hereditaer syphillises esetével.

Joseph (Berlin) 2 évig tartó kezelést követel, a mely legalább 4 kénésőkúrából áll. Leginkább a kenőkúrát ajánlja, de helyesnek tartja az injectiós kúrát is, a melyet a kenőkúrával felváltva tanácsos alkalmazni. A belső kénésőkúrákat elégtelennek tartja. **Joseph** az egyes általános kúrák közé eső időben a tapintható nyirokcsomókat helybelileg szürkekenőcsös bedörzsöléssel kezelteti. A 2 évi kezelést követő 2 éven keresztül a lueses egyént még állandóan meg kell figyelni. Ezután, tehát a 4. év letelte után a lueses egyén házasságra léphet, a melyet azonban erélyes kénésős kúrának kell megelőznie. Abban az esetben azonban, ha a megfigyelési időben is vannak még tünetek, a házasságot még 1—2 évre el kell halasztani. Ily módon **Joseph** csak a legritkább esetben észlelte, hogy a baj a másik házastételre vagy az utódokra átment volna.

Lang (Wien) a házassági engedélyt ahhoz köti, hogy a lueses egyén az erélyes kénésős kezelés után 3 évig teljesen tünetmentes maradt-e. De még akkor is szükséges, hogy az illető közvetlenül a házasságkötés előtt még egy kúrát végezzen. **Lang** az óvatosságát még tetézi azzal, hogy a völegény scrotumának a bőre alá mindkét oldalt még egy-egy 0.01—0.02 cm³-es szürkeolajos injectiót ad. Fontosnak tartja, hogy a syphilis elején a beteget sohasem kössük bizonyos gyógyulási terminushoz, de viszont ajánlja, hogy minden lueses betegnek a biztos meggyógyulását ígérjük.

Rosenthal (Berlin) nagyjában **Fournier** elvét követi, a mely úgy hangzik, hogy a házassági engedély megadható, ha az infectio óta 4 év, az utolsó lueses tünet óta pedig 2 év telt el. Bizonyos azonban az is, hogy ez a terminus a minimum és csak akkor vehető igénybe, ha a syphilis semmiféle súlyosabb tünetekkel, különösen pedig idegrendszerbeli zavarokkal nem járt.

Unna (Hamburg) 31 éves tapasztalására hivatkozik, a mikor a következő, állandóan követett elvét ismerteti. Ő feltétlen hiva a kenőkúrákat és az injectiós kezelést csekélyebb értékűnek tartja. A kenőkúrához évek óta egy túlszírosított kénésőszappant használta a kenőcs helyett. Ebből átlagosan 5 gm. a napi adag, a kúra pedig 6—8 hétig tart. Átlagosan 2 éven át kezeli a beteget általános kénésőkúrákkal. Ezután inkább a helybeli kezelésnek a híve. 3—4 évig tartó kezelés után **Unna** már megengedi a házasságot, de szükségesnek tartja, hogy a lueses egyén 6 héttel a házassága

előtt még egy kúrát végezzen. Az ilyen elv szerint gyógyított lueses egyénnek a házassága tapasztalása szerint sohasem vezetett a bajnak átvitelére.

Zeissl (Wien) tételekben foglalja össze a véleményét. Ezek a következők: 1. Még fennálló, vagy csak néhány hét előtt fennállott lueses tünetekkel a házasság tilos. 2. A házasság a legkorábban csak akkor engedhető meg, ha a lueses egyén — akár férfi, akár nő — az utolsó tünet óta 1 esztendő tökéletesen tünetmentesen töltött el. Két hónappal a házasság előtt még egy erőlyes kénésös kúra következik. (60 kenés vagy 1 gm. sublimat injectiók alakjában elosztva, továbbá naponta 1·5 gm. jodkalium.) 3. A házasságot közvetlenül megelőző kúrát akkor is végezteti, ha az utolsó tünet akár 3—5 év előtt volt. Ha az egyik házastárs a házasság életén belül is mutat még valamilyen lueses tünetet, *Zeissl* a másik házastársat is kezelés alá fogja, ha mindjárt annak a fertőződése nem is nyer beigazolást. 4. Fontos, hogy a syphilit mindjárt a kezdetén a legerélyesebben kezeljük, e célból legalkalmasabb a kenőkúra. *Zeissl* olykor a Zittmann-féle főzetet is itatja a betegekkel kisegítő kúráként.

John A. Fordyce (New-York) tapasztalása szerint legbiztosabb eljárás a családba való átvitel meggátolására, ha lueses betegeinket 4—5 éven keresztül kezeljük.

J. Hutchinson (London) szerint a syphilis első két évében a házasság tiltva van. A kénésöt csak kis adagban adja, de hosszú időn át, csaknem két éven keresztül megszakítás nélkül. Ily módon már 2 év után is megengedhető a házasság, a fertőzés veszedelme igen csekély. De ez a kissé liberális nézet *Hutchinson* szerint is csak a férfiakra vonatkozik. A nő még jóval később is átviheti a syphilit a gyermekeire, jöllehet már régóta semmi tünete sincs.

J. Nevins Hyde (Chicago) meglehetősen szigorú elveket vall. Az orvos sohase ajánlja a házasságot, mert az infectio lehetősége olykor későn mutatkozik, de viszont megengedheti azt, ha a syphilis egyén a megfelelő erőlyes kezelésen keresztül esztendősen.

Zeissler (Chicago) frissen fertőzött lueses betegeknek már eleve kijelenti, hogy 3 év lefolyása előtt házasságot kötniök nem szabad. A házasság megengedhető a 3. év befejezte után, ha a beteg az első két éven keresztül a legszorgosabb kezelésen ment át, a 3. év folyamán pedig semmiféle lueses tünet sem mutatkozott. Kíváncsian azonban még ilyenkor is, hogy a házasság 1—2 évig gyermektelen maradjon. *Zeissler* praeventiv óvintézkedésként még azt is ajánlja a betegeknek, hogy az első években 6 hónaponként egy-egy kúrát végezzenek.

Ehlers (Kopenhága) tapasztalása szerint a betegeknek csak körülbelül 20%-a hajlandó magát alaposan kezelteni. Az alapos kezelést úgy érti, hogy a lueses egyén *Fournier* eljárását követve legalább 2 éven keresztül intermittáló kénésös kúrákat végez. A házasság megengedhető, ha a kezelés a legerélyesebb módon legalább két esztendőre elnyúlt és a 3. év folyamán tünetek már nem mutatkoztak. Ha a beteg a 3. év folyamán még tüneteket kap, az intermittáló kezelést még egy álló évig folytatni kell.

Balzer (Páris) a házassági engedély megadásakor a következő pontokat veszi figyelembe: 1. Az első és legfontosabb feltétel a házasság megengedése körül az alapos és rendszeres kezelés. 2. A lueses egyén házasságra lehetőleg csak az 5. év betöltése után lépjen. Azon esetekben, a melyekben a házasság ezen időn innen jött létre, kíváncsian, hogy a házasság egyidőre gyermek nélkül maradjon. 3. Szükséges, hogy a házasságot megelőző két esztendőben tünet már ne lett legyen. 4. Kíváncsian, hogy a házasságot megelőzően, sőt azt követően is, kúrákat végezzen a lueses egyén. 5. Még a házasság első éveiben is tanácsos időnként kúrákat végeztetni. Mindezek a szempontok csak az úgynevezett könnyebb esetekre vonatkoznak. A komplikált, súlyosabb vagy a rendestől eltérő esetek külön elbírálás alá kell hogy essenek.

Bayet (Brüsszel) azt kívánja, hogy az utolsó lueses tünet és a házasság között legalább egy esztendő muljon el. Ha ez az utolsó tünet a genitáliákon vagy a szájbán mutatkozott, akkor ez az intervallum hosszabb legyen egy esztendőnél. A kezelés minél erőlyesebb legyen és legalább 3, illetőleg 4 évre terjedjen. Három esztendőre, ha a kezelés kenőkúrákból, vagy oldhatatlan sókkal való injectiókból állott, 4 évre pedig akkor, ha a gyógyítás pilulákkal vagy oldható sókkal való befeeszkendésekkel történt.

De Beurmann (Páris) *Balzer*-hez hasonlóan meglehetősen

szigorú a házassági engedély megadásának kérdésében. Első sorban nem beszél le tervéről azt a lueses betegét, a ki a házasságról le akar mondani. A ki pedig nősülni akar, annak mindig azt ajánlja, hogy minél tovább várjon a házassággal. A mikor határozott terminusról van szó, a befejezett 5 évhez kössük magunkat. Szükséges azonban felül, hogy az erőlyes kezelés legalább 2—3 évig tartott és az utolsó két esztendőben tünet ne lett legyen. Tanácsos, hogy a lueses egyén még a házasságon belül is egyideig folytassa a kezelést.

Brocq (Páris) véleménye szerint minden egyes lueses esetet külön kell elbírálnunk. Az általános szabály a következő 3 pontban foglalható össze: 1. Bármily jóindulatúnak lássék is egyik-másik syphilis-eset, a házasságot 4 éven innen ne engedjük meg. 2. Szükséges, hogy a betegnek a kezelése az első években kiadós és rendszeres legyen. A házasság megkötése előtti 1½ évben semmi tünetnek sem szabad előfordulnia. A házasságot megelőző 3 hónapon keresztül a beteg erőlyes kénésökúrának veti alá magát. Ez az utóbbi követelmény csak akkor hagyható figyelmen kívül, ha az infectio időpontja a 8 évet meghaladta. 3. Tiltva van a házasság, ha a lueses egyénen friss syphilises tünetek vannak, vagy ha a tabesnek, paralysisnek jelei mutatkoznak.

Darier (Páris) hibásnak találja, ha az orvos a lueses betegét végképpen eltiltja a házasságtól, de viszont felette fontos, hogy azt a veszedelmet, mely a betegségnek az utódokra, illetőleg a házastársra való átvitelében rejlik, a minimumra redukáljuk. *Darier* gyakorlatában a következő feltételek mellett adja meg a házasságra az engedélyt. 1. A syphilis jóindulatúnak mutatkozzék, mely csak kevés recidivára vezet és kimutathatóan a belső szerveket nem betegítette meg. 2. A lues legalább már 5 éves legyen. 3. A kezelés rendszeres és oly erős legyen, a melyet a beteg csak eltűr. A leghatásosabb kezelés e célból első sorban a szürke olajjal való injectiók eljárás. *Darier* e tekintetben meglehetősen szablonosan jár el (1. évben 6—6 injectióból álló 4 sorozat kúra, a 2. és 3. évben 3 sorozat, a 4. évben 2 sorozat és az 5. évben 1 sorozat.) 4. A 4. és 5. esztendőben a baj tünetmentesen folyjon le. 5. Szükséges, hogy a házasságot megelőző 2 hónapban még egy erőlyes kúrát végeztessünk a beteggel. *Darier*-nek hajlama az intenzív kezelésre odaig terjed, hogy egy-egy szürke olajos injectio-sorozatot a házasságnak még a 2., 5. és 10. évében is ajánl. (*Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten*, 1910. X. kötet, 8. füzet.)

Guszman.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A heveny izületcsúsz újabb gyógyításmódjait ismertet *Spitzer*. Némely súlyos és elhúzódó esetben a szokásos salicyl-kezelés eredménytelen s azért másféle kezelésmódhoz kell folyamodni. Jó szolgálatot tehet ilyenkor a Bier-féle pangás és a forró levegővel kezelés. Ha a salicylkészítményeket a gyomor nem tűri, a szájon át adás mellőzésével a végbélben át vagy percutan adjuk. A beteg izületekre alkalmazott 5—10%-os salicylkenőcs, rheumasan és más hasonló készítmények mellett jó eredménnyel használható a plumbum jodatum-kenőcs (Rp. Plumbi jodati 10·0, Lanolini, Vaselini aa 50·0). Subcut esetekben jodkészítményeknek belső adása is megkísérélhető. A Credé-kenőcs és a collargol klysma alapjában is hasznos lehet (Rp. Collargoli 0·5—5·0; Aqu. destill. 200·0. Két klysmára való). Két súlyos esetben a szerző a polyvalens streptococcus-serummal ért el gyógyulást (3—4 napos időközökben a bőr alá fecskendezett vagy a végbélben át adott 50—80 cm³-t). Kísérlet tehető elektrargol intravenás befecskendezésével is; kevésbé körülményes egy másik elektrargol-készítménynek klysma alakjában használata, továbbá az unguentum simplex-szel készített magas százaléku elektrargol-kenőcs igénybevétele. (*Mediz. Klinik*, 1909. 44. szám.)

Collargol-oldat intravenás befecskendése után néha hirtelen halál következett be. Ezt *Hamburger* arra vezeti vissza, hogy a régebbi collargol-készítmények már nem oldódnak teljesen, 100 μ nagyságú részecskék is oldatlanul maradnak és ezek azután emboliát okozhatnak. Ezért azt ajánlja, hogy a collargol- (nemkülönb az elektrargol-) oldatot is használat előtt centrifugáljuk s csak a centrifugálás után képződött üledék fölötti tiszta részt használjuk intravenás befecskendésre. (*Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1909. II.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1910. 8. szám. *Szentgyörgyi Jordán Ferenc*: A flexura sigmoidea spasmusa mint functionalis neurosis tünete. *Demeter György*: A Browning-pisztolyal okozott sérüléseknek törvényszerű orvosi jelentősége.

Orvosok lapja, 1910. 8. szám. *Halász Henrik*: A helyes lélegzésről és annak előnyeiről.

Budapesti orvosi ujság, 1910. 8. szám. *Basch Imre*: A Wassermann-reactio értékéről. „Fürdő- és vizgyógyászat” melléklet, 1. szám. *Farkas Márton*: Tapasztalataim az intermittáló vízkúrákról.

Vegyes hírek.

Kitüntetés. A király *Catti György* dr.-nak, a fiumei városi kórház főorvosának a királyi tanácsosi címet adományozta.

Kinevezés. *Babó Tivadar* dr.-t a nyitrai megyei közkórház igazgató-főorvosává, *Vragassy Lipót* dr.-t pedig ugyanezen kórház sebész-főorvosává nevezték ki. — *Kovács Mór* dr. nagysomkúti körorvost tiszteletbeli járásorvossá nevezték ki.

Választás. *Székely László* dr.-t Döbröközön községi orvossá választották.

Ösztöndíjak adományozása. A budapesti egyetem orvosi karán a következők részesültek szorgalmi, illetve segélydíjban: Császár-féle 200 koronás szorgalmi jutalmódíjban: *Bursák László*, *Gimes Miklós*, *Kardos Miklós*, *Klein Zsigmond*, *Mannó Kálmán*, *Schuckert Miklós*, *Láposy Kálmán*, *Bürger Géza*. Capdobo-féle 120 koronás szorgalmi jutalmódíjban: *Potyondy László*, *Rohonyi Hugó*, *Urbán István*. Rothmann-féle 50 koronás segélydíjban: *Glück Samu*, *Fehér Manó*, 324 koronás Schor-dann-féle szigorlati kölcsönben: *Grünwald József*.

Pályadíj. A budapesti orvosi casino (VI., Teréz-körút 24/B) 200 K pályadíjat tűz ki a következő kérdés kidolgozására: „A orvosok jogai és kötelességei a polgári és büntető törvénykezés szempontjából.” A jelítség levéllel ellátott pályamunkák 1910 szeptember 30.-áig küldendők be.

A budapest-terézi városi orvostársaság folyó hó 18.-án tartotta meg tisztújító közgyűlését. A tisztújítás eredménye a következő: Elnök: *Weisz Jakab* dr.; elnökök: *Demkó Béla* dr., *Bodon Károly* dr.; titkár: *Sputz Gyula* dr.; jegyző: *Inselt Arnold* dr.; pénztáros: *Singer Gusztáv* dr.

Meghalt. *Apatitzky Sándor* dr., nyugalmazott székesfővárosi rendőrorvos, 79 éves korában e hó 20.-án. — *Caesar Gyula* dr. nyugalmazott cs. és kir. főorvos 71 éves korában február 16.-án Sopronban. — *Kuzmann Andor* dr. kórházi orvos Trencsénben. — *Sergei Botkin* tanár, a nagyhirű klinikus fia és utódja úgy a szt.-pétervári egyetem belorvostani tanszékén, mint az udvari orvosi állásban, meghalt 51 éves korában. — *W. F. Haehnle* dr., a nőorvostan tanára Philadelphiában. — *U. Ogden* dr., valaha a nőorvostan tanára a torontói egyetemen.

Kiseb hírek külföldről. A berlini orvosegyesület októberben fogja fennállásának 50 éves jubileumát ünnepelni. — A bécsi központi egyetemi épület arkádjai alatt felállították *J. Seegen* dr.-nak, a balneologia egykori tanárának mellszobrát. Seegen tanár 1859–1893-ig működött a bécsi egyetemen. — A mult számunkban hozott hír kiigazításául közöljük, hogy *Jacques Loeb* tanár részére nem a new-yorki egyetemen, hanem a new-yorki Rockefeller-intézetben szerveztek kísérleti-biológiai tanszéket. — *Guzzoni degli Ancarani* tanárt, a ki Messinában volt a nőorvostan rendes tanára, Sienába helyezték át hasonló minőségben. *A. Donaggio* dr.-t pedig, az ismert neurologust, Messinából Torinoba, rendkívüli tanári minőségben. — Rendes tanárok lettek: *J. N. Meenan* dr. (közegészségtan és törvényszerű orvostan) Dublinban, *R. M. Simon* dr. (belorvostan) Birminghamban, *L. Sabbatani* dr. (gyógyszerhatástan) Paduában, *R. Jemma* dr. (gyermekorvostan) Palermóban, *C. Coronedi* dr. (gyógyszertan) Parmában, *J. M. Lewasche* dr. (diagnostika) Tomskban, *Morel* dr. (toxicologia) Lyonban. Rendkívüli tanárok lettek: *Scheller* dr. (közegészségtan) Boroszlóban, *G. Tarozzi* dr. (kórboncolástan), *R. Binaghi* dr. (sebészet) Cagliariában, *P. W. Butjaschna* dr. (bakteriologia) Tomskban.

Congressusok. Április 7.-én tartják Párisban a III. orvoscongressust (congrès des praticiens), mely kizárólag orvostársadalmi és az orvosok anyagi helyzetét illető kérdésekkel foglalkozik, legnagyobb részt olyanokkal, amelyek nemesak a francia orvosokat, hanem az egész orvosi rendet érdeklik. A referaturnak kitűzött kérdések közül kiemeljük a következőket: az orvosi honorarium behajtásának módja, az elvétel orvostársadalmi szempontból, kuruzslás, az orvosok helyettesítésének kérdése, szabad orvosválasztás és betegsegélyező egyesületek, a hallgatók számának korlátozása az orvosi fakultásokon. A congressus titkára *Leredde* dr. Párisban (31, rue La Boétie), pénztárosa *Quidet* dr. Párisban (54, rue Bonaparte), a tagdíj 5 franc. — A VIII. nemzetközi élettani congressust Bécsben tartják folyó évi szeptember 27.-étől 30.-áig *Ezner* tanár elnöklésével, a III. nemzetközi iskolaegészségügyi congressust pedig Párisban augusztus 2.-ától 7.-éig.

A III. nemzetközi physiotherapiás congressust március 29.-étől április 3.-áig tartják Párisban *Landouzy* tanár elnöklése alatt. A congressus 7 sectióban fog dolgozni. I. Kinesitherapia. II. Hydrotherapia és thermotherapia. III. Klimatotherapia. IV. Elektrotherapia. V. Radiologia, phototherapia. VI. Crenotherapia (ásványvíz-kúrák). VII. Dietetika. Mindenütt a legelőkelőbb referensek neveivel találkozunk: *Lorenz* (Bécs), *Colombo* (Róma), *Kisch* (Prága), *Gunzburg* (Anvers), *Lalesque* (Arcachon), *Gibson*

(Edinbourg), *Nagelschmidt* (Berlin), *Bordet* (Páris), *Kienböck* (Bécs), *Cornet* (Reichenhall), *Sommer* (Zürich), *Widal* (Páris) stb. A tagok és családtagjaik 50%-os engedménnyel utaznak a határállomástól Párisig és vissza bármely francia vonalon, a határig pedig a nemzetközi vasúti egyezmény kedvezményével. Bécsből Párisig és vissza tehát az I. osztályon 244.90 korona, a II. osztályon 158.75 korona a gyorsvonat díja. Körutazásra az engedmény nem terjed ki. Jó és olcsó elszállásolásra a párisi bizottság gondoskodik. Március 31.-én nem lesznek ülések, hanem kirándulások Chantillybe, Versaillesbe, Saint Cloudba, Malmaisonba; április 3.-án Fontainebleauban mennek a tagok. Április 2.-án ebéd és fogadás Fallières elnökkel. A hölgybizottság elnöke *Mme Landouzy* és *Mme Huchard*. Egyesületek, társaságok, intézmények képviselőinek általunk való bejelentését sürgősen kéri a központi bizottság (február 28.-áig). A congressussal kapcsolatos kiállítás az orvosok díjtalanul állíthatják ki munkáikat, fényképeiket, táblázataikat. Orvosok tagsági díja 25 franc, hölgyeké 15 franc, a mely összeg *M. Masson*-nak, (Páris 120, boulevard Saint-Germain) küldendő be. Kérjük a kartások minél nagyobb számban való idejekorán jelentkezését. *Bókay A.* dr. elnök. *Vámosy Z.* dr. titkár.

Brezovsky Emil dr., a Szt. István-kórház borgegyógyászati osztályának volt alorvosa, mint borgegyógyász és urologus megkezdte magángyakorlatát. Lakása: Váci-körút 59. szám.

Jelen számunkhoz **E. Merck** vegyészeti gyár Darmstadt „Perhydrol” című prospektusa van mellékelve.

A jodlecithin **Richter** nagy jodtartalmánál fogva (32%) felette alkalmas oly esetekben, a hol hosszú időn át kell jodhatást kifejteni, mint asthma bronchiale, chronikus emphysema, arteriosclerosis, torpid luetikus megbetegedések esetében. Gyorsan szívódik fel a szervezetben. Pilulák alakjában kerül forgalomba.

„Fasor- (Dr. Herczel-féle) sanatorium”. Magán-gyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek részére, Budapest, VII., Városligeti fasor 9. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitiűnő ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kívánatra prospektus.

Dr. Jakab-féle Ligetsanatorium Budapest, VI., Nagy János-utca 47. sz. (A Városliget közvetlen szomszédságában.) Dietétás, diagnostikus, physikotherapiás sanatorium.

Justus Dr. bőrbajosokat gyógyító intézete. Budapest, IV., Károly-körút 14. Fürdők, sugaras gyógyítás, physikális gyógyimódozók.

Consecutív neuralgiák, sebészeti utóbántalmak és izzádmányok esetében. Részleges göngyölés. **FANGO** Erzsébet-körút 51. sz. (Körúti fürdő.) Kezelő orvos vulcanikus radioactív iszap **Dr. VÁNDOR DEZSŐ**.

Kopits Jenő dr. orthopaediai intézete VIII., Gyöngygyűk-utca. 14. sz. alatt (a Rókus-kórház közelében) van.

Széchenyi-telepi sanatorium az Erzsébet királyné-úti villamos végállomásánál. Igazgató-főorvos *Sohnier György* dr. Felvételtnek ideg- és kedélybetegek, neurastheniás, hysteriás, kimerülési esetek, alkoholisták, morphinisták. — Sürgöny: Budapest. — Posta: Budapest, Széchenyi-telep. — Telefon 79–72. — Prospectus. 6318

Tamássy Park-sanatoriuma DUNAHARASZTIBAN, Pestmegye. Intézeti orvos: **Somosi Lajos** dr. Alkohol-, morphiom-, nicotinelvonás.

Orvosi laboratorium és cukorbeteg toleranciájának meghatározása **Dr. Mátrai Gábor** v. egyetemi tanársegéd. Andrásy-út 50 (Oktogon-tér). Telefon 26–06.

SAN-REMO téli klímás gyógyhely az olasz Rivierán, főleg a légzőszervi és női bajok, az ideg-, szív- és vesebajok gyógyítására. A „Grand Hotel de Nice”-ben fekvőcsarnok és magyar ápolónő áll rendelkezésre. A „Hotel Continental Palace” minden emeletén meleg tengerfürdő van bevezetve; fontos körülmény különösen a női bajok téli gyógykezelésében. Bővebb felvilágosítással szolgál **Czifrusz Dezső** dr. kir. tanácsos, gyakorló-orvos. (Nyáron: Stoósfürdő igazgató-főorvosa.) 8351

Siemens és Halske R.-T. Röntgen- és elektro-medikai berendezések. Budapest, V., Lipót-körút 5. szám.

Reiniger, Gebbert & Schall Budapest, VIII., Rákóczi-út 19. Villamos orvosi műszerek különlegességi gyára.

Dr. Widder Bertalan operateur testegyesítő (orthopádia) intézete esont- és izületi (tuberculosus, angolkóros, rheumás, elgöbült) betegeknek. Budapest, IV., Kossuth Lajos-utca 19, Magyar-utca sarok. Rendel: d. e. 11–12-ig, d. u. 3–5-ig. Szegényeknek díjtalanul.

Dr. GARA GÉZA, Meran. SANATORIUM. PROSPECTUS.

ERDEY Dr. sanatoriuma. Budapest, IX., Bakács-tér 10. sz. Nőbetegek és szülők részére.

Dr. Stein Adolf RÖNTGEN-LABORATORIUMA. VII., Rákóczi-út 26, földsz. I. Telefon 112–95.

MATTONI-FÉLE LÁPKIVONATOK

fürdőkhöz.

„LÁPSÓ”
száraz kivonat
ládákban a 1 kiló

LÁPLÚG
folyékony kivonat
üvegekben a 2 kiló

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. Budapesti kir. Orvosegyesület. (III. rendes tudományos ülés 1910 január 22.-én.) 166. l. — A XVI. nemzetközi orvosi congressus tárgyalásai. 168. lap.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(IV. rendes tudományos ülés 1910 január 29.-én.)

Elnök: Preisz Hugó. Jegyző: Entz Béla.

Kétoldali nephrolithiasis operált esete.

Winternitz Arnold: 13 éves leány, 1 év óta ismétlődő lumbaltáji fájdalmak jobboldalt, melyek göresszerűek és az epigastrium felé sugároznak. A gyanú vesekő felé irányul annál is inkább, mert az 1007 fajsúlyú, egyébként tiszta vizelet csekély üledékében centrifugálással állandóan kevés vörösvérsejtet lehet találni. A Röntgen-felvétel azon meglepő lelettel szolgál, hogy nemcsak a fájdalmas jobboldali vesében, de a baloldali vesemedencében is van kő. Ureter-katheterezéssel csak a bal vese felől nyert vizeletet, mely 0.61 fagyáspontesökkenést mutatott, a jobb vese felől a katéter nem vezetett semmit. Tekintettel arra, hogy a jobb vese functiója felől adattal nem rendelkezett, a bal vese pedig csökkent functiójának mutatkozott, a parenchyma kimélete céljából pyelotomiára határozta magát. A műtét először a fájdalmas oldalon, jobboldalt történt. A medencében fekvő követ pyelotomiával könnyen ki lehetett venni, azonban kiderült, hogy a vese felső és alsó polusának megfelelőleg, a tágtul kelyhekben még apró kövek vannak, melyeket a pyelotomia sebén át nem lehet eltávolítani, ezért a pyelotomiához még nephrotomiát kellett csatolni. Zavartalan gyógyulás után 1 hónap múlva feltárta a bal vesét, melynek medencéjében fekvő solitaer követ pyelotomiával könnyen el lehetett távolítani. Gyógyulás. A pyelotomiát csak solitaer kisebb köveknél tartja javalltnak. Ha több kő van, vagy nagy a kő, avagy pedig a medencében erősebb a genyedés, a nephrotomia van helyén.

Illyés Géza: 32 éves férfi esetét említi, a kiben vesekő jelenlétét állapították meg. Pyeluma rendkívül kicsinynek bizonyult, a vesemedence átment a vesekehelybe és így a követ veseparenchyma fedte. A pyelumon át nem tudta eltávolítani a követ, ezért nem a rendes hosszirányú metszést végezte, hanem a vesemedencéből a kőre harántul metszett reá és így távolította el. Tehát pyelo- és nephrotomiát végzett. A vérzés nem volt nagy. Catgutvarrattal egyesítette a sebet. A beteg meggyógyult.

Átfúró gyomorfekély következtében létrejött általános has-
hártyalob gyulladás.

Pólya Jenő: K. J.-né, 36 éves, munkás neje. 12 év óta gyakran szenved gyomortáji fájdalmakban. A fájdalmas időszakokban többször hányt nyálkát és ételt, hányadéka véres vagy kávéaljszerű sohasem volt. Az utolsó évben hányás nem jelentkezett. Állandóan székrekedésben szenvedett, székét sohasem vizsgálta.

1909 november 2.-án d. u. 6 órakor az utcán hirtelen óriási szúrása támadt a bal bordaív alatt, úgy hogy összeesett. A fájdalmak azután reáterjedtek az egész hasra, hasa felfúvódott, a szelek elakadtak. Orvosa előbb beöntést alkalmazott, majd a következő nap reggelén kimosta a gyomrát és mikor erre sem lett jobban, délután beszállította a szt. Margit-kórházba, a hol a következő állapotot találtuk.

Az elég jól táplált nő hasa nagyon puffadt, feszes és a legkisebb érintésre is mindenütt nagyon fájdalmas. Tenyéryni rectus-diastris, melyen át puffadt bélkacsok körvonalai láthatók, peristaltica nincs, ellenben erős locsasanás mutatható ki. Az ágyéktáj-felé csekély tompulat. A hőmérsék 37.8°, az érverés 100—110, kicsi, a nyelv száraz, folytonos hányásinger és hányás.

Műtét azonnal felvétele után, november 3.-án d. u. 6 órakor, aethernarcosisban. Minthogy a peritonitis kiinduláspontja kétes volt, először a köldök alatt a középvonalban hatolunk be; a hasból mindenünnen, de különösen a Douglas tájáról bőven ürül a geny, a belek belöveltek, fibrinosus cszafatokkal borítottak. Bemetszés az ileocecalis tájon. Az appendix ép, mindazonáltal mivel az itt levő bőséges geny miatt tamponálni kell e helyet, az appendixet kiirtjuk, esonkját elvarrjuk. Most az epigastrium felé hosszabbítjuk

meg a metszést, s a gyomor kis görbületén megtaláljuk a forintnyi, callosus, kökemény szélű átfúródást. Ennek kimetszéséről szó sem lehetett, azért a környező zsírszövettel és cseplesszel borítjuk be a hiányt. Jejunostomia Witzel szerint a jejunum egy magas kacsán, melyet néhány öltéssel a peritoneum parietale bal sebszéléhez varrunk ki. Tamponáljuk a fekély helyét, a gyomor és lép közötti zugot, a jobb csipőtáját és a Douglast; az elülfekvő vékonybelekre nagy tuffert teszünk és fölötte 2 silkvarrattal húzzuk össze a hasfalat. Műtét után 2 liter infusio, mire a pulsus teltebb és fesze-
sebb lesz.

A műtétet követő napon Witzel-sipolyon át táplálni kezdjük; ekkor a pulusszám már 80, a has fájdalmassága, puffadtsága megszűnik, a szelek megindulnak. 6.-án a pulsus 72, spontán szék. Az első csikváltás 13.-án s ettől kezdve a nagy sebfelület rohamosan tisztul és összehúzódik. A felülről való táplálást nov. 27.-én kezdjük meg igen óvatosan. Decz. 9.-én távolítjuk el a jejunum-sipolyból a katétert. Mivel a katéter eltávolítása után béltartalom folyik, deczember 11.-én a sipolynylást összevarrjuk. Mivel e varrat nem tart, s a felfrissített sipolyszélek szétválása folytán nagy defectus keletkezik a bélben, decz. 18.-án felszabadítjuk összenövéséből a kivarrt sipolyos bélrészt, a defectus széleit felfrissítjük, s az ez által keletkezett majdnem circuláris defectust kétsoros varrattal zárjuk. Az elvarrt bél felett a hasfalat 2 silkvarrattal összehúzzuk; a varrat mögé tampon teszünk. Csekély sarjfelszínnel környezett hájszálfistula kivételével, melyen néha minimális béltartalom ürül, a seb teljesen begyógyult. A beteg gyarapszik, étvágya, erőbeli állapota jó, gyomor-bélfunctiója rendes.

A csipőből utolsó szakaszának leszorítása a féregnyúlvány
által recidiváló köldöksérven.

Pólya Jenő: T. K.-né, 52 éves, szatócs neje. 1900-ban történt utolsó születe után vette észre, hogy köldöksérve támadt. Ez folyton nőtt, egyéb kellemetlenségeket azonban nem okozott. 1908 február 14.-én hirtelen rosszul lett. Ezért a szt. Margit-kórházba vétette fel magát.

Felvétele alkalmával az erősen elhízott nő emberfejnagyságú kizáródott köldöksérvet találtunk. Meleg fürdőben ezt a sérvet egy alsó zugában levő almányi részlet kivételével, melyről nyilvánvaló volt, hogy odanőtt cseplest tartalmaz, sikerült reponálni, s így a műtétől annál szívesebben elállottunk, mivel a betegnek meglehetősen súlyos acut bronchitise volt.

Ennek megjavulása után február 22.-én végeztük a műtétet, nagy ovális, körülbelül 30 cm.-nyi hosszabb átmérővel bíró metsszéssel körülirtuk a sérvet, mely két különálló tömlőből állott. A nagyobb felső tömlőrészlet beleket tartalmazott, melyek egy helyen oda voltak növe a sérvtömlőhöz, a kisebb alsó odanőtt cseplest. A belek leválasztása s a cseplest resectioja után a sérvtömlőt kiirtottuk s azután a sérvkaput összekötve, a közös nyílást haránt irányban egyesítettük, a peritoneumot és fasciát átöltő, tovafutó selyemvarrattal, a bőrt silkkel varrva össze.

A beteg március 28.-án gyógyultan hagyta el a kórházat. 1909 augusztus 30.-án éjjel újra felvételre azon panasszal, hogy három nap óta szék, szelek nem mennek, hasában nagy görcsei vannak és folyton hány. Objective azt találtuk, hogy a megtekintésre simának és erősnek látszó, semmi elődomborodást sem mutató heg alatt a mélyben két, a heg jobb és bal zugában székelő, jókora ökölnyi daganat foglal helyet, ezek közül a baloldali korgás kíséretében a hasürbe visszahelyezhető, kevésbé fájdalmas, a jobboldali ellenben kemény, feszes, fájdalmas, irreponibilis. Műtét rögtön. Bemetszés a régi hegben. A jobboldali sérv tömlőjét megnyitjuk. Ebben adhaerens cseplesten kívül a coecumot s az ileum utolsó kacsát találjuk. Ezt a kacsot mintegy három harántujnyira a Bauhin-billentyűtől leffzi a processus vermiformis, mely csücsával a sérvtömlőhöz nőtt. A lefűződés helyén a bél elülső oldalán mély strangulációs barázda, míg a másik oldalon ilyesféle nem

látszik. A strangulációs barázda felett a bél puffadt, alatta összeesett, a bélfal táplálkozási zavart csak a lefűződés helyén szenvedett. Ezen helyet finom selyemvarrattal átvarrva elsüllyesztjük. Azután kiirtjuk a sérvtömlőt az adhaerens cseplezszel együtt, ugyancsak azt cselekedjük a baloldali sérvtömlővel is, melyhez szintén cseplepsz tapadt volt. Azután a két nyílást összekötve, a sérvkaput May szerint harántirányban zárjuk el olyképpen, hogy a peritoneum fasciából álló alsó lapjához hozzávarrjuk. A bőr egyesítése ugyancsak haránt irányban. A reconvalescentiát zavarta az ugyancsak a harmadik héten jelentkezett, körülbelül fél liternyi genyet tartalmazó hasfali tályog, melyet szeptember 21.-én nyitottunk meg. Október 10.-én gyógyultán hagyta el a kórházat.

Röntgen-sugarakkal kezelt mycosis fungoides esete.

Brezovsky Emil: Még 7—8 évvel ezelőtt a mycosis fungoides terapiájáról, mint Jarisch is említi, jobb volt nem is beszélni, mivel minden medicinális kezelés teljesen hatástalannak bizonyult. Scholtz-nak sikerült 1902-ben első ízben egy esetet eredményesen kezelni, majd 1903-ban Belot-nak a Röntgen-sugarakkal teljesen meggyógyítani. Azóta azután főbben közöltek gyógyulási eredményeket is. Ezen kedvező eredmények bátorítottak minket is, hogy mycosis fungoides beteg a Röntgen-therapiát alkalmazzuk. A beteget kezelés előtt a közközházi orvostársulati ülésen mutattam be. A Röntgen-kezelést a szent István-kórháznak Röntgen-laboratóriumában végezték. A beteg már múlt év június óta áll kezelés alatt. A kezelés, a mely felület-besugárzásokból áll, a dispenzáló módszerrel történik, vagyis minden terület a megengedett maximális dosis határain belül egy ülésben kapja a megfelelő adagot. Az adagolás kizárólag a Sabouraud-Noiré-féle radiometer ellenőrzése mellett történik. A Röntgen-eső mindig egyforma keménységű: 5—6⁰ Benoist, és mindig egyforma nagyságú: 170 mm.-es Müller-féle eső. A focusbördistantia mindig egyforma: 17 cm. A csövet 6 Ampère és 70 Volt táplálja állandóan. A kezelés az arczon vette kezdetét, azután a nyak, a felső végtagok, majd a törzs következtek. A beteg minden ülésben a Sabouraud-Noiré-féle erythema-dosisnak a felét kapta és ez a mennyiség teljesen elegendőnek bizonyult. Fontos volt a közbeeső ép területeknek lehető kimélése; ez úgy látszik sikerült is, mert legalább egyelőre atrophianak nyoma sem látható. Minden röntgenezett terület 2—3 nappal a röntgenezés után megszűnt viszketni, 4—5 nap alatt megszűnt secernálni és 1 hét után már a tumorok is lapulni, a lapos mycosis gyűrűk pedig eltűnni kezdtek. A tumorok teljes eltűnése 4—6 hét múlva következett be és helyükön hyperpigmentatio maradt vissza. Minden egyes terület, a mely eddig röntgenezve lett, a bal fül alatti táj kivételével gyógyulást mutat már fél dosisra.

A Röntgen-sugarakkal való kezelés tehát a mycosis fungoidest meg tudja gyógyítani. A lokális felületes Röntgen-besugárzásokkal a mycosis fungoidesnek a bőrön levő elváltozásait teljesen és véglegesen eltüntethetjük, azonban megtörténik, hogy a beteg vagy már a kezelés alatt, vagy a kezelés után hosszabb-rövidebb idő múlva a belső metastasis áldozata lesz. Fontos tehát, hogy a besugárzásokat minél előbb megkezdjük és lehetőleg gyors egymásutánban bevégezzük. A felületbesugárzás a belső metastasis keletkezését nem tudja megakadályozni. Éppen azért Holzknacht újabban a mélység-besugárzás (Tiefenbestrahlung. Homogenbestrahlung) alkalmazását ajánlja, mint olyant, mely hivatva van a belső metastasisok kifejlődését megakadályozni, az esetleg már meglevő metastasisokat pedig tönkretenni.

Betegünket úgy a kezelés előtt, mint a kezelés alatt több ízben átvilágítottuk. De sem ezen módon, sem egyéb fizikai vizsgálómódszerekkel eddig még nem tudtunk metastasist kimutatni, a mi természetesen nem zárja ki a jelenlétét.

Bulbaer-paralysis esete.

Torday Árpád: S. J., 16 éves leány. Jelen bajáig egészségesnek érezte magát. 1909 október óta több ízben volt láza, a mely hidegrázással járt és több ízben hányt is, de hosszasan ágyban nem fektett. Karácsony táján látása rosszabbodni kezdett. Január eleje óta bal felé nézéskor kettősen lát. Nemsokára azután hallását a jobb fülén hirtelen elvesztette. Néhány hét óta járáskor bal felé szédül és járáskor bal alsó végtagját kissé maga után

húzza. Már karácsony táján észrevette, hogy szája bal felé húzódik, és hogy szemét nem tudja tökéletesen csukni.

Felvételi állapot: A középtermetű, mérsékeltén fejlett s táplált halvány beteg jobb felső szemhéja magasabban áll, mint a bal, s emiatt a jobb szemrése tágabb. A szem csukásának megkísérlésekor keskeny rés marad (lagophthalmus paralyticus). A jobb szemén állandó conjunctivitis. A jobb naso-labialis redő elsimult, a száj ferde állású. A fogak mutogatásakor a száj balfelé elhúzódik, ugyanakkor a bal szájzugban az ajkak majdnem összeérnek. Fültyülni nem tud. A száj felfűvásakor a levegő a hiányosan záródó jobb szájszögletnél kisurran. A nyelv, a lágy szájpad, a nyelvgarat, valamint a gégefedő teljesen épek. A nyelés szabad. A gége és a légcső normális. Visus a jobb szemén $\frac{5}{30}$, a balon $\frac{5}{50}$. A látóterek szabadok. Scotoma nincs. Jobbra nézéskor nystagmus és mindkét szem kissé visszamaradt, a jobb érzéstelen (Foville-féle tünet). A szemfenékek épek. A pupillák fényre és alkalmazkodásra jól reagálnak, egyenlők.

Szemészeti lelet: Lagophthalmus paralyticus lateris dextri: amblyopia; keratitis e lagophthalmo.

Fülvizsgálat: A jobb fülön objectív eltérés nincs. A Weber-féle hangvilla-tűnet az ép oldalra lateralizált. A Rinne-tűnet jobb oldalt negatív. A csontvezetés jobboldalt megrövidült. A mély hangok légvezetése erősen, a magasaké igen erősen csökkent. Tehát a vestibuláris rész mutat megbetegedést és hűdést. A hallás a jobb oldalon 1.5 cm.-nyire csökkent (súgó beszéd). A baloldali viszonyok épek.

Összetett lábakkal való álláskor szédülés balfelé. Csukott szemmel való forduláskor szédülés balfelé. A szaglász jó, úgyszintén az ízérzés is. A szájbán az érintést mindenütt jól jelzi.

A jobboldali trigeminus első ágának területén úgy a tapintás-, mint a fájdalom- s hő-érzés teljesen megszűnt. Ellenben a trigeminus második ágának megfelelő terület kissé hyperaesthesiás.

A felső végtagokon sem az érzésben, sem a mozgásban eltérés nincs. A kezek nyomóereje 20—25 kgm.

A bal alsó végtagon a tapintó érzés rendes. A hő-érzés azonban perverzítást mutat, a mennyiben a hideget mindig melegnek érzi, kivált a térdtől lefelé.

A fájdalomérzés szintén a térdtől lefelé majdnem teljesen hiányzik, mély tűszúrásokat nem érez.

A bal testfél fájdalomérzése az emlők magasságáig csökkent. A hő-érzés zavara is majdnem ezen magasságig ér, csak hogy nem oly kifejezett mint a lábszáron.

A bal alsó végtagot járáskor kissé maga után húzza. A patelláris reflex baloldalt fokozott, lábclonus nincs. A talpbőr-reflex mindkét oldalon kiváltható.

A jobb alsó végtagon rendes viszonyokat találunk.

Villamos vizsgálat: A jobboldali areizmok fáradós áramra egyáltalában nem húzódnak össze, ellenben galván-áramra nagyobb fokban, derenyhében mint az ép oldalon.

A facialis alsó ágának megfelelő területen elfajulási reactio van jelen (az anodzárási rángás megelőzi a kathodzárási rángást).

Az orvosoknak és a magyar kultúra más munkásainak elmebajairól.

Pándy Kálmán: Egész terjedelmében hozzuk.

Salgó Jakab: Ha paralysis progressiva minden esetében anatomicé kimutatható volna a lues, akkor a paralysis kérdése be volna fejezve és nem volna szükség statistikára. De ha az előadó a statistikára hivatkozik, akkor reá kell mutatni a statistika némely hibájára. Kimutatta az előadó, hogy a paralysis csakugyan a kulturmunkásnak a betegsége és pedig túlnyomólag a férfiaké. Ha ez így van, felvetődik a kérdés, hogyan van az, hogy a syphilis éppen a kultúra munkásai között pusztít ilyen nagy mértékben és nem a kevésbé művelt, kevésbé szellemi munkával foglalkozó munkások között. Hogy az okos, elővigyázó szellemi munkás inkább szerez syphilist, mint az egyszerűen élő földműves?

Hogy a zsidó tanítók miért esnek ilyen kis számban paralysisbe, kutatni kellene, hogy valóban ritka-e köztük a syphilis. És a többi szellemi munkás kevésbé gyógyíthatná magát, mint az egyszerű munkás ember?

A nők paralysiséről kimutatta a statistika, hogy a nők között a milyen ritka ez a baj, éppen olyan megdöbbentő az aránytalanság az önálló foglalkozású nők közt és a háztartásban élő, nem önálló nők között.

Erre az előadó azt mondja, hogy az önálló nő inkább ki van téve az infectio veszélyének. Csak hogy a garçon férfiak ritkábban esnek paralysisbe, mint a nem férjes nők. Az özvegy nők inkább lesznek paralyti-

kussá, mint az özvegy férfiak. Nem lehetséges-e, hogy a nagyobb munkával, nagyobb szellemi megerőltetéssel járó szellemi élet inkább hajlamossá a szellem pusztulására, a paralysisre.

Ezzel nem akarom azt mondani, hogy a syphilisnek nincs szerepe, csak arra akarok rámutatni, hogy a statistikával egyedül mindent be lehet bizonyítani. Ezért óvatossá kell lennünk.

Csak kórbonecztanilag lehet kimutatni, hogy a paralysis progressiva lueses megbetegedés-e.

Pándy Kálmán: Nem fogadja el Salgó álláspontját, mert a statistika reális tudományok alapját alkotja.

Nem fogadja el, hogy a nagy szellemi munka okozná a paralysist. A prostituáltak 60%-át, a nem prostituáltak 8%-át teszik a paralysisnek, de ezek is férjüktől kapták a luest.

Az anatómiai vizsgálatnak csak úgy van értéke, ha a serologia kiegészíti. A serologia 100%-ban bizonyítja a paralysis eseteiben a luest.

A XVI. nemzetközi orvosi congressus tárgyalásai.

VII. Szakosztály. Sebészet.

II. Sebészeti fertőzések serotherapiája.

Ezen thema főreferense Müller (Marburg) volt. A *genyes folyamatok ferment- és antifermentkezeléséről* tartott előadásában elsőbbsen vizsgálatait említi a forró, és hideg genynek vegyi különbségéről. Míg a forró tályogból vett geny proteolysises hatású, addig a hideg tályogok genye nélküli ezen sajátságot. Ennek az az oka, hogy a forró tályogok genye javarészt polymorph magvú leukocytákból áll, ezek pedig fehérjeoldó enzimát tartalmaznak; a hideg tályogok genyét ellenben detritus és lymphocyták alkotják, melyekben proteolysises fermentum nincsen.

A gümös tályogok kezelésekor jodoformglycerinnel a jodoform chemotactikusan hat, a tályogba leukocyták vándorolnak be, ezeknek proteolysises fermentje szövetoldást okoz és így a tályogoknak még fennmaradt része felszívódhatik. Közrefekvő volt tehát azon gondolat, hogy a forró tályogokat meg úgy kezelhetjük cél tudatosan, ha a túlságos szövetbeolvadást antifermentumok mesterséges odajuttatásával meggátoljuk.

A jodoformglycerin helyett alkalmazhatók 1%-os trypsinoldatok, melyeknek fermenthatása Müller szerint kiváló; antifermentative ható folyadékok pedig az emberi vérsavó, az ascites folyadék, a hydrokele-folyadék, továbbá a gyárilag, mesterségesen előállított antifermentumtartalmú serumok. Ezeknek végleges értékét kiterjedtebb tapasztalatok vannak hivatva, hogy eldöntsek.

Gergő (Budapest): A *genyes folyamatok serumkezelése*. Ismerteti az antifermentum kezelés technikáját, a kezelés előnyeit és hátrányait és végül 160 eset alapján az antifermentum kezelés javallatait és ellenjavallatait. Idevágó vizsgálatait Dollinger tanár klinikáján végezte.

Az antifermentum kezelés a sebészettel rokon disciplinákra is sikerrel kiterjeszthető, pl. parulisok, peritonsillaris tályogok, bubók stb. eseteiben. Kísérleteket végzett továbbá oly irányban is, hogy az antifermentumokat más serumokkal és physiologiai folyadékokkal helyettesítse.

A *discussionban* Garrè (Bonn) hangsúlyozza az antifermentum kezelés előnyeit és annak sikeres alkalmazásáról számol be.

Borszéký (Budapest) liquor cerebrosponalissal eredményt nem ért el, a minnek okát Müller (Marburg) abban találja, hogy a liquor cerebrosponalisban fehérje nincs, az antifermentum pedig fehérjéhez kötött; a liquor cerebrosponalis ezért antifermentum kezelésre alkalmatlan.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

Gróf Wimpffen Siegfried ö méltósága eresszi uradalmában az **orvosi állás** lemondás folytán üresedésbe jutván, ezen állás betöltésére pályázatot hirdet az uradalmi számtartóság.

Javadalmazás: 3000 kor. fizetés, természetbeni lakás és magángyakorlat.

Felkéretnek ama fiatal, keresztény, a német nyelvben jártos orvos urak, kik néhány évi gyakorlattal bírnak, hogy folyamodványukat s az eddigi működésükről szóló bizonyítványukat legkésőbb **1910. évi márczius hó 10.-éig** az uradalmi számtartósághoz nyújtsák be, minthogy az állás április 1-én feltétlenül elfoglalandó.

3-3

1065/1910. sz.

Hunyad vármegye marosillyei járásában levő 46 községből csoportosított marosillyei egészségügyi **körorvosi állására** pályázatot hirdetek.

Javadalmazása: Négyezer ötévenként 200—200 korona nyugdíjba beszámítandó korpótlékkal emelkedhető 1600 korona évi fizetés, jóváhagyás alatt álló vármegyei szabályrendelet szerint 600 korona évi lakbér és 900 korona évi úti átalány, közigazgatási úton bevezethető rendelési, műtői, beteglátogatási és távolsági díjak, vasúti és fuvar költségek, orvosi bizonyítványkiállítási díj, oltási díjak, végül heveny fertőző betegségek esetén fertőzött községek gyakoribb látogatása alkalmával természetbeni fuvar, esetleg fuvar, valamint távolsági díj.

Megválasztott esetleg vasúti pályavárossá is kineveztetik.

Székhely: Marosillye.

Megjegyzem, hogy a kör felosztása tervben van, s ha végrehajthatik, megválasztott a körből kikapcsolt községek miatt korpótlást nem kívánhat és ez irányban igényt sem támaszthat.

Felhívom azokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt minősítésket igazoló okmányokkal felszerelt kérelmeket hozzám **1. évi márczius hó 22.-én** d. u. 5 óráig nyújtsák be, a később érkezéseket nem veszem figyelembe.

A választás napját később fogom kitűzni.

A választásig, ha megfelelő pályázó jelentkezik, az állást helyettesítés útján is betöltöm.

Marosillye, 1910. évi február hó 20.-án.

3-1

A főszolgabíró.

39/910. szám,

A brassói m. kir. állami szemkórháznál megüresedett és 1600 korona évi fizetéssel, I. osztályú élelmezéssel (bor nélkül), két butorozott szobából álló lakással, fűtéssel és világítással javadalmazott **másodorvosi állás** betöltendő lévén, felhívom azon magyarországi honosságú orvosdoctor urakat, a kik ezen ideiglenes jellegű, egy évi időtartamra szóló állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában megkivánt minősítést igazoló okmányokkal felszerelt és a belügyminister úrhoz bejuttatott folyamodványukat **1910. évi márczius hó 15.-éig** alulírottához nyújtsák be.

Brassó, 1910. évi február 19.-én.

Fabritius Ágost dr., igazgató-főorvos.

A kassai alap. közkórháznál lemondás folytán megüresedett **segédorvosi állás**, mely 1200 korona évi fizetéssel, az intézetben egy butorozott lakoszobával, fűtéssel és világítással, továbbá reggeli és déli első osztályú élelmezéssel van javadalmazva, 1910. évi május hó 1.-én betöltendő.

Ezen állás elnyerése iránt az egyetemes orvostudori oklevéllel, valamint egyéb, az eddigi foglalkozást, úgyszintén a kötelezett egy évi kórházi gyakorlat teljesítését tanúsító okmányokkal felszerelt kérvények **1910. évi márczius hó 31.-éig** alulírott igazgatósághoz terjesztendők be.

Az állás május hó 1.-én okvetlenül elfoglalandó.

Nyelvismeret közlése kívánatos.

Tájékoztató a betöltendő ügykört részletező szolgálati szabályzat előzetesen beszerezhető.

Kassa, 1910. évi február hó 21.-én.

Az alap. közkórház igazgatósága.

Körorvosi állás töltendő be sürgősen Torontál megyében. A körhöz 5 község és 5 uradalom tartozik. Bővebb értesítés nyerhető **Végh István** gyógyszerésznél, Istvánvölgy (Torontál megye).

Istvánvölgy, 1910. évi február hó 19.-én.

Végh István, gyógyszerész.

3583/1909. kig. sz.

Alsófehér vármegye újonnan felállított tövisi járásában a jelenleg 20.225 lakóval bíró 19 községből álló tövisi egészségügyi körben a **körorvosi állás** elhallozása és a helyettesít megbizott lemondása folytán megüresült, arra ezennel pályázatot hirdetek.

Megjegyzem, hogy a jelenlegi beosztás, a mennyiben az orvosi körök beosztásáról alkotott 984/1909. kgy. számú vármegyei szabályrendelet jóvá fog hagyatni, 10 községből fog állani.

A javadalom áll: 1600 korona törzsfizetés, ötévenként 200 korona korpótlék s a szabályrendeletileg megállapított s belügyminiszter úr által jóváhagyandó lakbér, úti átalány, rendelési, látogatási, távolsági díjakból és kilométerpénzből.

Felhívom pályázni szándékozókat, hogy minősítésket és eddigi alkalmazásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérelmeket **1910. évi márczius hó 25.-éig** hozzám adják be.

Tövis, 1910. évi február hó 25.-én.

Tókos Géza dr., főszolgabíró.

298/910. kórh. sz.

Kis-Küküllő vármegye közkórházánál megüresedett nyugdíj jogosultsággal egybekötött **másodorvosi állás** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: 2000 korona kezdőtörzsfizetés, a kórházi épületben adandó fűtéssel, világítással ellátott egy szobás lakás és I-ső osztályú élelmezés.

Magánorvosi gyakorlat folytatása meg van engedve, a mennyiben ez a kórházi szolgálattal összefér.

Felhívom tehát mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ának 2. bekezdésében előírt képesítésket igazoló és eddigi szolgálataikról tanuskodó bizonyítványokkal felszerelt folyamodványukat a vármegyei ügyviteli szabályzat 4. §-ában előírt módon Kis-Küküllő vármegye főispánjához ezímezve, hozzám legkésőbb **1910. évi márczius hó 15.-éig** annyiival is inkább nyújtsák be, mivel később érkezendő folyamodványok nem fognak tekintetbe vétetni.

Az állás április hó 1.-én elfoglalandó.

Dicsőszentmárton, 1910. évi február hó 14.-én.

2-2

Szöcs Mózes dr., kórházi igazgató.