

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Scipiadés Elemér szerkesztésében.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLÉSEK.

- Stiller Bertalan:** A gyomorfekély és a gümőkór. 81. lap.
Sugár K. Kárton: Az Ehrlich-féle szer befecskendezése után keletkezett hallóideg-bántalom esete. 84. lap.
Flesch Ármin és Péteri Ignác: Közlemény a budapesti Stefánia-gyermekkorházból. (Igazgató: Bókay János dr., udvari tanácsos, egyetemi ny. r. tanár.) A gyermekkori heges nyelőcsőszűkületek radiológias kórjelzése. 86. lap.
Fejes Lajos és Gergő Imre: Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem bakteriologiai intézetéből (igazgató Preisz Hugó dr., egyet. nyilv. r. tanár) és I. sz. sebészeti klinikájáról (igazgató Dollinger Gyula dr., m. kir. udvari tanácsos, egyet. nyilv. rendes tanár). A normalis állati vérsavó gyógyító hatásáról genyes folyamatokra (II. Gyakorlati rész). 87. lap.
Fischer Ignác: Az epilepsia ellen való védekezésre alakult nemzetközi liga működéséről, különös tekintettel a liga magyar bizottságának munkálkodására. 89. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Georg Zuelzer: Innere Medizin. — *Lapszemle Gyógyszertan.* Adalin. — *Belorvostan.* Neumann: A gümőkór specifikus kezelése. — *Sebészet.* Blair és Guigan: A légembolia kezelése. — *Szülészet és nőorvostan.* Fletcher Shaw: Az eklampsia gyógyítása. — *Gyermekorvostan.* Netter: Az antimeningococcus-serum. — *Venerés betegségek.* C. Ravasini: A syphilisnek „hectin”-nel való kezelése. — *Húgyszervi betegségek.* Hampton: Prostata-carcinoma. — *Fülorvostan.* Logan Turner: Otogen (acut) leptomeningitis. — *Fizikai és diéta gyógyításmódok.* Scholz: Az oxygenfürdők hatásmódja és gyógyító alkalmazása. — *Kisebb közlések az orvogyakorlatra.* Rümhild: A jod használatának veszélyessége. — *Lehmann:* A vas-sajodin 92–95. lap.

Magyar orvosi irodalom. Magyar orvosi archívum. — Gyógyászat. — Klinikai füzetek — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 95. lap.

Vegyes hírek. 95. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 96–97. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A gyomorfekély és a gümőkór.

Irta: *Stiller Bertalan* dr., egyetemi tanár.

A gyomorfekély oktanára nézve a vélemények nagyon eltérők; csak azon egy pontban egyeznek meg, hogy a betegség közvetlenül a nyálkahártya körülírt kóros göczából indul ki, a melynek rendes vérkeringése meg van zavarva, úgy hogy a gyomornedv emésztő hatásának esik áldozatul. A nézetkülönbségek csak a körül forognak, miféle ezen bonczani laesio és miképp keletkezik. Még abban is meglehetősen a megegyezés, hogy vegyi, erőművi vagy hőmérséki sérülések, hogy értömülések és vérömlenyek szerepelnek mint ama göczok előidézői. De vannak szerzők, a kik bacillaris fertőzést, a nyirokutak apró tályogait, a vérekek és az izomzat körülírt görcsös összehúzódását, a nyálkaréteg hiányát, az erek elmeszesedését, a gyűjtőerek tágulatát tartják a fekély kórokozónak. Mások megint általános okokból származtatják, vérszegénységből, sápkórból, alkoholismusból, alkati és öröklési viszonyokból.

De a mi itt foglalkoztat bennünket, az különösen azon vélemény, hogy a gyomorfekély kiválóan vagy kizárólag gümőkóros alapon fejlődik. *Arloing*¹ azon feltevésből indul ki, hogy a fekély eseteiben oly gyakran található érobliterációkat mint annak okozóit, nem pedig mint következményeit kell felfogni. Szerinte toxikus eredetű éroblókra vezethetők vissza, a melyek lappangó gümőkór termékei. Hasonló gondolatot vitatott *Kodon*² csak a minap a bécsi orvosi társulatban. Kimerítően tárgyalja a nézeteket a fekély oktanáról és azon következtetésre jut, hogy mindezen értelmezések daczára sötétségben vagyunk. Azon mentőeszmére jutott,

hogy a gümőkór a gyomorfekély kulcsa. A bizonyítékok egész szervezett seregével küzd azon feltevés mellett, hogy a lappangó gümőkór és toxinjai képviselik azon talajt, melyen a gyomorfekély tenyészik, még pedig eredetileg egy lupus erythematodes alakjában, mely a gyomornedv hatása folytán fekélylyé fejlődik. Egész gondolatmenetének kiinduló pontja pedig azon tapasztalata, hogy fekélyes betegeknek elődei nagy számmal gümőkórosak voltak. Mindkét nevezett szerző különben állításait nagy óvatossággal csak mint gyanításokat terjeszti elő, a bíráltnak megadván a jogot, hogy szintén csak olyanoknak értékelje. Mert még bebizonyítandó ama feltevés, hogy csakugyan van-e lappangó gümőkór és hogy ennek toxinjai tudnak-e, mint az egyik állítja, vérér-gyuladást, vagy mint a másik képzei, egy egészen sajátlagos lobterményt, lupus erythematodest, előidézni, melyet eredeti minőségében sem a szerző, sem a kórbonczolók még nem konstatáltak.

Mindebben csak egy a helyes, t. i. azon tapasztalati tény, hogy gümős szülőknél elég gyakran vannak fekélybeteg ivadécai; sőt bővítőleg állíthatom, hogy a fekélyes beteg gyermekei nem ritkán gümőkórba esnek. Másrészt különösen francia szerzők állítják, hogy a fekélyes betegeknek nem kevesebb mint húsz százaléka gümőkórban pusztul el, a mi talán túlzott, de mérsékeltebb arányban mindenesetre való. Végre azt is mondhatom, hogy fekélyes betegek nem igen ritkán lezajlott csúcsbeszűrődést lehet megállapítani. Ezen adatok szerint nem tagadható, hogy a fekély és a gümőkór közt csakugyan fel lehet ismerni bizonyos rokonsági viszonyt. Feladatunk lesz ezt a viszonyt tisztázni, pontosan körülírni.

Még mielőtt az astheniás alkati betegség tanát felállítottam, az enteroptosist már veleszületett hajlamra vezettem vissza. Már ekkor, az 1899. évben hangsúlyoztam,³ hogy a fekély leggyakrabban ptosisos egyéneken található. Az

¹ Des ulcerations tuberculeuses de l'estomac. Paris, 1903.² Wiener med. Wochenschrift. 1910. 34. és 35. szám.³ Az enteroptosis és ideges dyspepsia tana a bordajel alapján. Orvosi Hetilap, 1899.

astheniáról szóló könyvemben pedig kimerítően bizonyítottam be, hogy a legtöbb fekélybetegen az astheniás testalkat sajátosságai észlelhetők és hogy ebben a constitutióban a legkedvezőbb körülmények találkoznak össze, melyek a nyálkahártyának akármely körülírt kóros góczából az idült fekélyt kifejlesztik. Első sorban a túlságos savképződés azon tényező, a mely fokozott emésztő hatása által minden szövetsérülésből a nehezen gyógyuló fekélyt fejleszti. Állatokon kísérleti sérülések hamar gyógyulnak, mert ama fontos savhatás hiányzik; és semmi kétség, hogy az emberben is számos apróbb bonczolástani elváltozás van a nyálkahártyán, mely rendes alkatú gyomornedv mellett peptikus fekélylyé nem fejlődik. Az eredeti kóros góczhoz tehát még a fokozott savkiválasztásnak kell hozzájárulni, hogy *ulcus rotundum* jöjjön létre. E mellett szól *Westphalen* állítása is, mely szerint a fekély és a hyperaciditas tájak szerinti elterjedése azonos. *Rüttimeyer* ezt betegeinek csak 37 százalékában találta ugyan, de ezzel ellentétben állanak a legtöbb észlelő tapasztalatai. Én magam eseteimnek túlnyomó többségében találtam, a nagy tapasztalatú *Hemmeter* 84 százalékban. Még gyakrabban, mint a túlságos savképzésnél, találni a fekélyt hypersecretiónál; francia szerzők szerint ennek majdnem minden esetében. Mert noha itt a sósav mennyisége rendesen nem fokozott, a roncsoló hatás a gyomornedv állandó jelenléte folytán korántsem csekélyebb. Már most a savfokozódás a leggyakoribb secretiós zavara az astheniának, épúgy, mint a hypersecretio is leginkább ezen talajon tenyészik. Végre számba jönnek itt az astheniásokban oly gyakori mozgási gyomor-zavarok, melyek a chymus kítakarítását késleltetvén, az emésztő nedv roncsoló munkáját meghosszabbítják.

De a savhatás korántsem meríti ki a fekély alkati okait. Kétségtelen, hogy még egyéb astheniás mozzanatok is közreműködnek. Számos szerző hangsúlyozza, hogy vérszegény és sápkóros egyének különösen hajlandók a fekélyre. Amde a sápkór oly betegség, a mely — mint kimutattam — leginkább az astheniás szervezet talaján fejlődik s ennek szinte állandó tünete az anaemia. A nőknek kiváló hajlamossága a gyomorfekélyre onnan ered, hogy nagyobb számarányban astheniások, mint a férfiak. Némely észlelő oktanilag legnagyobb súlyt vet az ideges befolyásokra, melyek a sympathicusból kiindulva, körülírt érgörcsöt s ezzel a szükséges eredeti kóros góczot idézik fel a gyomor falzatán. Állatkísérletekre utalnak, a melyekben a hasi vagus és a plexus coeliacus átmetszése után gyomorfekélyek támadtak. Én klinikai érvelések alapján azon meggyőződésnek adtam kifejezést, hogy az astheniában a has-sympathicus nagy mértékben résztvesz az általános alkati gyöngeségben és ezen idegrendszer functionalis zavarából származtattam a gyomor és belek atóniáját, valamint az ideges dyspepsiát számos érzési, mozgási és kiválasztási eltéréseivel. Ezen ideges tényező hatását azonban nem annyira az érgörcsben látom, mint inkább trophiás befolyásban, mely a nyálkahártya már csekély sérüléseinek is a súlyos fekélyjellegét kölcsönzi; oly nézet ez különben, melyet az említett állatkísérletek szerzői is vallanak.

Egyéb szerzők viszont (*Tecklenburg* és mások) arra utalnak, hogy különösen a gyomorfallal petyhüdsége, hiányos contractilitása az oka annak, hogy a fekély oly nehezen gyógyul s oly könnyen kiújul. *Bloch* szerint az említett állatkísérletek hatása javarészt abban áll, hogy az együttérző ideg sérülése a gyomorfallal összehúzódását gyöngíti. *Schmidt* a fekély gyakoriságát sápkórosokban arra vezeti vissza, hogy a petyhüdt gyomorfallal nem tud egy fönnálló sérülést kellő contractio által elzárni. Már most az astheniában a testnek valamennyi szövete ellentárállásban gyöngült; az izomzat petyhüdt, a kötőszövet zsírtalan és nyulékony, a tüdő zsongtalan és terjedelmes, a szív és a verőerek vékonyak és puhák. De különösen részt vesznek eme szöveti gyöngeségben a sympathicustól ellátott hasi szervek; innen van az astheniára oly jellegzetes gyomoiatonia, innen ennek klinikai tünete, a locsogás, innen a gyomor, a bél és a zsigerek súlyedése. A fekélyre visszatérve, nézetem szerint nem csupán a gyomorfallal atóniája, hiányos

összehúzódása a mérvadó, hanem első sorban annak trophiás gyöngülése, a mely a fekély konokságát okozza.

Az asthenia még egy másik oktanai mozzanatot is képvisel a gastroptosisban. Némely szerző kiemelte, hogy a mélyen fekvő gyomrot könnyebben éri a fűzési barázda, a mi traumás eredetű fekélyre vezethet. Ezen szerzők azonban eme specialis esetet nagyon egyoldalúan vették fel mint a fekély kizárólagos forrását az enteroptosisban. Még nem ismerték az astheniát, a mely több és sokkal fontosabb oki mozzanatot tartalmaz, mint a gastroptosis. Ennél azonban feltehető, hogy nem csupán a fűzési nyomás, hanem egyéb és gyakoribb traumás behatások is érvényesülhetnek, minthogy a lesülyedt gyomor a rendesnél sokkal inkább hozzáférhető nekik.

Nem csekély azoknak a száma, a kik öröklési és alkati tényezőkben látják a fekély alapokát. Ezen egész általánosságban odaállított oki mozzanatot az astheniás alkatban találja tüzetes meghatározását. *Hort-Torquai* egyenesen azt állítja, hogy a fekély nem egyéb, mint helybeli tünete egy még ismeretlen betegségnek; örülni fog, hogy ezt az astheniában megtalálhatja. Nemrég olvastam *Gluzinski* lembergi klinikájából egy érdekes közleményt.⁴ Őt tagból álló család kórtörténetét, az anyáét és négy felnőtt gyermekét, a kik valamennyien kiválóan astheniás alkatúak voltak. Közülök kettő ideges dyspepsiában és hyperaciditásban, három pedig súlyos jellegű gyomorfekélyben szenvedett. A szerző ezen kórcsoportból azon következtetésre jut, hogy itt a betegségnek astheniás öröklési alapja van, nyilván tudta nélkül annak, hogy én a fekélyek túlnyomó számát az astheniás szervezet terméneinek nyilvánítottam.

Ezen genetikus összefüggésből magyarázható ama tapasztalati tény is, hogy a heges pylorus-szükületnél oly gyakran találjuk az astheniás testalkatot a bordajelével együtt. Bármily különösnek látszik is első pillanatra, ily esetekben szerves alapon támadt gyomortágulattal van dolgunk, a mely, bár hosszú oki lánczolon át, eredetileg ideges forrásból veszi eredetét, t. i. ideges elválasztási zavarból és a szövetek ideges dystrophiájából. Ezen tulajdonképpeni szerves tárgulat tehát azon mechanikai mellé állítható, a mely ideges eredetű atonia és ptosis alapján a nyombél vongálása folytán rövidebb úton fejlődik ki.

De bármennyire túlnyomók is a fekély astheniás okai, mégis csak természetes, hogy a betegség nem alkati talajon is előfordul. Mert egyfelől oly súlyos lehet az eredeti kóros gócz, például a gyomorerek elmeszesedésénél, hogy belőle túlságos savhatás és a szövet táplálkozási gyengesége nélkül is idült fekély fejlődhetik; másfelől a hyperaciditas szervezeti befolyás nélkül is található, különösen a nyálkahártya izgatása (szeszes italok, durva táplálék, fűszeres ételek), valamint a szomszédos hasi szervekből kiinduló reflexes ingerrek folytán, mint pl. epekövek, galandféreg, idült appendicitis. Az asthenia oktanai tekintetben csak azért áll legelő, mert a fekély kifejlődésének kedvező körülmények legnagyobb összegét egyesíti. Megemlítem még, hogy az astheniás aetiologiát oly körülményesen azért adtam elő, mert az asthenia tanának ezen pontja még legkevésbé hatolt be a kartársak tudatába. Így pl. *Elsner* a gyomorbetegségek legújabb tankönyvében teljesen mellőzte a fekély ezen legfontosabb oki mozzanátát, noha ő az első, a ki az astheniás szervezetnek nagy befolyását a functionalis gyomor-bajok keletkezésére legbehatóbban méltatta.

Azt a feladatot tűztük ki magunknak, hogy a gyomorfekély viszonyát a gümőkörhöz tisztázzuk. Ha ezt a vállalkozást képben úgy formulázzuk, hogy a két betegség közt hidat kell vernünk, akkor a fekély és asthenia közti összefüggés meghatározásában eme hídnak egyik pillérét építettük fel. Rátérünk tehát a másiknak szerkesztésére, s teszszük ezt, midőn a gümőkör és asthenia közti viszonyt megvilágítjuk. A két pillér áthidalása aztán magától fog alakulni.

⁴ *Czernecki*: Ueber den Einfluss der Heredität auf die Bildung des Magengeschwürs. Wiener klin. Wochenschrift. 1910. 18. sz.

Az astheniáról szóló művemben kimutattam, hogy a saját-ságos habitus által jelzett astheniás szervezet nem csupán a tulajdonképpeni astheniás betegséget, az enteroptosist, az ideges dyspepsiát, a neurastheniát és a táplálkozási zavarokat idézi elő, hanem egyszersmind legkedvezőbb talaját alkotja egyéb betegségeknek is, a gümőkórnak, a sápkórnak, a gyomor-fekélynek, az orthotikus albuminuriának. A veleszületett mitralis szűkület, a kryptorchis és az infantilis méh szinte leginkább astheniásokban található. Ezen különféle betegségek képviselői többnyire nem csupán a jellegzetes testalkatot, hanem jobbra az astheniás betegség tüneteit is mutatják. Másrészt az asthenia bizonyos fokú ellentétben áll egyéb betegségekkel, mint degeneratív szív- és érbajokkal, diabetezzel, elhízással, köszvényvel, idült csúzzal és chronikus vesebajokkal.

Legfontosabb terméke az astheniás szervezetnek a tüdő-gümőkór. Már 1905-ben kimutattam,⁵ hogy az úgynevezett phthisis vagy hűdéses testalkat eredeti jellegében tulajdonképp astheniás. Kimerítőbben tárgyaltam ezt könyvemben és jelen cikkemben az egész kérdést újra meg kell világoztanom. A tüdővész habitus lényegében csak az astheniás szervezet indexe és csak másodlagosan jelzi a phthisisre való hajlamot. Vagyis az astheniás constitutio az ő egész bonczolás- és élettani minőségében csak közvetve és másodsorban képviseli a tüdővészre való hajlandóságot. Azért ama tüdőbetegek, a kik hűdéses alkatúak, nem csupán a jellegzetes mellkast, hanem a szabad 10. bordát, sőt a legtöbb esetben az astheniás betegség tüneteit is találjuk, az enteroptosist, az ideges dyspepsiát, az összes szövetek trophiás gyöngeségét és az ingatag idegrendszert. Hogy a hűdéses testalkat lényegében astheniás, abból is látható, hogy az öröklötten terhelt tüdőbetegek majdnem mind astheniások, de az astheniásoknak csak egy bizonyos száma egyszersmind tüdőbeteg. Az astheniás tehát a phthisikust magában foglaló, vagyis a tágabb fogalom.

De nemcsak a testi habitus azonos mindkét betegségben, hanem az egész belső szervezet, valamint a lelki habitus is, mely bizonyos ellentétben áll a testnek degeneratív jellegével. Ezen mindkét rendbeli betegek többnyire élénk szellemet, képzelő tehetséget, minden benyomásra nagy fogékonyságot mutatnak, de lelkük inkább receptív, mint teremtő erejű és akaratauk gyöngye. A tüdővészesekeknek 70—90 százalékában megállapított emésztési zavarok nem egyebek, mint az astheniához törvényesen tartozó ideges dyspepsia; és az úgynevezett praetuberculosis dyspepsia, a melynek tisztázásán eddig hiába fáradoztak, nem egyéb, mint nagyfokú astheniás dyspepsia és táplálkozási hanyatlás, mely a súlyos tüdőbaj kitörését elősegíti. Weinberg⁶ a neurastheniát sok esetben lappangó tüdővész tünetének tekinti. Feltűnt neki, hogy ideges egyéneknek egész sora előbb-utóbb tüdőbajba esett, valamint, hogy gümős szülők ivadékai gyakrabban mutatnak idegességet, mint mások, még pedig többnyire depressív (astheniás) jellegűt. Hogyha a szerző ismerte volna az astheniás és a tüdővész szervezet azonosságát, nem állítaná, hogy ilyen tapasztalatok eddig más oldalról nincsenek megemlítve, sőt megtalálta volna azoknak magyarázatát, melylyel adós maradt. Az idegesség helyett épúgy odaállíthatta volna a dyspepsiát, a ptosisokat, a gyomoratonit, a locsogást, az elválasztási zavarokat, szóval az asthenia minden tünetét a gümőkórhoz való viszonyában. Látjuk ebből is, hogy az asthenia magaslatáról mily felderítő fény sugarakat vethetünk számos, különben elszigetelt észleletre.

Ha már most a gümős szervezet az astheniással azonos s ezt a tágabb fogalomnak elismertük, akkor mindazon saját-ságokat, melyeket eddig a gümős alkatnak tulajdonítottak, az asthenia számára kell reklamálnunk. Így például a kis hasüreggel ellentétben nagy, petyhüdt tüdő, a melyet Rokitansky kiemelt, az astheniás szervezetnek kiváló saját-sága. Igen érdekes e mesternek azon észrevétele, hogy a tüdővészesekek kis hasa talán gyöngye evők hosszú elődsorozatának öröksége.

Ez már mintegy homályos sejtése az astheniás és gümőkóros hajlamosság közti összefüggésnek. A vékonybél rövidege és a tüdőarteriának az aortával szemben aránylag tágabb volta, a miket Beneke a tüdővészesek alkatnak tulajdonított, hasonlóképpen az astheniás szervezetre ruházható át. Ugyanaz áll a szív és a verőerek vékony és szűk voltáról, valamint azon viszonyról is, mely az agykoponya és arczkoponya közt fennáll, a mennyiben az első az arczsontok, különösen az alsó állkapocs astheniás vékonysága miatt az utóbbit aránylagos nagyságában túlhaladja.

Freund már 40 év előtt figyelmeztetett az első bordaporcz rövidegére és merevségére, melyet különösen hűdéses alkatú és terhelt fiatal tüdővészesekeken talált. Ezen csekély eltérésnek hatását a légzésre ő elmésen és nagy tudással tanulmányozta, bebizonyítván, hogy a mellkas felső bejáratát szűkíti, a tüdőcsúcsok kellő szellőztetését csökkenti s ez által a tüdővész keletkezését elősegíti. Ezen jel évtizedeken át nem keltett figyelmet s csak az újabb időben talált méltatásra. De utócai túlzásba esnek, midőn azt a tüdővész leg-hathatósabb okának nyilvánítják. Hart⁷ és Turban azt állítja, hogy ez a tüdővész egész öröklési hajlam eszméjének eddigelé egyetlen biztosan kimutatott pontja. Ezzel szemben ki kell emelni, hogy a Freund-féle jel csak egyik vonása a tüdővészese vagy astheniás szervezetnek, melynek valamennyi számtalan attribútuma ép úgy, mint ama porczeltérés, világgrahozott és öröklött és összeségében egy sokkal hatalmasabb és szélesebb hajlami alapot képvisel, mint ezen csekély eltérés. Zielinsky 854 tüdővészese hullában különféle belső és külső szerveken meglepő számú világgrahozott eltéréseket talált, melyek mint veleszületett stigmák a tüdővészese vagy astheniás szervezetet mint eredetében elfajultat bélyegzik. Ezen elfajulási jelek pedig annál számosabbak voltak, minél súlyosabb és gyorsabb lefolyású volt a betegség. Nem mutat tehát klinikai gondolkodásra, ha szemben a tüdővészese-astheniás szervezet egész nagyszerű megnyilvánulásával a hajlam sarkpontját egy tisztán mechanikai tényezőben keresik. Kétségen kívül áll az, hogy a Koch-féle bacillus az öröklött vagy szerzett alsóbbrendű szervezetnek az elődjéje.

Közelebb érve a kérdéshez, azt mondhatjuk, hogy a hajlam közvetlen alapját a tüdőszövetnek élettanilag megváltozott minősége alkotja, mely vagy ama öröklött vagy szerzett általános alkati gyengeség szüleménye, vagy a tüdőnek már fennálló, különféle kóros elváltozásai által van képviselve és a bacillus befészkelődését lehetővé teszi. Ezt legjobban mutatja a diabeteses tüdő, a mely a fertőzésre olyannyira fogékony, hogy dacára az eredeti kórhajlam teljes hiányának, dacára az erős test- és mellkasalkatnak, néha dacára a fertőzési alkalom teljes hiányának, gyorsan haladó kiterjedt gümős roncsolódásnak indul. A dispositio alapoka tehát nem kereshető a bordaporcz rövid voltában, de még a hűdéses mellkas össz-viszonyában sem, a melynek amaz csak egy rész-tünete. Így fogja fel a kérdést Rokitansky is, mondván, hogy a hajlamosság lényege nem a habitusban, hanem a saját-ságos össz-szervezetben és a vegetatio különös eltérésében keresendő. Különböztetve Freund maga mondja, hogy az ő jele csak egyike számos egyéb hajlamosító tényezőnek. Még helyesebben lehet lehet mondani, hogy a tüdőcsúcsok hiányos szellőztetése csak akkor fejtheti ki hatását, ha a tüdőszövet kóros hajlamosságával összetalálkozik. Teljesen helytelen Hart azon állítása, hogy a hűdéses mellkas egész alakulása csak a bordaporcz rövidegének következménye. Mert miképp lehetne abból a szűk felhási szögletet és a 10. bordaporcz hiányosságát leszármaztatni? Ezek a mellkas egész alkatával együtt ép úgy világgrahozott saját-ságok, mint maga a Freund-féle jel. Mindezek után az a meggyőződésünk, hogy ez csak egy rész-tünete az astheniás testalkatnak, hogy a felső mellkasbejárat szűkítése által a tüdőcsúcsok szellőztetését csökkenti s hogy ez által a gümősödésnek kifejlődésére a csúcsokban kedvező, de korántsem domináló hatással van. Mindezekből az is folyik,

⁵ Habitus phthisicus és gümős dyspepsia. Orvosi Hetilap, 1905.

⁶ Therapie der Gegenwart, 1906.

⁷ Die mechanische Disposition der Lungenspitzen zur tuberkulösen Phthise. Stuttgart, Enke, 1906.

hogy a rövid porcznak átmetszésétől gyógyító hatást várni a tüdővészre, még kezdetleges szakában is, merő csalódásnál nem egyéb.

Még egy sarkalatos kérdést kell eldöntenünk. Az eddigiekben állandóan azon föltevésből indultunk ki, hogy a hűdéses testalkat és az általa jelzett szervezet a tüdővészre való hajlamosság kifejezője. De némely elsőrangú klinikus azon nézetben van, hogy ama habitus nem világrahozott, hanem többnyire csak a tüdőbaj sorvasztó hatásának szüleménye, vagyis, hogy tüdővésztes testalkat phthisis nélkül nem létezik. Ezen véleményt teljesen megdönti az astheniás és tüdővésztes habitus azonosítása. Számtalan astheniást látunk kifejezett hűdéses testalkattal, a ki tüdőbajnak nyomát sem mutatja; s ez magában kizárja annak gyanúját is, hogy ama habitus tüdőbajnak a terméke. Ezen klinikai bizonyíték mellett a bonczolástani viszonyok is merően ellenzik ama feltevést. A habitusnak világrahozott sajátosságai: az egész csontgerendázat vékonyága, a szűk vállöv, a keskeny felhas-szöglet, a tizedik pordaporcz hiányossága mindmegannyi testi vonás, mely tüdővésztes elsovadás útján nem jöhet létre, mely szerzett változás nem lehet.

A mondottakban minden egyes pontjában megállapítottuk a gümőkórnak viszonyát az astheniához. Még csak azt kell hozzátoldani, hogy azon eredményes élet- és étrendi gyógykezelés, mely *Brehmer* óta modern phthisis-therapiánk alapját teszi, valódi lényegében nem is a tüdővész, hanem az asthenia therapiája. A két betegség közti összefüggés ezen taglalásából kétségtelenül kiderül, hogy a tüdővész terméke az astheniás szervezetnek, a mennyiben ez képviseli a betegségnek alkati vagy öröklési elemét, a mely az exogen elemet, a bacillus megfészkelődését és szaporodását legjobban elősegíti. Ha már most egyrészt a tüdővész ezen viszonyát, másrészt a gyomorfekélyét az astheniához egybevetjük, akkor tisztán áll előttünk azon genetikus kapocs, mely az ulcúst a phthisissal összeköti. A fekély tehát nem szülöttje a gümőkórnak, hanem a két betegség testvér, mely ugyanazon anyától, az astheniától származik, s mely viszont a sápkórral és az orthotikus albuminuriával ugyanazon testvéri rokonságban áll.

Az Ehrlich-féle szer befecskendezése után keletkezett hallóidegbántalom esete.¹

Irta: *Sugár K. Márton* dr.

A 22 éves B. D. nevű ügyvédjelöltet a kir. orvosegyesület november 19.-én tartott gyűlésén már bemutattam. Súlyt helyezek az időpont ezen kiemelésére, mert az irodalomban azóta közölt újabb adatok mutatják, hogy mily helyes nyomon jártam.

Már előzetesen, október 19.-én, tehát teljes négy héttel előbb, a közkórházi orvostársulatban is felszólaltam, mert a beteget ott mint javultat mutatták be és én e javulás lehetlenségét hangoztattam.

A beteg szeptember közepén jelentkezett, azzal a határozott kéréssel, hogy *Ehrlich*-féle befecskendezést adjak neki. Az eklatáns *Rinne*-lelet a mély hangok egyidejű kiesésével, a hangvilla-perceptio meghosszabbodása a koponyacsontokon át, a normalisan átjárható Eustach-kürt: mindez kétségtelenné tette az otosclerosist. Minthogy tehát mindkét fülön otosclerosist, jobboldalt, hol a baj előrehaladt szakban volt, hypaesthesia, de nem teljes anaesthesia acusticát találtam, pontos hangleletet vettem fel és megtagadtam kérését. Hallása a bal fülön még eléggé jó volt, hangos beszédet egy méterről, suttogó beszédet $\frac{1}{4}$ méterről hallott, az acumeter ütését 20 cm. távolságban észrevette. A jobb fülön suttogó beszédet csak ad concham hallott. Vestibularis készüléke intact, szédülése nem volt. A beteg mindössze kétszer volt nálam s azután a köz-

kórházi orvosársulatban bemutatása után egyszer találkoztam vele, a mikor ő maga is tagadta a javulást. Minthogy a beteg tudományos érdeklődésemet felkeltette, a kórházból elbocsátása után kipuhattam közelebbi címét és felhoztam a kir. orvosegyesület november 19.-én tartott gyűlésére.

Előzőleg az erős „bugyborékoló“ zúgásról, szédülésről és intenzívebb nagyothallásról panaszokodó beteggel újabb alapos hangvilla-leletet vettem fel és complet anaesthesia acusticát találtam mindkét fülön, továbbá spontán horizontális nystagmust balra nézéskor. A calorikus és galvanikus nystagmusra való vizsgálat negatív eredménnyel járt. A rotatorius nystagmus nem váltható ki. A csontvezetés teljesen hiányzott, mert a fejcsontokra illesztett hangzó hangvilla perceptiója teljesen megszűnt. A vizsgálatra több különböző módon hangzó, még pedig egy mély, egy közép magas és egy magas hangvillát, egyenként a fej különböző pontjaira téve használtam és a vizsgálatot ismételtelen megejtettem november 19.-én délután és 20.-án délelőtt, betartva eképp az *Urban-schtsch* által tankönyvének legújabb kiadásában hangoztatott összes cautelákat.

Traumás eredetű acusticus-affectionál tudvalevőleg itt-ott csak partialis a hallóidegbántalom, úgy hogy például a *d'* hangvillával nem találunk acusticus-affectiót, de igenis az *a'* hangvillával. Ez abban leli magyarázatát, hogy egy és ugyanazon hangvillával való vizsgálatkor csak azon részei a hallóidegnek vizsgálatnak meg, melyek az illető hangvilla alaphangja és felhangjai által jutnak izgalomba.

Ha azonban teljes anaesthesia acustica van jelen, tehát a hallóideg a maga egészében van megtámadva, akkor közbős, hogy mily hangzású hangvillával történik a vizsgálat. A betegen eképp mindkétoldali teljes acusticus-affectiót találtam, úgy hogy a vele való társadalmi érintkezés csak írott betűvel volt lehetséges, hangos, még kevésbé suttogó beszédet ad concham sem hall, süketsége tehát teljes. Ezek szerint mind a két fülön a nervus cochlearisnak és vestibularisnak egyidejű bántalma van jelen. Kérdés már most, hogy miképp magyarázhatjuk a fent leírt feltűnő leletet?

A kir. orvosegyesület gyűlésén már hivatkoztam arra, hogy *Röpke* professor évek előtt a fül ipari megbetegedéseiről írt alapos munkájában kifejtette, hogy az arsenhutákban dolgozó munkásokon a hallóideg sérülésével járó sajátzerű otitis interna jelentkezik.

Lewin a gyógyszeres arsenmérgezésnél általánosan csak otitis internáról szól, melyet a garat fejlődő lobos folyamának a kürtre és dobüregre való áttérjedésével magyaráz; említ azonban egy esetet, melyben csekély fokú horizontális nystagmust is észleltek. Hogy a nystagmust labyrinthus-bántalom okozza, ezt *Högyes Endre* alapvető kísérleteiből tudjuk. Ugyancsak *Lewin* kifejti, hogy az arsen kihagyása után hosszabb idő múlva is fejlődhetnek bénulások.

Ezeket előrebocsátva, nem haboztam feltevésemmel, hogy a konstatált acusticus-bántalmat az arsenbenzol befecskendezése okozta.

Minthogy az *Ehrlich*-féle kezelés tulajdonképpen úgynevezett depot-therapia, melynél meglehetősen sok arsen kerül egyszerre a szervezetbe, és *Loeb* tanár a berlini Virchow-kórházból még egy negyed évvel az egyszer történt befecskendezés után is talált arsen a vizeletben, *Ullmann* bécsi magántanár három héttel az első injectio után Röntgen-sugarakkal mutatta ki az arsen a befecskendezés helyén, az arsennek pedig kifejezett *neurotrop*, azaz idegkárosító hatása van, az arsennek keringése oly hosszú időn át a szervezetben nem közbős a felette érzékeny hallóidegre. Az *atoxyl* idegpusztító hatását jól ismerik a szemészek.

Az arsennek különös veszélyére a fülgyógyászatban különben egy szerény dolgozatomban már utaltam.

Hogy az arsennek ilyen mellékhatásánál még veszélyesebb az újabb a bőrgyógyászok által megismételti szükségnek tartott második befecskendezése az *Ehrlich*-szernek, azt nem kell külön hangoztatni. *Ullmann* bécsi bőrgyógyász a saját szempontjából is szükségesnek tartja kiemelni, hogy az arsenhatást eddig még kevésbé tanulmányoztuk, miért is

¹ Előadatott a kir. orvosegyesület otologiai szakosztályában 1910 december 20.-án.

nagy óvatosságot ajánl az arsenobenzol alkalmazásakor. *F. Blumenthal* utalt nemrég arra, hogy ismételt atoxyl-befecskendezésekre lassabban történik az arsen kiküszöbölése a szervezetből, mire *Cromer* és *Seligmann* figyelmeztetett állatkísérletek alapján. Ha házinyúlnak egyszerre fecskendezünk be 0.3 gr. atoxylt, nem mutathatunk ki arsen a szemtekében, ha azonban három egymásután következő napon injiciálunk 0.1 gr. atoxylt, akkor könnyen sikerül az arsen kimutatása a bulbusban. Kisebb adagok hosszabb ideig való adagolása után tehát atoxylorganotropia létesül. Igen valószínű, hogy az arsenobenzol alkalmazásakor is hasonló a viszonyok.

Igy állott ezen ügy, midőn a kir. orvosegyesületben kifejtettem aggályaimat és annak bizonyítására, hogy mily érzékeny a hallóideg, utaltam többek között arra, hogy a chininsüketségben *Wittmack* a ganglion spirale és vestibulare elfajulását, *Marx* radium-behatásokra a maculae és cristae csilló-epitheliumának elfajulását látta állatokon, továbbá, hogy az otosclerosis már azért sem alkalmas az *Ehrlich*-szerrel való kezelésre, mert lueses eredete teljesen meg van czáfolva.

Gradenigo tudvalevőleg még a syphilis hereditaria tarda megnyilvánulásának tartotta az otosclerosist, tehát *Fournier* értelmében metasyphilises terméknek, *Habermann* pedig szerzett luesnek és a baj lényegét a vérerek mentén terjedő ostitisben látta, mely utóbbi sohasem vezet csontelhaláshoz, csak hyperostosishoz, hasonlóan a csontsyphilishez a csöves csontokban. A caries és necrosis hiányát pedig *Virchow* nyomán az infectio csekély fokával magyarázta. *Habermann* felvétele kezdettől fogva valószínűtlen volt, mert hiszen a lues nagyobb arányban férfiakon jelentkezik és mégis éppen nőknél gyakoribb az otosclerosis, másrészt a test más csontjain nem találtak a luesre jellegzetes elváltozásokat. Az otosclerosis lueses eredetét újabban a Wassermann-reactio negatív leletével is megdöntötték, így többek között *Leopold Arzt*, *Beck*, *Urbantschitsch* bécsi klinikáján. Míg ugyanis a syphilis hereditaria tarda 100% ában, a nem kezelt szerzett lues-esetek 74—81%-ában találtak pozitív Wassermann-reactiót, otosclerosis egyetlen egy esetében sem járt pozitív eredménnyel e kémlés.

Hogy otosclerosis esetén directe kárt okozhatunk az *Ehrlich*-szerrel, az kitűnik *Manasse* strassburgi tanár újabb kórszövettani leletéből is, ki 15 sziklacsontot vizsgált meg és csak háromszor talált jellegzetes csontelváltozást, a többiben a hártás labyrinthusban atrophias elváltozások, degeneratiók voltak, úgy hogy az otosclerosis-eseteknek egy része, a melyről e sorok írója mindig állította, hogy nem egységes kórkép, biztosan labyrinthus-eredetű.

Ha tehát az elfajulás az ilyen labyrinthusban már megindult, pl. kezdődő otosclerosis esetén, a labyrinthus elfajulását csak siettetni fogja az *Ehrlich*-szer.

Ez volt a gondolatmenetem, midőn jóval észlelt esetem után, mely tehát minden tekintetben elsőbbségre tarthat igényt, olvasom *Finger* tanár beszámolóját, hogy ő ugyancsak nem egy, hanem 3 előbb teljesen egészséges fülű egyéneken észlelt az *Ehrlich*-szer után kétoldali, labyrinthus-eredetű nehézhallást, részben szédüléssel és spontán nystagmussal, mely összes diagnosisok *Urbantschitsch* klinikáján nyertek megállapítást, és hogy két esetében a súlyos baj irreparabilisnek bizonyult. *Finger* első esetét maga *Ehrlich* Urbantschitschhoz intézett levelében a *Herxheimer*-reactio egy válfajának mondja, szerinte az előbb épülő egyén vestibularis idege mentén lappangó syphilises elváltozás volt, mely a befecskendezés által izgalomba jöve, fokozódott és nyomást gyakorolt a vestibularis idegre, melynek egyébiránt pár nap alatt befűződött kiküszöbölését okozta.

E magyarázat azonban *Finger* más két esetére azért nem alkalmazható, mert ezekben az injectio után 2 $\frac{1}{2}$ —3 hónap múlva jelentek meg zavarok a hallószervben, habár mindkét esetben negatív volt a Wassermann-reactio. *Finger* és *Urbantschitsch* az észlelt füljelenségeket ezért az arsenobenzol toxikus hatására vezeti vissza. A salvarsan e mérgező hatását bizo-

nyítja a *Meyer* és más szerzők által észlelt herpes zoster (arsenzoster) is.

Tekintettel arra, hogy *Finger* négy esetben szemorvos által megállapított tartós szemideg-sorvadást, illetve vissza nem fejlődő oculomotorius- és abducens-bénulást is látott és hogy ilyen hasonló eseteket *Kowalewski*, *Blaschko*, *Rille* is leír, nincs kétség, hogy az *Ehrlich*-szernek bizonyos affinitása van az idegszövethez és hogy nem közömbös a felette érzékeny hallóidegre sem. A kir. orvosegyesületben előadott észleletem tehát minden tekintetben indokolt volt és e helyen is ismétlem, a mit ott minden ellenmondás dacára hangoztattam, hogy az *Ehrlich*-szer használata után mutatkozó füljelenségek halmozódni fognak. Ha e szer hatásáról ma még nem mondhatunk végleges ítéletet, utóhatásairól még kevésbé nyilatkozhatunk. Az *Ehrlich*-szerrel való óvatos kísérletezés a fülgyógyászatban csak a néhány ismeretes lueses eredetű fülbántalomra szorítandó. A szer káros utóhatásáról gyakrabban fogunk hallani, ha alkalmazása a gyakorló orvosok kezébe megy át, mert a klinikus nem látja eléggé hosszú ideig betegeit. Otosclerosis eseteiben azonban határozottan ellenjavalt e nem közömbös szer használata.

Megjegyzem még, hogy vidéken lakó betegem állapota november 29.-én kelt levele szerint ma is változatlanul rossz.

Dolgozatom befejezése után kezembe került a „Wiener klin. Wochenschrift“ 1910 december 1.-én megjelent száma, melyben benne van *Urbantschitsch* beszámolója a bécsi orvosegyesület ülésén. Összesen hatvan fülcomplicatiót látott az *Ehrlich*-Hata-féle oltás után. Ötször látta előzőleg egészséges fülű egyéneken a nervus vestibularis izolált kiküszöbölését. Ezen ritka baj tünetei tudvalevőleg: szédülés, egyensúlyzavar, hányás, nystagmus rotatorius az egészséges oldal felé, a hő- és forgás-nystagmus hiánya.

A ritka bántalom feltűnően halmozott megjelenését éppen az *Ehrlich*-oltás után a szer mérgező hatásának véli tulajdoníthatni *Urbantschitsch*, meg *Alexander* is. Két esetében továbbá az egész acusticus meg volt támadva, tehát mindkét fülön a nervus cochlearisnak és vestibularisnak egyidejűleg jelentkezett bántalmát állapította meg, úgy mint én a fent leírt esetben. *Urbantschitsch* idézi *Röttiget*, ki a nervus vestibularis izolált elfajulását észlelte oly egereken, melyeket *Ehrlich* arsacelinnel japán tánczó egerekké változtatott át. Ezek szerint salvarsannak a labyrinthust veszélyeztető hatása a kísérleti állaton is valószínű.

Urbantschitsch különben nemcsak *Finger*, hanem *Riehl*, *Ehrmann* bécsi bőrgyógyász-professorok osztályáról is ír le fülészövödményeket *Ehrlich*-oltás után. *Matzenauer* bőrgyógyásztanárnak Grazban, *Rillenek* Lipcsében volt esete, melyben két hónappal az oltás után támadt a fülészövödmény, sőt *Rille* esetében pangásos papilla, illetve neuritis optica és arczidegbénulás vezette be a hallóidegbénulás kifejezett tüneteit.

Az idegbénulások ily gyakorisága különösen bizonyít a salvarsan idegkárosító hatása mellett. Bizonyos helyről azt hangoztatták, hogy itt-ott kénesőkezelés után is mutatkoznak fültünetek, a salvarsankezelés után azonban mindenesetre feltűnő nagy arányszámban láttak hallóidegbénulásokat. Való igaz, hogy különösen oldékony kéneső-sók, így az azurol befecskendezése után, annál gyakrabban jelentkeznek fültünetek, minél gyorsabban létesül a bujakóros termékek felszívódása. A salvarsan használata esetében a két hatás (rohamos resorptio és neurotrop hatás) összegeződik. A más helyről kiemelt ellenvetés, hogy betegem talán labyrinthus-syphilisben szenvedett és azért próbálták meg a salvarsant, megdől az „ex juvantibus et nocentibus“ elve szerint, mert hiszen directe kárára voltak a befecskendezések. Syphilis hereditaria tarda sem vehető fel, mert nem valószínű, hogy féltucat ép és egészséges testvére közül csak ő szenved syphilis hereditaria tardában. Ismeretes, hogy mennyire elítélően nyilatkozik *Lesser* e diagnosis nevével szemben gyakori és gyors felállításáról, melyet még az úgynevezett *Hutchinson-trias* sem támogathat, mert az egyébként is kétes értékű *Hutchinson*-jelek, különösen ha egyenként vannak jelen,

helyzetéről, alakjáról, tágasságáról, esetleges tágulatáról vagy szűkületéről, ez utóbbiak alakjáról, helyzetéről és egyidejűleg a garat- és nyelöcsőizomzat működéséről. Normális viszonyok közt a falat felülről rendkívül gyorsan, másodpercek alatt jut le a gyomorba, a miként azt mi is számos esetben láttuk. Legfőlegb egyik-másik esetben megy valamivel lassabban, függőleg a táplálék consistentiájától is, de észrevehető fennakadást nem észlelünk. Ezen normalistól való eltérés változatai jelzik azután megfelelően a különböző kóros folyamatokat.

Átvizsgáltunk összesen 20 esetet. Eseteink a következők:

I. eset. B. Imre, 7 éves. Felvétetett 1910 márczius 21. 2 év előtt lúgkőoldatot ivott, 3 hét óta folyadékot is nehezen nyel.

Gyengén fejlett, lesóványodott. A bevezetett szonda a nyelöcső kezdetén akadályra talál. Végre 3. számú angol szondával sikerül a nyelöcső bevezető nyílását megtalálnunk, mely excentrikusan fekszik a középvonaltól bal felé. Ismételt tágitási kísérletekkel nem igen jutunk előbbre.

1910 április 14. Zirconoxydos átvilágítás és fölvétel. Körülbelül 12–15 cm³ közepsűrű zirconos tejes darával teljesen megtelődik a szűkület fölötti rész, úgy hogy ha többet adunk, csakhamar hányásinger fogja el és a pépet kihányja. Ugy az átvilágításkor, mint a fényképen (I. a táblát*) látjuk, hogy az utolsó nyak- és az I., II., III. hátsigolyának megfelelőleg egy csúcsával lefelé fordított, kúp alakú árnyék foglal helyet. Az árnyék felső része kifejezett tasakot alkot, míg az alsó része kissé hirtelen átmegegy egy irónvastagságú árnyékba, mely lefelé húzódik egészen a 8. hátsigolyáig, hol ismét kissé kitér a gyomorlégőlyag közelében.

Körjelzés: Hosszú, nagyfokú szűkület a III.–VIII. hátsigolya között. Fölötte nagy tasakalakú pangásos dilatatio a nyelöcső kezdeti részében, mely összefolyik a garat tágulatával.

II. eset. P. Anna, 5. éves. Felvétetett 1909 január 5. 1908 július havában lúgkőoldatot ivott, azóta nyelése fokozatosan romlik. Gyakori hányás.

Gyengén fejlett. Nagy mértékben lesóványodott. Teljes nyelési képtelenség miatt azonnali gastrostomia (Winternitz dr.). Gyomorsipolyon át tápláljuk, majd később felülről is jól nyel folyadékot. Ismételt szondázási kísérletekkel még a filiformis francia bougie sem vezethető át. Majd oesophagoskop alkalmazása mellett narcosisban kísérjük meg a szonda bevezetését, azonban még így sem sikerült a nyílást megtalálnunk. Ennek daczára a szondázási kísérleteket tovább folytatjuk, azonban a szondák mindig megkunkorodnak, minden alkalommal heves köhögési inger fogja el a gyermeket s tömegesen ürít bűzös genyes nyálkát.

1910 április 16. Zirconoxydos átvilágítás és fölvétel. Körülbelül 20–25 cm³ közepsűrű pépet tud csak lenyelni, különben tüstént kihányja. Az utolsó nyak- és I., II., III., IV. hátsigolyának megfelelőleg nagy hengeres, tojásdad alakú, rézsutosan balról felülről jobbra lefelé haladó nagy tasak foglal helyet. (I. a táblát.) Levezető nyílást zirconos folyadék itatása után sem látunk.

Körjelzés: Igen nagyfokú szűkület a IV. hátsigolya alsó szélén kezdődőleg. A szűkület fölött rendkívül nagyfokú pangásos tágulat a nyelöcső kezdeti részére és a garatra kiterjedőleg.

III. eset. W. Kati, 2½ éves. Felvétetett 1907 július 21. 10 hét előtt lúgkőoldatot ivott. Folyadékot is nehezen nyel.

Csak 6. sz. angol szonda vezethető át. Minthogy a rendszeres szondázással a tágitás nem halad előre, azért gastrostomia (Winternitz dr.) végeztetik, mely után retrograd, majd felülről eszközölt tágitással szépen fokozatosan előre haladunk.

1910 április 17. Röntgenoszkopia. A lenyelt sűrű zirconos tejes dara gyorsan lehalad a nyelöcsővön, úgy hogy alig tudjuk követni. Tömesebb pépet gyorsan nyel, akadályt sehol sem látunk s a péptömeget a gyomorban látjuk sötét árnyék alakjában.

Körjelzés: Gyógyult szűkület.

IV. eset. F. Margit, 2 éves. Felvétetett 1909 október 3. Fél év előtt lúgot ivott, néhány hó óta már kezelésünk alatt áll.

Csak 5. számú angol kutasz vezethető át, akadály a fogsortól 13 centiméternyire. A tágitás nem igen halad előre.

1910 május 4. Zirconos-röntgenoszkopia. Nagy, csúcsával lefelé álló tasak, melynek alapja fenn van, csúcsa pedig a II. hátsigolyánál. Folytatását még zirconos folyadék nyelése után sem látjuk.

Körjelzés: Igen nagyfokú szűkület, kezdődőleg a II. hátsigolyánál. Fölötte nagy pangásos dilatatio a nyelöcső kezdeti részét és a garatot elfoglalólag.

V. eset. R. Nella, 1½ éves. Felvétetett 1910 április 26. 3 hó előtt lúgkővet nyelt, azóta nehezített nyelés.

Akadály a fogsortól 13 centiméternyire. 7. számú angol kutasz átvezethető.

1910 május 5. Zirconos-röntgenoszkopia. A zirconpép az egész nyelöcsővön gyorsan keresztülhalad, a III.–IV. hátsigolyának meg-

felelőleg azonban kis kitérés mutatkozik, hol egy pillanatra megakad a falat, hogy azután innen is gyorsan gördüljön a gyomorba.

Körjelzés: Rövid és aránylag tág szűkület a IV. hátsigolyának megfelelőleg. Fölötte kis pangásos tágulat.

VI. eset. H. Magda, 2 éves. Felvétetett 1910 február 23. Fél év előtt lúgkőoldatot ivott. Csak folyékonyat és pépeset nyel.

Felvételekor a 13. számú angol kutasz vezethető át, a tágitással azonban oly gyorsan haladunk előre, hogy már május 2.-án a nálunk szokásos legvastagabb szonda is könnyen átvezethető és mindent jól nyel.

1910 május 5. Zirconos-röntgenoszkopia. A pép akadálytalanul gyorsan halad le, a III. hátsigolyától lefelé azonban a pép szélességében megkeskenyedik és hosszanti csík alakját ölti magára, csaknem egész a cardiáig, a mely felett kis kitérés észlelhető. A gyomorban az árnyék fokozatosan nagyobbodik, evés közben azonban a III. hátsigolyától lefelé állandóan egy hosszú, említett alakú árnyék látszik, a mi arra mutat, hogy a cardiánál a falat áthatolása elé akadály gördül és csak midőn a dara adagolásával felhagyunk, jutnak be ezen, a nyelöcsőben visszamaradt ételrészecskék is a gyomorba, miközben az árnyék felülről lefelé mindinkább kisebbedve, végül teljesen eltűnik.

Körjelzés: Kettős szűkület: 1. hosszú, aránylag tág szűkület a III. hátsigolyától lefelé, 2. rövid szűkület a cardia felett, ez előtt pangásos tágulat.

VII. eset. K. Margit, 4 éves. Felvétetett 1908 szeptember 21. Mérgezés 13 hét előtt. Akadály a fogsortól 16 cm.-nyire, csak az 5-ös angol kutasz vezethető át. Tágitással előre nem jutunk, ezért gastrostomia végeztetik és a tágitást retrograd úton eszközöljük.

1910 május 6. Zircon-átvilágítás. A pép a II. hátsigolya felett rövid időre árnyékot ad, majd kis fennakadás után hamar átkúszik és csaknem közvetlenül alatta a III. hátsigolyának megfelelőleg koronányi árnyékot alkot. Az árnyék itt hosszabb ideig megmarad, majd lassan alatta a IV.–VIII. hátsigolyáig hosszanti árnyék jö létre, melyből a tartalom lassan a gyomorba ürül.

Körjelzés: Multiplex szűkület: 1. a II. hátsigolyának megfelelőleg rövid, aránylag tág, 2. a IV. hátsigolyának megfelelőleg hosszú és szűk, 3. a cardia felett.

VIII. eset. M. Julia, 2½ éves. Felvétetett 1909 szeptember 4. Mérgezés 6 hét előtt. 10-es angol szonda vezethető át. A tágitás elég jól halad előre.

1910 május 8. Átvilágításkor a pép a II. hátsigolya magasságában pár pillanatra megakad és azután egyenletesen tovább halad lefelé.

Körjelzés: Rövid és elég tág szűkület a II. hátsigolya magasságában.

IX. eset. K. József, 2 éves. Felvétetett 1910 február 21. Lúgmérgezés 2 hó előtt. 8-as számú angol szonda vezethető át. A tágitás jól halad előre.

1910 május 8. Zircon-átvilágítás. Közepsűrű pép. A falat a II. hátsigolya magasságában megakad, felette kis tágulat, rövid másodpercek múlva lassan átkúszik, majd a VI.–VII. hátsigolya között újabb hosszúságú árnyékot ad, hogy azután ez is hirtelen eltűnjék.

Körjelzés: Kettős szűkület: 1. a II. hátsigolya magasságában, rövid, szűk, felette tágulat, 2. rövid, aránylag tágabb a VII. hátsigolyának megfelelőleg.

(Folytatása következik.)

Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem bakteriologiai intézetéből (igazgató Preisz Hugó dr., egyetemi nyilvános rendes tanár) és I. számú sebészeti klinikájáról (igazgató Dollinger Gyula dr., m. kir. udvari tanácsos, egyetemi nyilvános rendes tanár).

A normalis állati vérsavó gyógyító hatásáról genyes folyamatokra.

Irta: Fejes Lajos dr., a bakteriologiai intézet volt tanársegéde és Gergő Imre dr., az I. számú sebészeti klinika tanársegéde.

II. Gyakorlati rész.

Irta: Gergő Imre dr.

A) A serumos kezelés előnyei:

1. A beavatkozás módja egyszerű és a legrövidebb idő alatt, néhány perc alatt eszközölhető.

A terjedelmes bemetszések helyett a tályogot a fentebb leírt módon egyszerűen megpungáljuk; ha a punctio helyét megfagyasztjuk, az egész művelet fájdalommentesen eszközölhető.

A tályogokba fecskendezett serum még a sűrűbb geny is annyira felhigítja, hogy az így felhigított geny alig néhány mm. űrjáratú tűn át is tökéletesen kiszívható. A betegnek gyors ellátása az orvosra nézve is nagy időmegtakarítással jár.

* A tábla mult számunkhoz volt mellékelve.

2. *A tályogok gyógyulása, még nagyobb tályogok esetében is (lásd a táblázatot), gyorsnak és biztosnak mondható.*

A fájdalom többnyire azonnal a kezelés után szűnik; (feltűnőbbben az 1., 13., 17. számú esetben); a betegnek hőmérséke leesik (p. o. a 20. és 23. számú esetben); a lobosodás látható jelei, a lobos pír és oedema, gyakran másnapra csökkentek (lásd p. o. a 11., 13., 14., 16., 17., 18., 19., 26., 28. és 30. számú esetben); ritkábban már másnap el is tűntek (lásd a 2. és 17. számú esetben), rendszerint azonban 3—5 nap múlva teljesen elmúltak (lásd p. o. a 3., 5., 7., 8., 9., 10., 11., 12., 13., 15., 16., 19., 20., 21., 24., 27. és 30. számú esetben).

A lobosodás külső jeleinek visszafejlődésével a tályog tartalma is megváltozik, a tartalom megváltozása pedig a tályog gyógyulásának hű kifejezője. Kisebb, körülbelül diónyi tályogok tartalma másnapra *sűrű véres* vagy *sűrű zavaros*, néha még *genyes*, gyakran *törmelékkel* és *szövetrészekkel* kevert váladék; 2—3 nap múlva *sűrű* vagy *valamivel hígabb vörhenyes* vagy *zavaros*, néha még *genyes folyadék*; végül pedig *kevés vizes*, *sárga*, esetleg *vörhenyes* (vagy *vörös*) *savó*.

A tályog tartalmának változását cytologiai és bakteriológiai szempontból is vizsgáltam, ezen vizsgálataim eredményére később még visszatérek.

3. Az utókezelés kíméletes és egyszerű.

A nyitott seb követelte hosszadalmas kötözések elmaradnak, a szó szoros értelmében vett utókezelésre többnyire nincsen szükség; megelégedhetünk betegeink 1—2-szeri revisiójával.

A betegek legnagyobb része a kezelés egész tartama alatt foglalkozása után járhatott.

4. *A gyógykezelés tartama rövidebb, mint eddigi kezelési módszerünk, az incisio mellett, sőt általában ép oly rövid, mint az antifementumos eljárás mellett.*

A *gyógykezelés tartama* a közölt táblázat szerint 2 nap és négy hét között váltakozott és — ép úgy, mint azt az antifementumos eljáráskor tapasztaltam — a geny mennyiségével volt arányban:

1—10	cm ³ genymennyiség mellett a gyógykezelés átlag	5 napig tartott
10—50	" " " " " "	8 " "
50—100	" " " " " "	10 " "
Végül 100-on felüli	" " " " " " eddigi eseteimben szintén átlag	10 " "
	napot tett ki a gyógykezelés.	

Ebből kitűnik, hogy a gyógykezelés tartama legrövidebb a kisebb, néhány (1—10) cm³ genyt tartalmazó tályogoknál; idevágó eseteimben az volt a benyomásom, hogy bemetszés mellett a kezelés körülbelül kétszer annyi ideig tartott volna.

Nagyobb tályogok esetén az időbeli előny már nem oly szembetűnő. Azonban itt szintén gyorsabbnak találtam a gyógyulást, mint az incisio, sőt néha még az antifementumos eljárás mellett is.

Pusztán az ulcus molle után keletkezett bubo inguinalisoknál volt feltűnő, hogy a gyógykezelés aránylag sokáig, —4 hétig húzódnak. Hogy minő tényezők okozhatják itt a bubo gyógyulásának késését, arra nem felelhetek. A gyógykezelés tartamáról szóló kimutatásomban bubo-eseteim nem szerepelnek.

A gyógykezelés tartamától megkülönböztetendő a *gyógyulás tartama*. Punctiók kezeléséről lévén szó, a fedő lágyrészeket át nem állapíthatjuk meg mindig biztosan azon időpontot, a mikor a tályog belül végleg gyógyult és falai teljesen összenőttek; a lobosodás külső jeleinek visszafejlődése erre nézve megbízható támpontul nem szolgálhat. És így az eseteknek legtöbbszörében akkor, mikor a gyógykezelést befejeztük, anatómiai gyógyulásról nem beszélhetünk, de a zárt sebkezelés folytán a betegek ezt a szöveti restitutiót a gyógyulás minden veszélye nélkül foglalkozásuk úzése mellett és orvosi ellenőrzés nélkül is bevárhatják.

Nem szorul azonban külön hangsúlyozásra, hogy a gyógykezelést ily gyorsan csak akkor fejezhetjük be, ha hely-

ben lobosodás tünetei nincsenek; a míg a tályogok felett a lobosodás tünetei teljesen vissza nem fejlődtek, a beteget a recidiva veszélye miatt okvetlenül ellenőriznünk kell.

5. További előnye a kezelésnek a kozmetikai eredmény.

Elkerülhetjük azon torzító hegeket, melyek eddigi eljárásunkat, az incisiót, néha igen kellemetlenül komplikálták (az arcon, nyakon és mellen), főleg, ha a beteg fiatal lány vagy asszony volt.

6. *Jobb a functionalis eredmény is*, mivel a punctiók eljárással elkerüljük a hegképződést a bemetszés helyén és ezzel együtt elkerüljük a bemetszés nyomán esetleg támadó zsugorokat a különböző szövetekben.

B) *Kellemetlenségek a serumos kezelés után és az eljárás hátrányai.* Ezek lehetnek többfélék:

1. *Fájdalom a kezelés után.* Ritkán, a feltüntetett 30 esetben 4-szer tapasztaltam. (Lásd a 2., 11., 21. és 29. számú esetet.) A fájdalom néhány órával a punctio után jelentkezett, a betegek hol égetőnek, hol nyilalónak, majd lüktetőnek jeleztek.

Elkerülése végett ajánlatos, hogy a serumot sem csipő, sem maró hatású anyaggal ne konzerváljuk és hogy a feles serumot a tályogból teljesen visszaszívjuk.

2. *Borzongást* egyszer és *hidegrázást* is egyszer tapasztaltam a tályog serumos kimosása után a fenti esetekben. (Lásd a 26. és 29. számú esetet.)

A borzongás, illetve hidegrázás szintén néhány órával a kezelés után jelentkezett, másnap a közérzet ismét rendes volt.

Mindkét tünetet a serum mellékhatásaként kellett értelmezni. Régebben, midőn a serumos kezelés technikáját még nem ismertem, midőn a tályogban feles mennyiségű serumot hagytam vissza, gyakran tapasztaltam ezen kellemetlenségeket.

3. *Kisebbsokú vérzés a tályog üregébe* a kezelés nyomán. Több alkalommal láttam, főleg feles serum bennhagyása után (lásd a 9., 14. és 23. számú esetet).

A vérzésnek keletkezése különböző módon magyarázható. Befolyással lehet először a hirtelen nyomáscsökkenés a tályog üregében, midőn tartalmát egyszerre kiürítjük.

Befolyással lehet továbbá a haemorrhagiára magának a sepsises folyamatnak nagy hajlandósága parenchymás vérzésekre.

És végezetül — főleg ott, hol feles serum maradt vissza a tályogban — úgy is magyarázható a vérzés keletkezése, hogy a *savó szövetoldó hatásánál fogva a vitalitásukban amúgy is gyöngített szövetek capillarisaikat alterálja és parenchymás vérzés keletkezik.*

A vérzésből a betegeknek nagyobb kellemetlensége sohasem származott; nagyobbfokú, vagy éppen arterialis vérzést a savókezelés kapcsán nem láttam.

4. Serum-exanthema.

Kétszer láttam a 8. és 29. számú esetben; az első esetben a kiütés a tályog környezetére szorítkozott, a másik esetben pedig erythema multiforme képében a mellkast és szimmetriásan a beteg mindkét felkarját és czombját lepte el. Az exanthema néhány nap múlva ismét nyom nélkül eltűnt; mindkét esetben a tályogok kezelésekor kevés tiszta serum maradt vissza.

5. Sipoly képződése a punctio helyén.

Ezt a fenti 37 tályog esetében 13-szor, szóval körülbelül az esetek $\frac{1}{3}$ -ában tapasztaltam. A sipolyképződés ideje: 6 esetben (a 7., 9., 14.,¹⁴ 20., 24., 25., 28. számú esetben) a sipoly a punctiót követő napon fejlődött; 5 esetben (a 14.,¹⁵ 17., 18., 23. számú esetben) a sipoly a punctiót követő 2. napon, 1 esetben (a 21. számú esetben) a punctiót követő 3. napon és végül 1 esetben (a 7. számú esetben) a punctiót követő 4. napon keletkezett.

¹⁴ Az egyik emlőtályog sipolya.

¹⁵ Az egyik hónalj tályog sipolya.

A sipolyok képződését, antifermentummal kezelt eseteimhez hasonlóan, főleg nagyobb tályogok kezelése mellett észleltem.

A sipolyképződésnek káros hatását egy esetben sem láttam; nem tapasztaltam, hogy a sipolyokon át a serummal kezelt tályog reinfectiót szenvedett volna.

A sipolyok rendszerint gyorsan és mindig spontan záródtak:

3 esetben a sipoly keletkezése után	4 nappal záródott.
1 " " " " " "	5 nap mulva "
2 " " " " " "	6 " " "
2 " " " " " "	7 " " "
1 " " " " " "	8 " " "
2 " " " " " "	10 " " "
2 " " " " " "	2—3 hét alatt "

A mint ezen összeállításból kiténik, több mint a sipolyoknak fele héten belül zárult.

Egyedüli kellemetlen oldala a sipolyoknak az, hogy bővebb váladék mellett a beteget naponta kell kötöznünk.

Azon szempontok, a melyek tekintetbe vételével a sipolyképzést lehetőleg elkerüljük: punctió s tűk használata vastagabb trokárok helyett, továbbá a lobos köztakaró elkerülése a beszúrásnál és végül — itt is — a feles serum minél alaposabb kiszívása a kimosott tályogból. A 9., de főleg a 24. számú esetben szerzett tapasztalatok indokolhatják ezen nézetemet.

A sipolyokon át kifolyt váladékból még a sebgyógyulást illetőleg is pontosan tájékozódhatunk. A gyógyuló tályog sipolyán át, a mint már említettem, híg, tiszta, sárgás savó, vagy tiszta vörhenyes savó ürül; ha ellenben a gyógyulás elhúzódik (lásd a 18., 21. és 25. számú esetet), akkor ezen időben a váladék még sűrű, véres vagy genyes, vagy pedig zavaros savós.

6. Ritka esetekben a punctio után a lobosodás nem csökken, sőt fokozódik. Ez vagy a nem eléggé dozirozott kezelésnek, vagy pedig a tályog infectióját okozó bacteriumok nagy virulentiájának tudható be.

Említettem már, hogy feles serum visszahagyása a tályogban fokozza a lobosodást (lásd a 4., 8., 10. és 12. számú esetet). Ilyenkor dunskötés mellett nyugodtan bevárhatjuk a lobos tünetek visszafejlődését, a mi 1—2 nap mulva bekövetkezik.

A 12. számú esetben 2 egyenlő nagyságú hónalj-tályog közül az, melyben feles serum nem maradt vissza, gyorsabban gyógyult a másiknál (lásd a kórtörténetet).

Ha ellenben a kezelés lege artis történt, feles savót a tályogban nem hagyunk vissza és a lobosodás mindennek daczára nem szűnik, sőt a szöveti beolvadás terjed s a tályog nagyobbodik, a punctiót meg kell ismételnünk. (Lásd p. o. a 18., 22., 25., 29. számú esetben.) Ugyanezt teszszük akkor is, ha a tályog gyógyulása sokáig húzódik.

Egyéb kellemetlenségeket, melyeket kiterjedtebb antifermentumos kísérleteim mellett láttam, úgy mint fejfájást, szédülést, szapora pulzust, a köztakaró pigmentációját, hegképződést a kezelt tályog helyén, a tályog recidíváját, a serumkezelés mellett heveny eredésű tályogok kezelésekor eddigelé nem tapasztaltam. Serumbetegséget,¹⁶ anaphylaxiás tünetek fejlődését sem észleltem a serumkezelés után.

A cytologiai és bakteriologiai vizsgálatról kell még szólnom. Említettem, hogy a kezelt tályogok legnagyobb részében a gyógyulást cytologiai és bakteriologiai szempontból ellenőriztem.

A cytologiai vizsgálat a rendes haematologiai technika szerint történt.

A cytologias kép a kezelt tályog tartalmának változásához képest mutatott eltéréseket.

¹⁶ Az észlelt két exanthemát ugyanis igazi serumbetegségnek nem mondhatom. A betegeken a kiütésen kívül más, a serumbetegséget jellemző kóros tünetet (láz, környéki mirigyduzzanat, izületi tájdalmak, oedema, fehérjevizelés, zavart közérzet stb.) nem észleltem. L. Pirquet: Die Serumkrankheit. 1905.

A kezelést követő első napokban, a midőn a tályog tartalma sűrű véres vagy sűrű zavaros, gyakran még genyes is, a cytologias kép a következő: a polymorph magvú, neutrophil granulatioval bíró (polynuclearis) leukocyták túlnyomók; elvéve mononuclearis fehér vérsejtek is találhatóak, melyeknek teste granulatiót nem mutat (lymphocyták és nagy egy-magvúak). A sejtelemek egy részén a degeneratio különböző szakait láthatjuk (karyorrhesis, karyolysis, karyoschisis, vacuolálás és zsíros degeneratio). A polynuclearis leukocyták nagy részében phagocytált és részben ép, de főleg szétesett bacteriumok találhatóak. Vörös vérsejtek, ép bacteriumok, de főleg regressiv metamorphosisokat feltüntető bacteriumok, fibrin-szálak és detritus egészítik ki a képet.

A leletet az antifermentummal kezelt tályogok cytologias képével összehasonlítva, feltűnő egyrészt a leukocyták nagyobb száma (hyperleukocytosis), másrészt a kifejezett phagocytosis.

A kezelés későbbi szakában a tiszta savóból nyert készítményekben már csak elvéve vannak sejtes elemek; többnyire ép leukocyták, esetleg olyanok, melyek a sejtd degeneratio szokott alakját mutatják, továbbá elvéve phagocyták is. Ha a savó véres, ezen cytologiai képet vörös vérsejtek egészítik ki.

A bakteriologiai leletet illetőleg a tályogok bacterium-tartalma a kezelést követő napokon feltűnően apadt (csökken a colonia-szám) és a bacteriumok fejlődőképessége is csökkent (gyér számú, lassan növekvő coloniák).

Ezen kulturalis különbségeken kívül a bacteriumoknak mikroskopi képe morphologiai eltéréseket is mutat. A bacteriumok ép test mellett halványabban festődnek és degeneratiós formák (duzzadt alakok, bacterium-törmelékek) is keletkeznek. Mihelyt a tályog tartalma tiszta savós, bacteriumok még oltással sem mutathatók ki.

A cytologiai és bakteriologiai lelet tehát szintén a serumos kezelés megbízhatósága mellett szól. A vizsgálatok értelmében a serumnak hatása főleg a baktericidiának, hyperleukocytosisnak és phagocytosisnak tudható be, ellentétben az antifermentumos eljárással, hol az eredmény első sorban a fermentkötésen alapul antifermentumokkal, szóval egy vegyi agensnek köszönhető.

(Folytatása következik.)

Az epilepsia ellen való védekezésre alakult nemzetközi liga működéséről, különös tekintettel a liga magyar bizottságának munkálkodására.

Az 1909 szeptember havában Budapesten tartott internationalis orvosi congressus alkalmával Donath tanár és Muskens indítványára elhatározták, hogy az epilepsia tanulmányozására és leküzdésére ugyanolyan irányú eljárások és intézkedések történjenek, mint melyek az alkoholismus, a tuberculosis és a rák ellen foganatosítottak, hol a különféle nemzetek együttműködése már nagyot alkotott.

Ezen magasztos cél kivívása végett gyülekeztek össze a világ összes nemzeteinek kiváló szakemberei s megalakították a nemzetközi ligát.

Közfelkiáltással az első gyűlés elnökévé Marie párizsi orvostanárt választották meg. Jelen volt a többi között: Anton, Bálint, Bonebakker, Bourillon, Deventer, Donath, Dubief, Ferarri, Fischer, Frankl-Hochwart, Friedländer, Fuchs, Graves, Hebold, Hudovernig, Kollarits, Medeiros, Moreira, Obersteiner, Oppenheim, Pel, Roubinovitch, Sachs, Sommer, Tamburini stb.

Az elhangzott különféle vélemények összegezése után Marie azon indítványt tette, hogy a nemzetközi bizottság mellett, minden egyes országban egy ott választott nemzeti bizottság a liga értelmében a saját területén kezdje meg működését.

Rövid discussio után az internationalis bizottság tagjaivá egyelőre a következők választották meg: Donath, Graves, Greidenberg, Hebold, Marie, Moravcsik, Moreira, Muskens, Obersteiner és Tamburini.

Azután az egyes nemzetek szűkebb bizottságainak tagjai kerültek választásra, de mindjárt azon határozatot hozták, hogy otthon ezen bizottság kiegészíttessék. A magyar bizottságba *Moravcsik, Donath* és *Hudovernig* lett beválasztva.

Elhatározott továbbá, hogy a liga a jövő esztendőben összejövetelét Berlinben fogja tartani, kapcsolatban az elmebetegápolási s elmebetegügyi congressussal. Ott fognak a jelentések megtörténni s a további indítványokat ott fogják megbeszélni.

Donath és *Muskens* ezen ülés alkalmával azon ajánlattal állott elő, hogy míg a ligának saját szaklapja nincs, az „Epilepsia“ nevű nemzetközi folyóirat a liga közleményeit szívesen közli díjtalanul. Elhatározták továbbá, hogy a jövő ülésen az első évi munkarendet fogják megállapítani.

A második ülésen többek hozzászólása után a *Donath* és *Muskens* által előterjesztett munkarend következő pontozatokban állapított meg:

I. Mindenekelőtt sürgősen szükséges, hogy minden országban egy az epilepsziákról szóló statistika készíttessék, mely két csoportot különböztessen meg:

- a) heveny, intézeti elhelyezést nem igénylő esetek,
- b) chronikus, intézeti elhelyezést igénylő esetek.

II. Hány gyógyintézet s hány colonia létezik? Hány heveny eset kerül évente felvételre? Hány chronikus s hány elmekóros tüneteket mutató vétetik fel? továbbá

III. hány epilepsziás gyógykezeltetett az utolsó öt évben a különböző magán- s nyilvános kórházakban s sanatoriumokban? Hány áll jelenleg poliklinikai, illetőleg ambulans kezelésben?

IV. A kormányok megkeresendők az epilepsziákról szóló hivatalos statistika készítésére, hasonlóan mint a rákbetegségeket illetőleg történt Angliában, Németországban s Magyarországon. Szintűgy megkeresendő a katonai hatóság, hogy az epilepsziás újonczok számát tudassa.

V. Elkészítendő az egyes államokban az epilepsziások gondoskodásáról szóló ismertetés, továbbá, hogy hány epilepsziás lett kimutatva az utóbbi népszámlálás alkalmával?

VI. A kormányok figyelme felhívandó egy hozzájuk intézendő kérvényben az epilepsziások nagyfokú kriminalitására. Ugyanezen ülésen *Eykman*s indítványára addig, míg a ligának saját szaklap nem áll rendelkezésére, az „Epilepsia“ nevű folyóirat fogadtatott el a liga hivatalos lapja gyanánt.

Tamburini elnök a jelenlevők helyeslése mellett azon propositiót tette, hogy a jövő évben Berlinben tartandó gyűlésen „az epilepsia-kérdésnek“ egy egész nap szenteltessek, midőn nemcsak a feltett kérdésekre jövő válaszok fognak előadatni s azok felett discussio folyni, hanem az epilepsia pathogenesise s más tudományos kérdések is megbeszéltetnek. Nagyon kívánatosnak tartaná, ha a feltett kérdésekre a jelentések már az év elején publikáltatnának, mert ezzel egy sokat ígérő discussio alapja vettetné meg.

A magyar bizottság, mely az első ülés határozata értelmében önmagát *Konrad, Sarbó, Fischer, Németh* és *Bálint* tagokkal kiegészítette, több összejövetelen a feltett kérdéseket alaposan megvitatta. Ezen megvitatások azt eredményezték, hogy a feltett kérdésekre azon szövegezésben, mint azt fenn ismertettem, érdemleges választ nem adhatni, mert egyrészt vannak olyanok, így mindjárt az 1., melyeket szakemberek sem értenek meg teljesen, hiszen az intézeti elhelyezés kriteriuma nem az eset acut vagy chronikus volta, hanem egészen más tényezők involválják az internálást, továbbá a 2. kérdés egyik részé nem praecis, a bizottság sem volt vele tisztában, stílári hiba van-e benne vagy értelemzavar, másrészt, mert tudatában volt annak, hogy mily nehézséggel jár a becsületes statistika elkészítése, mily hosszú időt s nagy fáradságot igényel s hogy a feltett kérdésekre való válaszolás részint időhiány, részint a fentemlített nehézségek miatt jelenleg nem vihető keresztül. Ezért a bizottság czélszerűbbnek s eredményesebbnek vélte, ha jelenleg csak az orvosi karra támaszkodik, csak azt veszi igénybe s így egyelőre a következő kérdőpontokat tűzte ki, mert ezekre nézve megbízható adatok nyerése várható volt.

Ezért alapos mérlegelés s megfontolás után következő szövegű kérdőívet szerkesztett s küldött szét:

1. Hány epilepsziás fordult elő 1909-ben
 - a) rendelésen fi ----- nő -----
 - b) osztályon fi ----- nő -----

2. Hány volt ezek közül családban tartható
 - fi ----- nő -----

Hány szorult intézeti (kórház, elmeegógyintézet, sanatorium stb.) kezelésre

fi ----- nő -----

3. Ezek közül hányon mutatkoztak elmekóros tünetek
 - fi ----- nő -----

Ezen kérdőívet 4 állami elmeegógyintézetünk (Budapest-Lipótmező, Budapest-Angyalföld, Nagy-Szeben, Nagy-Kálló), nagyobb számú elmebeteg gyógykezelő s ápoló intézetek (elmekórtani klinikák, állami kórházi elmebetegosztály, az igazságügyi országos megfigyelő s elmeegógyító intézet, köz-kórházak, magánkórházak s magánintézetek), klinikák, poliklinika, fegyházak, fogházak kórházai kapták; elküldöttünk összesen 550 darab kérdőívet.

Visszaérkezett 251 ív; az ezekből nyert adatok azt tanúsítják, hogy 1909-ben

- a) rendelésen fi 499, nő 286 jelentkezett, míg
- b) osztályokon fi 1388, nő 865 tartózkodott.

Ezek közül:

családban tartható volt fi 724, nő 367,
intézeti elhelyezést nyert fi 958, nő 570.

Elmekóros tünetek mutatkoztak: fi 793, nő 518.

Az intézetben elhelyezettek közül 4 állami elmeegógyintézetünkben volt

Budapest-Lipótmező:	fi 82	nő 66
„ Angyalföld	„ 29	„ 28
Nagy-Szeben	„ 38	„ 20
Nagy-Kálló	„ 63	„ 4

Összesen fi 212, nő 118,

a nagyobb számú elmebeteg számláló gyógyító s ápoló intézetekben fi 683, nő 539. Ha már most ezen beteganyagot levonjuk a rendelésen s osztályokon talált fi 1887, nő 1151-ből (1887—895 fi) (1151—657 nő), a többi intézetben (mint klinikák, poliklinika, fegyházak, fogházak kórházaiban) volt úgy rendelésen mint elhelyezésben fi 992, nő 494 epilepsziás.

Tekintve azonban, hogy több mint a fele a letartóztatási intézeteknek, közkórházaknak s magánkórházaknak a kérdőívre nem válaszolt, ezen utóbb nyert adatokat (fi 992, nő 494) duplán vehetjük s akkor 1909-ben Magyarországon rendelésen s elhelyezésben epilepsziás beteg volt fi 2879 s nő 1655. Természetes, hogy ezen számokban némi tévedés állhat fenn, de ez csak csekély lehet s az így a nyert adat az országban 1909-ben elhelyezett s rendelésen megjelent epilepsziások számát tükrözteti vissza.

Ha a percentuatiót tekintjük, azt találjuk, hogy az összes férfibetegek 26·4%-a rendelésen jelentkezett, 73·6%-a az osztályokon tartózkodott; a női betegek közül rendelésen jelentkezett 24·8%, osztályokon tartózkodott 75·2%.

Családban tartható volt az összes férfibetegek 25%-a, a női betegek 32%-a.

Intézeti elhelyezést nyert a férfibetegek 33, a női betegek 49%-a. Elmekóros tünetek mutatkoztak a férfibetegek 27, a női betegek 45%-ában.

A felvetett kérdések közül a bizottság megválaszolhatta ezeket: Hány gyógyintézet s hány colonia létezik?

Eddig specialis kórházunk s coloniánk nincs, de van oly 2 magánintézetünk — Pelsűcz (Gömör megye) s Balf (Sopron megye) —, mely legnagyobb részben epilepsziás betegeket tart s azok szakszerű kezelésével foglalkozik.

A többi kérdésre, ha a jelenlegi congressus azokat ismét felveszi tárgyalása keretébe, a jövőben válaszolni fogunk, már ma tárgyalunk kormányunk közegeivel az epilepsziásoknak hivatalos úton beszerzendő statistikája végett, sőt a katonai hatóságnál is megtettük a kezdő lépéseket.

Az utolsó népszámlálás alkalmával külön epilepsiás statisztikánk nem volt, azok az idiotákkal együtt jegyeztettek az epilepsiások, de intézkedés történt, hogy jövőben az is legyen.

Ezen, az epilepsia jelenlegi állását visszatükrözőítő közleményt a megállapodáshoz híven a congressust megelőzőleg az „Epilepsia” című folyóiratban a bizottság közzétette.

* * *

Az ez év október hó 4.—7.-éig Berlinben tartott internationalis congressus keretén belül lezajlott az internationalis liga gyűlése is. Október hó 5.-én este 7 órakor nyílt meg az első ülés, melyen mint a nemzetközi epilepsia elleni liga ideiglenes központi bureauja elnökének, *Moravcsik* tanárnak nevében és megbízásából alulírott kérte a szót. Beszédében *Moravcsik* tanár, elnök s *Donath* tanár, főtitkár távolmaradását kimentette, majd az epilepsia elleni liga keletkezésének s feladatainak rövid vázolója után azon kijelentést tette, hogy ezentúl az epilepsia elleni liga permanens bureauja mindig kapcsolatban marad az internationalis orvosi congressus bureaujával, mely állandóan Haagában fog székelni. A bevezető beszéd elhangzása után *Tamburini* római tanár *Moravcsik* tanár s *Donath* tanár uraknak a liga nevében hálás köszönetét és nagy körültekintéssel végzett fáradságos munkájukért méltó elismerését nyilvánította, a melyhez a congressus tagjai nagy lelkesedéssel hozzájárultak s jegyzőkönyvben való megörökítését kívánták. Azután *Tamburini* indítványára alulírottat választották meg az első ülés elnökéül. Alulírott a nagy megtiszteltetésért hálás köszönetét nyilatkozta, a congressus munkához fogott, midőn is csak 2 ország — Magyarország s Hollandia — részéről beérkezett statisztikai adatokról történt beszámolás; a többi állam képviselői, mivel a feltett kérdéseket nem tartották megoldhatónak, természetesen nem készültek el munkájukkal. Az egyes kérdések újólagozása fogalmazásához kértek egyesek szót, de mivel azokat rövidesen le-tárgyalni nem lehetett, azon megállapodás történt, hogy úgy az új kérdések megszerkesztése, valamint a jövő évi munkaprogramm megállapítása végett egy szűkebb bizottság alakuljon, mely másnap délelőtt lépjen actióba s a még aznap este tartandó ülésen számoljon be munkálkodásáról. Ezen bizottság tagjai lettek: *Winterberg* (Oroszország), *Claus* (Belgium), *Veith* s *Friedländer* (Németország), *van Deventer* s *Muskens* (Holland), *Fischer* (Magyarország), *Obersteiner* (Ausztria) s *Ulrich* (Schweiz). A bizottság megalakulása után *Veith* dr. főorvos (Wuhlgarten) tartotta meg „Az epilepsiások kriminalitása” című előadását. Az előadó a wuhlgarteni nagy epilepsiás intézet anyagából először összeállította, hány büntettes egyén volt internálva. 1285 beteg közül (bármely napi létszámot tekintve)

687 férfi	közt 230 büntettes volt
499 nő	” 30 ” ”
99 gyermek	” 5 ” ”

Ha a többi nagy berlini elmegyógyintézetben (*Dalldorf*, *Herzberge*, *Buch*) elhelyezett epilepsiásokat tekintetbe veszi összehasonlítás szempontjából, az tűnik ki, hogy az epilepsiások nagy százalékát teszik a büntettes elmebetegeknek. Nagyon sok köztük a visszaeső büntettes, az említett csoportban csak 85 volt egyszer büntetve. Már kora ifjúságban szenvedik el az első büntetést, a férfibetegeknek több mint fele már 22 éves kora előtt büntetve volt. A büntettesek közt első helyen szerepelnek az alkohol-epilepsiások. Ellentétben azzal, a mit az irodalomban rendszerint találunk, kevés a szemérem ellen elkövetett vétség. Forensikus elbírálás céljából elengedhetetlenül szükséges az epilepsiás elmezavar s a delictum közötti összefüggés megállapítása.

Az előadáshoz — valószínűleg az idő előrehaladott voltára tekintettel — csak kevesen szóltak, ezen hozzászólások is csak azon magaslaton mozogtak, mint az rendszerint lenni szokott: megerősítették egy-két adattal az előadó tapasztalatát. Jóval 9 óra után az első ülés azon tudattal oszlott szét, hogy a másnapi gyűlés munkája a mozgalom előmozdítása céljából gyümölcsözőbb lesz.

Október hó 6.-án *Tamburini* római tanár elnöklete alatt a már jóval látogatottabb ülés kora délután kezdte meg tanácskozását. Főfeladata, a mint már fentebb is említettem, a jövő évi munkatervnek megállapítása volt. Mivel az előző reggeli, szűkebb bizottsági ülésen megállapított kérdéseket sem tartotta a gyűlés kielégítőnek, azon határozatot hozott, hogy az alulírott, valamint *Friedländer* tanár (*Hohe Markt*) együttesen dolgozzon ki egy kérdőívet — az ülés ügy nagyjában körvonalazta a kérdések célzatát —, mely kérdőívek alapján az összes államok egyöntetűen járhasanak el az epilepsiások statisztikájának összeállításánál. Itt mindjárt ismertetem az általam beküldött — már előzőleg a magyar bizottság által megbeszélte s tárgyalt — kérdőlap szövegét.

Számlálólap.

Intézet.....	Község.....	Vármegye.....
	város.....	
1. A beteg neve (családi és utónév).....		
A beteg neve.....		
2. A beteg kora (években)..... Foglalkozása.....		
A beteg családi állapota (hajadon, férjzett, özvegy, elvált, nős, nőten).....		
3. Csecsemőkorban voltak-e eszméletlenséggel járó ránggörcsök (fráz) s akkor anyatejen élt-e még, vagy el volt választva, jelentkeztek azután vagy a nélkül időnkint ágybavizelés, ránggörcsök.....		
4. Mikor mutatkoztak a betegség legelső tünetei (görcsrel járó eszméletlenség, absence, későbbi időszakban újra jelentkező ágybavizelés).....		
5. Mely tünetcsoportot észlelt rajta (motoros, psychés, vagy mind a kettő, s milyen az aurája).....		
Vajjon genuin vagy Jackson, góczytünetes, hystero-epilepsiás forma-e?.....		
6. Van-e családi terhelttség felmenőleg vagy oldalrokonságban, különös tekintettel az epilepsiás terheltiségre.....		
7. A betegség kórelőzményei közt mely tényezők (lues, alkoholismus, infectiosus betegség, trauma, különösen fejtrauma) szerepelnek		
a) az egyénben.....		
b) a vérérokonságban.....		
8. Tartható-e a családban vagy nem.....		
9. Megjegyzések.....		
Kelt.....		

Aláírás.

Miután így az egyöntetű statisztikai kérdőlap ügye le-tárgyaltatott, az epilepsia elleni liga financialis részének rendezése, valamint saját sajtóorganumának megszerzése alkotta a tanácskozás tárgyát. Mint mindenütt s minden nagyobb, a társadalmi életet is érintő mozgalmak alkalmával, úgy itt is elsősorban az állam bőkezűségét kívánták igénybe venni, azt hangoztatták, hogy ki-ki saját államához forduljon segítségért, az állam járuljon hozzá ezen tudományos s társadalmi actio kiépítéséhez. Különösen az idősebb s nagytekintélyű résztvevők hangoztatták ezen álláspontot, míg a fiatalabbak azon nézetet voltak, hogy az előmunkálatok végzésére a liga tagjai maguk közt szerezzék be a költségeket (mint azt a magyar bizottság tagjai tették is) s ha már produkáltak valamit, akkor forduljanak saját államukhoz támogatásért. Megkönnyítette ezen utóbbi propositio keresztülvitelét az „Epilepsia” lap kiadójának azon előzékeny s kecsértető ajánlata, hogy ha 50 ligatag kötelezi magát a lap tartására, 20 márka évi díj helyett 9 márkáért küldi nekik a lapot, azonfelül ezen lapot mint az epilepsia-liga hivatalos organumát fogja szerepeltetni. Az eddigi s jelenlegi ár közti különbözettel pedig az epilepsiás kérdés tanulmányozásának jelenlegi kiadásait lehetne fedezni. A zajos ülést azonban be kellett rekeszteni, jóllehet már csak egyes részletkérdések tárgyalása maradt hátra, mert a résztvevők közül többen az internationalis elmebetegügyi congressuson mint functionariusok s előadók szerepeltek. Másnapra az ülés folytatását és *Muskens* előadásának megtartását proponálták. Az utolsó ülésen azonban már kevesen jelentek meg, azért a bureau úgy intézkedett, hogy a végleges határozat az egyes nemzeti bizottságokkal írásban lesz közölve. *Muskens* dr.-t is táviratilag hazahívták, így érde-

kesnek ígérkezett előadása „Kutatások az epilepsia pathopsychológiája körül vetített képekkel“ elmaradt.

Ha már most a lezajlott congressuson végigtekintünk, újból azon tapasztalatot szereztük, hogy ily nagyfontosságú kérdést más tudományos kérdések elbírálása s megmunkálása keretén belül tárgyalni nem lehet. Ez esetben azért sem lehetett, mert az ezen kérdést tárgyaló szaktársak azon idő alatt, midőn az epilepsia ügyével érdemlegesen kellett volna foglalkozniok, más irányban voltak elfoglalva s bármennyire megvolt bennük az ügy iránti meleg érdeklődés s őszinte buzgalom, idő hiánya miatt képtelenek voltak a kérdéssel behatóbban foglalkozni. Hogy csak egy példát említsék: *Binswanger* jenai tanár is az egyik ülésen résztvett, de alig fogtunk bele az érdemleges tárgyalásokba, már elhívták, ugyanis azon időre esett egyik hirdetett népszerű előadása, melyet más időre elhalasztani nem lehetett s így *Binswanger* az ő nagy tapasztalataival — sajnós — nélkülözniük kellett tárgyalásunkon. Tehát rosszul volt megválasztva az idő ezen nagyfontosságú kérdés megvitatására. Másrészt az ügy előbbreviteléhez szükséges finansziális áldozatok megszerzése körül oly kicsinyes motívumokkal állottak elő s oly nehezen szánták rá magukat arra, hogy a kiadásokhoz hozzájárulnak, hogy az epilepsia leküzdésére indított actio ezen utóbbi oknál fogva majdnem meghiusult. Pedig mindannyian ismerték *Montecuccoli* mondását, hogy minden háború viseléséhez első sorban pénz kell; sajnós, kivétel ezen arany igazság alul még az epilepsia ellen indított hadjárat sem lehet.

Fischer Ignác dr.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Georg Zuelzer: Innere Medicin. Band I. Leipzig. 1911. Verlag von W. Klinkhardt.

Pár évtized óta különösen a német könyvpiacz elárasztotta az orvosi irodalmat compendiumokkal s ezzel nagy mértékben hozzájárult a szigorlati tudás niveaujának sülyedéséhez, mert a compendium a hallgató kezében nem ismétlő-, hanem tankönyv lett. Pedig jó compendium szükséges, ilyen azonban csak egyféle van: a mit a hallgató maga készít, tankönyveiből és jegyzeteiből. Az orvosi tanításnak nagy szolgálatot tesz, a ki a compendiumokat kiszorítani tudja, ez pedig csak úgy lehetséges, ha a hallgatóság a saját látköréhez való, kisebb terjedelmű, jó tankönyvekkel van ellátva. Ügylátszik, a *Barenheimer*-féle vállalat ebből a szempontból keletkezett s a belgyógyászati rész megírása hozzáértő kézbe került. Az eddig megjelent fejezetek elég kimerítőek a kezdő számára, jóformán csak olyan álláspontokat ismertetnek, melyek legalább általában, elfogadottak, az alapvető fogalmakat rövid szavakban, érthetően magyarázza. Igen sikerült a fertőző betegségekhez adott bevezetés, a lázas betegek diatája, a szívinsufficiencia magyarázata s a tüdővészről szóló fejezet. Szerintünk azonban kezdők számára írott tankönyvnek nem helyes annyi gyógyszer-specialitást ajánlani, mint *Zuelzer* teszi (*Vial*-féle tonikus bor, extractum chinae Nanning, vasotonin stb.), jó, ha a kezdő közel marad a gyógyszerkönyvhöz (ámbar ez a haladónak sem árt). Azt hiszem, a kreosotkészítmények — amúgy is nagy fentartással való — ajánlása phthisis ellen már el is maradhatna a tankönyvekből, gondolom, alig lesz már valaki, a ki tüdővész eseteiben eredményeket vár tőlük. Azt is nehéz lesz a kezdőnek megérteni, hogyan kerül ugyanazon baj, a tüdővész gyógyításában egymás mellé a fekvő kúra és az angol sanatoriumokban használt rendszeres és fokozatosan erős mértékűvé tett testi munka ajánlata. Sajnálatos, hogy a syphilitis tárgyalását egészen a bőrgyógyászatnak engedi át, bár elismerem, hogy ezzel csak egy ma már befejezett álláspontot fogad el, a min, ha hibás is, már nehéz segíteni. Talán egy kis jóakarattal könnyebb volna azon a német irodalomban

meghonosodott tévedésen változtatni, hogy Magyarországon a typhus exanthematicus endemiás betegség. Mindezen kifogások a könyv értékes tulajdonságait és használhatóságát lényegileg nem érinthetik. R. Zs.

Lapszemle.

Gyógyszertan.

Adalin néven egy új hypnoticum jött forgalomba. Az adalin kémiai összetétele szerint bromdiaethylacetilhúgyanyag; fehér, szagtalan, kissé keserű ízű, hideg vízben kevésbé oldható. *Impens* állatkísérletei szerint közepes erősségű és lassú felszívódása miatt kissé egyenetlenül ható hypnoticum, a melynek toxicitása csak olyan fokú, hogy veszély nélkül használható a gyakorlatban. *Finckh* 110 idegbajoson próbálta ki ezt az új szert; dicséri elmebajosokra kifejtett sedativ hatását, de egyúttal tapasztalta hatásának már említett egyenetlenségét is; hypnózis hatása közepes erősségű; más altatószerrel kombinálva jó eredményt adott. *Fleischmann* szerint a belorvostanban jól használható mint altatószer 0.5—1.0 gr.-os adagban. Kellemetlen mellékhatásokat eddig még nem észleltek. (Medizinische Klinik, 1910. 47. szám.)

Belorvostan.

A gümőkór specifikus kezeléséről ír *Neumann*, Neusser tanár klinikájának segéde. Az utolsó 4 évben sok, többnyire súlyos gümőkór-esetet kezeltek a bécsi II. belklinikán különféle tuberculinokkal. Tapasztalataik szerint a tuberculinnak van gyógyító hatása; a fődolog a kellő adagolás, a készítmény minősége meglehetősen mellékes. Helytelen adagolás esetén a tuberculin káros is lehet, ezt azonban nem szabad érvül használni ellene, mert hiszen helytelen adagolás mellett a digitalis is veszedelmes lehet. Legczélszerűbb nagyon kicsiny, szinte homeopathiás adagokkal kezdeni a kúrát, mert nem lehet tudni, hogy az illető eset miképp reagál a szerre. Különben már ezen igen kicsiny adagoknak a hatása is csaknem mindig kimutatható. Később lassan fokozzuk a tuberculin mennyiségét. A tuberculin hatása a szerző szerint nem immunizálásban áll, hanem a szervezet lymphás szöveteinek és magának a betegség-gócnak irritálásában. Vegyes fertőzés esetén tuberculin mellett colloidalis fémsó-oldatokat is adtak (elektargol stb.), még pedig bőr alá vagy intramuscularisan, de sohasem intravenásan, mert ez utóbbi már veszélyeket rejt. Vérköpés ellen nem javallják a specifikus kezelést. Cachexiás betegek állandó súlycsökkenéssel, magas lázú betegek, kiknek lázára a tuberculin hatástalannak bizonyul, gyenge, kevésvérű betegek erősen fokozott szív működéssel nem alkalmasak a tuberculin-kezelésre. A ruházattól fedett testrészekben is erősen pigmentált bőrű egyének szintén refractaerek a tuberculinnal szemben. Gégegümőkór eseteiben kevésbé jók az eredmények. Végző eredményképpen azt mondja a szerző, hogy a tuberculin-kúra nem a legideálisabb gyógyításmód ugyan, ezidőszertint azonban a leghatásosabb szer a gümőkór elleni küzdelemben. (Beitr. z. Klin. d. Tuberkulose, 1910.)

Sebészet.

A légembolia kezeléséről ír *Blair* és *Mc Guigan*. A légembolia folytán létrejövő halál alkalmával a primær a légzés megállása, ez azonban annak a következménye, hogy a szív csak minimalis mennyiségű vért tud kilöki magából. Viszont ha a szívnek sikerül a beléjutott léghólyagot kiküszöbölnie s a circulatio helyreáll, akkor a keringésbe jutott igen nagymennyiségű levegő is hamar eltűnik. A légembolia észszerű kezelése tehát ezen légbuboréknak a szívből kihajtása volna. Megpróbálták direct szívmassage-zsal a levegőt a szívből kihajtani — ez nem sikerült. Sokkal hatásosabb a jobb szívnek folyadékkal (physiologiai konyhasóoldattal) legalább részben való megtöltése. Ezt elősegíthetné az, hogy egy peri-

feriás arteriát megnyitunk, a mi által a szív munkának az a többlete, melyet a sóoldatnak a szívbe való direct bevitele okoz, kompenzálattnak. Kísérletileg azonban ez nem vált be. A Lesser által ajánlott konyhasó-infusio nemcsak, hogy nem előnyös, de ha hirtelen nagymennyiségű folyadékot viszünk be, az által, hogy a már amúgy is gyöngye és tágulásra amúgy is hajlamos szívet hirtelen kitágítja, direct végzetes lehet és a szív megállását vonhatja maga után. Lassú infusiónak pedig, a mit *Goodright* ajánl, egyáltalán semmi hatása sem lehet a légemboliára. Szerzők legtöbb sikert láttak kísérleteiken attól, hogy kis-mennyiségű konyhasó-oldat mellett egy hatalmas szívexcitánst, $1\frac{0}{100}$ adrenalinot vittek direct a szívbe, a szív erős contractiója képes leginkább a léghólyagot kilökní; e mellett mesterséges légzés csak hasznot hozhat. Embernél szerintük $2\text{ cm}^3\ 1\frac{1}{100}$ adrenalinnak direct a szívbe való fecskendezése volna ajánlatos, legczélszerűbben a megnyitott nyaki vénán át; e mellett $26\text{--}30\text{ cm}$. nyomás mellett konyhasó-infusio direct a nyaki vénába. De csak kis mennyiséget (ő kutyán körülbelül 40 cm^3 -t használt) szabad befecskendezni, mert nagymennyiségűt a szívnek adrenalin által fokozott működése sem képes kihajtani. Mindennek lehetőleg 2 percczel az embolia bekövetkezése után kell megtörténnie, legalább állaton, a hol bizonyos nyomással fecskendezték be a levegőt a szívbe, csak ilyenkor értek el gyógyulást. Embernél, a hol aránylag kisebb mennyiségű levegő jut be, bizonyára a későbbi beavatkozásnál is lehet remény sikerre. (*Annals of surgery*, 1910 okt.) P.

Szülészet és nőorvostan.

Az eklampsia gyógyításában *W. Fletcher Shaw* szerint három tényező játszik nagy szerepet: a vizelet fehérjertartalma, a hőmérsék és az eklampsia jelentkezésének ideje. A mi az első tényezőt illeti: kicsiny fehérjertartalom mellett rosszabb a prognózis. 21 esetben a fehérjertartalom $1\frac{0}{100}$ -on alul volt, 18 esetben pedig $1\frac{0}{100}$ -on felül; ez utóbbi esetekben a halálozás csak $16\frac{6}{100}$ -ra rúgott, míg az előbbieken $61\frac{9}{100}$ -ra. A prognózis a hőmérsék fokával arányosan rosszabbodik; 26 esetben 38° -on felüli hőmérsék mellett a halálozás százaléka $57\frac{7}{100}$ -et tett, 17 esetben 38° -on aluli hőmérsék mellett csak $5\frac{1}{100}$ -et. A hőmérséknek folyton tartó fokozódása rendkívül rossz prognózisra enged következtetni. Ugyanígy nagyon rossz a prognózis, ha a magas hőmérsékkel a vizeletnek alacsony fehérjertartalma jár együtt, az ilyen esetekben a halálozás százaléka 100 volt; míg 38° -on aluli hőmérsék-et és $1\frac{0}{100}$ -on felüli fehérjertartalmat mutató esetekben a halálozás százaléka 0. A prognózis végül határozottan rosszabb, ha az eklampsia a szülés után kezdődik; a szerzőnek 8 ilyen esete közül csak 1 végződött gyógyulással. (*Brit. med. journal*, 1910, október 29.)

Gyermekorvostan.

Az antimeningococcus-serummal 68 esetben elért eredményeiről számol be *Netter*. Táblázatos kimutatásaiból kitűnik, hogy válogatás nélkül véve az eseteket, a serum alkalmazásával a halálozás $48\frac{5}{100}$ -ról $23\frac{5}{100}$ -ra csökkent. Ha leszámítjuk azon eseteket, melyeket már haldokló állapotban hoztak a kórházba, akkor a mortalitást $32\frac{0}{100}$ -ról $12\frac{5}{100}$ -ra sikerült leszorítani. A két éven felüli gyermekek mortalitása $23\frac{5}{100}$ -ról $13\frac{5}{100}$ -ra esett; míg az igen magas mortalitása a 2 éven aluli gyermekeknek $75\frac{0}{100}$ -ról $43\frac{5}{100}$ -ra csökkent. A mint utókövetkezmény jelentkező sükettség és vakság $7\frac{0}{100}$ lett az azelőtti $23\frac{0}{100}$ -kal szemben. A serummal kezelt esetek $13\frac{0}{100}$ -ában látott elhúzódozó lefolyást az azelőtti $58\frac{8}{100}$ -kal szemben.

Figyelmeztet, hogy a serumot nagy adagokban ismételve kell adni addig, a míg a lumbalpunkciós folyadékban meningococcust lehet kimutatni. Így alkalmazva a serumot, 10, sőt egy esetben 22 injectiót is végzett és azt tapasztalta, hogy a betegség lefolyása gyorsabb volt, a hőmérsék kritikusan esett le és a visszaesés sem volt oly gyakori, mint azelőtt. A *Flexner*-féle serum mennyisége, a mely felhasznál-

tatott, $30\text{--}255\text{ cm}^3$ volt, sőt az egyik esetben 823 cm^3 -t tett ki. A hőmérsék rendkívül változó, 3° -nyi ingadozásokat is észlelt 24 óra alatt. A sokszor és nagy mennyiségben adott serum többször súlyos serum-belegséget okozott, a mely könnyen összetéveszthető meningitises rohammal vagy recidivával; ha előáll, mindig a lumbalpunkcio fog útbaigazítani bennünket.

A rossz eredmények okát az igen kicsi adagokban vagy az injectiók korai beszüntetésében látja. (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1910 július 27.)

Bókay Zoltán dr.

Venereás betegségek.

A syphilisnek „hectin“-nel való kezelését kísérlete meg *C. Ravasini* (Triest). A „hectin“-t *Monneyrat* vezette be a syphilis-therapiába. Ez is egy arsen-készítmény, a melynek azonban állítólag nincsenek káros mellékhatásai s a nervus opticust sem veszélyezteti. A szerrel már többen kísérleteztek sikeresen. Így *Balzer* és *Milian* tertiaer lues ellen alkalmazták, *Balzer* és *Dive* friss lueses iritis ellenében, *Hallopeau* pedig a syphilis primaer szakában mint abortiv szert próbálta ki. A hectint kénesóval is kombinálták, ilyen alakban „hectargyre“ a neve. A szerző a hectint 5 esetben próbálta ki s általában hatásos antilueticumnak találta. Megkísérelte a syphilisnek abortiv kezelését is, de ez nem sikerült. Némi siker legfőljebb abban nyilvánult, hogy a secundaer tünetek csak elvéve jelentkeztek. A legszebb eredményt érte el *Ravasini* egy lues maligna esetében, a melyben a súlyos és igen kiterjedt ulceratiók 13 hectin-injectióra (à $0\cdot2\text{ gr}$.) teljesen meggyógyultak. A hatás azonban nem volt tartós, mert 1 hónappal később már ismét recidivált az eset. (*Münchener med. Wochenschrift*, 1911. 2. sz.)

Guszman.

Húgyszervi betegségek.

Prostata-carcinoma 111 esetét figyelte meg, illetőleg kezelte, részben pedig bonczolástaniilag meg is vizsgálta *Hampton Young* és a nevezett betegséget most a legapróbb vonatkozásaiban, melyeket ezen óriási anyaghalmból meríthetett, igen részletesen ismerteti.

A szerző mindjárt előadásá kezdetén hangsúlyozza, hogy a saját vizsgálatai alapján nem fogadhatja el *Albarran*-nak azt a nézetét, hogy a prostatarék rendszerint az egyszerű prostata-hypertrophiaiból, illetőleg a prostataadenomából képződik. Kétségtelen, hogy a túltengett prostatalebens is beleeshetik ebbe a betegségbe, de ilyenkor az álképlet mindig valamilyen primaer — nem hypertrophias, sőt subcapsularis — gócból indult ki, illetőleg terjedt át a hypertrophias részekre; szerinte azok az adenomás epitheliomák, melyeket *Albarran* leírt, nem is voltak malignus természetűek.

Míg eddig az volt a közfelfogás, hogy prostatarék esetén gyökeres, tehát tartós gyógyulás lehetetlen, addig *Hampton Young* az ő tapasztalataira hivatkozva úgy nyilatkozik, hogy a rákműtét feltétlenül sikeres lesz s tartós eredményt fog adni, ha a még idejében operált betegen nemcsak a prostatát az ondóhólyagokkal együtt, hanem egyúttal a trigonumnak innenső két harmadát és a vasa deferentiából is legalább 5 cm -nyi darabot metszünk ki.

Az ő 111 megfigyeléséből a szerző ezeket következteti: A prostatarék sokkal gyakoribb, mint a hogy általánosan hiszik; minden olyan esetben, a hol a prostata volumene a rendesnél nagyobb, carcinomát fogunk körjelezhetni. 500 olyan eset közül, a hol a vizelet lefolyása akadályozva volt, 100-ban prostata-carcinoma s 400-ban közönséges hypertrophia okozta a nehéz vizelet-csurgást.

A tünetek, főleg a betegség kezdetén, rendszerint ugyanazok, mint a hypertrophianál; idővel azonban valamennyi tünet felett a localis, kisugárzó fájdalom dominál.

A carcinoma úgy a teljesen egészséges, mint az idült lobos és hypertrophias prostatában is kifejlődhetik és rendszeren kis csomó alakjában kezdődik, mely azonban olyankor, a midőn hypertrophias prostatával van dolgunk, rend-

szerint egy nem hypertrophiás ponton jelentkezik elsődlegesen, még pedig többnyire a hátulsó subcapsularis részben, a túltengett prostatalebeny mögött.

A prostatarák hosszú ideig a lebeny belsejében lappang; úgy a húgycső, mint a hólyag, sőt maga a prostata hátulsó tokja is jó sokáig ellenáll a betegségnek. A periprostatás szövetek rendszeren a ducti ejaculatorii mentén, a prostata felett, tehát az ondóhólyagok és a húgyhólyag között fekvő részen kezdenek megbetegedni. Innen azután, most már gyorsabb tempóban, a betegség átterjed a trigonum alsó felületére és a medence kötőszövetében végződő nyirokerekre; maguk a mirigyek csak jó későn betegek meg, még a csontok is jóval előbb lesznek betegek, mint a mirigyek.

Minden olyan esetben tehát, a hol nehezített vizelet mellett a beteg prostatatáji fájdalomról panaszkodik, a prostatát és az ondóhólyagokat gondosan végig kell tapogatni s az esetben, ha vagy magát a prostatát találjuk keménynek, vagy benne egy keményebb csomót tapintunk, akkor már nagy a gyanunk carcinomára, kiváltképp, ha a beteg sohasem szenvedett prostatitisben s ha nincs jelen egy hypertrophiás és a hólyagba is benyúló prostatalebeny.

Az ilyen esetben, ha a tünetek egyébként még olyan jelentéktelenek is, próbaműtétet kell végezni. Ha ennek folyamán a prostata hátulsó lebenyének pusztá megtekintéséből nem állapíthatjuk meg a diagnosist, akkor az oldallebenyekből kis darabkákat kimetszünk s ezeket mikroszkoppal azonnal megvizsgáljuk. Ha a lelet carcinoma mellett bizonyít, akkor a metszésfelületek kiégetése után azonnal végrehajtjuk a radicalis műtétet.

Valódi és tartós gyógyulást csak akkor érhetünk el, ha, a mint már említettük, a prostatát az ondóhólyagokkal, a vasa deferentiával és a trigonum jó kétharmadrészével együtt metszszük ki.

A szerző egyik esetében a teljes gyógyulások állapot már 5 év óta tart. Ha a betegség már annyira előrehaladt, hogy radicalis műtétről szó sem lehet és a vizelet már nehezebben csurog, akkor a beteget minél gyakrabban kell katheretizálni, sőt őt ezen műveletre ki kell oktatni. De ha már a katheretizálás is nehezen megy, avagy nagy fájdalommal jár, akkor a palliatív műtét lesz indikálva, még pedig vagy a cystostomia suprapubica vagy pedig a prostatectomia perinealis partialis, mely műtétek a vizeletzavarokat és a hólyagfájdalmakat rendszerint azonnal megszüntetik. (Annales des maladies des org. génito-urinaires, 1910. 20. füzet.)

Drucker Viktor dr.

Fülörvostan.

Otogen (acut) leptomeningitis két gyógyult esetét mutatta be Logan Turner a múlt évben alakult skót otolaryngologiai társaság első ülésén.

Mindkét esetben — az egyik 16, a másik 29 éves fiatalember volt — az évek óta fennálló otitis media purulentához hirtelen társult az agyszövődmény. Heves fejfájás, hányás, szédülés, magas láz volt az első eset tünetcsoportja, a melyhez a második esetben a belső fül megbetegedésének tünetei is járultak, nevezetesen spontán nystagmus az ép oldal felé és a calorikus nystagmus hiánya. A nervus cochlearis működött.

Az első esetben a gyökeres műtét alatt semmi jel sem mutatott a belső fül megbetegedésére, míg a másodikban a cholesteatoma eltávolítása után a laterális ivjáraton fistulát talált s az áttört ovális ablakból is geny folyt ki. A műtét után a meningitisnek még több symptomája jelentkezett: nyakszirtmerevedés, Kerning-tünet, kínzó fejfájás; csak neuritis optica nem volt egyik esetben sem.

A gerinczsatorna folyadékának bakteriologiai vizsgálata az egyik esetben streptococcus pyogenest, bacillus proteust és Gram-positív anaërob kórokozókat mutatott, a másodikban Gram-positív és Gram-negatív bacillusokat és Gram-positív coccusokat.

Mindkét esetben gyakran végzett lumbalpunkciót és anti-

streptococcus-serumot adagolt két ízben a gerinczsatornába, öt ízben subcutan; három hó alatt mind a két eset meggyógyult. Sajnos, hogy a serum minőségéről és adagjairól nem szolt az előadó. (The Journal of Laryngology, 1911 január.)
Rejtő Sándor dr.

Fizikai és diaetás gyógyításmódok.

Az oxygenfürdők hatásmódját és gyógyító alkalmazását tanulmányozta Scholz potsdami törzsorvos, ki úgy vélekedik, hogy az eddigi ilyen irányú vizsgálasok azért adtak eltérő eredményeket, mert az egyik kísérletező indifferens oxygenfürdőt alkalmazott, a másik meg differenset, s az egyik csak egészségeset vizsgált, a másik meg beteget. A szerző valamennyi vizsgálatát 33—34 C fokos fürdőben végezte, hogy a víznek a test felszínétől eltérő hőmérséke már magában ne okozzon a vérnyomásban változást. Ő úgy egészségeseket, mint betegeket is vizsgált. Azt találta, hogy a vérnyomás egészségesben az indifferens O₂-fürdőben eleinte kissé süllyed, de hogy ez a változás a fürdés végéig majdnem teljesen kiegyenlítődik és már rövid idővel a fürdő befejezése után annyira emelkedik, hogy az eredetét eléri vagy azt még csekélylyel túl is haladja. Az érlökés evvel egyezően változik. Kompenzált vagy közel kompenzált szívhaj eseteiben a vérnyomás a fürdés alatt csökken és utána némely esetben soká, 1—2 óra hosszat is, alacsonyabb marad. Az érlökés ekkor ritkább és teltebb. Azon esetekben, a melyekben a compensatio nem tökéletes, a vérnyomás a fürdőben nem csökken, hanem ellenkezően mulékonyan még emelkedni is szokott. (Ez esetek nem is alkalmasak arra, hogy O₂-fürdőkkel kezeltesse.) Arteriosclerosis esetén, ha aneurysmával, nephritissel szövődve nincsen, vagy ha ez a baj még nem nagyon súlyos, a vérnyomás rendszeren — számos esetben jelentékenyen, 20 mm.-rel is — süllyedni szokott s ily állapotban akár egy óra hosszat is megmarad a fürdő után. Az előbb még szapora érlökés egyúttal ritkábbá válik és jellege is megjavul. Ideges szívhajban (beleértve a morb. Basedowit is) az oxygenfürdő hatása a vérnyomásra és az érverésre változó, sőt vannak ezek között oly esetek is, a melyekben a vérnyomásban semmi változás sem mutatkozik. Minden más betegség esetén a vérnyomás a fürdőben, ha csak rövid időre és jelentéktelenül is, süllyed és az érverés ritkábbá válik.

Az oxygenfürdők a vérnyomást tehát csökkentik és ezzel a szív munkáját megkönnyítik. Ebben tehát a szénsavas fürdőkkel ellentétesen hatnak, a melyek a szív munkáját — mint tudjuk — fokozzák, a szívet tehát gyakorolják. Az O₂-fürdők viszont a *véreket* gyakorolják, ezek és a bőr izmai ugyanis a fürdőben összehúzódnak, az érlökés pedig annak ellenére, hogy a vérnyomás csökken, mégis ritkábbá válik. Ez azt mutatja, hogy az oxygenfürdő a vérekre hat. Ezen fürdők többi mellékhatása: a megnyugtató, altató és a légzést lassító s mélyebbé tevő hatás nem sajátlagos, mert sok másfajta vízkalmazásra is mutatkozik.

Az oxygenfürdők tehát azon esetekben hatnak kedvezően, a melyekben a vérnyomás fokozott s a melyekben a szívet kímélni, a véreket pedig gyakorolni akarjuk. Előnyösen alkalmazhatók arteriosclerosis és aneurysma aortae esetén, mely utóbbi esetben a kínzó nehézlégzést is csökkentik. Bizonyos esetekben, kivált azokban, a melyekben a decompensatio csak rövid ideje áll fenn, billentyűelégtelesség esetén is jó hatásúak. Stenosis esetén nem sokat érünk velük, valamint azon esetekben sem, a melyekben a szív izomzata elfajult (myocarditis, szívelhájasodás), továbbá táplálkozási zavarok és túleröltetés következtében keletkezett szívgyengeségben sem. A koszorú-erők sclerosisától eredő cardialis asthmát azonban csökkentik. Nagyjelentőségű az O₂-fürdők alkalmazása még ideghaj, úgymint neurasthenia, ideges álmatlanság, ideges tachycardia, morb. Basedow, neuralgia és neuritis eseteiben is, a mely utóbbiakban a fájdalmakat enyhíti. A többi szerv betegségei közül kivált a vesegyulladás az, a mely ellen ezek jó hatásúak. Természetes, hogy az O₂-

fürdőktől csak akkor várhatunk kifejezettebb kedvező hatást, ha hosszabban (legalább is egyfolytában 20 fürdőt) és rendszeresen alkalmazzuk őket. (Deutsche med. Wochenschrift, 1910. 48. szám.)
Lenkei V. D.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A jod használatának veszélyességére, a melyről nemrég Krehl tanár írt, Römheld is figyelmeztet. Több esetet látott, melyben golyvás egyének jod használata után Basedow-kórossá lettek. Volt esete, melyben jod adására a Basedow-kór rosszabbodásnak indult, s olyan, a melyben a soványítás céljából adott jod Basedow-kórt váltott ki. (Mediz. Klinik, 1910. 49. szám.)

A vas-sajodinra, mint kitűnő jod-vaskészítményre már több (Mulzer és Michaelis, Görges) felhívták a figyelmet. Újabban Lehmann ír róla, kiemelve azt a gyakorlati szempontból fontos két körülményt, hogy a szert legjobb 1/2 órával az étkezések után bevenni és hogy keményítődús táplálék, valamint alkohol kerülendő, minthogy az előbbi a jod felszívódását akadályozza, az utóbbi pedig a jodmérgezés veszélyét növeli. A továbbiakban pedig felhívja a figyelmet a vas-sajodin két folyékony készítményére: a vas-sajodin-emulsióra és a vas-sajodin-csukamájolajra. Mindkét készítményből 10 cm³ épen 2 centigramm jodot és 8 milligramm vasat tartalmaz. Ennek megfelelően az adagjuk a beteg kora szerint 5—10 cm³ naponként háromszor. (Allgem. mediz. Central-Zeitung, 1910. 40. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Magyar orvosi archívum, 1910. 6. füzet. Balogh Artur: A mellékvese kiirtásáról és kivonatainak hatásáról békán. Galambos Arnold: Diastase s diastatikus hatású anyagok a vizeletben. Úthy László: A glandula thyreoidea accessoria és daganatai. Róth Miklós: A gyomorhatárok kopogtatás útján való meghatározásáról. Molnár Béla: A lecithinbefecskendés hatása a praecipitáló savók complementkötő képességére. Rosenthal Jenő: Egértumorok kölcsönös hatásáról.

Gyógyászat, 1911. 5. szám. Bauer Lajos: Erythrodermia desquamativa emlőn táplálék csecsemőkön. Csabai Úy Kálmán: Adatok a méhvérzések kezeléséhez.

Klinikai füzetek, 1911. 1. füzet. Preisich Kornél: Tuberculosis a gyermekkorban. Juba Adolf: Az iskolaorvosi intézmény Magyarországon.

Orvosok Lapja, 1911. 5. szám. Manninger Vilmos: Az érzéstelenítésről.

Budapesti orvosi újság, 1911. 5. szám. Pertik Ottó: In memoriam; Semmelweis. „Sebészet“ melléklet, 1. szám. Unterberg Hugó: A vesék működésképe az egyik oldalon teljesen kettőzött ureter esetében. Sipos Dezső: Adatok a proctosigmoszkópia methodikájához. Vragassy Lipót: Gyermekkori chronikus ileo-coecalis invagináció és kocsányában tengelye irányában csavarodott ovarialis cystának egy-egy operált és gyógyult esete.

Vegyes hírek.

Kinevezés. Wettengel Károly dr. tabi járásorvost tiszteletbeli megyei főorvossá, Sárkány János dr. topolyai járásorvost államvasúti orvosi tanácsadóvá nevezték ki.

A budapesti kir. m. tud.-egyetem orr- és gégegyógyászati klinikáján, melyet ez idő szerint Baross-utca 40. szám alatt helyeztek el. egyelőre — a míg a fekvő betegek felvehetése céljából szükséges átalakítások megtörténnek — csak bejáró betegeknek rendelnek, még pedig naponként délután 5 és 7 óra között.

Érdekes orvosi per. Francia orvosi lapokban olvassuk a következő történetet. Egy bordeaux-i orvoshoz azzal fordult egy férfi, hogy a heréit, a melyek nem szálltak le a scrotumába, sebészi úton hozza le, minthogy a férfiaság e jelképeinek látszólagos hiánya szinte melancholiássá teszi őt. Pedig hogy a hiány valóban csak látszólagos volt, azt eléggé megmutatta a két here kifogástalan működésével. Az orvos reáállt az operációra, de műtét közben meggyőződött róla, hogy a herék magasabban fekszenek, mintsem hogy le lehetne hozni őket. Ezért — a beteg érdekében — két már előre elkészített idegen herét varrt be az üres herezacskóba. A seb simán gyógyult, a két idegen here szépen megtapadt és megmaradt, s a megoperált egyén boldog volt és új életkedvre tett szert — mindaddig, a míg valaki el nem árulta neki a tényállást. Az illető erre az orvostól az idegen herék kiirtását követelte s e mellett még kártérítési pert is indított ellene. A bordeaux-i főbíró azonban őt a keresetével 1910 január 10. én e'utasította, azzal a megokolással, hogy az orvos lelkiismeretesen és a beteg érdekében cselekedett s hogy eljárása olyan megítélés alá esik, mint bármely más kozmetikai műtétel.

Congressusok. A német sebésztársaság 40. congressusa április 19-22.-én lesz a berlini Langenbeck-házban L. Rehn dr. (Frankfurt) elnöklésével. Tárgyalásra kiűzött témák: Szabad transzplantációk (Lexer), a kéz és a műtéli terület fertőtlenítése (Küttner), Basedow-kór (Kocher), coecum mobile (Wilms). — A Németországban székelő, de nemzetközi karakterű „Anatomische Gesellschaft“ április 23-26.-án tartja meg Lipszében ez évi congressusát, a mely egybeesik fennállásának 25. évfordulójával. Ezen alkalommal az elnökség külön felszólította megjelenésre és előadás tartására azokat az anatomusokat, a kik a társulat első ülésén egy negyedszázad előtt előadást tartottak, többek közt Lenhossék tanárt is, a ki a társulat első ülésén az agyvelőn tett észleleteiről értekezett, most pedig a zonula Zinnii fejlődéséről jelentett be előadást.

Meghalt. Weinberger Jakab dr. 65 éves korában Kassán. — G. F. Barker dr., az élettan és gyógyszer-tanára a new-haveni Yale-egyetemen.

Hírek külföldről. A Bolognában székelő „Istituto Rizzoli“ az Umberto I. jutalomdíjat W. Schulthess zürichi tanárnak ítélte oda „Die Pathologie und Therapie der Rückgratsverkrümmungen“ című művéért, mint a mely a bírálók szerint az utolsó öt évben megjelent legjobb orthopaediai mű. — Gad tanár utódja a prágai német egyetem élettani tanszékén Fr. Hoffmann dr., az iansbrucki egyetemen az élettan tanára lett. — P. Baiardi dr.-t Genuában a szemészet rendes tanárává nevezték ki. — Waldeyer tanárt Berlinben az urakháza tagjává nevezték ki.

Jodlecithin Richter felette alkalmas oly esetekben, a hol hosszú időn át kell jodhatást kifejteni, mint asthma bronchiale, chronikus emphysema, arteriosclerosis, torpid lueses megbetegedések eseteiben. Gyorsan szívódik fel a szervezetben. A Jodlecithin-t a gyermekpraxisban ott alkalmazzák, a hol a mirigyek duzzanata és bizonyos dyscrasiás hajlam áll fenn. Újabban 25 cgr. jodlecithin-tartalommal bíró Jodlecithin-tabletták is forgalomba kerültek, erősebb jodhatás kifejtése céljából.

DR. MAHLER SANATORIUMA, ABBAZIA

belbetegek — spec. szívbetegek és üdülők részére.

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

Ujtátrafüred Sanatorium

légzőszervi betegek részére. Legmodernebb kényelem — központi fűtés — villanyvilágítás. Gondos ápolás, állandó orvosi felügyelet. Mérsékelt árak. Prospektus. Vezető főorvos: Szontagh Miklós dr. Egész éven át nyitva.

Orvosi laboratórium: Dr. MÁTRAJ GÁBOR v. egy. tanárségéd. Telefon 26-96. VI., Teréz-körút 27.

:: San-Remo ::

téli klimás gyógyhely az olasz Riverián. A „Grand Hotel de Nice“-ben fekvő csarnokok és magyar ápolónő, a Continental et Palace szállóban minden emeleten meleg tengeri fürdő. Felvilágosítást készséggel nyújt Czirfusz Dezső dr. kir. tanácsos.

Tamássy Park-sanatoriuma

Dunaharasztiiban (Budapestről villamosközlekedés). Külön osztály vérbajosok, húgyszervi megbetegedésben szenvedőknek.

Dr. GARA GÉZA, Meran. SANATORIUM. PROSPECTUS.

Epileptikus betegek intézete BALF gyógyfürdőben. Felvilágosítással szolgál Wosinski István dr., igazgató-tulajdonos. Vagyontalan betegek a nagyméltóságú m. kir. belügyminiszterium előzetes engedélye alapján az országos betegápolási alap terhére vétetnek fel.

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

Gyermeksanatorium PORTORÉ

(Fiume mellett) 100 ágyra berendezett modern intézet. Egész éven át nyitva. Igen mérsékelt árak. Igazgató-főorvos: Rajnik Pál dr., február 15.-ig Budapest, Koronaherczeg-utca 10. Prospektus.

Orvosi műszerek, kötszerek, villanygépek, legkötők, összes betegápolási tárgyak és gummiarúk elsőrendű minőségben jutányosan kaphatók:

POLGÁR SÁNDOR, Budapest, VII. ker., Erzsébet-körút 50. — Legújabb nagy képes főárjegyzék bérmentve. — Javításokat elfogad. (Alapítva 1892.) Telefon 583.

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. Budapesti kir. Orvosegyesület (XXV. rendes tudományos ülés 1910 december 3.-án.) 96. 1. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 97. 1.

Budapesti kir. Orvosegyesület

(XXV. rendes tudományos ülés 1910 december 3. án.)

Elnök: **Dollinger Gyula.**

Jegyző: **Entz Béla.**

A gyomor sósavtartalmának kimutatása gyomorszonda nélkül.

Korányi Sándor: A III. sz. belklinikának az egyesület rendes ülése alkalmából megismertetésével kapcsolatosan feladatának tartja, hogy annak tudományos tevékenysége felől nyújtson képet egynéhány tanulmány tárgyát tevő thema megbeszélésének alakjában.

A klinika mai irányát, a régivel szemben, egyebek közt az is jellemzi, hogy a betegvizsgálat methodikája sokkal bonyolultabbá, behatóbbá vált. Ennek az iránynak köszönhető, hogy diagnosisinknak helyességét sokszor már az élőben épen olyan szabatos ellenőrzés tárgyává tehetjük, a milyen exact ellenőrzés régebben csak a beteg halála után, a bonczoláskor volt lehetséges. Ezen nagy előny mellett az új irány veszélyeztetné a diagnostikának egyik legszebb és leghasznosabb tulajdonságát, az egyszerűségét. Ennek védelme a klinikának ép oly fontos feladata, mint az új vizsgálati módszereknek fejlesztése. E két, látszólag ellentétes feladat kiegyeztetése sok esetben lehetségessé válik azért, hogy a komplikált methodusok megjelölik a célt, mely felé a diagnostika egyszerű módszerei fejlesztendők és a fejlesztés közben annak módját ellenőrzik. Így fejlesztette a Röntgen-módszer a szívnek, a tüdőnek és az előadó kezében a gyomornak kopogtatását.

A kopogtatásnak bizonyos technikája, melyet az előadó bemutat, lehetségessé teszi, hogy a gyomornak légtelen tartalmát absolut tomputat alakjában kapjuk meg. Ennek területén belül, míg a beteg hanyatt fekszik, a *Traube*-féle térben és az epigastrium bal felében igen szabályos, köralakú, élesen határolt dobos területet kapunk, a melynek helyzete a beteg helyzetével változik és a mely a beteg felállása után eltűnik. Ez a terület a gyomorban lévő levegőhólyagnak felel meg. A gyomornak ilyen kopogtatása felismerhetővé teszi tágulatát, motorius insufficienciáját és atoniáját és ezenfelül, a mit a bemutató három betegen demonstrál, azt is, hogy a gyomor sok vagy kevés sósavat tartalmaz-e, vagy szabad sósavtartalma nincs is. Ennek kimutatása céljából a gyomor levegőhólyagjának megfelelő dobos területet kikopogtatjuk, azután a betegnek fölös mennyiségű szódát adunk. A képződő szénsav mennyiségével arányos mértékben növekszik a gyomorhólyag a dobos területen. Ha ez a növekedés elmarad, a gyomor nem tartalmaz sósavat.

A módszert nagy egyszerűsége és megbízhatósága a gyakorlat számára fontossá teszi. A gyomorkopogtatás helyes methodikájának kifejlesztésére a Röntgen-vizsgálat adta meg a lökést és az ellenőrzést. A sósavtartalom diagnostikai jelentőségét a gyomorszonda alkalmazása közben tanultuk meg. A két komplikált módszer tanulságai vezetnek az új módszer kidolgozásához, a mely sok esetben fölöslegessé teszi amazokat. Sőt az új methodus példája annak, hogy a klinikai betegvizsgálatok methodikája milyen irányban fejlesztheti a gyakorlat céljainak megfelelő egyszerű methodikát.

Az ép és beteg szívnek pillanatos Röntgen-képei működésének különböző szakaszaiban.

Elischer Gyula: A szív működésre vonatkozó eddigi vizsgálatok tökéletlenek voltak azért, mert belőlük a szív működés phasisa nem volt megállapítható. Ezen hézag pótlására *Korányi Sándorral* együtt oly eszközt szerkesztett, mely-

nek segítségével a fényképezendő egyén pulsusa automatásan végzi a Röntgen-készülék bekapcsolását és egyszersmind a pulsusgörbén jelzi azon időpontot, a melyen a pillanatsfelvétel történt. Az eszköz úgy van szerkesztve, hogy a szív működés phasisa előre is beállítható. Ez biztosítja a készülék előnyeit a kinematographiás készülékekkel szemben. A vetített képeken, melyek egészséges és szívbeteg egyénekről készültek, főleg az alakbeli és nagyságbeli különbségek szembe-szökők. Az egymásra másolt szívhatárok ábráiból az alábbi következtetések vonhatók.

A szív méreteinek változásai a különböző phasisok szerint igen csekély, 3—5 mm.-nyi különbségeket mutatnak. *Ludwignak* a physiologusok által máig is elismert azon nézete, hogy a szív hossz- és harántátmérője a systole alatt intrathoracalisan megrövidül, ezen vizsgálatok alapján beigazolódott. A szívcsücsülökés a systole alatt befelé és felfelé kerül. Kompenzált bicuspidalis insufficiencia és stenosis esetében a bal pitvar minimalis nagyságbeli kitéréseket végez, a mi a regurgitatio kis voltára enged következtetni. Inkompenszált esetekben a bal pitvar árnyékának változásai nagyobbak. A jobb pitvar szívó hatását demonstrálja egy aorta-aneurysmáról készült felvétel, a melyen látható, hogy a vena cava ascendens és a jobb pitvar csak akkor telik meg, a mikor az aneurysma már kiürült, tehát a mikor a mellkasban ennek folytán létrejött nyomásdifferentia mint szívóhatás a diastolában levő pitvar javára érvényesül. Ezen alapon dönthető el a tricuspidalis-insufficiencia diagnosisa is, a mennyiben nagy bicuspidalis regurgitatio esetén a tricuspidalis-insufficiencia fennáll, a pitvar és a vena árnyéka egyidejűleg mutat megnagyobbodást, míg ha a mellkasi nyomásdifferentia késését más körülmény hozza létre, mint például az említett aneurysma esetében, a pitvar és a vena cava árnyékának megnagyobbodása alternál. Az eszközben oly eljárást sikerült találni, a mely a szív physiologiai és pathologiai kérdéseinek kutatásában az eddigi módszereket felülmulja.

A belső secretiók antagonismusáról.

Bálint Rezső és Molnár Béla. Az előadók beszámolnak régebbi vizsgálataikról, melyekkel kimutatták, hogy a *Basedow*-kórban előforduló hasmenések oka nem a pankreas-váladék elégtelenségén, s így a pankreas therapiás hatása nem substitutió, hanem antagonismuson alapul. Az antagonista-therapia tudományos megvilágítása csak kísérleti úton történhet s e célból kísérleteket végeztek a belső secretiók szervek kipréselt nedveinek egymásra gyakorolt hatását illetőleg.

Kimutatták 1. hogy a thyreoidea préselt nedve sensibilibissé teszi a kivágott békaszemét az adrenalinnal szemben, míg a pankreas préselt nedve a hig adrenalinnal tágító hatását csökkenti. 2. A thyreoidea épp úgy meggátolja a strychnin hatását a tengeri malacra, mint az adrenalinnal. A pankreas ellenben megszünteti úgy az adrenalinnal, mint a thyreoidea strychnin-ellenes hatását.

Egyéb kísérleteikről most nem referálnak, de már ezek alapján is annak valószínűségét hangsúlyozzák, hogy a belső secretiók szervek termékeinek antagonisták hatása therapeutice is alkalmazható lesz.

A sóretentio hatása a vesebajosok vérkeringésére.

Bencze Gyula: A vesebajosok vérében visszatartott só vízretentióra vezet, a mely a vérnek egészében való felhígulását vonja maga után, vagyis hydraemia támad. E hydraemiának befolyása a vérkeringésre volt az elmondott vizsgálatok tárgya. A vér felhígulásának egyik következménye a vörös vérszám csökkenése, a mely viszont a vér viscositásának csökkenésére vezet. A vesebajosok vérének viscositása csök-

kenvén, a többi keringési tényezőknek változatlan volta mellett a vérkeringésnek gyorsulnia kellene. Hess gondolatát követve, az előadó azt vizsgálta, hogy e gyorsulás elégséges-e ahhoz, hogy a szöveteknek kellő vérellátással való átáramoltatását lehetővé tegye, tekintettel arra, hogy e gyorsulás a vörös vérszámának megfogyása folytán jött létre. Kérdés volt továbbá, hogy ezen gyorsulása a keringésnek milyen munkát ró a szívre. Mindenekelőtt megvizsgálta az előadó azt, hogy a vérnek felhígítása a saját serumával, valamint physiologiai konyhasó-oldattal hogyan befolyásolja a szív munkáját, illetve viscositását. E kísérletekből kiderült, hogy a vér felhígulása minden körülmények között munkatöbbletet jelent a szívre. A nephritises szívhypertrophia tehát compensatorius jelentőségű s egyik célja a hydraemia okozta munkatöbblet legyőzése. Száraz állapotban téve konyhasót a vérbe, a vér viscositása, illetve a szív munkája hirtelen nagyobbodik. Ha ugyanazon sómennyiség mellett változó vízmennyiség vitetik a vérbe, a viscositás, valamint a szív munkája eleinte csökkent, de a normalis vér optimalis viszonyai nem állottak helyre. A vesebajos sóretentio tehát a szív megterhelésére vezet, melyet részben ellensúlyoz a vele egyidejű vízretentio. A szív szempontjából tehát a vízretentio célszerű berendezés. Az így keletkező hydraemia felhígítja a vért és csökkenti a vörös vérszámát. Ahhoz tehát, hogy a szervek normalis vérszámával jussanak érintkezésbe, kell, hogy a szív munkája fokozódjék. Ezek szerint a hydraemia a sóretentio, a szívhypertrophia pedig a vér felhígulásának hatását kompenzálja.

A sóretentio hatásának egyaránt érvényesülnie kellene úgy a jobb, mint a bal szívvel szemben és így nem volna érthető a bal kamara nagyobb hypertrophiája vesebaj esetén. Annyival kevésbé, mert mint *Korányi* és *Bencze* régebbi vizsgálatai mutatták, a vér viscositása szénsavtartalmával együtt nő. E vizsgálatok azonban ép vérről vonatkoztak. Mint az előadó jelen vizsgálataiból kiderült, a viszonyok a hydraemiás vérben lényegesen változnak. Összehasonlító vizsgálatok azt mutatták, hogy a hydraemiás oxygendús vér viscositása kisebb, mint a hydraemiás szénsavdús vére. A hydraemiás vér tehát, a mely a bal kamarából a nagy vérkörbe jutva, a szövetekben szénsavval telítetik, a jobb kamarába érve kisebb viscositású, a minek következtében kisebb munkát ró a jobb, mint a bal kamarára. A nephritisesek vérének elváltozása tehát kisebb fokú jobb és nagyobb fokú bal kamara-elváltozást követel, a mi csakugyan megfelel a fennálló viszonyoknak. E vizsgálatok ugyan nem fejtik meg a nephritises szívhypertrophia egész bonyolult kérdését, de megvilágítják őket új szempontból és érthetővé teszik azon régi gyakorlati tapasztalatot, hogy a sóretentio megszüntetése, akár diéta, akár gyógyszeres úton, a vesebajosok vérnyomásának csökkentését vonja maga után. A dechloruratio tehát a szív kímélése céljából a vízkór klinikai tüneteinek megjelenése előtt is már jogosult akkor, ha a vesebajosoknak hydraemiájuk és fokozott vérnyomásuk van.

Ezután *Korányi Sándor* báró bemutatta a III. sz. belgyógyászati klinikát.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Kötés transplantatiók részére. *Grisson* szerint (Aerztlicher Verein in Hamburg, november 22.-én tartott ülés) transplantatiók részére eddig nem rendelkezünk jó kötással. A silk protectiv nehezen sterilizálható és pedig csak sublimált, a mely izgat. A száraz kötés odatapad, a nedves mace-rálja a lebenyeket, a kenőcsök nem engedik keresztül a váladékot. *Bernhard* ajánlotta nyílt sebkezelés napfényen többnyire nem használható a napfény hiánya miatt. Az előadó már évek óta jó eredménnyel használja a következő kötést: A seb környékére zinkenév segítségével vastag gaze-teker-cseket ragasztunk, az illető testrészt többi részét pedig vattával alápárnázzuk, úgy hogy csak a transplantált rész maradjon szabadon, a mely fölé zsindeleyszerűen czípéskérget (Schuster-spahn) s erre egy réteg gazet helyezünk; az egészet kötök-

kel lazán megerősítjük. Ily módon a transplantált terület száraz levegőben védetten fekszik és kitünően gyógyul.

A cukorvizelés és a sebészeti beavatkozás közötti összefüggés kérdését tárgyalta *Bazy* a párisi „Académie de médecine“ december 20.-án tartott ülésén. Kifejtette és esetekkel bizonyította, hogy a szükséges sebészeti beavatkozás nem ellenjavalt akkor sem, ha kellő kezelésre és diétára nem tünik el a cukor a vizeletből. Voltak esetei, melyekben többekévesé nagyfokú cukorvizelés mellett a nyelvkiirtást, a prostatektomiát, a laparotomiát, a hysterektomia abdominalist jól kiállották a betegek. Sőt az előadó még tovább megy s azt állítja, hogy ha valamely műtét elvégzését szükségesnek tartjuk s a műtét előtti glykosuria-ellenes kezelésre és diétára a cukorkiválasztás nem hogy csökken, hanem fokozódik: ez a körülmény valóságos indicatio lehet arra, hogy operáljunk.

A diabetes ellen újabban ajánlott szerekkel tett tapasztalatait ismertette *Voit* a nürnbergi orvosegyet egyik utóbbi ülésén. Az *eusemint* és *diabeteserint* csak épen megemlítette, mert a velük tett eddigi tapasztalatok az irodalmi közlések szerint csaknem egyhangúan kedvezőtlenek lévén, nem tartotta indokoltnak a kipróbálásukat. A *fermocyltabletták* mind könnyű, mind pedig súlyos esetekben megpróbált, minden eredmény nélkül. Az *atropint* az utóbbi időben amerikai szerzők ajánlották atropinum sulfuricum és atropinum methylbromatum alakjában. *Voit* szerint csökkentti ugyan némileg a glycosuriát, a szer elhagyásakor vagy adagjának nem emelésekor azonban tüstént visszatér a régi erősségében a cukorvizelés. Különböző is ellenzi veszélyességük miatt az ajánlott nagy adagokat és tagadja a szer könnyű megszo-kását; betegek már rövid idő alatt mérgezés-tünetek mutatkoztak. Elégé kedvezők azonban a japáni sojababból előállított *sarton* nevű tápláló-készítménnyel tett tapasztalatok. A betegek többnyire szívesen használják, leves, püré, pudding készíthető vele, a glykosuriát sok betegen nem fokozza. Némelyik beteg azonban nem tűri s azért előbb minden esetben meghatározandó a tolerancia vele szemben. Az előadó tapasztalatai megerősítik *Noorden* azon állítását, hogy többnyire olyan betegek nem tűrik, a kik a fehérjével szemben érzékenyebbek. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1910. 45. szám.)

PÁLYÁZATOK.

1609/911.

A Zemplén vármegye sátoraljaujhelyi „Erzsébet“ közkórháznál lemondás folytán megüresedett s évi 1600 korona törzsfizetéssel, lakás, fűtés, világítás és élelmezéssel javadalmazott alorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetnek.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 43., illetve az 1883. évi I. t.-cz. 1. és 9. §-ában előírt képzettségüket, nemkülönben eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányaikkal felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám folyó évi február 15.-éig terjeszszék be.

Az állás folyó évi márczius 1.-én lesz elfoglalandó.

Sátoraljaujhely, 1911 január 26.-án.

Dókus, alispán.

1366 1911. ai. szám.

A Borsod vármegye tulajdonában levő miskolci Erzsébet közkórháznál f. évi április hó 1.-én megüresedő, egyenként évi 1400 korona fizetéssel és teljes ellátással javadalmazott két segédorvosi állásra pályázatot hirdetnek.

A segédorvosok egyike a tótnyelvi bábafolyammal kapcsolatos szülészeti osztályra lesz beosztandó, miért is az ezen egyik állásra pályázóktól a tót nyelv tudása is megkívántatik. Mindkét állásra csak olyan orvosdoktorok pályázhatnak, kik a kötelező egyévi kórházi gyakorlatot már eltöltötték.

Az állások bármelyikét elnyerni óhajtókat felhívom, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ának II. pontjában előírt minősítésüket, valamint eddigi szolgálataikat igazoló okmányokkal felszerelt és Borsod vármegye főispánjához címzett pályázati kérvényüket és pedig a törvényhatósági szolgálatban állók az illető törvényhatóság első tisztviselőjénél, a katonai szolgálatban állók előljáró hatóságuknál, azok pedig, a kik közszolgálatban nem állanak, azon törvényhatóság első tisztviselőjénél, a mely törvényhatóság területén állandóan laknak, legkésőbb f. évi márczius 5.-éig annál inkább nyujtsák be, mert elkésett kérvények figyelembe vételét nem fogják.

Miskolcz, 1911 január hó 29.-én.

Tarnay Gyula dr., alispán.

Magyar Királyi Államvasutak. Üzletvezetőség Zágráb.

2347/I—1911. szám.

A m. kir. államvasutak Zágráb—Fiume vonalán fekvő Cameral-Moravicza állomáson rendszeresített **pályaorvosi állás** megüresedvén, arra ezennel nyilvános pályázatot hirdetünk.

Ezen állás évi 1800 korona tiszteletdíj, 200 korona vonalpótlék, 400 korona fuvarátalány, összesen 2400 korona illetmény és szabad lakással van javadalmazva.

Felhívjuk mindazokat, kik ezen állásra pályázni óhajtanak, hogy folyamodványukat, a születési bizonyítvány, orvostudori oklevél vagy annak hiteles másolata, erkölcsi bizonyítvány és az egy évi kórházi gyakorlatot igazoló bizonyítvánnyal felszerelve, eddigi gyakorlatuk és alkalmazásuk közlése mellett „a m. kir. államvasutak üzletvezetőségének Zágráb” czim alatt legkésőbb f. évi február hó 20.-áig terjeszszék be. Ezen határidőn túl beérkező kérvények figyelembe vétetni nem fognak.

Előnyben részesítetnek azok, kik hivatalos magyar nyelven kívül a horvát nyelvet legalább szóban is bírják.

A pályázni kívánók tájékoztásul közöljük, hogy a szóbanforgó állás működési köre kizárólag Gomirje állomástól kizárólag Skrad állomásig terjed és ezei vonalszakasz hossza 31-900 km. A vonalszakaszba esnek Vrbovsko, Cameral-Moravicze, Brod-Moravicze állomások 1788 gyógykezelésre jogosított taggal.

A pályaorvosi székhely közelében 23 község tartozik, melyekben körülbelül 350 házban 2500 lélek lakik, a pályaorvos a pályaorvosi teendők mellett magángyakorlatra is számíthat.

Zágráb, 1911. évi január hó 29.-én. Az üzletvezetőség.

(Utánnomás nem díjaztatik.)

:: 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 szaktekintélyel 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 hűgysavas 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.

MYRTICOL „CSATÁDI“

Igen kellemes izü Guajacol-Áfonya-készítmény.

Javallva: a légzőszervek hurutos bántalmainál, különösen csücsurutok és hörghurut eseteiben. Tüdőbetegek gyomorzarvarai és bélbántalmak ellen specifikum.

9987 Adagolása háromszor napjában 1 evőkanállal.

Egy üveg ára 2 kor, 50 fillér. Kapható a gyógyszerárakban.

Készítője: **Csatádi Artur** gyógyszerész, Tatrafüred.

Neurolin Balla =

Készíti:

KÓRHÁZI CSOMAGOLÁSBAN **BALLASÁNDOR**
is **„HUNNIA“**
KAPHATÓ **A** **GYÓGYTÁRA**
MINDENÜTT. **BUDAPEST, VII.**
LEGIDEÁLISABB **Érzsébet**
NEUROTONICUM **Körut-**
és HYPNOTICUM = **56.**

LYSOFORM

a jelenkor legkiválóbb, elismert fertőtlenítő szere.

Antiseptikus öblítésekhez és lemosásokhoz: (hüvely, méh, tályogüreg stb.)
Hyperidrosis ellen való mosásokhoz. Műszerek, kéz és felhám fertőtlenítésére.

BIZTOS HATÁSÚ

nem izgató, szagtalanító, veszélytelen, kellemes illatú, olcsó.

A nagyrebecsült orvosi kart, — hogy értéktelen utánzatok elkerülhetők legyenek tisztelettel felkérjük, hogy lysoformot csak **eredeti** üvegben rendeljen.
(100 grammos üveg ára 80 fillér.)

Dr. Keleti és Murányi vegyészeti gyára Ujpesten.

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 és Scipiades Elemér szerkesztésében.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLÉSEK.

Herzog Ferencz: Közlemény a budapesti kir. m. tudomány-egyetem II. sz. belklinikájából. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., egyet. ny. r. tanár, udvari tanácsos.) Az elektrokardiogramm klinikai értéke. 99. lap.

Szabóky János: Közlemény a fő- és székvárosi Szt. István-kórház VIII. orvosi osztályából. (Főorvos: Dieballa Géza dr., egyet. magántanár.) A Russo-féle methylenkék-reactio diagnostikai és prognostikai értékéről tüdőgümőkórban. 102. lap.

Fejes Lajos és Gergő Imre: Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem bakteriologiai intézetéből (igazgató Preisz Hugó dr., egyet. nyilv. r. tanár) és I. sz. sebészeti klinikájáról (igazgató Dollinger Gyula dr., m. kir. udvari tanácsos, egyet. nyilv. rendes tanár). A normalis állati vérsavó gyógyító hatásáról genyes folyamatokra (II. Gyakorlati rész). 104. lap.

Flesch Ármin és Péteri Ignác: Közlemény a budapesti Stefánia-gyermekkorházából. (Igazgató: Bókay János dr., udvari tanácsos, egyetemi ny. r. tanár.) A gyermekkori heges nyelcsőszűkületek radiológiás körjelzése. 106. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. F. Calot: L'orthopédie indispensable. — *Lapszemle.* Általános kór- és gyógytan. Fichera: A rák gyógyításának új módja. — Ziroli: A cholera-vibriók eltűnése a cholera-reconvalescensek bélsarából. — Belorvostan. Schott: Az epekőrohamokban szenvedők táplálására vonatkozó észszerű tanácsok. — *Sebészet.* Pool és Mac Cluge: Direct vértransfusio. — Ch. Goodman: A haemophiliának vértransfusióval való kezelése. — Szülészet és nőorvostan. Engelmann: Az újszülöttek asphyxiája ellen oxygenbelégzés. — *Gyermekorvostan.* Moss: Cutan reactio az anaphylaxia megállítására. — *Bőrkórtan.* Buschke: A thallium élettani hatása. — *Venerás betegségek.* Uhlenhuth és Mulzer: A házinyulak általános syphilise. — Orr-, torok- és gégebetegségek. Hoffmann: A Basedow-exophthalmusnak az orr kezelésével való befolyásolása. — *Blos:* A szénaláz operatiós kezelése. — *Orthopaedia.* Lange: Az orthopaedia körébe vágó dolgozatok. — *Röntgenologia.* Bloch: Gyomormegterhelési vizsgálatok. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.* Martinet: A hordeinum sulfuricum. — *Ibrahim:* Meningitis. — *Krecke:* Cycloform. 108–110. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 110. lap.

Vegyes hírek. 111. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 112. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti kir. m. tudomány-egyetem II. sz. belklinikájából. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., egyet. ny. r. tanár, udvari tanácsos.)

Az elektrokardiogramm klinikai értéke.

Irta: *Herzog Ferencz* dr., tanársegéd.

(2 táblával.)

A szív működésének áramának regisztrálása, mely emberen is könnyen eszközölhető az *Einthoven*-féle húros galvanométerrel, újabb módszer a szív működésének megfigyelésére. Remélni lehetett, hogy a szív működésének áramának vizsgálatával a szív működésnek olyan sajátosságai is felismerhetők lesznek, melyek más vizsgálati módszerrel nem figyelhetők meg. Nemcsak az időbeli egymásután, hanem az összehúzódnak kiindulása, módja és nagysága is kell, hogy összefüggésben legyen a negatív áramingadozással. Megkönnyíti a vizsgálatot az, hogy távoleső testrészekről, a végtagokról is felvehető a szív működésének áramának görbéje, az elektrokardiogramm.

Systolekor a szív különböző részeinek meghatározott sorrendben történő összehúzódnak az elektrokardiogrammban jellemző alakú lengések felelnek meg, melyeket *Einthoven* a következő betűkkel jelölt meg. A systole kezdetét jelzi a P-lengés (5. ábra), a mely után egyideig nyugalmi helyzetében marad a húr, a mi után egy összetettebb alakú lengés következik, melyen állandóan két, a P-lengéssel rendszeren egyirányú csúcs van, az R és T. Ezen pozitív csúcsokon kívül az R előtt és után van még két kisebb ellenkező irányú csúcs (előbbi Q, utóbbi S). Nem tartozik dolgozatom keretébe ezen lengések jelentőségét részletesen tárgyalni, ezért csak azt említem meg, a mi számos állatkísérlettel és emberen tett megfigyeléssel bebizonyítottnak tekinthető. A P-lengés

a pitvaroknak összehúzódnakával függ össze, a mely egyenesen terjed a vena cava superiorától az atrioventricularis határig. Ezen lengés ennek megfelelően tulajdonképpen diphasisos, de a második, negatív phasis a végtagokról történő elvezetéskor nem jut kifejezésre (*Kraus* és *Nicolai*¹⁾). A húrnak nyugalmi helyzete a P után megfelel körülbelül annak az időnek, melyben az ingerület a specifikus izmokon a pitvarokból a kamarákba terjed. Ezen izmok tömege csekély és működésének árama oly gyenge, hogy nem téríti ki a húr. A Q, R, S, T és a T előtt levő lapos részlet megfelel a kamarák összehúzódnakának. A kamarasystole nem egyszerűen a basistól a csúcsig haladó összehúzódnak (ezért nem diphasisos a lengés alakja), hanem az összehúzódnak sokkal szövődöttebb pályákon történik, úgy hogy az igen különböző irányú rostoknak működésének áramai egymást részben kompenzálják. Innen ered a kamaraelektrokardiogramm komplikált alakja és innen van az, hogy csúcsainak értelmezése nem egészen biztos. Ennek daczára a kamaralengés típusa állandó, a mi csak azt bizonyítja, hogy a *His*-féle nyálábon keresztül bejutott ingerre a kamarák mindig ugyanazon módon húzódnak össze.

Az elektrokardiogramm tehát igen alkalmas annak megfigyelésére, hogy milyen módon következik egymásután a pitvarok és kamarák systoleja. A módszernek könnyű kivihetősége és érzékenysége teszi azt értékesé, mert sokszor eredményre vezet akkor is, a mikor a radialis és jugularis pulsusnak felvétele nem ad biztos felvilágosítást. Az elektrokardiogrammban tehát felismerhető, ha a kamarasystole késik, de az is felismerhető, ha a szív összehúzódnak nem a rendes helyről indul ki, vagy ha valamely szív rész nem húzódnak össze.

Betegeken a normalis, típusos görbéken kívül azonban atypusos görbéket is észlelünk, melyek *kamaraxtrasystolek*-nak felelnek meg. Ezen görbék lengései többnyire nagyobbak, mint a rendes kamaraelektrokardiogramméi, alakjuk nem hasonlít a rendes kamaralengéshez és az extrasystole kiindu-

lasi helye szerint különböző. Ha az extrasystole a bal kamarából indul ki, úgy egy diphasisos lengés keletkezik, melynek első lengése lefelé irányul (1. ábra, első bigeminus 2. systoleja). A jobb kamarából kiinduló extrasystolekor viszont a diphasisos lengés első csúcsa felfelé irányul, pozitív. (1. ábra, 3. bigeminus 2. systoleja.) A két kamara határáról kiinduló extrasystolék lengése néhány alacsony csúcsból áll. (1. ábra, 2. bigeminus 2. systoleja.) Állatkísérletekben a különböző helyről kiváltott extrasystolék alakja ugyanilyen módon változott az ingerlés helye szerint. Az extrasystolék lengéseinek diphasisos alakját *Kraus* és *Nicolai*¹ úgy magyarázza, hogy az extrasystoleban az összehúzódás nem a rendes pályákon történik, hanem hogy az összehúzódás kiindulási helyétől egyenletesen terjed el a kamarák többi részére.

Sok esetben volt alkalmam arról meggyőződni, hogy más tünetekből biztos ventricularis extrasystoléknek mindig ilyen atypusos lengések feleltek meg az elektrokardiogrammban. Olyan betegen, a kin extrasystolekor a szívhangok állandóan a bal kamara hallgatódzási területén voltak erősebbek, a mi arra mutat, hogy az extrasystolék ezen kamarából indulnak ki (*Korányi S.*²), az elektrokardiogramm is megerősítette a hallgatódzási leletet.

Egészen más a *pitvarból kiinduló extrasystolenak* elektrokardiogramja. Egy ambulans betegünknek, kinek szívének különben nem volt eltérés, igen gyakran voltak extrasystolái, melyeknek hangjai gyengébbek voltak a rendes szívhangoknál. A sphygmo-phlebogrammon biztosan meg lehetett állapítani, hogy ezen extrasystolék a pitvarokból indulnak ki. A 4. ábrán összehasonlítható a radialis (R), carotis (CA) és jugularis (J) pulsusa. A pulsus rhythmusos, csak a \times -tel megjelölt helyeken vannak korai hullámok. A jugularis-görbén az extrasystolenak megfelelő pitvarhullám (A'), carotis- (C') és kamarahullám (V') korábban jön, az irregularitásban tehát a pitvar is részt vesz, tehát innen kellett a korai összehúzódásnak kiindulnia. Az A' hullám jóval magasabb a rendes A (pitvar) hullámoknál, mert összeolvad az előző systolenak kamarahullámával. A kompenzáló pausa nem teljes. Számos felvételen mindig ilyenek voltak az extrasystolék és ventricularis extrasystole nem fordult elő. Ugyanakkor elektrokardiogramot (3. ábra) is vettem fel, a melyen helyenként korábban jön a kamaralengés, a melynek alakja typosus, megvannak rajta a jellemző csúcsok, csak magasságuk és szélességük változott meg kissé. A korai kamaraösszehúzódás tehát a rendes typosus módon történt, az ingerület az atrio-ventricularis nyálában keresztül jutott a kamarába és terjedt el itt a rendes módon. Az extrasystolét megelőző systole kamaralengésének T-je határozottan nagyobb, mint a többi systole T-je. Ez csak onnan származhatik, hogy ezen nagyobb T tulajdonképpen T-nek és az extrasystole P-jének összege (T+P). A kompenzáló pausa nem teljes, a vezetési idő (T+P-R) hosszabb, éppen úgy, mint a jugularis görbén (A'-C' > A-C).

A mondottakból következik, hogy az elektrokardiogrammon könnyű az extrasystolés arythmiának felismerése, még olyankor is, ha a rhythmus erősen meg van zavarva és e miatt más módszer nem vezet biztos eredményre.

Az elektrokardiogramra azonban a szív működésének áramán kívül más tényezőknek is van hatásuk. A testnek bármely helyéről elvezethető a szívösszehúzódás árama, de a keletkező görbe alakja igen nagyon változik az elvezetés helye szerint. A szokásos három elvezetésben a legnagyobbak a kilengések (I. elv.: két kar, II.: jobb felső, bal alsó végtag, III.: bal felső, bal alsó végtag), de ezen elvezetésekben is különböző a lengések nagysága és tartama, mert az elvezetés szerint más és más fokban érvényesül a szív valamely részének negativitása. Ugyanezen okból függ az elektrokardiogramm alakja a mellkas hosszától, a szívnek helyzetétől, a melynek változása ugyancsak megváltoztatja az elvezetési helyeknek és a szívrészeknek egymáshoz való helyzetét (*H. Grau*).³ Ezért általában úgy járnak el, hogy mindig mindhárom elvezetéssel veszik fel a görbéket.

Ezen körülmények hatását okvetlenül tekintetbe kell vennünk a görbék megítélésében. A lengések nagyságának és hosszának megváltozását tehát nemcsak a szív működés megváltozása okozhatja, hanem olyan okból is származhatik ez, a melynek semmi köze a szív működésének áramához.

Ezen múlik részben, hogy az elektrokardiogramnak vizsgálata a billentyűbántalmak folytán kifejlődő vagy más okból keletkező hypertrophiákban és a myocardiumnak megbetegedésében eddigelé még nem vezetett biztos eredményre. Ilyen elváltozásokról feltehető, hogy a kilengések alakjára és nagyságára lesznek hatással. Némely szerző ugyan myodegeneratióra és a különböző billentyűbántalmakra jellemző alakú görbéket ír le, mások azonban nem erősítették meg ezen észleleteket. Saját megfigyeléseimből sem tudok ilyen következtetéseket levonni. Az előbb említett körülmények, melyek lehetetlenné teszik a teljesen egyforma elvezetést, hasonló hatással vannak az elektrokardiogramra, mint a szívizom-elváltozások, úgy hogy a görbéknek alakját megváltoztathatják. Maga az incompensatio, a szívnek tágulása és a systolék gyengülése is valószínűleg megváltoztathatja a lengések alakját, a mi még nehezebbé teszi a görbéknek értelmezését. Mivel a kamara-lengés különböző irányú áramok eredője, azért alig értékesíthető nagyságának és alakjának megváltozása. A pitvarlengés nagyságából már inkább következtethetünk, mert ez diphasisos lengés, mely arányos a pitvarműködéssel, de ennek megítéléséhez is tekintetbe kell vennünk a szív helyzetének és az elvezetés módjának hatását a görbe alakjára.

Határozottan sokkal több eredménnyel jár az elektrokardiogramm vizsgálata a szív rhythmus-zavaraiban. Az extrasystole könnyű felismeréséről már szóltam, a következőkben pedig más rhythmus-zavarokban tett észleleteimet foglalom össze.

Lélegzési arhythmia. Kifejezett lélegzési arhythmia 3 esetben figyelhettem meg épszívú emberen. Mindegyik esetben ugyanaz volt az arhythmia typusa, ezért csak az egyik esetnek görbéit közlöm. A két esetben felvett elektrokardiogrammon ugyanazon változásokat észleltem. A pulsus-görbén (6. ábra, R) belélegzőkor (I) hirtelen szaporára lesz a pulsus, a hullámok magassága pedig tetemesen csökken. Sokszor felényire kisebbedett meg a hullámok magassága és hossza. Felvételnél a beteg karja fixálva volt, a görbe niveauja ugyanaz maradt. A pulsusnak ezen változása belélegzőkor a legállandóbb tünet a lélegzési arhythmiaiban, úgy hogy célszerű erről elnevezni ezen arhythmia (inspiratorische Akzeleration des Herzschlages, *Hering*⁴). Inspirációs tartásban, kilélegzőkor és expirációs tartásban a pulsus ritkább és hullámai magasabbak. Ezen változás azonban nem következik be hirtelen, a belélegzés bevégeztével csak lassan lesznek hosszabbak és magasabbak a hullámok.

Annak megvizsgálására, hogy milyen hatása van ezen arhythmiaiban a kilélegzésnek, a be- és kilélegzési tartásnak, úgy jártam el, hogy a beteg a belélegzés után egyszer hosszabb ideig tartotta vissza a levegőt és csak azután lélegzett ki, máskor pedig a belélegzés után mindjárt kilélegzett és expirációs tartásban maradt egy ideig. Végül pedig folyamatosan mély légvételeket végeztem a beteggel. Ily módon ki kellett tűnnie, hogy ezen lélegzési phasisoknak különböző hatása van-e. Akármelyik módon lélegzett a beteg, az arhythmia ugyanolyan volt. Belélegzőkor bekövetkezett a leírt változás, a lélegzés többi phasisának pedig ugyanaz volt a hatása az arhythmiaira, a pulsus ugyanolyan módon ritkább és magasabb lett.

A pulsus szaporaságának változása a légréssel a vagus-tonustól függ, a mint azt állatkísérletek bizonyítják. Eseteimben azonban nemcsak a rhythmus változott, hanem a hullámok magassága is megkisebbedett belélegzőkor. *Gerhardt*⁵ és *Mackenzie*⁶ a respirációs arhythmiaira jellemzőnek mondja, hogy a hullámok magassága nem változik. *Wenckebach*⁷ a dinamikai pulsus paradoxust, a pulsushullámok megkisebbedését belélegzőkor úgy magyarázza, hogy a belélegzőkor fokozódó mellüri negatív nyomás ugyan elősegíti a vénáknak kiürülését, de egyúttal megnehezíti a vérnek távozá-

sát a mellkasból az arteriákon keresztül, a minek következtében megkisebbednek a pulsus hullámok. *Sommerbrodt*tal együtt *Wenckebach* is azt mondja, hogy az ilyen pulsus paradoxus teljesen érthető és nem paradox jelenség. A szív-kamarák és az arteriák falának ellenállóképességén múlik, hogy ezen hatás rendszeren nem kifejezett. Mély légvételekben, csekély arteriás nyomáskor vagy ha a felső légutak szűkületek meg van nehezítve a levegőnek bejutása a tüdőbe, kifejezetté lesz a pulsusnak ezen változása. Úgy hiszem, hogy még annak is van hatása, hogy a negatívabb nyomás ugyan elősegíti a pitvaroknak telődését, de megnehezíti azoknak kiürülését és ezzel a kamaráknak telődését. A negatív nyomás fokozódása belélegzéskor lesz legerősebb hatással, inspirációs tartásban kisebb lesz a hatás, mert a negatív nyomás ugyan nagyobb, de nem változik, a keringés tehát alkalmazkodhatik.

Eseteimben is részben erre vezethető vissza a radialis-pulsus megkisebbedése belélegzéskor. Ezenkívül azonban mindenestre hasonló hatással van az, hogy belélegzéskor jóval szaporább a pulsus, a minek következtében csökkenni fog a kamarák telődése és alacsonyabbak lesznek a pulsus-hullámok.

Az elektrokardiogrammon a következőket figyeltem meg (5. ábra). Inspirációkor majdnem átmenet nélkül a görbének minden csúcsa alacsonyabb lesz, de a megkisebbedés nem egyforma mindegyiken, a P sokszor egészen hiányzik. A belélegzés befejezésével lassanként fokozatosan nagyobb lesz megint a P, R és T. Az elektrokardiogramm hossza nem változik, a vezetési idő is ugyanaz marad, csak a diastole rövidül meg és nyúlik meg ismét. Mély belélegzéskor az R-nek megkisebbedését (*Einthoven*, *Samojloff*), az S-nek megnagyobbodását (*Einthoven*) észlelték. *Kahn*⁸ szintén megfigyelte az R megkisebbedését, a Q, R, S csúcsok pedig a III. elvezetésben 2 kis csúcsra redukálódtak. Utóbbihoz hasonló észlelést közöl *Einthoven* is.

A görbének változása a lélegzéssel nem függhet a tüdők légteltségének és ezáltal vezetőképességének változásától, mert akkor lassan kellene megváltoznia az elektrokardiogramnak és azonkívül *Samojloff* szerint az összes csúcsoknak egyenletesen kellene megkisebbedniök. A szív helyzetének változására sem vezethető vissza az elektrokardiogramm változása, mert akkor ennek párhuzamosan az inspirációval fokozatosan kellene kifejlődni. Éppen ezért *Einthoven*nek nézetét kell valószínűnek tartanom, a mely szerint az intrapleurális nyomás megváltozása okozza az elektrokardiogramnak megváltozását. Ezzel egyezik, hogy a változás mindjárt a belélegzés kezdetén bekövetkezik, továbbá az, hogy a görbe csak lassan nyeri vissza eredeti alakját, a mikor a keringés a változott nyomáshoz már alkalmazkodhatott. Ezenkívül azonban a szaporább rhythmusnak is lehet hatása, a szaporább systolék a kisebb telődés miatt kissé másképpen folynak le. Nemcsak a mellüri nyomás csökkenése, hanem annak fokozódása a *Valsalva*-kísérletben is megváltoztatja az elektrokardiogramm alakját *Kahn*⁸ vizsgálatai szerint.

Az egészen más eredetű pulsus irregularis perpetuusban is változik a kamaralengés csúcsainak magassága (pl. 13., 17., 18. ábra). Ez azonban a teljes irregularitásnak megfelelően teljesen szabálytalanul történik. Azt hiszem, hogy ezen arhythmiában is a kamaráknak különböző teltsége oka annak, hogy a systolék nem egészen egyformák és hogy a működéses áramuk görbájén is van csekély eltérés, bár a görbe típusa nem változik.

Mivel a lélegzési arhythmiában a pitvarlengés eltűnhetik, azért *Kraus* és *Nicolai*,¹ kik kizárólag az I. elvezetést szokták használni, felteszik a kérdést, hogy ilyenkor nem egyszerre húzódik-e össze a pitvar a kamarával. Azt hiszem, hogy ebből nem szabad erre következtetnünk, mert előfordulhat, hogy az egyik elvezetés görbájén hiányzik a pitvarkilengés, de más elvezetéssel egészen jól kifejezett P-t kapunk. Eseteim egyikében is így volt. Annál kevésbé jogosult ezen feltevés, mert *Mackenzie*⁶ éppen a lélegzési arhythmiában a pitvaroknak

ugyanolyan részvételét találta állandóan és ezt mondja jellemzőnek ezen arhythmiára, melyet sinus-irregularitásnak nevez. A pitvarlengés megkisebbedésének ugyanaz a jelentősége, mint a kamaralengés változásának.

A respirációs arhythmiában a sphygmophlebogramokkal nyert adatokat megerősíti az elektrokardiogramm és azonkívül azt is nyilvánvalóvá teszi, hogy a rhythmus változásával megváltozik a szívnek összehúzódása is. Hogy az elektrokardiogrammban nincsen változás a vezetési idő hosszában, az nem szól az ellen, hogy ezen arhythmia a vagus-tonus változásától függ, mert a vagusnak különféle hatása közül a szívre sokszor csak az egyik fejlődik ki, a többi meg hiányozhatik.

A lélegzési arhythmiával kapcsolatosan akarom tárgyalni a vagusnak nyomás által történt izgatásának hatását az emberi elektrokardiogramra. Két betegen volt kifejezett változás vagus-nyomásra. Az egyik esetben az elektrokardiogramm nem változott és csak a diastole megnyúlása által jött létre a rhythmusnak lassúbbodása. A másik esetben megváltozott az elektrokardiogramm is. Ezen eseté a 8. ábra radialis görbéje, melyen jól megfigyelhető a bradykardiának hirtelen kifejlődése vagusnyomásra. A nyomás szüntével azután csak lassan éri el a pulsus eredeti szaporaságát. A ritka pulsusok lényegesen nagyobbak, a mi azonban nem szükségképpen a vaguszgatás közvetlen hatása, mert ez onnan is származhatik, hogy a megnyúlt diastolékban erősebb a kamarák telődése és ennek következtében a systolék is nagyobbá lesznek. Ugyanezen beteg elektrokardiogramján (7. ábra) a systolék ritkulásán kívül jól figyelhető meg a vezetési időnek meghosszabbodása. A görbe 3. systolájában a vezetési idő már hosszabb, a 4. systolében, mely már erősen késik, majdnem rendes, az 5. systolében, mely szintén késik, a vezetési idő majdnem kétszerese a rendesnek. Az 5. systolának T-hullámán van egy körülírt emelkedés, mely onnan származik, hogy a következő systole P-je az 5. systole T-hullámával egybeesik. Ezen legutóbbi leletet sphygmophlebogrammal valószínűleg nem lehetne kimutatni, mert a venagörbe kamara-hullámán nem lehetne felismerni az egyidejű pitvarhullámot. A 6. systole vezetési ideje is erősen megnyúlt. Betegünkön különben nem sikerült használható venagörbét felvennünk.

Vagusnyomáskor azonban még egy harmadik változás is észlelhető az elektrokardiogrammon, ugyanis a kamaralengés meghosszabbodik. Még kifejezettebben volt ez látható más elvezetésben, mint a melyről a 7. ábra készült, olyanban, a melyben a T magasabb volt. A kamaralengés megnyúlása azonban nem volt arányos a pulsus ritkulásával, néha alig változott a hossza, néha pedig $\frac{1}{5}$ -del vagy $\frac{1}{3}$ -dal lett hosszabb. Ezen hosszabb kilengések R-je nem változott, T-je azonban szélesebb és többnyire magasabb is volt. A kamaralengés meghosszabbodását közvetlen vagus-hatásnak kell tartanom, mert ez nem lehet annak következménye, hogy a hosszabb diastole folytán erősebben teltek meg a kamarák vérrel. Irreg. perp.-ban bizonyára nagyon változik a kamarák teltsége a systolék változó rhythmusa szerint, a kamaralengés hossza azonban egyforma. A különböző teltség tehát nincs hatással a kamaralengés hosszára. *Heringnek*⁴ sikerült a vagusnak a contractiót gyengítő hatását emberen is kimutatni olyan esetben, melyben a vaguszgalom nem okozott bradykardiát. Esetemben a kamaralengés megnyúlása talán ezzel van összefüggésben, a kamaralengés alakjának a megváltozásából azonban nem lehet következtetni a systole erejére és csak annyit mondhatunk, hogy a kamarasystole tovább tartott. Ez pedig egészen hasonló a vezetési idő meghosszabbodásához, mely szintén az ingerület lassúbb terjedése az izomban. A pitvarlengés vagusnyomásra esetemben nem változott.

Ezen betegen ismételtelen vettem fel elektrokardiogramot vagusnyomáskor, a görbék azonban nem voltak egyformák. Néha a rhythmus, máskor a vezetési idő vagy a kamaralengés hossza változott meg leginkább. A vaguszgalomnak tehát különböző volt a hatása ugyanazon emberen is, a mi egyezik

az állatkísérletek eredményével. A jobb és a bal vagusnak izgatása között nem volt különbség.

Állatokon *Kahn* és *Hering* vizsgálta a vaguszgatás hatását az elektrokardiogramra. *Kahn*⁹ megerősítve *Einthoven* megfigyelését, a diastole megnyúlását találta, a lengések nagyságában és egymástól való távolságában azonban nem talált lényeges különbséget még akkor sem, ha hosszabb szívmegeállás következett be. *Hering*¹⁰ a diastole megnyúlásán kívül a vezetési idő meghosszabbodását, R-nek megkisebbedését, kamarasytostole-kiesést és a kamarákra gyengítő hatást ír le.

(Folytatása következik.)

Közlemény a fő- és székvárosi Szt. István-kórház VIII. orvosi osztályából. (Főorvos: Dieballa Géza dr. egyetemi magántanár.)

A Russo-féle methylenkék-reactio diagnostikai és prognostikai értékéről tüdőgümőkórban.

Irta: *Szabóky János* dr., volt egyetemi tanársegéd, fürdőorvos Meran-Gleichenbergben.

Russo a *Riforma medica* 1905. évi 19. számában egy reactiót ír le, melynek értéke szerinte teljesen megfelel az *Ehrlich*-féle diazo-reactio értékének. Vizsgálati eljárásának előnye az, hogy sokkal egyszerűbben végezhető, mint az *Ehrlich*-féle vizsgálat. *Russo* 4—5 cm³ vizsgálandó vizelethez 4—5 csepp 1‰ vizes methylenkék-oldatot ad; összeszés után pozitív reactio esetén a keverék smaragdöld színeződést mutat, negatív eredmény esetében pedig kék volt a keverék színe.

Figyelmemet a *Russo*-féle methylen-próba értékesíthetőségére azon tapasztalatom hívta fel, a melyet akkor tettem, a midőn az *Ehrlich*-féle diazo-reactio prognostikai értékesíthetőségét vizsgáltam; azt tapasztaltam ugyanis, hogy a tüdőgümőkóros betegek vizeletvizsgálatakor a *Russo*-féle methylen-vizsgálat s az *Ehrlich*-féle diazo-vizsgálat adta eredmények legtöbb esetben fedték egymást.

En vizsgálataimat pontosan *Russo* előírása szerint végeztem; a vizsgálati eljárás diagnostikai értékesíthetősége mellett annak prognostikai értékesíthetőségére fektettem a főszólyt.

Minden egyes vizelet, melyet a *Russo*-féle methylenkék-próbával vizsgáltam, megvizsgáltam *Ehrlich*-féle diazo-reactióra is; állandóan figyelemmel voltam a vizelet színére s nehogy azok, a kik a methylenkék-reactiót csak színreacónak tartják s a pozitív reactiót epefesték jelenlétéből magyarázzák, ellenvetést tehessenek, minden sötétszínű vizeletet, mely pozitív methylenkék-reactiót adott, epefestékre is megvizsgáltam. En a vizeletben az epefestéket többféleképpen igyekeztem kimutatni. A *Gmelin*-féle próbával, a *Penzoldt*-féle próbával, jodtincturával s a *Torday* és *Klier* által ajánlott s az *Orvosi Hetilap* 1909. évi 28. számában leirt igen érzékeny próbával.

Vizsgálataimat 39 controll-esetként szolgáló nem tüdőgümőkóros beteg vizeletével s 195 a tüdőgümőkór különféle stadiumához (I. stadiumban volt 30 beteg, II. stadiumban volt 65 beteg s III. stadiumban volt 100 beteg) tartozó betegnek vizeletével végeztem.

A 39 nem tüdőgümőkóros beteg vizeletét 82-szer vizsgáltam a *Russo*-féle eljárással. Mivelhogy jelen dolgozatomban célja az volt, hogy a *Russo*-féle eljárás értékét tüdőgümőkórban vizsgáljam, főleg pedig annak prognostikai értékesíthetőségére kiterjesszek, nem tartottam szükségesnek, hogy ezen felhasznált controll-esetekkel itt külön foglalkozzam, annál kevésbé, mert azok egy nemrégén megjelent dolgozatomban úgyis részletezve vannak; itt csak *Dungerrel* szemben, a ki azt állítja, hogy az influenzában a gyakori pozitív *Russo*-féle methylen-reactio mellett az *Ehrlich*-féle diazo-reactio minden esetben hiányzott, azt kívánom megjegyezni,

hogy 2 influenzás betegem világos színű vizelete közül az egyik tartósan, a másik pedig átmenetileg adta a pozitív methylen-reactio mellett a pozitív *Ehrlich*-féle diazo-reactiót is, valamint azt is, hogy az egyik esetben a nyolcz nap után megismételt vizsgálatkor úgy a methylenkék-reactio, mint a diazo-reactio is elmaradt. A 39 controll-betegem 82-szer végzett vizeletvizsgálat azt mutatta, hogy 75 vizsgálati eredmény fedte egymást s csak 7 nem; a 7 nem egyező vizsgálati eredményt azt mutatta, hogy a methylenkék-reactio (5-ször) gyakrabban volt pozitív, mint a diazo-reactio. *Dunger* azon állítását, mely szerint a methylenkék-reactio megjelenése, illetve elmaradása a vizsgált vizelet sötét, illetve világos színétől függne, már ezekben az esetekben sem láttam beigazoltnak, mert azon 5 eset közül, a melyben a methylenkék-reactio pozitív volt, a diazo-reactio pedig negatív eredményt adott, 4 esetben világos színű volt a vizelet, abban a 2 esetben pedig, melyben a *Russo*-féle reactio negatív, a diazo-reactio pedig pozitív eredményt adott, sötét színű volt a vizelet.

I. táblázat.

		Vizelet színe	Diazo-reactio + methylen-r.	Diazo-reactio - methylen-r.	Diazo-reactio + methylen-r.	Diazo-reactio - methylen-r.	Összes láztalan beteg	Összes lázas beteg	Világos színű vizelet v. összesen	Sötét színű vizelet volt összesen
			+	+	-	-				
I. stadium	láz-talan	világos	2	3	1	44	91		50	41
		sötét	3	—	1	37				
	láz-as	világos	1	2	—	—	8		3	5
		sötét	2	—	—	3				
II. stadium	láz-talan	világos	20	9	1	35	128		65	63
		sötét	15	5	2	41				
	láz-as	világos	5	—	—	5	66		10	56
		sötét	21	4	2	29				
III. stadium	láz-talan	világos	21	7	3	15	312		46	266
		sötét	137	20	5	104				
	láz-as	világos	—	—	1	—	96		1	95
		sötét	59	9	2	25				
Összesen volt			286	59	18	338	531	170	175	526
Összes vizeletvizsgálat száma			701				—	—	—	—
+ volt a methylenkék-reactio			345				242	103	70	275
- volt a methylenkék-reactio			356				289	67	105	251
+ volt a diazo-reactio			304				211	93	55	249
- volt a diazo-reactio			397				320	77	120	277
Egyezett a két reactio			624				474	150	148	476
Nem egyezett a két reactio			77				57	20	27	50

195 tüdőgümőkóros beteg vizeletét 701 ízben vizsgáltam. A 195 eset közül 47 volt lázas beteg, 148 pedig láztalan; a 47 lázas beteg vizeletét 170-szer, a 148 láztalan beteg vizeletét pedig 531-szer vizsgáltam. Az eredmények 624-szer voltak egyezők s 77-szer nem egyeztek. Az egyező eredmények közül 286-szor mindkét vizsgálat pozitív reactiót mutatott s 338-szor mindkét vizsgálati eljárás negatív eredményt adott. A 77 nem egyező eredmény közül 59 vizelet pozitív methylenkék-reactio mellett negatív diazo-reactiót mutatott s 18 vizelet pozitív diazo-reactio mellett negatív methylenkék-reactiót mutatott. Ezen s a fenti controll-esetekben elért vizeletvizsgálati eredmények alapján *Dungerrel* egyező állásponton vagyok s alig tarthatok sokat a methylenkék-

féle methylenkék-reactio prognostikailag értéktelen volna; hiszen azoknak a vizsgált eseteknek, melyekben a methylen-reactio tartósan positiv volt, 88^o/_o-ában már az első vizsgálatot követő egy éven belül következett be az exitus (27^o/_o-ban 2 hó mulva, 27^o/_o-ban 5 hó mulva, 15^o/_o-ban 9 hó mulva s 19^o/_o-ban 13 hó mulva); holott azoknak a vizsgált eseteknek, melyekben a *Russo*-féle methylen-próba tartósan negativ volt, 50^o/_o-a még az első vizsgálatot követő 2—3—3¹/₂ év után is életben volt. Összehasonlítva ezen eredményeket azokkal, melyeket diazo-reactióra vizsgált eseteimben kaptam, akkor, ha mindjárt úgy látszik is, hogy az *Ehrlich*-féle diazo-reactio jelenlétéből, illetve hiányából többet következtethetünk prognosis tekintetében, mint a *Russo*-féle reactio jelenlétéből, fenti eredményeim alapján a *Russo*-féle methylenkék-reactiót mégis számbavehető értékes tényezőnek kell tartanom a tüdőgümőkór prognosisában.

Összegezve már most tapasztalataimat, a következőkben foglalhatom össze:

1. A *Russo*-féle methylenkék-reactio diagnostikai értéke tüdőgümőkórban igen csekély.

2. A tartósan jelentkező methylenkék-próba tüdőgümőkóros vizeletében rossz prognosist jelent. Sem a methylenkék-próba állandó hiánya, sem pedig időleges elmaradása, majd megjelenése különös prognostikai következtetésekre nem jogosít fel bennünket.

3. Vizsgálataim alapján a *Russo*-féle methylenkék-reactiót nem tartom tisztán színreakciónak.

4. A *Russo*-féle methylenkék-reactio értékben alig áll az *Ehrlich*-féle diazo-reactio mögött és sokkal egyszerűbb kivihetősége miatt érdemes volna vele a praxisban foglalkozni.

Végül kedves kötelességet teljesítek akkor, midőn *Dieballa Géza* dr. egyetemi magántanár úrnak az anyag szíves átengedéseért hálás köszönetet mondok.

Irodalom. *Russo*: La bleumetilene reazione, suo valore clinico. *Riforma medica*, 1905. 19. szám, 507—509. oldal. — *Szabóky* dr.: Az *Ehrlich*-féle diazo-reactio értékéről a tüdőgümőkór diagnosisjánál, prognosisánál s annak specifikus therapiájánál. *Budapesti orvosi ujság*. — *Dunger*: Ueber den Ersatz der *Ehrlich*'schen Diazo-Reaction durch die Methylenblauprobe nach *Russo*. *Deutsche mediz. Wochenschrift*, 1906. 39. szám. — *Torday Árpád* és *Klier Arthur*: Az epefesték újabb szín-reactiói. *Orvosi Hetilap*, 1909. 28. sz. 495. oldal.

Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem bakteriologiai intézetéből (igazgató *Preisz Hugó* dr., egyetemi nyilvános rendes tanár) és I. számú sebészeti klinikájáról (igazgató *Dollinger Gyula* dr., m. kir. udvari tanácsos, egyetemi nyilvános rendes tanár).

A normalis állati vérsavó gyógyító hatásáról genyes folyamatokra.

Irta: *Fejes Lajos* dr., a bakteriologiai intézet volt tanársegéde és *Gergő Imre* dr., az I. számú sebészeti klinika tanársegéde.

II. Gyakorlati rész.

Irta: *Gergő Imre* dr.

(Vége.)

Az eljárás kritikája.

Összegezve a serumkezelés előnyeit, mondhatjuk, hogy vannak az eljárásnak 1. *technikai előnyei*, ilyenek: a) a beavatkozás egyszerű és rövid volta; b) a kiméletes utókezelés; c) a kitűnő kozmetikai és d) a kitűnő functionalis eredmény (a hegképződést elkerüljük).

Az eljárás technikájának tudható be azon előny is, hogy e) a genynek és egyúttal a toxikus bomlási termékek eltávolítása után physikai úton — kiszívással — a tályog helyére, a keletkezett vacuumba, mint a kisebb nyomás helyére, a vérsavó diffundál és magával hozza a szervezetnek mindenféle védelmi eszközét: a szervezet termelte bactericid anyagokat, antifermenteket és egyéb antitesteket.

2. Vannak azonban a serumnak magának is nagy előnyei, tagadhatatlanul ezek befolyásolják főként a gyógyulást.

Ezen kizárólagos serumhatás lényege részben: a) *passiv immunizálás*, a serum okozta baktericidia folytán; részben: b) *activ immunizálás*, a szervezetben létesített hyperleukocytosis és phagocytosis folytán. Ebből önként következnek az *exquisit serumhatás feltételezte klinikai előnyök* is: a gyors és biztos gyógyulás, valamint a rövidített gyógytartam.

A serumkezelésnek nagy előnyeinek képest a velük szemben álló hátrányok mind lényegtelenebb természetűek. Különbösen is az ismertett kellemetlenségeknek javarészét (pl. a borzongást, hidegrázást, serumexanthemát) a serum mellékhatásaként foghatjuk fel és így a serum helyes adagolásával, a serumnak lehetőleg teljes kiszívásával a tályog alapos kimosása után, az eljárásnak (sub B. 1—6. pont alatt részletezett) hátrányait minimumra redukálhatjuk.

* * *

Eredményeim összefoglalásaképp tehát mondhatom, hogy a lágyrészekben keletkezett heveny tályogok kezelésében a steril normalis lóserum kellőleg alkalmazva végeredményben ugyanazon eredménnyel jár, mint az antifermentum és ennek folytán ezt pótolhatja. Azon körülmények, melyek a heveny lágyrésztályogok serumos kezelését ellenjavallják, körülbelül ugyanazok, mint a melyek az antifermentumos kezelés ellenjavallatai között is szerepelnek. *Ellenjavallja a serumos eljárást:*

a) *A tályognak túlságos nagy volta.* Jóllehet néha nagyobb tályog esetén (átlag 100 cm³ genymennyiségen túl) is gyors a gyógyulás, sőt esetleg gyorsabb, mint az antifermentumos kezeléssel, az eredmény mégis problematikus marad. Bizonytalan itt egyrészt, vajjon a serumkezelés jár-e idő vagy fáradtság megtakarításával, másrészt ezen exspectativ kezelés mellett az olyan tályog, melynek határait a fedő lágyrészen át biztos meg nem állapíthatjuk, életfontosságú szervekbe is törhet.

b) *A tályognak mély fekvése.* A tályognak kiindulása helyét pusztán a klinikai jelekből minden kétséget kizárólag nem mindig ismerhetjük fel. Már pedig sebészeti ténykedésünk csak akkor lehet czéltudatos, ha ismerjük a tályognak az eredetét is.

c) *A betegnek igen elgyengült volta.* Öreg vagy decrepid egyenek, főleg ha a tályog nagyobb, a genyedés helyét gyorsan és alaposan kell feltárnunk; a felette értékes időből itt sokat nem vesztegethetünk. Régi arany szabály ez, a mely közelebbi részletezésre nem szorul.

A mint látjuk, a contraindicatiókat mind olyan körülmények adják, melyek könnyen felismerhetők, így tehát az eseteknek gondos megválasztásával könnyen el is kerülhetők.

* * *

Néhány szót még a módszer kiterjesztéséről. Jóllehet a serum fődominiumát — a serumnak legközvetlenebb és leg-tökéletesebb érintkezése folytán — a heveny eredésű lágyrésztályogok terén látom, egyéb genyedések eseteiben is végeztem kísérleteket normalis lóserummal.

Heveny genyekeltők okozta infiltráló genyes folyamatok, valamint csontfolyamatok (panaritium osseum, osteomyelitis) esetében az eljárás ugyanazon physikai nehézségekkel küzd, mint az antifermentumos eljárás. Bursitis purulenta 2 esetében az eljárás bevált.

Elgenyedett gümös nyirokcsomók, továbbá csont- és izületi tuberculosisból eredő hideg tályogok kezelését is megkíséréltem steril lóserummal. Kiindulva abból, hogy néhány cm³ lóserum visszahagyása igen erős hyperleukocytosist okoz, tehát ugyanazt eredményezi, a mit a jodoform-glycerines eljárás, a ferment-kezelés, az almatein, a camphora és egyéb módszerek is czéloznak, gümös tályogokat lóserummal kimostam és nagyságukhoz mérten több-kevesebb (1—5 cm³) steril lóserummal megtöltöttem. A kezelt tályogoknak több mint fele ezen módszerre hetek, hónapok alatt gyógyult; egy részében az eseteknek azonban mégis kénytelen voltam a kezelést a jodoform-glycerines eljárással folytatni.

Vajjon az eljárás belső üregek genyedésének kezelésére is kiterjeszhető lesz-e (pl. meningitis, pyothorax, peritonitis

purulenta, pyarthros eseteiben), azt csak további tapasztalatok dönthetik el. Idevágó anyagom oly csekély, hogy abból végleges ítéletet mondanom még nem lehet.

* * *

Végezetül ideiktatom azon 30 kórtörténetnek rövid epikrisisét, a melyeken fent említett gyakorlati tapasztalataim felépültek.

1. B. G., 16 éves leány. *Epikrisis. Abscessus regionis supraorbitalis lateris dextri*; az 1 cm³ genyet tartalmazó subcutan tályog egyszeri kezelésre 3 nap alatt gyógyult.

2. M. J., 14 éves tanuló. *Epikrisis. Abscessus faciei*. A nagy mogorónyi tályog egyszeri serumos kezelésre 8 nap alatt simán, hegképződés nyoma nélkül gyógyult.

3. B. S., 18 éves tanuló. *Epikrisis. Abscessus periostealis mandibulae sinistrae*; a közel diónyi tályog egyszeri kezelésre egy hét alatt gyógyult.

4. Sz. J., 20 éves hentessegéd. *Epikrisis. Lymphadenitis abscedens regionis submaxillaris sin.* A körülbelül diónyi, elgenyedt nyirokcsomó kezelése egyszeri serumos kimosásból állott, némi serum visszahagyásával. Kezelés után a lobos tünetek kissé fokozódtak, két-három nap múlva azonban visszafelődtek. Öt-hat nappal a kezelés után a tályog helyén még némi resistentia volt tapintható. A beteget kellő utasítással ellátva a kezelésből 6 nap múlva elbocsáthattuk. A gyógyulást 2 hét múlva ellenőriztük.

5. M. B., 18 éves munkás. *Epikrisis. Lymphadenitis abscedens regionis submaxillaris dextrae, verosimiliter post furunculum*. A diónyi, erősen lobosodott tályog egyszeri kezelésre gyógyult, a kezelést 3 nap alatt fejezhetjük be.

6. Sch. L., 49 éves ügynök. *Epikrisis. Lymphadenitis abscedens regionis submaxillaris dextrae post cariem dentis*. A nagy diónyi nyirokcsomótályog egyszeri kezelésre 3 nap alatt gyógyult.

7. B. J., 13 éves lakatosinas. *Epikrisis. Abscessus nuchae verosimiliter post furunculum*. A körülbelül kis almányi tarkótályog egyszeri kezelésre 10 nap alatt gyógyult. A kezelést 4. napján sipoly keletkezett, a mely 6 nap múlva spontán záródott.

8. S. S., 23 éves gyógyszerészsegéd. *Epikrisis. Abscessus nuchae post furunculosis*. A körülbelül diónyi tarkótályog egyszeri serumos kimosásra gyógyult, a gyógykezelést 8 nap alatt fejeztük be. A kezelést követő napon közvetlenül a tályog felett bullosus exanthema keletkezett; a kiütés zinkkenőcsös kötések alatt néhány nap múlva visszafelődött. Ha ezen szövödmény elmarad, a gyógykezelést ezen esetben már 3 nap alatt befejezhetjük volna; így azonban 8 napig tartott.

9. B. F., 24 éves mészárossegéd. *Epikrisis. Abscessus regionis nuchae post furunculum*. A kis almányi tályog kétszeri serumos kezelésre gyógyult, a gyógykezelés 5 napig tartott. A punctio nyomán azonnal sipoly fejlődött, a melylyel a beteg a rendelésről elmaradt, később nyert értesülések szerint a sipoly 8–10 nap alatt spontán zárult. A tályog kezelésekor 1/2 cm³ tiszta serumot hagytunk vissza a tályogban, a sipoly képződése a feles serum visszahagyásával lehetett összefüggésben.

10. K. M., 20 éves szerelő. *Epikrisis. Abscessus nuchae post furunculum*. A diónyi tályog egyszeri kezelésre 6 nap alatt gyógyult. Mivel a kezelés alkalmával tiszta serumot hagytunk vissza a tályogban, a kezelés után 1–2 napig a lobosodás tünetei fokozódtak; ezen kellemtlen szövödményt nyilván elkerülhetjük volna, ha feles serumot a tályogban nem hagytunk vissza, így a gyógytartam is 1–2 nappal rövidült volna.

11. H. J., 34 éves péksegéd. *Epikrisis. Abscessus subcutaneus nuchae verosimiliter post furunculum*. A nagy diónyi tályog egyszeri serumos kezelésre gyógyult; a kezelést 3 nap alatt befejeztük.

12. Sz. A., 18 éves leány. *Epikrisis. Lymphadenitis abscedens axillarum post furunculosis*. A bal, majd a jobb hónaljárókban egy-egy mogorónyi nyirokcsomó-tályog keletkezett; serumkezeléssel a baloldali tályog 5 nap alatt, a jobboldali pedig 4 nap alatt gyógyult.

A két egyenlő nagy tályog kezelésében annyiban térünk el, hogy míg a baloldali nyirokcsomó-abscessus serumos kimosása után benne körülbelül 1 cm³ tiszta serumot hagytunk vissza, a jobboldali mirigy-tályog kezelésekor ezt nem tettük. Azon tályog felett, melyben feles serum maradt vissza, a kezelést követő első két napon a lobosodás tünetei fokozódtak és a gyógyulás maga is egy nappal tovább tartott.

13. C. A., 18 éves háztartásbeli. *Epikrisis. Abscessus axillae dextrae post furunculosis*; egyszeri kezelésre 5 nap alatt gyógyult. Azáltal, hogy a tályogban feles serumot nem hagytunk vissza, a kezelést egyébként követő erős lobosodást elkerültük.

14. S. M., 22 éves varrónő. *Epikrisis. Abscessus subcutaneus axillae dextrae post furunculosis et abscessus subcutaneus mammae dextrae*. A betegen összesen 4 tályog fejlődött, ezeket serumos kimosással kezeltük. Egy kisebb mogorónyi tályog a jobb hónaljárókban egyszeri kezelésre 4 nap alatt simán gyógyult. Egy nagyobb diónyi hónalj-tályog

kétszeri kezelésre gyógyult, mialatt a kezelést követő harmadik napon két sipoly keletkezett. A sipolyok 8 nap alatt spontán zárultak, a gyógykezelés tehát 11 napig húzódott el.

A két emlőtályog közül a nagyobbik, diónyi tályog 4 nap alatt, a kisebbik, babnyi emlőtályog pedig 2 nap alatt gyógyult. A nagyobbik emlőtályog punctio után negyednapra szintén kifakadt, sipolya ötödnapra zárult.

A hónalj-tályog serumos kezelése után 3 nappal a tályogok tartalma sterilnek bizonyult. A nagyobbik hónalj-tályog másodszori kezelése után a köztakarón féltényérnyi területen lobosodás tünetei fejlődtek, de 24 óra múlva ezek ismét eltűntek.

15. A. M.-né, 21 éves, postás neje. *Epikrisis. Mastitis abscedens lateris sinistrae*. Az almányi emlőtályog egyszeri kezelésre 11 nap alatt gyógyult, a kezelést követő harmadik napon keletkezett sipoly két nap múlva spontán záródott.

16. K. Zs., 22 éves szakácsnő. *Epikrisis. Mastitis abscedens lateris sinistrae*. A körülbelül diónyi tályog egyszeri kimosásra normal lóvérsavóval 5 nap alatt gyógyult.

17. G. A., 18 éves háztartásbeli. *Epikrisis. Mastitis abscedens lateris dextri*. A diónyi emlőtályog egyszeri serumos kezelésre 8 nap alatt teljesen gyógyult. A kezelés harmadik napján sipoly fejlődött, a mely 5 nap alatt spontán záródott.

18. H. J., 19 éves cseléd. *Epikrisis. Mastitis abscedens lateris dextri*. A 300 cm³-nél valamivel több genyet tartalmazó tályog kétszeri serumos kezelésre 12 nap alatt gyógyult. Harmadnapra az első kezelés után sipoly keletkezett, mely hét nap múlva spontán záródott. Ez esetben a szokott kezelési eljárással, incisióval és drainézissal, nem értünk volna el ily gyors gyógyulást.

19. P. J.-né, 21 éves, földműves neje. *Epikrisis. Mastitis abscedens bilateralis*. A jobboldali emlőben almányi, a baloldali ökölnyi tályog keletkezett, mindkét tályog még a beteg bejövetele előtt kifakadt. Egyszeri serumos kimosásra mindkét emlőtályog gyógyult; a kezelést 6 nap alatt befejeztük. Ezen idő alatt a mastitis tünetei is teljesen elmúltak és a sipolyok záródtak.

20. B. V., 27 éves cseléd. *Epikrisis. Mastitis abscedens lateris sinistrae*. A fél emlőt elfoglaló ökölnyi tályog kétszeri serumos kezelésre gyógyult; a kezelést 9 nap alatt befejeztük, a mastitis-tünetek is ennyi idő alatt visszafelődtek.

A gyógyulást sipolyképződés komplikálta. A sipoly a kezelést követő napon keletkezett és 8 nap alatt spontán záródott.

Ezen esetben is nyilvánvalóan a tályog feltárásával ily gyors gyógyulást nem értünk volna el.

21. Cs. G.-né, 28 éves cseléd. *Epikrisis. Mastitis abscedens lateris dextri*. A körülbelül kis almányi emlőtályog kétszeri kezelésre 9 nap alatt gyógyult. A kezelést követő harmadik napon sipoly keletkezett, ez egy hét múlva spontán záródott.

22. V. M., 23 éves szakácsnő. *Epikrisis. Mastitis abscedens bilateralis*. A jobb emlőt diffusz genyes mastitis és retromammalis tályog miatt a fascia pectoralisig hatoló hosszmetésszel feltártuk. Ezen seb körülbelül két hét alatt begyógyult.

A bal emlőben volt almányi emlőtályogot kétszeri punctióval, illetve serumos kimosással kezeltük, ezen tályog egy hét alatt teljesen gyógyult.

23. M. J.-né, 39 éves, nyug. rendőr neje. *Epikrisis. Mastitis abscedens bilateralis*. A bal emlőben keletkezett almányi tályog kétszeri kezelésre, a jobb emlőben keletkezett valamivel kisebb tályog egyszeri kezelésre gyógyult. A gyógykezelést 15 nap alatt fejeztük be.

Három nappal a bal emlőtályog kezelése után a punctio helyén sipoly keletkezett, a mely 10 nap múlva spontán záródott.

24. L. J., 22 éves műszerészsegéd. *Epikrisis. Lymphadenitis abscedens regionis inguinalis dextrae post furunculosis*. A tyúktojásnyi nyirokcsomó-tályog egyszeri serumos kezelésre 5 nap alatt gyógyult; a kezelést követő napon a punctio helyén sipoly keletkezett, 4 nap alatt ez spontán zárult.

25. B. J., 24 éves kovácslegény. *Epikrisis. Bubo inguinalis lateris sinistrae post ulcus molle*. A körülbelül galambtojásnyi tályog egyszeri kezelésre gyógyult. A gyógyulást a negyedik napon sipolyképződés komplikálta; a sipolyból eleinte erősen véres váladék, később zavaros savó ürült, 2 hét múlva a sipoly tisztán sarjadzott és körülbelül 3 hét alatt spontán záródott. A beteget közel négy hétig gyógykezeltek; sem a gyógykezelés, sem a fennálló sipoly a beteget munkájában nem zavarta.

26. Sz. J., 25 éves lovász. *Epikrisis. Bubo inguinalis lateris sinistrae*. A körülbelül szilvanagyságú nyirokcsomó-tályog egyszeri kezelésre 14 nap alatt gyógyult. A kezelés hatodik napján keletkezett sipoly másnapra ismét záródott. A beteg a kezelésnek majdnem egész tartama alatt fenjárt. A kezelés után harmadnapra megvizsgáltuk a tályog tartalmát, ez sterilnek bizonyult.

27. H. J., 19 éves kőműves. *Epikrisis. Lymphadenitis inguinalis abscedens lateris sinistrae post ulcus molle*. Az 1 cm³ genyet tartalmazó tályog egyszeri kezelésre gyógyult, a gyógykezelést négy nap alatt fejeztük be.

28. H. A., 25 éves kocsigyártó-segéd. *Epikrísis. Lymphadenitis abscedens regionis inguinalis lateris sinistri post ulcus molle.* A tojásnyi nyirokcsony-tályog egyszeri kezelésre gyógyult; a kezelés másodnapján sipoly keletkezett, amely négy nap múlva spontán zárult; a gyógykezelést két nap alatt fejeztük be.

29. B. L., 26 éves lakatossegéd. *Epikrísis. Lymphadenitis abscedens inguinalis lateris utriusque post ulcus molle.* Mindkétoldalt körülbelül 1—1 cm³ genyet tartalmazó nyirokcsony-tályog keletkezett, kétszeri punctióra ezek gyógyultak. Az első kezelést követő harmadik napon serum-exantheme jelentkezett, amely erythema multiforme képében közel az egész testet ellepte; néhány nap múlva ezen exantheme nyom nélkül eltűnt. A gyógykezelést tíz nap alatt fejeztük be.

30. S. J., 26 éves pincesz. *Epikrísis. Abscessus periproctalis.* A fejlődő tályogot a egyes beolvadásnak korai stadiumában pungáltuk és 2 cm³ genyet mostunk ki. A kezelést 3 nap alatt befejeztük, a beteg meggyógyult.

Közlemény a budapesti Stefánia-gyermekórházból.
(Igazgató: Bókay János dr., udvari tanácsos, egyetemi ny. r. tanár.)

A gyermekkori heges nyelöcsőszűkületek radiológiás kórjelzése.

Irta: Flesch Ármin dr. és Péteri Ignác dr.

(Vége.)

X. eset. H. Mária, 4 éves. Felvétetett 1910 május 12. Lúgmérgezés 6 hét előtt. Akadály 18 cm.-nyire a fogsortól. 7-es angol szonda átvezethető.

1910 május 13. Zirkonos röntgenoszkópia. A II. hátcsigolya felső szélétől lefelé, egészen a IV. hátcsigolya alsó széléig terjedő orsóalakú, lefelé csúcsosan vékonyodó, mérsékelten tágult árnyék látható, mely csak lassan kisebbedik, a mennyiben a falat csak igen lassan, vékony sugárban halad lefelé a nyelöcsővön át.

Kórjelzés: Hosszú, nagyfokú szűkület a IV. hátcsigolyától lefelé. Előtte orsószzerű tágulat.

XI. eset. V. Mari, 15 hónapos. Felvétetett 1910 május 11. Születése óta mindig hány. Állítólag szilárd táplálékot ritkán kapott és olyankor mindig hányt. Székrekedés.

Gyengén fejezett és táplált. Teljes nyelési képtelenség. A szonda a fogsortól 15 cm.-nyire megakad. Majd nemsokára hányás közben dugaszalakú hústömeg ürül. Utána folyadékot jól nyel. Azonban csak a 6-os számú angol szonda halad át.

Május 13. Átvilágításkor a falat a II. hátcsigolya magasságában pár pillanatra megakad, kitágulás nincs. Csakhamar azonban féregerősen átkúszik a falat és akadály nélkül halad a gyomorba.

Május 21. Oesophagoszkópia: A szűkülésnek megfelelően a nyálkahártya ép, nem heges.

Kórjelzés: Rövid, veleszületett szűkület a II. hátcsigolya magasságában.

XII. eset. B. Erzsébet, 3 éves. Ambulans. Mérgezés 2 év előtt, azóta rendszeres tágítás, csak a cardia felett érzünk akadályt.

1910 május 27. Átvilágításkor a falat gyorsan lehalad, a rekesz felett azonban megakad és felette egy körülbelül 3 cm. hosszú orsószzerű tágulatot mutat.

Kórjelzés: Szűkület a cardia felett, előtte orsószzerű tágulat.

XIII. eset. T. Károly, 2 éves. Felvétetett 1910 június 2. 1 év előtt mérgezés. Rendszeres tágítás dacára csak filiformis szonda vezethető át.

1910 június 4. Átvilágításkor a falat a II. hátcsigolya magasságában megakad, ott kis kiöblösödés látszik körülbelül koronányi hosszúságban. Az árnyék fel és alá ugrál egy ideig, majd midőn körülbelül 2 gyermekkanálnyit megeszik, az egészet kihányja. Megismételjük, azonban az árnyék folytatását nem látjuk, a gyomor teljesen üres marad. A zirkonos folyadék sem mutat többet.

Kórjelzés: Igen nagyfokú szűkület a II. hátcsigolya magasságában.

XIV. eset. T. Károly, 3½ éves. Ambulans. 6 hét előtt mérgezés. Szondavizsgálat még nem történt.

1910 június 6. Átvilágításkor a lenyelt falat körülbelül a II. hátcsigolya magasságában megakad egy pillanatra, de csakhamar gyorsan átkúszik, a diaphragma felett újra megakad, ott kis kiöblösödést alkot és innen bekerül a gyomorba.

Kórjelzés: Kettős szűkület: 1. rövid, nem túlságosan szűk a II. hátcsigolya magasságában, 2. a cardia felett.

XV. eset. J. Károly, 5½ éves. Ambulans. Mérgezés 3 év előtt. Csak 6-os számú angol vezethető át.

1910 június 7. Átvilágításkor a falat a IV. hátcsigolya magasságában megakad, ott egy lefelé kúpalakban vékonyodó, felfelé szélesedő árnyék alakjában kis ideig fel és alá ugrál. Majd átkúszik és keskeny

árnyék alakjában halad gyorsan le, a diaphragma felett rövid időre újra megakad, kis orsószzerű kitágulást alkot és csakhamar lejut a gyomorba.

Kórjelzés: Kettős szűkület: 1. rövid, nagyfokú, a IV. hátcsigolya magasságában, 2. a cardia felett, mindkettő felett tágulat.

XVI. eset. Sz. Béla, 3 éves. Felvétetett 1910 május 19. Mérgezés 5 hét előtt. Rendszeres tágítással a 14-es számú angol kutaszig eljutunk.

Június 15. Átvilágítás. A falat a III. hátcsigolya magasságában kis időre megakad és onnan akadály nélkül leszalad a gyomorba. A falat nem ugrál.

Kórjelzés: Rövid, aránylag tág szűkület a III. hátcsigolya magasságában.

XVII. eset. A. István. Felvétetett 1910 június 28. Mérgezés 3 év előtt. Szondázás nem történt. Felvétel után átvilágítás. A falat a IV. hátcsigolya magasságában megakad és újabb falat lenyelésekor visszaugrik. Az árnyék a II-IV. hátcsigolya közti területen fordított kúpalakot mutat. Csak igen lassan kisebbedik, az átjutott részlet gyorsan szalad le a gyomorba.

Kórjelzés: Rövid, nagyfokú szűkület a IV. hátcsigolya magasságában, felette nagyfokú tágulat.

XVIII. eset. Sz. Sándor, 2 éves. Felvétetett 1910 július 19. Mérgezés 6 hét előtt. 9-es angol szonda vezethető át.

1910 augusztus 5. Átvilágításkor a falat a III. hátcsigolya magasságában megakad, ott hosszabb ideig marad fennakadva, vékonyan átcsúszik, a cardia felett ismét összegyűlik és csak akadály legyőzése után jut a gyomorba.

Kórjelzés: Kettős szűkület: 1. a III. hátcsigolya magasságában rövid, nagyfokú, 2. a cardia felett.

XIX. eset. B. Ferencz, 22 hónapos. Felvétetett 1910 augusztus 4. 6 hét előtt mérgezés. 10-es angol szonda halad csak át.

1910 augusztus 5. Átvilágításkor a falat a III. hátcsigolya magasságában egész rövid időre megakad, fel és alá ugrál, majd akadály nélkül halad végig a nyelöcsővön át a gyomorba.

Kórjelzés: Rövid erősebb szűkület a III. hátcsigolya magasságában.

XX. eset. R. Vilmos, 2 éves. Felvétetett 1910 szeptember 5. Mérgezés 4 hét előtt. Szondázás nem történt. Felvétel után eszközzel átvilágításkor a sűrű pép a II. hátcsigolya magasságában egy pillanatra megakad, a beteg onnan gyorsan kihányja. A zirkonos folyadékkal eszközölt vizsgálatkor látjuk, hogy az innen gyorsan lehalad a gyomorba.

Kórjelzés: Rövid, nagyfokú szűkület a II. hátcsigolya magasságában.

Eseteinket összefoglalva látjuk, hogy 20 esetünk mindegyikében a kórjelzés a Röntgen-vizsgálat segélyével a várható mértékben és pontossággal volt eszközölhető. Ezen vizsgálatok kétségtelenül szolgáltatottak olyan eredményeket is, a minőket közönséges szondavizsgálat segélyével nem nyerhetünk. Csupán megjegyezzük, hogy eseteink közt is nagyobb számmal szerepeltek a fiatalabbak: 1—3 év közöttiek (20 közül 12), miként azt már *Johanessen* és *Torday* is említi. Feltűnő, hogy 20 vizsgált esetünk közt csak tizszer találtunk egyszerű szűkületet, 5 esetben volt két helyen és egy esetben 3 helyen szűkült a nyelöcső. 3 esetben pedig oly nagyfokú pangásos tágulattal találkoztunk, a minőt az eddigi tapasztalatok alapján nagyon ritkán tartottunk. Egy esetben annyira gyógyult már a szűkület a rendszeres tágítás következtében, hogy a lehaladó falat útjába semmi akadályt sem gördített. A szűkület helyét illetőleg: 7-szer volt megszőkülve a nyelöcső a II., 6—6-szor a III. és IV. hátcsigolyának és a cardiának megfelelőleg és végül egyszer a VII. hátcsigolya tájékán.

Tizenkilenc eset közül tehát kilencben mutatott olyan elváltozás jelenlétére a Röntgen-vizsgálat, a minőről közönséges szondavizsgálat révén tudomást nem szerezhettünk. Hogy a nyelöcső két, sőt több helyen is szűkült, azt szokásos vizsgálati módszereinkkel nem állapíthatjuk meg. Az oesophagoszkópia kétségtelenül több betekintést enged a nyelöcső állapotába, mint a szondavizsgálat, így a szűkület természetéről, az azt kiváltó okról még legjobban így, illetőleg csakis így győződhetünk meg; körülményesebb és sokszor veszélyes voltánál fogva azonban az elsőbbség mégis a Röntgen-eljárást illeti, annyival is inkább, mert sokszoros szűkületek kórjelzését az oesophagoszkópia segélyével úgy sem eszközölhetnők. A tágulatokat természetesen nagyon jól mutatja az oesophagoskop, azonban föltétlenül kényelmesebben eszközölhetjük a kórjelzést a Röntgen-eljárással. Rá kell mindenesetre mutatnunk, hogy vizsgálateink segélyével milyen gyakran

nyertünk tudomást dilatatio jelenlétéről. Közismert tény, hogy szűkületek előtt másodlagosan tágulatok keletkeznek. Ha nem is minden esetben, vizsgálataink eredménye után következtetve, elég gyakran. A tágulat kifejlődésére első sorban a szűkület foka van befolyással, azonban lehet jelen nagyfokú szűkület, és tágulat mégsem képződik fölötte. A második döntő mozzanat a szűkület fennállása óta eltelt idő: régi szűkületek fölött rendszerint megtaláljuk a tágulatot. A szűkület fokán és régiségén kívül befolyással van még a szűkület hossza. Látjuk éppen eseteinkben, hogy ott, a hol igen nagyfokú tágulat fejlődött ki, a szűkület igen hosszú, vagy ha a szűkület nagyobb foka miatt ez nem is állapítható meg, valószínűnek kell ezt jelezni.

Érdekesnek tartjuk továbbá, hogy rámutassunk a tágulatok alakjára: a felső részletekben kifejlődött összehajlások a garattal és általában egy közös nagy zacskót alkotnak; ezért a nyelőcső legkezdeti részében kifejlődő tágulatok hengerszerűek vagy kúp alakúak. Ilyen alakokat a nyelőcső mélyebb részeiben kifejlődni nem látunk. Miként eseteink is mutatják, ott az anatómiai viszonyok folytán is az orsó, illetőleg a hengeres alak a megszokott. Még a hosszú, mélyen kezdődő tágulatok alakja is ilyen. Így *Cahn*²¹ esetében a cardiától a nyakrészig volt orsóalakúlag kitágulva az egész nyelőcső. Az ok ezen esetben valószínűleg a nyelőcső legelső részletének veleszületett anomáliája volt. E tágulatok általában egyenletesen terjeszkednek ki a nyelőcső megfelelő részletének egész kerületére és csak kivételesen fejlődnek ki erősebben az egyik oldalon. Ilyen *Nicoladoni*²² esete, hol négy éves leányban lúgmérgezés következtében egy 8 cm. hosszú szűkület felett keletkezett nagyobb kitágulás, de excentrikusan, a mennyiben a legerősebben az elülső fal periferiáján jött létre egy zsákszerű kiboltosulás.

Nem kell különösen kiemelni, hogy mekkora fontosság tulajdonítandó a nagyobb fokú tágulat korai körjelzésének. A kisebb fokú tágulatok ugyanis lényegesebb jelentőséggel nem bírnak, minthogy a korán megkezdett rendszeres tágitás után a szűkület javulásával a tágulat is lassan-lassan eltűnik. Nagyobb fokú tágulat esetén azonban, a míg a túltengett izomzat összehúzódnak képességét megtartja, addig a szűkület gyógyulásával a tágulat teljes visszafejlődése várható. Ha azonban az idők folyamán a nyelőcső izomzata functionálisan gyöngül vagy az izomzat degenerál, akkor pang benne a táplálék és a dilatatio maradandó. Kérdéses, hogy ilyenkor a szűkület javulásával mennyire halad egyidejűleg előre a tágulat visszafejlődése. Természetes azért, hogy ilyenkor, ha a nagyfokú tágulat körjelzése megtörtént és ha — mint rendszeren — a felülről való szondázás nehézségekbe ütközik vagy eredményt egyáltalán nem szolgáltat, minél előbb a gastrostomiának és retrograd tágitásnak a javalata forog fenn. Javult ez már csak azért is, mert ilyenkor rendszeren a szűkület is nagyobb fokú, hosszú és a mesterséges perforatio veszélye is eléggé fenyeget.

A szűkületek helyére is érdekes világot vetnek vizsgálati eredményeink. Már régi idő óta a nyelőcső-szűkületeknek három praedilectio helye ismeretes. E helyek azok, melyek normalisan is a legszűkebbek lévén, a maró anyag lehatolása elé akadályt gördítenek s a maró anyag hosszabb ideig időzve azon helyeken, a legerősebben ott fejti ki roncsoló hatását. E három hely, mint tudjuk: 1. közvetlenül a cardia felett, 2. a bal hörgővel kereszteződésnél és 3. a garat és nyelőcső közti határon van. *Hacker*²³ azonban vizsgálatai révén meggyőződött, hogy e három hely egyedül nem elegendő arra, hogy a gyűrűszerű heges szűkületek létrejöttét megmagyarázzuk. Ezért ő felveszi még a bifurcatio felett fekvő

aortaszorost (Aortenenge) és alatta a bal hörgőnek megfelelő szorost (Bronchialenge), ezenkívül megjelölt még egy 6. ilyen praedilectio helyet a bifurcatio és a rekesz közti távolság közepén. Még tovább megy *Mehnert*,²⁴ a mennyiben szerinte 13, egymástól 2 cm.-nyi távolságban fekvő, normalis, de nem állandóan előforduló szoros vehető fel a csigolyaközi porcok számának, illetőleg a nyelőcső szelvényes természetének megfelelőleg. Vizsgálataink is mindenestre mutatják, hogy nem szabad a szűkületek valószínű helyének felvételekor általánosítanunk, minthogy vannak ugyan praedilectio helyek, azonban azok a régi köztudatban levőket nem egészen fedik. Így dacára annak, hogy legszűkebbnek a garat és nyelőcső határa ismeretes, eseteink között egyetlen egyet sem találtunk e helyre lokalizálva, továbbá, a bifurcatio és cardia helyén kívül aránylag elégszer láttunk szűkületet máshol is kifejlődve. Nem egyeznek meg azonban tapasztalataink *Kelleréivel*,²⁵ a melyek szerint a részleges szűkületek leggyakoribb helye a hatodik hátszigolya és a cardia közti részlet, ritkábban a nyelőcső felső része. Ugyancsak *Keller*, majd *Hacker* kiemeli, hogy látott többszörös szűkületeket is; mi — mint láttuk — körülbelül eseteink harmadában tudunk többszörös szűkületet kimutatni.

Néhány szóval megemlékezünk még XI. számú esetünkről, hol a kórelőzmény és az oesophagoskopos vizsgálat alapján a szűkületet veleszületettnek kellett tartanunk. Láttuk, hogy a kórelőzményben már a legkorábbi élethetékben jelentkezett hányásról tesz ugyan az anya említést, azonban ennek nagyobb körjelző jelentősége nincs. Ezen hányás szilárdabb táplálék nyújtása után nagyobb mértékben mutatkozott s a bemutatás alkalmával teljes nyelési képtelenség állott fenn egy falat megakadása következtében. Az oesophagoscopiával a nyálkahártyát teljesen épnek találtuk, hegesedésnek semmi nyoma sem volt. Ilyen veleszületett nyelőcső-szűkület elég ritkaság ugyan, az irodalomban azonban elég szép számú esettel találkozunk. Nem tartozik e helyre, hogy bőven foglalkozzunk velük, csupán megemlítjük *Hirschsprung*²⁶ és *Demme*²⁷ eseteit, mint olyanokat, a melyeket már gyermekeken észleltek.²⁸

Összefoglalás: Vizsgálataink eredményei egybehangzóan mutatják a zirconos röntgenoskopia nagy értékét a gyermekkori heges nyelőcső-szűkületek körjelzésében.

Előnye az eljárásnak, hogy

1. teljes képet nyertünk a nyelőcsőről egész lefutásában és így pontosan jelzi

- a szűkület helyét a megfelelő csigolyához viszonyítva,
- a szűkület fokát,
- hosszát,
- egyszerű vagy többszörös voltát,
- a pangásos tágulatok jelenlétét, nagyságát, alakját.

2. Rendszeresen eszközölt tágitások után gyógyultnak tartott szűkület eseteiben segélyével meggyőződhetünk, hogy a nyelőcső kóros részlete visszanyerte-e teljes functióképességét, azaz nem gördít-e még mindig akadályt a lehaladó falat útjába.

3. Alkalmazhatjuk ezen eljárást már a lúgmérgezést követő hat héten belül is, tehát oly időben, a midőn szondavizsgálatot végezni még nem tanácsos.

4. Könnyen végezhető és teljesen veszélytelen.

²⁴ *Mehnert*: Ueber die klinische Bedeutung der Oesophagus- und Aortenvariationen. Arch. für klin. Chir. Band 58. Heft 1. Seite 1.

²⁵ *Keller*: Idézve *Emminghaus* nyomán, l. c. 192. l.

²⁶ *Hirschsprung*: Den Medfodte Tillukning of Spiseroret. Kopenhagen, 1861. Hosp. Tid. 4. R., Band III, S. 1037 und 1149.

²⁷ *Demme*: 23. med. Bericht über die Tätigkeit des Jennerschen Kinderspitals. 1885. S. 67.

²⁸ Részletes összefoglalás: *Schneider*: Ueber angeborene Speiseröhrenverengerungen. Inaug.-Dissertation. Königsberg 1900.

²¹ *Cahn*: Ueber die diagnostische Verwertung der Röntgen-Strahlen, etc. Münch. med. Wochenschr. 1906. S. 73.

²² *Nicoladoni*: Wiener med. Wochenschr. 1877. 25. sz.

²³ *v. Hacker*: Ueber die nach Verätzungen entstehenden Speiseröhrenverengerungen. Wien, 1899.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

F. Calot: L'orthopédie indispensable. Troisième édition. Paris, Maloine, 1910.

Calot e könyvét első sorban a gyakorló orvosnak írta; nézete szerint eljárásai oly egyszerűek, hogy csak komplikáltabb esetek igénylik a specialista beavatkozását. A könyv legelőjén a következő hat pontban találjuk összefoglalva az orthopaedia parancsolatait: 1. *Korai diagnosis.* 2. *A kezelés azonnali megkezdése.* 3. *Kitartó kezelés.* 4. *Szabatos gipszkötések.* 5. *Minél kevesebb erőművi behatás a tuberculosis ízületek redresszálásakor.* 6. *A tuberculosis folyamatokat sohasem szabad megoperálni, a hideg tályogokat sohasem szabad megnyitni, a kezelés punctiókból és injectiókból álljon.* Ez utolsó 6. parancsolatból láthatjuk, hogy Calot egyéni felfogása különösen a csont- és ízület-tuberculosis gyógykezelésében lép előtérbe. Calot minden ízület-tuberculosisban — a spondylitist kivéve — az ízületi folyamat helyén igyekszik injectiókkal behatni. A tuberculosis ízület-gyulladások kezelése tehát minden esetben teljes nyugalomból, hosszú, esetleg évekig tartó fekvő-kezelésből, gipszkötéses rögzítésből és creosotos-olaj vagy camphoros naphthol-glycerin injectiójából áll. Ez évekig tartó fekvő kezelés mindenesetre ellenkezik a tuberculosis ízület-gyulladások gyógykezelésének ma általánosan elfogadott ambulans jellegével. Túlzásnak mondható a szerző következő állítása is: „... dans la tuberculose le bistouri guérit rarement, aggrave souvent et inutile toujours“. A szerző által elért jó eredmények, e túlságosan conservatív eljárások dacára, talán abban találják magyarázatukat, hogy az esetek a kitünően szervezett tenger-melletti *bercki* orthopaediai intézetben észleltettek, a hol az állandó szabad levegőn tartózkodás és jó táplálás erősen hozzájárult a betegség kedvező és gyors lefolyásához.

A könyv legérdekesebb része a tuberculosis csigolyagyulladás gyógykezelése és a spondylitises gibbus lassú, étapteszerű redresszálása. Calot 1896-ban közölte azon új módszerét, melylyel a spondylitises púpot narcosisban forcirozottan redresszálja. E forcirozott redressment nem vált be, sőt gyakran végzetes szövödményekre vezetett. E módszerekből kristályosodott ki Calot mostani, sokkal észszerűbb következő eljárása. A gipszkötésre vagy fűzőre alkalmazott dorsalis ablakon keresztül vatta-pelotta segítségével állandó nyomást gyakorolunk a gibbusra, mely egy idő múlva minden esetben enged és kitartó kezelés mellett lassan eltűnik. (E módszert illetőleg az I. sz. sebészeti klinikán kísérleteket folytatunk.) Azt hiszem nem kell megokolnom, hogy e gyógyeljárásnak beválása és általánosodása esetén mily óriási jelentősége volna. Eredeti a különböző ízület-punctiók leírása. Ezeket kívül megtaláljuk e műben az orthopaedia körébe tartozó összes kórképek gyógykezelésének módját is.

A nagyon czélszerűen beosztott és kitünően regisztrált könyv világos és tiszta képét nyújtja Calot orthopaediai felfogásának, és ha a gyógyeljárások mindegyikét nem is találom követésre alkalmasnak, a munkában foglalt eredeti eszmék kétségkívül hozzá fognak járulni a modern testgyógyászat fejlesztéséhez. A vaskos, 781 oldalas kötet könnyű megértéséhez nagyban hozzájárul a páratlan szorgalommal összegyűjtött 874 eredeti fénykép, illetőleg kitűnő sémás rajz. E könyv gondolatai a testgyógyászzal foglalkozó orvosoknak nagy gyönyörűséget fognak szerezni, annál is inkább, mivel a testgyógyászat egy fontos részét, az ízületi tuberculosis kezelését teljesen új szempontból ítélik meg.

Dollinger Béla dr.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

A rák gyógyításának új módjáról tudósít *Fichera* (*Durante* tanár klinikája, Róma). Embryonalis szövetnek a rosszindulatú daganatokra gyakorolt hatását állatkísérlettel

próbálták ki. Kiderült, hogy a patkányok a daganatátoltás ellenében rendkívül resistenssé tehetőek embryonalis szövet transplantációjával, másfelől olyan patkányok, a melyeken teljesen kifejlődött daganatot sikerült létrehozni, megmenthetők a biztos haláltól, a daganatoknak involutiója érhető el embryonalis vagy foetalis szövet homogen autolysatumainak befecskendezésével. A kedvezően végződött állatkísérletek után emberen is használták ez eljárást, még pedig első sorban inoperabilis daganat eseteiben és sikerült a kóros folyamat meglassítását, megállítását, sőt teljes visszafejlődését is elérni. Az alkalmas dialysatumok előállítására, eltarthatóvá tévése ezidő szerint még nehézséggel jár. (*Gazzeta degli osped.* 1910 109. szám)

A cholera-vibriók eltűnését a cholera-reconvalescensek bélsarából tette tanulmány tárgyává *Zirolia*. Rendszeresen, 3—5 napos időközben vizsgálta a cholera-ból kigyógyultak bélsarát s azt találta, hogy az esetek többségében 10—20 nap alatt tűnnek el a cholera-vibriók. Vizsgálatai folyamán azonban azt az érdekes tapasztalatot tette, hogy néha olyanok bélsarában, a kikből a vibriók már eltűntek, diaeta-hiba vagy más ok folytán beállott bélzavar alkalmával ismét megjelentek a vibriók. Érdekes az az esete is, a melyben sós hashajtó adása után jelentek meg újból a székletében már 3 hete hiányzott vibriók. Mindezen tapasztalatok jelentősek a cholera prophylaxisa szempontjából, a mennyiben mutatják, hogy a cholera-ból kigyógyultak csak hosszabb időn keresztül gyakran megismételt bakteriologiai vizsgálatok után tekinthetők veszélytelennek s hogy az enyhe hashajtók használata a cholera-ból kigyógyultak bakteriologiai vizsgálata alkalmával nagyon jó szolgálatot tehet. (*Igiene moderna*, 1910 okt.)

Belorvostan.

Az epekőrohamokban szenvedők táplálására vonatkozólag nagyon észszerűnek látszó tanácsokat ad *Schott*. Epekőrohamok után általában erősen megszorítják a táplálékfelvételt. Ezzel szemben a szerző ezen eljárás helytelenségét hangoztatja, a mennyiben hiányos táplálkozás esetén nincs meg a rendes inger az epe kiürülésére, az epe besűrűsödik és pang s ezzel előmozdítatik mind a bakteriumok elszaporodása, mind pedig az epekőképződés. Azonkívül hiányos táplálás mellett székrekedés áll be, a mi a maga részéről szintén hozzájárul az alaptergység rosszabbodásához. Ezért azt ajánlja, hogy az első viharos jelenségek csillapodtával térjünk át lassanként a tejdieta-ról a vegyes kosztra, legutoljára hagyva a fehérjéket. Nem tartja helytállónak azt a nézetet, hogy a tojás fokozza az epe cholesterolin-tartalmát s hogy ezért mellőzendő. A táplálékot kis adagban, de gyakran kell adni; ezzel egyrészt megkönnyítjük a gyomor munkáját, másrészt a gyomortartalomnak a duodenumba gyakoribb átlépése folytán az epe kiürülését is szabályozzuk. (*The Cleveland Med. Journ.* 1910 szept.)

Sebészet.

Direct vértransfusio 12 esetéről számol be *Pool* és *Mac Cluge*. Egyszer gázmérgezés, egyszer septicaemia, a többi esetben vérzéses anaemia szolgálatott indicatiót a transfusióra; a közvetlen hatás 2 eset kivételével mindig igen kifejezetten jó volt és 4 esetben (anaemia) a szerzők benyomása az, hogy a már moribund betegek direct a transfusiónak köszönik életüket. A transfusióra a *Cassel-methodus* szolgált, vagyis a vért szolgáltató egyén radialisát összevarrták a vért kapónak a könyökhajlatban fekvő valamelyik vénájával vagy a saphenával. (*Annals of surgery*, 1910 okt.) *P.*

A haemophiliának vértransfusióval való kezelését melegen ajánlja *Ch. Goodman* egy esete kapcsán. A haemophiliás 2¹/₂ éves fiú az arcán és szájában szenvedett sérülést, melyből 3 napig, dacára minden lehető kezelésnek (sebgyógyítás, direct compressio, adrenalin, lapis, tinctura ferri chlorati), belsőleg calciumchlorid, per rectum calcium-

lactat (subcutan diphtheria-antitoxin, nyúlserum), folyton szivárgott a vér. A végleg elgyengült, viaszhalvány, comatosus, alig tapintható 180 pulsussal bíró gyermek haemoglobinja 12%, vörös véresejtek száma kevesebb, mint 1,000.000. 28 perczig tartó vértransfusio után egy egészséges 19 éves fiú radialisából nemcsak az acut anaemia tünetei szűntek meg, hanem a vérszivárgás is rögtön megszűnt. 14 nap mulva gyógyultan távozott a kórházból, további 3 hét mulva a haemoglobin 80%, a vörös véresejtek száma 5,000.000. Vérzésre hajlama is megszűnt. (Annals of surgery, 1910 okt.)

P.

Szülészet és nőorvostan.

Az újszülöttek asphyxiája ellen az oxygenbelégzéssel Engelmann elég jó eredményt ért el több oly esetben, a melyben a szokásos Schultze-lóbálásokat nem lehetett végezni avagy már minden más élesztési módszer cserben hagyott.

Ennek az eljárásnak az irodalomban vannak szószólói, de vannak ellenzói is. Bumm azt tartja, hogy minden esetben meg kell kísérlni, ha a mesterséges légzéssel célzott nem értünk; a hatás néha nagyszerű: a mint felfújjuk a tüdőt, fokozatosan kivörösödik a bőr, visszatér lassankint a légzés és úgy tűnik fel, hogy az életet valósággal „beléje leheltük” a magzatba. Seitz állatkísérletekkel bizonyít: „ha az agnyomás tünetei bizonyos fokot értek és különösen, ha a légzőcentrum erősebben sérült, akkor már csak úgy lehet eredményes élesztési kísérleteket végezni, ha oxygent viszünk a tüdőbe és ezen az úton a vérpályába. Mert a keringés újbóli megindítására a legjobb eljárás — mielőtt egyszer a CO₂-mérgezés beállt — az oxygen-bevitel”.

Mások, mint Runge, Fritsch, ellenzik ezt az eljárást (a tüdőalveolusok megrepedésétől, pneumothorax keletkezésétől tartanak). Teljesen jogosult az utóbbi álláspont és ezért igyekezett Engelmann ezt az alapjában véve rationalis eljárást olyasmódon alkalmazni, hogy az előbb említett veszélyeket elkerülhesse.

Régebben is ajánlottak már többen (Zangemeister, Bucura, Hoerder) olyan készülékeket, melyekkel oxygent vagy levegőt lehetett a magzatba beléféjteni. De ezeknek általában két nagy hibájuk volt: 1. Csak trachealis csövön át lehetett a levegőt befújni. 2. A befúvásra szánt oxygent nem tudták adagolni. Engelmann a Tiegel-Henle által műtétek közben előforduló narcosis-asphyxia kezelésére szerkesztett készüléket módosította csecsemők részére és pár esetben eredményt ért el vele. Készülékének előnyei, hogy az oxygent — mérhető nyomás mellett — tetszés szerint való ideig vezethetjük be a csecsemő szájába és hogy trachea-csőre nincsen szükség. Koraszülötteken, a hol a Schultze-féle lóbálás a mellkas puhasága miatt nem vezet eredményre, agyvérzések után beálló asphyxia és csonttörés eseteiben, a hol egyáltalában nem végezhetők a Schultze-féle lóbálások, csakugyan hiányt pótolhat az ilyen készülék. (Zentralblatt f. Gynäk., 1911. 1. sz.)

Scherer.

Gyermekorvostan.

Cutan reactio az anaphylaxia megállapítására.

A serumnak az első befecskendés után aránylag hosszabb idő mulva újból alkalmazására nem egyszer súlyos exanthema, láz, véres szék, albuminuria, sőt collapsus áll be az injectiót követő első 24 órában. Hogy ezen eshetőséget előre tudjuk és el lehessünk reá készülvén, Moss előbb állatkísérletekkel, majd ezek alapján 30 esetben beteg gyermekeken kipróbált egy módszert, melynek segítségével az anaphylaxiás reactio bekövetkezését előre megtudhatjuk. A módszer a következő: Igen vékony tűvel ellátott fecskendőből 001 cm³ steril löserumot fecskendezünk a bőr rétegei közé; ha anaphylaxia várható, akkor a befecskendés helye körül 1—2 cm.-nyi átmérővel bíró bőrterület heves lobosodásnak a képét ölti, a mely azonban pár nap alatt eltűnik. A reactio kifejlődéséhez 8—24 óra szükséges.

Harmincz esete közül 9, melyben sohasem történt savónak alkalmazása, negativ eredményt mutatott. 10 erősen positiv reactiót adott, ezekben évekkal vagy hónapokkal azelőtt serumkezelés végeztetett. A szerző elismeri ugyan, hogy a positiv reactiók eseteknek nem mindegyike fog súlyos anaphylaxiás tüneteket mutatni savónak újabb alkalmazásakor; de azokban az esetekben, a melyekben a reactio igen gyorsan, vehemensen áll elő, elkerülhetetlennek gondolja az újraoltáskor a súlyos anaphylaxiás jelenségeket. (Journal of the American Medical Association, 1910. aug. 27.)

Bókay Zoltán dr.

Börkórtan.

A thallium élettani hatását vizsgálta Buschke (Berlin).

A szerző már több ízben foglalkozott kísérletes vizsgálatokkal, a melyek a thalliumnak az állatok szőrzetére való hatására vonatkoztak. A vizsgálatok indító okát különösen francia vizsgálók észlelései szolgáltatták. A tapasztalás ugyanis azt bizonyította, hogy a thalliumacetat, a melyet főleg Franciaországban mint izzadáseellenes szert tüdővészések izzadása ellen adnak, olykor elég rövid idő alatt nagyobb foltokban hajhullást és kopaszodást okozhat. Buschke ezt a kérdést most kísérleti úton tanulmányozta. Legalkalmasabb kísérleti állatnak a fehér és tarka patkány bizonyult. A kísérletek azt bizonyították, hogy egereken, patkányokon, házi nyulakon és majmokon a thalliumsóknak (főleg thallium aceticum és carbonicum) már egészen minimalis, alig meghatározható adagai kopaszodást okozhatnak. Ez az alopecia meglehetősen hasonló az emberen észlelt kopaszodáshoz. Az állatok alopeciája csaknem állandóan a hátra és a fej hátulsó részére lokalizálódik. Patkányokon a thalliumos alopecia olykor általánossá válik. Az alopecia sokszor már a thallium adagolása közben mutatkozik, de olykor csak jóval később áll be, a mikor a thalliumsót már megvontuk az állattól. Az emberi hypotrichosis congenita analogonjaként thalliumos kezeléssel állaton is létrehozható az alopecia congenita egy fajtája. Ez azonban nem bizonyult állandónak, mert a fiatal állatok szőrzethiánya utóbb regenerálódik. A thalliumnak e sajátos hatása Buschke véleménye szerint az idegrendszer elváltozásán alapul. Ez az ideghatás alighanem központi, nem pedig peripheriás. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1911. 4. sz.)

Guszman.

Venereás betegségek.

A házinyulak általános syphilisét tanulmányozta

Uhlenhuth és Mulzer (Berlin). A szerzőknek ismételt kísérleten sikerült házinyulakon kísérleti úton a syphilises virus generalizálódását létrehozni. Ugy látszik, hogy ilyfajta kísérletekhez különösen fiatal állatok alkalmasak. A szerzők által kidolgozott és ajánlott intracardialis oltási eljárással ezek az állatok elég gyakran esnek általános syphilisbe. Az ily módon létrejött kórkép fölötté jellegzetes s különösen az orron és farkon támadó tumorokban nyilvánul. Ezek a tumorok szövettanilag vizsgálva az emberi gummákhoz hasonlítanak. De egyébként a többi jelenség és tünet dolgában is meglehetősen hasonlít ez az általános kísérleti syphilis az emberi lueshez, elsősorban azonban a lues hereditaria kórképéhez. A házinyulakon jelentkező tünetek között legközönségesebb az erős lesoványodáson kívül a paronychia, a coryza és a papulo-ulcerosus syphilid. Mindezekben a nyilvánulásokban a spirochaeták kimutathatók voltak.

Érdekes és fontos, hogy a szerzőknek az is sikerült, hogy a kísérletes syphilis folyamán a keringő vérben is ki tudták mutatni az élő spirochaeta pallidákat. Ennek a lehetősége azonban úgy látszik csak bizonyos időszakban áll fenn, a mire nézve még további tapasztalás szükséges. Mindezek az észlelések nagy haladást jelentenek a syphilis-kutatás szempontjából, mert ezentúl sok fontos és érdekes kérdés még jobban lesz tanulmányozható. Különösen a syphilis chemo-therapiáját sikerül majd így talán előbbrevinni. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1911. 2. szám.)

Guszman.

Orr-, torok- és gégebajok.

A Basedow-exophthalmusnak az orr kezelésével befolyásolásáról ír Hoffmann a müncheni gégepoliklinikáról Három esetét közli, a melyben az orrnyálkahártya „ethmoidalis helyei“-nek galvanokaustikás edzésére a Basedow-tünetek visszafejlődtek. Első esetében, melyben a hyperthyreoidosis alkalmasint mellékvese-insufficiencia következtében morbus Basedowivá fejlődött, az alsó orrkagyló elülső végének és a tuberculum septinek galvanokaustikás edzésére a struma 2 cm.-rel megkisebbedett, a pulsus száma 140-ről 105-re szállott le és a protrusio bulbi 2 mm.-rel visszament; az eredményt suprarenin-injectiókkal még fokozta. Második esetében — infantilis hyperthyreoidosis, kétoldali exophthalmus (Graefe- és Stellwag-féle tünettel) — az alsó orrkagylók elülső végének galvanokaustikás edzésére az exophthalmus az egyik oldalon 3, a másikon 1 mm.-rel ment vissza. Harmadik esetében jobboldali exophthalmus volt, kicsiny strumával, a jobb alsó kagyló felületes vonalszerű galvanokaustikás edzésére az exophthalmus másnapra 2, majd újabb edzésre ismét 2 milliméterrel ment vissza. Vasculosis strumákat ily eljárással állítólag számos esetben 1—2.5 cm.-rel kisebbített meg. Maradandó hatás csak oly esetekben várható, a melyekben az ok a megfelelő centrum fokozott labilitásában van, a mely a trigeminus útján ily módon befolyásolható. (Münchener med. Wschrift, 1910. 44. sz.)

Safranek dr.

A szénaláz operációs kezelésében a nervus ethmoidalis anterior resectiójával elért eredményeiről számol be Bloss (Karlsruhe). 1909-ben ismertette 3 esetét, a melyekben a szénalázát operációs úton, a nervus ethmoidalis anterior resectiójával gyógyította. Ezen betegek további sorsáról számol be. Első betegén, a ki évente megújuló szénalázban szenvedett, súlyos asthmás rohamokkal, a baj a műtét óta nem ismétlődött. Második betegén, a ki 14 éve a füvek virágzásakor évente megbetegedett, a műtét a bajt megszüntette. Harmadik betege a műtét óta szintén egészséges. A műtétet kívül az idegrendszer általános kezelése (tonizálása) sem hanyagolandó el, azonkívül rendszeres lélegzési gyakorlatokat kell végeztetni, mely célra Bloss a Kuhn-féle álarcot használta. A műtétet novocain-suprarenin-anaesthesiában végzi s a technikát illetőleg a Kocher módszerét követi. Megtörténhetik, hogy ha a trochleát is kissé lefejtették, a műtét után egy ideig kettős látás mutatkozik, mely azonban rendszerint ismét eltűnik, miután a periosteum alapjához szorosan odanőtt. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1910. 49. sz.)

Safranek dr.

Orthopaedia.

Az orthopaedia körébe vágó dolgozatokat hoz a „Jahreskurse für ärztliche Fortbildung“ 1910 szeptemberi füzeté. A füzet első részében Lange a *tuberculosis spondylitisoról*, a *gyermekbénulásról* és a *Höftman-féle művégtagokról* értekezik. Lange a fekvő *spondylitis-kezelés* híve, eljárásának lényege: hosszú ideig nyugalmas fekvés a Lorenz-féle reclinatiós gipszágyban, lehetőleg a szabad levegőn; nagy súlyt vet a gipszágy készítésére, melyet ismertet is. Ezután Calot gibbus-redressáló eljárását és a spondylitises tályogok, valamint a bénulások kezelését írja le. A spondylitisoról szóló fejezet keretén belül találjuk a füzet egyik legérdekesebb részét, a spondylitis operatív terapiáját. E teljesen modern operatív kísérletek lényege az, hogy a gerincoszlop rögzítésére szolgáló acél-sínek, melyek eddig a fűzőre voltak erősítve, ezentúl szerves összefüggésben állnak magával a gerincoszloppal és ezzel a gibbus képződését egyszer és mindenkorra kizárják. Az eljárás a következő: a gibbus táján és annak mindkét oldalán két-két 10—14 cm. hosszú, czeruza vastagságú, egymással párhuzamosan haladó acélrudacsokát tolunk a fascia alá a gerincoszlop haránt- és tövisnyúlványai közé. E rudacsokakat erős paraffin-sublimatselyemmel erősítjük a processus spinosusokhoz. A szerző e műtétről végleges eredményeket nem közöl, mivel a műtét óta még csak rövid idő telt el.

Áttérve a *gyermekbénulás* kezelésére, a szerző ismerteti e betegség epidemiás voltának felismerésére vezető kísérleteket (Landsteiner és Popper). A poliomyelitis infectiosa heveny szakában Lange a gerincoszlop rögzítését ajánlja a spondylitis eseteiben használt gipszágyban. A gyermekbénulás következményes kórtüneteinek gyógykezelése a *redressement*, az *idegplasztika*, az *arthrodesis* és az *inátültetés* bőven és jól van a fejezetben ismertetve. A szerző végül „*Fortschritte im Bau von Prothesen*“ címen a Höftman által szerkesztett és végtagcsontkítás eseteiben kitünően bevált végtag-prothesisekről értekezik.

A füzet második részét Ludloff igen értékes közlése foglalja el a *csípőizületi affectiók diagnosisjáról*. Ez értekezés megírására a szerzőt a csípőizületi bajok körjelzésének nagy haladása sarkalta, mely haladásnak főtenyezője a Röntgen-eljárás fejlődése. Ludloff praktikus csoportosítva mutatja be a csípőizület affectióit, majd áttér a vizsgáló módszerekre. Ez utóbbiak teszik értekezésének legszebb részét, mert nagy figyelemmel vezetnek végig bennünket a körjelzés összes nehézségein. E vizsgálati módszerek megértését számos jó sémás rajz segíti elő.

Mindenesetre kívánatos, hogy ma, midőn a testegyenészet még nem vált a gyakorló orvos közkincsévé, minél több hasonló, teljesen a gyakorlati irányt szolgáló orthopaediai mű lásson napvilágot.

Dollinger Béla.

Röntgenologia.

Gyomormegterhelési vizsgálatok. Bloch Röntgenvizsgálatai kimutatták, hogy az egészséges rendes gyomor még tetemes túlterhelés mellett sem nyúlik meg, hanem körkörösén tágul s ha egészen megtelt, akkor a diaphragmát a bal oldalon kissé feljebb tolja. Valahányszor tehát már rendes ételmenyiségre, legyen ez akár bismuthal keverve, akár nem, a gyomor az étkezés előtt és után oly különbséget ad, melyből sülyedést állapíthatunk meg, akkor ez kóros állapot. Ilyen esetben a gyomor az alakját is megváltoztatja. (Berl. klin. Wochschr. 1910. 16. sz.)

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A hordeinum sulfuricum nevű, a sörgyártáshoz használt malátából előállított alkaloid Martinet szerint a bélperistaltikát hűdíti. Ezen hatása alapján kísérletet tett vele diarrhoea, enteritis mucomembranacea és dysenteria eseteiben, még pedig jó eredménnyel. Rendes adagja szájon át 0.5—2.0 gr., bőr alá fecskendezve 0.25—1.0 gr. (Presse médicale, 1910. 73. szám.)

Meningitis eseteiben megkísérélhető az urotropin használata, a mennyiben Ibrahim docens (München) észleletei szerint az urotropin belső használata után a liquor cerebrospinalisban kimutatható és így a bacteriumok fejlődését gátló hatást fejthet ki a központi idegrendszerben. (Medizinische Klinik, 1910. 41. szám.)

A cycloform nevű újabb helyi érzéstelenítő szert hintőpor alakjában jó eredménnyel használja Krecke lábszárfekély eseteiben. A fájdalom már rövid idő múlva csökken és mintegy 20 órára megszűnik. Kellemetlen mellékünetek (necrosis, eczema) heteken át használat esetén sem mutatkoztak. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1910. 46. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1911. 6. szám. Kolbinger János: Klinikai adatok a gyomorrák korai kórisméjéhez. Borsos Imre: Egy új hypnoticumról.

Orvosok lapja, 1911. 6. szám. Manninger Vilmos: Az érzéstelenítésről.

Budapesti orvosi ujság, 1911. 6. szám. Borszékly Károly: A gyomorvérzések sebészeti kezelése. Szécsi Jenő: Csontvelő- és orsósejtekből álló, többszörös csontvelődaganat esete.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. Budapesti kir. Orvosegyesület (LXXIII. évf. záró közgyűlés 1910 december 10.-én és I. rendes ülés 1911 január 14.-én.) 112. l. — Közkórházi Orvostársulat. (XIV. bemutató szakülés 1910 decz. 14. én.) 113. l.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(LXXIII. évf. záró közgyűlés 1910. decz. 10.-én.)

Elnök:

Jegyző:

Dollinger Gyula. Blaskovics László, Bálint Rezső.

Dollinger Gyula: Elnöki megnyitójában jelenti, hogy az egyesületi ház nemsokára készen lesz, addig is egyes klinikákon tartotta az egyesület heti rendes üléseit. Az új klinikákat bemutatták és ezeken a vezetők a klinikai szellemet, iskolájukat is demonstrálták.

Hangsúlyozza annak szükségét, hogy a gyakorló orvos állandó contactusban maradjon az egyetemmel, hogy ne csak olvasással, de gyakorlatilag is fejlessze tudományát. Erre valók voltak a szünidei kurzusok, melyek most állandósultak, illetőleg az állam támogatása mellett továbbképző intézményre fejlődtek.

Az új egyetemokről is beszél, melyekre az orvosképzés, a tudományos búvárkodás és a tanári succrescentia miatt van szükség.

Blaskovics László: Titkári beszámolójában főképpen a lefolyt év tudományos működésével foglalkozott. Az előadások száma az 1910. év folyamán 32 volt, a bemutatásoké 48. Az előadások tudományos színvonala évről-éve emelkedőben van. Számos jó előadásban volt az egyesületnek része, de a vita, mely azokat követte, nem volt mindig kielégítő. Külön kiemelésre méltó, hogy *Brauer*, külföldi levelező tag megválasztása köszönetéül értékes előadást tartott a tüdőbetegségek sebészi orvoslásáról, melyben az általa kezdeményezett eljárás eredményeit közölte. Főlemlítendő még a külön cholera-előadások, melyek megtartására az egyesület *Preiszig Hugó* és *Gerlőczy Zsigmond* tagokat kérte föl. Az ügy aktualitásánál fogva nagy hallgatóság gyűlt össze, mely okulással hallgatta a cholera tanának újabb haladását. Az *Ehrlich*-féle szerről tartott három előadást követett vita is figyelemre méltó. Az eszmecsere tárgyilagossága és kimerítő volta, noha a tapasztalatok rövid ideje miatt végső eredményre nem vezethetett.

A 7 szakosztályban is serény munka folyt: összesen 20 előadást és 129 bemutatást tartottak.

Az egyesület tagjainak a száma az év folyamán 842-ről 820-ra fogyott. A csökkenés csak kisebb részben származott kilépésből. Öt rendes tag alapító lett, hat meghalt. Köztük *Róna Sámuelről* külön emlékezik meg a jelentés. A külföldi levelező tagok közül heten haltak meg az év folyamán, köztük *Koch Róbert*, az orvostudomány egyik oszlopa.

Végül megemlékezik a titkári jelentés a „Brehmer emlékére” alapított ingyenes tátraházai sanatoriumi helyekről, melyeket az idén egy orvos fiának és egy kartárs feleségének ítélték oda. Az ingyenes helyek, melyeknek főtartása csak a sanatorium mostani igazgatóságát kötelezi, nem tekintethők alapítványnak s ezért a szándékolt szabályzat nem volt elkészíthető.

Temesváry Rezső könyvtáros jelentésében örömmel emeli ki, hogy a könyvtár végre gazdag tartalmához méltó helyiséghez is jutott. A könyvtár a lefolyt évben 140 új munkával és 11 kórházi és egyesületi jelentéssel 575 kötetben és 53 füzetben gyarapodott s így összesen 9843 munkából áll 22.576 kötetben és füzetben.

Rihmer Béla pénztáros jelentése szerint az egyesület tiszta vagyona 278.451 K 16 f. Az egyesület kezelésében lévő alapok vagyona 147.800 K, melynek kamataiból kiosztásra került 3486 K 80 f. Az 1910. évben összes bevétel volt

33.588 K 11 f., összes kiadás 25.629 K 51 f., marad az év végén 7958 K 60 f. Az 1911. évi költségvetés bevételeit 36.074 K 44 f., kiadásait 35.929 K 36 f.-ben irányozták elő.

Bálint Rezső másodtitkár jelenti, hogy a *Szenger*-féle segítő-alapból 1200 K osztatott ki, az *Ivanchich*-féle alapból pedig 1486 K 80 f.

Blaskovics előterjeszti az igazgatótanács javaslatát a *Balassa*-díj szabályzatának módosításáról, melyet a közgyűlés elfogadott. Végül a választásokat ejtették meg, melynek eredménye: Elnök: *Dollinger Gyula*; alelnök: *Preiszig Hugó*; ülés-elnökök: *Alapy Henrik*, *Szontágh Félix*; titkár: *Blaskovics László*; másodtitkár: *Bálint Rezső*; ülésjegyzők: *Fáykiss Ferencz*, *Goldzieher Miksa*; könyvtáros: *Temesváry Rezső*; másodkönyvtáros: *Engel Károly*; pénztáros: *Rihmer Béla*; háznagy: *Győry Tibor*; választmányi tagok: *Bátori Dániel*, *Korányi Sándor báró*, *Pertik Ottó*, *Stern Samu*, *Török Lajos*, *Jendrassik Ernő*. Megválasztottak továbbá 4 külföldi levelező tagot (*Bechterew W.*, *Szentpétervár*, *Barlow Th.*, *London*, *Neuburger M.*, *Bécs*, *Sticker G.*, *Bonn*) és 40 rendes tagot.

(I. rendes ülés 1911 január 14.-én.)

Elnök: **Preiszig Hugó.**

Jegyző: **Fáykiss Ferencz.**

A sinus sphaenoidalisból endonasalis úton eltávolított löveg.

Láng Kornél: A sinus sphaenoidalis rejtett anatómiai helyzeténél fogva leginkább meg van védve idegen testek behatolása ellen, éles ellentétben a *Highmor*- és homloküreggel, melyekbe ilyeneknek a bejutása éppen exponált helyzetüknél fogva igen gyakori eset.

A sinus sphaenoidalisba jutott idegen test csak egy van az általam ismert orvosi irodalomban közölve, még pedig *Betz* által, a kinek esetében egy katonatiszt empyema miatt megnyitott sinus sphaenoidalisában a műtét utáni 10. napon egy 2 cm. hosszú szalmaszáldarabot talált és távolított el, a mely valószínűleg az empyema kezdete előtt egy héttel sebes lovaglás közben jutott oda, heves tüsszenésingert váltva ki. Sectio-leletképpen *Visiers* talált az iköböl elülső falába beékelődött löveget.

Bármennyire védett és rejtett helyen van is a sinus sphaenoidalis, a fegyverből kilőtt löveg eljuthat oda is, a mint az az itt bemutatott nőn történt, a ki 1910 augusztus 21.-én revolverrel véletlenségből a jobb oldali arcába lőtt közvetlen közelből. A lövés után rövid időre elvesztette eszméletét, orrából és szájából folyt a vére. Orrfúváskor a löveg behatolásának helyéből (a jobb orbita alsó széle alatt 2 cm.-nyire) levegő tolt ki.

A II. sebészeti klinikára 1910 szeptember 7.-én vététt fel, a mikor a lőtt seb bemeneti nyílása már bezáródott. Az alsó szemhéj és arcz bőrébe sűrűn vannak lőporszemcsék beékelődve.

A beteg panaszai abból állanak, hogy fejének legkisebb mozgatasakor érzi és hallja, hogy a golyó mozog a fejében, ilyenkor szédül, szeme előtt fénykarikák jelennek meg. A garatból sok véres-gegyes váladékot krárog ki. Látása gyengült. Az exaltált hajlamú nőben erős psychés depressiót okoz az a tudat, hogy „mozog a golyó a fejében”.

Rhinoskopia anteriorral az orrban pathologiai elváltozás nem látható. A garatban sok véres-gegyes váladék látszik, a mely a garattető bal oldaláról folyik le. Átvilágításakor a *Highmor*-táj kissé sötétebb. Röntgen-felvételen a projectil a baloldali sinus sphaenoidalisban látszik feküdni s a külön-

böző, de rövid időközben történt felvételek összehasonlításából látható, hogy szabadon mozog az üregben. Tekintettel a sphaenoidalis empyemára, a projectil mozgása által okozott látási zavarokra és a beteg psychés állapotára, a löveg eltávolítása elkerülhetetlenül javalt, még pedig a sinus sphaenoidalis elülső falának endonasalis úton való feltárása útján, a mely műtét mai rhinologiai ismereteink, műtéti technikánk, segédeszközeink, műszereink tökéletessége, abszolút localis érzéstelenítés és vértelenítés lehetősége mellett az összes endonasalisán végezhető melléküreg-műtétek között a legkönnyebben kivihető műtéti beavatkozássá tökéletesedett ki, élénk czáfolatául Hyrtl pessimistikus kijelentésének: „Die Keilbeinhöhle ist ganz ausser dem Bereich manueller und instrumentaler Angriffe“.

A jelen esetben is cocain-anaesthesiában, adrenalin alkalmazásával végeztük a műtétet, a mely a baloldali középső kagyló hátulsó harmadának eltávolításában s utána a bal sinus sphaenoidalis elülső falának mutató ujját befogadó terjedelemben való trepanatiójában állott. Az így nyert nyíláson át fogóval távolítottuk el az üreg fenekén szabadon fekvő golyót, a melynek kevésbé deformálódott elülső végébe egy vékony csontszilánk van beékelve.

A golyó útja a jobboldali Highmor-üregben annak nasalis fala hátulsó felső részén keresztül a vomer alján és ezzel együtt a bal sinus sphaenoidalis alsó falán vezetett keresztül, a mikor elvesztvén eleven erejét, az üregben maradt meg.

A beteg a műtét utáni harmadik napon elhagyta a klinikát, genyedeése egy hét alatt teljesen megszűnt, ép úgy a szédülése és látási zavarai is teljesen elmúltak. A sphaenoidalis elülső falán ejtett nyílásból jelenleg csak egy szonda végét befogadó nyílás látszik.

Három éves gyermek oesophagusából eltávolított két pénzdarab.

Láng Kornél: Az oesophagusból halszálkától műfog-sorig mindent extrahált már a bemutató, ép úgy, mint mindazok, a kiknek nagy sebészeti és gyermekbeteg-anyaggal dolgozni alkalmuk van. De két pénzdarabot extrahálni egy oesophagusból olyan ritkaságszámba megy, hogy érdemesnek tartotta bemutatással rögzíteni.

A. D. 3 éves fiú pénzdarabot nyelt, a mely miatt egy vidéki és egy fővárosi közkórházban extractio-kísérleteket végeztek rajta, de eredménytelenül.

1910 október 25.-én vétetett fel a II. sebészeti klinikára, a mikor már 10. napja csak kevés folyékony táplálékot tud nyelni. Röntgen-képen látható, hogy a pénzdarab a II. és III. hátcsigolya magasságában az oesophagusban függőleges helyzetben fekszik. Narcosisban végzett extractióval két darab tizfilléres pénzdarabot távolított el a bemutató. A két pénzdarab egymáshoz volt ragadva, nem fedte teljesen egymást. Innen van a Röntgen-képen a pénzdarab árnyékának mindkét oldalán látható kettőzöttsége, a melyet az extractio előtt a Röntgen-felvétel közben történt eltolódásnak tulajdonított.

(Folytatása következik.)

Közkórházi Orvostársulat.

(XIV. bemutató szakülés 1910 december 14.-én.)

Elnök: **Horváth Ákos.** Jegyző: **Körmöczy Emil.**

Segmentaer gyomorresectio.

Pólya Jenő: K. B. 48 éves ószeres, 14 év óta szenved étvágytalanságban. Egy év óta gyomorfájdalmak, még pedig részben az étkezés előtt, részben 2—3 órával az étkezés után. Egy év előtt sok vért hányt, ekkor állítólag 2 napig eszméletlen is volt és utána 10 hétig feküdt. Ez évi november hó

közepe táján étkezés után néhány napig feketét hányt és széke is feltűnően fekete volt.

Felvételekor a Szt. István-kórházba (1910 november 25) a lesóványodott férfi mellkasi szervei épek, a gyomortáj nyomásra fájdalmas, különösen egy körülírt helyen a köldök és a processus xiphoideus között. A gyomor reggel teljesen üres. Próbareggeli után 1 órával 50 cm³ pépes, jól emésztett gyomortartalom, mely 60 egység szabad sósavat tartalmaz, összaciditása 100. A székletét nagyon fekete.

Műtét november 30.-án aether-narcosisban. Bemetszés a középvonalban. A kis görbületen mintegy forintnyi, kemény szélű fekélyt érzünk, mely főleg az elülső falra terjed ki. Resectio a fekély szélétől körülbelül 2—3 cm.-nyire, mindeütt az épben, ék alakjában. A gyomor sebét két rétegben catgut-átöltő és finom selyem *Lembert*-varrattal egyesítjük.

A hátulsó serosa-varratot a ligamentum gastrocolicum beszakítása után alkalmazzuk. A ligamentum gastrocolicum bevarrása után réteges hasfalvarrat. A lefolyást csekély bronchitis zavarta, mely miatt az első két napon 38.2-ig emelkedő lázai voltak. Azután teljesen sima, per primam gyógyulás. A december 13.-án megejtett Röntgen-átvilágítás azt mutatta, hogy a közepes ürtartalmú gyomor pylorus-részében a falzat fixált, a peristaltica renyhe, a kiürülés lassan történik.

Gégegörcscsel társult garatmögötti tályognak légcsőmetszésre gyógyult esete.

Illés Aladár: K. S. 2 éves gyermek 1910 november 27.-én tétetett át a Szent László-kórházból, hova croup laryngis diagnossal került.

A beteg gyengén fejlett, feje balfelé hajolva rögzített, jobboldalt duzzadt subangularis mirigyek. A száj nyitott, a légzés feltűnően nehezített, stridorosus, erős jugularis behúzódással; száma percenkint 42. A beteg hangja sírásokról dűnnyögő. A száj nyálkahártyája halvány, az uvula előre felcsapott, a jobb tonsilla a garatívekkel elődomborodott. A tüdőhatárok tágultak. A pulsus 140, kis hullámú.

Digitalis vizsgálat alkalmával kiderül, hogy a garat jobb felét egészen kitölti egy sima felszínű, ruganyos tapintatú, tömött határu resistentia, melynek alsó polusa ujjal épen hogy elérhető.

Tekintve a nagy légzés-neheziséget, *Hainiss* a tályogot az alsó poluson megnyitja, mire másfél evőkanálnyi sűrű geny ürül. A beteg ugyanekkor gégegörcs-rohamot kap, mely nehezen csillapítható s ezért a tályog szokásos kinyomása és a garatöblítés elmarad. Incisio után a légzés felszabadul, de a délutáni órákban a felső légút-szűkület tünetei újra megjelentek s gyorsan fokozódtak.

Digitalis vizsgálatkor a daganat alsó fele ellapult, de a középső garatürben diónyi tályog tapintható. Ennek megnyitása után a beteg magához tér.

Az erősebben meginduló parenchymás vérzés csillapítására hideg bőrvizes öblítést rendeltünk.

Éjjel 1 órakor súlyos laryngospasmus jelentkezett, melyet semmiféle eljárással sem tudván csillapítani, tracheotomia inferiort végeztünk.

XI. 28. Diffus bronchitist leszámítva a beteg jól van. A tályog ellapult, belőle kevés véres geny ürül. Két laryngospasmus-roham.

XI. 29. A tályogból váladék nem ürül, a garat oldalsó fala ellapult.

XII. 1. A kanült eltávolítjuk, a légzés teljesen szabad. Laryngospasmus nem jelentkezik.

Azóta a beteg egészen jól érzi magát, ereje napról-napra növekszik, s ha a műtét területén levő kis sipoly-nyílás begyógyul, elbocsájtjuk.

(Folytatása következik.)

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A lószőrrel mint varróanyagról tartott előadást Schinzinger a „Verein Freiburger Aerzte“ november 18-adi ülésén. Az előadó már évek hosszú sora óta használja bőrsebek egyesítésére és plastikai műtétek alkalmával a lószőrt, a nélkül, hogy csak egyszer is látott volna szűrőcsatorna-genyedést. Farkszőröket használ, melyeket szóda-oldatban megmos (nem főz!) és ezzel eltávolítja cuticulájukat, az epidermis-lemezeket és a faggyúmirigyváladékot; azután 6 órára 5%-os carbololdatba és újabb 6 órára alkoholba rakja s végül steril kendővel megszáritva, üvegedényben elteszi.

PÁLYÁZATOK.

527/1911. szám.

A vezetésem alatt álló közkórháznál lemondás folytán megüresedett egy alorvosi és két segédorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az alorvos javadalmazása 2000 korona, lakás, fűtés és élelmezés. Előnyben részesülnek a pályázók közül, a kik hosszabb sebészi gyakorlatot tudnak kimutatni. A kinevezés 2 évre szól, de meghosszabbítható. Magángyakorlat csak annyiban van a városban megengedve, a mennyiben a szolgálattal összeegyeztethető. Orvosi gyakorlatra utasított és nős pályázók figyelembe nem jöhetnek.

A segédorvos javadalmazása 1200 korona, lakás, fűtés, élelmezés. A kinevezés 2 évre szól. Más pályázó hiányában orvosi gyakorlatra utasított orvosok is kinevezhetők. Magángyakorlat nincs megengedve.

A folyamodványok méltóságos Maktalvay Géza úrhoz, Somogy vármegye főispánjához intézendők és a kórház-igazgatóságnál nyújtan-dók be február hó 19.-éig.

Kaposvár, 1911. évi február hó 2.-án.

Szigeti Gyula Sándor dr., igazgató.

1609/911.

A Zemplén vármegye sátoraljaujhelyi „Erzsébet“ közkórháznál lemondás folytán megüresedett s évi 1600 korona törzsfizetéssel, lakás, fűtés, világítás és élelmezéssel javadalmazott alorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 43., illetve az 1883. évi I. t.-cz. 1. és 9. §-aiban előírt képzettségüket, nemkülönben eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányaikkal felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám folyó évi február 15.-éig terjesszék be.

Az állás folyó évi márczius 1.-én lesz elfoglalandó.

Sátoraljaujhely, 1911 január 26.-án.

Dókus, alispán.

1583/911. szám.

A pozsonyi kerületi munkásbiztosító pénztárnál a pozsonymegyei Ligetfaluban üresedésben levő orvosi állásra pályázatot nyitunk.

Ezen orvosi körzethez tartozik Pozsony-Ligetfalú s külterkei, ezenkívül Pozsony városának dunajobbparti része. A tagok száma 500–600.

Ezen orvosi állással évi 2600 korona fizetés és 400 korona fuvar-átalány jár. A fizetés 4 évenként 300–300 koronával emelkedik. Azonkívül mindaddig, míg a megválasztott pénztári orvos a községi orvosi állást el nem nyeri, 800 K személyi pótlékot kap.

Pályázni óhajtók az 1907. XIX. t.-cz. 110. §-ában előírt minősítésen kívül ezen állásra való képesítésüket megfelelő okmányokkal s szolgálati bizonyítványokkal kötelesek igazolni.

A folyamodványokat folyó évi február 25.-éig bezárólag az igazgatósághoz kell küldeni. Az állásra való informatiót Glaser Károly dr. pénztári főorvostól lehet beszerezni.

A megválasztott az állást legkésőbb 1911 április 1.-éig elfoglalni köteles s Ligetfaluban tartozik lakni.

Pozsony, 1911 február 8.-án.

Somlyay Lajos s. k.,
igazgató.

Dworak Károly s. k.,
igazgatósági elnök.

A nagyszentmiklósi Berta-kórháznál újonnan rendszeresített sebészi osztályos főorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: évi 2000 korona fizetés, természetbeni lakás a kórházban — melyet a kinevezett elfoglalni köteles —, fűtés, világítás és nyugdíjogosultság.

A magángyakorlat szabad.

Pályázók felhivatnak, hogy eddigi életpályájukat és szakképzett-ségüket igazoló szabályszerűen felszerelt folyamodványukat, kegyelmes gróf Nákó Sándor úr kórháztulajdonoshoz czimezve, e hó végéig hozzám küldjék be.

A kinevezett állását 1 hó múlva elfoglalni köteles.

Kelt Nagyszentmiklóson, 1911 február hó 9.-én.

Tenner Vilmos dr., igazgató-főorvos.

:: 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 izü. Teljesen tiszta.

Könnyen emészthető.

Vasmentes. Állandó összetételü.



Különösen oly egyéneknek ajánlatos, a kik
ülő életmódjuk folytán aranyeres bántal-
makban, hasi vérbőségben, máj- és vese-
izgalomban vagy húgysavas lerakódások-
ban, vesehomok és vesekövek képződé-
sében szenvednek.

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

SCHULTES ÁGOST Szinye-Lipóczi Sal-
vatorforrás Vállalat,
BUDAPEST, V., RUDOLF-RAKPART 8.

LYSOFORM

a jelenkor legkiválóbb, elismert fer-
tőtlenítő szere.

Antiseptikus öblítésekhez és lemosások-
hoz: (hüvely, méh, tályogüreg stb.)
Hyperidrosis ellen való mosásokhoz. Mű-
szerek, kéz és felhám fertőtlenítésére.

BIZTOS HATÁSÚ

nem izgató, szagtalanító, veszélytelen, kel-
lemes illatú, olcsó.

A nagyrebecsült orvosi kart, — hogy
értékellen utánzatok elkerülhetők legye-
nek tisztelettel felkérjük, hogy lyso-
formot csak eredeti üvegben rendeljen.
(100 grammos üveg ára 80 fillér.)

Dr. Keleti és Murányi vegyészeti gyára Ujpesten.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Scipiades Elemér szerkesztésében.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLÉSEK.

Pölya Jenő: A gyomo fekély műtétének javalatairól. 115. lap.

Herzog Ferenc: Közlemény a budapesti kir. m. tudomány-egyetem II. sz. belklinikájából. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., egyet. ny. r. tanár, udvari tanácsos.) Az elektrokardiogramm klinikai értéke. 118. lap.

Dirner Gusztáv: A budapesti m. kir. bábaképző 1910. évi forgalmának vázlatos kimutatása. 122. lap.

Bókay János: Escherich Gusztáv. 123. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Erdély Jenő: A gyermekkor egészségügyi viszonyai Győrött 1801–1908. — Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Leo: A gyuladást meg-

szüntető semleges mézsók. — Belorvostan. Reichmann és Jarotzky: A gyomorfekély kezelése. — Sebészet. Friedrich: Az elülső mediastinum feltárása. — O. von Herff: A catgut-kérdés. — Szülészeti és nőorvostan. Veit: A méhvezérek újabb kezelésmódja. Húgyszervi betegségek. Denis Courtade: Az ionisatio értékéről a húgyszervi betegségek terápiájában. — Orr-, torok- és gégebajok. Schmiegelow: A hypophysis-bajok műtéti kezelése. — Orthopaedia. Christen Lange: A ferde nyak gyógyítása. — R. Pürckhauer: A kalapácsujj gyógykezelése. — Röntgenológia. Reiche: Penetráló gyomorfekély Röntgen-diagnosisa. — Haudek: A gyomor pars mediájában keletkezett gyomorfekély Röntgen-diagnosisa. — Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Marshall: A gastrointestinalis izületgyulladás. 123–126. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 126. lap.

Vegyes hírek. 127. lap.

Tudományos társulatok. 128–131. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A gyomorfekély műtétének javalatairól. *)

Irta: Pölya Jenő dr., egyetemi magántanár, kórházi főorvos.

Tisztelt Közkórházi Orvostársulat!

Két gyomorfekély miatt megoperált beteget szándékozom Önöknek bemutatni; szabadjon ebből az alkalomból egész röviden kifejtetni azokat az elveket, melyek alapján magunkat a gyomorfekélyek operálására elhatározzuk.

Talán főlegesen a kérdés gyakorlati fontosságára reámutatnom, hiszen bizonyára ismeretes Önök előtt ama tény, hogy a gyomorfekély s a nagyjában hasonló tünetekkel járó és hasonló jelentőségű duodenum-fekély sokkal gyakoribb megbetegedés, mint azt még nemrég gondolták, és hogy az, a mit „idült gyomorrhurut“-nak, „gyomor-neurosis“-nak, „ideges gyomorfájás“-nak és „hyperaciditas“-nak szeretnek nevezni, az sokszor lényegileg ulcus, ha nem carcinoma, és sok ilyen esetben sikerül a bélsár gondos vizsgálatával kimutatni az emésztőtractusban levő fekélyesedés legbiztosabb jelét, az occult vérzést.

A gyomor- és duodenum-fekély sebészi kezelése felől való fejtegetéseinket annak a kijelentésével kezdhethetjük, hogy ezen fekélyek jelentékeny része szakszerű belorvosi kezelésre meggyógyul. Leube 442 ulcus-betege közül 74.1% egy 4–5 hetes ulcus-kúra után teljesen meggyógyult, úgy hogy teljes táplálékot („volle Kost“) nehézség nélkül bírt elviselni, 21.9% javult, 1.6% nem javult és 2.4% meghalt; a gyógyult esetek 5%ában 1 hótól 2 évig terjedő időközben recidiva állott be. Warren 187 betege közül 125 volt hosszabb ideig megfigyelve; teljes és tartós gyógyulás 34.4%-ban, recidiva 43.2%-ban állott be; 2.4%-ban utóbb rák fejlődött, 10.4% pylorus-stenosis, 9.6% vérzés, illetve perforatio foly-

tán elhalt. Schulz 291 betege közül a kúra folytán gyógyult 56.7%, javult 32.3%, nem javult 5.1%, meghalt 5.5%. Ezek közül 157 sorsa lön tovább követve (97 gyógyult, 55 javult, 5 nem javult), ezek közül teljesen egészséges maradt 53.5%, csekély nehézségei voltak 23.5%-nak, jelentékeny nehézségei 15.2%-nak és az ulcus folytán elhalt 7.6%; a teljes siker tehát 77%-ot tesz ki, ebből azonban 13%-ban recidiva előzte meg a végleges gyógyulást.

A mi ezen eredmények szépségét lerontja, az egyfelől az, hogy sok eset nem lön elég hosszú ideig követve, másfelől pedig az, hogy egyetlenegy esetben sem tudjuk, minő súlyosak, minő terjedelműek voltak azok az anatómiai elváltozások, melyeket a belorvosi kezelés meg tudott szüntetni és bizony még az sem biztos, vajjon a therapeutikai sikerek csupa oly esetre vonatkoznak-e, melyekben tényleges anatómiai elváltozások voltak-e jelen, hiszen Penzoldt is hangsúlyozza a gyomorfekély exact diagnosisa nehézségét és éppen a műtéti beavatkozások mutatták meg, hogy ulcus-tünetek, sőt elég súlyos ulcus-tünetek tényleges palpabilis anatómiai basis nélkül is fennállhatnak. Bármint álljon is a dolog, az tény, hogy szakszerű belorvosi kezelés alatt számos ulcus-tüneteket, sőt súlyos ulcus-tüneteket mutató egyén nyerte vissza tartósan az egészségét és ez kétségtelenül kötelességünké teszi, hogy az ilyen egyéneken első sorban a belorvosi kezelést kíséreljük meg.

Világos, hogy ezen álláspont mellett a sebészi kezelésnek csak akkor van helye, ha a belgyógyászati therapia már nem nyújt reményt a gyógyulásra. Ezeket az eseteket pedig két csoportba oszthatjuk be: olyanokra, melyekben a belgyógyászati therapia absolut reménytelen, míg a sebészi jó, sőt igen jó kilátásokat nyújt, ezek szolgáltatják a műtét absolut indicatióját, és olyanokra, melyekben a belgyógyászati kezelés sikertelennek bizonyult ugyan, de még bizonyos reményt ad, ezek szolgáltatják a műtét relativ indicatióját, annál inkább, mivel, mint látni fogjuk, ezekben a műtéti beavatkozással sem lehet oly frappáns sikereket elérni, mint az esetek első csoportjában.

*) A Közkórházi Orvostársulat 1910 december 14.-én tartott ülésén előadottak nyomán.

Absolut indicatiót szolgáltatnak a műtetre:

1. A fekély következtében létrejött passage-zavarok (pylorus-stenosis, homokóra-gyomor, duodenum-szűkület), melyeket legtöbbször egy egyszerű és úgyszólván veszélytelen műtéttel, a gastroenterostomiával, egy csapásra meg lehet szüntetni.

2. A fekély átfúródása. A beavatkozás prognosisa itt egyesegyedül attól az időtől függ, a melyben a beteg műtetre kerül. Az első 12 órán belül a kilátások a lehető legjobb, azután óráról-órára romlanak, a 24 órán túl megoperáltaknak már túlnyomó része a műtét dacára meghal és ha szerencsés viszonyok folytán a beteg nem pusztul el gyorsan általános peritonitisben, a visszamaradt circumscript hasüri tályogok, fistulák felette kétséssé teszik életben maradását a leggondosabb sebészi kezeléssel dacára is.

Az imént felsorolt esetekben a műtéti beavatkozás feltétlenül szükségessége minden kétségen felül áll, úgyannyira, hogy maga a diagnosis megállapítása egyértelmű a műtéti indicióval.

Nincsen ez így az ulcusnak relativ operativ indiciót szolgáló formáiban, melyekben, mint előbb említők, sem a belgyógyászati therapia sikerét nem lehet végleg kizárnunk, sem pedig a sebésztől olyan sikert várunk, mint a minőt mechanikai passage-zavar és perforált ulcus eseteiben várhatunk. És éppen ezen esetek azok, melyek leginkább alkalmasak arra, hogy discussio tárgyát tegyék és melyekre ezen előadásomban első sorban óhajtottam rámutatni.

Nyitott ulcusokról van szó, melyek részben vérzés, részben fájdalmak által legyöngítik az egyént, elkészerítik, törhetlenné teszik életét, tönkresilányítják munkaképességét és perforatio, nagy vérvesztések révén direct halálos veszedelme sodorhatják. A műtét indiciója ezeknél vagy akkor merül fel, ha ezek az életveszedelmes complicatiók beállottak, vagy akkor, ha a folytonos vérzés és fájdalom semminemű belső kezelésnek sem enged.

Az életre közvetlen veszedelemmel járó complicatiók közül a perforatio — a mint említettük — feltétlenül operálandó. Nem úgy a vérzés. Az acut vérzések műtéti terapiája igen rossz kilátásokat nyújt, még pedig nemcsak azért, mert a legtöbbször igen kivérzett egyénnel van dolgunk, hanem azért is, mert a vérző hely felkeresése és ellátása rendszerint igen nagy nehézségekbe ütközik. Számos eset van leírva, a hol a vérzés helyét nem is lehetett megtalálni. A vérzés csillapítása körülöttéssel, paquelinnel nem biztos, a fekély kimetszése pedig sokkal nagyobb műtét, semmint hogy azt az ilyen in ultimis beteg valamelyes valószínűséggel kiállja. Nem absolut exact vérzéscsillapítás esetén pedig a műtéttel csak rontunk; a műtéti trauma a már esetleg képződött kis thrombust leválaszthatja, a műtéti shock, a narcosis felemésztheti a betegnek még megmaradt csekély életerejét. Viszont gyakori tapasztalás, hogy a beteg colossalis gyomorvérzéseket tud kiheverni. Jól emlékszem egy nőbetegemre, kin a cholecystectomy utáni reconvalescentiában jelentkezett több ízben is olyan súlyos haematemesis, hogy úgyszólván pulsus nélkül volt és végül mégis teljesen rendbe jött.

Acut vérzés esetén tehát legjobb nem beavatkozni.

Másképp áll a dolog akkor, ha ezek a vérzések többször ismétlődnek, ilyenkor legjobb a vérző helyet teljesen kiiktatni: ha a fekély a pylorus táján vagy a duodenumban van, pyloruselzárással és gastroenterostomiával, ha a gyomor egyéb helyén van, jejunostomiával; ha a fekély kiirtható és a beteg elég jó erőben van, a fekély kimetszése jön szóba. Igen elgyöngült egyéneken, hol gyors és rövid beavatkozásra van szükség, legcélszerűbb ab ovo jejunostomiát készíteni s a beteget több hétig tisztán ezen át táplálni, hogy a gyomor részére lehetőleg tökéletes nyugalom biztosítható. Vannak, a kik gastroenterostomiát is ajánlanak a vérzés ellen, így *Moynihan*, *Lejars* és mások. Véleményem szerint ez absolute nem célhoz vezet; a gastroenterostomia sok mindenféle hasznot hozhat a betegnek, csak éppen a vérzést nem csillapítja. Hisz sokszorosan vannak leírva esetek, melyekben épp az egyéb indiciókból végzett gastroenterostomia közvetlen folyományaképpen állott be az ulcusból a

halálos vérzés; magamnak is van egy ilyen szomorú tapasztalatom. És ha *Kocher*, a ki két ilyen ulcusból való elvérzést észlelt gastroenterostomia után, azt állítja, hogy ezek a vérzések nem irhatók a műtét rovására, mert hisz előbb-utóbb úgyis bekövetkeztek volna, ez ellen joggal fel lehet hozni azt, hogy bizony a műtéti trauma igen is lehetett kiváltó oka a vérzésnek, mely e nélkül talán sohasem állott volna be.

A vérzések megismétlődését pedig egyáltalán nem lehet a gastroenterostomiával megakadályozni.

Az ismételve jelentkező haematemesisekkel eljutottunk azokhoz a fekélyekhez, melyek megoperálására azért gondolunk, mivel minden belgyógyászati kezeléssel macacsul daczolnak s melyekben a legnagyobb alaposággal végrehajtott ulcus-kúra után is maradnak fenn nehézségek, fájdalmak, vérzések és ha ezek a kúra alatt valamelyes javulást mutatnak is, a mint a beteg rendes foglalkozását, táplálkozását megkezdi, újra ott van, a hol azelőtt volt. Ezekben az esetekben sokszor socialis szempontok is sürgetnek arra, hogy igyekezzünk a betegségnek mihamarabb végét vetni; kevés ember van, a ki az ismétlődő ulcus-kúrák által megkövetelt táplálékokat és főleg a sok héten át való pihenést és munkátlanyságot megengedheti magának. És végül itt van az ulcus carcinomás elfajulásának veszélye; a *Payr* által kimetszett ulcusok $\frac{1}{4}$ része (26%) rákosnak bizonyult a histologiai vizsgálat alkalmával, és hogy a gyomorrákok jelentékeny része bizonyos szerzők szerint (így *Mayo Robson* szerint 59.3%, *Wilson* és *Mac Carty* szerint 71%) ulcusból indul ki, az is közismert tény.

A belgyógyászati therapia tehetetlensége, a kínzó és veszélyes tünetek, a beteg socialis helyzetének megrendülése, a iák fenyegető veszedelme ilyen módon mind a mellett szólnának, hogy operativ úton igyekezzünk ezt a betegséget megszüntetni. Kérdés csak az, hogy a rendelkezésünkre álló sebészi eljárások eléggé jó és eléggé tartós eredményeket szolgáltatnak-e ahhoz, hogy az operatiót ily esetekben nyugodt lélekkel ajánljuk.

Tekintsünk végig ezen eljárásokon. Legelső helyen áll közöttük, legalább alkalmazásának gyakoriságát tekintve, a gastroenteroanastomosis. A gastroenterostomiától főleg kétféle irányban vártak hasznot:

1. lefolyást biztosít a gyomortartalomnak a vékonybél felé;

2. a vékonybélből a gastroenterostomia nyílásán át a gyomorba regurgitáló epe és pankreasnedv közömbösíti a gyomornedvet (*Katzenstein*).

Az ulcust előidéző és fentartó körülmények közül tehát kettőt: a bevitt ételek által létrehozott traumát és a hyperaciditást a gastroenterostomia kétségtelenül kedvezően befolyásolja. De egyfelől a gyomorfekélyek pathogenesiséből tudjuk, hogy úgy a táplálkozási trauma, mint a hyperaciditas csak alárendelt szerepet játszik ezen fekélyek fennmaradásában, s az ezen körülmények által létrehozott fekélyek hamarosan be is gyógyulnak; a leglényegesebb kórokozó a fekély szövetének hiányos táplálkozása, a fekély véreireiben fennálló elváltozások, mint azt legújabbban *Payr* szép kísérletei és injectiós praeparatumai bebizonyították.

Másfelől nem szabad azt hinni, hogy a gastroenterostomia úgy működik, mint egy egyszerű drainage, mely a gyomortartalmat rögtön levezeti a bélbe és így a gyomorban levő fekélyt a táplálékkal való érintkezéstől megóvjá.

A legkülönbözőbb szerzők (*Kelling*, *Cannon* és *Blake*, *Borszék*, *Shoemaker* etc. etc.) állatkísérletek egész sorával bizonyították és kutyakísérletekben magam is úgy láttam, hogy gastroenterostomizált állatokon a táplálék nyitott pylorus esetén nem a gastroenterostomiás nyíláson, hanem a pyloruson ömlik ki.

Ha a pylorust elzárjuk, a gyomortartalom a gastroenterostomiás nyíláson ürül. Ennél a kiürülésnél éppenséggel nem a táplálék súlya szerepel, mint a hogy azt sokan a priori felvenni hajlandók. Már *Cannon* és *Blake* utalt arra, hogy az intraabdominalis nyomás akadályozza meg azt, hogy a nehézségi erő a gyomortartalomnak kiürülését befolyásolhassa.

Shoemaker kísérletei azt is bizonyítják, hogy a gastroenterostomia-nyíláson a táplálék ugyanolyan sorrendben és ugyanolyan módon ömlik ki, mint a pyloruson, vagyis előbb a folyadék, aztán a szilárd rész, s mindez nem folytonosan, hanem rövid intervallumok által megszakítva, lökészerűen s így mindenesetre a táplálék minőségétől függő módon különböző, de feltétlen hosszabb ideig tart, a míg a gyomor a gastroenterostomiás nyíláson kiürül.

A gastroenterostomiával tehát, mint az elmondottakból következik, a fekély gyógyulásának csak egyes, nem éppen fundamentális jelentőségű feltételeit és ezeket is csak tökéletlen mértékben befolyásoljuk. Ezzel szemben reá kell arra mutatnunk, hogy a gastroenterostomia direct károkat is tud okozni: 1. passagezavarok, 2. ulcus pepticum jejuni létrehozása által. A gastroenterostomia utáni passagezavarok, az úgynevezett circulus vitiosusok kérdése egyike a műtősebészet legnehezebb és még nem egészen tisztázott problémáinak, a mit bizonyít az is, hogy még most is, midőn annyi ezer gastroenterostomiára vonatkozó tapasztalat ismeretes, hiányzik a megegyezés arra nézve, melyik módja a gastroenterostomiának a legtökéletesebb. Egy dolog azonban feltétlen bizonyos, hogy nyitott pylorus mellett sokkal könnyebben jó létre circulus vitiosus, mint akkor, ha a pylorus el van záródva és így a mechanikai akadály hiányában végzett gastroenterostomiák sokkal könnyebben vezetnek gyomorpassagezavarokra, mint a tényleges stenosis által indikáltak. Az ulcus pepticum jejuni is gyakrabban észlelhető friss fekélyek, mint begyógyult ulcusok nyomaképp fenmaradt szűkületek operációjának kapcsán, és súlyos, sőt végzetes gyuladásokat és vérzéseket idézhet elő.

Az esetek egy részében azonban kétségtelen, hogy a gastroenterostomia csakugyan gyökeresen és tartósan megszünteti vagy legalább is lényegesen megjavítja az ulcus nehézségeket (*Clairmont* [Eiselsberg] 52%, *Deaver* 62%, *Kocher* 66%, *Moynihan* 72%, *W. Mayo* 81%, *Krönlein* 85%*) és pedig tapasztalás szerint legjobban meggyógyulnak, a duodenumfekélyek, azután a pylorustájon fekvők, míg magában a gyomor testében székelő fekélyek — melyek közül különösen a curvatura minor fekélyei gyakoriak — sokkal kevésbé, vagy egyáltalán nem reagálnak a gastroenterostomiára.

Egy másik műtét, melyet a fekélyek begyógyulásának előmozdítására végezni szoktak, az *Eiselsberg*-féle pylorus-elzárás, vagyis gastroenterostomia, a gyomor átmetszése és a csonkok vak elzárása a fekély mögött. A beavatkozás kétségtelenül súlyosabb, mint a gastroenterostomia, ellenben a fekélynek, ha a gastroenterostomiás nyílás helyesen készült és regurgitatio az odavezető kacsba nem jó létre, teljes nyugalmat biztosít és így begyógyulását sokkal hathatósabban előmozdítja, mint a gastroenterostomia. A műtét közvetlen és végleges eredményeiről számszerű adat ez idő szerint igen kevés áll rendelkezésünkre, a műtét nem nyert még ezideig valami nagy elterjedést. Két körülményt mindenesetre már a priori megállapíthatunk, mely sokat levon ezen műtét eljárás értékéből: 1. hogy épp úgy, mint a gastroenterostomia, a pylorus-elzárás sem akadályozza meg a fekély rákos degenerációját, e szempontból mindig inferiorisabb marad a resectiónál; 2. hogy csak duodenum- és pylorus-fekély eseteiben jöhet szóba, vagyis olyanokban, melyeket tapasztalás szerint a sokkal egyszerűbb gastroenterostomia is kedvezően befolyásol.

Alkalmazására strict indicatio tehát tulajdonképpen csak akkor állana fenn, ha egy pylorus- vagy duodenum-fekély egy technice tökéletes gastroenterostomiával szemben refractaer viselkednék, tehát mint secundaer műtét, ha a gastroenterostomia nem hozná meg a kívánt javulást. *Clairmont* nagy pylorusfekélyek esetében, melyek rövid idő előtt még véreztek, szintén előnyt ad a pyloruskizárásnak a gastroenterostomiával szemben.

* Megjegyzendő, hogy e statisztikában nincsenek elválasztva az ulcusok és az ulcusos szűkületek.

A gyomorfekély megszüntetésének legradicalisabb módja kétségtelenül a gyomorfekély kimetszése, ezzel az összes nehézségek, a perforatio, a vérzés és a rákos degeneratio veszélye egy csapásra megszűnik. Azon néhány eset, melyben a fekély kimetszése daczára utóbb rák képződött, kétségtelenül úgy magyarázandó, hogy a fekély már a kimetszés alkalmával rákos volt; többszörös fekélyesedés esetén persze a még visszamaradt fekély fentarthatja az összes nehézségeket és veszedelmeket.

A kimetszésnek többféle módja van, lehet kimetszeni ékalakban magát a fekélyt, vagy körkörösön azt az egész gyomordarabot, melyen a fekély ül (harántresectio) a csonkok axialis egyesítésével; a typosos pylorusresectio is szóba jöhet. Legújabbban *W. Mayo* ajánlja a gyomor hátulso falán ülő ulcusok transgastrikus — a gyomor elülső falán ejtett sebből való — kimetszését.

Mindezen kimetszések után súlyt kell helyezni nemcsak arra, hogy a gyomor sebszélei szabatosan egyesítenek, hanem arra is, hogy a gyomorpassageban zavarok ne álljanak be, hogy se a lumen meg ne szűküljön, se pedig a gyomortáj formája ne szolgáltasson pangásra alkalmat. A kimetszések után tapasztalt nehézségek főképp ilyen kiürülési zavarokra vezetendők vissza.

A kiürülési zavarokról szólva, meg kell említenünk, hogy éppen ulcusos esetekben nemcsak anatómiai, hanem functionalis kiürülési zavarok is állnak fenn. Ez a functionalis zavar, a pylorusspasmus, első sorban az ulcusos gyomor tartalmának hyperacid voltával áll összefüggésben. Azonfelül *Carnot* kísérletei alapján felvehetjük, hogy magának a fekélynek jelenléte s különösen az általa okozott fájdalom is befolyással lehet reá. Hiszen távoli helyeken (ischiadicus, herék) létrehozott fájdalomokkal is sikerült pylorusgörcsöt létrehozni. A physiológiából ismeretes a *Hirsch-Mering-Moritz*-féle reflex, mely szerint sav befecskendezése a duodenumba erős pylorusgörcsöt vált ki, s a pylorus nem nyílik meg újra és táplálék a gyomorból nem jö a duodenumba, míg ezen a duodenumba jutott savat a duodenum alkaliás tartalma nem közömbösítette. Mivel a hyperacid gyomornedvet a duodenum nehezebben bírja közömbösíteni, a pylorus tovább marad zárva, az egyes lökészerű gyomorkiürülések között nagyobb szünetek vannak. Mint *Shoemaker* kísérleti vizsgálataiból kiténik, ez a savra való reflectorius összehúzódás a pylorus-sphincter specialis tulajdonsága; a gyomortartalomnak a gastroenterostomiás nyíláson, illetve a gyomorba inplantált duodenumon át való kiürülésére a duodenumba jutott sav csak lényegtelen vagy egyáltalán semmi befolyással sem bírt. A gastroenterostomia tehát lényegesen segíthet a gyomor kiürülésén olyankor is, mikor a kiürülés akadályja nem anatómiás szűkület, hanem csak a pylorus görcse, s egyszersmind hozzájárulhat ezen pylorusgörcs megszüntetéséhez 1. azáltal, hogy a rajta regurgitáló béltartalom részben közömbösíti a gyomor túlságos savát, 2. azáltal, hogy a bélbe, mivel a pylorus ellenőrző szerepe kiesik, bővebben jut sósav, ez a sósav a duodenum és felső jejunum nyálkahártyájával érintkezve secretint termel, a mely secretin felszívódva, bővebb elválasztásra indítja a pankreas s ezáltal erősebben alkaliássá teszi a gyomorba regurgitáló béltartalmat. Viszont éppen ez a pylorus-controll hiánya mellett a bélbe ürülő sósav praedisponál az ulcus pepticum jejuni-ra. Egyszerű ulcus-excisio után a hyperaciditas a pylorusgörcsöt fentarthatja és e miatt a gyomorban érzett nehézségek egy része is megmarad. Pylorus-resectio után — bármint egyesítenek a csonkok — a savreflex nem áll helyre. És ugyanez történik *Payr* szerint akkor is, ha a gyomor testét harántul reszekáljuk. Ugyanis a pylorus és antrum pyloricum izomzatát a vagusok látják el s a gyomor testének körkörös haránt átmetszése alkalmával az összes a pylorusba és az antrum pyloricumba menő vaguságak átmetszetvén, az izomzat benuól s a gyomortartalom zavartalan átjutását a pyloruson, sőt az alkaliás duodenum-tartalom regurgitációját is biztosítja.

Az ulcuskimetszések és az ulcus miatt végzett resectiók legfőbb hátránya a gastroenterostomiával szemben az, hogy

sokkal súlyosabb beavatkozások, mint amazok. Míg a gastroenterostomiát — mely gombbal végezve pár perces műtét — úgyszólván in ultimis is megkísérhetjük és sokszor végleg elgyöngült embereket is sikerül vele meggyógyítanunk, az ulcuskimetszést és plane a circularis resectiót csak bizonyos jó erőbeli állapot mellett érdemes megpróbálnunk, különösen ulcusnál, hol a gyógyulás lehetősége enyhébb beavatkozások mellett is bizonyos mértékig fennáll. És daczára annak, hogy a sebészek álláspontja általában véve ez, és így aránylag sokkal kedvezőbb esetekben végeznek resectiót mint gastroenterostomiát, az excisiók és resectiók mortalitása jelentékenyen nagyobb mint a gastroenterostomiáké, legalább kétszer akkora. *Payr* legújabb összeállítása szerint, mely az irodalomból gyűjtött 465 esetre vonatkozik, 10%-ot tesz.

Az utolsó műtét, mely itt szóba jő, a jejunostomia, a per os való táplálásnak hosszabb időre való teljes beszüntetése. Természetes, hogy ilyesmire csak végső esetben szánjuk rá magunkat. Nagyfokú elgyöngülés, mely a lehető leg-egyszerűbb, localanaesthesiában is végrehajtható műtét végzését követeli, súlyos vérzések, midőn nem merjük a gyomrot bántani, félve, hogy ezen trauma újabb, talán végzetes vérzésre vezet, cardialis ulcus, mely a nyelést is nehezíti, ezek azok az állapotok, melyek ezen műtétet indikálják s ezen állapotok súlyossága teszi érthetővé, hogy ennek a leg-egyszerűbb műtétnek van az összes eddig felsoroltak közt a legrosszabb gyógyulási statisztikája.

Attekintve azon módokat, a melyek a sebészek az ulcus ventriculi gyógyításában rendelkezésre állanak, térjünk vissza eredeti kérdésünkhöz: mikor ajánljuk az ulcusban szenvedő betegeknek a műtétet?

Láttuk az előbbiekből, hogy az ulcus sebészi gyógyítása sem közvetlen, sem távoli eredményei tekintetében nem teljesen kielégítő, jár vele közvetlen veszedelem is; a gyógyeredmény, a nehézségek tartós megszűnése nem olyan biztos, mint szeretnők és a teljes gyógyulás szempontjából legbiztosabb műtét jár éppen a legnagyobb közvetlen veszedelemmel. Mindebből az következik, a mivel kezdtük előadásunkat is, hogy addig, a míg a belső kezelés reményt nyújt, ne operáljunk. Az operatio jogosultsága ott kezdődik, a hol a belső kezelés sikertelennek bizonyult, és elengedhetetlen szükségessége és sürgőssége ott, a hol a belső kezelés teljesen reménytelen, mint a stenosisok és a perforatiók esetében.

Mielőtt az ulcus ventriculi megoperálására elhatároznók magunkat, meg kell győződnünk róla, hogy rendszeres ulcus-kúra használtatott-e; ha ez nem szüntette meg a nehézségeket, vagy legalább is nem szüntette tartósan, úgy hogy a normalishoz visszatérő táplálkozás és munkálkodás újra felidézze a régi tüneteket, akkor az operatio indicatiója fennáll. És pedig fennáll annál inkább, mennél inkább lokalizálhatjuk az ulcust a pylorusra és a duodenumra (a fájdalmak az étkezés után hosszabb idővel, 1½ órával, sőt még későbbben jelentkeznek, a fájdalommas pont a középvonalba vagy ettől jobbra esik), mennél kifejezettebbek a gyomor kiürülésében a zavarok és végül mennél állandóbb és kifejezettebb a vérzés. Ezek azok a momentumok, a melyek egyfelől arra engednek reményt, hogy a műtéttel az állapotot csakugyan kedvezően tudjuk befolyásolni és melyek másfelől sürgetővé teszik azt, hogy az állapoton, ha bizonyos kockázat révén is, de okvetlenül változtassunk. Különösen áll ez a sürgősség a kifejezett motorius zavarokra, ha távol is vannak az absolut stenosisról, és a gyakori vagy éppen folytonos vérzésre, melynek természetesen nem kell makroszkopice haematemesis és szurokszerű szék képében jelentkeznie, elegendő, ha mikroszkopice vagy chemice mutatható ki vér a bélsárban vagy a gyomortartalomban. És semmiesetre sem szabad várnunk addig, a míg a stenosis oly mérvű, hogy a beteg a táplálék legnagyobb részét kihányja vagy éppen mindent kihány s míg erőbeli állapota annyira leromlik, hogy a műtétre vagy legalább is az esetlegesen kínáló radikális műtétre alkalmatlanná válik.

Ha nem vagyunk meggyőződve arról, hogy rendszeres ulcus-kúra már történt, próbáljuk meg azt; ha ez sem befolyásolja lényegesen az objectív és subjectív tüneteket,

operáljunk. Ha az ulcus-kúra sikeres, ez még nem jelenti azt, hogy a beteg teljesen egészséges; lassan, nagyon lassan szabad csak átmenni a normalis táplálékra és munkára és még hónapok múlva is helyén való az óvatosság. Recidiva esetén újabb ulcus-kúra még sikert hozhat. De ha újabb recidiva áll be, ha állandó nehézségek maradnak vissza vagy nyomási érzékenység, a vérzés nem szűnik meg teljesen, feltétlenül operálni kell.

A beteg socialis viszonyai is bizonyos mértékben befolyással lesznek az operatív indicatio felállítására. Szegénysorsú embereket, kik nem tudják magukat kellő módon kimélni, a kik kénytelenek nehéz táplálékon élni, munkás, activ embereket, a kik traumának s ennek révén vérzésnek és perforationnak inkább ki vannak téve, inkább kell operálni, mint olyanokat, a kik sanatoriumból sanatoriumba utazva, megszerezhetik maguknak a pihenés és a diéta konyha nyújtotta előnyöket.

Mindenesetre épp úgy óvakodnunk kell a czéltalan várakozástól és a haszontalan, időtrábló próbálgatásoktól, mint a megfontolástól nélkül való operálástól.

A gondos anamnesis s a beteg körültekintő vizsgálata (melynek elengedhetetlen kelléke a functionális gyomorvizsgálat s a bélsárvizsgálat, sokszor a Röntgen is) fel fog világosítani arról, nyujt-e reményt a belorvosi gyógyítás; ha erre nincs remény, vagy a szakszerű kezelés az eredményt nem váltja valóra, halogatás nélkül operálni kell.

Közlemény a budapesti kir. m. tudomány-egyetem II. sz. belklinikájából. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., egyet. ny. r. tanár, udvari tanácsos.)

Az elektrokardiogramm klinikai értéke.

Irta: *Herzog Ferencz dr.*, tanársegéd.

(Folytatás.)

Arhythmia perpetua (pulsus irregularis perpetuus). 28 esetben figyelhettem meg ezen arhythmia-t, számos esetben hosszabb időközökben ismételtettem vettem fel az elektrokardiogramot. Ezek közül 15 esetben a radialis- és jugularis-pulsust, némelykor a csúcslökést is regisztráltam a cardio-sphygmograph-fal. A radialis pulsusban a rhythmus teljesen szabálytalan volt, úgyszintén a pulsusok magassága is folyton változott (pl. 11. ábra). A pulsus néha körülbelül rendes szaporaságú, máskor ritkább (50–60) vagy szaporább (200-ig, 19. ábra) volt. Az arhythmia typusa azonban ugyanaz volt. Eseteim egy részében elég gyakran fordult elő, hogy a pulsus látszólag bradycardiássá (40) lett azáltal, hogy minden systole után egy korai systole következett, melynek megfelelően nem volt tapintható radialis pulsus (2., 16. ábra). Néha ezen systolék pulsusa is tapintható volt és a betegnek napokig volt bigeminusa. Az elektrokardiogrammal be lehetett bizonyítani, hogy ezen korai összehúzódások ventricularis extrasystolék (1., 14. ábra).

Ezen bigeminusnak hatása többnyire az volt, hogy a pulsus valamivel rhythmusosabb lett, mint a milyen a bigeminus kifejlődése előtt volt. Máskor az állandóan arhythmias pulsusba helyenként apró és rövid hullámok sorozata volt beiktatva, mely csoportos extrasystolékhoz hasonlított (20. ábra). Az elektrokardiogram azonban kétségtelenné tette, hogy ezek nem extrasystolék, hanem rendes típusú systolék.

Elszórva fordultak elő sok esetben extrasystolék, melyek csak az elektrokardiogrammal voltak felismerhetők (15. ábra). Ezek a rhythmusra nem voltak kifejezett hatással. A radialis görbéjén arhythmia perpetuában nem lehet eldönteni, hogy valamely korai hullám extrasystolés-e, mert nincsen alaprhythmus és a hullámok nagysága is folyton változik, úgy hogy a görbén nincsenek meg az extrasystole jellemző következményei.

A jugularis-pulsus, melyet 15 esetben felvehettem, mindig systolés volt, a pitvarhullám pedig mindegyik esetben

hiányzott (2., 9., 11., 16., 20. ábra). Arhythmia perpetuában a venapulsus görbén nem lehet eldönteni, hogy valamely korai hullám extrasystole-e vagy nem. A phlebogrammon pitvarhullám nincsen, egy korán történő rendes típusú kamarasystolenak (20. ábra) pedig éppen olyan hatása lesz a venapulsusra, mint egy ventricularis extrasystolenak (16. ábra, 9. ábra, jobboldalt 5 bigeminus); mindkét esetben korai kamarahullám fog keletkezni, mely keskenyebb és a nagyobb pangás miatt többnyire magasabb.

Az ilyen korai systolék és extrasystolék megkülönböztetése valóban csak az elektrokardiogramm által lehetséges, a melyekben a ventricularis extrasystolenak egész más lengés felel meg, mint a rendes, típusos systolenak.

Még meg akarom említeni, hogy két esetben a jugularis-görbén időnként a diastoleban is voltak apró hullámok, melyeknek nemcsak emelkedő, de lehágó szárak is volt, a mi által a rendes telődési hullámtól különböztek (9. és 16. ábra X). Utóbbi is már a diastoleban kezdődik és gyorsabb emelkedéssel megy át a systolés kamarahullámba (pl. 2. ábra, a bigeminus első pulsus). Ezen apró hullámok a diastoleban akkor fordultak elő, ha a diastole hosszú volt, akár egy rendes systole (9. ábra, első és második X), akár egy extrasystole után (9. ábra, 3—7. X; 16. ábra X).

Ezen hullámok távolsága az előző kamarahullámtól állandó (jól látható a 16. ábrán, de a 9. ábrán is így van), de az extrasystolék után valamivel gyorsabban jönnek ezen hullámok, mint a normalis systolék után. A távolság ezen hullámoktól az utánuk következő kamarahullámig igen változó (a 16. ábrán jobban látható ez, mert erősebb az arhythmia), és sokszor a rendes vezetési idő többszörösének (pl. $\frac{3}{5}$) felel meg.

Ezen nagy távolság a két hullám között és a távolságnak erős változása arra mutat, hogy ezen hullámok nem pitvarhullámok (e mellett szól az elektrokardiogramm is, melyen nem volt pitvarlengés) és hogy keletkezésük nincsen összefüggésben az utánuk következő systolával. Mivel az előző systole után mindig ugyanazon idő múlva jelennek meg, azért valószínűleg a systolét követő kamaratelődéssel vannak összefüggésben. Ennek felel meg az is, hogy az extrasystolék után ezen hullámok valamivel hamarabb jönnek, a mi nek oka az erősebb pangás az extrasystolenak korai keletkezése és a kamara hiányos kiürülése miatt. Ilyen nem a pitvarműködésből származó diastolés hullámokat többször írtak már le (*Gibson és Thayer, Mackenzie, Edens*¹²), keletkezésük azonban nincsen még eléggé megmagyarázva.

Ezen 15 eseten kívül, melyben sphygmophlebogrammot is felvehettem, még 13 esetben figyelhettem meg arhythmia perpetuát, melyben csak az elektrokardiogrammot vehettem fel. Ezen esetekben az elektrokardiogrammon igen jól megfigyelhető, állandóan teljesen szabálytalan rhythmus kétségtelenné tette, hogy a betegeknek pulsus irregularis perpetuusuk volt. Mind a 28 esetben billentyűbántalomnak vagy myodegenerációnak tüneteit lehetett kimutatni.

Az elektrokardiogrammon, melyet mindig mindhárom elvezetéssel vettem fel, a rhythmuszavaron kívül legállandóbb tünet a pitvarlengésnek hiánya volt (12., 13., 14., 15., 17., 18., 1. és 10. ábra). De ugyanilyen fontosságú, hogy olyan betegeknek, kiknek nem volt arhythmia perpetuájuk, elektrokardiogramjukon sohasem hiányzott teljesen a pitvarlengés, előfordult, hogy valamelyik elvezetésben a P igen alacsony volt, sőt hiányzott, de valamelyik elvezetésben mindig jelen volt a P.

Eseteim egy részében (8 esetben) az elektrokardiogrammon, különösen azon részén, melyben rendszeren nyugalomban van a húr, tehát a kamaralengésen kívül, apró szabálytalan lengések vannak (10. ábra). Ezek semmiképpen sem felelnek meg azoknak, a melyek a galvanometer mérőrázkódításakor keletkeznek, mert ilyenkor egészen hirtelen tér ki a húr és jut vissza eredeti helyzetébe. Ezen lengések laposabb hullámokból állanak és teljesen hasonlítanak a húrnak azon nyugtalanságához, melyet experimentalis pitvarlebegéskor (*Flimmern*), a pitvarizomzat egyes részleteinek sza-

bálytalan összehúzódásakor lehet észlelni az elektrokardiogrammon (*Rothberger és Winterberg*¹⁵). Ezen apró lengések *Lewis*¹¹ szerint akkor a legnagyobbak, a mikor a mellkason a pitvarok tájékáról vezetjük el az áramot, a mi arra mutat, hogy itt keletkező áramoktól származnak. A testizmok apró összehúzódásai is, ha a beteg kissé remeg, nyugtalanná teszik a húr, de ezen nyugtalanság is meredekebb kilengésekből áll. A pitvarlebegésre még az is jellemző, hogy a hullámok nagysága változik az elvezetés szerint, a mi azt bizonyítja, hogy a lengések oka körülírtan valamely izomban, a szívben van és nem a testizmokban, mert utóbbi esetben körülbelül egyforma nagynak kellene lenniök a hullámoknak mind egyik elvezetésben.

A betegek, kiken pitvarlebegést találtam, részben compensatióban, részben incompensatióban voltak. A pulsus szabályosága sem volt összefüggésben a pitvarlebegéssel.

A kamaralengés arhythmia perpetua eseteiben néha egészen rendes alakú volt, sokszor azonban, bár típusos volt, többé-kevésbé eltér a csúcsok alakjában és nagyságában (pl. 12. ábra). Ez utóbbi lelet azonban mindenesetre a billentyűbántalom okozta hypertrophiával, a myodegenerációval, esetleg a szívizom gyengeségével és más már kezdetben említett körülményekkel hozandó összefüggésbe.

A kamaralengéseknek egy másik sajátága azonban úgy hiszem a p. irreg. perp.-ra jellemző (pl. 13., 17., 18. ábra). Míg különben a kamaralengés csúcsai állandóan egyforma magasak, ha a beteg nyugodtan vesz lélegzetet, addig az irreg. perp.-ban nagyon gyakran egy felvételben belül változott az R és T magassága (akkor is, ha pitvarlebegés nem volt). Ezen különbség talán a kamarák változó teltségével és a systole változó erejével függ össze. A respirációs arhythmiaiban is erre kellett visszavezetnünk a kamaralengés változását.

Az arhythmia perpetuában tett észleleteket összegezve, legállandóbbnak mondhatom a pitvarműködés jelének hiányát a rendes helyen, úgy az elektrokardiogrammon, mint a venapulsuson. Az elektrokardiogramm kamaralengése rendes, de nem egészen állandó alakú. Az eseteknek egy részében pedig a diastoleban apró hullámok vannak az elektrokardiogrammon, melyek a pitvarok lebegésétől származnak. Elszórva előforduló extrasystolék nem változtatják meg a rhythmus típusát, elég gyakran azonban az extrasystolék bigeminusra vezetnek és ilyenkor valamivel szabályosabb a szív működés rhythmusa.

A pitvarhullám hiányát a venapulsuson számos szerző jellemzőnek mondja az arhythm. perp.-ra. Ennek jelentőségéről azonban már eltérők a nézetek. *Mackenzie*⁶ szerint a nodalrhythmusban (a mibe beletartozik az arhythm. perp. is) egyszerre húzódnak össze a pitvarok és kamarák és innen van, hogy a pitvarhullám a phlebogrammon a rendes helyen hiányzik és összeolvad a kamarahullámmal. Három esetnek (108. l.) görbéit közli, melyekből arra következtet, hogy a pitvarok működnek. Ezen jugularis-pulsusokon a systolés hullám két emelkedésből állott, melyek közül az első néha megelőzte a carotis-pulsust. Ebből arra következtet, hogy ezen hullám nem lehet közlött carotis-hullám, hanem hogy ez a pitvar systoléja folytán keletkezik, a mi mellett még az is szól, hogy a pitvar hypertrophiás volt. Újabb vizsgálatok azonban kimutatták, hogy a venapulsus C-hulláma nem a carotisanak a pulzálása folytán keletkezik, hanem hogy ezen C-emelkedés valóban a vénán végigterjedő hullám jele (vk-val jelölik e hullámot, mely valószínűleg a valv. tricuspidalis záródásakor keletkezik; *E. Edens*¹² s mások). Ezen hullám kissé megelőzi a carotis hullámát és ezért *Mackenzie* esetei nem bizonyítók.

*Edens*¹² az arhythmia perpetuát atrioventricularis rhythmusnak tartja, melyben az összehúzódások a sinus coronarius tájékáról indulnak ki. Ezen helynek van szapora rhythmusa és ezért valószínű, hogy innen indulnak ki a systolék az arhythm. perp.-ban, a melyben *Edens* szerint majdnem mindig szapora a pulsus. Ezen hypothesis ellenkezik, hogy elég gyakori a ritka pulsusú arhythm. perp., a melyet *Edens* úgy

akar megmagyarázni, hogy ilyenkor másutt, az atrioventricularis határon képződnek az ingerek. *Edens* nézete megmagyarázná az esetek egy részében észlelhető pulsus-zapora-ságot, az irregularitást azonban éppen úgy, mint *Mackenzie* nézete, nem teszi érthetővé.

Mivel a venapulsuson és az elektrokardiogrammon sem a rendes helyen, sem a kamarasystole idején nincsen jele a pitvarműködésnek (az utóbbi esetben is valószínű, hogy legalább néha superponált hullámokat lehetne látni), azért a pitvarbénulásra következtettek más vizsgálók. *Hering*¹³ szerint az eddigi megfigyelések ezen nézetet támogatják legjobban, azonban *Hering* is elismeri, hogy a harmadik hypothesis, mely a pitvarok lebegésére vezet vissza az arhythm. perp.-t, többet magyaráz meg, mert a pitvaroknak állandó egyenetlen részleges összehúzódása folytán egyenetlenül terjed az ingerület a kamarákra, úgy hogy pulzálásuk arhythmiasá válik. Leginkább *Rothberger* és *Winterberg*^{14, 15} hirdeti ezen nézetet, melynek erős támasza, hogy az experimentális pitvarlebegés teljesen hasonló arhythmia-t okoz (*Hering, Rothberger és Winterberg*). Az emberen észlelhető pitvarlebegés is ezen nézet mellett szól, a lebegés hiánya pedig nem bizonyítja az ellenkezőjét, mert lehetséges, hogy csekély lebegés nem okoz kimutatható áramokat.

Az arhythmia perpetua értelmezésében az elektrokardiogram megerősíti egyrészt más eljárásoknak eredményét (pitvarhullám hiánya), másrészt azonban sikerült vele kimutatni emberen is a pitvarok lebegését, mely valószínűleg oki összefüggésben van ezen arhythmia-ival. Az extrasystolék könnyű felismerése az elektrokardiogrammon lehetővé teszi a pulsus irreg. perp. biztos elkülönítését olyan extrasystolés arhythmiaiktól, melyekben erősen meg van zavarva a rhythmus. Ennek pedig nemcsak elméleti, hanem gyakorlati jelentősége is van.

Paroxysmos tachycardia elektrokardiogramját két betegen figyelhettem meg. Mindkét esetben teljesen tipikus volt a roham.

Az egyik beteget hosszabb ideig észleltük a klinikán, a rohamok óráig (3—9 óráig) tartottak, egészen hirtelen kezdődtek és szüntek meg. A rohamban, de gyakran már a roham előtt is szédült a beteg, nyálfolyása és hányásingere volt. Hirtelen mozgás néha rohamot váltott ki. Ha hányt, utána valamivel jobban érezte magát. A hosszabb rohamokban kissé csökkent a vérnyomás és a szívtompulat valamivel megnagyobbodott. A beteg szívében insuff. v. bicusp. és stenosis o. v. sin. tüneteit találtuk.

A rohamokon kívül a beteg pulsusa 80—90 volt. Arhythmia-t, extrasystolákat sohasem észleltünk. Ilyenkor az elektrokardiogram egészen tipikus volt, a P a rendesnél valamivel magasabb, a T pedig pozitív (22. ábra). A tachycardiás rohamban a pulsus 220—240, teljesen rhythmusos és gyengén anakrot, a hullámok alakja is teljesen egyforma (21. ábra). Ismételt rohamokban mindig ilyen volt a verőérlokés. Az elektrokardiogram a rohamban (23. ábra) azonban egészen más, mint rohamon kívül. A P hiányzik, a kamaralengésnek alakja pedig megváltozott: a T negatívvá lett, az R körülbelül olyan, mint a roham előtt. Mivel a felvételek a tachycardiának megfelelően az érzékeny papírosnak gyorsabb forgatásával történtek, azért a két elektrokardiogramot úgy rekonstruáltam, hogy az abscissában $\frac{2}{3}$ mm. $\frac{1}{100}$ "-nek felel meg (26. ábra). Ezen görbék tehát jól összehasonlíthatók. Legerősebben a kamaradiastole rövidült meg a tachycardiás rohamban (0'33"-ról 0'07"-re), de a kamarasystole tartása is 0'37"-ről 0'20"-re csökkent. A vagus faradozása ezen esetben rövid időre megszüntette a rohamot.

Hasonlóak másik betegünknek (insuff. v. bicuspidalis) görbéi. A betegnek pulsusa 80-ról 180—190-re szaporodott meg a rohamban. Az elektrokardiogram ezen esetben is a rohamon kívül egészen tipikus volt (24. ábra), a tachycardiás rohamban pedig lényegesen eltérő az alakja (25. ábra). Az egészen kifejezett P a rohamban hiányzik. A T az első és második elvezetésben a rohamon kívül pozitív, a III. elvezetésben igen alacsony. A rohamban a T a II. elvezetésben meg-

kisebbedik, az S nagyobb, az I. és III. elvezetésben pedig negatív a T. A II. elvezetés görbéin a kamaradiastole 0'36"-ról 0'06"-re, a kamarasystole pedig 0'36"-ról 0'30"-re rövidült meg.

Ezen esetben a tachycardiás pulsus nem volt olyan szapora, mint az előbbi betegen és ezzel függhet össze, hogy a systole ezen esetben aránylag kevésbé rövidült meg. A pulsus a rohamban és azon kívül is teljesen rhythmusos volt.

A két esetben egészen hasonlóan változott meg az elektrokardiogram a tachycardiás rohamban. A pitvarlengés mindkét esetben hiányzott a rendes helyen, jóllehet a rohamon kívül mindkét esetben kifejezett P látható. Mivel a pitvarlengés körülbelül arányos a pitvarsystole erejével, ebből arra kell következtetnem, hogy a betegeknek pitvarai jól működtek. Alig mondható valószínűnek, hogy a tachycardiás roham kezdetével hirtelen megbénultak volna a pitvarok és hogy a roham végével megint egyszerre működni kezdtek volna. Valószínűbbnek tartom, hogy a P hiánya csak azt jelenti, hogy a pitvarok nem a rendes időben, hanem a kamarákkal együtt húzódtak össze. Ez azért is valószínű, mert a kamaralengés alakja oly módon változott meg a rohamban, hogy ez összefüggésben lehet az egyidejű, de ellenkező irányban történő pitvarösszehúzódással. Az ilyen összehúzódásnak negatív lengés felel meg, melynek összegeződése a kamaralengéssel okozhatta az S megnagyobbodását és a T megkisebbedését vagy negatívvá válását a tachycardiás rohamban. Valószínűtlen, hogy a tachycardiás rohamban a P az előző systole T-jével esik össze, mert a rendes irányú pitvarsystole P-jének pozitívabbá kellett volna tennie superpositiója által a T-t. Ez pedig éppen negatívabb lett. Sajnos, egyik esetben sem sikerült használható jugularis-görbéket felvennem.

Az elektrokardiogram szerint tehát valószínű, hogy a pitvarok és kamarák rendes egymásutánja a tachycardiás rohamban hirtelen megszűnt és hogy a szív atrioventricularis rhythmusban húzódtak össze. A rohamban hirtelen más (az atrioventricularis határ) lett az összehúzódás kiindulási helye, a mi a rhythmusnak hirtelen megváltozásával járt együtt. Ez összhangban van azzal, a mi a tachycardiás rohamokra jellemző, hogy a rohamnak kezdete és vége hirtelen következik be, továbbá azzal, hogy a vagus-izgatás sok esetben hatásos, a rohamot megszünteti. A vagus-izgalom csökkentheti az abnormis helyről kiinduló szapora rhythmust, a mire a systolék a rendes helyről indulnak ki és a rhythmus is megint normalissá lesz. *C. J. Rothberger és H. Winterberg*¹⁶ állatkísérletei teszik valószínűvé ezen magyarázatot. Azt találták, hogy a bal accelerans izgatása gyorsítólag hat az atrioventricularis határra és atrioventricularis automatizmust vált ki. Ez mindig bekövetkezett, ha a cavák benyílását lehűtötték, a mi által csökkent az accelerans hatása ezen szív-részre. Akármelyik vagusnak izgatása, az izgatás foka szerint, csökkentette vagy megszüntette az atrioventricularis automatizmust.

Eseteimben a billentyűbántalommal gyakran szövődő izomelváltozás vezethetett a szívizom fokozott ingerlékenységéhez, a mi szintén előmozdíthatja a tachycardiás roham keletkezését. Ezenkívül az idegrendszernek hatása, melyet általában elfogadnak, is ki volt mutatható az egyik esetben.

Hogy a szívizom ingerlékenységének fokozódása a paroxysmos tachycardiában fontossággal bír, e mellett állatkísérleteken kívül (*Lewis*¹⁷ kutyán a jobb coronaria lekötése után 400 systolét észlelt percenként és a kamara előbb húzódtak össze a pitvarnál) *Mackenzie*⁶ két esete is szól, melyben nodalrhythmusú paroxysm. tachycardiában az atrioventricularis csomóban és nyálábban elváltozásokat talált, melyek fokozott ingerlékenységet okozhattak.

*Mackenzie*⁶ csak azon tachycardiákat nevezi paroxysmalisoknak, melyekben a systole nem a rendes helyről indul ki. A pitvari tachycardiában a pitvarban kezdődik az összehúzódás, a nodalrhythmusos tachycardiában a systolék atrioventricularisak. (Eseteim az utóbbi csoportba tartoznak.) Az előbbi esetben pitvari, az utóbbiban nodal-extrasystoléknak

felelnek meg az összehúzódások. Mivel az ingerképzés állandóan ugyanazon, nem physiologiás helyen történik, azért *Hering*¹³ ezen szív működést heterotrop automatismusként nevezi.

Végül felemlitem még, hogy *Hoffmann*¹⁸ a pitvar nélküli szív működés csoportjába sorolja a paroxysmos tachycardiát, mert 3 esetében az elektrokardiogrammon hiányzott a P-lengés.

Az ellentét kedvéért írok le itt egy esetet, a melyben hetekig tartó tachycardia volt (180—200 p. p.). A beteg arteriosclerosisban és myocarditisben szenvedett és incompensatióban volt. A tachycardia később lassanként csökkent és a pulszám körülbelül normalissá (70—80) lett. A pulzus tehát olyan szapora volt mint a második parox. tachycardiás betegen, de állandóan arhythmias volt és a hullámok nagysága is folyton szabálytalanul változott (19. ábra).

A tachycardiában (17. ábra) és annak elmúlása után (18. ábra) felvett elektrokardiogramok azonban, ellentétben az előző esetekkel, alig különböznek. Mindkettő hiányzik a P, a kamaralengés alakja pedig egészen hasonló (R kissé változó nagyságú, T negatív mindkét görbén). Nyilvánvaló, hogy ezen esetben a tachycardiában éppen úgy húzódtott össze a szív, mint a tachycardia megszűnése után. A P-lengés hiánya, a venapulsus, melyben a pitvarhullám hiányzott, a teljes irregularitás kétségtelenné teszi, hogy a betegnek arhythmia perpetua volt, melyről ismeretes, hogy rhythmusa lehet erősen szapora, de ritka is. A rohamnak lassú megszűnése is az ellen szól, hogy igazi paroxysmos tachycardia lett volna.

Dissociatio. Vezetési arhythmia, eltekintve a már leírt, vagusnyomás folytán keletkező vezetési lassúbbodástól, nem volt alkalmas megfigyelni. A pitvarok és kamarák működésének teljes dissociációját azonban két esetben észleltem.

Az egyik betegnek (insuffic. valv. bicuspid.) sphygmopnebogramján biztosan felismerhető a dissociatio (27. ábra). A jugularis-görbén (J) a pitvarhullámok (A) szapora (70—80) szabályos rhythmusban következnek egymásután, a kamarák rhythmusa lassú (szívcsúcs AP, radialis R), 28—34 percenként, a hullámok egyforma magasak és hosszúak és teljesen függetlenül keletkeznek a pitvarok rhythmusától. Ugyanezen rhythmusban következnek a C-hullámok a jugularis pulzuson. Az elektrokardiogrammon (28. ábra) ugyanilyen könnyen felismerhető a dissociatio, a rhythmusos pitvarlengések (P) között, más, ettől független rhythmusban keletkeznek a kamaralengések. A 2. és 3. kamaralengés alakja a P-vel történt összegeződés folytán kissé elváltozott: az előbbin rövidebb a T, az utóbbin az R leszálló ága kevésbé meredek.

A másik betegről (myocarditis) nem volt alkalmas radialis- és jugularis-görbét készíteni, az elektrokardiogram azonban teljes dissociationnak jelenlétét mutatta ki (30. ábra, P pitvarlengés).

Az elektrokardiogrammból azonban mindkét esetben még másra is lehet következtetni. A 31. ábrán vannak rekonstruálva az első betegnek kamaralengései ($\frac{1}{100}'' = \frac{2}{3}$ mm.), melyek 7 hónap alatt ismételt felvételekből (A, B, C) származnak (I., II. és III. elvezetés, P pitvarlengés). Első tekintetre feltűnik a lengések különböző alakja, a mi ellentétben van az ép szív kamara lengésének individualisan állandó alakjával. Az alakváltozás nem függhet össze a szív működés gyengülésével, mert betegünk állandóan egyformán kissé inkompensált volt. Arra kell következtetnünk, hogy a lengések alakjának megváltozása azzal függ össze, hogy a kamara-systolék nem ugyanazon helyről és nem egyformán történtek. Biztossá teszi ezen következtetést a másik beteg kamaralengésének különböző alakja. Ezen betegről $1\frac{1}{2}$ órán belül készítettem számos görbét, a kamaralengések azonban igen eltérő alakúak (32. ábra; P pitvarlengés; I., II. és III. elvezetés; $\frac{1}{100}'' = \frac{2}{3}$ mm.). A kamaralengés alakjának nem állandó voltán kívül még mindkét esetben jellemzőnek kell mondanom, hogy a lengés alakja nem felelt meg egészen a normalis kamaralengésnek, a mi viszont arra mutat, hogy a kamara-systole nem történt egészen a rendes módon.

Eseimben a *His*-féle nyaláb vezetésképtelenségére visszavezetendő dissociationban tehát a kamaralengések olyanok, hogy arra kell következtetnem, hogy a kamara-systolék nem úgy történtek, mint ha a *His*-nyalábon keresztül jutott volna az ingerület a kamarákba. Ilyenkor typosos és állandóan egyforma kamaralengésnek kell keletkeznie. Valószínű, hogy váltakozva a kamaráknak különböző részeiből indultak ki a systolék, talán az épen maradt specifikus izmokból, melyek ingerképzésre alkalmasabbak. Ennek felel meg, hogy a kamaralengés nem rendes alakú és hogy alakja változik. Extrasystolék azonban nem tekinthetők ezen systolék, mert lengéseik egyáltalán nem diphasisosak, az összehúzódás tehát nem terjedt egy helyről egyenletesen a kamarák többi részére, hanem talán a systole kifejlődésében is megint a még ép specifikus izmoknak van szerepük és ezeken történik az inger vezetése a kamarák többi részébe. Ezen megfigyelések természetesen nem zárják ki azt, hogy typosos is lehet a kamaralengés a dissociationban, mert elgondolható, hogy a *His*-nyalábnak a kamarák felé eső része ép és innen indul ki a kamara-systolét kiváltó inger, a mikor a systole rendes lefolyású és a lengés typosos lesz.

Kraus és *Nicolai*¹ azt írja, hogy kísérleti és klinikai észleletekben vezetés-zavar nál a kamara-elektrokardiogramnak alakja typosos. Eseimben a lengés alakja kissé eltért a rendestől, bár nem volt oly atypusos, mint a kamara-extrasystoléké, de ennél fontosabb és atypusosabb, hogy a lengés alakja változott. Régebben már *A. Hoffmann*¹⁹ figyelmeztetett arra, hogy dissociationban nem egészen typosos a kamaralengés. Legutóbb is hasonló eseteket közöl (20) és arra következtet, hogy a systolék kiindulási helye változó. Ezen esetek egyikében extrasystolék csatlakoztak minden systole-hez és majd az első, majd a második systolenak lengése felelt meg inkább extrasystolenak, de a másik systole lengése sem volt egészen typosos. Első esetemben időnként szintén minden rendes systolét egy korai systole követett, melynek lengése kissé hasonlított extrasystoléhoz és a mely még változóbb alakú volt, mint az első systole-é (29. ábra).

Az eddigi tapasztalatok tehát azt bizonyítják, hogy az elektrokardiographia olyan vizsgálati módszer, mely a szív rhythmus-zavarainak tanulmányozásában sokszor felülmúl más vizsgálati eljárásokat. Gyakran előnyösebb ezen eljárásoknál a szív részek systoleja egymásutánjának felismerésére, mivel minden esetben könnyen kivihető. Főértéke azonban abban van, hogy az elektrokardiogrammból a systole kiindulási helyére és a systole lefolyására és részben nagyságára is következtethetünk. Ezzel szemben eddig kevés eredménnyel járt a szívizom hypertrophiájának, degenerációjának vizsgálata az elektrokardiogrammal.

* * *

Az ábrák a görbéknek fotografiai reproductiói eredeti nagyságban a 26., 31. és 32. ábra kivételével, mely $\frac{1}{100}'' = \frac{2}{3}$ mm. szerint van rekonstruálva. Az időjelzés mindig $\frac{1}{5}''$. A galvanometer érzékenysége állandóan: 10 mm. = 1 Milivolt.

1. Arhythmia perpetua. Bigeminus. Három rendes kamaralengés (lapos T), mindegyik után kamara-extrasystole. Az első extrasystole a bal kamarából indul ki, a második a kamarák határából, a harmadik a jobb kamarából. P hiányzik. I. elvezetés.

2. Ugyanazon beteg radialis- (R) és jugularis- (J) pulsus. Pitvarhullám nincsen.

3. Pitvari extrasystole. P pitvar-, R és T kamaralengések. II. elvezetés.

4. Ugyanazon beteg radialis- (R), jugularis- (J) és carotis- (CA) pulsus. A pitvar-, C carotis-, V kamarahullám. X: pitvari extrasystole, A' C' V' annak hullámai a jugularis-görbén.

5. Respiratiós arhythmia. P pitvar-, R, T kamaralengés. I. elvezetés.

6. Ugyanazon beteg radialis- (R) és lélegzőgömbje. I belélegzés, E kilélegzés.

7. Vagusnyomás. II. elvezetés.
8. Ugyannak radialis pulsusa.
9. Arhythmia perpetua. Jobboldalt bigeminus. Systolés jugularis- (J) pulsus. \times diastolés hullámok. R radialis.
10. Arhythmia perpetua. Pitvarlebegés. II. elvezetés.
11. Ugyanazon beteg radialis- (R) és jugularis- (J) görbéje.
12. Arhythmia perpetua, R két csúcscsal. II. elvezetés.
13. Arhythmia perpetua, lapos T. I. elvezetés.
14. Arhythmia perpetua. Bigeminus, extrasystolék állandóan a bal kamarából. Igen alacsony R és T. I. elvezetés.
15. Arhythmia perpetua. Igen alacsony R és T. A 3. lengés extrasystole. II. elvezetés.
16. Ugyanazon beteg radialis (R) és jugularis (J) görbéje, midőn bigeminusa volt. Systolés venapulsus, \times : diastolés hullámok.
17. Arhythmia perpetua. Tachycardia. II. elvezetés.
18. Ugyanazon beteg. Rendes szaporaság. II. elvezetés.
19. Ugyanazon beteg radialis. Tachycardia.
20. Arhythmia perpetua, csoportos apró hullámok (nem extrasystolék). R radialis, J jugularis.
21. Paroxysmosus tachycardia (1 eset). Radialis.
22. Ugyanazon beteg. Rohamon kívül. II. elvezetés.
23. Ugyanazon beteg. Roham. II. elvezetés.
24. Paroxysmosus tachycardia (2. eset). Rohamon kívül. II. elvezetés.
25. Ugyanazon beteg. Roham. II. elvezetés.
26. A 22. (A) és 23. ábra (B) restructiója ugyanazon időre. P pitvarlengés, R és T a kamaralengés csúcsai. VS kamarasystole. A számok $\frac{1}{100}$.
27. Dissociatio (1. eset). AP szívcsúcs, J jugularis, R radialis. A pitvarhullám.
28. Ugyanazon beteg. P pitvarlengés. II. elvezetés.
29. Ugyanazon beteg. Kettős kamarasystolék. P pitvarlengés. II. elvezetés.
30. Dissociatio (2. eset). P pitvarlengés. II. elvezetés.
31. Az első dissociatio-esetnek kamaralengései. I., II., III. elvezetés, különböző időben történt felvételek: A, B, C. P pitvarlengés.
32. A 2. dissociatio-esetnek kamaralengései. I., II., III. elvezetés. Felvétel ideje ugyanaz. P pitvarlengés.

Irodalom. ¹ Fr. Kraus und G. Nicolai: Das Elektrokardiogramm des gesunden und kranken Menschen. 1910. — ² Korányi S.: Az extrasystolés arhythmia diagnostikai jelentőségéről. Orvosi Hetilap, 1903. — ³ H. Grau: Über den Einfluss der Herzlage auf die Form des Elektrokardiogramms. Zeitschr. für klin. Mediz. 69. k. — ⁴ H. E. Hering: Die Funktionsprüfung der Herzvagi beim Menschen. Münchener mediz. Wochenschr. 1910. 37. — ⁵ D. Gerhardt: Die Unregelmäßigkeiten des Herzschlags. Ergebn. der inn. Mediz. und Kinderheilk. II. k. 1908. — ⁶ J. Mackenzie: Lehrbuch der Herzkrankheiten, 1910. — ⁷ K. F. Wenckebach: Beobachtungen bei exsudat. und adhaesiv. Perikarditis. Zeitschrift für klin. Mediz. 71. k. 3—6 f. — ⁸ R. H. Kahn: Weitere Beiträge zur Kenntnis des Elektrokardiogramms. Arch. f. d. ges. Physiologie, 129. k. — ⁹ R. H. Kahn: Beiträge zur Kenntnis des Elektrokardiogramms. Arch. f. d. ges. Physiologie, 126. k. — ¹⁰ H. E. Hering: Experimentelle Studien an Säugethieren über das Elektrokardiogramm. I. Mitth. Arch. f. d. ges. Physiologie, 127. k. — ¹¹ Th. Lewis: Die Pathologie der vollständigen Unregelmäßigkeit des Herzens. Verhandl. der Deutsch. Pathol. Gesellsch., 1910. — ¹² E. Edens: Pulsstudien. Arch. für klin. Med., 100. k. — ¹³ H. E. Hering: Die Herzstörungen in ihren Beziehungen zu den spezifischen Muskelsystemen des Herzens. Verh. d. Deutsch. Path. Ges., 1910. — ¹⁴ C. J. Rothberger und H. Winterberg: Über das Elektrokardiogramm bei Flimmern der Vorhöfe. Arch. f. d. ges. Physiologie, 131. k. — ¹⁵ C. J. Rothberger und H. Winterberg: Vorhofflimmern und Arhythmia perpetua. Wiener klin. Wochenschr., 1909. 24. — ¹⁶ C. J. Rothberger und H. Winterberg: Physiol. Congr. Ref. Mediz. Klinik, 1910. 45. — ¹⁷ Th. Lewis: Paroxysmal Tachycardia Heart I. Ref. Zentr. f. Bioch. und Bioph. X. — ¹⁸ A. Hoffmann: Über „anatische“ Herzstätigkeit. Verh. d. XXVII. deutsch. Kongr. für innere Mediz., 1910. — ¹⁹ A. Hoffmann: Die Arhythmie des Herzens im Elektrokardiogramm. Münch. mediz. Woch., 1909. 44. — ²⁰ A. Hoffmann: Zur Kenntnis des Morgagni-Adams-Stokes'schen Symptomencomplexes und seiner Differenzierung im Elektrokardiogramm. Deutsch. Arch. f. klin. Mediz., 100 k. 1—2. f. 1910.

A budapesti m. kir. bábaképző 1910. évi forgalmának vázlatos kimutatása.

Közli: Dr. Dirner Gusztáv, igazgató-tanár.

I. Szülő-osztály. A szülőszobára felvettünk 618 terhes nőt. Született 324 fiú, 282 leány és 15 meghatározhatatlan nemű (éretlen magzat). Ikermagzatot szült 3, az ikrek mind egyneműek voltak, 2 esetben fiúk, 1 esetben lányok. Vetelés 23 esetben volt.

564 magzat született koponyatartásban, 2 arcztartásban, 1 fejtető-tartásban, 21 medenczevégű fekvésben; keresztfekvés volt 7, közülük 3-at elhanyagoltan karelőssel szállítottak be.

Placenta praevia volt 5; 2 esetben burokrepesztés után spontan szülés, a többi esetben metreurytis után fordítás és extractio.

Eklampsia volt 1 a gyermekágyban, 4 szülés közben; 1 esetben spontan szülés, 2-ben a szülést fordítással, 1-ben fogóval fejeztük be.

Szülönőkön következő műtéteket végeztünk: fogóműtet 12 esetben, lábfordítást és extractiót 8 esetben (4-szer harántfekvés, 3-szor placenta praevia, 1-szer köldökzsinór-előesés miatt), halott magzat perforatióját 2 esetben, decapitációt elhanyagolt harántfekvés miatt 3 esetben. Egy esetben végeztünk extraperitonealis sectio caesareát általánosan szűk lapos medence miatt. Művi abortus 2-szer történt, vitium cordis miatt.

Egyetlen gyermekágyasunk sem halt meg (1909-ben sem). 1 szülönőt méhrepedéssel haldokolva szállítottak be.

II. Nőbeteg-osztály. A nőbeteg-osztályon 203 beteget ápoltunk, közülük 171-en végeztünk műtétet, még pedig 95 koeliotomiát (87-et per laparotomiam, 8-at per vaginam). A laparotomiák között 25 Pfannenstiel-féle suprasymphysealis metszés volt, melyek közül csak 1 nem gyógyult per primam.

Egyéb műtétek: kolpo-perineoraphia 8, kolpotomia 5 (genyes parametran exsud. miatt 4, savós gyülem kibocsátása 1), collum-amputatio 2, Bartholini-mirigy-kiszedés 1, hymen-excisio 2, polypus-ablatio 4, curette 37, retroflectált (fixált) méh felemelése narcosisban 1, vaginalis carcinoma partialis kiirtása 1, carcinoma uteri excochleálása 15.

A nőbetegek nagyrészt a méhrákosok tették. A 32 méhrák közt volt 29 collum-rák (portio és cervix) és 3 corpus-carcinoma. Megoperáltunk radikálisan (Wertheim szerint) 14-et, vaginalisan 4-et; az egyiken csak próba-laparotomiát végeztünk s meggyőződve a műtét hiábavalóságáról, azonnal zártuk a hasat, az illető mégis bronchitis purulentában pusztult el a műtét utáni harmadik napon. A többit részint a baj előrehaladottsága, részint a beteg általános rossz állapota miatt nem operáltuk radikálisan, hanem csak excochleáltuk. Ez esetekhez kerül még 1 sarcoma uteri, a melyet laparotomia útján irtottunk ki.

Ez évben 5 vaginalis carcinomát vettünk fel; 2-nek genitáliát Wertheim szerint exstirpáltuk, 1-nek partialisan excindáltuk a megbetegedett részt, 2 nem egyezett a műtétbe.

Fibromyománk 25 volt, még pedig: 3 cervicalis polypus, 2 submucosus, 1 subserosus, 1 interstitialis gócz és 18 vegyes góczokból álló. 7-et Chrobak szerint, 8-at Doyen szerint exstirpáltunk, 2 myomás méhet vaginalis úton távolítottunk el, 4 polypust a méh megtartásával csavartunk ki, a többit (4) conservative kezeltük: curettage, jod-injectiók, formalin-mosás.

35 adnexum- és medence kötőszöveti megbetegedés közül volt: 18 lobos eredetű adnex-tumor, 6 kifejezett tubo-ovariális abscessus, 6 salpingo-oophoritis, 4 elgenyedt exsudatum parametricum, 1 hydrosalpinx. Laparotomia útján 20-szor távolítottuk el az adnexumokat (5-ször az uterusal együtt), 11 beteget palliative kezeltünk, 3 elgenyedt exsudatumot a hüvely felől nyitottunk meg, 1 spontan tört át s még palliatív kezelésben van.

Ovarialis cystájától 17 beteget szabadítottunk meg laparotomia útján. 2 esetben terhes nőn végeztünk ovariectomiát.

Méhenkívüli terhességgel felvett 6 eset közül 4-en laparotomiát végeztünk, 2 műtét nélkül gyógyult meg.

Retroflexio korrigálása végett felvettünk 15 beteget, 8-at laparotomiával, 1-et vaginaefixatióval gyógyítottunk meg, 6 beérte palliatív kezeléssel (gyűrű).

4 *próbalaparotomiát* (2-t ascites, 1-et peritonitis tbc., 1-et carcinoma colli miatt) és 1 *herniotomiát* végeztünk (umbilicalis hernia).

Meghalt 4 operált beteg: 1. sarcoma uteri, totalis exstirpatio, közvetlenül a műtét után (szívhűdés); 2. carcinoma colli, próba-laparotomia (bronchitis purul.); 3. carcinoma uteri et vaginae, *Wertheim*-műtét (myodegeneratio cordis); 4. myoma, exstirpatio, bélösszenövés, bélvarrat (peritonitis).

III. Járóbeteg-rendelés. Az intézet járóbeteg-rendelésén a múlt évben 1198 beteg fordult meg.

Ápolási napok. Szülönők és gyermekágyasok: 7063, ágyak száma: 20. Házi terhesek: 4289, ágyak száma: 12. Nőbetegek: 3353, ágyak száma: 14. Összesen 14705 ápolási nap; ágyak száma: 46.

Escherich Tivadar.

— Meghalt 1911 február 15.-én. —

A bécsi orvosegyetem újból gyászt ölt; kidőlt soraiból, aránylag fiatalon, 54 éves korában, *Escherich* tanár, az újabb gyermekorvos-generatio egyik legjelesebb, egyik leggenialisabb és egyik legrokonszenvesebb tagja. 1901-ben lépett örökébe a „nagy” *Widerhofernek* és most juthatott volna el oda, hogy a Szt. Anna-gyermekórház szűkes helyiségeiből átköltöztethesse intézetét új hajlékába, a fényesnek ígérkező új gyermekorvosi klinikába, a mikor a kéllelhetlen halál ezen szép munkája közben vágta el hasznos és eredményekben dús élete fonalát.

Mint gyermekorvos pompás iskolából került ki. *Gerhardt* mellett Würzburgban kezdett mint szakember fejlődni s *Ranke* mellett Münchenben, mint tanársegéd, oly jeles búvárlati munkálkodást fejtett ki, hogy rendes tanárnak hívták meg a gráci egyetem megüresedett gyermekorvosi tanszékére. 1901-ben került fényes állására, melyet előtte *Widerhofer* és a nagyhírű *Mayr* töltött be. Kilencz évi működése e helyen a tudományos sikereknek egész halmazát mutatja. Az osztrák gyermekvédelmi mozgalmaknak ő volt egyik leglelkesebb mozgatója és a bécsi „Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde” keretében szerencsés kézzel tudta összegyűjteni a császárváros gyermekorvosait együttes tudományos munkálkodásra.

Mi magyar gyermekorvosok őszintén gyászoljuk az elhunytat, kinek egyik nem csekély érdeme volt az is, hogy 1910-ben a bécsi és magyar gyermekorvosok között a bécsi együttes ülésnek létrehozásával szorosabb collegialis kapcsolatot hozott létre.

Legyen áldott emléke!

Bókay János.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Erdély Jenő dr: A gyermekorvosi egészségügyi viszonyai Győrött 1801—1908. Győr sz. kir. város és a győrvárosi és megyei kisdédővő-egyesület támogatásával kiadja a szerző. 94 lap.

Erdély dr. nagy lelkesedésének, lángoló ügybuzgalmának és még nagyobb, fáradhatatlan szorgalmának, kitartásának köszönhetjük ezen gyermekvédelmi irodalmunkban nagy nyereség gyanánt tekintendő munkát. Ha nagy elismeréssel

adózunk is állami gyermekvédelmünk nagyszabású és áldásos működésének, mégsem zárkozhatunk el a tapasztalatok tanításai elől, melyek mindinkább mutatják, hogy mily sok még a javítani való, a min az államnak és a társadalomnak vállalva kell munkálkodnia. Eredményes működés azonban csakis úgy várható, ha a tényleges állapotokat minden legapróbb, a felületes szemléltőre jelentéktelenné látszó részletig ismerjük, mert csakis így nyerhetünk tudomást a gyermekhalandóság valódi okairól és csakis így láthatjuk, hol, minő és milyen arányú intézkedés szükséges.

Ez vezethette a szerzőt, a Stefánia-gyermekórház egyik volt tanítványát arra, hogy Győrnek, ezen jelentős túladunai városnak gyermekorvos-egészségügyi viszonyait statisztikailag a lehetőségig híven megrajzolja. Anyagát Győr tiszti főorvosi hivatalából szerezte be. A múlt század elejétől 1893-ig a születési és halálozási adatokat *Petz Lajos* dr. tiszti főorvos juttatta készen kezeihez, 1896-tól pedig a születési adatokat az állami anyakönyvekből merítette. Ezenkívül különböző hivatalok, egyesületek adatait használta fel műve céljaira.

Munkája három részre oszlik. Az első foglalkozik a születésekkel, a második a gyermekhalandósággal és végül a harmadik részt a gyermekvédelemnek szentelte a szerző. A születések fejezetében Győr általános viszonyainak ismertetése után tárgyalja a születési mozgalmat, melyből kitűnik, hogy Győr mintegy 90/00-vel marad az országos átlagon alul, majd rátér a házasságkötések számára, a természetes szaporodásra s a törvényes és törvénytelen születésekre. Utóbbinál látjuk, hogy Győr megyében a törvényesség szempontjából az országos átlagnál jóval kedvezőbbek a viszonyok, bár a törvénytelen születések arányszáma az utolsó években emelkedést mutat. Foglalkozik ezután a szülőkkel nemével, a szülők foglalkozásával, a születéseknek városrészek, utcák, felekezetek, évszakok, hónapok, hónapszakok szerinti eloszlásával és az ikerszülésekkel.

A gyermekhalandóságnak szentelt fejezetben részletes statisztikai választ kapunk e kérdés különböző részleteire, a gyermekhalandóságnak kor, évek, városrészek, felekezet, nem, szülők foglalkozása, anyagi helyzete szerint való eloszlására, stb., stb. Nem terjeszkedhetem ki ez adatokból levont számos következtetés kiemelésére, csupán megemlítem, hogy a júliusi, augusztusi nagy csecsemőhalandóságot itt is megtaláljuk, miként azt a külföldi statisztikákban már megszoktuk és hogy általában az egész évben is a csecsemőknek jó harmadrésze táplálkozási zavarokból pusztul el, egyedül augusztusban azonban több bélhurutos csecsemő hal el, mint az első és utolsó évnegyedben együttvéve.

A végső részben részletesen kiterjeszkedik — főleg a helyi viszonyok szempontjából — a teendők fejtegetésére.

A nagy alaposággal megírt munka unalmasnak tetsző számadataiba a szerző nagy lelkesedése valóságos életet öntött. Stylusa is könnyed, szerkezete könnyen áttekinthető.

A hazai gyermekvédelemnek mindenkor számolnia kell az e munka révén nyert adatokkal, a győri helyi gyermekvédelem pedig csakis ezek figyelembe vételével fejlődhetik nagygyá és áldásossá, olyanná, a minőnek a szerzővel együtt minden emberbarát melegen óhajtja. *Flesch Ármán* dr.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

A gyuladást megszüntető semleges mészsókról ír *Leo*. Erről a kérdésről a múlt év márciusában *Chiari* és *Januschke* közölt dolgozatot, a kiknek mesterségesen előidézett mellüri izzadmány és mustár-olajjal okozott kötőhártyagyuladás eseteiben CaCl_2 -dal elért kedvező tapasztalatait tette további tanulmány tárgyává. A hatás egyformán mutatkozik, akár előzetesen mint védő, akár utólagosan mint gyógyító szert használta a CaCl_2 -ot s úgy magyarázható, hogy az erek falának átteresztőképessége a mészsó bősége következtében csökken. A CaCl_2 alkalmazásának módjai közül a bőr alá fecskendezésről *Wright* már 1896-ban közölte, hogy úgy kutyán, mint

emberen 2·5—5%-os oldat befecskendése helybelileg szövetségi gyuladást, nedves üszkösödést idéz elő, mely csak hetek múltán gyógyul. Ép azért a calcium lacticumot ajánlotta, a melyet *Chiari* és *Januschke* is használt, bár gyuladástól jelenléte ilyenkor is mutatkozik. A szerző azt tapasztalta, hogy a 2·5%-os oldat 1—1 köbcm.-e nem okoz gyuladást; embernek több helyre elosztva ajánlja. A gyűjtőerekbe közvetlen beviteltől a szerző nem tapasztalta a kívánt gyors hatást s óvatosságra int ezen alkalmazásmód mellett, mivel a Ca-sóknak a szívre való hatása egyik állatkísérletében azonnali halált okozott a gyors befecskendés következtében, míg az óvatos és lassú befecskendés káros hatás nélkülinek mutatkozott.

A szájon át való bevitelt illetőleg *Chiari* és *Januschke* hangsúlyozta, hogy kevés Ca jut felszívódásra. A szerző ép ezt a keveset vélte hatást ígérőnek és tapasztalata igazolta a feltevését. A különbség a bőr alá fecskendéstől a hatásnak 4—5 napi késedelmezésében áll, a 6—7. napon azonban teljesen kielégítő gyuladást szüntető eredményt kapunk. Belsőleg 5%-os oldatban 100 köbcm. mennyiségben kevés syr. rubi id.-vel a szerző személyes tapasztalása szerint éhgyomorra minden nehézség nélkül bevehető. A vastagbélbe való beöntés 2·5%-os oldatban nem mutatkozott hatásosnak. Végül beszámol a kötőhártyának mustárolajjal okozott súlyos gyuladástól vizenyője esetén CaCl_2 2·5%-os oldatával elért eredményeiről. A helyileg alkalmazott szer hatása meglepő volt, mert míg a kezelt állat 10 nap alatt teljesen meggyógyult, a kontrollállat több mint egy hónap múltán is szenvedett a gyuladásban. A tapasztalatok alapján a szerző a CaCl_2 -ot a jelzett oldatokban *mindennemű gyuladás leküzdésére ajánlja*. Belső szervek gyuladásakor a bőr alá fecskendést hatásosabbnak véli, mint a gyűjtőérbe vitelt, mely veszélyes is lehet; kilátásosnak ígérkezik a gyomorba vitele a jelzett módon. A hol csak lehet, a helyi alkalmazása kísérendő meg. Hogy a fokozott Ca-tartalom a vérerekre káros hatással van-e, azt csak már folyamatban levő kísérleteiből tudhatja majd meg. (*Deutsche mediz. Wochenschrift*, 1911. 1. szám). A.

Belorvostan.

A gyomorfekély kezeléséről két érdekesebb közlemény jelent meg az utóbbi időben. Az egyikben *Reichmann*, a gyomorbetegségek egyik legalaposabb ismerője, azzal a kérdéssel foglalkozik, hogy a szóban levő betegségnek melyik a legjobb kezelésmódja. Tudvalevő, hogy e kérdésben a szerzők két táborba oszlottak. Az egyik tábor hívei a gyomornak legnagyobb fokú kiméltetését ajánlják (néhány napra a szájon át táplálás teljes megszüntetése, végbélben át táplálás, majd csak nagyon óvatos, a gyomrot erősen kiméltő táplálkozás); ezzel szemben a másik tábor hívei, élükön *Lenhartz*-czal, az erélyesebb táplálást pártolják, főleg azért, mert a gyomorfekély képződésében szerintük nagy szerepet játszó anaemia és hyperchlorhydria ilyen módon könnyebben szüntethető meg.

Reichmann az első tábor hívének vallja magát. Ágyban nyugodtan fekvést és kizárólagos tejdiétát ajánl 12—15 napra; ezen idő elteltével fokozatosan tér rá a kétszersültre, tojásra; húst csak körülbelül egy hónap múlva enged meg. A mi a gyógyszeres kezelést illeti: naponként reggel éhomra 5—15 gr. bismuthumot ad langyos vízben. A bismuthot általában jól tűrik a betegek; kivételt tesznek ezen szabály alól azok a betegek, a kiknek hiányos a gyomornedv-elválasztásuk. Székrekedés esetén a bismuthumhoz kevés magnesia usta adható, vagy pedig este vesz be a beteg $\frac{1}{2}$ —1 kávéskanálnyi magnesia ustát. Kifejezett hyperaciditas esetén nagymennyiségű (15 gramm pro die) natrium bicarbonicumot ad extractum belladonnaevel, langyos vízben oldva, $1\frac{1}{2}$ órával az étkezések után, 15 napon át minden hónapban. Idült esetekben az oleum olivarum használatát kell megkísérlni, noha *Reichmann* nincsen nagyon megelégedve az eredményekkel. Az argentum nitricum vizes oldata reggel éhomra bevéve főleg azon esetekben nagyon eredményes, a melyek-

ben nincs hyperaciditas. Erősebb gyomorvérzés esetén legjobb a gyomrot teljes nyugalomban hagyni, jeges borogatást tenni a gyomortájékra és jég-suppositoriumokat alkalmazni. A tápláló klysmákat a szerző jelenleg már nem használja. A koplalásnak nem szabad nagyon hosszú ideig tartania, mert könnyen fejlődhetik parotitis suppurativa, a mely nagyon hajlamos a végzetes kimenetelre. *Lenhartz* módszerét *Reichmann* főleg a munkásosztályhoz tartozó betegeken használja, mint a kiknél nagyon lényeges, hogy mielőbb visszakapják munkaképességüket.

Jarotzky, a belorvostan tanára a jurjewi egyetemen, a gyomorfekélyben szenvedők táplálására a tojásfehérjét és a zsírokat ajánlja. A tojásfehérje ugyanis physiologiai kísérletek szerint rendkívül gyorsan hagyja el a gyomrot; a zsírok pedig akadályozzák a gyomornedv-elválasztást és megnyitván a pylorust, lehetővé teszik, hogy bélnedv hatoljon a gyomorba és közömbösítse a gyomortartalmat. A tojásfehérje és a zsírok adása között bizonyos időnek kell eltelnie. Minthogy *Pavlov* kísérleteiből tudjuk, hogy a psychés befolyás bőséges gyomornedv-elválasztást vált ki, a táplálékot nem szabad a konyhaművészet által olyanná tételni, hogy kellemes érzést váltson ki, mert ezzel fokoznánk a gyomornedv-elválasztást. A zsírt tehát, főleg eleinte, egyszerűen oleum olivarum alakjában adjuk. A víz is nagyon könnyen vált ki gyomornedv-elválasztást s azért a szájon át adása kerülendő; a szervezet vízszükségletét klysmákkal elégítjük ki. A jégdarabkák nyelése is ugyanezen okból kerülendő. Az alkoholt és coffeint tartalmazó italok is okvetlenül eltiltandók. A fenti alapelveknek megfelelően a szerző tehát a következőképpen jár el: Az első 2—3 napon a szájon át semmit sem ad vagy pedig reggel egy tojásfehérjét, este pedig 20 gr. oleum olivarumot; 2—3 tápláló klysmát naponként. Ezután naponként a 8. napig 1 tojásfehérjével többet ad, az oleum olivarum mennyiségét is növeli naponként 20 grammal. A mikor a beteg már több tojásfehérjét kap, a tápláló klysmákat megszünteti és cukros-víz-klysmákkal (10 gr. cukor 300 gr. vízre) helyettesíti. A tojásfehérjét a betegek nagyon jól tűrik, az olajat azonban, a mikor már 120—140 gr.-ot kell bevenni, többnyire visszautasítják, esetleg kihányják. Ilyen esetekben esetleg nem fokozzuk az említett nagy adagokig az olaj mennyiségét vagy pedig gyomorcső segítségével visszük a gyomorba, avagy jégen tartott vajdarabkával helyettesítjük.

Sebészet.

Az elülső mediastinum feltárására mediastinotomia anterior transversalis címen *Friedrich* (Marburg i. H.) új módszert ajánl.

A műtét célja az elülső mediastinum feltárása az ott ülő daganatok eltávolítására.

A műtét harántmetszéssel kezdődik a harmadik borda felső szélén; a metszés mindkét oldalt 10—12 cm.-rel terjed túl a szegycsonton. Az izomzat átmetszése után túlnyomás mellett átfűrészeljük a szegycsontot, átvágjuk a második és harmadik bordaporcot körülbelül 3 cm.-nyire a szegycsont szélétől és most erős kampókkal széthúzzuk a szegycsontot. Az elülső mediastinum ilyenkor meglepően nagy terjedelemben válik hozzáférhetővé; az arteria mamma interna sérülése elkerülhető. A pleura-lemezek kiméltendők.

A műtét befejezése után a szegycsont részeit egymáshoz fektetjük, esetleg csontvarrattal rögzítjük. Ha a pleurát nem sértettük meg, a bordákat nem is kell varrattal egyesítenünk. (*Zentralblatt für Chirurgie*, 1910. 38 sz.) *Gergő*.

A catgut-kérdésről újabbán *O. von Herff* (Basel) nyilatkozik. Két okból híve a catgutnak: az igen kellemetlen késői fonalgyenedést catgut alkalmazásával elkerülhetjük, továbbá tapasztalata szerint simább a gyógyulás is, ha nem hagyunk vissza a sebben oly anyagokat, melyek fel nem szívódnak. *Herff* évek óta csaknem kizárólag catgutot használ műtéteihez. Vékony selyemfonalat csak igen ritkán és ott alkalmaz, a hol szöveteket különös okból hosszabb ideig szorosan kell egyesíteni, mint például ventrofixatio, a liga-

mentum rotundumnak megrövidítése esetén, *Bassini*-varrat végzésekor stb. Régebben a cumol-catgutnak volt híve, újabban a *Schmidt-Billmann* és *Kuhn* eljárása szerint készített catgutot tartja a legjobbnak. A *Schmidt-Billmann*-féle catgut nem oly nyulékony, mint a *Kuhn*-féle, a csomók ennek folytán nem lazulnak meg, a fonalak kilökődését ezen catgut használatakor nem észlelte. A *Kuhn*-féle catgut hátrányául tudja be, hogy nagyon is nyulékony és hogy vegyszerekkel való impraegnálása folytán a szöveteket kisebb-nagyobb mértékben izgatja. (Zentralblatt für Chirurgie, 1910. 41. szám.)

Gergő.

Szülészet és nőorvostan.

A méhvérvések újabb kezelésmódjait ismerteti röviden *Veit* (Jahreskurse für ärztl. Fortbildung, 1910. július). Az egyik eljárást *Busse* ajánlja. A lényege serum (emberi serum) befecskendezése. *Hitschmann* és *Adler* határozottan állítja és *Busse* is úgy gondolkozik, hogy a méhvérvésnek sokszor nem a méhnyálkahártya helybeli elváltozása, hanem általános megbetegedés az oka. A méhvérvésben szenvedő nőkben kisebb fokú haemophiliát is feltételez; mivel pedig ilyen esetekben mások emberi serum alkalmazásával jó eredményt értek el, ezért megpróbálta a méhvérvést is serummal gyógyítani. 10 cm³-t fecskendezett be, két esetben kétszer, egy harmadik esetben háromszor ismételve meg az injectiót. A vérvizsgálat a haemoglobin-tartalom állandó csökkenését mutatta. A fehér vérszöveteket illetően egyöntetű elváltozást nem észlelt. A vér megalvadási ideje csökkent. *Busse* 10 esetben igen jó eredményt ért el.

Természetesen többen utánvizsgálták az eljárást és egyes esetekben jónak is találták. Maga *Veit* is megpróbálkozott vele, de állandó hatást nem ért el. Mindazáltal az a véleménye, hogy az eljárás olyannyira egyszerű, hogy sokan ki fogják próbálni és így talán sikerül majd azoknak az eseteknek a pontos kriteriumát megállapítani, a melyekben a serum-gyógyítás helyénvaló és haszonnal jár.

Krämer gelatina- és konyhasó-injectiókat adott a hószám bekövetkezése előtt; szintén jó eredményről számol be *Scherer* dr.

Húgyszervi betegségek.

Az ionisatio értékéről a húgyszervi betegségek therapiájában. Ezen a címen tartott klinikai előadásában *Denis Courtade* egyrészt az ionisatio lényegét magyarázza meg, másrészt pedig azokat az eredményeket demonstrálja, melyeket ezen újabb eljárással a húgyszervek legkülönbözőbb betegségeiben elérnie sikerült.

Az ionisatiót galvanáram segítségével, még pedig vagy platinából, rézből, ezüsből, cinkből stb. készült úgynevezett meztelen elektrodokkal, vagy elektrolysises, tehát olyan elektrodokkal állítjuk elő, melyek bizonyos folyadékba, mint salicylsavas natrium-, ezüst- vagy cinkoldatba lettek mártva. A meztelen elektrodokkal kiváltott ionisatio egyrészt kaustikusán, másrészt pedig peripolarisan hat azáltal, hogy a polusokon kiszabaduló ionok többé vagy kevésbé mélyen hatolnak a bőrbe avagy a nyálkahártyába és eközben a szövetekben bizonyos elváltozásokat idéznek elő, főképp pedig a sclerosisos szövetek megpuhulását eredményezik. (*Desnos*-féle circularis elektrolysis és elektrolysises tágítás.) Az elektrolysises elektrodokkal végzett ionisatio olyképpen hat, hogy az ionok itt is behatolnak a bőrbe avagy a nyálkahártyába, de hatásuk csupán csak a legfelsőbb szövetrétegekre szorítkozik. Ehhez hozzájárul azonban még azon izgató hatás is, melyet a villanyosság az idegekre és izmokra gyakorol.

Veseneuralgia eseteiben *Courtade* szerint nagyon hatásosnak bizonyult a salicylsavas ionisatio. Az eljárás a következő: Az egyik, lehetőleg nagy elektrodot jó magasan a thoraxon, a nervus splanchnicus eredési helyére szorítjuk, míg a másik activ, tehát a negativ polussal összekötött elektrodot, melynek jó nagy s 3—5%-os salicylsavas

natriumoldattal átitatottnak kell lennie, a beteg vese tájé-kára fektetjük és a 1/2—1 milliampères áramot 20—30 percig hagyjuk hatni. Ezen eljárás, melynek folyamán a vesetájon salicylsav hatol a szervezetbe, eleinte minden nap, később hetenként háromszor ismétljük.

Vesepoly eseteiben, melyek nem záródnak, nagyon ajánlatos a chlorzinkes ionisatio, melyet olyképpen viszünk véghez, hogy a megelőzőleg gyenge chlorzinkoldattal kiöblített sipolymentbe egy hengeralakú, a positiv polussal összekötött zink-elektrodot vezetünk be, a másik, lehetőleg nagy és sósvízzel átitatott elektrodot pedig a beteg hasára tesszük; a 2—3 milliampères áramot 12—15 percig engedjük keringeni s ezt az eljárást hetenként egyszer megismételjük.

Nagyon jól hat az ionisatio a chronikus cystitisben is; azonnal megszünteti a fájdalmakat, elállítja a vérzést, csökkenti a vizelésingert, utóbb már a vizeletből a geny is eltűnik. A húgyhólyag-ionisatio céljára *Courtade* a *Gentile*-cégnél egy külön műszert készíttetett, melynek szerkezete a következő: Az ezüsből, rézből, cinkből avagy aluminiumból készült mandrin egy elől konikusán végződő csövecskébe van elhelyezve. Ezen konikus vég pontosan beleillik a mandrinnal együtt bevezetendő, gyengén görbült katheter külső végébe. A csövecskére ferdén illesztett szájadékon keresztül az alkalmazandó folyadék a katheter belsejébe kerül. Ha valamilyen fémnek vagy alkaloidának, melyek mind positiv villamosságúak, akarjuk az ionjait felhasználni, akkor a műszert a positiv polussal kell összekötni; viszont azonban, ha negativ villamos áramokat — teszem jodos avagy salicylsavas ionokat — akarunk behatoltatni, akkor a műszert a negativ polussal kell összekapcsolni. A chlorzinkes és az argentum nitricum oldatot 2 pro mille, a salicylsavas natriumoldatot pedig 5 pro centum alakban használjuk; az áram ereje 2 és 5 milliampère között változik és a légáramlás 10, de legfeljebb 15 percig tart. Az ionisatio előtt a hólyagot testmeleg olyan vízzel öblítjük ki, melyben a megfelelő ionból keveset előzőleg már feloldottunk; ezen vízből az ionisatio után egy keveset benn hagyunk a hólyagban. A hólyag-neuralgiák gyógyítására nagyon hatásosnak bizonyult a salicylsavas, vagy ha túlerősek a fájdalmak, a cocainos ionisatio. Ez utóbbit úgy végezzük, hogy az 1/100 cocainoldatból mintegy 100 gr.-ot fecskendezünk a hólyagba és az 1 milliampères áramot 10 percig hagyjuk keringeni; utóbb a hólyagot gondosan ki kell üríteni. A cocainos ionisatio nagyon ajánlatos akkor is, ha a túlizgatott hólyagban cystoskopozni avagy abban uretherkathetert elhelyezni akarunk.

Idült kankó esetén a positiv ionisatiót úgy meztelen, mint elektrolysises elektrodokkal eszközölhetjük; minthogy azonban a positiv polus erősebben izgatja a nyálkahártyát mint a negativ, ajánlatosabb a negativ ionisatio, még pedig akár 1/2%-os salicylsavoldattal, akár pedig a közönséges, a negativ polussal összekapcsolt *Benique*-bougievel. Ilyenkor a 4—5 milliampères áramot 7—8 percig engedjük keringeni. A legelső eredmény az, hogy a nyálkahártya-izomzat spasmusa megszűnik, a fertőzött mirigyek szájadécai kinyílnak és a periglandularis infiltrációk megpuhulnak; az ionisatiót azonban minden alkalommal dilatációs massage-zsal és öblítéssel kell összekötni; sőt *Courtade* az ülést rendszerint magas feszültségű áram endourethralis alkalmazásával rekeszti be.

A húgycsőszűkület bizonyos alakjaiban az ionisatio a linearis vagy circularis elektrolysis vagy pedig a *Desnos*-féle elektrolysises dilatatio alakjában jut érvényre; azon esetekben azonban, a melyekben nagyon szűk s kiterjedt stricturával van dolgunk, a belső húgycsőmetszés feltétlenül többet ér, mint bármelyik fajta ionisatio. A linearis elektrolysis a pars anterior kicsiny, körkörös s nem éppen szűk stricturáinál indikált, minden más esetben a circularis elektrolysis lesz helyénvaló, sőt ha ezzel már a *Benique*-féle 40. sz. tágítást elértük, akkor a szűkület gyógyítását a *Desnos*-féle elektrolysises dilatatio alkalmazásával kell befejezni. Ez utóbbi abból áll, hogy az urethrába bevezetett és a negativ polussal összekötött *Benique*-bougien keresztül 0.005—0.01 milliampères áramot 10 percen át hagyunk a húgycsőnyálka-

hartyára hatni. Az elektrolysises dilatációt minden 10. napon megismételjük; időközben azonban minden második napon be kell vezetni a megfelelő vastag fémszondát. (Annales des malad. des organ. génito-urinaires, 1910. 17. füzet.)

Drucker Viktor dr.

Orr-, torok- és gégebajok.

A hypophysis-bajok műtéti kezeléséhez szolgáltatót adatot *Schmiegelow* tanár (Kopenhagen). 27 éves, akromegaliás nőbetegének óriási főfájásai voltak, a jobb szemén amaurosis, a bal szemén kezdődő neuritis optica, temporalis hemianopsia volt, a Röntgen-kép a sella turcica dimensióinak nagyfokú megnagyobbodását mutatta. Ezek alapján hypophysis-tumort kórjeleztek. A műtétet aethernarcosisban eszközölt peroralis intubatio után chloroform-narcosisban végezte, nagyjában a *Schloffer* ajánlotta transnasalis úton: a külső orrot jobboldalt a belső szemzugtól az orrlyukig vezetett metszéstől felszabadítva, a túlsó oldalra átcapta, a felső állcsont proc. nasalisának nagy részét s a sinus maxillaris külső falát a középső és alsó kagylóval együtt eltávolította, a septum hátulsó, csontos részét reszekálta, majd megnyitva a sinus sphenoidalist, a két sinus közötti válaszfalat s a hátulsó falat 1 cm² területen eltávolította, mire a fénylő periosteummal elzárt hypophysis-tumor láthatóvá vált; troicarttal megpungálva, véres folyadék ömlik ki belőle s a nyílást a durán tágitva nagyobb, elülről hátrafelé mintegy 2 cm.-nyi üregbe jut, a melyből savós-véres folyadékot és puha szövet-tömeget távolít el. A beteg a műtét után pár órával már jobban látott és visusa mindinkább javult, subjectiv panaszai megszűntek, a műtét sebe 8 nap alatt begyógyult. 3 héttel a műtét után hirtelen hőemelkedés állott be s a beteg néhány óra múlva meghalt. A boncoláskor az agyburkok oedemáját találták, meningitisnek semmi jelét; az óriásilag megnagyobbodott sella turcicában egy 4 cm. magas, 3 cm. széles hypophysis-tumor székelt a chiasma mögött, a jobboldali nervus opticus laposra nyomott, atrophias volt, a bal épnek látszott; a sella turcica elülső felületén a műtéti defectus. Mikroszkopi vizsgálattal a tumor adenomának bizonyult. A halál előtti hőemelkedés okát a thalamus-dúcoknak a tumor nyomása által kiváltott izalmában, a halál okát a tumor nyomása által előidéztet acut agyvízenyőben keresi. (Zeitschrift für Ohrenheilkunde, 62. kötet, I. füzet.)

Safranek dr.

Orthopaedia.

A ferde nyak gyógyításához ajánl *Christen Lange* dr. (Kopenhagen) új módszert a műtét utáni kezelésre. Miután véres műtéttel a megrövidült fejbicczenő minden feszülő szálát átvágta, a fejet a beteg hajfonatával rögzíti a túlkorrigált helyzetben. Ha pl. a jobboldali izom volt a rövidebb, a hajjat ferdén fonatja be akként, hogy a hajfonat a tarkó bal oldalán lógjon. A hajbafonott szalag segítségével a fejet corrigált helyzetben beállítva, a szalagot a bal mellbimbó táján a ruhához tűzi biztonsági tüvel. A teljes gyógyulás elérésére 1—3 hónapig szükséges a fejet ily módon rögzíteni. Fiúk haját e célból előbb meg kell növesztetni a megrövidült izommal ellentétes oldalon. (Az idővesztéssel, a mi a hajfonat növesztésére szükséges, nem számol a szerző. Ref.) (Zeitschrift für orth. Chir. XXVII. kötet, 3—4. füzet.)

Kopits dr.

A kalapácsujj gyógykezelésére egyszerű szerkezetű bandage-t ajánl *R. Pürckhauer* dr. (München), Prof. *Lange* poliklinikájáról. A csúcsával a talp felé néző, az I. és II. phalanx közti ízületben a talp felé hajlított görbe kalapácsujj, melynek háti felületén rendszeren nagy tyúkszem is ül, rendkívül kinos fájdalmakat szokott okozni viselőjének. *Pürckhauer* egy a láb elejére kiterjedő sodronyszövevettel és acetone-celluloiddal keményített bőrlapot ajánl, melybe a kalapácsujj két oldalának megfelelően keskeny rés van vágva s ezen áthúzott borjúbőrrel készült szalaggal az ujjat a talp felé, a kiegyenesítés irányába, lehúzza. Az így készített szandál meztelen lábra alkalmazandó, a patiens harisnyát e fölé húz; a

szandál bármely bővebb cipőben hordható. Használata állítólag nagyon kellemes s hatása kitünő. (Zentralblatt für chir. und mechan. Orthopaedie, V. kötet, 1. füzet.)

Kopits dr.

Röntgenologia.

Penetráló gyomorfekély Röntgen-diagnosisa. *Reiche F.* szerint oly módon ismerhető fel az áttört gyomorfekély, hogy a bismuthos átvilágítás alkalmával az áttörés helyének megfelelőleg a gyomorárnyékból kinyúló keztyűujjszerű árnyéket észlelhetünk. A műtét vagy boncolás ily esetben azt mutatja, hogy az észlelt árnyéknyulványnak megfelelően a gyomor fala hiányzik és a gyomorlumennel közlekedő megnyúlt üreg van, melynek falát valamely szomszédos szerv, máj, pancreas alkotja. Élőben a penetráló fekélyt a Röntgen-vizsgálat hosszabbnak mutatja mint boncolt hullán. Ennek két oka lehet, vagy a gyomorperistole préseli bele a kóros nyulványba a bismuth-pépet s ezért hosszabb, vagy azért, mert a gyomor a fekélyhez rögzítve lévén, a megterhelés következtében a gyomornak e része vongalódik s ily módon kinyúlik. (Münch. med. Wochenschr. 1911. 1. sz.)

Hruby dr.

A gyomor pars mediájában keletkezett gyomorfekély Röntgen-diagnosisáról tartott előadásában *Haudek* a következőkre hívja fel az orvosok figyelmét. 1. Téves az a feltevés, hogy egy laposan szétterült gyomorfekély Röntgen-vizsgálattal felismerhető, mert a bismuth a gyomorfalon úgy az ép, mint a fekélyes részen egyenletesen oszlik el s ennél fogva a kettő között árnyékkülönbséget nem ad. 2. Ha az ernyőn rendellenes árnyéket látunk, akkor ezt a gyomor rendellenes kitüremkedésében lerakodott bismuth okozza. 3. Ilyen rendellenes árnyékkitüremkedés látható perforáló gyomorfekély esetében. Ennek a jellemző ismertető jelei a következők: a kitüremkedés diverticulumszerű, a kitüremkedés csücskében rendszerint léghólyag látható, továbbá e helyen huzamosabb ideig marad és ad árnyéket a bismuth mint a gyomorban; a perforatio körül létrejött összenövészek pedig annyira fixálják a kóros kimaródást, hogy palpatióval az árnyék el nem tolató. Az emésztés által okozott és carcinomás gyomorfekély között differentialdiagnosist tenni egymagában a Röntgen-vizsgálat alapján nem lehet. (Münch. med. Wochenschrift, 1910. 30. sz.)

Hruby dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A gastrointestinalis eredetű izületgyulladásra hívja fel a figyelmet *Marshall*. Typhus és dysenteria kapcsán nem ritkák az izületbajok; de ezenkívül is vannak esetek, melyekben az izületgyulladás gastrointestinalis eredetre vezethető vissza. Szerepet játszanak ilyenkor a fehérje-szétesés mérgező hatású termékei, a bélbeli pangás, a bélfalzat abnormis átjárhatósága a rothadástermékek számára s az izületeknek bizonyos, sokszor veleszületett érzékenysége. A gyógyításban tekintettel leszünk a bélbeli rothadás csökkentésére (tejsavbacillusok bevitele), a táplálék fehérjetartalmának korlátozására, a székelés rendezésére. Izületgyulladás mindazon eseteiben, a melyek a szokásos kezelésre nem gyógyulnak meg, okvetlenül gondolnunk kell az ilyen gastrointestinalis eredetre. (The journal of the Amer. Med. Assoc. 1910 november 26.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1911. 7. szám. *Felletár Emil*: Ötven év után. A kőröshegyi kettős mérgezési haláleset. *Kolbinger János*: Klinikai adatok a gyomorrrák korai kórismézéséhez.

Orvosok lapja, 1911. 7. szám. *Havas Adolf*: Malleus humidus acutus esete.

Budapesti orvosi újság, 1911. 7. szám. *Torday Árpád*: A pancreas heveny megbetegedéséről. *Szécsi Jenő*: Csontvelő- és orsósejtekből álló többszörös csontvelődaganat esete. „Közegészségügyi és törvény-széki orvostudományi szemle” melléklet, 1. szám. *Szilágyi Gyula*: Az élelmiszertörvényről és a megalkotásához szükséges előfeltételekről. *Németh Ödön*: Hamis vádaskodás pathologiai alapon. *Minich Károly*: Baleseti sérülés és halál közötti okozati kapcsolat kimutatása periratok alapján.



Nálam
nincs kihallgatás

Vegyes hírek.

Kinevezés. Wertner Mór dr. párkányi járásvost tiszteletbeli megyei főorvossá, Berényi Zsigmond dr. esztergomi orvost tiszteletbeli járásvost, Reitter Lajos dr. szabadfalui orvost államvasuti orvossá nevezték ki.

Megbízás. Barabás József dr. kórház-igazgatót az igazságügy-minister a fehértemplomi törvényszéki és fogházorvosi teendőik ellátásával bízta meg.

Választás. Goldner Izidor dr.-t beresztőczy, Wellisz Gyula dr.-t báránys-borcsai, Szűcs Bertalan dr.-t varázsligeti (Vracsevgáj) kör-orvossá választották.

„Orvosképzés“ címmel megjelent az orvosi továbbképzés központi bizottsága által kiadott s Grösz Emil és Scholtz Kornél által szerkesztett folyóirat 1–3. száma. Az orvosaink továbbképzése szempontjából nagyjelentőségű folyóirat ezen első számaival nem kell bővebben foglalkoznunk, mert tudomásunk szerint minden magyar orvosnak megküldik s így orvosaink maguk alkothatnak itéletet a folyóirat értékéről, főleg pedig arról, hogy mennyiben felel meg igényeiknek. Részünkről csak azt kívánjuk, hogy a szerkesztőségnek mindig legyenek a mostani füzetben foglaltakhoz hasonló s a kitézött feladatot elsőrendűen szolgáló cikkei. Az új folyóirat köntöse a Franklin-társulat ízlését dicséri.

Meghalt. W. G. Mac Donald dr., a sebészet tanára az Albany Medical College-en. — Stiasny Miksa dr. gyulai orvos, a törvényszéki fogház orvosa, 75 éves korában. — Magyarasz János dr. nyugalmazott körorvos, február 7.-én Baján.

A budapesti egyetem II. számú női klinikájával kapcsolatos szülészeti poliklinika januárban 109 esetben nyújtott segítséget; a műtétek száma 96 volt.

A budapesti poliklinika rendelésein januárban 5066 új beteg jelentkezett; a rendelések száma 13.653 volt.

Egyetemi alkalmazások. A budapesti egyetem orvosi karán megválasztottak: az I. sz. kórboncolástani intézetbe: Entz Béla dr. I. tanársegédnek (meghosszabbítás); az általános kórtani intézetbe: Rudó Kamilla gyakornoknak; a bakteriologiai intézetbe: Bürger Géza díjas gyakornoknak; a közegészségtani intézetbe: Dienes Lajos dr. tanársegédnek; a II. sz. kórboncolástani intézetbe: Krompecher Ödön dr. adjunktusnak (meghosszabbítás); a II. sz. sebkezelő osztályhoz: Borszékly Károly dr. adjunktusnak (meghosszabbítás); az I. sz. nőklínika-hoz: Lazics Pál dr. gyakornoknak; a III. sz. belkezelő osztályhoz: Bálint Rezső dr. adjunktusnak, Királyfi Géza dr. tanársegédnek, Benczúr Gyula dr. díjas gyakornoknak (meghosszabbítás); a szájkezelő osztályhoz: Rottenbiller Ödön dr. díjas gyakornoknak.

Csausz-féle 200 koronás segélydíjat a következők kaptak: Sig-mund Ervin, Schukker Miklós, Henszelmann Aladár, Bihari Arnold, Kelemen Károly, Gimes Miklós, Alter Márk, Linhardt Melanie; Cap-debo-féle 120 koronás segélyt: Topler István, Virág Mária, Mandl Henrik; Dr. Rothmann Armin-féle 50 koronás segélyt: Lenkei Dezső, Soltész István.

A székesfővárosi szent Erzsébet apáca-rend női kórházában, a mely már 126 éve áll fenn, 1910-ben 560 beteget ápoltak; egy betegre 297 ápolási nap esett. A járóbeteg-rendelésen 400 beteg fordult meg. Műtétet 100 esetben végeztek. A kórház főorvosa Vladár Márton László dr., osztályos rendelőorvosa Diescher Ferencz dr.

Rajnik Pál dr., a portoréi gyermek-sanatorium főorvosa, működését Portorében (Fiume mellett) e hó 18.-án megkezdette.

A Reiniger, Gebbert és Schall részvénytársaság (Rákóczi-út 19.), mely különleges villamos orvosi és röntgen-készülékek gyártásával foglalkozik, új katalógust adott ki és egyúttal egy hat napig tartó orvosi Röntgen- és egy 2–3 napig tartó electro-therapiai kurzusra küldött szét meghívót; e kurzusokat a társaság április végén vagy május elején fogja rendezni. — A cég a Zander- és Herz-rendszerű medico-mechanikai készülékek eladásával is foglalkozik.

Az orvostanhallgatók száma a német egyetemeken az elmúlt félévben 11.156 volt, köztük 496 nő. Az egyes orvosi fakultások frequentájája a következő volt: München 2119, Berlin 1864, Leipzig 758, Freiburg 732, Würzburg 530, Heidelberg 509, Bonn 452, Breslau 438, Kie 412, Königsberg 388, Tübingen 333, Marburg 328, Strassburg 318, Halle 308, Jena 305, Erlangen 291, Göttingen 248, Rostock 240, Greifswald 212, Giessen 209, Münster 162.

Hírek külföldről. Február 1. én volt az új charkowi női orvosi főiskola ünnepélyes megnyitása. A főiskolának máris 977 hallgatója van. — F. Klein kieli magántanárt (életlen) rendkívüli tanárrá nevezték ki. — A marburgi egyetem kórboncolástani tanszékére M. B. Schmidt tanárt hívták meg Zürichből. — D. L. Edsall dr., a belorvos tanára Philadelphiában, elfogadta a meghívást a st.-louisi egyetemre.

A kínai pestis-járványról. A Kínából érkező hírek nagyon komoly színben tüntetik fel az ott elharapódzott pestis-járványt. Az epidemia Mongolországban kezdődött, onnan átterjedt Mandzsuriára, innen elczépeltek Kína több tartományába, Csefuba, Tiencsinbe, sőt magába Pekingbe is minden jel arra mutat, hogy előbb-utóbb el fogja lépni a nagy mennyei birodalmat a maga 400 millió lakosával egészen. A legújabb hírek szerint a járvány átlépte már az orosz határt is s nyugat felé veszi az útját. A pestisnek a legrosszabb alakja, a tüdő-pestis fo-

rog fenn, melynek igen nagy a halandósága s mely legtöbbször megöli magas láz és tüdővérzés tünetei közt a beteget; e mellett ez a pestisnek legragadósabb alakja. Mukdenben naponként 150 áldozatot szed a járvány s Charbinban, egy másik mandzsuri városban eddig máris sok ezer ember pusztult el benne, köztük számos európai születésű ember, sőt több orvos is. A lakosság ijedten menekül Kína belsejébe s ezzel terjesztőjévé lesz a járványnak. Ilyenek lehettek a nagy középkori európai pestis-járványok, a melyek emlékét az orvostörténelem jegyezte fel. A kínai kormányzat sürgős jegyzéket intézett a nagyhatalmakhoz, melyben nemzetközi bizottságnak a kiküldését kéri a védekezés módjainak a megállapítására s a védekezés szervezésére, felajánlva az összes költségek fedezését. Nagy eredményt e bizottság működésétől alig várhatunk, mert a javasolt rendszabályok megvalósítása lehetetlennek fog bizonyulni a fanatikus, alacsony műveltségű és félszeg kínai lakosság körében.

Lapunk mai számához *Mr. C. Raupenstrauch* kiérd. bécsi gyógyszerész „Perdynamin-készítményekről“ szóló prospectusa van mellékelve.

Lysochlor, a chlor-meta-kresol 50%-os oldata. Dr. Laubenheimer vizsgálatai szerint, a mely vizsgálatok újabban Magyarországon is meg lettek erősítve, a lysochlornak ugyanazon töménységű oldata másfélszeresen mülja felül a sublimat oldatát bacteriumölő hatására nézve, a nélkül, hogy mérgező hatást fejtene ki. Eredeti 50, 100, 250, 500 és 1000 grammos üvegekben kerül forgalomba és alkalmazása 0-5%-os oldatban történik.

Új eljárás patkányok és egerek tömeges irtására. A „Ratin“ bakteriologiai labororium részvénytársaságnak sikerült csupán csak patkányokat és egereket ölni betegség specifikus előidézőjét tenyésztetni. Ezen praeparatum, melyet Magyarországon a „Ratin“ vezérképviselőség, Budapest, Rottenbiller utca 30., „Ratin“ elnevezés alatt hoz forgalomba, mint csalétek lesz elhelyezve, a patkányokat és egereket ellenállhatatlanul vonzza és még a legbőségesebb csapás esetén is rövid idő alatt kiirtja, mert egyik rágcső a másikat megfertőzi. A m. kir. áll. bakteriologiai labororium véleménye is az, hogy a „Ratin“ más állatra nem ártalmas.

DR. MAHLER SANATORIUMA, ABBAZIA

belbetegek — spec. szívbetegek és üdülők részére.

Orvosi labororium Vezető: Dr. VAS BERNÁT, Poliklinika. Szövetség-utca 14–16. Telefon 90–46.

Ujtátrafüred Sanatorium

légzőszervi betegek részére. Legmodernebb kényelem — központi fűtés — villanyvilágítás. Gondos ápolás, állandó orvosi felügyelet. Mérsékelt árak. Prospectus. Vezető főorvos: Szontagh Miklós dr. Egész éven át nyitva.

Orvosi labororium: Dr. MÁTRAJ GÁBOR v. egy. tanársegéd. Telefon 26–96. VI., Teréz-körút 27.

:: San-Remo ::

téli klimás gyógyhely az olasz Riverián. A „Grand Hotel de Nice“-ben fekvő csarnokok és magyar ápolónő, a Continental et Palace szállóban minden emeleten meleg tengeri fürdő. Felvilágosítást készséggel nyújt Czirfusz Dezső dr. kir. tanácsos.

Tamássy Park-sanatoriuma

Dunaharasztiában (Budapestről villamosközlekedés). Külön osztály vérbaajosok, húgyszervi megbetegedésben szenvedőknek.

Dr. GARA GÉZA, Meran. SANATORIUM. PROSPECTUS.

Epileptikus betegek intézete BALF gyógyfürdőben. Felvilágosítással szolgál Wosinski István dr., igazgató-tulajdonos. Vagyontalan betegek a nagyméltóságú m. kir. belügyminiszterium előzetes engedélye alapján az országos betegápolási alap terhére vétetnek fel.

Dr. Szili Sándor v. egyetemi tanársegéd, Andrassy-út 55. Tel. 157–71. Vegyi, górcső, bakteriologiai (Wassermann-féle lues-reaction) orvosi labororiuma.

Gyermeksanatorium PORTORÉ (Fiume mellett) 100 ágyra berendezett modern intézet. Egész éven át nyitva. Igen mérsékelt árak. Igazgató-főorvos: Rajnik Pál dr. — Prospectus.



Orvosi műszerek, kötszerek, villanygépek, legkötők, összes betegápolási tárgyak és gummiárúk elsőrendű minőségben jutányosan kaphatók:

POLGÁR SANDOR, Budapest, VII. ker., Erzsébet-körút 50. — Legújabb nagy képes főárjegyzék bérmentve. — Javításokat elfogad. (Alapítva 1892.) Telefon 583.

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. Budapesti kir. Orvosegyesület (I. rendes ülés 1911 január 14.-én.) 128. l. — Közkórházi Orvostársulat. (XIV. bemutató szakülés 1910 decz. 14.-én.) 130. l.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(I. rendes ülés 1911 január 14.-én.)

Elnök: **Preiszig Hugó.** Jegyző: **Fáykiss Ferencz.**

(Folytatás.)

Invertált fog okozta Highmor-empyema operált esete.

Láng Kornél: Az orrba nőtt fog elég gyakori lelet, s az irodalomban számtalan ilyen eset leírását találjuk. Ezek közül kétségen kívül legérdekesebb annak az unicumszamba menő praeparatumnak ismertetése, melyet egy Rapp nevű kereskedőnél látott svájci utazása alkalmával s 1797 szeptember 6.-án Stuttgartban keltezett útleírásában részletesen ír le *Goethe*.

Azt az anomáliát, hogy a szájüreg szomszédságában (az orrüregbe vagy *Highmor*-üregbe) fog nő, *Salter* a fogcsíra inversiójának nevezte el, a mi *Zuckerlandl* szerint úgy jön létre, hogy a fogcsíra 180°-nyi rotációt szenved és az oszlócsíra, a helyett, hogy a foghús felé volna fordulva fejjel, az orrüreg felé fordul. Így a fog fordítva helyeződik el, a minek következménye az, hogy az orrfejenek fekvő fogkorona az orrüreg felé tör át. Az invertált fog tehát hiányzik a fogsorból és a helyett az orrban fejlődik ki.

Nóhet azonban fog a számra nézve teljes fogsor mellett is a szájüreg szomszédságában, a mely esetben valószínű, hogy az normalis állandó fog, a mely mialatt a tejfogak persistáltak, a neki kijelölt hely közelében vagy attól távolabb tört át.

Számfeletti fog is lehet, a melynek fogcsírája ab ovo hamis helyre került vagy az orrüreg felé fordult, mielőtt a szájpadrés bezáródott vagy pedig a szájüregben nem találván helyet, az orrüreg felé tört át. Az orrüreg felé invertált fogak anatómiai okokból incisivusok vagy caninusok szoktak lenni. Csak *Zuckerlandl* és *J. F. Meckel* ír le orrba nőtt tricuspid.

A legnagyobb ritkaság azonban a *Highmor*-üregbe nőtt fog. *Seifert* nyolcz esetet gyűjtött össze az irodalomból, melyeket intra vitam állapítottak meg. (Sectio-leletként valószínűleg több is van.)

A *Highmor*-üregbe nőtt fogak idegen testként szerepelve, az üreg empyemájának lesznek okozóivá, a mely csak akkor gyógyulhat, ha az idegen testként ható fog műtétilag eltávolíttatik vagy spontán kiürül onnan, mint az *Marschall* esetében történt, a hol a *Highmor*-üregbe invertált bölcsesség-fog 26 év alatt jutott az orrüregbe, a honnan *Marschall* távolította el.

Egy ilyen invertált fogat találtam a *Highmor*-üregben M. S. 26 éves betegben, a kit másfél év óta fennálló baloldali *Highmor*-empyemája miatt operáltam meg 1910 november hó 17.-én *Kuzmik* tanár megbízásából. A fossa canina felől tárva fel az aránylag kicsiny és magasan fekvő üreget, annak elülső falát vastagnak találtam. Az üreg bűzös genyrenel volt telve, nyálkahártyája megvastagodott s az üreg fenekén sarjak közé ágyazva szabadon feküdt az itt bemutatott molaris fog.

A beteg jobboldali felső fogsorából a két incisivus és a caninus, azonkívül a II. molaris van meg, ez utóbbi cariosus. A többi extrahálták. A baloldali incisivusok, caninus, praemolarisok és I. molaris normalisak. A II. molarisát bajának kezdetén (1½ év előtt) extrahálták, ezt vélvén az empyema okozójának. Baloldali sapiense nincs, az annak megfelelő alveolus-rész üresnek tapintható.

Valamennyi jobboldali melléküreg carcinomája miatt végzett gyökeres műtét.

Láng Kornél: A 34 éves asszonyon a jobboldali összes melléküregeket és a jobb orbita belső részét teljesen kitöltő

epithelialis carcinoma miatt végzett gyökeres műtétet, mely az összes melléküregeknek feltárásában és excochleatiojában állott. Négy hónap után a beteg jelenleg recidivamentes, 14 kilogrammot hizott.

Appendicitis actinomycotica operált esete.

Borszéký Károly: Sz. Jánosné, 47 éves földműves-asszony 1910 szeptember 27.-én azon panaszával vététt fel *Réczey* prof. klinikájára, hogy 3 hét előtt hirtelen hasi és keresztváji fájdalmak lepték meg, a melyek belső kezelésre megszűntek ugyan, de ezen idő óta a has bőre alatt dagadatot érez, a mely mozgás, ülés alkalmával fájdalmat okoz.

Felvételkor a köldök és symphysis között a középvonalban a has bőre férfitenyérnyi terjedelemben pirosan elszíneződött, a közepén hullámzást mutat, a szélek felé beszűrődött, az ujjbenyomatot megtartja. Ezen területnek megfelelőleg mélyebb tapintással érezni lehet, hogy egy kemény, nem fájdalmas köteg folytatódik a jobboldali csípőtányér felé. A tályog megnyitásakor kevés törmelékkel, szövetczafatokkal kevert geny ürült, a melyben az actinomyces-gomba jellegzetes, sugarasan elhelyezett, bunkó-alakú megvastagodásokkal bíró telepei találtak. A tályog diónyi ürege október 10. re teljesen kitelvén sarjakkal, a tapintható tumor eltávolítása céljából a középvonalban megnyitjuk a hasüreget. A fali hashártya mindenütt kérgesen megvastagodott és a cseplesz szívósan oda van tapadva a tályog alapját tevő hashártyához. Ennek keresztülmetszése után kiderül, hogy a cseplesz egy vastag, összetapadt köteg alakjában a vakbél tájéka felé folytatódik és itt rögzítve van. Jobb hozzáférhetés céljából haránt metszést ejtünk a köldök magasságában és a vakbelet előhúzzuk. A vakbél teljesen ép, falai mindenütt puhák, megvastagodást tapintani nem lehet. A cseplesz-köteg a vakbél alsó és hátulsó felszíne felé folytatódik és ott tapad, a féregnyulványt teljesen körülfogva.

Az appendixet a cseplesz-köteggel együtt reszekáljuk, a hashártyát egyesítjük. A borsebet csak részben egyesítjük, a tályog helyét szélesen tamponáljuk. Teljesen zavartalan lefolyás. A beteg december 12.-én gyógyultan hagyta el a klinikát.

A kiirtott cseplesz-részlet férfitenyérnyi, keményebb, kérges tapintatú, mogorónyi göbös megvastadásokkal, mákszemnyi vörösbarnás foltokkal. Az appendix mutatóujjnyi vastag, 3 cm. hosszú, merev falú, serosája megvastagodott, üregét átlátszó kocsonyás anyag tölti ki. A mikroszkopi vizsgálat azt mutatja, hogy az appendix mucosája és részben a submucosája is hiányzik és helyét egy idült lobos szövet minden sajátságait mutató szövet foglalja el, melynek belső rétege inkább gömbsejtekből, külső rétege fibroblastokból áll.

**Homokóragyomrot előidézett gyomorfekélynek kimet-
zéssel gyógyított esete.**

Borszéký Károly: A gyomorfekély okozta szövödmények oly változatosak és a fekély begyógyulása után keletkezett elváltozások a gyomorban oly sokfélék, hogy azokat körjelezni csakis a hasüreg megnyitása után lehetséges pontosan. Leginkább áll ez a callosus fekélyekre nézve, melyeknél a szövödmények különösen gyakoriak.

A. Zsuzsanna 20 éves szakácsnénak tíz hónap óta minden étkezés után igen erős gyomorgörcei vannak. A görcsök alatt gyakran hány; az utóbbi időkben a hányadék véres. Erősen lefogyott. Minthogy a fájdalom és a folytonos hányás semmi belső kezelésre sem javult, orvosa műtét céljából a klinikára küldötte.

1910 október 31.-én *Réczey* tanár klinikájára történt felvételekor az epigastralis tájékon 5 koronányi területen

élesen körülírt érzékenységet és ettől valamivel bal felé a bordaív alatt kis almányi, minden irányban rögzített térfogat-nagyobbodást lehetett megállapítani. A gyomor vizsgálata kisebbfokú hyperaciditást és motorius insufficienciát állapított meg. A bélsárban vért kimutatni nem lehetett. Műtét veronal-chloroform-narcosisban november 9.-én. Metszés a középvonalban a proc. xiphoideustól a köldökig; ezen metszésnek egész hosszában felül a máj, alul a gyomor és a cseplesz lap szerint úgy oda van növe a fali hashártyához, hogy a hasüreg megnyitása csakis a metszésnek a köldökön alul való meghosszabbítása után lehetséges. Részint élesen, részint tompán lefejtjük az odanövéseket a fali hashártyáról a középvonalban és jobb felé. A gyomor az epehólyaghoz és a máj bal lebenyéhez oda van tapadva, úgy hogy csak azok felszabadítása után lehet a gyomrot megvizsgálni. A gyomor egy nagyobb pylorusos és egy kisebb cardialis részre van osztva egy behúzódnál által, a melynek megfelelőleg mintegy öt koronányi területen a gyomor elülső felülete szívósan oda van tapadva a fali hashártyához. Ezt körülmetszve a gyomrot szabaddá tesszük, de eközben a lumene megnyílik; ezen területhez a gyomornak úgy a kis, mint a nagy görbülete oda van húzva; a pylorusos gyomorrész serosája mindenütt kérges, fala erősen megvastagodott és helyenként csillagos behúzódnásokkal telt. Hátulsó felülete a pancreashoz mozdulatlanul rögzített; a cardialis rész relative ép. A heges területet, melynek alapját egy fillérnyi keményszélű fekély alkotja, ovalis alakban kiirtjuk és az így készített anyaghiányt anastomosisra használjuk fel, a felső jejunumkacsot a colon alá helyezve. A hashártyán keletkezett defectust varratokkal egyesítjük. A hasüreget teljesen zárjuk. Zavaratlan lefolyás, per primam gyógyult hasfal-sebvel. A műtét óta a beteg nem hányt, jól táplálkozik, fájdalmi megszűntek; 4 héttel a műtét után az összaciditás $\frac{1}{10}$ -e a műtét előttinek, a gyomor kiürülése kifogástalan.

December 9.-én 7 kilogrammot hízza hagyja el a klinikumot.

A kiirtott öt koronányi gyomor-fal-részlet nyálkahártyája közepvastag, halvány, a metszéslapon az izomrétegtől jól megkülönböztethető. Közepén egy 20 fillérnyi, élesszélű hiány van, a mely körül a nyálkahártya nincs megvastagodva. A nyíláson át a kis ujj hegyét befogadó kérges, szívós, fehér szövet által határolt üregbe jutunk, a melynek alapja sima felületű. A fekély körüli nyálkahártya éles széllel végződve, a kérges szövettel szorosan összefügg.

Fibroma durum multiplex petrificans esete.

Gergő Imre: A bemutatott beteg, 36 éves földműves, folyó hó 7.-én került *Dollinger* tanár klinikáján felvételre.

A beteg előadása szerint 6 éves korában bal lábszárán egy csomócska keletkezett, a mely lassanként növekedett. Egy idő múlva még több ily csomócska keletkezett a bal lábszárán, azonkívül lábujjainak végén is. 18 éves korában (1892-ben), midőn almanagyságúvá lett, egy helybeli kórházban (Szt. István-kórház) megoperálták; ugyanakkor bal lábátán és bal lábának kisujján egy-egy körülbelül diónyi daganatot irtottak ki; a lába ujján levő daganat kiirtásakor a kis ujjat is el kellett távolítani. Ezen műtét után azonban a jobb boka felett kiirtott csomó helyén újabb csomó nőtt, ez körülbelül 4 hét előtt kifekélyesedett.

Az anamnesis előzetes traumáról, lobosodásról a csomócskák helyén nem derített ki semmit.

Jelen állapot: A beteg általános vizsgálata ép mellkasi és ép zsigeri szerveket mutat. Az áll és a jobb állkapocs alatt, úgyszintén a nyak jobb oldalán hegesedés látszik, a mely 26 év előtt, a betegnek 10 éves korában lezajlott nyirokcsomógenyedésnek residuuma.

Azon elváltozások székhelye, melyek miatt az előadó a beteget bemutatja, főleg a bal czomb, a bal lábszár és láb, valamint a jobb térdalj, boka és láb.

Ezen helyeken mindenekelőtt több mogyorónyi egész diónyi, kerek, tömött, fájdalomtalan tumor látszik, mely tumo-

rok a köztakaró alatt fekszenek és a melyek közül az egyik kocsányos is; ezen tumorok a klinikai kép alapján kifejezetten fibromák.

De találunk itt multiplex, sűrűn egymás mellett ülő oly daganatokatis, melyeknek külseje csomós vagy dudoros, tapintata porczkemény és a melyek részben az ép vagy kissé elvékonyodott bőr alatt, részben az izomzatban (a bal quadricepsben) fekszenek, részben a periosteummal függnek össze; e tumorok a betegnek szintén nem okoznak fájdalmat. Ezen tumorok expansive nőttek és klinice chondroma, illetve fibrochondroma képét adják.

Végül a jobb lábon, a külső boka felett, körülbelül almányi, alapján mozgatható, fájdalomtalan daganatot látunk, melynek növekedési tendenciája az előbbi tumorokhoz hasonlóan szintén expansiv jellegű, de ezen tumornak majdnem egész felszíne kifekélyesedett. Első pillanatra ezen daganat rosszindulatúnak látszik, mintegy chondro-sarkoma benyomását kelti. Ezen tumor az, a mely a 9 éve történt extirpálás helyén recidivált.

Látunk tehát multiplex tumorképzést, a tumorok lassan, évek, évtizedek alatt nőttek és közülük az egyik a kiirtás után évek múlva recidivált. E klinikai kép alapján részben fibromára, részben chondromára, sőt a jobb boka feletti rendes kifekélyesedett tumornál sarkomára is gondolhatunk, de a szövettani vizsgálat eredménye mást mutat. A szövettani vizsgálat — és esetünkben ez az érdekes — a klinikai vizsgálat eredményét nem fedi.

A porczkemény, ki nem fekélyesedett tumorok képe: Az egész tumor kérges, durva rostú, igen sejszegény kötőszövetből áll. Gyéren elszórt, vastag falú erek körül laza perivascularis kötőszövet látszik, plasmasejtekkel és számos hízósejttel. A kérges szövetben néhány körülírt meszes folt is található. Porczszövet vagy osteoid szövet a metszetekben nincsen. A kifekélyesedett tumor széli részletéből készített metszet képe pedig a következő: A tumor alapszövege az előbbihez hasonló kérges kötőszövet; ebben sem látszik porcz- vagy osteoid szövet, de még meszesedés sem. A gyéren elszórt vastagfalú ereket itt is laza adventitialis kötőszövet választja el a daganatszövettől, ezen laza szövetben számos plasmasejtet és sok hízósejtet látunk. A durva kötőszöveti rostok között is sok hízósejt fekszik. A metszet egyrészt hám fedi; a subepithelialis kötőszövet éles határ nélkül megy át a valamivel durvább rostú daganatszövetbe. A fekélyesedésnek megfelelőleg a hámboríték megszűnik és a fekély alapját tevő kötőszövet gömbsejtesen beszűrődött. Szóval a kifekélyesedett daganat histologice rosszindulatúnak nem mondható. Az x-sugaras képek szerint a tumorokban csontszövet nincsen; látunk azonban a nagyobb göbökben regressiv elváltozást, kiterjedt meszesedést és látjuk azonkívül, hogy a tumorok a csontok egy részében (bal femur, bal tibia) nyomási atrophiat is okoztak.

A kezelést illetőleg a bemutató a tumorok eltávolítását ajánlja ott, a hol ezen tumorok részben helyzetük, részben nagyságuk miatt vagy kifekélyesedés folytán a betegnek terhére vannak.

(Folytatása következik.)

Közkórházi Orvostársulat.

(XIV. bemutató szakülés 1910 december 14.-én.)

Elnök: **Horváth Ákos.** Jegyző: **Körmöczy Emi.**

Scrotum-plastica.

Blum Simon: Hogy a bubo vigyázatlan megnyitása a betegre nézve milyen súlyos következményekkel járhat, arra például szolgál a következő eset:

G. B. 22 éves borbélysegéd, ki mint beteg október 24.-én került osztályunkra, bejövetele előtt körülbelül 2 héttel ulcus mollet szerzett, melynek következményeként pár nap múlva a bal lágyékhajlatban a mirigyek duzzanata fejlődött,

melyet orvosa bemetszett. Pár napra rá kezelőorvosa a bubo tökéletesebb megnyitása céljából a bemetszést mélyítette, mire másnap a betegnek bal herezacskó-fele megduzzadt; az orvos a beteget megnyugtatóan, hogy epididymitise fejlődött, jeges borogatást és nyugalmat ajánlott. Azonban a duzzanat 3 nap alatt gyermekfejnyivé fejlődött; a beteget hideg rázta ki és mivel a herezacskón pár fistula képződött, melyeken át állandóan fekete vér szivárgott s mivel 2 napig önkívületi állapotban, magas lázakkal volt kénytelen az ágyat őrizni, osztályunkra került, a következő jelen állapottal. Az igen anaemiás, elesett, könnyen elnyomható, 104 pulsussal bíró beteg hőmérséke $38^{\circ}9'$, öntudata eléggé tiszta. Vizelni jól tud, vizelete tiszta. A bal lágyékhajlatban bubo utáni 6 cm.-es metszés; a herezacskó körülbelül gyermekfejnyi, egyes helyeken sárgás-zöldes, a raphe tájékán gyermektenyéryni nagyságban sötét-kékes bőrrel fedett; a raphe szélén 3 sipoly látható, melyekből feketés vér szivárog egyes kilógó vér-alvadékok mellett. Nyomásra a herezacskó duzzanata félig folyékony, félig alvadt vérral kitöltöttnek mutatkozik. A herezacskó duzzanata a gátra folytatódik nagy férfiökölnyi, némi hullámzást mutató duzzanat alakjában egészen az anusig terjedőleg, sárgás-zöldes, egyes helyeken livid bőrtől fedve. A beteg nagyfokú anaemiájára s a fenyegető sepsises tünetekre való tekintettel műtetre határozottam el magam.

A raphe irányában, a penis tövétől kiindulólág az anusig terjedő, körülbelül 10 cm. hosszú metszéssel a scrotumot megnyitottam s a benne talált nagy mennyiségű, részint kilúgozott, részint szétesésbe átmenő, részben folyékony friss vérből álló anyagot kitakarítottam. A baloldali plexus pampini-formis egyik, a bubotomia folytán megsértett venájából még folyton szivárgó vérzést, mely a tunica vaginalis communis mentén sülyedve, a haematoma okozója volt, megszünttettem. Alapos jodoformgaze-tamponade után néhány felületes bőrvarrattal a tampont fixáltam. A beteg infusiót és digalent kapott. Másnapról kezdve láztalan, vérzése megszűnt.

Mindennapi kötésváltoztatásra a 7. napon a demarkálódás élénk, a scrotum bőre több helyütt elhaltan leöködött, úgy hogy a demarkálódás befejeztével olyan defectussal állottunk szemben, mely a penis tövétől, mindkét herét szabadon hagyva, a gátra ráterjedőleg, majdnem az anusig terjed.

A műtét utáni 16. napon a granulatio élénk lévén s mivel a hámosodás is egyes helyeken a széleken megindult, semmi kilátás sem lévén rá, hogy ezen defectus önmagától begyógyul, scrotum-plasticához voltunk kénytelenek folyamodni.

Jelenleg a beteg a heréket minden nyomás és fájdalom nélkül magában rejtő scrotummal rendelkezik.

A fehérjetej therapiás hatása.

Hainiss Géza: Első és mindenestre legfontosabb eredménye észleléseinknek az, hogy a kóros székletek rövid időn belül megjavulnak, úgy hogy átlag a 4., egy esetben az 5. és egy esetben a 8. napon jelentek meg a tömött zsírszappanszékek, melyeket *Finkelstein* a javulás első kedvező jelének tekint, a mit eddig észlelt eseteink határozottan igazolnak is. A székletek száma 8—10-ről átlag 3 nap múlva 4-re, illetve 2-re száll le. A közérzetben az első napokban javulás vagy rosszabbodás egy esetünkben sem mutatkozott, de a mint a székletek minősége javulni kezdett, különösen pedig mikor a zsírszappanszékek megjelentek, kedvező változás jeleit észlelhettük.

Még a legsúlyosabb esetekben is feltűnt a csecsemő szünetelt agitálásának javulása és az arcz élénkítő kifejezése.

Bronchitis vagy a bélfalzat erősebb fokú megbetegedése azonban ezt a javulást bizonyos mértékben ép úgy befolyásolta, mint a hőmenetet és a súlynövekedést; a hol azonban e bajok nem voltak, a gyomor-béltünetek javulásával a közérzet is javulásnak indult, a hőmérsék is teljesen normalissá lett.

A pulsus számában kifejezettebb változást nem észleltünk, a 90—100 lökés itt-ott legfeljebb 110-re emelkedett.

A testsúly a fehérjetej adagolásának első napjaiban tovább csökkent s a veszteség a súlymegállásig 70—200—250—280—460 gr. volt. A súlymegállás 3 esetünkben 5 nap, 2 esetünkben 4 nap, 2 esetünkben 3 nap és egy esetünkben 2 nap alatt következett be. E megállás után a súlynövekedés megindult ugyan, de csakhamar ingadozás állott be, úgy hogy egy-két napi emelkedésre némelyik esetben egy, másikban két napi fogyás következett; állandó, fogyás által nem zavart súlyemelkedést az 5%-ra emelkedett *Soxhlet*-tápcukor és 1 liter fehérjetej daczára sem tudtunk elérni. A gyermekek a súlymegállás pontját alig hagyták el, sőt ellenkezőleg, volt olyan közöttük, a ki bár mérsékelt fokban, napról-napra fogyott.

Ezen esetekben, miután a széklet teljesen jó maradt s a többi tünet is állandó javulást mutatott, a rendes táplálásra térünk át.

Ugy vélem, hogy a súlynövekedés, daczára a szénhydrat-pótlék folytonos emelésének, egyáltalán nem fog megfelelni a *Finkelstein* által jelzett haladásnak. Lehetséges, hogy itt a kornak is szerepe van, a mennyiben eddigi eseteim kettő kivételével a 6 hónapon túl lévő korból valók voltak s talán ezekben gyorsabban kell a rendes táplálkozást a bélbeli zavarok megszűnése után megkezdeni. Erre vonatkozólag most végezzük kísérleteinket.

Szénhydrat-pótléket rendszerint akkor adtunk, a midőn a fehérjetej-mennyiséggel, testsúly-kilóra számítva, 200 gr.-ra emelkedtünk; csupán egy esetben tértünk el ettől, a midőn a jó széklet és jelentékeny javult közérzet mellett a súlyvesztés mindinkább nagyobbodott; itt már 500 gr. fehérjetejnél adtunk 1% *Soxhlet*-cukrot, melyet fokozatosan 3%-ra emeltünk, a mire súlymegállást kaptunk.

Az bizonyos, hogy a fehérjetej a táplálkozás-zavarok előrehaladottabb eseteire kedvező befolyást gyakorol, a mennyiben az erjedést megszüntetvén, a székleteket egyneművé, formálttá teszi és számukat is jelentékeny csökkenti; az általános állapot, a közérzet legtöbbször javul.

Végkövetkeztetést ezen 8 esetből levonni nem jogos és korai is volna, de igazolásomul, hogy már ennyivel is előállottam, azt hozom fel, hogy külön csecsemőosztályom nincs s így csak hónapok múlva juthatnék abba a helyzetbe, hogy 50—60 eset észlelésével álljak elő.

Preisich Kornél: A csecsemőkor emésztési zavarainak gyógyítása oly nehéz kérdés, hogy helyes megfejtése még nem sikerült, ezért örömmel kell fogadnunk minden újítást, különösen ha oly alapos tanulmányok előzték meg, mint *Finkelstein* esetében. Szakferfiak oly lelkesedéssel fogadják *Finkelstein* tanítását, hogy merészségnek látszhatik, ha egy kis kritikát merek velük szemben kockáztatni. Bár nincsenek arra való kórházi betegek, hogy rajtuk ily irányú rendszeres észleléseket tehessek, mégis van némi alkalmam arra, hogy itt-ott láthassak észleléseket és hogy emésztési zavarok okozta halálesetekben személyesen tehessek kórboncolástani tapasztalatokat. Végül mint gyermekorvos figyelemmel kísérem az idevágó irodalmat is. Mindezek alapján arra a meggyőződésre kellett eddig jutnom, hogy *Finkelstein* tanai, bár némi haladást jelentenek, mégsem fejtik meg a nehéz kérdést, de erre szerény nézetem szerint nem is lehetnek alkalmasak, mert a kiinduláspontjuk egyoldalú; ez volt a hibája a régi tanításoknak is, a melyek a kórboncolástani képből indultak ki az emésztési zavarok, illetve bántalmak osztályozásakor.

Finkelstein a táplálékok tolerantiájának foka, mértéke szerint végzi az osztályozást és ezzel abba a hibába esik, hogy feltétlenül különböző aetiologiájú megbetegedéseket csoportosít, pedig az aetiologian kívül a klinikai jelenségekben is óriási eltérések, bátran mondhatom, ugrások vannak az egymást követő kórképek között. A klinikai tüneteket tekintve, sokkal közelebb esik egymáshoz a dyspepsia és az intoxicatio, mint *Finkelstein* szerint a közbülső decompositio akár az egyikhez, akár a másikhoz; kórboncolástaniilag sem észlelhető az átmenet. Ezen klinikai és kórboncolástani észlelések pozitív alapját elhagyva, még azon ellenvetést is tehetnők *Finkelstein* tanításaival szemben, hogy a káros közbülső anyagcseretermékek képződésének felvétele ép oly bizonytalan, mint a milyen bizonytalan azon tanítás, hogy a bélbeli baktériumok anyagcseretermékei vagy a bélben rothadó tápszerek termékei azok, melyek megbetegítőleg hatnak.

Ezek után tegyük vizsgálat tárgyává a *Finkelstein* által gyógyszer gyanánt ajánlott fehérjés tejet. Azt látjuk, hogy ezen tejek fehérjetej tartalma olyan, mint a normalis tejé, a zsírtartalma csak valamivel kisebb, ellenben jóval kisebb a cukortartalma, csak egyharmada. Összetételre ez teszi a lényeges különbséget, de a táplálás megkezdése után igen hamar kiegyenlíti ezen különbséget is cukor fokozatos hozzáadással.

sával. Nem tartom tehát jogosultnak azon felvételt, hogy a tejnek összetételében vannak az előnyei, ezt bármikor egyszerű hígításokkal is elérhetők. Fontosságot tulajdonítok annak, hogy a tej vegyhatása savi, még pedig bizonyos fokban. Nem zárkozhatom el azon feltevés elől, hogy ez lényegesen befolyásolja a bélfloórát és ezzel teljesen megváltoztatja a bélben lefolyó erjedési folyamatokat; a milieu változik meg tehát és ezt tartom lényegesnek, e mellett talán nem kevésbé fontos az, hogy óvatosan történik a táplálék fokozatos adagolása. Az előbbi tényező jelentősége mellett és a tápszernak különben nem valamelyes kiválósága mellett szól az, hogy tartósan adagolni nem lehet, károsná válik, hamar át kell térni a csecsemő rendes táplálására. Ugy vagyunk vele, mint annak idején a Keller-féle maláta-levelessel voltunk. Ki kell tanulmányozni, hogy mely esetek azok, a melyekben indokolt az alkalmazása. Ezt mutatják úgy látszik *Hainiss* esetei is. Az aetiológia szerint lesznek esetek, melyekben a fehérjés tej, mások, melyekben a maláta-leves a gyógyszer és maradnak még esetek, melyek más gyógykezelést igényelnek.

Gyermekkori májtályog esete.

Verebély Tibor: A bemutatott 8 éves fiúcskát elesett állapotban, lesoványodva hozták a kórházba azzal, hogy 2—3 hét óta betegeskedik. A jobb bordaív alól a köldök felé s a jobb vállba kisugárzó fájdalmak, étvágytalanság, láz, fokozódó halványság a betegség tünetei. A jobb bordaív alól kidomborodó, a máj tompulatával összefolyó gyermekököllyi daganat találtatott, a mely a megfigyelés napjai alatt összekapaszkodott a hasfallal, a melyen át hullámozása ki volt mutatható. Rövid transrectalis hosszmetéssel a hasüreg feltáratván, kiderül, hogy a térfogat-nagyobbodás a jobb májlebebenyben fészkel, a máj függesztő-szalaga és az epehólyag közt s hogy a hasfallal összenőtt. Ezen összenövésnek mentén megnyitattik, a mikor is tyúktojásnyi üregéből sűrű, nyálkás, szagtalan geny ürül ki. Drainezésre az üreg gyorsan telődött sarjadzás útján.

A mikroszkopi vizsgálat a genyben pusztuló májgerendák jelenlétét, okozóul pedig staphylococust és streptococust mutatott ki. Az előbbi lelet, a májgerendák jelenléte, már eleve kizárja az elgenyedt gócz fenforgását, a mennyiben propagálódó, a máj állományában terjedő genyedésre utal. Traumas eredet ki lévén zárva, a heveny májtályogok azon csoportjában kell az eset helyét keresni, a melyben az eligazodás legkönnyebben a fertőzés útjának tekintetbe vételével történik. Áttekintve a vena hepatica, az epeutak, a nyirokpályák, a máj-verőér és a vena portae felől támadó májtályogokat, valószínűnek tartja, hogy az osteomyelitis infectiosa primariával párhuzamba helyezendő genyedéssel állunk szemben, a mely vagy a verőér felől bacteriaemia transitoricának, vagy a vena portae felől az ép bélből történt csírabevándorlásnak az eredménye.

Oldalsó könyökficzomódás.

Verebély Tibor: A 6 éves fiúcska 7 héttel ezelőtt került az osztályra azzal az anamnesissel, hogy 10 nap előtt fáról lebukva, bal könyökét megsértette; a könyöke mindjárt akkor erősen megduzzadt, azóta merev, fájdalmas. A bal könyök gyengén hajlított, erősen supinált helyzetben rugalmasan rögzített, kiszélesedett, duzzadt; az alkar tengelye a felkarétól befelé esik; tapintásra a külső bütök erős elődomborodása, az orsófejecnek alatta hiánya, az ulnának elhelyezkedése a belső bütökön belül s a triceps ínának az olecranon csúcsáról leszakadása állapítható meg. A helyretételt megkísérli a következő mechanizmus szerint: erős pronatio, belső szöglettörés (adductio), túlfeszítés (hyperextensio) és behajlítás. Ismételt kísérlet is eredménytelen lévén, műtéti feltárás *Kocher*-metszéssel, a melyet külső haránt ívmetszéssel told meg. A műtéti lelet a következő volt: a külső oldalsó szalag ép; a külső felkarbütök le van törve s tengelye körül megfordult, úgy hogy az íz-felcsíne felfelé tekint; az orsócsont a trochlea belső szélén áll; az ulna a belső bütök mellett fekszik, úgy hogy izületi felszíne kifelé fordult; az olecranon csúcsa le van törve s a triceps ína a csonthártyával együtt le van tépve. A műtétkor a külső bütököt kiszabadítva, helyére varrta; az olecranonat a triceps-in alatt elbujtatva, az alkart a fenti mechanizmus szerint helyretette; az olecranon csúcsát és a triceps ínát helyére varrta; az izületet

teljesen zárta és rögzítette. 6 héttel a műtét után a rotatio már teljes, a hajlítás 50%-nyi kitérésben önként megy, narcosisban teljes nyújtás és hajlítás végezhető. Az esetet az általában ritka belső incomplet könyökficzomódás felette ritka rotatiós alakjának tartja, a mely különleges melléksérüléseivel a ficzomódás keletkezésének mechanizmusát jellegzetesen bizonyítja. A műtét alkalmával a teljes conserválást azért tartotta szükségesnek, mert gyermekről lévén szó, valószínű, hogy az epiphysis-vonalak részleges eltávolítása súlyos növés-zavarokat teremtett volna; a mobilisatio talán könnyebben, gyorsabban ment volna, de a későbbi eredmény így felette bizonytalan.

PÁLYÁZATOK.

456/911.

Lemondás folytán megüresedett Kőtelek községi (Jásznagykúnszolonok vármegye jászszági alsó járás) orvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen állással 1600 korona fizetés, 500 korona lakkbér (ez utóbbi azonban most van miniszteri jóváhagyás végett felterjesztve) vagy megfelelő természetbeni lakás van egybekötve, továbbá a törvényhatóság által megállapított látogatási, távolsági kilométerpénz és halottkémlési díjak szedhetők.

A községben gyógyszertár van, nagykiterjedésű határában több nagybirtok, a melyekben a községi orvost uradalmi orvosként szokta az uraság alkalmazni.

Pályázati határidőül folyó évi márczius hó 1. napját tűzöm ki, mely idő alatt kellően felszerelt pályázati kérvények hivatalomhoz betérjeszthetők.

Jászapáti, 1911 február 1.

Cseh János, főszolgabíró.

A nagyszentmiklósi Berta-kórháznál újonnan rendszeresített sebészi osztályos főorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: évi 2000 korona fizetés, természetbeni lakás a kórházban — melyet a kinevezett elfoglalni köteles —, fűtés, világítás és nyugdíjjogosultság.

A magángyakorlat szabad.

Pályázók felhivatnak, hogy eddigi életpályájukat és szakképzettségüket igazoló szabályszerűen felszerelt folyamodványukat, kegyelmes gróf Nákó Sándor úr kórháztulajdonoshoz címezve, e hó végéig hozzám küldjék be.

A kinevezett állását 1 hó mulva elfoglalni köteles.

Kelt Nagyszentmiklós, 1911 február hó 9.-én.

Tenner Vilmos dr., igazgató-főorvos.

455/1911.

Lemondás folytán megüresedett Tiszasülyi község (Jásznagykúnszolonok vármegye jászszági alsó járás) orvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen állással 1600 korona fizetés, 500 korona lakkbér (ez utóbbi azonban most van miniszteri jóváhagyás végett felterjesztve) vagy megfelelő természetbeni lakás van egybekötve, továbbá a törvényhatóság által megállapított látogatási, távolsági kilométerpénz és halottkémlési díjak szedhetők.

A községben gyógyszertár van, nagykiterjedésű határában több nagybirtok, a melyekben a községi orvost uradalmi orvosként szokta az uraság alkalmazni.

Pályázati határidőül folyó évi márczius hó 1. napját tűzöm ki, mely idő alatt kellően felszerelt pályázati kérvények hivatalomhoz betérjeszthetők.

Jászapáti, 1911 február 1.

Cseh János, főszolgabíró.

454 911.

Az újonnan szervezett Jászszentandrási községi (Jásznagykúnszolonok vármegye jászszági alsó járás) orvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen állással 1600 korona fizetés, 500 korona lakkbér (ez utóbbi azonban most van miniszteri jóváhagyás végett felterjesztve) vagy megfelelő természetbeni lakás van egybekötve, továbbá a törvényhatóság által megállapított látogatási, távolsági kilométerpénz és halottkémlési díjak szedhetők.

A községben gyógyszertár nincsen, azonban házi gyógyszertárt kezelhet.

Pályázati határidőül folyó évi márczius hó 1. napját tűzöm ki, mely idő alatt a kellően felszerelt pályázati kérvények hivatalomhoz betérjeszthetők.

Jászapáti, 1911 február 1.

Cseh János, főszolgabíró.

610/1911. kig. sz.

A kunszentmiklósi járáshoz tartozó Orgovány községben üresedésben levő községi orvosi állásra pályázatot hirdetek s felhívom a pályázni óhajtokat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítéseket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket folyó évi márczius hó 11.-ének d. e. 5 órájáig hozzám nyújtsák be. A választást Orgovány községében folyó évi márczius hó 12.-én d. e. 12 órakor fogom megtartani.

Az állás javadalma: 1. Törzsfizetés 1600 korona, négy évenként ismétlődő 200-200 korona korpótlék. 2. Természetbeni lakás, jelenleg bérelt épületben, később a község építeni fog. 3. Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 22. §-a alapján törvényhatóságilag megállapítandó látogatási díjak. Az állás azonnal elfoglalandó.

Kunszentmiklós, 1911. évi február hó 14.-én.
Martinovich László, főszolgabíró.

527/1911. szám.

A vezetésem alatt álló közkórháznál lemondás folytán megürsedett egy alorvosi és két segédorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az alorvos javadalmazása 2000 korona, lakás, fűtés és élelmezés. Előnyben részesülnek a pályázók közül, a kik hosszabb sebészi gyakorlatot tudnak kimutatni. A kinevezés 2 évre szól, de meghosszabbítható. Magánygyakorlat csak annyiban van a városban megengedve, a mennyiben a szolgálattal összeegyeztethető. Orvosi gyakorlatra utasított és nő pályázók figyelembe nem jöhetnek.

A segédorvos javadalmazása 1200 korona, lakás, fűtés, élelmezés. A kinevezés 2 évre szól. Más pályázó hiányában orvosi gyakorlatra utasított orvosok is kinevezhetők. Magánygyakorlat nincs megengedve.

A folyamodványok méltóságos Makfalvai Géza úrhoz, Somogy vármegye főispánjához intézendők és a kórház-igazgatóságnál nyújtandók be február hó 19.-éig.

Kaposvár, 1911. évi február hó 2.-án.
Szigeti Gyula Sándor dr., igazgató.

3505/1910. szám.

Döbrököz községben lemondás folytán megüresedett községi orvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek, s felhívom a pályázni óhajtókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám 1911. évi márczius hó 15.-éig annál is inkább nyújtsák be, mert a határidő után beérkező pályázatot figyelembe venni nem fogom.

A községi orvos javadalmazása az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 10. §-ában megállapított 1600 korona kezdő fizetés.

A lakás és látogatási díj kérdése jogerős határozattal rendezve még nincs.

A község 700 korona lakásbér fizetésére vagy megfelelő természetbeni lakás szolgáltatására lett kötelezve. A véghatározat azonban még nem jogerős.

A választás határnapját később fogom megállapítani és közölni.
D o m b o v á r, 1911. évi február hó 9. én.

Nagy, főszolgabíró.

:: 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 kitért sikkerrel használtatik.
Kiváló óvszer a vörhenynél (scarlatina) fellépő vesebántalmaknál.



E forrás kiváló tulajdonságai:

Hugyhajtó hatása.

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

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

UJ

komoly szájfertőtlenítő-szer került a piacra, tudományosan kipróbált, elismert anyag, mely biztosan és gyorsan szagtalanít.

FODORMENTHA-LYSOFORM
(LYSOFORMIUM MENTHAE)

Igen kellemes mentha-izű, gyengén alkalikus fertőtlenítő-szer, melynek hatásos alkatrészei az oldatban maradnak. 1 üveg tartalma 100 cm³, ára kor. 1-60.

Használati utasítás: 15 csepp egy üres pohárba, aztán víz öntendő reá.

Orvosoknak 1000 cm³ üvegben 7-50 K szállítjuk.

Mintát és irodalmat ingyen küld:

Dr. Keleti és Murányi vegyészeti gyára Újpesten.

(Lysoform-gyár.)

LIQUOR ALSOLI 50%

méregtelen, hatásos antiseptikum és adstringens, mely pótolja az ecetsavas alumíniumot chlorsavas kaliumot, sublimátot. Általános alkalmazásra talál a gynaekologiai, sebészeti és laryngologiai gyakorlatban.

Mérésre szolgáló skálával ellátott üvegek ára 1 korona 20 fillér.

ALSOL-CRÈME.

ALSOL-HINTÓPOR.

Irodalmat és mintát küldenek a gyárosok:

ATHENSTAEDT & REDEKER, Hemelingen bei Bremen.

Kapható a gyógyszertárakban vagy a magyarországi főraktárban:

Dr. ROSENBERG SÁNDOR gyógyszerész, Budapest. „Csillag” gyógyszertár, VIII., Rákóczi-út 39 (József-körút sarok). Készítményeink állandó kiállítása: Berlin, NW. Luisenplatz 2-4, Kaiserin Friedrich-Haus für das ärztliche Fortbildungswesen.

KONSTANTIN FORRÁS
EMMA FORRÁS

minden katarrhust gyógyítanak, kapható az összes ásványvízkereskedéseknél és a **Brunnendirektion Gleichenberg** által. 9905

Jódkúráknál

Arsojodint,

brómkúráknál

Arsobromint

alkalmazhatunk a legnagyobb eredménnyel. 9618

„Bayer“

CONTRATUSSIN

„Bayer“

Ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a **VÖRÖS-KERESZT GYÓGYSZERTÁR** Budapest, VI., Andrassy-út 84.

Minden gyógyszertárban kapható.

Kívánatra próbaküldeményt kísérletezésre díjmentesen.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hógyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Scipiades Elemér szerkesztésében.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLÉSEK.

Bakay Lajos: Van-e Köhler-féle csontbetegség? 133. l.

Bókay Zoltán: Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem gyermekklinikájával kapcsolatos „Stefánia“-gyermekkorházról. (Igazgató: Bókay János dr., egyet. nyilv. rendes tanár.) A szív nagy verőereinek transzpozíciójáról. 135. l.

Widder Bertalan: A végtagsonttörések gyógyításmódjainak végeredményei a budapesti munkásbiztosítási választott bíróságnál tárgyalat pörök anyagából. 141. l.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. A. Neisser-E. Jacobi: Ikonographia dermatologica. — Lapszemle. Belorvostan. Kretschmer: A diphtheriából való kigyógyulás. — Gautz

és Hertz: A köpet fehérjetartalmának vizsgálata. — *Sebészet.* Momm: A májat és az aortát átfúrt lövésről. — *Jurasz:* A szívmassage-ról narcosis okozta tetszhalál eseteiben. — *Szülészet és nőorvostan.* Halban: A szülés utáni vérzések kezelése. — *Gyermekorvostan.* Piesen: A lordosisos albuminuria. — *Börkörtan.* H. Paschkis: A jóindulatú bőrdaganatok kezelése. — *Orr-, torok- és gégebajok.* Hirsch: A hypophysis-tumorok endonasalis műtéte. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.* Baxter: Santonin-mérgezés. — *Mitterer:* Sabromin. 142–145. l.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság. 145. lap.

Vegyes hírek. 145. lap.

Tudományos társulatok. 156–150. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Van-e Köhler-féle csontbetegség?*

Irta: *Bakay Lajos* dr., műtőorvos.

A német Röntgen-társaság 1908. évi congressusán Köhler (Wiesbaden) olyanfajta csontmegbetegedésről számolt be, a mely szerinte nem magyarázható semmiféle eddig körvonalozott csontelváltozásból. Három betegén figyelte meg ezt a bajt, a melynek klinikai tünetei mind a három esetben meglehetősen megegyeztek egymással. A betegek életkora 5–9 év közt váltakozott. Mindegyik beteg fájdalomról panaszkodott a lábboltozat belső oldalán, főleg a sajkacsont táján. A fájdalom nemcsak állás és járás közben jelentkezett, hanem akkor is, a mikor a láb nyugalomban volt. A fájdalmas lábnak nem volt meghatározható kóros formája, az egyik inkább közeledett a lúdtalpúsághoz, a másik a dongalábúsághoz. A betegek külseje különben semmiben sem tért el az egészséges gyermekekétől. A Röntgen-vizsgálat azonban mind a három betegen a sajkacsont egészen sajátos elváltozását mutatta. A míg ugyanis a többi csont egészen ép szerkezetűnek látszott, addig a sajkacsont „sok tekintetben megváltozott, még pedig nagyságát, alakját, architektúráját és mésztartalmát illetőleg“. A míg a sajkacsont körülbelül a rendes negyedrészenek vagy felének felelt meg, alakja egész szabálytalan lett egyenetlen széllal, mésztartalma fokozódott s így a Röntgen-képen erősebb árnyékot adott. Egy esetben a térd is hasonlóan fájdalmasá vált s ott a térdkalács mutatott ugyanilyen elváltozásokat. Bizonyos idő múlva a fenvázolt fájdalmak teljesen megszűntek s az ekkor felvett Röntgen-képek már egész normalisnak megfelelő külsőt mutattak, úgy nagyság, alak, valamint structura és mésztartalom tekintetében.

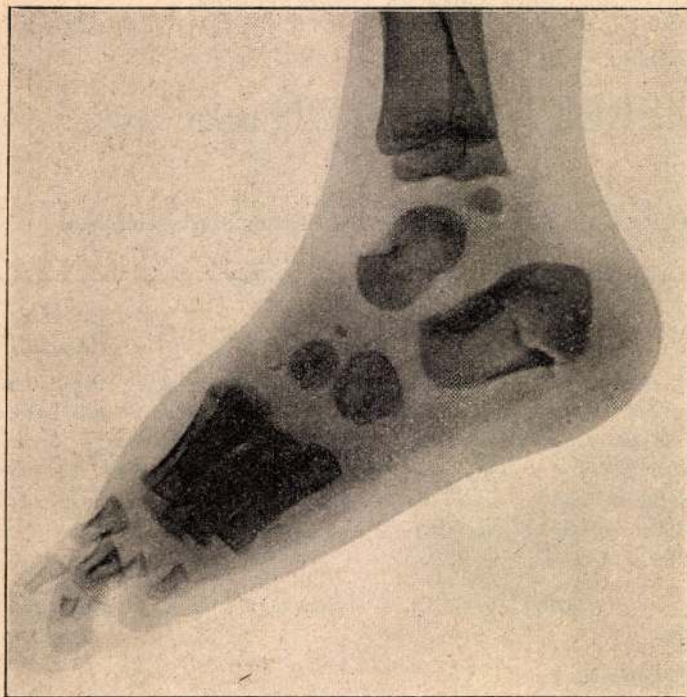
* Az Orvos-Egyesület sebészeti szakosztályában 1910 okt. 20.-án tartott előadás.

A fent röviden vázolt eseteket Köhler részletesen leírta a Münch. med. Wochenschr. 1908. 37. számában is. Ugyanitt reflectált azokra a megjegyzésekre, a melyeket a Röntgen-congressuson a hozzászólók tettek az ő észlelésére. Közülük Stieda (Königsberg) hozzászólását szövegem itt le, a ki azt a véleményét kockáztatta meg, „vajon nem egészen normalis növekedési jelenség forog-e itt fenn?“

Azóta ennek a kérdésnek egész kis irodalma támadt: *Dobisch* (Münch. med. Wochschr. 1908. 44), *Haenisch* (M. m. W. 1908. 46), *Schäffer* (M. m. W. 1910. 29) ismertettek hasonló eseteket s szoltak hozzá a baj aetiológiájához. S míg *Dobisch*, úgy látszik az egész dolgot félreértve s a Köhler szavait félremagyarázva, a gonorrhoeának tulajdonít valamelyes szerepet, addig a két utóbbi szerző a traumás eredet mellett tör pácztát. Köhler ugyanis nyomról-nyomra haladva bebizonyítja, hogy a fenti körkép s a Röntgen-felvétel nem felel meg sem osteomyelitisnek, sem rachitisnek, sem tuberculosissnak. *Haenisch* és *Schäffer* fontosnak tartja a körkép ismeretét s mivel a betegség abszolút jóindulatú, óv a sebészi beavatkozástól.

Mindegyik szerző, a ki két év alatt ezzel a kérdéssel foglalkozott, valamint *Recklinghausen* a Köhlerhez írt levelében czéloz arra, hogy a naviculare a lábtő azon csontja, a mely későn nyeri csontosodó magját. Én az egész kérdés megítélésében ezt tartom a legfontosabb kiinduló pontnak. Az előbbi években, mikor sokat foglalkoztam a járulékos csontok jelentőségével a kéz- és lábtőcsontok törésénél (l. Orvosi Hetilap, 1907. 1.) s jelenleg egy gyermekkorház sebészeti anyagán, nagyon sokszor volt alkalmam a sajkacsont csontosodását megfigyelni. Mióta a Röntgen-sugár olyan nagy mértékben megkönnyítette a csontosodási folyamatoknak a megfigyelését s egy-egy valóban jó felvétel majdnem a mikroszkopiumos kép finomságára emlékeztet, továbbá az észlelések száma annyira megnőtt, azóta úgy a csontosodás időpontjának, előhaladásának, mint rendellenességeinek a megítélésében biztosabbak lettünk. Tudjuk például, hogy a czomb alsó epiphysis-csontmagjának meszlerakodási folyamata nem

olyan szabályszerű időben és módon következnek be, hogy abból olyan messzemenő következtetéseket lehetne vonni az érettség meghatározására. A rendelkezésemre álló Röntgen-tankönyvekben és monographiákban nem találok hangsúlyozva a sajkacsont csontosodásánál azon tág határokat, a melyek közt a csontosodó mag első jelentkezése történhet.



1. ábra.

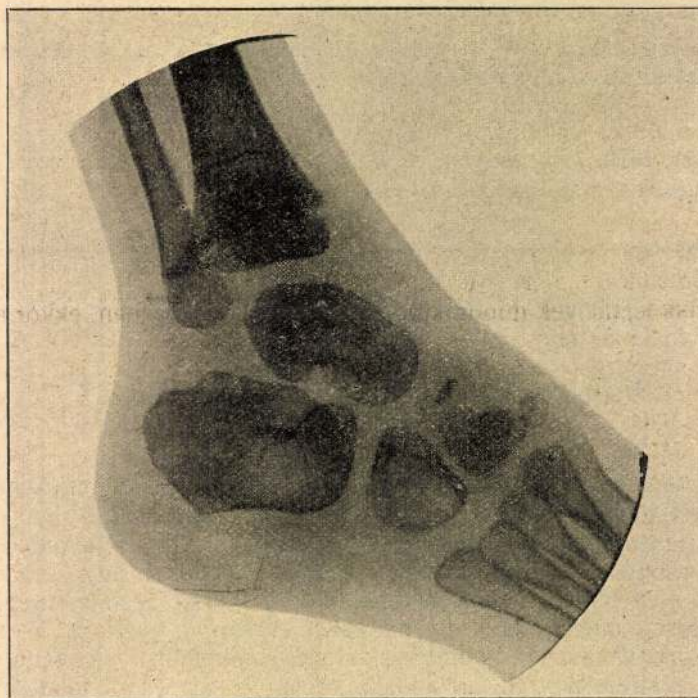
Az anatomusok adatai szerint 3—4 éves gyermekek lábtőjében jelentkezik először a csontosodó mag a középső ékcsont és sajkacsont porczogós helyzetében, de később is keletkezhet, főleg a sajkacsonté (Rauber-Kopsch, Hertwig) egészen az 5. évig. Legkésőbb csontosodik tehát a középső ékcsont és sajkacsont, illetve az utóbbi. Ezt feltétlenül tudnia kell tehát annak, a ki hivatva van gyermekekről készült Röntgen-csontképek elbírálására. A Köhler által vázolt és egész különösnek tetsző csontelváltozás szemügyrevételekor az első, a mi gondolkozásra int, hogy 5—9 éves gyer-



2. ábra.

mekeken fordul elő. Ha az alsó időhatár 9 esztendő volna, akkor nem gondolnánk a rendes ossificatióra, de mivel az 5. esztendő szerepel főleg, és Schäffer és Haenisch betege is 5 éves volt, először is arra kell vigyáznunk, hogy nincs-e dolgunk egy normalis határok közt levő vagy esetleg kissé elkésett, de rendesen lefolyó csontosodással. Ennek az eldöntésére nem akartam felhasználni kórházunk Röntgen-gyűj-

teményét, a mely főleg kéztő- és lábtő-felvételekben gazdag, mert hiszen ezek a képek rendesen beteg csontrendszerű (osteomyelitis, rachitis, tuberculosis) gyermekekről készültek. Nem kis fáradsággal sikerült tíz olyan 2—9 éves gyermeket összeválogatnom, a kik osztályunkon nem a csontrendszer megbetegedésével tartózkodtak s a körelőzményben semmiféle terheltség sem volt kimutatható sem a szülők tuberculosisára, sem luesére, valamint gonorrhoeájára vonatkozólag. Az esetek úgy voltak összeválogatva, hogy a felvételre kerültek korukhoz képest igen erősen és gyengébben fejlett gyermekek. A Röntgen-felvételek eredménye minden fölösleges elhagyásával az volt, hogy: 1. találtam 2½ éves gyermeket, a kinek a sajkacsontja olyan fejlett állapotban volt a csontosodást illetően, mint rendes körülmények közt az 5—6 éves gyermeké, 2. egy 6 éves gyermekről készült kép olyan sajkacsontot mutatott, mint két 3—4 éves gyermeké, 3. egy 5 éves gyermekről készült felvétel csak akkora csontmagot tüntet fel, mint a 2—3 évesé. Megjegyzem, hogy az említett első eset egy hatalmasan fejlett 2½ éves gyermekre vonatkozik, míg a harmadik egy minden tekintetben jól fejlett, de gyengébb gyermeke. Határozott eltérés van azonban a 6—7—8 éves gyermekek sajkacsontjának fejlettsége közt is. A mellékelt első ábrán közlöm a sajkacsont csontosodó pontjának a feltűnését egy két évet betöltött gyermek lábtőjében. Ebben



3. ábra.

a korban és ilyen külsővel támad az esetek legnagyobb részében a csontosodás első nyoma a sajkacsontban. A második ábrán van feltüntetve az első véglet, a mikor egy minden tekintetben igen erősen fejlett 2½ éves gyermek sajkacsontja az 5—6 éveséhez hasonlít. A harmadik ábra a másik végletet mutatja, a mikor az 5 évet betöltött gyermek sajkacsontja meglepően kis csontosodó maggal rendelkezik. Ez a három példa teljesen elegendő arra, hogy meggyőzzön bennünket arról a normalis körülmények közt is igen tág háttárról, a melyen belül a sajkacsont csontosodó pontja keletkezik.

Most hasonlítsuk össze ezt az utóbbi esetet a Köhler vagy követői, Haenisch és Schäffer munkáiban közölt Röntgen-felvételekkel. Az összehasonlítás eredménye az, hogy a hasonló korú gyermekekről készített Röntgen-képek közül az enyémben a legkisebb a naviculare, meglehetősen szabálytalan az alakja, tehát logikusan következtetve, a legsúlyosabban kellene a klinikai tüneteknek jelentkeznie. Igen, de az én páciensemnek semmiféle néven nevezendő baja sincs és szülei állítása szerint nem is volt soha (a kézfej phlegmoné-

jával került hozzám). Ebből tehát már tényképpen mondhatjuk, hogy a naviculare bármely csekély módon is van egy 5—6 éves gyermek lábtőjében elcsontosodva, az minden klinikai tünet nélkül maradhat. Valamint a megvizsgált esetekből, sőt a fenti három ábra alapján is következtetve, mondhatjuk azt, hogy a csontosodó mag alakja normalis viszonyok közt is változó. Köhlernek tehát az a körmeghatározása, hogy a sajkacsont alakja és nagysága kórosan megváltozott, erős kritika tárgyát kell hogy alkossa. Nézzük most, hogy állunk a kór másik jellemző tulajdonságával, t. i. a csont megváltozott structurájával és fokozott mézstartalmával, a mely Köhler szerint ezt a kórképet megkülönbözteti a rachitistól és valamely osteosclerosisos folyamathoz hasonlónak teszi, a mely esetben az a benyomásunk, mintha az a csont előbb már nagyobb lett volna s azután préseltetett össze.

Köhler, Schäffer és Haenisch hangsúlyozzák, hogy eseteikben a sajkacsont mézstartalma fokozott volt, a mit a Röntgen-felvételek a csont sötétebb árnyéka mutatott. A közölt reproductiókból ezt csakugyan konstatálni lehet. Ezenkívül Köhlernek úgy az első, mint a második esetében, ha ugyan megfelelő a lap reproductiója, egy nem említett tény is kimutatható, az, hogy a sajkacsont ebben a két esetben két csontosodó pontból kiindulva csontosodik. A Schäffer esetében pedig azt látjuk és a szerző is írja, hogy a Röntgen-képen a sajkacsont árnyékában, annak közepén egy sötétebb pont van. Ezek hozzájárulnak ahhoz a feltevéshez, hogy talán Köhler és követői túlmessze mentek, a mikor a bonyolódottabb pathologiai folyamatokban keresték a dolog magyarázatát s nem gondoltak a normalis ossificatio phasisaira. Egy olyan apró csontnak, mint a sajkacsontnak a csontosodási folyamata, igen tipusosan követi a porczogóval előképzett csontok csontosodását. Röviden emlékeztetbe idézve a folyamatot: a porczogó sejteji, ha az idő eljön, megváltoznak, bizonyos elrendeződést mutatnak, a közepén fekvők legnagyobbodnak, festődésük kezd megváltozni, majd közük megszűnnek, rakodnak le, melyek mindinkább szaporodnak a közepén, ekkor a festődés már egészen elűt s az ilyenkor készített Röntgen-képen e helyen már megjelenik az árnyék, de a környék még nem adja ezt. Ekkor megindul a periferiáról a folyamat; az elmeszesedett pont felé érkezők nőnek be, a porczogót feldarabolják, a sejtek elrendeződését megbontják; azután a porczsejtek tönkremenési processusa indul meg, osteoblastok keletkeznek az erek mentén és kezdik lerakni az osteoid anyagot, a melynek a festési reakciója lassankint alakul át a szerint, a mint mézstartalma fokozódik. Ezt a folyamatot finom Röntgen-képen szintén követhetjük; igen halványan feltűnik a csont árnyéka, esetleg az osteoid structura is. Hogy a mikroszkopiumos structura és a finoman részletező Röntgen-kép közt az identitást mily szépen meg lehet találni, arra Alexander utalt először „Die Entwicklung der knöchernen Wirbelsäule“ című munkájában. S ebből következik, a miből én a Köhler és Schäffer képeit egész jól meg tudom magyarázni, hogy t. i. az első mézlerakodás (Schäffer esetében egy pont a porcz közepén, Köhler esetében kettő) erősebb árnyékat adott, mint a környezet, a hol a mézlerakodás lassabban és más módon ment végbe. E téren természetes, hogy normalis határok közt is nagy különbségek vannak. Lehetséges, hogy az első ponton az egyik esetben több mézrög rakodik le a porczalapanyagba, mint a másikban. Hisz tudjuk, hogy a lerakódó méz-szemcsék nagysága is változó (Kölliker). Így a Röntgen-képen is e szerint az árnyék sötétebb vagy világosabb lehet. Különböztetve ezt a tényt, hogy az első mézlerakodás helye néha tömörebb árnyékat ad, mint a környéki már kész csontok, ismerjük más csontoknál is. Igen gyakran látjuk pl., hogy a calcaneus epiphysisében megjelenő csontmag a pubertás idejében mutat ilyen erős árnyékat, valamint a radius-fejecs csontmagja. Legalább nekem ezt sokszor volt alkalmam tapasztalni; de hivatkozhatom pl. a Grashy kitérő atlaszában levő calcaneus-képre (91. kép) is.

Köhler azon feltevésének, hogy az egész folyamat azt a benyomást teszi, mintha a már kifejlődött csont összezsugorodott volna, ellene szólnak úgy az ő képei, valamint az

összes felhozott Röntgen-képek. Lehetetlen ugyanis, hogy az esetben, ha ez a sajkacsont összezsugorodott, a távolság az ugrócsont feje és az ékcsontok sora közt ugyanakkora legyen, mint normalis körülmények közt. Ha ugyanis úgy Köhler, mint a többi szerző esetében, a hol úgy a fejlődő, mint a már kifejlődött sajkacsont képe van feltüntetve, megmérjük a csontok közti távolságot, azt teljesen egyenlőnek találjuk. Már most a statikai viszonyokat ha számba vesszük, lehetetlennek kell tartanunk, hogy az a kis csont részlet, a mely állítólag a sajkacsontból zsugorodott össze, olyan nagy üresen maradt tér közepén álljon, hiszen a láb megterhelésekor az artic. talonavic.-nak nagy szerepe van, épúgy a lábboltozat mechanismusában. Kell tehát, hogy ott valami legyen a talus feje és a cuneiformisok között s ez a naviculare normalis, még el nem csontosodott porczogója. S ennek a nagyon halvány árnyékát igen jó, dús lágyrészeket feltüntető Röntgen-képen meg is láthatjuk.

Még röviden megemlíthetem azt is, hogy ha normalis 3—5 éves gyermeknek úgy a jobb, mint a bal lábtőjéről felvételeket készítünk, csakhamar meggyőződhetünk, hogy a két naviculare kifejlődése közt olykor lényeges különbség van, jóllehet több esetben egyforma a csontosodás foka, mint nem.

Az eddigiek alapján tehát véleményemet úgy formulázhatom, hogy a lábtőben a sajkacsont csontosodása rendes körülmények közt is késhet a 6. évig, az ekkor Röntgen-képen megjelenő sötétebb árnyék a normalis ossificatio ellen nem szól, sőt annak törvényei szerint megmagyarázható; a Köhler-féle csontzsugorodás és osteosclerosisos folyamat ellen szól a környéki csontok és ízületek egymáshoz való változatlan viszonya.

Elismerem azonban a lehetőségét annak Schäffer és Haenisch adatai alapján, hogy a sajkacsont porczogójára gyakorolt trauma késleltetheti és némiképp zavarhatja a későbbi csontosodást.

Egy dolog van, a mely nem tisztázható, s ez az a saját-szerű fájdalom, mely fokozódott a navicularera gyakorolt nyomás alkalmával és a gyermekeket sántítani kényszerítette. Miért nem sántított és panaszkodott fájdalomról az én két gyermekem, a kiknek lábtőjében a sajkacsont épp olyan, sőt egyik esetben még nagyobb visszamaradottságot tüntetett fel, mint a fenti szerzőkében. Ezek után joggal kérdezhetjük, hogy valóban kereshető-e a fájdalom oka a sajkacsont csontosodó folyamatában, a mikor ennek normalis volta a szerzők esetében is igazolva van, mert hisz mindegyik az egy idő múlva eszközölt újabb felvételnél már normalis nagyságúnak és alakúnak találta azt.

Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem gyermek-klinikájával kapcsolatos „Stefánia“-gyermekkorházról. (Igazgató: Bókay János dr. udv. tanácsos, egyet. nyilv. rendes tanár.)

A szív nagy verőereinek transpositiójáról.

Irta: Bókay Zoltán dr., klinikai gyakornok, a kórház bonczoló orvosa.

A pathologiai anatomia egyik rendkívül érdekes, klinikai szempontból még kevésbé ismert, bonyolódott és mondhatni egyik legkritikább kórképe a szív nagy ereinek a transpositiója.

A nagy erek transpositiója többféle lehet: 1. Teljes kicserélődése minden a szívből eredő, illetve odaszájadzó vérerek, tehát úgy a gyűjtő-, mint a verőereknek, a mikor is keringési zavar nem áll be, az egyén minden kóros tünet nélkül élhet hosszú ideig is és az elváltozást rendszerint situs inversussal kapcsolatosan mint véletlen leletet találja a kórbonczoló. Ilyen esetek, bár érdekes ritkaságszámba mennek, főképpen a physiologust és anatomust érdeklik, klinikai szempontból azonban csak mint érdekes tény, de nem mint kóros állapot foghatók fel. Ilyen például a Gutwasser által leírt teljes situs inversus esete is. Ezekben az esetekben a keringés is teljesen normalis, azzal a kivétellel, hogy a bal szív szerepét ilyenkor a jobb szív veszi át, ezért utóbbinak

az izomzata erősebb a balénál, a bicuspidalis billentyű a jobb szívfélben foglal helyet és a tricuspidalis a bal oldalra kerül; de nem szükség szerint.

2. Sokkal nagyobb horderejű és érdekesebb kérdés a transpositióknak azon csoportja, a melyben a gyűjtőerek rendes helyükön maradván, csak az aorta és az arteria pulmonalis cserélik fel eredeti helyüket; azon esetek tehát, a melyekben a bal pitvarba szájadzik a két vena pulmonalis, a bal kamarából ered az arteria pulmonalis, a jobb kamarából ered az aorta és a jobb pitvarba a venae cavae ürítik venosus vérüket. Már pusztán e tényből kiviláglik, hogy ez esetekben súlyos keringési zavaroknak kell fenforogniok, mert a jobb szívfél teljesen a nagy vérkört, a bal pedig a kis vérkört egyesítve magában, a két vérkör egymástól teljesen el van különítve és az életbenmaradás lehetőségét is csak az adja meg, ha a magzati vérutak hiányos elzáródása folytán a két rendszer egyes nyílásokon át közlekedik.

Ezen most említett kóros állapot rendkívül ritka. Rauchfuss 1878-ban, a Gerhardt-féle gyűjtőmunkában, összesen 25 esetet, köztük három saját esetét ismerteti. Azóta az ismertett esetek száma mindinkább szaporodott. Áttekinthetős kedvéért összeállítottam táblázatosan az idevágó eseteket, a mennyire az számomra az irodalomból hozzáférhető volt és ily módon 34 tiszta transpositio- és 7 kis septumdefectussal járó esetet sikerült összegyűjtenem. Az esetek más részét, még körülbelül 5-öt, hézagosan ismerve csak, a táblázatba nem vettem fel.

A szív nagy verőereinek transpositiójánál a kórbonczolási kép a következő szokott lenni: A szív kissé megnagyobbodott, a jobb kamara a balhoz viszonyítva erősebb és kissé tágult, a szívcsúcs alkotásában részt vesz. E félbe ömlenek a venae cavae, innen ered az aorta, a mely jobbról elől fekvő, fedi részben a pulmonalist, a mely hátulról a bal szívkamarából ered s az esetek többségében nyitott foramen ovale és átjárható ductus Botalli van jelen. Az összes szervek erősen cyanosisosak, tömöttek, megnagyobbodtak. Az egyén fejlettsége, korához képest, nem kielégítő.

E formája a transpositióknak a fejlődésnek hibás menete folytán áll elő. Ugyanis a truncus arteriosus, a mely körülbelül a magzati fejlődés 5. hetében a septum arteriosum által két részre: a primaer aortára és a pulmonalisra kezd osztódni s a mely folyamat a harmadik hó végén fejeződik be, nem folyik le normalisan. A septum arteriosum ugyanis megtapadásában és lefutásában a normalis irányt nem tartja be.

Normalisan ugyanis a septum arteriosum egy félholdalakú, concavitásával az aorta felé, tehát balra tekintő, convexitásával jobbra, az arteria pulmonalis felé néző lécz képét adja keresztmetszetben. Ha a septum arteriosum azonban 180°-nyi, tehát félkörívnyi elfordulást végez, akkor az aorta jobbra, a bal oldalra jutott pulmonalis elé jön. Ez volna az első phasis. Hogy azonban transpositio vera keletkezzék, arra nem elég, hogy az erek elválasztó sővényének fentebb vázolt eltérése létrejöjjen, hanem az is szükséges, hogy a két szívkamarát egymástól elválasztó, alulról fölfelé, a septum arteriosum felé növvő, avval később egyesülő és annak lefutását nagyjában követő septum ventriculorum is abnormis lefutást és tapadást kövessen. Rendes körülmények között a septum ventriculorum az aorta mellett baloldaltól tapad meg és az aortát jobbról fogja át; a hátulsó és részben a jobb aortabillentyűhöz tapadó pars membranacea az ér hátulsó jobb, tehát a septum ventriculorummal ellenkező oldalon tapad meg. Ha a septum tapadása nem is követi a rendes irányt, még akkor is a pars membranacea septi a sővény megtapadásával szemben a hátulsó értörzsnél foglal helyet jobbról vagy balról. Ha tehát a hátulsó értörzs, akár az aorta, akár az arteria pulmonalis, jobb oldalról vagy bal oldalról határoltatik a septum által, az első esetben a bal, a második esetben a jobb kamarába került az ér. Ezen elméletet Rokitsky 1875-ben írt örökbecsű munkájának a nyomán ismerjük és ma e hypothesis a modern fejlődéstan tanai által teljesen beigazoltnak vehető.

Összegezve az előbbieket: azon esetekben tehát, a melyekben az aorta a jobb kamarából eredve, a bal kamarából eredő pulmonalis előtt fekszik, a septum arteriosumnak jobb oldalra tekint a concavitása, hátul van a pulmonalis törzs, elől az aorta. A septum ventriculorum jobb oldalról haladva a pulmonalist jobbról fogja körül és így ez a bal kamarába kerül. Ha ellenben az aorta fekvődnék hátul, az csak úgy kerülhet a jobb kamarába, ha a septum ventriculorum a bal oldalról fogja körül az aortát.

Magától értetődik, hogy a septum arteriosum és a septum ventriculorum ezen helyzetváltozásai által, a helyzetváltozás fokának megfelelőleg, a transpositióknak többféle combinatiója jöhet létre. Így például mindkét vérrer a jobb kamarából eredhet és a bal kamara a jobb kamarához képest kicsiny, satnya, rosszul van a jobbtól elhatárolva. Ilyen Peacock 1854-ben, Rokitsky 1875-ben* és Thérein 1895-ben leírt egy-egy esete. Vagy mindkét ostium mindkét vérrerrel együtt az egyik kamarához tartozik, a másik kamara satnya, kicsiny, fejletlen.

A transpositio arteriarum ép úgy, mint minden más congenitalis szívhaj, más veleszületett szívhajokkal szövődhetik. Így például leggyakrabban, mondhatni majdnem szükségképpen a foramen ovale és a ductus Botalli nyitva maradásával. Igen gyakori az arteria pulmonalis stenosisával vagy különböző fokú septumdefectusokkal való szövődése. Tekintettel arra, hogy nem czélom az összes transpositiókat feldolgozni, azon eseteket, a melyekben igen nagyfokú a septumhiány és azokat, a melyeket a cor triloculare biatriatum névvel szokás elnevezni, a melynek például Breshet, Bednar, Kussmaul, Marchand, Thore esetei, részletesen tárgyalni ez alkalommal nem óhajtom.

A következőkben tehát csakis azon esetekről lesz szó, a melyekben tisztán transpositio arteriarum cordis, nyitott foramen ovale és ductus Botalli, vagy igen kicsiny septumhiány áll fenn. Más szóval azokkal foglalkozom, a melyek az alábbiakban leírt esetünk analogiájának tekinthetők, úgy fejlődéstan, mint kórbonczolástani és keringési szempontokból ítélvén meg őket.

Ezek azon esetek, a melyekben a két szívfél egy-egy keringési systemát foglal le magának és a két rendszer közötti kiegyenlítődség a foramen ovale, a ductus Botalli, vagy esetleg egy igen kicsiny septumdefectus útján jöhet csak létre.

Esetünk leírása röviden a következő:

H. János, 9 hónapos gyermek felvételét kórházunkba 1909 június 5.-én. A felvételnél szülei előadják, hogy egyetlen gyermekük; születése óta mindig szederjes bőrszínű. Egy hónapos koráig kizárólag szopott, azóta tehéntejet is kap. Két hét óta teljesen el lévén választva, kizárólag tehéntejjel táplálkozik.

Jelen állapot: A csecsemő súlya 4000 gr., csontrendszerén mérsékelt angolkóros elváltozások láthatók, a mennyiben az epiphysisek mérsékeltén duzzadtak, foga nincsen. A köztakaró és a látható nyálkahártyák erősen kékes livid színűek. Különösen cyanosisosak az orr, a fülek, a kezek és lábak ujjvégei, ez utóbbiak dobverőszerűen megvastagodottak.

A szívtájéknak megfelelően a mellkas erősen elődomborodik (voussure). A szívcsúcslövés a bal VI. és VII. borda között két ujjal a bimbóvonalon kívül tapintható, nem emelő. A szívtompulat a baloldali III. borda alsó szélénél kezdődve, kifelé mint abszolút szívtompulat a szívcsúcslövés helyéig terjed, a belső határát pedig a szegycsont jobb szélén találjuk. A relativ tompulat az abszolút egy-egy harántujjal haladja meg.

Hallgatódzaskor a szívcsúcsnak megfelelően gyöngye fúvó systolés zöreje hallható, a melynek ugyanitt van a punctum maximuma. A pulmonalis tájéknál a hangok tiszták, a második hang ékeltségét kimutatni nem lehet; az aorta helyén a hangok rendesek, a sternum fölött zöreje nem hallható. A szívműködés azonban rendkívül arhythmias, minden 2—4 systole után nagyobb szünet áll be.

* Rokitsky esete 11 éves leány volt.

A tüdőlelet normalis. A máj a mamillaris vonalban a bordaívet 3 harántujjal haladja meg; a lép alsó széle a bordaív alatt 1 ujjal tapintható.

A szék és vizelet rendes. A közérzet kielégítő.

Az állapot egész július 3.-ig változatlan, akkortól kis fokú láz mellett a tüdő felett elvéve néhány középhólyagú szörtyőrej hallható. 5.-én e zörejek hátul alól jobboldalt tetemesen megsaporodnak. Súlya ekkor 4400 gr. 12.-én több ízben pépes székletek, az erőbeli állapot gyorsan hanyatlak. Julius 12.-én meghal.

Bonczoláslelet: 1909 VII. 13.-án. Bőre rendkívül halvány, a háton a nyomásnak kitett helyek kivételével térképszerű rajzolatot mutató, nyomásra elhalványodó hullafoltok. A látható nyálkahártyák erősen cyanosisosak. A csontrendszeren a rachitis manifest jelei láthatók. Az ujjak vége erősen cyanosisos és dobverőszerűen megvastagodott.

A mellkas megnyitásokor kiderül, hogy a szívburok féltényérnyi terjedelemben fekszik szabadon, külső és belső felszíne sima, fénylő, belsejében pár cm³ szalmasárga savó foglaltatik, megvastagodásokat, adhaesiókat nem mutat. Az epicardium sima, fénylő. A szív nagysága 7×5×4 cm. A bal szív ellazult, a jobb mérsékeltén összehúzódott, a szívesűcs alkotásában a jobb szív is részt vesz. A szívhús barnavörös, fénylő, áttűnő. A bal szív izomzatának vastagsága 4½ mm., a billentyűk és a belhártya simák, fénylők. A bicuspidalis billentyű szemölcsizmai fejletlenebbek a rendesnél, a fülcsében kevés megalvadtt vér foglaltatik. A bal kamarából nyílik a 3 cm-nyi kerülettel bíró szájadékból a rendesnél kissé vastagabb falú *arteria pulmonalis*, a mely rövid lefutás után két ágra oszolva, a jobb tüdőhöz 2½ cm. kerülettel, a balhoz 1.6 cm. kerülettel bíró ágat bocsát. A pulmonalis ostiumának helyzete a normalis aorta-ostium helyzetének felel meg. A bal tüdőhöz vezető ág a bal fülcsé fölött feszül ki és a bronchus alatt lép be a tüdő hilusába. A pulmonalis félholdképzű billentyűi a normalistól eltérőt nem mutatnak. A bal pitvarba nyíló venae pulmonales helyükön találhatóak.

A jobb szív falazata körülbelül 1 cm.-nyire vastagodott meg, helyenként azonban vastagsága az 1.2 cm.-t is meghaladja. A háromhegyű billentyű szemölcsizmai hatalmasan megvastagodottak. A jobb ostium arteriosumból nyílik az aorta, a mely innen balra és felfelé a pulmonalis előtt haladva, a bal bronchus felett nyargalva, az aorta descendensbe megy át és az oesophagus fölött feküdvén, ágait szabályosan adja. Feltűnő az aorta billentyűinek az elhelyeződése, a mennyiben azok tasakjai igen mélyen — a szemölcsizmokon — tapadnak és így a záródáskor folytonos vöngálásnak vannak kitéve. Az aorta átmérői az ostiumon 3.2, az isthmuson 2.4 és a descendensen 2.2 cm.-t tesznek ki. A jobb pitvarba rendes helyükön nyílnak a venae caeve.

A két pitvar egymással a nyitva maradt, 9×6 mm. nagyságú foramen ovale által közlekedik. A két kamara, a köztük lévő sövényen nyílás nem lévén, egymástól teljesen elkülönített.

A koszorús verőerek az aorta jobb és középső billentyűje alatt erednek, kanyargós lefutásúak.

A ductus arteriosus Botalli elzáródott, egészében kötőszövetes köteggé vált, az isthmuson való beszájadzási helye csak kis behúzódnás képében látható.

A tüdőerek részéről elváltozást nem konstatáltunk. A tüdők bővérűek, oedemasak, kissé cyanosisosan induráltak, különösen az alsó széleiken. A bronchusokban kevés nyálkás-genyves váladék.

A lép kissé megnagyobbodott, livid színű, metszslapján a rajzolat kifejezett, tapintata tömött. A megnagyobbodott, kissé tömött, lilás árnyalatú máj szélei legömbölyítettek. Mindenütt a metszslapon a pangás kifejezett jeleit mutatja. A vesék, belek, gyomor, a pangásos elváltozásokat leszámítva, kóros elváltozást nem mutatnak.

Diagnosis: *Transpositio vera arteriarum cordis. Foramen ovale apertum. Induratio cyanotica hepatis, lienis et renum. Oedema partim indurativum pulmonum.*

A számomra hozzáférhető irodalomból a fent vázolt-hoz hasonló esetek táblázatosan összeállítva a következők:

I. táblázat.

Folyó szám	Szerző Év	Gyermek kora	Klinikai tünetek	Kórbonczolási lelet
1	Baillie 1797 (H. Meyer)	2 hó	Cyanosis	Transpositio vera. Nyitott foramen ovale. 2.5 mm. átmérőjű nyitott ductus arteriosus.
2	Wistar 1817. (H. Meyer, Rauchfuss)	2 év 5 hó	Nagyfokú cyanosis	Transpositio vera. Nyitott for. ovale, zárt ductus arteriosus. Septum ép.
3	Gamage 1818. (H. Meyer)	3 hó	Cyanosis	Teljes transpositio. Nyitott for. ovale. Ductus Botallit nem találtak.
4	d'Alton 1824. (H. Meyer, Rauchfuss)	22 hó	Nagyfokú cyanosis	Transpositio vera. Nyitott for. ovale. Zárt ductus Botalli. Septum teljes. (A for. ovale kisujj számára átjárható.)
5	Thérémín 1824. (Vierordt)	48 nap	Nem volt cyanosis	Transpositio vera. Tág Botalli-vezeték. Foramen ovale zárt. Teljes septum ventriculorum.
6	Tiedemann 1825. (Rauchfuss, H. Meyer)	12 nap	Cyanosis	Transpositio vera, szélesen nyitott for. ovale. Ductus Botalli szonda számára átjárható. Az art. bronchiales igen tágak.
7	Ducrest 1840. (Schmidt's Jahrbuch Bd. 30. Pag. 175.)	10 óra	Nagyfokú cyanosis. A szülés után nem sír, nem táplálkozik	Transpositio arteriarum. Nyitott for. ovale, a melynek billentyűje jobbról balra nyílik. Nyitott ductus Botalli.
8	Walsche 1844. (Journal f. Kinderkrankheiten, 1844. Pag. 305.)	10 hó	Cyanosis, tiszta szívhangok, megnagyobbodott szív, nehéz légzés	Transpositio vera. Jobboldalt bicuspidalis, baloldalt tricuspidalis billentyű. Nyitott for. ovale és ductus Botalli. Jobb szívhypertrophia.
9	Friedberg 1844. (H. Meyer, Rauchfuss)	?	Cyanosis	Transpositio vera. Nyitott foramen ovale. Zárt ductus Botalli. Teljes septum.
10	Beck 1846. Archiv für physiol. Heilkunde 1845. S. 288.	75 óra	Cyanosis	Transpositio vera. Nyitott foramen ovale. Ductus Botalli szonda számára átjárható. Ép septum.
11		17 nap leány	8 hónapos koraszülött. Cyanosis. Norm. szívhangok	Transpositio vera. Nyitott foramen ovale és ductus Botalli. Jobb és bal szív egyforma erős.
12	Bednař 1850. Die Krankheiten der Neugeborenen und Säuglinge 1852. II. B. Pag. 157.	17 nap fiú	Cyanosis. Bal fül mögött kezdődő üszök. Tiszta szívhangok. Petechiák a bőrön	Transpositio vera. Nyitott foramen ovale és ductus Botalli. Jobb szívhypertrophia. Vérzéses göcz a bal frontalis lebenyelülső részében.
13		32 nap fiú	Igen erős cyanosis, gyenge hang, erőltetett légzés. Erős tiszta szívhangok	Transpositio vera. Nyitott foramen ovale és ductus Botalli. A jobb szív-kamara hypertrophiás.
14	Word 1851. Schmidt's Jahrbuch 1851. Pag. 286. Bd. 71.	18 nap	Nagyfokú cyanosis. Rosszul légzik, gyenge hang, keveset mozog, rosszul táplálkozik. Szívhangok tiszták	Transpositio vera. Nyitott foramen ovale, jobbról balra nyíló billentyűvel. Ductus Botalli nyitott.
15	Stoltz 1851. Schmidt's Jahrbuch Bd. 72. Pag. 63.	5 nap fiú	Nagyfokú cyanosis, nem táplálkozik, rosszul légzik	Transpositio vera (a billentyűk is transponáltak). For. ovale és ductus Botalli nyitott, ép septum.
16	Stoltz 1851. Schmidt's Jahrbuch Bd. 72. Pag. 63.	36 nap leány	Tiszta szívhangok, a cyanosis csak a 3. hét végén kezdődött	Transpositio totalis. For. ovale nyitott. A billentyűk is kamarát cseréltek. Az art. pulmon. aneurysmás tágulása.

Folyó szám	Szerző Év	Gyer-mek kora	Klinikai tünetek	Kórbonczolási lelet
17	Keil 1854. (H. Meyer) Virchow Arch. Bd. 12. S. 364.	36 óra	Cyanosis	Foramen ovale, a teljes transpositio mellett, nyitott. Ductus Botalli igen vastag. Jobb szív és bal szív egyenlő.
18	H. Meyer 1854. Virchows Arch. Bd. 12. S. 364.	4 hét	4 hetes korában jelentkezett cyanosis. Convulsio	Transpositio vera. Nyitott foramen ovale. Csak kis sőtét átbocsátó ductus Botalli. Jobb szívhypertrophia.
19	Rauchfuss 1861.	?	Cyanosis. Tiszta szívhangok	Transpositio vera. Nyitott foramen ovale és ductus Botalli. Jobb szívhypertrophia.
20	Gerhardt's Handb. der Kinderkrank- heiten, 1878. Bd. IV. S. 107.	?	Cyanosis. Tiszta szívhangok	Transpositio vera. Nyitott foramen ovale és ductus Botalli. Jobb szívhypertrophia.
21		?	Cyanosis. Tiszta szívhangok	Transpositio vera. Nyitott foramen ovale és ductus Botalli. Jobb szívhypertrophia.
22	Cockle 1865. (Rauchfuss)	2 év 8 hó	Cyanosis csak a 3. hó végén jelentkezett. Ugyanakkor hydrops, petechiák. Igen gyöngye alsó végtagok. Halál kimerülés folytán	Transpositio vera, igen tág pulmonalis. Nyitott foramen ovale. Zárt ductus Botalli. A bicuspidalis billentyű egyik ága kissé hasított.
23	B. Fränkel 1870. Berliner klin. Wochenschr. 1870. No. 2. Virchow- Hirschi 1870. I. 293.	7 hét	Cyanosis. Bőrgangraenák. Bőrön petechiák. Orrvérzés. Szívhangok tiszták. Megnagyobbodott szívtompulat	Transpositio vera. Megnagyobbodott jobb szív. Nyitott foramen ovale és ductus Botalli, a mely tágultnak is mondható.
24	Smith-Pye 1870. Virchow- Hirsch Jahres- bericht 1870. II. Band. Pag. 100.	?	Nagyfokú cyanosis. Normalis szívtompulat. A szívcsúcson systolés zöreje	Transpositio vera. A pulmonalis a nyitott ductus Botalli által, a mely két ágra oszlik, látja el a tüdőt. Nyitott foramen ovale. Jobb szívhypertrophia.
25	Kelly 1870. Virchow- Hirsch Jahrb. 1870. II. Pag. 100.	3 hó	Cyanosis. Szívcsúcson systolés zöreje. Convulsio	Transpositio vera. Nyitott foramen ovale. Zárt ductus arteriosus.
26	Ogston 1872. Oesterr. Jahrbuch für Paediatri. 1873. II. Pag. 169.	3 1/2 hó	Nagyfokú cyanosis. Véres szék, száj- és orrvérzés. Tiszta szívhangok, csak a 3. hóban systolés zöreje. A szívhypertrophia csak a 3. hóban észlelhető	Transpositio vera. Nyitott foramen ovale. Lúdtollvastag nyitott ductus Botalli. Zsírosan degenerált szív és máj.
27	Rokitansky 1875. Die Defecte der Scheide- wände des Herzens. 1875.	4 hó leány	Cyanosis	Transpositio vera. Nyitott, hasadékszerű foramen ovale. Zárt ductus Botalli.
28	Ashby 1880. Journal of Anatomy. 1882. Pag. 89-93.	5 1/2 hó leány	Már közvetlenül a szülés után erős cyanosis. Gyenge hang. Renyhe mozgások. Gyenge, de tiszta szívhangok. Lassú növekedés. Aluszékonyosság	Erősen hypertrophiás jobb szív, transpositio vera mellett. Nyitott foramen ovale. Zárt ductus Botalli. A pulmonalis gyengébb az aortánál.
29	Holl 1882. Wiener med. Jahrbücher 1882. S. 303.	71 nap	Születése óta cyanosis. Megnagyobbodott szívtompulat. Tiszta szívhangok	Transpositio vera. Nyitott foramen ovale és ductus Botalli. Hypertrophiás jobb szív.

Folyó szám	Szerző Év	Gyer-mek kora	Klinikai tünetek	Kórbonczolási lelet
30	W. Osler 1890. Cyclopaedia of the disea- ses of child- ren. Vol. II. 760. Pag.	8 hó- napos kora- szülött	Halva született	Rendes nagyságú szív. Transpositio vera. A semilunaris billentyűk nem teljesekek.
31	GordonSaunders 1893. Journal of anatomy and physiol. 1893. XXVII. S. 464.	7 hó	Erős cyanosis. Systolés zöreje a sternum jobb szélén	Transpositio vera. Erős jobb szív-megnagyobbodás. Nyitott ductus Botalli. Foramen ovale nincs említve.
32	Scheel 1907. (M. Peiser.) Norsk Mag. f. Laegevid. 1907. No. 4. Ref. Deutsche mediz. Wo- chenschrift. 1907. No. 17.	4 hét	Cyanosis	Transpositio vera. Nyitott foramen ovale és ductus Botalli.
33	Bönninger 1908. Ref. Deutsche mediz. Wo- chenschrift. 1908. No. 3.	2 hó	Nagyfokú cyanosis	Transpositio vera. Nyitott foramen ovale és ductus Botalli.
34	Saját esetünk	10 hó fiú	Erősfokú cyanosis. Voussure a szív-tájon. Megnagyobbodott szívtompulat. A szívcsúcson gyenge systolés zöreje. Igen arhythmias szív működés	Transpositio vera. Nyitott foramen ovale. Zárt ductus Botalli. Jobb szívhypertrophia. Pangásos szervek.

II. táblázat.

Septumdefectussal kombinált transpositiók.

Folyó szám	Szerző Év	Gyer-mek kora	Klinikai tünetek	Kórbonczolási lelet
35	Peacock 1866. (Weill) Malform. of the human heart. Lon- don 1866.	8 hó	Cyanosis	Transpositio vera. Zárt foramen ovale és ductus Botalli. A jobb kamara a ballal igen kicsi, félholdalaku septumdefectussal kommunikál.
36	Rokitansky 1875. Die Defecte der Scheide- wände des Herzens 1875.	11 hó fiú	Cyanosis	Transpositio vera. Zárt ductus Botalli és foramen ovale. A két kamara kis septumhiányon át közlekedik.
37	Lees 1880. The Lancet I. Pag. 132. 1880.	7 hó	Születése óta nagyfokú cyanosis. Kéthónapos kora óta kórházi megfigyelés alatt, kezdetben tiszta szívhangok, a II. hang ékelt, a IV. hónaptól haláláig systolés zöreje a csúcson felett	Transpositio vera. Zárt foramen ovale. Nyitott ductus arteriosus. A két kamara között czeruzát átbocsátó septumhiány. Jobb szív túltengés.
38	Scott J. H. 1882. Journ. of anat. and physiol. 1881-82. I. Pag. 302.	?	Cyanosis	Transpositio vera. Nyitott foramen ovale és ductus Botalli. A két kamara közt 2-3 mm.-nyi septumhiány. Hypertrophiás jobb szív.

Folyó szám	Szerző Év	Gyermek kora	Klinikai tünetek	Kórbonczolási lelet
39	v. Etlinger 1882. Berl. klin. Wochen- schrift, 1882. I. Pag. 399.	60 nap fiú	6 napos korában kerül a kórházba. Cyanosis, dyspnoë. Sokat alszik. Tisz- ta szívhangok. 12 napos kora óta a gerincoszlop mel- lett hallgatózva, mindkét szívhang zörejes, elől tisz- ta. Pneumonia, exitus	Transpositio vera. Nyitott ductus Botalli (10.6 mm. átmérő). Kis septum- hiány. Jobb szívhyper- trophia. Bronchopneum.
40	Hochsinger 1891. Wiener Klinik, 1891. H. 2.	5 hét	Születése óta nagy- fokú cyanosis. Megnagyobbodott szívtompulat. Ac- centuált diastolés hang a csúcs föl- lött. A sternumon a III. borda ma- gasságában fúvó, lágy zöreje	Transpositio vera. Zárt foramen ovale és ductus Botalli. A két kamara között kisujj kúpját be- fogadó septum-hiány. Jobb szívhypertrophia.
41	Otto Wenner 1909. Virchow's Archiv, Bd. 196. S. 127.	1 év fiú	Cyanosis	Transpositio vera. Zárt foramen ovale és ductus Botalli. Defectus septi a kamara-septum elülső részén. Jobb szív- hypertrophia, a mely kis- fokú.

Ezen eseteken kívül tudomásom van még *Smith J. H.* egy esetéről és *Scherer* (Casop. lek. cesk. No. 34—45. 1905.) négy esetéről. Mivel ezen leírt észleletekről pontos adatokat beszerezni módomban nem volt, az irodalmi táblázatba nem vettem fel őket. Épp így nem értékesíthettem *M. Litten*-nek 7 éves fiúra vonatkozó esetét sem (Festschrift für Leyden, 1902; Virchow-Hirsch, Jahresbericht, 1902. Band II), mert a diagnosis az élő egyénen állapított meg és bonczolás által nem ellenőriztetett.

Az irodalmi eseteknek átnézetét tanulmányozva, a következő adatokat nyerjük: a septumdefectussal nem kombinált 34 eset közül úgy a foramen ovale, mint a ductus Botalli 22 esetben volt átjárható; nyitott foramen ovale zárt ductus Botalli mellett 10 esetben találtatott. Zárt foramen ovale mellett nyitott ductus arteriosus 2 esetben van feljegyezve.

Ha a zárt ductus Botallival járó tíz transpositiós eset korát tekintjük, azt látjuk, hogy közülük a legfiatalabb is a 3. hónapot betöltötte. A három hónagnál idősebb, transpositio arteriarumban szenvedett gyermekek közül csak *Gordon Saunders* 7 hónapos esetében (hol azonban a foramen ovale zárt) és *Walsche* 10 hónapos esetében találjuk a ductus arteriosus nyitvamaradását. Ha azon esetektől, a melyekben a kort nem sikerült megállapítanunk, eltekintünk, evvel is támaszt nyer *Rauchfuss* azon nézete, hogy a ductus Botalli a 3. hónap végével ezekben az esetekben is záródik.

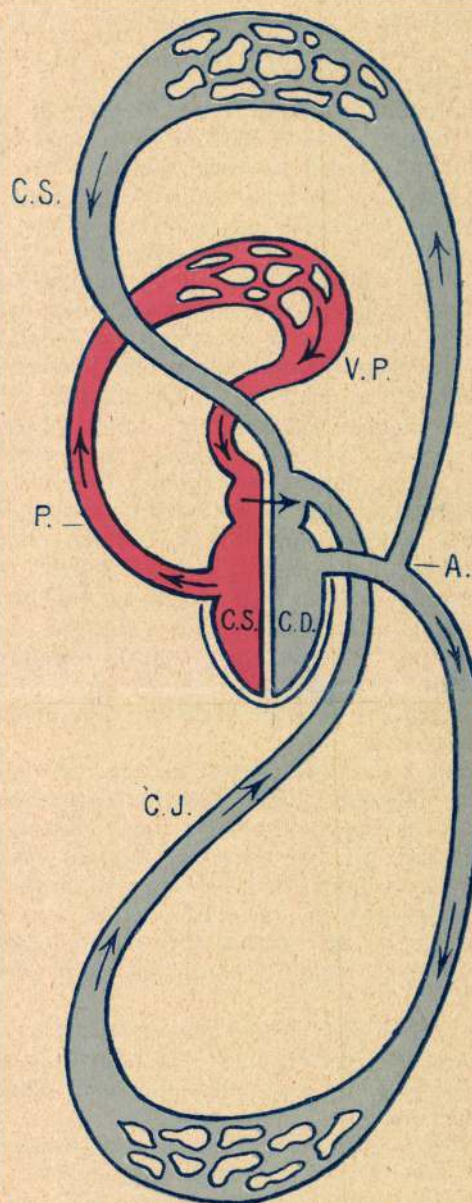
Septumnak kisfokú hiányával járó esetet összesen hetet sikerült összegyűjtenem. Oly eseteket, a melyekben a két szív között rendellenes közlekedés ne lett volna, az irodalomban találmom nem sikerült.

A gyermekek korát tekintve: halva született 1, az első 24 órán belül elhalt 1, az első hét betöltése előtt 3, az első hónap betöltése előtt 5, 6 hónapos kort nem ért meg 13, 1 évet nem ért meg 3, 2 évet nem ért meg 1. A legidősebb gyermekek a tabellán a 2. szám alatt szereplő, *Wistar* által 1817-ben leírt gyermek, ki 2 évet és 5 hónapot ért meg és a 22. szám alatt szereplő, *Ogston* által 1865-ben közzétett, 2 évet és 8 hónapot megért gyermek esete. Nem tudni milyen idős volt őt eset.

A transpositiók ezen eseteiben nagyon érdekes a keringési viszonyokat szemünk elé idézni. Már a bevezetésben említettem röviden, hogy míg azonos oldali pitvar és kamara normalis viszonyok közt soha sem tartozik egy vércsőbe, addig ezen esetekben az azonos oldali pitvar van az azonos

oldali kamarával egy vércsőbe beiktatva, más szóval a bal szívfél a kis vércsőt, a jobb pedig a nagy vércsőt rekeszti be (lásd az ábrát).

Ezen sémás ábrán a vér útját követve, a keringés menete a következő: A vér a jobb kamarából az aortán át az egész test capillarisaiban eloszlik, onnan a vénák útján a vena cava superiorba, illetve inferiorba kerül, mivel pedig ezek vértüket a jobb pitvarba ürítik, a vér onnan ismét a jobb kamarába kerül, hogy az előbb leírt kört újra befussa. Ebből



Keringés transpositiónál hátulról, a gerincoszlop felől nézve.

C. S. = cor sinist. C. D. = cor dexter. A. = aorta. P. = art. pulmonalis.
V. P. = vena pulmonalis. C. S. = v. cava superior. C. I. = v. cava inferior.

viszont az következik, hogy a nagy vércső vére mindig jobban desoxydálódik és szénsavval telítődik. Viszont az arteria pulmonalis vére a bal kamarából a tüdőbe kerül, ott oxydálódva a venae pulmonales útján a bal pitvarba, onnan ismét a bal kamarába jut, hogy útját az előbb vázolt módon ismét megtegye, így tehát a nagy vércsővel ellenkezőleg a kis vércső vére maximalisan telített oxygennel.

Ez az állapot a magzati vérkeringés idejében semmiféle zavart sem okoz, mert hisz ott a kis vércső a vér oxydálásában semmiféle szerepet sem játszik; de az extraterin életet a keringésnek ilyen viszonyai mellett elképzelnünk akkor, ha a két vércső között kicserélődést kimutatni nem tudnánk, lehetetlen. Az életfeltétel ily esetekben tehát csak akkor van

megadva, ha az oxygen-dús kis vérköri vér és az oxygen-szegény nagy vérköri vér között valamely módon vércicserélődés történhetik. Az irodalmi összeállításból láttuk, hogy a nyitva maradt foramen ovale és ductus Botalli a két szívfél közötti communicatio feltételét igenis megadhatja és el lehet képzelni, hogy a vércicserélődés ezen utakon át csakugyan létre is jöhet. Nem szabad azonban *Rauchfuss*-nak azt a megjegyzését figyelmen kívül hagynunk, hogy a keringések közt ily módon nehéz a kicserélődést elképzelni. *Rauchfuss* ugyanis utal arra, hogy az arteria pulmonalisban uralkodó nyomás sokkal kisebb, mint az aortában, tehát az aorta vére inkább belejuthat a ductus Botallin át a pulmonalisba, mint megfordítva. Viszont a foramen ovalen egy a jobb szív felől záró billentyű a vérnek a jobb szívből a bal szívfélbe való jutását lehetetlenné teheti.

Ezen okok miatt azonban a vérnek ezen az utakon való kicserélődését teljesen kizárni nem mernők. Igaz ugyan, hogy normalis viszonyok között az aorta nagyobb nyomása miatt a vérnek a pulmonalisból való átömlése az aortába el nem képzelhető, de ha tekintetbe vesszük azt, hogy az aorta a fenn vázolt esetekben egy ab ovo gyengébb szív kamarából ered, a mely ha túltengett is, de a normalissal azonos nyomást kifejteni mégsem tud. Másrészt mivel úgy a ductus Botalli, mint a foramen ovale is nyitott, de legalább egyikük mindenesetre az, ezen az úton elképzelni könnyű a venosus vérnek a pulmonalisba, illetőleg a bal pitvarba való jutását. Kell, hogy ezen bejutott venosus vér, mint többlet, egyrészt a pulmonalis nyomását növelje, viszont mint hiány az aorta nyomását leszállítsa. Így a két nyomás időnként kiegyenlítődvén, elképzelhető, hogy a bal szívből oxygendús vér kerül át időnként a jobb szívfélbe. A foramen ovale billentyűjére vonatkozólag ellenvetésül föl lehet hozni, hogy az ily esetekben rendesen tág foramen ovalenak a billentyűje satnya, gyenge, máskor ismét, mint a 7. sz. (*Ducrest*) és a 14. sz. (*Word*) esetben, a billentyű nem balról jobbra, hanem ellenkezően jobbról balra nyílik és így az oxygendús vér átjutását ez úton szintén el lehet képzelni. Ezen álláspontot fogadja el *H. Meyer* is.

Tiedemann a vércicserélődésnek egy más módját veszi fel. Ő ugyanis 12 napig életben maradt csecsemő esetében azt találta, hogy az arteriae bronchiales igen fejlettek, tágak voltak, ennek alapján úgy véli, hogy az arteriae bronchiales és venae pulmonales végágai közt levő anastomosisok útján, a venae bronchialeseken át kerülhet oxydált vér a jobb pitvarba. Így tehát ha az oxydált vérrel való ellátása a jobb szívnek nem is elég, mégis a korai életnek megfelelő mennyiségű.

Kisfokú septumdefectussal járó esetekben (I. II. tábla), másrészt azokban, melyekben cor triloculare biatriatum is van jelen, a vércicserélődés a septumdefectuson át minden akadály nélkül megtörténhetik.

A gyermekek gyöngye fejlettsége, rövid élettartama a keringésnek e nagyfokú zavarával magyarázható, a mennyiben a hiányosan oxydált vér a szervezet által reá rótt munkát végezni nem tudja, a szervezet növekedési és fejlődési energiája, ellentállóképessége megcsökken.

A klinikai tünetek különbözők. Legszembeötlőbb tünet a súlyos cyanosis, a mely, ha a gyermek sír vagy mozog, még inkább fokozódik. A cyanosis legtöbbször rögtön a szülés után jelentkezik, néha csak később, mint azt *Stoltz* és *Cockle* eseteiben láttuk, hol az elsőben a harmadik hét, a másodikban a második hó végén jelentkezett. A cyanosis rendesen igen súlyos, néha annyira fokozott, hogy a gyermek időnként egészen szilvakékszínűvé lesz. De vannak viszont esetek, a hol cyanosist egyáltalán nem észleltek, ilyen pl. a *Theremin* által leírt, 48 napot élt eset, melyben egyáltalán nem volt cyanosis. A cyanosissal kapcsolatosan a szemhéjak duzzadását, végtagvizenyőt is észleltek.

A vérről vaaló rossz ellátás és a cyanosis magyarázza az ily gyermekeken észlelt subnormalis temperaturát (*Rauchfuss*), a pangás pedig az egyes esetekben észlelt epistaxisokat, bőrvérzéseket és a *Bednar* által leírt agyvérzést.

Igen gyakori melléktünet a dyspnoë. Az ezen állapotban szenvedő gyermekek kivétel nélkül igen csendesek, aluszékonyak, apathiásak. Ritkábban észleltek convulsiókat is (*Kelly* és *Ogston*).

Physicalis vizsgálatkor feltűnik a szívtompulatnak (különösen jobbfelé eső részének) megnagyobbodása. Néha a szív fölötti tájék kifejezett voussure-t mutat. A pulsus lehet normalis, de az esetek többségében mégis inkább arhythmjás, kihagyó, gyöngye, puha, könnyen elnyomható.

Hallgatódzaskor a szerzők a szívhangokat különbözőknek találták. Tiszta szívhangot ír le: *Walsche*, *Stoltz*, *Bednar*, *Ogston* (kinek esetében csak közvetlenül a halál előtt jelentkezett systolés zöreje), *Fränkel*, *Rauchfuss*, *Word*, *Ashby* és *Litten*. Systolés zörejt észlelt a szívcsúcson *Kelly*, *Pye-Smith*, *Gordon-Saunders*, míg az *Etlinger* által leírt esetben mindkét hang zörejes volt. *Hochsinger* esetében a szívcsúcson hallható második hang erős accentuációja volt feltűnő.

Diagnosisa e fejlődési rendellenességnek rendkívül nehéz. *Hochsinger*, ki nagy súlyt helyez az egyes congenitalis vitiumok körjelzésének megállapítására, fontos tünetként a nagy cyanosist s a tiszta szívhangok mellett a szívbasison hallható, abnormalisan erős, accentuált második hang jelenlétét említi, a mely azt mutatná, hogy a kis vérkörben nyomásfokozódás áll fenn. E mellett a septum-hiányt is felveszi, ha a szív felett ezenkívül valahol egy, a szívtiumokra nem lokalizálható zöreje hallható.*

Irodalom. 1. *d'Alton*: De cyanopathia ex permutata art. pulm. Bonnae, 1824. (*H. Meyer*). — 2. *Ashby*: The Journ. of anat. and physiol. 1882. XVI. Pag. 90. — 3. *Baillie*: Morbid Anatomy. 2. edit. 1797. (*Rauchfuss*). — 4. *Beck B.*: Archiv f. physiol. Heilkunde, 1846 S. 288. — 5. *Bednar*: Die Krankheiten der Neugeborenen und Säuglinge, Wien, 1852. — 6. *Bonnet*: Revue de Médecine, 1903 (*Weill*). — 7. *Bönninger*: Ref. Deutsche med. Wochenschrift, 1908. Nr. 3. — 8. *O. de la Camp*: Congenitale Herzleiden. Die Deutsche Klinik im Eingange des XX. Jahrhunderts. Berlin, 1907. S. 185. — 9. *Cockle*: Journ. für Kinderkrankheiten, Bd. 47. 1866 Pag. 384. — 10. *Crocker*: The Lancet, 1879. Bd. I. — 11. *Ducrest*: Schmidts Jahrb., Bd. 30. S. 175. — 12. *Eger*: Deutsche med. Wochenschrift, 1893. — 14. *Epstein*: Zeitschrift für Heilkunde, 1886. S. 293. (*Vierordt*). — 15. *v. Etlinger*: Archiv für Kinderheilkunde, 1885. VI. S. 117. und Berliner klin. Wochenschrift, 1882. S. 399. — 16. *B. Fränkel*: Berliner klin. Wochenschrift, No. 2. 1870. — 17. *Ferber*: Archiv der Heilkunde, 1866. (*Weill*). — 18. *Friedberg*: (*Rauchfuss* und *H. Meyer*). — 19. *Gordon-Saunders*: Journal of anatomy and physiol. 1893. Bd. XXVII. S. 404. — 20. *Hochsinger*: Wiener Klinik, 1891. Heft 2. és *Pfaundler-Schlossmann*: Handbuch der Kinderheilkunde, 1906. II. Bd. Pag. 439. — 21. *Holl*: Virchow-Hirsch Jahresbericht, 1882. I. Bd. 24. — 22. *Keil*: Dissertation Würzburg, 1854. (*H. Meyer*). — 23. *Kelly*: Virchow-Hirsch Jahresbericht, 1871. II. Pag. 100. — 24. *Lebert*: Ziemssens Handbuch der allg. Pathologie und Therapie. — 25. *Lees*: The Lancet, 1880. I. Pag. 132. — 26. *Litten*: Zentralblatt für innere Medizin, 1896. XVII. S. 1239. — 27. *H. Meyer*: Virchow's Archiv. Bd. 12. 1857. — 28. *Ogston*: Oesterr. Jahrbuch für Paediatrik, 1873. Bd. II. Pag. 169. — 29. *W. Osler*: Cyclopaedia of the diseases of children, Vol. Bd. II. Pag. 760. 1890. — 30. *Peacock*: On malformations of the human heart. London, 1866. — 31. *Max Peiser*: Ueber angeborene Herzfehler. Inaug. Diss. Greifswald, 1909. — 32. *Pope Chase*: The Lancet, 1882. Vol. II. Pag. 9. — 33. *Rauchfuss*: Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten. Tübingen, 1878. Bd. IV. S. 107. — 34. *Reefschläger*: Berliner klinische Wochenschrift, 1897. S. 81. — 35. *Rokitansky*: Die Defecte der Scheidewände des Herzens, 1875. — 36. *Saunders-Gordon*: The Journal of anat. and physiol. 1893. XXVII. Pag. 464. — 37. *Scheel*: Norsk Mag. f. Laegevid, 1907. No. 4. (Ref. Deutsche mediz. Wochenschrift, 1907. No. 17). — 38. *Scheerer*: Casop. lek. ecksk. Nr. 34—41. (Ref. Deutsche med. Wochenschrift, 1905. No. 43.) — 39. *Scott J. H.*: Journal of anat. and physiol. 1881. Pag. 302. — 40. *Schmidt Pye*: Virchow-Hirsch, Jahresbericht, 1872. II. Pag. 100. — 41. *Theremin* (*Tiedemann*) — 42. *Tiedemann*: Zeitschrift für Physiol., I. 1825. S. 111. — 43. *Vierordt*: Nothnagels spec. Pathol. und Therapie, Bd. XV. I. Theil, II. Abtheil. — 44. *Walsche*: Journal der Kinderkrankheiten, Bd. II. 1844. Pag. 305. — *E. Weill*: Traité clinique des maladies du coeur chez les enfants. Paris, 1895. S. 309. — 46. *Otto Wenner*: Virchow's Archiv, Bd. 196. S. 127. — 47. *Wistar*: Göttinger Gelehrter Anzeiger, 1817 (*Rauchfuss*). — 48. *Word*: Schmidts Jahrb., Bd. 70. Pag. 286.

* A *Budapesti Orvosi Ujság* 1910. évfolyamának 51. számában jelent meg *Entz Béla* dr. tollából egy cikk, a melyben egy 3 hónapos csecsemőre vonatkozó tiszta transpositio-esetet ismertet, nyitott foramen ovale és ductus Botallival, valamint leírja egy 3½ hónapos gyermek esetét, hol a septum ventriculorumon egy kis defectus volt, teljes transpositio mellett. E két esettel együtt nem 41, hanem 43 az irodalomból általam ismert esetek száma.

A végtagcsonttörések gyógyításmódjainak végeredményei a budapesti munkásbiztosítási választott bíróságnál tárgyalat pörök anyagából.¹

Közli: *Widder Bertalan* dr., műtőorvos.

A budapesti munkásbiztosítási választott bíróságnál 2¹/₂ év alatt a végtagok csonttörései után beállott munkaképesség-csökkenés miatt beadott kártérítési pörök közül 41 esetet tárgyaltak le véglegesen; ezekből állítottam össze statisztikailag, orvosi szakértők kimondása alapján, bírói ítélet megállapítása után a végeredményeket. Ezen esetek 2¹/₂—3 év alatt végeredményükben teljesen kialakultak, meg nem javíthatók, minél fogva legalkalmasabbak arra, hogy belőlük visszafelé következtetve, érdekes képét adják:

1. ama kezelési módszereknek, a melyeket úgy Budapesten, mint a vidéken a végtagok törésénél alkalmaztak,
2. kezelési időtartamnak,
3. utókezelési napok számának,
4. gyógyulási eredményeknek, melyek munkaképesség-csökkenése 10%-on aluli lőn és melyek állandóan rosszul gyógyultak maradtak.

A statisztikát ama pontos adatok alapján állítottam össze, melyek a bíróság rendelkezésére állanak, még pedig:

1. milyen volt a törés heveny alakjában?
2. miképpen kezelték?
3. meddig kezelték?
4. hol kezelték?
5. milyen volt a törés előtti keresetképeség?
6. milyen az a kezelés befejezte után és milyen az a pör tárgyalásakor?
7. milyen a Röntgen-kép?

Hogy mily fontos a végtagok csonttöréseinek jó eredményre vezető kezelése, azt itt nem kell hangsúlyoznom, de való az, hogy a társadalomban leginkább a munkásosztályt sújtja a rossz eredmény.

Roszul gyógyult csontjaival nem tudja többé ama terhes csont-izom-munkát végezni, a mit éveken át gyakorolt. Kiesik szakmájából, rendes kereset helyett tengődik, éhezik. Legtöbbnyire élete végéig a munkaadó vagy az állami országos munkásbiztosító pénztár évi járadékából tartja fenn magát, sokszor többtagú családját.

A munkások csonttörései legtöbbször igen súlyos lágyrész-sérülésekkel társulnak s így minden esetben nagyon fontos a kezelési methodus helyes megválasztása és a megfelelő szakszerű utókezelés.

A következő 15 összeállításból látható, hogy különböző végtagcsonttörés 41 esete közül 28 eset nagyfokú (állandó) munkaképesség-csökkenéssel, 13 eset 10%-on aluli gyógyult.

I. Czombcsonttörés 6 esetben: 2 nyílt (direct) törés, 2 a középső harmadban, 1 az alsó harmadban, 1 condylus-törés. — *Kezelésmódok:* 1 bádogsín súlynyújtással, 4 járó gipszkötés, 1 condylus-törés kezelés nélkül. — *Végeredmények:* 6 esetből rosszul gyógyult 6; 1 nagy rövidülés (munkaképesség-csökkenés bírói ítélet szerint 70%); 1 eset 165°-ú szögletben rögzítődés (48%); 1 eset izomsorvadás és rövidülés (48%); 2 eset álizület (100%); 1 esetben a condylus törtvég-darabja a térdizületbe hatolt, ankylosis a térdben, a végtag 1¹/₂ cm.-rel hosszabb (25%). — *Kezelési napok száma:* 5 esetben: 458 kezelési nap; 5 esetben: 534 utókezelési nap. Átlag egyre jut: 91³/₄ nap; utókezelésre: 106⁴/₅ nap.

II. Patella-törés 1 esetben. *Bardenheuer-féle* extenziós kezelés. — *Végeredmény:* Rosszul gyógyult; 160°-os merev csontos contractura. — *Kezelési napok száma:* extenzióban: 44 nap; utókezelés: 38 nap.

III. Tibiatörés 1 esetben. 8 cm.-rel az ízület felett. —

¹ A Magyar Sebészárság III. nagygyűlésén tartott előadás.

Kezelésmód: járó gipszkötés. — *Végeredmény:* 1¹/₂ cm. rövidülés (60%).

IV. Fibulatörés 2 esetben. 1 esetben az ízület felett 3 cm.-rel, a tibia malleolusa is letörtött; 1 esetben az alsó harmadban. — *Kezelésmódok:* 1 eset járó gipszkötéssel, 1 eset kezelés nélkül. — *Végeredmények:* 2 esetből 2 gyógyult (100%). — *Kezelési napok száma:* 38; utókezelés: 0.

V. Tibia és fibula együttes törése 5 esetben. 2 nyílt (direct) törés, 2 ferde törés az alsó harmadban. 1 a középső harmadban. — *Kezelésmódok:* 1 eset gypszsín súlynyújtással, 4 eset járó gipszkötéssel. — *Végeredmények:* 5 esetből 5 rossz eredmény. 1 esetben (gypszsín, súlynyújtás) 3 cm. rövidülés, csak mankóval biczeg (30%); 1 eset járókötéssel, 2 cm. rövidülés; 1 eset járókötéssel, 3 cm. rövidülés, óriási callus-tömeg (35%); 1 eset járókötéssel, álizület, a törtvégek egymásra toldottak (30%); 1 eset járókötéssel, 3 cm. rövidülés, az alsó törtvég a lábtöcsontok közé ékelődve, bokaizületi ankylosis (48%). — *Kezelési napok:* Rögzítéssel 286 nap; egyre jut 57¹/₅ nap. Utókezelés 190 nap; egyre jut 38 nap.

VI. Malleolusok törése 5 esetben. Egyoldalú 4 esetben. Kétoldalú 1 esetben. — *Kezelésmódok:* 3 gypsz járókötéssel, 2 kezelés nélkül. — *Végeredmények:* 2 eset 10%-on alul, 3 eset rossz. 1 esetben kétoldali törésnél bokaizületi ankylosis (60%); 2 esetben járókötéssel (10%-on alul); 1 esetben kezelés nélkül (10%-on alul); 1 esetben kezelés nélkül, bokaizületi ankylosis (40%). — *Kezelési napok:* Rögzítéssel 144 nap; egyre jut 48 nap. Utókezeléssel 378 nap; egyre jut 75⁵/₅ nap.

VII. Calcaneus (corpus) törése 3 esetben. *Kezelésmódok:* 2 esetben járó gipszkötés, 1 esetben fasín. — *Végeredmények:* 2 eset 10%-on alul, 1 rossz. 1 esetben (járókötés) bokaizületi merevség (60%); 1 eset gyógyult (10%-on alul); 1 eset (fasín) gyógyult (10%-on alul). — *Kezelési napok:* Rögzítéssel 98 nap. Utókezelés 40 nap.

VIII. Lábközépcsontok törése 3 esetben. *Kezelésmódok:* 2 eset járó gipszkötéssel, 1 eset kezelés nélkül. — *Végeredmények:* 1 eset járókötéssel, csontos merev lúdtalp (30%); 1 eset járókötéssel, complicatiókkal (70%); 1 eset kezelés nélkül jól gyógyult (10%-on alul). — *Kezelési napok száma:* Rögzítéssel: 147 nap; utókezeléssel: 91 nap.

IX. Lábujjperczek törése 1 esetben. *Kezelésmód:* Fasín. — *Végeredmény:* 10%-on alul. — *Kezelési napok száma:* 150.

X. Czombcsontnyak és trochanter major törése 1 esetben. *Kezelésmód:* Kötés nélkül. — *Végeredmény:* 1 esetből 1 rossz; a végtag 3 cm.-rel rövidebb, a troch. major darabja 2 cm.-rel magasabban van. Kötés nélkül feküdt 90 napig; utókezelés: 90 nap.

XI. Humerus-törés 2 esetben. Mindkettőben a középső harmadban. — *Kezelésmódok:* 1 esetben circularis gipszkötéssel, 1 esetben spiralis gypszsinnel. — *Végeredmény:* 2 esetből 2 rossz; 1 esetben 3 cm. rövidülés, almanagyságú callus akadályozza a könyök behajlítását (15%); 1 esetben (spiralis gypszsín) 1¹/₂ cm. rövidülés (10%). — *A kezelési napok száma:* Kötésben: 75 nap, egyre jut 37¹/₂ nap. Utókezelés: 48 nap, illetve 42 nap. A circularis gypszsínben nem volt ablak a törés ellenőrzésére.

XII. A radius és ulna együttes törése 1 esetben. 1 eset, közel a kéztőhöz. — *Kezelésmód:* Fasín. — *Végeredmény:* Rossz gyógyulás. Kéztőizületi ankylosis. — *Kezelési napok száma:* Kötésben 30 nap; utókezelés 52 nap.

XIII. Ulna-törés 5 esetben. 1 esetben az olecranon, 2 esetben a proc. styloideus, 2 esetben az alsó harmad törtött. — *Kezelésmódok:* 2 esetben gypszsín, 2 esetben circularis gipszkötés, 1 esetben nem történt kezelés. — *Végeredmények:* 5 esetből 2 eset 10%-on alul, 3 rosszul gyógyult. 1 esetben (olecranon, circularis kötés) könyökizületi merevség maradt (15%), 1 esetben (circularis gypszsín) 10%-on alul, 1 esetben (gypszsín, proc. styl.) a kéztő teljes merevsége (30%), 1 esetben (gypszsín, proc. styl.) szög alatt gyógyulás, az ujjak merevek (20%), 1 eset kezelés nélkül

10⁰/₀-on alul. — *Kezelésnapok száma*: Rögzítésben 189 nap, egyre jut 47¹/₄ nap. Utókezelés 193 nap, egyre jut 48¹/₄ nap.

XIV. Radius-törés 3 esetben: 1 esetben a collum alatt, 1 esetben a kéztőizület porcos része felett, 1 esetben a törtvég alsó része a kéztőcsontok közé ékelődött. — *Kezelésmódok*: 2 esetben fasínnal, 1 esetben gypszsínrel rögzítés. — *Végeredmények*: 3 esetből 1 eset 10⁰/₀-on alul, 2 rossz. 1 esetben (fasin) a kéztőizület mozgása 160⁰-ig (12⁰/₀); 1 esetben (fasin) álizület maradt, más töréssel volt komplikálva (100⁰/₀); 1 eset gypszsínrel kezelve meggyógyult (10⁰/₀-on alul). — *A kezelésnapok száma*: Kötésben 124 nap, egyre jut 41¹/₄ nap. Utókezelés 268 nap, egyre jut 89¹/₃ nap.

XV. Kézközépcsontok törése 2 esetben. Kezelésmódok: 1 eset kezelés nélkül, 1 eset gypszsínrel rögzítve. — *Végeredmények*: 2 esetből 2 rossz. 1 esetben (kezelés nélkül) kéztőizületmerevség (12⁰/₀), 1 esetben (gypszsín) a 70 napos kezelés és 215 napos utókezelés ellenére a II., III., IV. ujj első percze a kéztőcsontokkal ankylotizált (25⁰/₀). — *A kezelésnapok száma*: Rögzítés 70 nap. Utókezelés 215 nap.

Az A) táblázatból összegezve látható, hogy milyen módszert alkalmaztak az esetek kezelésében.

A)

	felső végtagot	alsó végtagot	összesen
Fa- vagy bádogsínrel kezeltek	4	3	7
Gypszsínrel	4	1	5
Circularis és járókötéssel (gypsz)	3	17	20
Egyik módszerrel sem kezeltetett (csak utókezelésben részesült)	2	6	8
Bardenheuer-extensio	—	1	1
	13	28	41

A B) és C) táblázatból összegezve láthatók a fentebb módszerek végeredményei:

B) 28 alsó végtagtörésnél: Járógypszkötéssel kezeltek összesen 17 esetet; ebből 3 eset 10⁰/₀-on alul, 14 eset rossz.

Fa- vagy bádogsínrel kezeltek összesen 3 esetet; ebből 2 eset 10⁰/₀-on alul, 1 eset rossz.

Bardenheuer-extensióval kezeltek 1 esetet, ebből 1 eset rossz.

Kezelés nélkül volt összesen 7 eset; ebből 4 eset 10⁰/₀-on alul, 3 eset rossz.

C) 13 felső végtagtörésnél: Circularis gypszkötéssel kezeltek összesen 3 esetet, ebből 1 eset 10⁰/₀-on alul, 2 eset rossz.

Gypszsínrel kezeltek összesen 4 esetet; ebből 1 eset 10⁰/₀-on alul, 3 eset rossz.

Fasínnal kezeltek összesen 4 esetet; ebből 4 eset rossz.

Kezelés nélkül volt összesen 2 eset, ebből 1 eset 10⁰/₀-on alul, 1 eset rossz.

A pörös esetekben a sérültek foglalkozása a következő volt: gépészlakatos 10, gyári munkás 10, vasutas 5, asztalos 4, állványozó 2, kőműves 2, bányász 1, hajómunkás 1, zsákhordó 3.

A 41 esetben a többség 20—30 év közötti, egy pár 40—50 éves és kettő 50—60 év közötti korú volt.

D) Állandó munkaképesség csökkenése miatt járadékot kap bírói ítélet alapján 41-ből 28 eset, még pedig:

	felső végtagon	alsó végtagon
Állandó izületi ankylosis	11 esetben	4
Nagyobb rövidülés	14 esetben	3
Álizület	3 esetben	1
	28	8
		20

A táblázatok mutatják, hogy a sérültek valóban állandó munkaképesség-csökkenésben szenvedtek 28 esetben; míg 13 esetben a bíróság a munkaképességcsökkenést 10⁰/₀-on alulinak ítélte.

A B) és C) táblázatból látható, hogy a gypszkötések és gypszsínrel kezelése dominál a kezeléseknél. A kezelés

nélkül (csak utókezeléssel) gyógyultakon a törést utólag, hónapok vagy hetek után állapították meg s így csak utókezelésben részesültek.

E) 41 eset végeredménye: ankylosis	11
álizület	3
nagyobb rövidülés a csonton	14
összesen	28

41 esetből állandó mozgási korlátoltság, javíthatatlan: 27.

Valóságban a 10⁰/₀-on aluli esetek sem tökéletesen gyógyultak, mert bár a csonttörés meggyógyult, de a részükben a lágyrészek működése még mindig korlátolt, de a 10⁰/₀-ot nem haladja túl és így az illetők állandó kártérítésre nem tarthatnak igényt.

Érdekesek a kezelés- és utókezelés-napok számáról szóló adatok; látható, hogy a 41 esetből direct kezelésben részesültek kezelésnapjainak száma 33 esetben összesen 2392 nap. Ezen idő alatt a sérült munkás teljes napi bérért kapja, tehát a munkaképességcsökkenés 100⁰/₀-át.

Noha az utókezelés összesen 2213 napot vett igénybe, az eredmény mégis nagyon mostoha. Ezen idő alatt már nem 100⁰/₀-os, hanem csak ideiglenes részleges kártérítést kap a sérült. Ez az összeg 100⁰/₀-a után törvényesen megállapított 60⁰/₀ alapszámításból indul ki. A hosszú utókezelés mindig azt mutatja, hogy a kezelésben volt valami hiba.

Kezeltek Budapesten 28 esetet, vidéken 13 esetet.

Tekintve tehát a táblázatok számait: az aránytalanul nagyszámú rosszul gyógyultak munkaképesség-csökkenésének állandó százalékszámait, a kezelés- és utókezelés-napok nagy számát, ezen adatokból visszafelé következtetve a következő 3 pontban állíthatom össze a végeredményeket és a belőlük folyó következtetéseket:

1. A módszerek közül bármelyik célhoz vezet, csak jól alkalmazzuk, nagy gondot fordítsunk az ellenőrzésre, az utókezelésre, a műtői javulatokra. Nem a kezelés és utókezelés napjainak nagy száma, hanem a megfelelő lelkiismeretes utókezelés fontos. Az utókezelés és egyáltalában a kezelés csak úgy lehet jó, ha a beteg kezelése kezdetétől gyógyulásáig együgyyanazon kezelőorvos kezében marad (nem lelkiismeretlen fürdősök és masszörök kezében).

2. Az eredmény a gypszkötéses kezelés mellett szól. Hogy a gypszkötésekben gyakoriak a rosszul gyógyult esetek, annak nem a módszer, hanem a kezelőorvos gypszelési technikája az oka (kivéve a csontok bizonyos betegségeit).

A ki tehát végtagcsonttörést gyógyít gypszkötéssel, az tanulja meg jól a gypszkötések technikáját, a csontok támasztó és distractióra alkalmas pontjait. Hagyjon ablakot a kötésben, hogy azon át Röntgen-képet kapjon ellenőrzés céljából.

3. Nemcsak az itt felsorolt esetekben, hanem az egész világon a jelenleg használatban levő módszerek közül nem a komplikált Bardenheuer-, sem a sínkezelés, hanem a gypszkötésekkel való kezelés dominál s minthogy úgy a gypszkötés, mint az utókezelések legtöbbször az orthopaedia körébe tartozik: üdvös lenne, ha a csonttörések kezelését, a hol csak kivihető, valamint a csonttörések kezelésmódjainak továbbfejlesztését az orthopaed sebészek körébe utalnánk.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

A. Neisser-E. Jacobi: Ikonographia dermatologica. Atlas seltener, neuer und diagnostisch unklarer Hautkrankheiten. Fasc. V. Tab. XXXVI.—XLIII. Urban und Schwarzenberg, Berlin und Wien. 1910.

Neisser és Jacobi kitaró buzgalmánál köszönhető, hogy az érdekes és értékes nemzetközi atlasznak immár az 5. füzetét jelent meg. A mitől kezdetben, a mikor a vállalkozás megindult, tartani lehetett, hogy t. i. a buzgalom az érdekes, részben még ismeretlen bőrbajos esetek szakadatlan gyűjtése,

közlése és természetű reprodukálása körül idővel ellankad, nem következett be, pedig erre már több ízben volt példa. Megfelelő időközökben pontosan megjelenik egy-egy füzet s lehető legjobb reproductióban ismerteti a megőrkítésre érdemes eseteket. Az atlasznak most megjelent 5. füzeté 8 kóralakot ismertet. Jóformán mind a 8 eset unicum-számba megy s így elsősorban a szakember figyelmére érdemes. Az esetek a következők: leishmaniosis ulcerosa cutis (*de Beurmann* esete, Paris), keratoderma maculosa diss. symmetr. palmaris et plantaris (*Buschke és Fischer*, Berlin), keratosis blennorrhagica (*Chauffard és Fiessinger*, Paris), morphea guttata (*Allan Jamieson*, Edinburgh), lichen ruber acum. atyp. capitis (*Müller*, Wien), dermatitis nodul. necrotisans tbc. (*O. Urban*, Breslau), dermatitis nodul. necrot. (*Werther*, Dresden), atrophia cutis retic. c. pigment., dystrophia unguium et leukoplakia oris (*Zinsser*, Köln). A színes ábrák legtöbbször jól sikerült, az esetek leírása pedig általában dicséretesen rövid.

Guszman.

Lapszemle.

Belorvostan.

A diphtheriából kigyógyultak torkában a diphtheria-bacillusok tudvalevően nagyon sokáig megmaradhatnak s ezzel az illetők veszélyessé válhatnak a környezetükre. A különböző eljárások (pyocyanase, formamint, soziodolnatrium stb.), melyekkel a bacillusokat el akarták tüntetni, nem vezettek eredményre. Újabban *Kretschmer* a berlini Virchow-kórház fertőző-osztályán a *Hartmann*-féle tonsillanyomót (Tonsillensquetscher) kísérte meg, abból a feltevésből indulva ki, hogy a diphtheria-bacillusok főleg a tonsillák lacunáiban rejtőznek. Az eljárás, a mely nem fájdalmas, csakugyan kedvező eredményre vezetett. (Medizinische Klinik, 1911. 3. sz.)

A köpet fehérjetartalmát vizsgálta *Gautz és Hertz*. Olyan módon jártak el, hogy 10 cm³ köpetet ugyanannyi destillált vízzel és 2 cm³ acidum aceticum dilutummal jól összerázva megsűrtek és a szüredéket felforralták. Fehérje jelenlétében kisebb-nagyobb fokú zavarodás, sőt pelyhes csapadék képződése áll be. Forralás közben a savanyúság csökkentésére cseppenként kálilúg adható a folyadékhoz, mire erősebben mutatkozik a reactio. Eredményeiket a következőkben foglalják össze: a köpet fehérje-reactiója könnyen és gyorsan végezhető; többé-kevésbé specifikus, a mennyiben a tüdőben jelenlevő gyuladással vagy vizenyőre utal; hörgőhurut esetében negatív a reactio, tüdőgümőkór esetében ellenben már a legkezdetibb szakban is pozitív reactiót kapunk. Ezek alapján a gyakorlatban jól használhatónak tartják a reactiót, különösen a tüdőgümőkór kezdeti szakának felismerésére. (Berliner klinische Wochenschrift, 1911. 7. szám.)

Sebészet.

A májat és az aortát átfúrta lövés után csak hetek múlva következett be sepsisben a halál *Momm* esetében. Az eset főleg azért érdekes, mert nem állott be halálos vérzés, noha a löveg teljesen átfúrta az aorta falát és az arteria femoralisig csúszott le. Ezt úgy magyarázza a szerző, hogy az aortát körülvevő kötőszöveti réteg ráhúzódott az aortán ejtett nyílásra és elzárta azt. Hozzájárult talán a vérnyomás erős csökkenése is, a melynek következtében ellentálló vér-árvadék képződhetett a behatolás helyén. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1910. 52. sz.)

A szívmassage-ról narcosis okozta tetszhalál eseteiben ír *Jurasz* a königsbergi sebészeti klinikáról. A közölt eset 50 éves nőre vonatkozik, a kit pylorus-rák miatt végzendő műtét okából altattak el; a syncope beállta után 8 perczzel megkezdett szívmassage-zsal, mesterséges légzéssel kapcsolatban, a szív fel volt éleszthető s a narcosis, valamint a műtét folytatása dacára rendesen működött tovább. Említésre méltó, hogy a feléledt szív működés a massage abba-

hagyására eleinte megszűnt, úgy hogy folytatni kellett művi támogatását. Az irodalomban eddig 64 eset van ismertetve, melyben a szívmassage-t megkísérelték; eredményes volt az eljárás 13 esetben, azaz 23:3⁹/₁₀-ban. A subdiaphragmális módszert 26 esetben használták, 11-szer eredménnyel; a thoracalis szintén 26 esetben, 2-szer eredménnyel; a transdiaphragmális masszált 12 eset mind halálosan végződött. A prognózis annál jobb, minél korábban indítjuk meg a szívmassage-t; 5 perczzel tovább semmiesetre sem szabad várni. A massage-zsal csaknem egyenrangú fontosságú az egyidejű oxygen-bevitel. Ha narcosis közben a szív működés megszűnik s a szokásos szívizgató eljárásoknak legfeljebb 5 perczzel folytatott alkalmazása eredménytelen maradt: a hasat nyissuk meg a középvonalban, fogjuk meg a diaphragmát keresztül hüvelyk-, mutató- és középujjunkkal a szívet és nyomjuk össze lassan, rhythmusosan. Egyidejűleg mesterséges légzést végezzünk, illetve a direct oxygen-insufflatiót vegyük igénybe, a bőr alá pedig szívizgató szereket adjunk. Minthogy nincs sok időnk a desinfectióra, a *Grossich*-féle jodtinctura-desinfectiót használjuk, masszáló kezünkre pedig steril gummikeztyűt húzzunk. Úgy a massage, mint a mesterséges légzés az első szívösszehúzódások és légvételek megjelenése után rövid ideig még folytatandó. Ha a diaphragmát feszesnek találjuk, nem marad más, mint a transdiaphragmális út, a mikor is főleg a pleura kimelésére kell törekednünk. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1911. 2. szám.)

Szülészet és nőorvostan.

A szülés utáni vérzések kezeléséről értekezik *Halban*. Súlyos atoniás vérzés eseteiben a méh-tamponadenak ő is nagy értéket tulajdonít, azonban egy momentumra hívja fel figyelmünket, nevezetesen arra, hogy a tamponade végbevitel előtt a méh belsejét okvetlenül minden esetben ki kell tapintani, mert sohasem lehet biztosan tudni, hogy az adott esetben tisztán méh-atonniával van-e dolgunk? Előfordulhat ugyanis, hogy valahol a méhben a lepény szövetéből kis részlet visszamaradt, vagy placenta succenturiata van jelen, vagy az atonián kívül a vaginának, esetleg a cervixnek sérülése következett be. Sok esetben tapasztalta, hogy a méhben ülő és szorosan tapadó véralvadék hasonló szerepet játszott, mint egy lepényrészlet. Ezen okokból véli szükségesnek a kitapintást, valamint azért is, hogy ilyen módon a betegre nagyon fájdalmas tamponade-ot esetleg elkerülhessük. A kitapintás technikája tekintetében egy módszerre hívja fel a figyelmet, a méh kitapintását ugyanis úgy végzi, hogy egyúttal intrauterin kimosást is végez. E célból az irrigator csövével a méhfenéig vezet be és permanens irrigatio közben végzi a kitapintást. Az irrigatiohoz forró lysoform-oldatot használ. Rendkívül meglepő, hogy mennyivel könnyebben sikerül így megtalálni a visszamaradt lepényrészleteket és megkülönböztetni a vértől és az anyai lepényfelülettől. A forró lysoform-kiöblítéssel egyúttal a méh erélyes összehúzódását válthatjuk ki és ezenfelül nem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy a lysoform az intrauterin beavatkozásnál antiseptikus hatást is fejt ki. Önként értendő, hogy az irrigatornak is megbízhatóan aseptikusnak kell lennie, a mit úgy ér el, hogy az egész irrigator minden szülés kezdetén csövestől együtt kifőzeti. Ha a méh a forró lysoformos kimosás után sem húzódik össze és ha a vérzés oka tisztán atoniára vezethető vissza, a méh kitérésével természetesen nem szabad késlekedni. (Zentralblatt für Gynaek. 1910 nov. 12.)

Gyermekorvostan.

A lordosis albuminuriát teszi tanulmány tárgyává *Piesen* (Prága) főleg iskolaegészségügyi szempontból. Olyan iskolás leányoktól, a kiken öt perczzel lordosisban állással fehérjevizelést tudott előidézni, azt kérdezte, hogy nincsen-e előírva iskolájukban az órák alatt bizonyos ülőhelyzetet elfoglalni. Sőtől azt a feleletet kapta, hogy előadók megkivánják, hogy az előadások alatt a keresztcsont felett

hátratarított karokkal üljenek. Szerző már most 3 különböző osztály gyermekeit megvizsgálta lordosisban való állás után előidézett albuminuriára, azután a fent leírt módon való ülés mellett esetleg jelentkező albuminuriára és azt tapasztalta, hogy az ilyen előírt ülés mellett ugyanazokon jelentkezett fehérjevizelés, mint a kiken a lordosisos állás is fehérjét eredményezett. Általában gyakrabban találta hasonló korú gyermekek közül a hosszabb növésűeken, a kiknek a veséit is a legtöbbszor mozgékonyabbnak találta. Végeredményben kimondja, hogy ilyen ugyancsak lordosis előidéző ülést a gyermekekre erőszakolni nem szabad. (Wiener klin. Wochenschrift, 1911. 1. szám.) Vas I. dr.

Bőrkórtan.

A jóindulatú bőrdaganatok kezelését ismerteti *H. Paschkis* (Wien). Ezeknek a különböző apró bőrdaganatoknak a kezelése részben a kis sebészet, részben a dermatologia körébe vág. Jelentőségüket legtöbbszor csak kozmetikai szempontból kell mérlegelnünk. Ugyanez a szempont jut legtöbbszor érvényre az eltávolításuk alkalmával is. A legközönségesebb ilyen daganatok a szemölcsök. Klinikai szempontból megkülönböztetünk kemény, lágy, fiatalkori (juvenilis) és öregkori (senilis) szemölcsöt. A közönséges kemény szemölcsök legegyszerűbb eltávolítása abban áll, hogy ollóval levágjuk s a helyüket lapispálczikával megérintjük. Ennek az eljárásnak a kozmetikai eredménye azonban nem szokott szép lenni s ezért csak a hajzatos fejbőrön alkalmas. A kézen levő szemölcsöket legjobb éles kanállal lekaparni s utána lappal megérinteni. A különösen kemény szemölcsök megpuhítását salicylszappan-tapaszsal végezzük. Olykor ez magában is elegendő hatást fejt ki, ha a felpuhulás után még arsenkénesező tapasz (*Beiersdorf-féle*) alkalmazunk. Nem nagyon kemény, tehát még csak kevésbé elszarusodott szemölcsök eltávolítására néha igen alkalmas az elektrolysis is. Az arsennek belső adagolása csak igen kivételesen vezet sikerre, még leginkább akkor, ha a szemölcsök hirtelenül, csoportosan támadnak. Tudnivaló, hogy a verrucák olykor spontán is eltűnnek, ha csak egy-kettőt távolítottunk el közülük.

Az úgynevezett verrucae juveniles kezeléséhez nem szükséges az operatív beavatkozás. Ezek ellenében teljesen elegendő az arsennek külső és belső alkalmazása. A legközönségesebb helyük az arc, különösen a homlok, továbbá a kézhát. Általános tapasztalás, hogy ezek az ifjúkori szemölcsök spontán is tudnak, sőt szoktak visszafejlődni. Az öregkori szemölcsök leginkább a háton, a nyakon és az arcon keletkeznek s jellemző rájuk barnás-feketés, piszkos színük és zsiros tapintásuk. Eltávolításuk rendszeren nem kozmetikai követelés, mert csak idősebb egyénekben fordulnak elő. Nem ritkán epitheliomák kiindulásául szolgálnak. Kezelésük legalkalmasabb módja a folyékony trichloreccetsavval való ecsetelés.

Sok gondot és nehézséget okoz a különböző naevusok kezelése. Ezek közül közönségesek az úgynevezett lencse-naevusok. Legjobb kezelésük a trichloreccetsavas edzés. Elég gyakoriak az úgynevezett gomb- vagy szemölcsnaevusok. Igen nagy szemölcsökhöz hasonlítanak s legjobb őket elektrolysisal eltávolítani. Sok figyelmet igényel a pigmentált és szőrös naevusok kezelése. A szőröket elektrolysisal kell eltávolítani. Ha ez sikerült, rákerül a sor a festék eltávolítására. Ez legtöbbszor igen nehéz feladat. Ha a festenyzettség kis fokú, akkor elegendő a $\frac{1}{2}$ —5%-os sublimatalkohollal való ismételt beecsetelés. Olykor a trichloreccetsavas ecsetelés is elegendő. *Paschkis* olykor a radiumsugarazástól is látott eredményt. Úgyes kézben néha a taetoválás is jó eredményt adhat. A fehér (kénsavas baryum) és sárga (ocker) anyagokkal való taetoválás sikeres decoloratiót idézhet elő. A naevusokkal részben összefüggésben vannak az annyira gyakori szeplők is. Ezek ellenében bizonyos prophylaxisos eljárások is beválhatnak, a melyek a chemiai sugarak visszatartására irányulnak. E tekintetben el kell kerülni a fehér, világos-kék és kékes-zöldes színű kalap, ruha és fátyol viselését, ellenben

hasznos, ha a chemiai sugarak iránt érzékeny egyének széles karimájú kalapot viselnek, a melyen a barna vagy sárga szín dominál. Tanácsos, hogy az ernyő is hasonló színű legyen. Sokat segíthet olykor egy ockerrel és umbrával kevert, nem fénylő pudernak (úgynevezett nap-puder) az alkalmazása is. Chinines vagy egyéb kenőcsöknek a prophylaxisos használata rendszerint károsnak bizonyul. A meglevő szeplők ellen igen jól beválik a következő kenőcs: Mercur. pp. alb., bismuth. subnit. aa gr. 5—15, ungu. simpl. ad gr. 100:0. Ezt a kenőcsöt elég erőlyesen kell bedörzsölni. Igen makacs természetű szeplő ellen 1—5%-os sublimatalkoholos ecsetelés is alkalmazható. Az ecsetelés csakis a pigmentes foltokra szorítkozik s olykor hetenként háromszor is ismétélhető. Arra azonban mindig figyelemmel legyünk, hogy a kezelés valahogyan hólyagos dermatitist ne okozzon. (Deutsche mediz. Wochenschrift 1911. 5. sz.) *Guszman* dr.

Orr-, torok- és gégebagok.

A hypophysis-tumorok endonasalis műtétére szolgáló módszerét *Hirsch* (Wien) 1909-ben közölte (Wiener med. Wochenschr. 1909. 12. sz.) s a múlt év elején a wieni orvosgyesületben két sikeresen operált esetét mutatta be (referálva az Orvosi Hetilap 1910. 45. számában); azóta még öt esetben végezte műtétét s utolsó három esetéről a wieni orvosgyesület 1911 január 13.-i ülésén számolt be. Egyik operált betege (57 éves nő) 7 éve szenvedett szédülésekben, 4 éve látási zavarokban (visus-csökkenés, látótérszűkület), a melyek mindinkább fokozódtak; a Röntgen-kép a sella turcica dimensióinak megnagyobbodását mutatta. A műtétet módszer szerint, helyi ézéstelenítéssel végezte: a septum submucosus resectiója, az iköblök megnyitása, a vomer és rostrum sphenoidale resectiója után a sella turcicát felvéve, a durát megmetszette, mire 2 evőkanálnyi véresen festenyzett, csillogó folyadék ömlött ki, a visszamaradó burkát a cystás tumornak kimetszette. A lefolyás igen kedvező volt, a beteg a műtét utáni 8. napon elhagyta a kórházat; látása néhány hét alatt lényegesen javult, subjectiv panasza megszűntek. A cystából kiömlött folyadékban cholesterin-kristályok voltak, falát duraszövet alkotta. Műtét után a beteg nyaka is karcsúbb lett, a hypogastriális zsírkötegek eltűntek, a hajhullás megszűnt s egyes ujjak izületeinek megvastagodása csökkent. Másik betege 29 éves akromegaliás nő volt, a kinek orra és kezei voltak megnagyobbodva s a ki óriási főfájásokban szenvedett; látótere szűkült volt. Módszerével mogorónyi tumor-részletet távolított el, melynek kórszövetani vizsgálata adenomát tüntetett ki. A lefolyás ezen esetben is kedvező volt, a főfájások megszűntek, a beteg, ki a műtét előtt aludni alig tudott, a műtét óta jól alszik; az akromegaliás tünetek lényeges változást nem mutattak. Harmadik betege 36 éves, adiposo-genitalis tyпуст mutató férfi, 7 éve volt beteg; aluszékonyság, adipositas, látás-zavarok (bitemporalis hemianopsia, opticusatrophia, a visus progrediáló csökkenése), impotentia, subnormalis hőmérsék voltak a tünetek. A műtéttel kis diónyi tumor-részletet távolított el (laphámrák). A beteg, ki a műtét után 4 napig jól volt, a 8. napon meghalt. A bonczolás igen nagy, javarészen intracranialisán kifejlődött s a sinus cavern.-ba benőtt tumort, kétoldali lobularis pneumoniát, bal oldali friss pleuritist s parenchymásan degenerált szívet állapított meg. *Safranek* dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Santonin-mérgezés esetét ismertette nemrégiben *Baxter*. 5 éves gyermek 3 centigramm santonin adása után véglegesen megvakult. Az esethez most megjegyzéseket fűz *Mayor*, a genfi egyetem therapia-tanára. Szerinte *Baxter* esetében az volt a baj, hogy ricinus-olajjal együtt adták a santonint, mert ilyen módon könnyen felszívódhatott és az illető praedisponált egyéneken kifejtette káros hatását. Legjobb a santonin por alakjában adni, mint a mely alig oldódik s így nem is szívódhat fel nagyobb mennyiségben, károsító hatását a

bélférgekre pedig annál inkább kifejtheti. Gyenge egyéneknek a rendes adagnál kisebbet kell adni és sárgalátás (xanthopsia) jelentkezésekor tüstént abba kell hagyni a további használatát. (Semaine médicale, 1911. 4. szám.)

A sabrominnal ideges nyugtalanság és álmatlanság eseteiben nagyon jó eredményeket ért el *Mitterer*. Átlagban 1 grammot adott, 2 grammnál többet sohasem. A hatás 2¹/₂—3 óra múlva szokott beállani. (Klinisch-therap. Wochenschrift, 1910. 44. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1911. 8. szám. *Fehér Gyula*: Szemészeti közlemények. *Molnár Vilmos*: Szülés intact hymen mellett

Orvosok lapja, 1911. 8. szám. *Tauszk Ferencz*: A tüdőbetegek gyógykezelésére alkalmas helyek kiválasztása.

Budapesti orvosi újság, 1911. 8. szám. *Soltész Elek*: A Butenko-féle vizeletreactio értékéről paralysisnél. *Werner Sándor*: Urogenitalis gümőkórhoz csatlakozott Addison-kór.

Vegyes hírek.

Kitüntetés. A király *Goldzieher Vilmos* dr. egyetemi czimzetes tanárnak a m. kir. udvari tanácsosi czímet, *Brandt József* dr. nyugalm. kolozsvári nyilvános rendes egyetemi tanárnak a magyar nemességet adományozta.

Kinevezés. A székesfehérvári tűzoltó-utczai új kórház belgyógyászati osztályához *Benedict Henrik* dr.-t és *Kovács József* dr.-t, sebészeti osztályához pedig *Winteritz Arnold* dr.-t nevezte ki a főpolgármester főorvossá. — *Tarnay Emil* dr.-t a nagyikindai, *Diél Károly* dr.-t a zombolyai közkórházhoz főorvossá, *Rothauser Lajos* dr.-t a tósziget-csilizközi járás orvosává, *Lukits Miroslav* dr.-t a pécsi közkórházhoz másodorvossá nevezték ki.

A budapesti kir. orvosegyesület január 21.-én tartott rendkívüli ülésével, a melynek lefolyását „Tudományos társulatok“ rovatunkban közöljük, adott át rendeltetésének az egyesület új üléstermét, a mely a régivel ellentétben nagy (mintegy 500 főnyi) hallgatóságnak nyugt. kényelmes helyet. A földszinti előcsarnokból két átjárás visz az ülésterembe, melyben az előadói és elnöki emelvény mögött nagy fehér terület szolgál a vetített képek számára; ezt a területet rendes körülmények között függöny takarja. A díszes terem befogadó képességét az elnöki emelvényekkel szemben levő karzat is növeli. A földszinten vannak még elhelyezve a külön váró- és vizsgálószobák férfi- és nőbetegek részére. Az új ülésterem építésével felszabadult az I. emeleten a régi ülésterem, a mely most három részre osztva, kényelmes otthont ad az egyesület gazdag könyvtárának; az egyik olvasószoba nem dohányzóknak részére van fenntartva. Az I. emeleten van a társalgó is. A II. emeleten találjuk az orvostörténeti múzeumot, az Országos orvosszövetség hivatalos helyiségét és a szakosztályi üléstermet. Az építés és átalakítás költségei mintegy 200.000 koronára rúgtak, a mely költség fedezésére jó részben az 50%-kal felel meg tagdíj szolgál; örömmel kell megjegyeztünk, hogy a tagdíj ezen jelentős emelése nem csökkentette a tagok számát.

A nagyszentmihályi Berta-közkórházban a múlt évben 1600 (1078 férfi és 522 nő) beteget ápoltak; a halálozás százaléka 3.75. Sebészi műtétet 265, szemészeti 30, szülészi 19 esetben végeztek. A *Tenner Vilmos* dr. kórházi igazgató által gondosan szerkesztett füzet a múlt év nyarán elkészült új kórházépületek leírásával kapcsolatosan ismerteti az 1882-ben gróf *Nákó Kálmán* létesítette 12 ágas kórház fejlődését a jelenlegi 200 ágas modern kórházzá.

Meghalt. *Ignea Szilárd* dr. kórházi orvos 30 éves korában február 18.-án Lugoson. — *Kelsch* dr., a francia hadsereg egészségügyi szolgálóinak vezetője, szakmájába vágó számos dolgozat szerzője, 67 éves korában. — *A. Severi* dr., a törvényszéki orvostan tanára Genovában. — *G. Mya* dr., a gyermekorvostan tanára Florenzben, 53 éves korában. — *Chr. Bohr* dr., az életlan tendes tanára a kopenhágai egyetemen. — *S. Lustgarten* dr. New-Yorkban, január 22.-én 54 éves korában. Az elhunyt régebben a bőrkórtan magántanára volt a bécsi egyetemen s később New-Yorkban telepedett le mint bőr-specialista.

Hírek külföldről. A párisi egyetem orvosi karán az egyik üresedésben levő belorvostani tanszékre *Chauffard* tanárt helyezték át, a ki eddig az orvostörténelmi tanszéket töltötte be. Ugyanott új hydrologiai tanszéket szerveztek. — Marburgban *Guido Fischer* dr. greifswaldi magántanárt a fogászati intézet vezetőjévé nevezték ki rendkívüli tanári minőségben. — *G. G. Davis* dr.-t a philadelphiai Pennsylvania-egyetemen az orthopaedia tanárává nevezték ki.

A „British medical association“ ez évi nagygyűlését Birminghamban tartja július 25.-étől 28.-áig. A nagygyűlés vezetősége fölkérte egyebek között *Onodi A.* budapesti egyetemi tanárt, hogy az orrgyógyászati szakosztályban az orr melléküregeinek genyedései okozta szem- és orrtünetek körjelzéséről és gyógyításáról folytatandó vitát referáló előadással vezesse be.

A nemzetközi sebészársaság 3. congressusát f. évi szeptember 26—30.-án tartják meg Brüsszelben. Tárgyak: 1. A tüdő és mellhártya sebészete. Referensek: *Garré* (Bonn), *Gaudier* (Lille), *Girard*

(Genève), *Lenormand* (Páris), *Fergusson* (Chicago), *van Stockum* (Rotterdam), *Sauerbruch* (Zürich), *Friedrich* (Marburg). 2. Colitis. Referensek: *Sonnenburg* (Berlin), *Segon* (Páris), *Gibson* (New-York) *D'Arcy* és *Power* (London). 3. Pancreatitis. Referensek: *Michel* (Nancy), *Körte* (Berlin), *Giordano* (Velence). A congressus főtitkára: Prof. *Depage*, Avenue Louise 75, Brüsszel. A congressussal kapcsolatban a csonttörésekre vonatkozó kiállítás rendeznek (készítmények, moulage-ok, radiogramok, rajzok, készülékek stb.).

Az idegrendszer anyagcseréjének emelése az idegszövetekre, közvetve az egész test táplálására kedvezően hat vissza. Ez alapon magyarázható a természetes glycerophosphatnak, a lecithinnek antineurotikus és testsúlyt gyarapító hatása. Gyermekknél rachitis és scrophulosis ellen télen a lecithines csukamájolaj, Oleum jec. as. c. lecithino Richter, nyáron a Lecithin granulée Richter, felnőttek idegessége és lesóványodása ellen a Richter-féle Lecithin- és Bromlecithin-tabletták ajánlhatók.

„Fasor- (Dr. Herczel-féle) sanatorium.“ Magán-sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek részére, Budapest, VII., Városligeti fasor 9. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon. Mérsékelt árak. — Kívánatra prospektus.

DR. MÁHLER SANATORIUMA, ABBAZIA
belbetegek — spec. szívbetegek és üdülők részére.

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

Orvosi labororium: Dr. MÁTRAJ GÁBOR v. egy. tanársegéd. Telefon 26—96. VI., Teréz-körút 27.

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

Dr. Stein Adolf RÖNTGEN-LABORATORIUMA. VII., Rákóczi-út 26. fidsz. 1. Telefon 112—95.

Dr. Widder Bertalan operateur testegyenestítő (orthopádia) intézete csont- és izületi (tuberculotikus, angolkóros, rheumás, elgörbült) betegeknek. Budapest, IV., Kossuth Lajos-utca 10. Magyar-utca sarok. Rendel: d. e. 11—12-ig, d. u. 3—5-ig. Szegényeknek díjtalanul.

Ujtátrafüred Sanatorium
légzőszervi betegek részére. Legmodernebb kényelem — központi fűtés — villanyvilágítás. Gondos ápolás, állandó orvosi felügyelet. Mérsékelt árak. Prospektus. Vezető főorvos: *Szontagh Miklós* dr. Egész éven át nyitva.

:: **San-Remo** ::
téli klimás gyógyhely az olasz Riverián. A „Grand Hotel de Nice“-ben fekvő csarnokok és magyar ápolónő, a Continental et Palace szállóban minden emeleten meleg tengeri fürdő. Felvilágosítást készséggel nyújt *Czirfusz Dezső* dr. kir. tanácsos.

Tamássy Park-sanatoriuma
Dunaharaszttiban (Budapestről villamosközlekedés). Külön osztály vérbaajosok, húgyszervi megbetegedésben szenvedőknek.

Dr. GARA GÉZA, Meran. SANATORIUM. PROSPECTUS.

Epileptikus betegek intézete BALF gyógyfürdőben. Felvilágosítással szolgál *Wosinski István* dr., igazgató-tulajdonos. Vagyontalan betegek a nagyméltóságú m. kir. belügyminiszterium előzetes engedélye alapján az országos betegápolási alap terhére vétetnek fel.

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

Gyermeksanatorium PORTORÉ
(Fiume mellett) 100 ágyra berendezett modern intézet. Egész éven át nyitva. Igen mérsékelt árak. Igazgató-főorvos: *Rajnik Pál* dr. — Prospektus.

Röntgen- és elektrotherapiai kurzus májusban. Jelentkezéseket elfogad *Reiniger, Gebbert* és *Schall* részvénytársaság.

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

MATTONI-FÉLE LÁPKIVONATOK
fürdőkhoz.

:: LÁPSÓ :: száraz kivonat ládákban à 1 kiló	LÁPLÚG folyékony kivonat üvegekben à 2 kiló
---	--

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. Budapesti kir. Orvosegyesület (I. rendes ülés 1911 január 14.-én. Rendkívüli ülés 1911 január 21.-én.) 146. l. — Közkórházi Orvostársulat. (XVII. évf. záró közgyűlés 1910 decz. 30.-án. I. bemutató szakülés 1911 január 11.-én.) 148. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(I. rendes ülés 1911 január 14.-én.)

Elnök: **Preisz Hugó.** Jegyző: **Fáykiss Ferencz.**

(Folytatás.)

Az orbitába, a rostasejtekre és mindkét homloköbölbe áttört szemhéjrák kiirtása; plastika.

Pólya Jenő: V. J. 72 éves földművesnek állítólag 7—8 év előtt keletkezett egy kis sebe a bal medialis szemzúg táján, mely azóta folyton nő. Felvételekor a Szt. István-kórházba az orbita felső szélét és az orrhátat elfoglaló kemény, felhánt szélű fekély, mely erősen a csonthoz rögzített. A szemhéj duzzadt, szemét nyitni nem tudja, a szem maga ép. Műtét november 14.-én. A fekély bőrén az ébren körülmeteszük, exenteráljuk az orbitát, kiirtjuk a rostasejteket, melyekbe a rák már betört volt, ép úgy mindkét sinus frontalis elülső és alsó falát, melyek szintén rákosan usuráltak, valamint mindkét os nasale s a processus frontalis maxillae sinistrae egy részét. Hátra kinyitjuk az iköblöt, mely azonban már nem bizonyul rákosnak. A nagy sebfelületet megpaquelinezzük. Tamponade. Második műtét december 12.-én. A nagy defectust egy a halántéktájáról vett lebenynyel fedjük be. A secundaer defectust Thiersch-lebenyekkel fedjük. A lebeny befedi nemcsak az orr és sinus frontalis defectusát, hanem az orbitát is, mely ily módon jelenleg az orrnak egy melléküreget alkotja. A gyógyulás mindkét műtét után simán és teljesen láztalanul ment végbe, a plastikus lebeny kifogástalanul megtapadt.

Tonsillarák kiirtása.

Pólya Jenő: Sz. Gy. 46 éves munkásnő 6 hó óta veszi észre, hogy torkában daganat nő, mely különösen az utolsó hetekben igen fájdalmas, úgy hogy szilárd ételeket egyáltalán nem tud nyelni.

Felvételekor a Szt. István-kórházba a bal tonsilla táján körülbelül gyermekökölnyi kifehélyesedett daganat, a nyakon, különösen a glandulae jugul. prof. superioresnek megfelelőleg jókora diónyi kemény daganat.

Műtét november 22.-én. A masseter alatt egy négy-szögletes bőrlebenyt irunk körül, ezt felpraeparáljuk, a sebet lefelé a sterno-cleido-mastoideus mentén meghosszabbítjuk, a regio submaxillaris képleteit egy darabban távolítjuk el és kiirtjuk a vena jugularis internán lévő mirigyeket, melyek közül az egyik szilva mekkoraságú, a többi bab-borsónyi.

Most a szájúgtól a nyaksebbe vezetünk egy metszést, átfürészljük a masseter tapadása előtt az állkapcsot és felhágó ágát *Mikulicz* szerint enucleáljuk. Így bőséges terünk nyílik a nyelvgyökre is ráterjedő tonsilla-ráknak kiirtására. A defectusba most már befördítjük a műtét elején készült, a masseteren lógó bőrlebenyt és egyesítjük a garatfalon, szápadon, nyelvgyökön és pofanyálkahártyán levő nyálkahártyaseb széléivel. Majd bevarrjuk a pofanyálkahártya sebé s a borseb legnagyobb részét. Ennek legmélyebb pontját drainezzük, a parotis tájára pedig egy gázecsikot vezetünk.

A gyógyulást a befördített bőrlebeny szélének elhalása komplikálta, ennek folytán néhány napig kicsurgott kevés étel a parotistáján. Ez azonban csakhamar megszűnt. A fonálkiszedés után a 8. napon a külső pofavarrat is kissé szétvált, egészében azonban a seb szépen meggyógyult s jelenleg csak a tamponad helyén van egy lencsényi kis felületű sarj-felszín. A beteg nyelése kitogástalan, a tonsilla helyén a transzplantált bőrlebeny jól látható. Az állkapocs felhágó ágának kiizelése folytán az alsó fogsor $\frac{1}{2}$ cm.-rel áll a felső mögött, a rágást azonban ez nem akadályozza.

(Rendkívüli ülés 1911 január 21.-én.)

Elnök: **Dollinger Gyula.** Jegyző: **Blaskovics László.****Dollinger Gyula** elnök a következő beszéddel nyitja meg az ülést:

Tisztelt Egyesület!

Nagyon boldognak érzem magamat, hogy nekem jutott a szerencse, hogy egyesületünknek átalakított házat és hozzáépített új termét én adhatom át a használatnak.

Egy esztendeje, hogy *Tóth Lajos* ministeri tanácsos úr előterjesztése alapján *Korb* és *Girgl* építész urak tervei szerint az építkezést elhatároztuk. Hogy ezt a kilátásba helyezett időszak alatt teljesen be nem fejezhettük, annak a nyár folyamán lefolyt egynehány ipari sztrájk volt az oka. Ezen idő alatt *Kétly Károly* tanár úr klinikájának nagy termét engedte át használatra az egyesületnek, úgy hogy heti üléseinket részint ott, részint pedig *Jendrassik* és *Korányi* tanár urak klinikáin rendszeren megtarthattuk.

Ma megnyílt előttünk ez a fényes terem, hogy ezentúl tudományunk szentélyéül szolgáljon. Azt hiszem, az átalakított épület összes helyiségei meg fogják nyerni a tisztelt tagtárs urak tetszését és meg fogják nekünk adni azt a kényelmet, a melyet a régi helyiségekben már annyira nélkülöztünk. A pitvar a ruhatárral, a betegek váró és vizsgáló szobája, az I. emeleti társalgó, a könyvtár elhelyezése, a nagy olvasószoba, a dolgozószoba, a kis üléstermek mind jól sikerültek és mielőtt tervezett beutorzásuk teljesen be lesz fejezve, igényeinket mindenestre ki fogják elégíteni, ez a mi nagytermünk pedig legközelebb megérkező kényelmes ülőhelyeivel, tágas karzatával, fényes világításával, úgy hiszem a legkényesebb igényeknek is teljesen meg fog felelni.

Hogy meddig, azt megjósolni nem tudjuk. De ha tekintetbe vesszük, hogy ez a mi egyesületünk nem csupán a budapesti orvosok igazi és állandóan működő Továbbképző Intézete, hanem magyar Orvosi Akadémiát is pótol és ha azt az expansiv erőt tekintjük, a mely az utolsó évek rohamos fejlődését vonta maga után, akkor annak a feltevésnek a jogosultsága sincs egészen kizárva, hogy ezen új, kibővített formájában talán annyi ideig sem fog bennünket teljesen kielégíteni, mint a meddig tette azt régi, szűk formájában. Ha ez valóban bekövetkeznék, nem lenne okunk sajnálkozni rajta.

Most pedig rójjuk le a hála adóját azokkal szemben, a kiknek ezen kényelmes helyiségekért hálával tartozunk. Első sorban *Tóth Lajos* ministeri tanácsos úrnak, mint építőbizottságunk fáradhatatlan elnökének, a ki egyéb nagy elfoglaltságához még ennek az építkezésnek a gondjait is hozzácsatolta és *Korb* és *Girgl* építész uraknak, a kik szak tudásukkal, továbbá magas műzslésükkel ezt a házat éppen olyan kényelmessé, mint hájossá tették. Hálás köszönettel tartozunk továbbá *Kétly Károly* tanár úrnak azért, hogy az építkezés idejére, míg hajléktalanok voltunk, bennünket a klinikáján vendégül szívesen látott. Ajánlom, hogy az egyesület mondjon a nevezett uraknak jegyzőkönyvileg köszönetet és értesítse őket erről jegyzőkönyvi kivonatban.

És most azzal a hő kívánsággal adom át e házat rendeltetésének, hogy honoljon benne mindenkor collegialis egyetértés és hulljon az itt tartott előadásokból és tárgyalásokból minél bővebb áldás a szenvedő emberiségre.

Azután meleg szavakkal üdvözlö az elnök *Adler Alajos* dr.-t ötvenéves orvosdoctori jubileuma alkalmából, a kinek tiszteletére barátai emlékermet készítették, a melynek egy példánya az orvosegyesület muzeumában fog elhelyeztetni,

Újabb nézőpontok a pharmacológiában.

Bókay Árpád: Mindenekelőtt *Balassa Jánosról* emlékezik meg a következő módon:

A kegyelet, mely évenként egy estén felújítja *Balassa János* emlékét s nem engedi, hogy előttünk, magyar orvosok előtt, az ő neve is, mint annyi másé, elhomályosuljon: kötelességemmé teszi, hogy mielőtt megtisztelő megbízatásomnak engedelmessé, szakom köréből vett ünnepi előadásomat megtartánám, *Balassa János* személyével foglalkozzam néhány perczen át.

A maga korában ritka tudású bűvárt és tanárt, az Isten áldotta sebészt, a philantrop orvost ékes és igaz szavakkal méltatták már azok a férfiak, a kik hasonló ünnepi alkalmakkor előttem szólottak. Engedjék meg ezért nekem, hogy én egy új oldalról állítsam önök elé *Balassa* alakját s mint a közélet emberét tekintsem, a kit hazafias érzéseinek parancsszava a liberalis-progressiv eszmék képviselőjévé avatott, úgy a korabeli orvosi társadalomban és az egyetemen, valamint a polgári világban.

A liberalismusában ma is utolérhetetlen *Eötvös József* barátját, tanácsadóját, bizalmasát a reactio dékánja, *Tognio Lajos* és czinkostársai az Ujépület börtönébe juttathatták, tanszékétől megfoszthatták, de el nem némíthatták, mert midőn tanszékét visszanyerve, a fakultáson ismét szembekerülhetett a haladás ellenségeivel, ismét felvette ellenük a harcot s élete utolsó napjáig folytatta, mint *Lumnitzer* mondja, „az egyetemi szabadelvű reformok, a korszerű újítások s a szabad tanítási rendszer érdekében“. Ő volt a katedra szabadságának első szószólója egyetemünkön, melynek az 50-es években még árnyékát sem láthatjuk s ő volt az, a ki a tanári székek betöltése körül a szűkkeblű antiliberalis vallási kérdések kiküszöbölését követelte akkor, mikor *Hirschler Ignác*ot, mert zsidó volt s id. *Bókay Jánost*, mert evangélikus volt, *Stockinger Tamás* és társai nem akarták habilitálni. De nemcsak a szabad szellem bajnoka volt *Balassa*, hanem a hazafias szellemé is, de nem azé az elzárkózó hazafiságé, mely nem enged magához idegen eszmét, bármily magasztos legyen is az, idegen culturát, bármily hasznos és áldásos legyen is az, mert rövidlátó önteltséggel mindent önmagából akar kifejleszteni: az ő hazafisága a természettudós lelkén átszűrődött és megtisztult érzés volt, mely be akarja kapcsolni hazáját a munka érdeme alapján és annak segélyével a culturnemzetek lánczába. Ma is megszívlelhetnék sokan, a kik az elzárkózás rövidlátó és hamisan nemzetinek nevezett politikáját szeretnék követni, *Balassa* következő igaz szavait: „Az emberi ész műveletei azonosak mindenütt, hol Istennek e nemes teremtménye él és szellemileg működik s egy és örök a természetnek rendje, melyet az emberi halandó tudási szomjában leleplezni törekszik; és nincs tétele a tudományban, mely ha igaz, bárhol hamisnak nyilvánulhatna!“ — „Mi, kik a tudományt áldozunk, bármily faj- és nemzetbeliek legyünk, mindannyian egy közös földet, a természet rengeteg földjét műveljük; a midőn annak rejtélyei körül világosságot keresünk, határt és gátat nem ismer s óvár szellemünk; s merüljön föl az igazság, bár itt vagy a távol földön, édes tudásunk tárházába készen befogadjuk azt.“ „Az emberi nem különvált tömegei és csoportjai között oly kapocs a tudomány, mely által azok egybefűzetnek és oly szellemi lánczolat, melynek szemeit a művelt nemzetek nemes versenynyel törekszenek egymásba fűzni. Ily verseny a mi feladatunk, melyben, ha magyarokként férfiasan foglalhattunk állást és ha a küzdelemnek győzelmében részesek lehettünk, emberül leróttuk a tartozást, melylyel édes hazánk irányában köteleztettünk.“ Ezekkel az aranszavakkal nyitotta meg *Balassa János* az Orvosi Könyvkiadótársaság II. közgyűlését, azét a társulatét, mely az ő kezdésére oly célból alakult, hogy az orvostudomány külföldi nagyjainak munkáit hazai nyelvünkre átültetve, ezek megismerése alapján és segélyükkel orvosi culturánk oly fokot érjen el, hogy az akkor még valóban zsenge hazai orvosi irodalmunk „elevenebb lendületnek induljon.“ És ezzel az okos, nemes és tisztult hazafisággal

tényleg meg is alapozta *Balassa* a magyar tudományos orvosi irodalmat, mely mint elég erőre kovácsolt lánczszem, becsülettel illeszkedett máris belé a művelt nemzetek szellemlánczába. A szellemi szabadság, a progressiv törekvések, az elfogulatlan hazafiság szószólóját és munkását ünnepelem ma e díszes körben, midőn megemlékezem *Balassa Jánosról*. Kövessük őt öregek és fiatalok, de különösen azok, a kiket hivatásuk, sorsuk és tehetségük előbbre állított, a kik az utat mutatják, a kik a példát adják. Ha így lesz, úgy egészséges marad culturánk azon nem csekély jelentőségű részletének jövő fejlődése is, mely reánk, az orvostudomány művelőire van bízva.

Ezután tért reá *Bókay Árpád* előadása tulajdonképpeni tárgyára. Mint mondja, csak mozaik-képet adhat, de a kép biztató a jövő haladás szempontjából. Mindenekelőtt a *colloid chemia* befolyásáról a pharmacologiai felfogásra szól. A sók hatását, a desinfectiók szerek hatásának mechanizmusát, a narcosis létrejöttének módját a colloidchemia szemüvegén át nézve, sok homályos pontja a gyógyszer-tannak világosodik meg előttünk. Érdekes, hogy az ő intézetéből kerül ki azon dolgozat, mely a narcosis létrejöttében nagy szerepet tulajdonít azon körülménynek, hogy a központi idegrendszer idegsejtjeibe nem juthat be elegendő mennyiségű oxygen a lipidokban való kedvező oldhatóságuk miatt oda betolakodott narcoticumok miatt. A narcosis tehát az idegsejtek oxigén-szegénységével függ össze.

Második része az előadásnak a szervezet belső desinfectiójának kérdése volt, az *Ehrlich*-féle organotropia és parasitotropia megbeszélésével, az atoxyllal és az arsenobenzollal végzett kísérletek alapján. Az előadó conclusiója az volt, hogy a szervezet belső desinfectiója jól ismert vegyi agensekkel nemcsak hogy nem kilátástalan, hanem a legfényesebb jövőt igéri.

Az előadás harmadik és legterjedelmesebb része a szerek secretumai hatóanyagainak, a *Starling* és *Bayliss* által hormonoknak nevezett anyagoknak szerepét fejtegeti és azon chemiai correlatiókat, melyek a különböző szervek harmoniás együttműködését biztosítják. Mivel ezen hormonok a vegetatív idegrendszer közvetítésével fejtik ki hatásukat, vázolja az előadó a vegetatív szervek innervatióját illető legújabb eredményeit, szól a sympathikus és autonóm idegrendszer egymáshoz való viszonyáról, úgy mint azt *Gaskell* és *Langley* vizsgálatai elének állították. Kifejezi azon reményét, hogy megismerve majd az egyes hormonok chemiai structuráját, úgy a mint megismertük már az adrenalinét, elő fogjuk tudni állítani azokat mesterségesen is, a mint előállítottuk már az adrenalint is s ha szükség lesz a szervezetben rájuk, adagolni is lehet majd azokat; továbbá megismerve keletkezésük közelebbi viszonyait, képződésük fokozása vagy korlátozása kezünkben lesz. Hogy ennek lehetősége nem chimaera, azt példákkal is bizonyítja éppen intézetében végzett kísérletek alapján. Segédje, *Mansfeld* dr. kiderítette például, hogy a thyreoida hormonjának képződését oxigénhiánnyal, az adrenalin képződését pedig nicotinnal lehet fokozni stb. Rendkívül tág tér nyílik ez irányban a pharmacologiai búvárkodás számára, s csak annak a latin közmondásnak kárlelhetetlen igazsága szomorú számunkra, hogy „ars longa, vita brevis“.

Dollinger Gyula elnök a megtartott előadás után a következő beszédet intézte az ünnepi előadóhoz:

Tisztelt tagtárs úr!

Engedje meg, hogy most egynéhány szóval elmondjam azon indító okokat, a melyek egyesületünk igazgatótanácsát vezérelték, a mikor ez alkalommal önt tüntette ki a *Balassa*-éremmel és szavakban adjak kifejezést azon érzelmeknek, a melyek *Balassa*-előadásának megtartása után bennünket el-töltöttek.

Mindazon tagtárs urak között, a kik eddig egyesületünkben *Balassa*-előadást tartottak, *Balassa* személyéhez ön áll legközelebb, azon szoros barátságánál fogva, mely az ön felejthetetlen édesatyját *Balassához* fűzte. Ezen barátság a

jellemek nemességén kívül lelkesítő eszméik közösségén alapult. Együtt haladtak ők orvosi rendünk élén és hazai orvosi tudományunk fejlődésére egyenlő nagy befolyással voltak. *Balassa* volt a magyar sebészetnek, *Bókay* a magyar gyermekgyógyászatnak a megalapítója. *Balassa* szelleme tanítványai-ban és unokatanítványai-ban ma is itt él közöttünk, *Bókay* azonban annyiban volt szerencsésebb, hogy orvoscsaládot alapított és azóta, hogy körünkől eltávozott, két fiában megduplázva működik tovább is tudományunkban, orvosi közéletünkben és orvoskari tanártestületünkben. Idősb *Bókay Jánost* orvosi kvalitásán kívül egyéb kitűnő emberi tulajdonságai között példátlan kötelességtudás és fáradhatatlan munkásság jellemezte. Hogy ezek igazán jellembeli sajátságok voltak, mutatja az a tény, hogy mint faji sajátságok átszálltak családjára és abban állandósultak.

Tisztelt tagtárs urat ezen igen becses szellemi és jellembeli örökség korán helyezte vezetőszerpbe. Mint hazai orvosi tudományunk két hatalmas elméjének, *Balogh Kálmánnak* és *Korányi Frigyesnek* tanítványa, már 27 éves korában egyetemi rendes tanárrá lett és azóta ugyancsak 27 esztendő, életének tehát éppen a felét töltötte el eddig ezen fontos állásában. Ezalatt szakmájában egy egész orvosi generációt képezett ki a hazának, iskolát alapított, a melynek dolgozatai a mester munkáival együtt egész könyvtárat alkotnak s létrehozta a Magyar Pharmacopoeát. És most, 27 esztendei tanárság után, a mikor más a nyugalomra gondol, ön azon új nézőpontokról tart nekünk előadást, a melyek szerint valószínűleg egyelőre a legközelebbi 27 esztendőben szándékozik tudományos búvárkódásait irányítani.

Fogadja tisztelt tagtárs úr mindenekelőtt ehhez a szép programjához legőszintébb szerencsekívánatainkat, azután pedig tanulságos előadásáért leghálásabb köszönetünket, azal a kívánsággal, hogy az imént kifejtett új nézőpontok tudományos részletes kidolgozásához mindenkor teljes egészség és munkaerő álljon rendelkezésére. És ezzel kérem fogadja kezeimből a *Balassa-érmet*, a melylyel a Budapesti királyi orvosegyesület önt kitüntette.

Közkórházi Orvostársulat.

(XVII. évf. záró közgyűlés 1910 december 30.-án.)

Elnök: **Ángyán Béla.**

Jegyző: **Török Béla.**

Az elnök megnyitójában megnyugvással konstatálja, hogy a közkórházi orvostársulat ez évben is élénk munkásságot fejtett ki a maga elé tűzött cél szolgálatában. Hangsúlyozza, hogy sikereket csak az „önálló“ orvos ér el. Ezen önállóságra törekednie kell minden orvosnak betege és szak-tudománya érdekében.

A gyakorló orvos feladatát megkönnyíteni törekszik a közkórházi orvostársulat, mikor a külső tagtársakkal együtt észlel és észleleteit a betegeken demonstrálja.

A közkórházak az orvosok továbbképző tanfolyamában is részt fognak venni s itt főként a gyakorlati kiképzés terén nagy feladat hármlik rájuk.

A titkár jelentéséből kiderül, hogy a társulat 14 ülésén 32 tag 53 bemutatót és 4 előadást tartott.

Megemlékszik a jelentés *Róna Sámuel* elhunytáról, *Janny Gyula* és *Böke Gyula* beltagok nyugalombavonulásáról és 4 új tag beléptéről.

A társulat pénzügyi helyzete végre sanáltatott, a meny-nyiben az évkönyv költsége felére redukálódott és a főváros a társulatot évi 250 koronával segízezi.

Az igazgató-tanács új titkárnak *Pölya Jenőt* választotta meg.

Marsovszky Pál pénztáros jelentése szerint a bevétel volt 2638 K 91 f., a kiadás 1584 K 07 f., marad: 1054 K 84 f.

A pénztárvizsgáló-bizottság jelentése alapján a közgyűlés a pénztárosnak a felmentvényt megadja és neki köszönetet szavaz.

11 új tag megválasztása után *Havas Adolf* tartotta meg előadását „A syphilis kórtanának és gyógytanának mai állása“ czímen.

Rövid történelmi bevezetés után felemlíti, hogy a holt-pontra jutott syphilis-aetiológiának az első nagy lökést *Metschnikoff* és *Roux* adta, kik 1903-ban majmokon végzett sikeres syphilis-oltásokról tettek jelentést. E két bűvár bebizonyította a majom fogékonyt az emberi syphilis iránt. A magasabbrendű anthropoid csimpánz típusos syphilist kapott, vagyis indurativ tájnyirokmirigy-duzzanatot és bőrkiütést. A fényes kísérleti eredményeket 1905-ben egy még sokkal fontosabb, a syphilis kórtanának megismerésében korszakot alkotó felfedezés követte, a *Schaudinn*- és *Hoffmann*-féle spirochaeta pallida megismerése. Az ezen felfedezést követő vizsgálatok beigazolták a spirochaeta pallida specifikus voltát, a mennyiben kimutatták a spirochaetát nemcsak a syphilis okozta minden bőr- és nyákhártyatünetben, hanem a syphilises vesegyulladásban szenvedők húgyüledékében, az orr váladékában, a cerebrospinalis folyadékban, a zsigerekben, a vérerekben, az idegekben, az agy- és gerincvelőben, a csontvelőben, a chorioideában, a spermában, a syphilissel beoltott állatok minden szervében. Egy szóval a fertőzött egyén minden képletében és nedvében. Mindezek után, bár a *Koch* követelte minden postulatumnak, úgymint tiszta tenyészet és tiszta tenyészettel sikeres oltás, megfelelni még nem tudunk, mégis immár kétség a spirochaeta pallida aetiologiai szerepe iránt nem lehet és egész határozottsággal állíthatjuk, hogy a spirochaeta pallida a syphilis kórokozója.

Megbecsülhetetlen fontosságú e felfedezés a syphilis diagnosztikája és terapiája szempontjából. De még a kórbonczoló sem nélkülözheti már manapság e vizsgálati és diagnosztikai segédeszközt különösen vérérmegbetegedés és veleszületett syphilis eseteiben. Kezdődő fertőzés esetén sohasem mulasztja el az előadó e vizsgálati módot. Az experimentalis syphilis terén pedig csak azóta van sikeres működés, a mióta e kórokozó élődi felfedeztetett.

Miután az előadó még kifejtette, miként fejlődnek a syphilis okozta klinikai tünetek, áttért a *Wassermann*-féle reakcióra. Kifejti, hogy a pozitív *Wassermann*-féle sero-reactio syphilisre gyanus tünetek jelenlétében támogatja a diagnoszt. A negatív reactio syphilises múltú egyéneknél nem szól a syphilis ellen, még ismételt negatív reactio esetén is óvakodnunk kell az eredmény túlbecsülésétől. Azon kérdés eldöntésére, hogy syphilises-e még az egyén, vagy hogy kell-e még tovább kezelni, a *Wassermann*-féle serodiagnosztika nem adhat biztos támpontot. Határozottan hiba volna a végtelenségig kezelni, mert a reactio még pozitív, vagy abbahagyni a kezelést, mert a reactio már negatív.

Könnyelműség volna tisztán a *Wassermann*-féle reactio alapján a házasságot megengedni vagy megtiltani. A *Wassermann*-féle serodiagnosztika tehát csak fontos diagnosztikai segédeszköz, mely a betegség lefolyásának kellő méltatása mellett és a klinikai lelet alapján diagnosztikai irányítóul szolgálhat. Rendkívül nagy a fontossága a belgyógyászat, ideggyógyászat, szemészet és nőgyógyászat terén.

Valóságos lázat idézett elő a syphilis gyógytanában az *Ehrlich* által felfedezett diamidoarsenobenzol. E készítmény az esetek legtöbbszörében oly gyorsan hat gyógyítólag a syphilis okozta tünetekre, hogy ehhez hasonlót az eddig alkalmazott gyógyszerek egyikéről sem tapasztaltunk. Sajnos azonban, ez sem bizonyult eddigelé még gyökeres gyógymódnak. Már is észleljük a recidivákat. Különösen feltűnő a szer hatása a késői malignus syphilidekre és a veleszületett syphilisre. Végleges ítélet még nem mondható, csak évek után leszünk erre jogosítva. Ezidőszent úgy áll a syphilis gyógytanának kérdése, hogy a többi gyógymódot nem nélkülözhetjük, velük kombinálva kell a 606-ot alkalmazni. A salvarsan alkalmazás-módja még nagy reformra, javításra szorul.

(I. bemutató szakülés 1911 január 11.-én.)

Elnök: **Juba Adolf.**

Jegyző: **Körmöczy Emil.**

Intraocularis tumor.

Fejér Gyula: A 30 éves vasalónő 4 hó óta veszi észre jobb szemének rossz látását; fájdalma nem volt. A

szemteke teljesen izgalommentes, az elülső csarnok normalis mélységű. Oldalt világításkor egy a szemteke külső-felső negyedéből jövő szürkés reflexet nyerünk, míg ha a beteg be- és lefelé néz, egy lencse nagyságú, hólyagalakú, élesen körülírt daganat tolul a pupilla területére, melynek felülete szürke, erekkel borított, fekete pigmenttel fedett. Ha a beteg egyenesen néz, akkor a pupilla átvilágításkor újra piros lesz és látható a kissé elmosódott határokkal bíró pupilla és annak normalis ereződése. A lencse a helyén van, miről a *Purkinje-Sanson*-féle képek segítségével lehet meggyőződni. A beteg látóterének külső felében $\frac{1}{2}$ méter távolságról olvas ujjakat, fényérzése és fénylocalisatiója minden oldalon jó. Tensiója normalis.

Alexander Röntgen-sugarakkal vizsgálta a szemtekét, de árnyékot egy helyzetben sem talált. A beteg belső szervei épek, vizelete normalis.

Ez esetben tehát szembe daganattal van dolgunk, mely az érhártyából — közel a sugártesthez — indul ki. Valószínűleg melanosarcoma, erre mutat a felületén látható elszórt festék.

A szemet enucleálni kell, mert csak így lehet megmenteni a beteget a későbbi következményektől. A prognózis jó, mert a daganat a kezdeti szakában van, alkalmasint kifelé még nem burjánzott és a véráram útján a szemidegeket sem inficiálta.

Szűkmedenczés szülei.

Bauer Lajos: I. eset. A 24 éves, III. P. nőt 1910 december 23.-án reggel 6 órakor vették fel *Tóth* tanár osztályára kezdődő szülőfájásokkal. Előadta, hogy előző 2 szülését műtéttel fejezték be, egy gyermeke sem él. Vizsgálatkor megállapítjuk, hogy a medenczeméret csak alig kisebbek a normalisnál, d. sp. 25, d. cr. 28, c. ext. 19, c. diag. 11. A magzat első koponyafekvésben, a méhszáj 2 ujjnyi, a burok áll, a koponya ballottál. A burok délelőtt megreped, ekkor a méhszáj eltűnt és a koponya a bemenetre van nyomva. Kombinált vizsgálattal *Müller* szerint impressiót kísérlünk meg: a koponya a bemenetbe benyomhatóan látszik. Téraránytalanságot nem találunk. Ezért a szülést expectative kezeljük és spontán szülést várunk. De ez nem következik be és a vizsgálati lelet este 7 órakor is változatlan, csak hogy az egész nap tartó erélyes szülőtevékenység alatt a méh alsó szakasza már megnyúlt, a fundus magasra, a bordaív alá húzódott, a contractió gyűrű a köldöknél van, úgy hogy a szülés befejezése most már az anya érdekében sürgősen szükséges. A magas fogó feltételei megvannak, csak a fej nincs legnagyobb kerületével a bemenetbe ékelve, a mi a forgó alkalmazását nehezíti. A feltett *Tarnier*-fogó előbb az erélyes tractio alkalmával lecsúszik, majd újra alkalmazva, lehúzza ugyan a fej egy nagy segmentumát a bemenetbe, de ekkor érezhető roppanással össze is zúzza azt és ezután lecsúszik róla. Most már élő magzatot úgy sem nyerhetvén, perforáljuk a koponyát és így megkisebbitve extraháljuk a nagy magzatot, mely így is 3700 gr. súlyú és 56 cm. hosszú. A gyermekágy rendes lefolyású, a 10. napon az anya gyógyultan távozik.

II. eset. Ugyancsak 1910 december 23.-án délelőtt vettük fel osztályunkra a 26 éves, III. P. nőt, ki előadja, hogy első szülése fogóval lett befejezve, a magzat halott volt; II. szülése spontán folyt ugyan le, de szintén halott magzata született. Jelenleg a terhessége végén van. Magzata él.

Vizsgálatkor megállapítjuk, hogy a medenczeméret (d. sp. 25, d. cr. 26.5, c. ext. 17, c. diag. 10) itt már jelentékenyebb szűkületet mutatnak, főleg a medence egyenes átmérője irányában és hogy lapos medenczével van dolgunk, melynek conjugata verája $8-8\frac{1}{4}$ cm.-re tehető, tehát oly fokú a szűkület, hogy spontán szülés még várható.

Belső vizsgálatkor látjuk, hogy a méhszáj eltűnt, a burok áll és a koponya a bemenet fölött ballottál; a burkot megrepesztjük, mire a koponya rányomul a bemenetre és kis mértékben promineál is. A szülőnt a nap folyamán *Tóth*

tanár is többször látja. Mivel este 8 órakor az egész nap tartó erélyes szülőtevékenység dacára is változatlan a lelet, a koponya még mindig a bemenet fölött áll, a szülőnt ki-merült, a fájások mind renyhébbek és így a spontán szülés már nem remélhető, a szülés befejezését kimutatható szűkület mellett szükségesnek mondtuk. A befejezésre, élő lévén a magzat, a medenczegyűrűt tágító műtétet, a hebstoteomiát választjuk, melyet azonnal végrehajtok. A magzat II. koponyafekvésben lévén, jobboldalt fűrészeltem át a medenczecsontot, majd fogót alkalmazva, a tágított medenczén könnyen húzom át a 3900 gr. súlyú és 55 cm. hosszú élő magzatot. A gyermekágy lefolyása teljesen sima, a rendes gyermekágytól miben sem különbözik, a nő a 14. napon kel föl. Szépen fejlődő gyermekével bemutatom.

III. eset. A 37 éves, VIII. P. nőt 1910 december 29.-én vettük fel osztályunkra. 7 előző szülése rendes volt, de jelen terhessége alatt fokozódó csontfájdalmak jelentek meg főleg a deréktájon, ezek a terhesség 7. hónapjában ágyba döntötték, honnan felkelni nem tudott és már a legkisebb mozgás megkísérlésekor is tűrhetlenné fokozódtak a fájdalmak. Jelenleg a terhesség végén van, magzata él.

A szülőnt elesett, nagy beteg benyomását teszi, súlyos bronchitis miatt a kórház belosztályán is feküdt, még most is erősen köhög.

A medenczecsontok vizsgálatakor látjuk, hogy kifejezett osteomalaciával van dolgunk, a keresztcsont és a promontorium benyomul a medence ürege felé. Kártyaszív-alakú medence. A szűkület oly fokú, hogy a kiviselt magzat még megkisebbitve is csak nehézséggel lenne áthozható. A szülés művi befejezése feltétlenül indikált és e célra — élő magzatról lévén szó — a sectio caesareaát választjuk, annál is inkább, mert az ugyanakkor végzett castratióval az osteomalaciát is gyógyítani fogjuk. A műtétet *Tóth* tanár oxygenchloroform-aether-narcosisban végzi, typosos klasszikus sectio caesareaával világra hozva a 3500 gr. súlyú, 55 cm. hosszú élő magzatot, majd utána amputálva a méhet, az ovariumokkal együtt eltávolítja. A gyermekágyat a kiújuló bronchitis zavarja, subfebrilis, 38°-ig terjedő hőmérsékek vannak a műtét utáni napokban, de a 10. napon a beteg már felül, fájdalmai mind enyhébbek s jelenleg a gyógyulás útján van.

A fogó csak a fájást pótló, de nem a szűkület legyőzésére alkalmas műszer. Első esetünkben a fogó sikertelensége és a magzat perforációjának szükséges volta oly szűkület által okoztatott, mely a magzat fejének nagyságában és keménységében, az anya medenczecsontjainak szokatlan tömeges, vastag voltában leli magyarázatát. A gyermekágyban kiderült azután, hogy előző szülei szülei szintén magas fogó kísérlete történt és már ekkor figyelmeztetve lett, hogy újabb terhessége esetén ne várja be annak végét, hanem a terhesség 8. hónapjában jelentkezék, mikor is a művi koraszülés, vagy a terhesség végén sectio caesarea lenne végezhető, a beteg azonban a műtétől félve, ezeket elhallgatta.

II. esetünkben a medenczegyűrűt tágító műtétet, a hebstoteomiát választottuk. A magzat érdekében az anyán végzett ezen műtét előnye a sectio caesarea fölött főleg az, hogy utána nem kell sterilé tenni a szülőnt és hogy a medenczegyűrű a csontvégek kötőszövetes egyesülése folytán esetleg bővebb is marad és ilyen kisebb fokú szűkület mellett spontán szülés lesz remélhető; hátránya a ritkán előforduló melléksérülésekben rejlik.

III. esetünkben sem magas fogó, sem hebstoteomia nem jöhetett szóba a nagyfokú szűkület miatt, de meg az osteomalacia maga is a laparotomiát javalta.

Frank Géza: Kérde, miért nem végeztek az első esetben is hebstoteomiát, mikor már két halott magzata volt a nőnek, és miért végeztek hebstoteomiát a második esetben, a melyben volt spontán szülés, bár halott magzattal.

Braun Lajos: A medenczeméretet döntötték el a kérdést.

Tóth Lajos: A szűkület foka miatt a magas fogó javalt volt, de a gyermek aránylag nagy volt. Különben is csak később derült ki, hogy a betegnek megmondották már másutt, hogy ha teherbe esik, korábban jöjjön, hogy mesterséges koraszülést végezzenek rajta. De ő későn jött. Ha újból jönne, respektálni fogják a gyermek életét.

A második esetben a nő spontan szült ugyan halott magzatot, de 10 cm. conj. diag. mellett II. fokban szűkült medenczéje lévén, ha magas fogót alkalmaznak, összeroppantják a gyermek fejét, ezért hebestotomiát végeztek.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

610/1911. kig. sz.

A kunszentmiklósi járáshoz tartozó Orgovány községben üresedésben levő **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek s felhívom a pályázni óhajtozókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket **folyó évi márczius hó 11.-ének d. e. 5 órájáig** hozzám nyujtsák be. A választást Orgovány községének folyó évi márczius hó 12.-én d. e. 12 órakor fogom megtartani.

Az állás javadalma: 1. Törzsfizetés 1600 korona, négy évenként ismétlődő 200-200 korona korpótlék. 2. Természetbeni lakás, jelenleg bérelt épületben, később a község építeni fog. 3. Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 22. §-a alapján törvényhatóságilag megállapítandó látogatási díjak. Az állás azonnal elfoglalható.

Kunszentmiklós, 1911. évi február hó 14.-én.

Martinovich László, főszolgabíró.

A nagyszentmiklósi **Berta-kórháznál** újonnan rendszeresített sebészi osztályos **főorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: évi 2000 korona fizetés, természetbeni lakás a kórházban — melyet a kinevezett elfoglalni köteles —, fűtés, világítás és nyugdíjjogosultság.

A magángyakorlat szabad.

Pályázók felhívhatnak, hogy eddigi életpályájukat és szakképzett-ségüket igazoló szabályszerűen felszerelt folyamódványukat, kegyelmes gróf Nákó Sándor úr kórháztulajdonoshoz címezve, **e hó végéig** hozzám küldjék be.

A kinevezett állását 1 hó múlva elfoglalni köteles.

Kelt Nagyszentmiklós, 1911 február hó 9.-én.

Tenner Vilmos dr., igazgató-főorvos.

456/911.

Lemondás folytán megüresedett Kőtelek **községi** (Jásznagykúnszolnok vármegye jársági alsó járás) **orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen állással 1600 korona fizetés, 500 korona lakbér (ez utóbbi azonban most van miniszteri jóváhagyás végett felterjesztve) vagy megfelelő természetbeni lakás van egybekötve, továbbá a törvényhatóság által megállapított látogatási, távolsági kilométerpénz és halottkémlési díjak szedhetők.

A községben gyógyszertár van, nagykiterjedésű határában több nagybirtok, a melyekben a községi orvost uradalmi orvosként szokta az uraság alkalmazni.

Pályázati határidőül **folyó évi márczius hó 1. napját** tűzöm ki, mely idő alatt kellően felszerelt pályázati kérvények hivatalomhoz betérjeszhetők.

Jászapáti, 1911 február 1. Cheh János, főszolgabíró.

455/1911.

Lemondás folytán megüresedett Tiszasülyi **község** (Jásznagykúnszolnok vármegye jársági alsó járás) **orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen állással 1600 korona fizetés, 500 korona lakbér (ez utóbbi azonban most van miniszteri jóváhagyás végett felterjesztve) vagy megfelelő természetbeni lakás van egybekötve, továbbá törvényhatóság által megállapított látogatási, távolsági kilométerpénz és halottkémlési díjak szedhetők.

A községben gyógyszertár van, nagykiterjedésű határában több nagybirtok, a melyekben a községi orvost uradalmi orvosként szokta az uraság alkalmazni.

Pályázati határidőül **folyó évi márczius hó 1. napját** tűzöm ki, mely idő alatt kellően felszerelt pályázati kérvények hivatalomhoz betérjeszhetők.

Jászapáti, 1911 február 1. Cheh János, főszolgabíró.

454/911.

Az újonnan szervezett Jászszentandrás **községi** (Jásznagykúnszolnok vármegye jársági alsó járás) **orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen állással 1600 korona fizetés, 500 korona lakbér (ez utóbbi azonban most van miniszteri jóváhagyás végett felterjesztve) vagy megfelelő természetbeni lakás van egybekötve, továbbá a törvényhatóság által megállapított látogatási, távolsági kilométerpénz és halottkémlési díjak szedhetők.

A községben gyógyszertár nincsen, azonban házi gyógyszertárt kezelhet.

Pályázati határidőül **folyó évi márczius hó 1. napját** tűzöm ki, mely idő alatt a kellően felszerelt pályázati kérvények hivatalomhoz betérjeszhetők.

Jászapáti, 1911 február 1. Cheh János, főszolgabíró.

3017/911. sz.

A belényesi közkórháznál rendszeresített **alorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állás elnyeréséhez szükséges az egyetemese orvostudori oklevél. Az állással járó javadalmazás: 1200, azaz egyezerkettőszáz korona évi fizetés, lakás, fűtés, világítás és ételmezés, bor nélkül.

Felhívom a pályázni kívánókat, hogy a kellőképpen felszerelt pályázati kérvényüket Bihar vármegye főispánja, Miskolczy Ferencz dr. úrhoz címezve, hozzám **1911. évi márczius hó 15.-éig** nyujtsák be. Nagyvárada, 1911 február hó 20.

Fráter Barnabás, alispán.

800/911. sz.

A járásom területén alakított XXXIII. orvosi kör **körorvosi állásának** választás útján betöltése céljából ezennel pályázatot nyitok.

A pályázni kívánó orvosokat felhívom, hogy az 1908:XXXVII. t.-cz. értelmében felszerelt kérvényeiket, netán eddigi alkalmaztatásukat feltüntető működési bizonyítványokkal együtt **1911. évi márczius hó 5.-éig** annál is inkább nyujtsák be hatóságomnál, mert a későbbben beérkezőket figyelmen kívül fogom hagyni. A választás napját a pályázati idő lejártával fogom megállapítani s arról a pályázókat értesíteni.

A betöltendő körorvosi kör székhelye Karaurnó község. Az ezen körbe vont községek lélekszáma 6788 lélek. A körorvos javadalma 1600 korona évi törzsfizetésből és 200 korona ötödéves korpótlékből, jóváhagyás alatt álló 500 korona évi lakbérből, 400 korona fuvarátalányból, megállapított látogatási díjakból, halottszemle- és himlőoltási díjakból áll. Az orvos hivatalos kötelmei körébe tartozik a trachoma-kezelés.

Ezen pályázati hirdetemem a vármegyei hivatalos lapban és a körbe vont községek költségére az Orvosi Hetilapban közölni rendelem. Kisúcz a újhely, 1911 február hó 16.-án.

Cselkő Jenő, járási főszolgabíró.

1977/1911.

Gölniczbánya r. t. városnál a **városi tisztii orvosi állás** lemondás folytán megüresedvén, arra ezennel pályázatot hirdetek.

Az orvosi állással — mely nyugdíjképes — évi 2000 korona törzsfizetés, 360 korona lakbér és négyévenként két ízben 200-200 koronában megállapított működési pótlék élvezete van egybekötve.

Felhívom az ezen állást elnyerni óhajtozókat, a német és tót nyelvet is bíró orvostudorokat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában, illetve az 1908:XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt minősítésüket, valamint a városi tisztii orvosi vizsga letételét igazoló okmányokkal és születési anyakönyvi kivonattal is felszerelt kérvényeiket legkésőbb **1911. évi márczius hó 7. napjáig** Gölniczbánya r. t. város polgármesterénél nyujtsák be, annál is inkább, mert a később beérkező pályázati kérvények figyelembe vételni nem fognak.

Lócse, 1911. évi február hó 15.

Neogrady Lajos dr., alispán.

578/1911. kig. szám.

Udvarhelyvármegye homoródi járásához tartozó homoródszentmártoni **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek és felhívom azon okleveles orvos urakat, kik ezen állást elnyerni óhajtozókat, hogy szabályszerűen felszerelt folyamódványukat hozzám **f. évi márczius 20.-áig** adják be.

A körorvos évi fizetése 1600 korona.

Lakbéré évi 240 korona.

Utátalánya évi 500 korona.

Halottkémi és húsvizsgálói díjak.

A kör székhelyén gyógyszertár van.

Ezen kör egyike a legjobb körorvosi állásoknak.

Oklánd, 1911 február 15.

Szabady, főszolgabíró.

A büdszentmihályi (Szabolcs megye) **uradalmi orvosi állás** elhalalozás folytán megüresedvén, ennek betöltésére pályázatot hirdetek. Több évi sebészi és szülési gyakorlat kívánatik meg.

Évi javadalmazás: 1500 korona készpénz, 300 korona lakbér-váltás.

A bizonyítványok a büdszentmihályi uradalmi tisztartósághoz küldendők be **márczius 10.-éig**.

3505/1910. szám.

Döbrököz községben lemondás folytán megüresedett **községi orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek, s felhívom a pályázni óhajtozókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám **1911. évi márczius hó 15.-éig** annál is inkább nyujtsák be, mert a határidő után beérkező pályázatot figyelembe venni nem fogom.

A községi orvos javadalmazása az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 10. §-ában megállapított 1600 korona kezdő fizetés.

A lakás és látogatási díj kérdése jogerős határozattal rendezve még nincs.

A község 700 korona lakásbér fizetésére vagy megfelelő természetbeni lakás szolgáltatására lett kötelezve. A véghatározat azonban még nem jogerős.

A választás hatánapját később fogom megállapítani és közölni. Dobóvár, 1911. évi február hó 9. én.

Nagy, főszolgabíró.