55. évfolyam. **32. szám.** *Budapest, 1911 augusztus 6.*

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.

Borszéky Károly és **Báron Sándor:** Közlemény a kir. magy. tud.-egyetem II. számú (Igazgató: Réczey Imre tanár, udvari tanácsos) sebészeti klinikumáról. A kerek gyomorfekély sebészi gyógyítása. 565. lap.

Bálint Rezső: Közlemény a III. számú belklinikáról. (Igazgató: Korányi Sándor báró, egyetemi tanár.) A diabeteses acidosis kezeléséről czukorinfusiókkal. 568. lap.

Kentzler Gyula: Közlemény a III. számú belgyógyászati klinika laboratoriumából. (Igazgató: báró Korányi Sándor dr., egy. nyilv. r. tanár.) Cachexiások vérsavójának a sublimatvéroldásra gyakorolt hatásáról. 569. lap.

Deák István: Közlés a m. kir. Ferencz József tud.-egyetem ideg- és elmegyógyászati klinikájáról. (Igazgató: Dr. Lechner Károly, egy. ny. r. tanár, udvari tanácsos.) Ascaris lumbricoides okozta pyromania. 570. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés.* Báró *Korányi Sándor* dr.: Belorvostani előadások. — *Lapszemle. Belorvostan. Magnus Lewy*: A zablisztkúra a czukorbetegségben. — *Sebészet. Cassirer* és *Mühsam*: Az agy angiomájának exstirpatiója. — *Elmekórtan. Frankhauser*: A testvérpsychosisok. — *Gyermekorvostan. Blumenau*: A phlegmonosus diphtheria és kezelése. — *Börkórtan. G. Scherber*: A syphilis korai kezelése. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Hatzfeld*: A lágyfekély kezelése pyocyanaseval. — *Georgiewsky*: Köszvény. — *Binet*: A natrium bicarbonicum használata gyomorbajokban. — Tüdővészesek anaemiás állapotai. 571—575. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Klinikai füzetek. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 575. lap.

Vegyes hirek. 575. lap.

Tudományos társulatok. 576–581. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a kir. magy. tud.-egyetem II. számú (igazgató: Réczey Imre tanár, udvari tanácsos) sebészeti klinikumáról.

A kerek gyomorfekély sebészeti gyógyítása.

Irta: *Borszéky Károly* dr., egyetemi magántanár, adjunctus és *Báron Sándor* dr., műtőorvos.

Ha a belorvos a gyomorfekélylyel nem boldogul, ha már minden tudását kimerítette, a sebészhez küldi a beteget azon meggyőződéssel, hogy a mire ő nem volt képes, azt amaz biztosan meg tudja tenni. Pedig a gyomorfekélylyel szemben bizony nem egyszer éppen úgy van a sebész, mint a belorvos: vagy semmit sem tehet a beteg meggyógyítására, vagy oly műtétet végez, a melynek gyógyító hatását maga sem becsüli többre, mint a belorvos a maga diaetás kúráját vagy orvosságát. A fekély okozta foudroyans vérzéssel vagy egy kedvezőtlen elhelyeződésű, magasan a cardia tájékán székelő, átfúródott fekélylyel szemben a sebész is majdnem olyan tehetetlen, mint a belorvos. És ha újabban néhány sebész részéről azt halljuk, hogy minden gyomorfekély, még az is, a mely semmi szövődményt sem okozott, sebészileg kezelendő, nagyon érthetőnek tartjuk a belorvosok élénk tiltakozását.

A míg az úgynevezett peptikus vagy kerek gyomorfekély pathogenesisének kérdése véglegesen tisztázva nincs, addig a sebészeti kezelés általánosításához nagyon is sok szó fér. A szövődmény nélküli nyilt fekélyek nagy része belső kezelésre is gyógyul, még pedig tartósan, a nélkül, hogy kiújulna vagy a hegből rák fejlődnék. Az ilyen fekélyek operativ kezelése tehát javalva nincs és az a sebész, a ki azokat mégis eltávolítja, eljárását sok mindennel okolhatja meg, csak azzal nem, hogy betege javát tartotta szem előtt. A statisztikai adatokra épiteni itt semmit sem lehet; mert ha *Ali Krogius*, *Rydygier*, *Hinterstoisser* vagy *Moynihan* 12%-nyi vagy ennél kisebb közvetlen műtéti halálozással akarják bizonyítani a műtéti beavatkozás előnyét a belorvostanival szemben, akkor jogosan lehet *Leube* statisztikájára hivatkozni, a mely belső kezelés után a fekélyek mortalitását 0·3%-ban állapítja meg. A sebészetileg kezelt esetek statisztikája csak a közvetlen műtéti halálozást mutatja, de nem egyszersmind azt is, hogy a beteg véglegesen kigyógyult-e bajából; annál kevésbé azt, hogy az operált betegek műtét nélkül nem gyógyultak-e volna meg; viszont a belorvostani statisztikák mindegyikének sarkalatos hibája, hogy a kórjelzés biztosságában kételkedni lehet és abban is, hogy a gyógyultnak tekintett beteg fekélye valóban begyógyult-e és nem szűnt-e meg csupán tüneteket okozni.

Természetesen másként áll a dolog, ha a fekély olyan szövődményekhez vezetett, a melyekkel szemben a belorvos tehetetlen. Fekélyátfúródás és gyakran megismétlődő profusabb vérzés esetén ma már jó eredményt tudunk felmutatni, különösen akkor, ha a betegek még idejekorán kerülnek műtét alá. A fekély meggyógyulása után keletkezett heges pylorusszűkület vagy homokóragyomor sebészeti kezelésében is ma már véglegesnek mondhatók a megállapodások. Azonban a lobos tumorképződéssel járó úgynevezett callosus fekély kezelésének kérdésében a vélemények még nagyon eltérők. Pedig éppen az ilyen fekély az, a mely legtöbbször tárgya a műtéti beavatkozásnak. Ugyanis a callosus fekélyre jellegző a nagy fájdalmasság, a gyakran megismétlődő vérzés és a hányás, a mely tünetek a legszigorúbban keresztülvitt belső kezelés mellett sem enyhülnek. Ehhez járul még, hogy a lobos daganat jelenléte diagnostikai kétségre ad okot; ezen tünetek, valamint a pyloro-spasmusból magyarázható pylorusszűkület tünetei teszik érthetővé, hogy a fekély ezen alakjánál még a legkonzervativabb belorvosok is elkerülhetetlennek tartják a műtétet. Az 1906.-i német sebészeti congressuson az ilyenfajta fekélyek kezelésére *Krönlein* is egyedül a gastroenteroanastomosist tartotta javaltnak, mint legmegbízhatóbb és legenyhébb műtéti beavatkozást. A gastroenteroanastomosisnak a callosus fekélyekre való gyógyító hatását abból ma-

gyarázták, hogy a gyomortartalom a készített nyíláson keresztül gyorsan és biztosan elhagyja a gyomrot és ezáltal a fekély nyugalomba helyeződik; megszűnvén a táplálék okozta mechanikai és chemiai inger, a fekély meggyógyulására kedvező körülmények állanak elő. Emellett számba veendő a készített nyíláson át állandóan a gyomorba ürülő epe- és pankreasváladék alkalizáló hatása is, a mely alkalmas arra, hogy az ezen fajta fekélyek legtöbbjében jelenlevő hyperchlorhydriát megszüntesse.

A gastroenteroanastomosisnak gyógyító hatását a callosus fekélyekre tagadni nem lehet; pontos klinikai megfigyelések és a bonczoláskor szerzett tapasztalatok igazolják ezt. De nem minden esetben segít. A mióta a gastroenteroanastomosist ilyen javalat alapján nagyobb számmal végzik, mindinkább szaporodik az olyan esetek száma, a melyekben a gastroenteroanastomosis után sem gyógyult a fekély vagy pedig rövidebb-hosszabb idő mulva recidivált, sőt átfúródott vagy halálos vérzéshez vezetett. Az ilyen módon operált betegek további sorsa és a később megejtett vizsgálatok azt mutatják, hogy az esetek tetemes részében a gyógyulás nem volt állandó.

A II. számú sebészeti klinikán callosus fekély miatt végzett gastroenteroanastomosis 5 esetéről s az illető betegek további sorsáról egyikünknek 1907-ben írt dolgozata számol be.* Akkor ezen 5 eset közül 4-ben végleges gyógyulást kellett felvenni, mert a műtét után legalább $1^1/_2$ év telt el. A megejtett vizsgálatkor a betegeket meghízva és teljesen egészségesnek találtuk és a gyomor *motorius képességének* megjavulását állapítottuk meg. De ezen idő óta a dolgozatban véglegesen gyógyultnak jelzett 4 beteg közül egy tavaly és és egy ez évben ismét jelentkezett olyan panaszokkal, a melyek a fekély kiújulására utalnak. Az egyiken 3 évi teljes jólét után ismét vérhányás következett be. *Az 5 operált eset közül tehát három van olyan, a mely a gastroenteroanastomosisra nem gyógyult meg véglegesen.* És az újabb irodalomban mind gyakrabban lehet ilyen esetekről olvasni.

A mióta reáterelődött az ilyen esetekre a figyelem, a gastroenteroanastomosis gyógyító hatása mindinkább kérdésessé lett; annál is inkább, mert az állatkisérlet és az ilyen módon operált betegek Röntgen-átvilágítása azt mutatta, hogy a gastroenteroanastomosissal a fekélyt teljes nyugalomba helyezni nem lehet. Az 1907-ben megjelent említett közleményben részletesen ismertetve vannak azon állatkisérletek, a melyek minden kétséget kizárólag bebizonyították, hogy a gyomortartalom nemcsak a gastroenteroanastomosis nyílásán keresztül távozik a gyomorból, hanem a pyloruson keresztül is, még akkor is, ha az szűkítve van; a gyomortartalomnak ezen továbbítására a készített nyílásnak nagysága és elhelyezése s hasonlóképpen az anastomosishoz felhasznált bélkacs iso- vagy antiperistaltikás elhelyezése módosító hatással nincs.

Ennek ismerete alapján könnyen megmagyarázhatjuk, hogy miért lehet gastroenteroanastomosissal egy esetben jó eredményt elérni, a másikban nem. A pyloruson, vagy az antrum pyloricumban székelő és a pylorust mechanikusan szűkítő, vagy pylorospasmus útján a gyomortartalom kiürülését megakadályozó fekélyek esetén a gastroenteroanastomosis gyógyító hatású, mert a gyomortartalom gyors levezetéséről gondoskodik; hatása azonban még ezen esetekben is csak múló és addig tart, a míg a pylorus ismét átjárhatóvá válik; véglegesen gyógyítóvá csak akkor lesz, ha a fekély begyógyulása után a pylorust állandóan szűkítő heg marad vissza. A gyomor más helyén, például a kis görbületen vagy a funduson levő fekélyekre a gastroenteroanastomosisnak nyugalomba helyező hatása nincs. Azért, ha ilyen fekélyek a műtét után gyógyulnak is, ez csakis az epe- és pankreasváladék alkalizáló hatásának az eredménye lehet.

Ali Krogius, Rydygier és *Hinterstoisser* már akkor ajánlotta a callosus fekélyek kimetszését, a mikor az olyan esetek még nem voltak oly gyakoriak, a melyekben a gastroenteroanastomosis hatástalannak bizonyult. Az említett sebészeket főképp az indította arra, hogy ezen műtét helyett a fekély kimetszését ajánlják, hogy a műtét alkalmával csak kivételesen tudjuk biztosan kizárni a tapintott fekély rákos természetét. Ezenkivül szerintük a gastroenteroanastomosis után meggyógyult fekély vaskos, sugaras, rosszul táplált hege is könnyebben válik rákossá, mint a kimetszés utáni vékony, vonalas heg. Ezen megokolást újabban *Payr* és *Küttner* is magáévá tette és a callosus fekélyek gyökeres eltávolítása mellett tört pálczát. Nem is annyira a fekély későbbi rákos elfajulásától való félelem az, a mi miatt ők a kimetszést tartják szükségesnek, hanem inkább az a körülmény, hogy nem lehet mindig kizárni a meglévő callosus fekély rákos voltát. A mindennapi tapasztalat ugyanis azt mutatja, hogy mindazok a diagnostikai jelek, a melyekre különösen *Krönlein* és *Hacker* oly nagy súlyt helyezett, teljesen megbízhatatlanok. A gyomornedv chemismusára sokat adni nem lehet, hiszen tudjuk, hogy kiterjedt rák mellett is meg lehet szaporodva a sósavtartalom és hogy callosus fekélyek esetén is előfordul a sósav mennyiségének megkevesbedése, sőt teljes hiánya, a *Hacker* által leírt injiciált volta a fekélyt borító serosának (flammige Rötung) nagyon sokszor hiányzik, vagy ha a fekély a gyomor hátulsó falán van, nem ismerhető fel. Az ajánlott mirigykimetszés sem nyujt megbízható eredményt, mert ismeretes, hogy ráknál is találunk lobosan megnagyobbodott mirigyeket. A megkülönböztetés tehát sokszor lehetetlen, sőt a hasonlatosság a rákos fekély és a callosus fekély között nem ritkán akkora, hogy csakis szorgos szövettani vizsgálattal, sorozatos metszetek készítésével, tudjuk a kérdést eldönteni. *Küttner* operált eseteinek 43·4%-ában bizonyult a kiirtott fekély rákosnak, pedig még a műtét alatt is callosusnak tartották. Nekünk is voltak ilyen eseteink; az egyik két és fél évvel a pylorusfekély kiirtása után diffus carcinosisban pusztult el, pedig a fekély rákos természete szabad szemmel nem is volt felismerhető.

Ha már most az ilyen fekélyeket benhagyva gastroenteroanastomosist végzünk, elmulasztottuk azt az időt, a mely a gyökeres gyógyításra a legalkalmasabb. Ezért mondja *Payr,* hogy *a callosus fekély kimetszése a gyomorrák korai műtéte.*

Ezek alapján a fekélykimetszést a gastroenteroanastomosisnál feltétlenül czélszerűbbnek kell tartanunk minden olyan esetben, mikor a rákot biztosan kizárni nem tudjuk.

Maga a fekélykimetszés a kis görbületen vagy a gyomor elülső falán levő fekélyeknél a gastroenteroanastomosisnál nem veszélyesebb műtét; de az egyesítésnél vigyáznunk kell, hogy valamiképpen a gyomor lumenét ne szűkítsük. Ilyen kimetszés után keletkezett homokóragyomrok és pylorusszűkületek keletkezése is le van irva. A pylorus tájékán, vagy a gyomor hátulsó felületén levő, vagy nagy kiterjedésű. a pankreassal vagy a májjal összekapaszkodott fekélyek kimetszése már technikailag sokkal nehezebb és a pylorusresectio jelentőségével bir: tehát feltétlenül súlyosabb beavatkozás, mint a gastroenteroanastomosis. A resectio javalatának felállításakor azt is számításba kell vennünk, hogy a fekély néha többszörös és így az egyiknek az eltávolításával még nem gyógyítottuk meg a beteget, továbbá, hogy a fekély kimetszésével nem szüntettük meg a fekélyt előidéző okot sem. Ebből a szempontból a fekélykimetszés előnyeit igen jól lehet egyesíteni a gastroenteroanastomosis azon kedvező következményével, a melyet a pankreasváladék és epe közömbösítő hatása okoz. Kiterjedtebb pylorusfekély esetén ezért czélszerűbb a resectiót a *Billroth II* módszer szerint végezni, mint a *Billroth I* vagy a *Kocher*-féle módszer szerint; kisebb fekélyek kimetszése után czélszerű direct gastroenteroanastomosist is készíteni, vagy ha a viszonyok megengedik, úgy járni el, mint a hogy mi szoktunk eljárni homokóragyomrot előidézett, a gyomor elülső falán levő fekély esetében, hogy tudniillik a fekély kimetszése után

* *Borszéky:* A peptikus gyomor- és duodenumfekélyek és azok szövődményeinek sebészi kezelése és annak értéke. Orvosi Hetilap, 1907. Melléklet.

visszamaradt anyaghiányt használjuk fel az új szájadék képzésére.

Habár a fekélykimetszés a kifejtett okoknál fogva a gastroenteroanastomosis felett határozott előnynyel bir, mégis elég gyakran mellőznünk kell, mivel a technikai kivitele nagy nehézségbe ütközik; különösen a gyomor hátulsó falán levő, a pankreassal nagy kiterjedésben összekapaszkodott fekélyek kiirtása okoz nagy nehézséget. Az ilyen műtét nagyobb vérveszteséggel jár és hosszú ideig tart, a mi az ilyen kivérzett és elgyengült betegeken a műtét sikerét nagyon veszélyezteti. Ilyen esetekben a resectiót erőltetni nem tanácsos, hanem czélszerűbb egy másik műtéti eljáráshoz folyamodni, a melynek hatása a mi tapasztalataink szerint a gastroenteroanastomosisnál megbízhatóbb, tudniillik a *pyloruskirekesztéshez*. Ennek általánosan gyakorolt módja az *Eiselsberg*-féle (vagy franczia szerzők szerint a *Doyen*-féle) egyoldali pyloruskirekesztés. Találunk ugyan említést téve tökéletes pyloruskirekesztésről is (*Monod-Vannerts*), a mikor is úgy a két gyomorcsonk, mint a két duodenalis csonk is tökéletesen elzáratik, de ez a műtét még a resectiónál is súlyosabb beavatkozás lévén, nem gyakoroltatik. Az *Eiselsberg*-féle pyloruskirekesztéssel a pyloruson vagy az antrum pyloricumban levő fekélyt teljes nyugalomba helyezhetjük és a keringésből egészen kirekeszthetjük. A gyomornak a fekélytől oralisan végzett harántul kettémetszésével és a két résznek vakon való elzárásával a pylorikus részt az emésztésből kizárhatjuk s így az ott levő fekélyt a gyomortartalom mechanice sem izgatja s ezáltal begyógyulására a kedvező feltételek meg vannak adva.

Réczey tanár klinikáján folyó évi május 1.-éig összesen 7 esetben végeztük callosus pylorusfekély miatt a pylorusnak, illetve az antrum pyloricumnak a kirekesztését *Eiselsberg* szerint és eredményeink az eddig alkalmazott gastroenteroanastomosis eredményét határozottan felülmúlják. A beteg panaszai jóformán kivétel nélkül minden esetben a műtét után azonnal megszüntek; a fájdalom, a hányás, a savanyú felböfögés elmult, a betegek jól táplálkoztak, testsúlyban rohamosan gyarapodtak. Hogy ezen esetekben igazi gyógyulás állott be, nem pedig csak ideig-óráig tartó javulás, azt a bélsár vizsgálata határozottan bizonyítja. Operált eseteink közül ötben a műtét előtt húsmentes diaeta mellett vér volt kimutatható a székletétben, a műtét után 8—20 nappal pedig egyikben sem volt többé vér kimutatható, a mi csak úgy képzelhető, hogy a fekély begyógyult. Az első pylorus-, illetve antrumkirekesztést 1910 szeptember elején végeztük egy bő vérzéssel járó gyermektenyérnyi pylorusfekély miatt. A beteget 1911 április hó közepén, tehát több mint hat hónappal a műtét után újra megvizsgáltuk: az azelőtt folytonosan betegeskedett és belső kezelés alatt állott vasúti munkás teljesen munkaképessé vált; semmiféle panasza sincs. A műtét előtt tapintható daganat eltünt, az epigastrialis nyomási fájdalmasság megszünt. *Kétly* tanár szíves volt a beteget klinikájára felvenni és az ott végzett vizsgálatok kifogástalan motorius képességet, rendes elválasztást és felszívódást mutattak ki; vért a bélsárban nem találtak.

Ilyen kedvező és gyors eredményt az egyszerű gastroenteroanastomosissal nem lehet elérni.

A pyloruskirekesztést, illetve helyesebben az antrum pyloricum kirekesztését kezdetben az *Eiselsberg*-féle eredeti utasítás szerint végeztük. A műtétet czélszerű a gastroenteroanastomosissal kezdeni és csak ezután végezni a gyomor kettéválasztását és a metszési felületek elvarrását. Ha a beteg állapota a narcosis alatt rosszabbra fordul, a műtétet abbahagyhatjuk. A kettémetszett gyomor cardialis és pylorusi csonkja közé belevarrni a nagy csepleszt, a mint azt *Chauvel* ajánlja, a bursa omentalis elzárása czéljából nem tartjuk szükségesnek. Állatkisérleteink alkalmával és egy ilyen módon operált betegünk bonczolásakor meggyőződhettünk, hogy az elzárt két csonk úgyis oda tapad egymáshoz és így bélkacsnak a bursa omentalisba való belejutásától nem kell tartanunk. Az *Eiselsberg*-féle műtétnek egyetlen hátránya az egyszerű gastroenteroanastomosissal szemben, hogy jóval hosszabb ideig tart. A metszési felületek megbízható elvarrása a műtétet legalább fél vagy háromnegyed órával elnyujtja, ez pedig a gyomor lumenének megnyitásával járó fertőzés veszélyétől eltekintve, a beavatkozás súlyosságát jelentékenyen növeli.

Már 1907-ben, a fentebb említett közleményünkben az *Eiselsberg*-féle műtétnek ezen hátrányát hangsúlyozva, a duodenumfekélyek begyógyítása szempontjából a kirekesztést a pylorusnak fonál segítségével való egyszerű lekötésével ajánlottuk. Még évekkel ezelőtt *ifj. Genersich Antallal* együtt végzett állatkisérletek tapasztalatai alapján ezt veszélytelen és megbízható eljárásnak gondoltuk. Nekünk azonban azt élő emberen végezni a folyó év elejéig alkalmunk nem volt.

Parlavecchia a pyloruskirekesztés egyszerűsítése és veszélytelenné tétele czéljából végzett állatkisérletei alapján szintén a gyomor pylorusi részének harántul való lekötését hozta javaslatba és emberen jó eredménynyel végezte is. Előtte különben már *Quénu* is végzett ilyen lekötést, de nem callosus fekélyek begyógyítása czéljából, hanem fekély okozta vérzésnél.

A fonállal való lekötés útján végzett antrum pyloricumkirekesztés, a mint saját állatkisérleteink is bizonyítják, megbízhatóság tekintetében alig áll az eredeti *Eiselsberg*-féle kirekesztés mögött, de e felett határozott előnye, hogy a műtét időtartamát lényegesen megrövidíti és a gyomor lumenének megnyitását feleslegessé teszi. A folyó év elejétől fogva 5 esetben volt alkalmunk ilyen lekötést végezni: 3 esetben callosus pylorusfekély és két esetben heges duodenumszűkület, illetve duodenumsipoly miatt. Az eredmény semmivel sem volt rosszabb, mint az *Eiselsberg*-féle kirekesztés után; a hányás megszűnt és a műtét előtt a bélsárban kimutatott vérzés is. Az egyik esetben a műtét után két napon át a beteg erősebb kólikás fájdalmakról panaszkodott a gyomortájon. Lehetséges, hogy ezen fájdalmak a lekötéssel függenek össze, a mi intenzivebb peristaltikára ingerli a gyomrot.

A lekötést a tapintható fekély szélein túl a cardia felé esőleg ép, nem lobos gyomorfalrészben végezzük; erős selyemfonalat a gyomor hátulsó felülete mögött keresztül vezetve az elülső felületen megcsomózunk, annyira húzván meg a fonalat, hogy a gyomor falai mindenütt érintkezzenek egymással, tölcsérszerű behúzódást alkotva. Ilyen módon a fonál körüli serosarészletek mindenütt érintkeznek egymással, úgy hogy a fonalat teljesen befedik; az esetleges perforatio veszélyének biztos elkerülése szempontjából a fonalat beborító serosafelületeket sero-serosus varratokkal körkörösen még egyesítjük is egymással.

Ezen eljárással sikerült az *Eiselsberg*-féle műtét kedvező eredményeit sokkal egyszerűbb, gyorsabb és veszélytelenebb módon elérni. Ilyen módon az antrum pyloricum biztos kirekesztése a keringésből alig tart valamivel hosszabb ideig, mint az egyszerű gastroenteroanastomosis. A lekötéssel végzett egyszerű pyloruskirekesztés állandósága az egyedüli pont, a mely felett végleges itéletet jelenleg még nem lehet mondani és a melyet állatkisérleteink sem döntöttek el határozottan. Tudniillik lehetséges, hogy a leszorító fonal teljes átvágása után keletkezett heges gyűrű nem zárja el tökéletesen a gyomor lumenét; egy ilyen módon operált betegünk két hónappal a műtét után *Kétly* tanár klinikáján pontos Röntgen-vizsgálat tárgya volt. Ezen alkalommal biztosan meg lehetett állapitani, hogy a bismuth-pép csakis a gastroenteroanastomosis nyilásán át távozik a gyomorból, hogy tehát a lekötési fonal a pylorust teljesen elzárja; a gastroenteroanastomosis nyilása és a lekötés helye között vak tasak, kiöblösödés keletkezett. Ezen Röntgen-lelet arra hívja fel a figyelmet, hogy a gyomor lekötését közvetlenül a készitett nyilás mellett eszközöljük, mert különben egy nagyobb tasak keletkezik, a melyben a gyomortartalom pangása következtében esetleg új fekély keletkezésére kedvező viszonyok állanak elő.

A mi a *pyloruskirekesztés közvetlen műtéti mortalitását illeti*: az *Eiselsberg*-féle kirekesztésnél a műtét hosszabb tartamát, a csonkok elvarrását és a gyomor lumenének meg-

nyitásával megnövekedett fertőzési lehetőségét tekintve, mindenesetre meghaladja az egyszerű gastroenteroanastomosisét, de az egyszerű lekötéssel végzett kirekesztés egyáltalában nem súlyosbítja a gastroenteroanastomosist. *A klinikán pylorusfekély miatt végzett Eiselsberg-féle kirekesztés 7 esete közül gyógyult 6, meghalt peritonitisben 1; a lekötéssel végzett kirekesztés mindhárom esete gyógyult.*

(Folytatása következik.)

Közlemény a III. számú belklinikáról. (Igazgató: Korányi Sándor báró, egyetemi tanár.)

A diabeteses acidosis kezeléséről czukor-infusiókkal.

Irta: ***Bálint Rezső*** dr., egyetemi magántanár.

A czukorklysmák alkalmazása a diabetes kezelésében nem egészen új keletű. Több évvel ezelőtt *Arnheim*, majd *Orlovszky* alkalmazta e beöntéseket különböző eredménynyel. Mindketten nagyobb mennyiségű czukoroldattal adtak beöntést a végbélbe s mindketten azt észlelték, hogy ha a beteg egy ideig vissza tudja tartani a folyadékot, a később kiadott folyadékból a czukor egy része hiányzik. 100 gramm ilyenformán infundált czukorból néhány órai visszatartás után körülbelül 50 gramm, tehát a fele szokott eltűnni a szervezetben. Hasonló eredményre jutott *Lüthje* intézetében *Bingel*.

Vizsgálatok történtek abban az irányban is, hogy vajjon az eltűnt czukormennyiség nem a bél bacteriumainak vagy esetleg a bélnyálkahártya valamely fermentjének czukorbontó hatása folytán tűnik-e el. A vizsgálatok eredményei azonban e lehetőségeket kizárták. Így tehát csak az a felvétel áll fenn, hogy az illető czukormennyiség felszívódik; miután azonban ez esetekben a vizelet czukortartalma még oly betegeknél sem növekedett, kiknek szénhydrat-tolerantiája igen csekély volt, mint újabb kérdés merült fel az, hogy mi az oka annak, hogy a bélen keresztül felszívódott czukor a szervezet által jobban kihasználtatik, mint a gyomron keresztül bevitt szénhydrat. Hogy a bélen keresztül bevitt czukrot a szervezet kihasználja, azt egyrészt emberen, másrészt állatokon végzett *(Halász)* intermediaer anyagcserevizsgálatok bizonyítják. A czukor e jobb kihasználását csak kevéssé lehet magyarázni azzal, hogy a bélben felszívódott czukor nem a portalis keringésbe, hanem egyenesen a vérkeringésbe jut bele s valószínű volt az a felvétel, hogy a jobb kihasználás tulajdonképpeni oka a czukor felszívódásának lassúsága.

Míg a czukor felszívódását és felhasználását illetőleg a vizsgálatok eredményei meglehetősen egyeznek, addig lényeges differentiákat látunk az egyes szerzők adatai között az acidosis befolyásolását illetőleg. Míg tudniillik *Arnheim* az acidosist a czukorinfusiók hatása alatt csökkenni látta, addig *Orlovszky* szerint a végbélen bevitt czukor nem befolyásolja az aceton és aceteczetsav mennyiségét.

Az én vizsgálataimnak kiinduló pontja az volt, hogy a végbélen keresztül bejutott czukor jobb kihasználásának az oka valószínűleg a felszívódás lassúságán alapszik, a mikor is a glykolytikus anyagoknak képződése a lassanként a szervezetbe jutott czukormennyiségekkel lépést tarthat. Hogy a felszívódás lassúságát még jobban fokozzam, a czukoroldatot *Katzenstein* methodusával cseppenként infundáltam a végbélbe olyanformán, hogy az infusio ideje az egész napra terjed ki. Az infusio e módjával a felszívódás lassúságán kívül még mást is el tudtam érni.

Úgy az említett szerzők, valamint a magam tapasztalata is azt mutatta tudniillik, hogy az egyszerre nagyobb tömegben bevitt czukrot a betegek legnagyobb része nem tűri el. A czukor a rectumban izgalmat hoz létre és a betegen ellenállhatatlan székelési inger vesz erőt; még a legjobb esetben is, ha a beteg vissza tudja tartani egy időre a czukrot, a czukormennyiségnek csak körülbelül a fele szívódik fel. A czukornak cseppenként való infundálása ezzel szemben igen nagy mennyiségű czukor bevitelét teszi lehetővé. A betegek rendszerint igen jól tűrik az infusiókat s ha néhány órai infusio után a betegeknek székletéte van, úgy e székletét 80—100 gr. czukor bevitele után csak igen kevés, 4—5 gr. czukrot tartalmaz. Ily módon a betegeknek naponként 100—150 gr. dextrosét infundáltam s az eredmény ily nagy mennyiségű czukor bevitele mellett is minden esetben az volt, hogy a kiválasztott czukor mennyisége vagy egyáltalában nem változott, vagy csak igen kis mennyiségben növekedett. A mi az infusióknak az acidosisra gyakorolt hatását illeti, arra vonatkozólag eseteim igen érdekes adatokat szolgáltattak. Az infusiókat nagyobbrészt súlyos diabetes-esetekben alkalmaztam s az aceton mennyiségét naponta quantitative határoztuk meg; az infusiókon kívül a beteg rendes időközökben per os is táplálkozott. A táplálék ugyanoly összeállítású volt, mint az infusio előtti és utáni napokban, hogy így a szénhydrat kihasználásának hatása e controll-napokkal összehasonlítható legyen. Az eredmény az volt, hogy a végbélen át bevitt czukor felszívódott, az acidosis azonban nem csökkent, sőt olyan esetekben, a hol az infusiós napokon per os szénhydratot nem adtunk, hanem a controll-napoknak megfelelő szénhydrat-mennyiséget a végbélen keresztül vittük be, az acidosis még fokozódott is.

Ennek okát keresvén, arra a gondolatra jutottunk, hogy miután a per anum bevitt szénhydratok folytonosan és igen lassan bontatnak, azoknak égési hője a nagy tömegben egyszerre bejutott tápanyagoknak bomlása idejében kevés ahhoz, hogy a keletkezett acetontestek elégettessenek. Ez megmagyarázná tehát azt, hogy az acidosis nem csökken, valamint azt is, hogy oly esetekben, a melyekben az infusiós napokon per os nem vittünk be szénhydratot, az acidosis nagyobb lesz mint a controll-napokon, melyeken a beteg szénhydratokat per os kapott.

Ez okoskodásból kiindulva, az infusiós napokat úgy rendeztük be, hogy a betegnél az infusiókat egészen minimalis caloriamennyiségeknek per os való adagolásával kötöttük össze. A beteg e napokon 5-ször 300 gr. bouillont kapott per os, ha nagyon megéhezett, a mi nem igen fordult elő, kis darab (kb. 50 gr.) sajtot; ezenkívül a végbélen keresztül 100—150 gr. czukrot. Ha a betegnek napközben széke volt, úgy az azzal távozó czukormennyiséget pótoltuk. A betegek ilyenformán 700—800 caloriát kaptak naponként, a mit 2 napig kitünően viseltek el.

Az ilyen éhezőnappal összekötött infusiók hatása következő volt: A könnyebb esetekben a beteg czukormentes lett, acidosis nem mutatkozott. Voltak azután eseteink, a melyekben egyszerű éhezőnap, illetőleg bouillon-nap után a vizeletben czukor jelent meg, viszont ha a bouillon-napot czukorinfusióval kötöttük össze, a beteg czukormentes volt. E tény nem magyarázható másképpen, mint hogy az egyszerű éhezőnapokon a szervezet saját fehérjéjéből csinált czukrot, a mire nem került a sor akkor, ha a végbélen át bevitt czukor kellő caloriamennyiséget szolgáltatott. Az acidosisos esetekben a betegeknek viselkedését czukor-infusio után kétféleképpen láttuk. Voltak esetek, a hol az acidosis teljesen megszűnt, melyekben azonban ugyanez történt czukor-infusio nélkül is egyszerű éhezőnapra. Voltak azután eseteink, a melyekben éhezőnap után is mutatkozott acidosis, a hol tehát az aceton a beteg szervezetének fehérjéjéből képződött; ez esetekben czukor-infusio hatása alatt az acidosis lényeges csökkenését észleltük, még pedig annál inkább, minél hosszabb volt a czukor-infusio időtartama. A mi az infusiók utóhatását illeti, minden egyes esetben azt tapasztaltuk, hogy egyrészt a beteg tolerantiája határozottan javult, másrészt az acetonuria is egy időre lényegesen csökkent.

Az egyes kórtörténetek részletes adatait, valamint az azokból levonható elméleti következtetéseket is kisérleteink teljes befejezése után behatóan fogom közölni.

Közlemény a II. számú belgyógyászati klinika laboratoriumából. (Igazgató: báró Korányi Sándor dr., egy. nyilv. r. tanár.)

Cachexiások vérsavójának a sublimat-véroldásra gyakorolt hatásáról.

Irta: *Kentzler Gyula* dr., tanársegéd.

A sublimat bizonyos concentratióban véroldódást idéz elő, a mely véroldódás foka, mint *Detre* és *Sellei*. kimutatta, lényegesen függ attól is, hogy a vér, a mely a sublimattal összeköttetésbe jut, tartalmaz-e savót, vagy sem. Azt találták ugyanis, hogy a mosott vérsejtek a sublimat hatása alatt könnyebben oldódnak és hogy ezen vérsejtoldódást vérsavó hozzáadásával akadályozni, esetleg felfüggeszteni lehet. Ily módon a vérsavóban bizonyos, a vérsejteket a sublimat véroldó hatása ellen védő anyagnak kell foglaltatnia, a melynek változó mennyiségben való jelenlétele a cachexiások vérsavójában feltehető.

Midőn kisérleteimet a cachexiások vérsavójának tanulmányozására megindítottam, alapul szolgáltak azon kisérleti adatok, melyek kimutatták, hogy a cachexiások vérsavójában a rendestől eltérő viszonyok csakugyan előfordulnak, a mennyiben kimutatható, hogy azon anyag, mely a trypsinemésztést akadályozni képes, a cachexiások, még pedig főleg a carcinoma-betegek vérsavójában megszaporodott. A vérsavó antitryptikus titerének eltolódása, mely némely esetben igen nagyfokú is lehet, úgy hogy a normalis határértéket kétszeresen, sőt igen gyakran azon felül is meghaladja, bizonyítékot szolgáltatott arra nézve, hogy a cachexiás betegek vérsavója összetételében bizonyos quantitativ elváltozásokat szenvedett el, a mely quantitativ elváltozások kimutatására és egyúttal a cachexiás vérsavó chemiai viszonyai tekintetében megváltozásának tanulmányozására, a vérsavónak a sublimatvéroldódást gátló hatása igen alkalmas eljárásnak tűnt fel.

Az eljárás, melyet alkalmaztam, a következő volt: Minekutána a sublimat oldóképességének fokát a mosott vörös vérsejtekre (mindig 5% marhavérsejt-emulsiót használtam fel) vonatkozólag megállapítottam, alapul vettem azt a határértéket, a mely még 1 cm^3 mennyiségben képes volt 1 cm^3 mosott 5% vérsejtemulsiót teljesen oldani. Ehhez különböző mennyiségű vérsavót adtam és kerestem azt a határértéket, a mely még felfüggeszteni volt képes a sublimat-lysist. Ezen határérték adta meg a savó védőképességének fokát. Mivel a keverékekben csak a savó mennyisége változott meg, a sublimat- és vérsejtmennyiség állandó volt, az így nyerhető eredmények egymással összehasonlíthatók voltak.

Vizsgálataim elsősorban normalis egyénekre vonatkoztak, a kiknél a cachexiás állapot szemmel láthatólag nem volt jelen és a kiknél az antitryptikus titer megállapításával a cachexiát ki tudtam zárni.

Összesen 20 esetben néztem ily egyéneken a vérsavónak a sublimatlysist gátló hatását, a mely, a mint ez az alábbi táblázatból látható, 0·02—0·04 savómennyiség között ingadozott. A vizsgálat paradigmájaképp szolgáljon egyik kisérletem.

Sz. P., klinikai szolga, egészséges. A vérsavó antitryptikus képessége 0·2 titer mellett 0·4

3/1000% sublimat	5% vérsejt-emulsio	Savó-mennyiség	Oldás
1·0	1·0	0·01	teljes oldás
		0·02	„ „
		0·03	erős „
		0·04	„ „
		0·05	„ „
		0·06	közepes oldás
		0·07	kevés „
		0·08	„ „
		0·09	alig látható oldás
		0·10	—
		0·15	—
		0·20	—
		0·30	—

E kisérletből látható, hogy 0·02 savómennyiség a sublimatlysist még nem akadályozta, 0·03 mennyiség mellett már lényeges gátló hatás nyilvánult meg, mely a savó mennyiségének fokozásával arányosan emelkedett, 0·10 savó pedig a sublimat oldóhatását teljesen felfüggesztette. Ennek alapján a sublimatlysistiter ezen savóra vonatkozólag 0·02.

A vizsgált esetek a következők:

I. sorozat.

Szám	Beteg neve	Betegség neme	Sublimat-lysistiter	Antitryptikus titer	Trypsin-emésztéstit. savó nélkül	Refractio
1	Zichermann	Rheumatism. musculor.	0·01	0·3	0·1	1·3500
2	Csonka	Cat. ap. l. d. incip.	0·01	0·4	0·2	1·3503
3	Kurucz	Eczema	0·02	0·4	0·2	1·3502
4	Fejérpataki	Atonia ventr.	0·02	0·3	0·2	1·3546
5	Sz. P. szolga	Normalis	0·02	0·4	0·2	—
6	Rosovitz	Hyperacid. ventric.	0·02	0·5	0·2	1·3482
7	Boczás	Normalis	0·02	0·4	0·2	1·3491
8	Klein	Hyperacid ventric.	0·02	0·4	0·2	1·3494
9	Hegedűs	Obesitas	0·02	0·5	0·2	1·3507
10	Gutai	Psoriasis	0·03	0·5	0·2	—
11	Holló	Gastrit. acut.	0·03	0·4	0·2	—
12	Wohl	Normalis	0·03	0·5	0·2	1·3512
13	Cserna	Atonia ventric.	0·03	0·5	0·2	1·3502
14	Mihalik	Obstipatio	0·03	0·5	0·2	1·3494
15	Csontos	Lumbago	0·03	0·6	0·2	1·3487
16	Menzer	Normalis	0·04	0·5	0·2	1·3543
17	Horvát	Atonia ventric.	0·04	0·5	0·2	1·3493
18	Domokos	Hyperacid. ventric.	0·04	0·5	0·2	1·3490
19	Szabó	Hyperacid. ventric.	0·04	0·6	0·2	1·3502
20	Güns	Asthenia nervos.	0·04	0·6	0·2	1·3494

E táblázatból, eltekintve most az egyik oszloptól, a hol a savó refractio-értéke van feltüntetve, a melyre később fogunk reátérni, a következők állapíthatók meg. A 20 esetből hétszer már 0·01 savó lysisgátlást idézett elő. A sublimatlysistiter 7-szer volt 0·02, 6-szor 0·03 és 5-ször 0·04. Ezek mellett az antitryptikus titer is alacsony volt, 0·1—0·4, oly értékek, melyek még nem számíthatók cachexiás reactióknak.

Ezen normalis, vagy legalább is nem cachexiás egyéneknél észlelhető értékekkel két csoport észlelet eredményét fogjuk összehasonlítani, mielőtt a következtetések kifejtésére reátérnénk. Az egyik csoport látszólag szemmelláthatólag nem volt cachexiás, de az antitryptikus titer magasabb lévén, külön csoportba soroztuk őket; a másik csoportban kifejezett, látható cachexiás állapot volt jelen, a mit az antitrypsinreactio is feltüntetett.

II. sorozat.

Szám	Beteg neve	Betegség neme	Sublimat-lysistiter	Antitryptikus titer	Trypsin-emésztéstit. savó nélkül	Refractio	Megjegyzés
21	Urban	Atonia ventric.	0·1	0·9	0·2	—	
22	Klinikai beteg	Paratyphus re-convalescens	0·05	0·5	0·1	—	
23	Bergmann	Icterus	0·06	0·9	0·2	—	Savó icterikus
24	Markalf	Hernia epigastr. ulcus ventric.?	0·08	0·7	0·2	1·3507	
25	Koronczy	Asthma bronch.	0·05	0·7	0·2	1·3501	
26	Piezniger	Hyperchlorhydr. ventric.	0·06	0·7	0·2	1·3484	
27	Falusi	Obstipatio hab.	0·05	0·7	0·2	1·3497	
28	Kis	Rheumatism. musc.	0·05	0·7	0·2	—	
28/a	Csáki	Cat. apic.	0·05	0·5	0·4	1·3503	
28/b	Szücs	Atonia ventr.	0·05	0·7	0·2	1·3500	
28/c	Reinhardt	Subacl ditas ventr.	0·05	0·7	0·2	1·3508	

III. sorozat.

Szám	Beteg neve	Betegség neme	Sublimat-lysistiter	Antitryptikus titer	Trypsin-emésztéstit. savó nélkül	Refractio
29	Wezidrowsky	Insuff. valv. bicusp. inc.	0·07	0·9	0·2	1·3512
30	Klinikai beteg	Morbus Banti	0·07	0·7	0·2	—
31	„ „	Gastrit. chron.	0·10	0·8	0·2	1·3501
32	Fiszter	Exsudat. pleur.	0·08	0·9	0·1	—
33	Bóné	Tbc. enteritis	0·10	0·8	0·1	1·3535
34	Erdős	Subaciditas ventric.	0·10	0·9	0·1	—
35	Győri	Polyarthritis rheumat	0·07	0·7	0·2	1·3498
36	Guttmann	Carc. ventric.	0·09	0·7	0·2	1·3472
37	Moizer	Leukaemia myeloid.	0·07	0·8	0·1	1·3514
38	Klinikai beteg	Carc. ventric.	0·09	0·9	0·2	1·3498
39	„ „	Carc. perit.	0·10	1·1	0·1	—
40	Kazos	Carc. ventric. et hepatis	0·09	0·8	0·2	1·3507
41	Egotics	Carc. mammae	0·09	0·9	0·2	1·3498
42	Fabók	Tbc. graviditas	0·09	1·1	0·2	1·3499
43	Butor	Carc. ventric.	0·07	0·8	0·1	1·3514
44	Blaha	Carc. ventric.	0·09	0·9	0·1	1·3529
45	Klinikai beteg	Carc. ventric.	0·08	0·7	0·1	1·3497

A három sorozat összehasonlításából a következőket láthatjuk. 1. A sublimathaemolysisgátlás és az antitryptikus hatás egymással közel párhuzamosan folyik le, úgy hogy az egyik reactiónál alkalmazott savó titerének emelkedésével okvetlenül a másik reactiónál alkalmazott savómennyiség emelkedése jár együtt.

A mi a sublimatlysist illeti, a normalissal szemben a cachexiásoknál fokozott oldódás látható, a mi abban nyer kifejezést, hogy sokkal nagyobb mennyiségű savó alkalmazására van szükség, hogy a sublimat okozta véroldódás elmaradjon. A míg az I. sorozatban a titerhatár, tehát a legkisebb alkalmazott mennyiségű savó mellett még beálló véroldódás 0·01—0·04 volt, addig a III. sorozatban, a hol kifejezett cachexiás állapotok voltak jelen, a legalacsonyabb titer 0·07 volt, tehát majdnem kétszerese annak a határértéknek, mely az első sorozatban legmagasabb volt, ez a titer is a vizsgált 17 esetből csak 5-ször volt jelen, 12-szer a titer ennél is magasabb volt és pedig kétszer 0·08, hatszor 0·09, négyszer 1·0.

A sublimathaemolysisnek erősbödése cachexiás egyének vérsavójának alkalmazása mellett azt bizonyítja, hogy az ily egyének vérsavójában az az anyag, a mely normalis körülmények között a sublimat okozta véroldódást akadályozni tudja, megkevesbedett Ez a megkevesbedés oly lényeges, hogy míg rendes viszonyok között 0·07—0·08 savó hozzáadása a sublimatlysist teljesen felfüggeszteni képes, addig cachexiásoknál 0·2, sőt 0·3 cm^3 savó alkalmazása daczára is lehetett bizonyos fokú, egyes esetekben elég erős véroldódást találni.

A sublimathaemolysis fokának megváltozása két okból jöhet létre. Egyik ok lehet a savó fehérjéinek megváltozása, illetve annak mennyiségi viszonyaiban való eltolódása, másik a lecithin, illetve cholesterinegyensúlynak a vérsavóban való megváltozása. Hogy a fehérjék a lysinek hatásképességét befolyásolni tudják, arra sok vizsgálat áll rendelkezésünkre. Saját vizsgálataim a fehérjéknek a lecithin okozta véroldódásra való befolyásoló hatásáról kideritették, hogy a fehérjék közt lysisgátló szerepe a serumalbuminnak van és maga a savó is, mely ugyan nem concentrált mennyiségben tartalmazza a serumalbumint, tetemes gátló hatást tud kifejteni. Ha eseteinkben a sublimatvéroldódás foka változott, könnyen érthető, hogy elsősorban a vérsavó fehérjetartalma birt érdekkel az oldódás fokozódásának értelmezése, illetve megmagyarázása tekintetében. A mint a táblázatokból látható, erre a czélra a refractiós vizsgálatokat alkalmaztam, a melyek segélyével a savó fehérjetartalmára, illetve annak megváltozására következtetést lehet vonni.

A táblázatokban levő refractiós értékek, eltekintve egyes adatoktól, körülbelül egyezők. Általában az értékek 1·3482—1·3508 közt ingadoznak ugyan, de ezen ingadozások az egyes csoportokon belül feltalálhatók, úgy hogy bizonyos rendszeresség, a mi abban nyilvánulna meg, hogy az esetleges értékemelkedés, illetve csökkenés csakis egy sorozaton belül volna feltalálható, nem áll fenn. Ily módon a fehérjéknek a savóban való esetleg megcsökkent volta a sublimatlysisváltozásban nem szerepelhet.

További vizsgálatok fogják felderíteni, hogy vajjon cachexiás egyéneknél a vérsavóban létrejövő változások minő más befolyások hatása alatt állnak elő. Ezen vizsgálatok folyamatban vannak és eredményeikről utólag számolunk be. A mi az eddigi vizsgálatokból levonható, az egyelőre a sublimatreactiónak a cachexia kimutatására való alkalmazhatóságát bizonyítja. Ezen reactio, tekintve egyszerűen kivihető voltát, továbbá a titer élesen elhatárolhatóságát, összevetve az antitrypsinreactióval, a melyhez viszonyítva érzékenységben nem áll annak mögötte, nézetem szerint helyet foglalhat azon klinikai vizsgálati módok között, a melyek segélyével a cachexiás állapotokat a vérsavó megváltozásában tudjuk kimutatni. A szintén folyamatban levő vizsgálatok fogják kimutatni azt is, hogy vajjon e reactio csakis a cachexia megállapítására alkalmas, vagy pedig esetleges továbbmenő következtetések levonására is nyerhetünk általa támpontokat.

Közlés a m. kir. Ferencz József tud.-egyetem ideg- és elmegyógyászati klinikájáról. Igazg.: Lechner Károly dr. egy. ny. r. tanár, udvari tanácsos.

Ascaris lumbricoides okozta pyromania.

Irta: *Deák István* dr, tanársegéd.

Már régóta ismeretes, hogy a béltractusban levő férgek epileptiform görcsöket tudnak előidézni. *Fergutsan*[1] már 1888-ban ismertetett eseteket, a melyekben epileptiform görcsök jöttek elő mindannyiszor, valahányszor ascarisok fejlődtek ki a béltractusban. *Leontjew*[2] egy 21 éves nő esetét közli, a kinél taenia okozott 12 éven keresztül epileptiform görcsöket. *Heim*,[3] valamint *Naab*[4] szintén észlelt ascarisok által okozott görcsöket. A szerzők azonban minden esetben csak görcsöket említenek, a melyeket reflexgörcsöknek tartanak. Nekünk szintén több ízben volt már alkalmunk ascarisok által okozott epileptiform görcsöket megfigyelni. A jelen esetünkben azonban — a melyet közölni óhajtok — a görcsök mellett vigilambulismus is fordult elő, a milyet sehol sem találunk említve az irodalomban.

Az esetünk a következő:

Egy 11 éves gymnasiumi tanulót mult év november hó 10-én azzal hozott be atyja a klinikánkra, hogy két hét előtt hirtelen nagy főfájás, szédülés lepte meg s midőn tanárai hazaküldötték, a szobája bútorzatát felgyujtotta. Ez a két hét alatt még két ízben ismétlődött, közben azonban a gyerek egészen jól érezte magát.

A betegnél az anamnesisben nagyfokú terheltséget lehet kimutatni. Atyja, mindkét nagyatyja, atyai dédnagyatyja alkoholista volt. Anyja hysteriában szenved. Egy anyai nagynénje mint elmebeteg kezeltetett klinikánkon.

A beteg kisebb korában enuresis nocturnában szenvedett. Nagyobb betegséget sohasem állott ki. Alkoholt kis mértékben élvezett. Két év előtt nagy főfájásai, szédülései voltak, a melyek azonban — miután ascarisokat távolítottak el tőle — kimaradtak. Azóta, körülbelül a mult év október végéig, egészen jól érezte magát. Nagyon jól tanult. Mult év október végén azonban hirtelen oly nagy főfájás, szédülés lepte meg egy tanóra alatt, hogy nem tudott a tanításon maradni, ezért tanára haza küldötte lefeküdni a szobájába. Ő le is feküdt ágyába, de hogy tovább mi történt vele, nem tudja, csak arra emlékszik ismét, hogy a szoba közepén állott, körülötte égett a szoba bútorzata, de hogy mint gyult meg? hogy ki gyujtotta meg? hogy miképpen került a szoba közepére az égő tárgyak közé? azt nem tudja. Ő, mikor észrevette, hogy körülötte minden ég, kifutott a szobából,

került mindenkit, félt egy ideig mindenkitől. Ez az állapot az utóbbi két hét alatt — mint említettem — még két ízben ismétlődött.

Korához képest elég jól fejlett csontrendszerrel, vékony panniculus adiposussal bíró gyerek. Kisfokú strabismusa van. (Myopia.) A bőr s a látható nyálkahártyák halványak. Pupillái egyenlők, középtágak, fényre, accomodatióra consensualiter jól reagálnak. Facialisa mindkét oldalt zavartalanul működik. A nyelv kissé bevont, kinyujtáskor a középvonalban áll, kissé remeg. A kinyujtott ujjakban kisfokú tremor. A térd-, valamint Achilles-inreflexek kiválthatók. Időnként a fennebb leírt állapotok fordulnak nála elő, a melyek alatt történt dolgokra tejes amnesia áll fenn. Más feltűnőbb eltérés nem mutatható ki nála.

Mi kezdetben pontosabb anamnesis hiányában epilepsiára gondoltunk, annyival is inkább, mert behozatala után pár napra tonico-clonusos görcsökkel, teljes öntudatlansággal, pupilla-merevséggel járó rohamokat is észleltünk rajta s ezért epilepsia elleni kezelést vezettünk be, a mi bromadagolásban és sótalan diaetában állott. Azonban már rövid ideig tartó bromadagolásra feltűnt, hogy daczára a meglehetős nagy adagokban kapott bromkeveréknek, az epileptiform rohamai nem hogy kevesbedtek volna, hanem még sűrűbben s fokozottabb mértékben jelentkeztek, úgy hogy naponta 2—3 epileptiform rohama is volt. Deczember elején pedig egy reggel jelentették, hogy a gyerek a szobában mindent meggyujtani igyekszik a kezébe kerülő fadarabkákkal.

A gyerek nyitott szemmel járkált a szobában, a piros bútorok felé igyekezett állandóan, azokat ujjával megérintette, majd elkapta ujjait s minden piros tárgyra boldogan mondotta: „Már ez is ég.“ Ha gyufát adtunk a kezébe, azt rögtön meggyujtotta, azzal igyekezett a szobában levő tárgyakat meggyujtani. Ha a villanykörtét felgyujtottuk, futott feléje, gyönyörködött benne; ha magasra helyeztük el, keresett oly bútordarabot, a melyre felmenve, közelében lehetett a villanykörtének; ha eloltottuk a villanykörtét, gyufával igyekezett újból meggyujtani. A padlón talált gyufához hasonló fadarabkákat szintén igyekezett meggyujtani súrolással, ha ez nem sikerült, dühösen földhöz vágta.

Ez az állapot körülbelül $^1/_2$ óráig tartott nála. Ez idő alatt kérdésekre nem reagált, figyelmét csakis a tűz s az illusio folytán tűznek képzelt piros tárgyak kötötték le. Pupillái tágabbak voltak valamivel s renyhébben reagáltak. Ezután lefeküdt ágyába s körülbelül 5—6 órát aludt. Felébredés után teljes amnesia állott fenn a vele s a körülötte történt dolgokra. Ekkor, mivel megtudtuk, hogy már két év előtt egy ízben ascarisok nagy főfájásokat, szédüléseket idéztek nála elő, a melyek egészen kimaradtak az ascarisok távozása után, megpróbáltunk neki santonin-calomelt adni, a bromot pedig félbehagytuk. Erre két ascaris távozott tőle. Az ascarisok távozása után a rohamok egészen kimaradtak, 8 hétig egészen jól érezte magát. Ekkor azonban újból a szívtájon mutatkozó fájdalomról kezdett panaszkodni, izgatottan járkált a szobában, szíve táját szorongatta, majd epileptiform görcsök állottak be, a melyek elmultával a vörös színű bútordarabokat kezdte nézegetni s boldogan mondotta: „no már itt is ég“. Majd az izzó villanykörtében gyönyörködött, azt arczához szorította, lefeküdt ágyába s az égő villanykörtét magához fektette, csókolgatta, ha valaki eloltotta, azt megtámadta. Majd az ágy alá menve, igyekezett a matráczokat is meggyujtani, midőn látta, hogy ez nem sikerül — a matráczok továbbra is kék színűek maradtak — félbehagyta ezt a kisérletet s az izzó lámpát letéve, az ágyra a szobában lévő ruhadarabokat reá dobta s boldogan mondotta: „no már itt is égni fog.“ Majd az asztalon levő folyadékkal leöntött egyes tárgyakat s mondotta: „no itt a petroleum“; majd a villanylámpához érintve e tárgyakat, szintén bedugta az ágyba, hadd égjenek el. Miközben e műveleteket végezte, többször epileptiform görcsök lepték meg, a melyek elmultával újból folytatta előbbi munkáját. Ez az állapot körülbelül egy óra hosszáig tartott, a mely után aludt egy egész éjszakán keresztül s másnap teljes amnesia állott fenn a fennebbi idő alatt történt dolgokra. Ekkor újból santonin-calomelt kapott s újból ascarisok (2 drb) távoztak tőle. Azóta pedig, daczára, hogy már körülbelül 8 hét telt el, semmiféle rosszullét, roham nem jelentkezett, állandóan jól érzi magát. (Jelenleg petéket nem találtunk a bélsarában.)

Ha már most analizáljuk az esetet, látjuk, hogy a beteg nagyon terhelt családból származik. A betegen több degeneratiós jelet lehet kimutatni. Látjuk továbbá, hogy e degenerált egyénen több ízben főfájás, szédülés, szivtájon levő fájdalom (aura) által megelőzött, néha csak vigilambulismus, máskor görcsök is jelentkeztek, a melyek alatt elkövetett automatikus cselekvések, melyek gyujtogatásban állottak, nagyon hasonlítottak egymáshoz s mindeniket hosszabb ideig tartó alvás (grand mal) követte, a melyből felébredve teljes amnesia állott fenn mindazokra, a melyek ez idő alatt vele s körülötte történtek. Ez állapotok mindannyiszor ismétlődtek, valahányszor ascarisok kerültek a béltractusba. Bromadagolásra nem hogy kevesbedtek volna e rohamok, hanem még sűrűbben, fokozottabb mértékben jelentkeztek, ellenben santonin-calomel adagolása után, a mikor az ascarisok távoztak, mindig kimaradtak e rohamok. Az ascarisok által okozott epileptiform rohamoknak bromadagolásra sűrűbben való jelentkezését *Fergutsan* szintén észlelte az ő eseteiben.

Azt hiszem, ezek után bátran állíthatom, hogy jelen esetünkben az ascarisok váltottak ki egy degenerált egyénen epileptiform görcsöket s automatikus cselekvéseket, a melyek pyromania alakjában nyilvánultak. Kérdés lehet már most az, hogy mily módon váltanak ki az ascarisok ily állapotokat? Erre válaszolni ma legfeljebb theoriákkal tudunk. A szerzők ma az ascarisok által okozott görcsöket reflex útján létrejövőknek tekintik, de éppen úgy feltételezhető az is, hogy nem reflex, hanem mérgezés útján váltják ki az ascarisok a görcsöket. Föltételezhető ugyanis az, hogy az ascarisok anyagcseréjük révén valami oly anyagokat termelnek, a melyek mérgezően hatnak a központi idegrendszerre s ily módon hozzák létre a görcsöket, a vigilambulismust.

Hogy melyik a helyes a két theoria közül, azt megmondani ma nem tudjuk, mert írtak le kétségtelenül reflex útján létrejött görcsöket, a hol rhinolithok voltak az okozók, de hasonlóképpen írtak le mérgezés útján létrejövő görcsöket is. Érvek éppen úgy hozhatók fel az egyik, mint a másik theoria mellett. Lehet az is, hogy mindkét tényező, a mérgezés és a reflex is, szerepet játszik a fentebbi állapotok létrehozásában.

Bármi módon okozzák is azonban az ascarisok a görcsöket s az ily automatikus cselekvéseket, minden egyes alkalommal szükséges, hogy meglegyen erre a dispositio. Ebből magyarázható azután az, hogy míg némely esetben nagyszámú ascaris semmiféle tünetet sem okoz, máskor kevés ascarisnak jelenléte ily súlyos tüneteket fog kiváltani. *Naab* említi, hogy egy esetben három ascarisnak jelenléte súlyos meningitises tüneteket okozott, a melyek 24 órán keresztül tartottak s ekkor az ascarisok távozása után megszüntek, más esetében pedig 18 ascarisnak jelenléte csupán kisfokú étvágytalanságot okozott.

Az esetet azért tartottuk érdemesnek a közlésre, mert seholsem találtuk, hogy ascarisok ily automatikus cselekvéseket, még kevésbé, hogy pyromaniát okoztak volna.

Irodalom 1. The British Medical Journal. 1888. — 2. Wratsch. 1886. — 3. Deutsche Medizinische Wochenschrift. — 4. Münchener med. Wochenschrift. 1902.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Báró Korányi Sándor dr.: Belorvostani előadások. III. sorozat. *A tüdő tuberculosisa.* Budapest. 1911. Singer és Wolfner.

Báró *Korányi Sándor* tizenkét előadásban a tüdővész monographiáját adja, melynek befejezéseül maga magyarázza meg az anyag beosztásának és feldolgozásának választott

formáját. Mint mondja, arra törekedett, hogy hallgatóival egyrészt a tuberculosis pathologiájában folyamatban levő átalakulást s ezzel a kérdés további fejlődését megértesse, különösen a tuberculin-hatás és tuberculin-érzékenység tárgyalásával, másrészt, hogy a tuberculosisnak mint népbetegségnek prophylaxisát és gyógyítását ismertesse meg. E célból nem is kíván minden elősorolható adatot felhozni, inkább azokra a kérdésekre helyez súlyt, melyeknek a tankönyvek általában kevesebb, vagy semmi teret sem juttatnak.

Bevezetésül a tuberculosist mint fertőző betegséget jellemzi, melynél a fertőzés létrejöttében a dispositióra kevesebb súlyt helyez, mint a socialis viszonyokra: a tömegnyomorúságra és következményeire. Ha a *Koch*-féle bacillus ubiquitása nem is áll, a socialis viszonyoknak és a culturának a szerző által meggyőzően ismertetett befolyása arra utal, hogy ez az ubiquitás egy-egy piszkos nagy városra nézve praktice mégis megvan. A socialis viszonyoknak a kiemelése a baj terjedését illetőleg olyan érthető és határozott álláspontban nyilvánul, hogy örvendetes volna, ha nem kizárólag orvosi közönség körében maradna az a tudat, hogy „nemcsak a tüdőbajos ember gyógyítható, de gyógyítható a tuberculosis által beteggé tett ország is“ és hogy a gyógyulás elsősorban a vagyonosodástól függ. Nagyon jellemzők e tekintetben a lakásviszonyokra, a nagyobb városok tuberculosis-halandóságára vonatkozó példák és érdekes volna összehasonlításokat végezni a nemzeti vagyonosodás és tuberculosis-mortalitás és főleg morbiditás között, kimutatva, hogy ha Anglia tüdővészeseinek száma 50 év alatt, Poroszország tüdővész-mortalitása 30 év alatt felére csökkent, mennyit emelkedett ugyanazon idő alatt e két állam vagyonosodása. A referensnek régen feltűnt, hogy a klinikán, elég egyszerű viszonyok közt, a könnyebb tuberculosissal felvett munkásosztálybeli betegeknél a viszonylagosan jó egészségi és táplálkozási körülmények között gyakran oly nagymérvű és feltünő gyors javulás, sőt gyógyulás volt elérhető, a milyet a jó és igen jó anyagi viszonyok közt megbetegedett egyéneknél a legtökéletesebb gyógyítás mellett is alig látni; nem lehet ennek más magyarázata, mint az, hogy azok a könnyű esetek, melyek a klinikai ápolás mellett gyógyulnak, az „infectióból betegséggé“ a vagyonos és kifogástalan hygienés viszonyok közt élőknél nem is fejlődnek, vagy ha igen, spontán, rövidesen, orvosi beavatkozás nélkül meggyógyulnak.

A tüdőtuberculosis diagnostikájában a kopogtatás és Röntgen-vizsgálatok eredményei közt von párhuzamot. A kopogtatás finomabb methodusai az általános praxisba még mindig alig mentek át, pedig fontosságuk éppen a kezdeti folyamatok megitélése s a gyógyulásra alkalmas idő kihasználása miatt rendkivüli. A *Goldscheider* „Schwellenwert-percussiója“ (a mit „minimalis percussio“-nak nevez), a *Krönig*-féle tér kikopogtatása, alakja ép és beteg tüdőcsúcson ma már nélkülözhetetlenek a szóban forgó vizsgálatoknál s ha ennek finomságait minden orvos nem is emelheti tökélyre, némi gyakorlattal a használhatóságig tökéletesítheti magát benne. A két csúcs összehasonlító kopogtatása a szerző által ajánlott formában még finomabb módszere a kopogtatási technikának, mely alighanem különös virtuozitást igényel. A *Röntgen*-vizsgálatokat illetőleg jó lesz megszívlelni, hogy azt csak akkor ajánlja, ha a diagnosis ezek nélkül kétes maradna, vagy, ha valami sebészi beavatkozás szüksége forog szóban, mert „helytelenül cselekszik az az orvos, a ki a gyakorlatot drágítja, a nélkül, hogy azzal arányban nőne a therapiának vagy legalább a prophylaxisnak eredménye.“

Kiválóan tanulságos a hallgatódzás méltatása, annak a kopogtatási elváltozásokkal való egybevetése, a sejtes, a határozatlan — szerző szerint helyesebben „átmeneti“ — és a hörgi légzés különböző jellegeinek és a belőlük vonható következtetéseknek magyarázata.

A physikai diagnostika tárgyalását a bakteriologiai követi és a bacillus kimutatásának fontossága az infectio továbbterjesztésének és a differential-diagnosisnak szempontjából. Utóbbira nézve egyrészt a pneumonia interstitialis, a syphilis, pneumonokoniosis, a *Krönig*-féle „Collapsinduration“, másrészt az acute, pneumonia alakjában lefolyó tuberculosis, a gyermekkori bronchopneumonia tuberculosa, az atypusosan lokalizált góczok, a mellüregbeli lymphomata tuberculosa és az anatomiai elváltozásokkal gyógyult esetek (melyekhez a „Collapsinduration“-t is számítja) vannak csoportosítva, rövid, jellemző képben vázolt tüneteikkel. A nehéz légzés, köhögés, köpetürítés, spontán fájdalom, a *Head*-féle zónák értékesítése a functiós zavarok csoportjában talál méltatást. A láz, ennek és a tachycardiának jellemző volta a progressio szempontjából, a dyspepsia, a diazo-reactio értéke vezeti be a biochemiai specialis elváltozások ismertetését.

Az anaphylaxis, az allergia, a tuberculin-reactio és a tuberculosis-immunitás magyarázata, a specialis és a góczreactio ismertetése után a tuberculin diagnostikai értékesítésének kritikáját határozott pontokba foglalva adja meg; az elméleti rész tárgyalásának könnyen érthető formája, melylyel ezeket a kezdő számára különösen bonyolult tanokat, szokatlan fogalmakat, egyszerűen és biztosan áttekinthetőleg adja elő, versenyezik azzal a nagy gyakorlati érzékre való állásponttal, melyet a tuberculin diagnostikai alkalmazásával szemben elfoglal; éppen az úgynevezett „tüdővész-specialisták“ túlzásai miatt különösen értékes azon határozott kijelentése, hogy „a tuberculinnak diagnostikai alkalmazását a gyakorlatban csak ritkán tartja jogosultnak és az csakis specifikus indicatiók alapján alkalmazható“.

A tüdővész prophylaxisát és therapiáját azzal vezeti be, hogy „annak legfontosabb feltétele, hogy a beteggel tartósan foglalkozzunk és őt kedvező viszonyok közé helyezzük“ és e feltétel az oka, ha „a tüdőbajosok közül csak a szerencsés kivételek jutnak abba a helyzetbe, hogy gyógyulásukat igazán a gyógyításnak köszönjék“. Ez a nagyon tartózkodó álláspont jellemzi felfogását az egész therapiára nézve. Szó sincs róla azonban, hogy felfogása a meglevő és fejlődő gyógymódokkal szemben pessimista vagy pláne nihilista volna; a prophylactikus és gyógyeljárások kellő kritikával és elegendő ideig használva meghoznák a kellő eredményt; az akadályt, melyen itt az orvosi képesség megtörik, a socialis viszonyok alkotják. A prophylaxist a *Bang*-féle marhatuberculosis ellen való védekezés példája vezeti be, belefoglalva a human és bovin typus közötti különbségeket. A védekezésnek az acut infectióknál bevált első eszközét, a bejelentést kivihetetlennek és a betegekre és családjukra nézve „czéltalan vexatio“-nak tartja; kivételt kellene tenni tanítókkal, nagyforgalmú hivatalok, közlekedési eszközök személyzetével szemben, és ha nyilt tuberculosisban szenvedő beteg lakást változtat; a tuberculosus halálesetek kötelező bejelentését a kötelező desinfectiónak kellene követni.

A kiváló orvosok kiváló humanisták és a szerzőnek a gyógyíthatatlan tuberculosisban szenvedőknek külön osztályokon való elkülönítéséről írt sorai ezt a tapasztalatot ismét bizonyítják; bármit érne is az ilyen izolálás, egyrészt végtelen kegyetlenség volna a beteggel szemben, másrészt mire a beteg utolsó statio gyanánt oda kerülne, már úgyis éveken át terjesztette volna maga körül a ragályt. „Az, a kinek alkalma volt valaha arra, hogy olyan kórházi osztályban végezzen szolgálatot, melyben kizárólag súlyos tüdővészes betegek ápoltatnak, borzalommal emlékezhetik vissza egész életén át az ott töltött időre.“ Szerinte helyes eljárás az volna, hogy vegyes súlyosságú esetek számára külön tuberculosis-kórházak rendeztessenek be és egy-egy kórház kizárólag a nagyságához mért és mindig ugyanazon terület betegeit vegye fel, tehát egy kórház egy meghatározott kisebb terület assanálását lássa el. Maga is „idealis eljárás“-nak mondja a mai társadalom anyagi viszonyai között ajánlatát, egyelőre be kell érni a sputum izolálásával, a betegek nevelésével a dispensaire-ekben s az egészséges gyermekeknek a tüdővészes családból való kivételével és egészséges környezetben való elhelyezésével. Nem ártott volna itt az iskolai túlterhelés eredményeire is rámutatni. Sajnos, hogy a mit a nép vagyonosodása magától magával hoz, a lakás hygienéje, a tisztaság cultusa, szóval belátása annak, hogy a mint a sebészi infectióval szemben egyedüli helyes védekezés az asepsis, a belgyó-

gyászati infectio elleni védelem alapja is csak az asepsis lehet: mindez nálunk még csaknem utopia.

A sanatoriumi kezelés minden részletére kiterjed kritikája, nagyon pontosan körülírva a klima befolyását és indicatióját is, de különösen annak megállapítását, hogy ki való sanatoriumba; ebben a kérdésben, a mennyire alkalmam volt tapasztalni, ma is sokat hibáznak az orvosok.

A gyógyszeres kezelésben a csukamájolaj- és a creosotkészítmények kerülnek szóba. Azt a kevés hatást, a mit a szerző a creosot javára ír, csaknem teljesen lerontja, hogy a beteg (és talán az orvos is) gyakran a creosottal eleget vél tenni minden kötelességének és elmulasztja azt az időt, a melyet a gyógyításra másképp ki lehetne használni. Talán helyesebb a betegnek egyenesen megmondani, hogy ne belső orvosságoktól várjon eredményt, hanem egyéb utasításainkat kövesse pontosan; ily módon ez utasítások válnak lényegessé a beteg szemében, míg ha gyógyszert kap, mindig az orvosság lesz a lényeg s minden egyéb könnyen mellékesnek vett járulék. Különben a referensnek az az impressiója, hogy az arsen-készítményekkel még többet lehet elérni, mint a creosottal.

Külön előadás foglalkozik a tuberculin-therapiával; mérsékelt állásfoglalás, higgadt kritika jellemzi erre vonatkozó nézeteit; „ne tekintsük" úgymond „a tuberculint a tüdőtuberculosis radicalis gyógyszerének, hanem csak olyan tényezőnek, a mely a szervezetnek spontan módon is meginduló, más eljárások útján is elősegíthető gyógyulási folyamatait hathatósan támogatja". Közben az opsonin-hatást, az opsonin-index kritikáját adva, a tuberculin-therapia technikájára, indicatióira és contraindicatióra tér át; a tuberculin-készítmények között a gyakorlatban különbséget nem lát s megmarad az alttuberculin mellett, a mivel a *Korányi Frigyes*-féle klinika tapasztalatát és hagyományát követi. Nagyon fontosnak tartom az utóbbi időkben elterjedt szokással szemben kiemelni azt a nézetét, hogy a tuberculin-therapia sanatoriumok, kórházak s legfeljebb sanatoriumilag pontosan ellenőrizhető magánbetegek körébe való és alkalmazása ambulatoriumokban nem jogosult.

A *Turban*-féle sémát ismerteti a prognosis szempontjából; nagy óvatosságra int a teljes gyógyulás kimondásában s fontosnak tartja, hogy egyetlen gyógyultnak látszó tuberculosust se tekintsünk más egészséges emberrel egyenlő munkabírásúnak. Álláspontját a pályaválasztás, a katonai szolgálat, a házasság, a conceptio prophylaxisa tekintetében éppen olyan határozottan írja körül, mint a terhesség megszakítására nézve *mostani* véleményét.

Előadásait a tüdőtuberculosis gyógyítására irányult sebészi beavatkozások ismertetésével fejezi be, különösen a mesterséges pneumothorax és a thoracoplastika indicatiói és eredményei szempontjából, érdekes casuistikai közlésekkel kisérve a tárgyalást.

Kevés tér van ma az orvosi tudományban, mely a túlzásoktól, ellentmondásoktól annyira át volna hatva, mint a tuberculosis minden kérdése. Ebben az összevisszaságban megbecsülhetetlen értéke van az olyan könyvnek, a mely a ma már alig áttekinthető anyagból a lényegest ki tudja emelni és az enthusiasták meg a skeptikusok tábora között a középutat megtartva, minden nézetnek, minden eljárásnak a maga jogosult értékét, helyét következetesen ki tudja jelölni. Ez a tulajdonság teszi a báró *Korányi Sándor* könyvét a tuberculosis klinikájával foglalkozók számára nélkülözhetetlenné.

R. Zs.

Lapszemle.

Belorvostan.

A zablisztkúráról a czukorbetegségben ir *Magnus-Lewy*. A zabliszt-kúra mai alakjában — 250 gr. zabliszt + 300 gr. vaj + 2—6 tojás — a beteg napi egész táplálékszükségletét fedezi, amennyiben 50—70 gr. fehérjét, 170 gr. szénhydratot és 250 gr. zsírt tartalmaz. A zabkúra előnyös volta czukorbajban nem a zabliszt specialis tulajdonságainak tudandó be — hiszen csaknem oly jó eredményeket lehet elérni búza-, rozs- és daralisztkúrával is —, mint inkább ezen étekrend bizonyos negativ tulajdonságainak, így nevezetesen a hús teljes hiányának. A zabliszt nem is tartalmaz semminemű, a czukor élenyülését elősegítő anyagot, a hogy azt *His* gondolta, előnye azonban, hogy kevésbé jó glykogenképző s a bélből nem mint szőlőczukor szívódik fel, de előzetesen bacteriumos erjedést szenved s ezen erjedés termékeit értékesíti a szervezet. Az sem zárható ki, hogy a bomlástermékek maguk vagy a bélcsatorna megváltozott állapota akár direct, akár reflexes úton gyakorolnak kedvező befolyást a szervezet czukorbontó képességére.

Noorden eredetileg nagyon súlyos és erős acidosissal járó esetekben alkalmazta a zabliszt-kúrát: kedvező esetekben a czukorvizelés csakhamar csökken, sőt zéróra száll, az acidosis megszűnik s fokozódik a beteg szénhydrat-tolerantiája: csak az a baj, hogy a zabkúra eme kedvező befolyása a czukorbajra éppen nem gyakori s a hol a hatása kedvező, ezek ugyanazon esetek, melyekben energikusan keresztülvitt szigorú diaetával is — ámbár hosszabb idő multán — eredményt lehet elérni. Könnyű esetekben a zabliszt-kúrától sokat nem várhatunk, sőt nem egyszer csökken mellette a beteg szénhydrattűrő képessége.

A zabliszt-kúrát nem szabad hétszámra, esetleg hónapokon keresztül alkalmazni s alkalmazását mindig néhány napi szigorú diaetának kell megelőznie. A kúra tartama 3—4 nap legyen, ezt kövesse egy főzelékes nap s néhány napi szigorú étekrend, majd ezután ismét megismételhetni a 3—4 napi zablisztleves-kúrát. A zabliszten kívül theát, kávét, bort, cognacot is adhatni a betegnek.

Nagy hátránya a kúrának, hogy mellette a beteg czukorvizelése állandóan ellenőrzendő, hisz ennek csökkenése és az acetonuria eltünése alapján ítélhetjük meg, vajjon használ-e; ez az oka annak, hogy a gyakorló orvos nem igen tud vele megbarátkozni. (Berl. klin. W. 1911. 27. sz.)

Halász Alajos dr.

Sebészet.

Az agy angiomájának exstirpatiójáról értekezik *Cassirer* és *Mühsam*. A 22 éves férfibeteg 16 éves koráig teljesen egészséges volt. Pár évvel ezelőtt a bal halánték táján erős ütést szenvedett és ezen idő óta veszi észre, hogy szellemi foglalkozás után mind gyakrabban támad fejfájása. Majd teste bal felére terjedőleg arczában, bal felső és alsó végtagjában, bal törzsében zsibbadás érzése lepte meg, mely eleinte 3—4 hónapi időközben jelentkezett, később azonban 3—4 hetenként. De kellemetlenségei különösen akkor váltak feltűnővé, midőn teste bal felében görcsök kezdtek mutatkozni, melyek, ha igen intenzivek voltak, eszméletét is elvesztette. A szemfenék ép volt, az arczban asymmetria nem mutatkozott. A bal kezével ugyanoly erőt tudott kifejteni, mint a jobbal, azonban a bal kezében a tárgyak felismerésére való képessége hiányzott, mindamellett, hogy a tapintási érzés megvolt. Meg tudta különböztetni, hogy egy tárgy hegyes-e avagy tompa, megismerte az ecset nyelét meg a másik végét. Nem tudott azonban bal kezével pl. egy mogyorót, almát stb. felismerni, mialatt jobb kezével ez sikerült neki. Mindezekből a szerzők arra következtettek, hogy az agy hátulsó gyrusaiban kell a gócznak lenni, az egész betegség hosszú lefolyása pedig arra mutat, hogy valamely jobbindulatú daganat a baj oka. Műtétkor kiderült, hogy a pia mater kb. tenyérnyi angiomája volt jelen, mely az agy szövetébe is behatolt. A szerző elsősorban a daganat körüli venákat kötötte le s így igen csekély vérzéssel volt képes a tumort eltávolítani. Ezen idő óta a betegen a görcsös rohamok elmaradtak, a bal felső végtag ujjai azonban hűdöttek, ugyancsak a tárgyak felismerésére való képessége sem tért vissza. A hűdés annak tulajdonítható, hogy a műtét alkalmával az ujjaknak megfelelő centrum egy része is eltávolíttatott. (Berliner kln. Wochenschr., 1911. 17. sz.)

Ifj. Háhn Dezső dr.

Elmekórtan.

A testvérpsychosisokról ír *Frankhauser*, a ki 40 esetet vizsgált, a melyek közül 17 alkalommal mindkét nem, 23-ban csak az egyik nem szerepelt és pedig 4 ízben a férfi, 19-ben a női nem. Ez utóbbi lelet nem tudható be véletlennek, mert „a nő mindenkor fogékonyabb öröklött betegséggel szemben, mint a férfi". 7 esetben 3 testvér betegedett meg és feltünő, hogy csak férfi (2) vagy csak nőtestvérek (5). Úgy látszik, hogy az atyai részről való terheltség inkább a leányokat, az anyairól való pedig inkább a fiúkat veszélyezteti, a mi megfelel ama tapasztalatnak is, hogy leányok inkább az apához, a fiúk az anyához hasonlítanak. Hogy a nők között gyakoribb a testvérpsychosis, jól összeegyeztethető azon tapasztalattal, hogy az atyai terheltség fontosabb szerepet játszik, mint az anyai. A hol mindkét nem szerepel, ott is az atyai terheltség a befolyásosabb. Minthogy a vegyes esetek száma, a hol férfi betegedett meg először, nagyobb (9) mint azoké, a hol csak férfitestvérek elmebajosok (4), valószínűbb, hogy egy fitestvér elmezavartságát női tag követi és nem férfi. Ezzel szemben, ha egy nővér betegszik meg, valószínűbb, hogy ismét a család egyik női tagja lesz psychotikus, mert azon esetek száma, hol csak nővérek betegek (19), nagyobb, mint azon vegyes eseteké (8), a hol a nővér megbetegedését a fivéré követte. A vegyes esetekben nagyjában egyenlő számmal betegednek meg először a férfiak (9) és a nők (8). Az ifjabb testvérek kétszer oly sűrűn lesznek elmebetegek, mint az öregebbek. A terheltség veszélye tehát a szülők korával fokozódik.

28 esetben mindkét, illetve három testvér dementia praecoxban szenvedett és ezek közül csak 5 volt alformájában teljesen elütő és így nagy valószínűséggel felvehető, hogy ha két testvér dementia praecoxban betegszik meg, a második testvér psychosisa még az alformákban is hasonlít az elsőéhez. 6 esetben mindkét testvér mániás-depressiós elmezavarban szenvedett és ezeken is igazolódott a fenti tétel. 6 esetben pedig a szerző a „visszafejlődési kor" elmezavarait észlelte. *Frankhauser* végre kiemeli, hogy a tételei végső igazolására még több eset pontos tanulmányozása szükséges. (Zeitschr. f. d. g. Neurol. u. Psych. V. kötet, 52. l.)

Goldberger Márk dr.

Gyermekorvostan.

A phlegmonosus diphtheriáról és kezeléséről értekezik *Blumenau* (Szt.-Pétervár) 488 eset kapcsán, melyek a diphtheria elleni serum alkalmazásának ideje óta a Prinz Peter von Oldenburg-gyermekkórházban kezeltettek. A phlegmonosus diphtheria elnevezést a szerző *Rauchfuss* ajánlatára használja; *Monti, Baginsky, Róna* angina diphtheria septicának, *Heubner, Escherich, Behring* diphtheria gravissimának nevezte ugyane kórképet. Statisztikai összeállítása szerint összes eseteinek fele halállal végződött, daczára a serumtherapia alkalmazásának. A phlegmonosus diphtheria gyakran hányással kezdődik; a későbbi időszakban jelentkező hányás mindig kezdődő szívhűdés előjele. A localis toroktünetek a serum hatása alatt a 2. hét kezdetén tűnnek el, míg a nyaki és submaxillaris characteristikus bőralatti kötőszöveti oedema már az 1. hét végéig eltűnik, a mivel együtt jár a hőmérsék leesése.

A szívizom működésének zavarait leggyakrabban az 1. hét végén vagy a 2. hét elején észlelte. A lágyszájpad hűdése leggyakraban a lepedék feltisztulása után áll be, míg a a 2. héten csak ritkábban jelentkezik. A nephritis, mely a legtöbb esetben beáll, már az első napokban kifejezett, de lefolyása rövid és jóindulatú.

A phlegmonosus diphtheria kezelését illetőleg megemlíti a szerző a többi közt *Cairus* eljárását is, ki enormis serumadagokkal dolgozik, így átlag 20—40 ezer egységet alkalmaz intravenosusan. A szerző maga részéről megelégszik 5000 egység intravenosus, vagy ha ez nem vihető ki, intramuscularis alkalmazásával, a mit szükség esetén ismétel is. Mindenesetre érdekes, hogy a vérkeringésbe vitt ily nagymennyiségű idegen serum (*Cairus* egy gyógyult esetében 82.000 egység) a szervezetre nem káros hatású, eltekintve az igen gyakran (70%) jelentkező urticariától. A phlegmonosus diphtheria helyi kezelésénél jó hasznát látta és ajánlja a pyocyanasét, melynek erős bactericid hatása itt igen jól értékesíthető. A szívműködés hanyatlásakor és a vérnyomás csökkenésekor a szerző több ízben alkalmazott adrenalin-injectiókat, de jó eredményt nem igen látott ez eljárástól. Vele szemben többen (*Pospischill, Langstein*) hangsúlyozzák a nagy adrenalindosisok kiváló jó hatását.

Értekezésének végeredményében odakonkludál a szerző, hogy a phlegmonosus diphtheria egy specifikus, különösen toxikus diphtheria-alaknak tekintendő, ezt bizonyítják a bakteriologiai vizsgálatok, a betegség klinikai képe s a diphtheria-ellenes gyógysavó hatása. A kezeléssel tehát arra kell törekednünk, hogy kellő mennyiségű serumot kellő gyorsasággal tudjunk a szervezetbe vinni, miáltal megakadályozhatjuk, kogy a diphtheria-toxin a szervezet szövetreceptoraival szorosabb összeköttetésbe lépjen. A serum intravenosus alkalmazásával a szerző kivihetőnek tartja, hogy a phlegmonosus diphtheriában megbetegedettek nagy része meggyógyuljon s reménytelen esetek csak azok legyenek, melyek későn kerültek kórházi kezelés alá. (Arch. f. Kinderheilkunde, 1911. 338. o.)

Koós.

Bőrkórtan.

A syphilis korai kezeléséről ír *G. Scherber* (Wien). A szerző erről a kérdésről már több ízben és több helyütt nyilatkozott. És ez nagyon megokolt is, nemcsak mert a kérdés felette fontos, hanem azért is, mert a szerző adatai az idő folyamán egyre értékesebbé válnak, mivel kisérleti sorozata 1904-be nyúlik vissza. A syphilis korai kezeléséről az utóbbi időben megint aránylag sok szerző nyilatkozott s jellemző az eljárás értékére, hogy csaknem valamennyien igen jó eredményről számolnak be. A korai kezelés alatt azt a *gyógyszeres* kezelést érti *Scherber*, mely minél korábban (az általános kiütés idejénél jóval előbb) és minél erélyesebben megy végbe. Ez az eljárás kombinálható még azzal is, hogy a primaer affectiót kimetszszük. Gyógyszeres kezelés nélkül a kimetszésnek azonban úgy látszik a legtöbb esetben nincsen befolyása a syphilis további lefolyására. Egyetlen kivételképpen azonban közöl a szerző oly esetet, a melyben a kimetszett laesio bakteriologiailag beigazoltan syphilises primaer affectio volt, egyéb kezelés pedig nem ment végbe s az illető egyén mégis immár $6\frac{1}{2}$ év óta teljesen tünetmentes, Wassermann-reactiója pedig állandóan negativ. *Scherber* a korai kezelés kérdésében a fősúlyt érthetően az erélyes kénesős kezelésre helyezi. A vizsgálati sorozata aránylag nagy, mert jól és hosszasan észlelt (egészen 7 évig) 25 syphilises esetre vonatkozik. A kénesős kezelés változó volt. A 10%-os hydrargyr. salicyl.-os emulsión kívül szürkeolajat (20 és 40%-os készítményt) és kenőkúrát alkalmazott. A 25 részletesen közölt kórtörténetből határozottan kitűnik, hogy a korai kezelés, mely mostanában a spirochaeta pallida kimutathatósága és ismerete által igen gyakran könnyen végrehajtható, általában jó eredménynyel kecsegtet. A 25 eset közül ugyanis 6-ban 2—4 éven belül semmiféle syphilistünet sem mutatkozott. Ezekben az esetekben — egynek kivételével — a seroreactio is állandóan negativnak bizonyult. A többi 19 esetben az általános lueses jelenségek előbb-utóbb mégis kifejlődtek. Meg kell azonban jegyeznünk, hogy a 19 eset közül 13-ban a syphilises tünetek nem kiterjedt, hanem egészen körülírt, izolált jellegűek voltak. Elfogulatlanul tekintve a korai kezelés eredményeit, azt kell megállapítanunk, hogy gondos észlelés és megfigyelés mellett rendszerint ezzel az eljárással sem lehet a kúrák számában és a gyógyítás idejében valamit megtakarítani, de azért mégis nyilvánvaló, hogy a secundaer szak általában lényegesen enyhíthető. Hogy a további lefolyás azután mennyivel nyujt jobb kilátást, azt csak a hosszasabb és sokoldalú észlelés fogja véglegesen eldönteni. (Dermatologische Zeitschrift. 1911. XVIII. 6. f.)

Guszman.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A lágyfekély kezeléséről pyocyanaseval ír *Hatzfeld*, a mainzi kórház másodorvosa. Lágyfekély és bubo eseteiben már két év óta kizárólagosan a pyocyanasét használja porlasztás alakjában a *Lingner*-féle módosított spray-készülékkel. Utána steril gaze-zel kötést alkalmaz. A bubókat bemetszésük után pyocyanaséval átitatott gaze-zel tamponálja, azután beporlasztva kötést alkalmaz. Minthogy a pyocyanase sokszor erős égetést és fájdalmat okoz, célszerű előzőleg 3%-os cocain-oldattal érzéstelleníteni. Phagedaeniás fekélyek gyógyítására különösen ajánlható a pyocyanase. (Therap. Monatshefte, 1910. 11. füzet.)

Köszvény eseteiben *Georgiewsky* tanár (Charkow) szintén jó eredménynyel használja az atophant (phenylcinchoninsavat). Az esetek nagy többségében javulás áll be, a mely nem tartós ugyan, de a szernek újból adására ismét mutatkozik. Naponként 3–4-szer adva 0·5 grammot, huzamosabb használat esetén sem észlelt kellemetlenséget. A húgysavkiválasztást fokozó szerek között a leghatásosabbnak tartja az atophant, a mely úgy látszik heveny polyarthritis rheumatica eseteiben is jó eredménynyel használható. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1911. 22. szám.)

A natrium bicarbonicnm használatáról gyomorbajokban ír *Binet* (Vichy). Tapasztalatai szerint csak a kisebb adagok jók. 0·75—1·0 grammot adva többször napjában, az aciditas csökkentése útján mérséklődnek a fájdalmak, míg nagy adagok savelválasztásra ingerelnek. Kisebb adagok után a szénsavfejlődés sem ér el kellemetlen fokot. Végül a kis adagok a gyomor motilitását is fokozzák. (Progrès médical, 1911. 3. sz.)

Tüdővészesek anaemiás állapotai, továbbá ideges kimerülés és görvélykór esetén sikerrel alkalmazta *Eckhard* a ferrum arseniato-citricum ammoniatumot vagy belsőleg (1·0 gr. pro die, 0·03—0·07 gr.-os dosisokban), vagy pedig még jobb eredménynyel bőralatti injectiók alakjában, a melyekhez a praeparatumot úgy készítette, hogy a phiolákban kapható 0·5 gr.-nyi mennyiséget 10 gr. aqua destillatában feloldotta és átszűrte. Ebből háromszor hetenként 1—1 cm^3-t fecskendezett be. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1911. 22. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1911. 31. szám. *Hampel Ferencz*: Az oldási elv. *Lévai József*: Halált okozó eves tályog és baleset közötti okozati összefüggés. *Kammer Manó*: Baleset és megvakulás közötti összefüggés.

Klinikai füzetek, 1911. 7. füzet. *Keller Kálmán:* A myastheniás villamos reactióról *Szana Sándor:* A csecsemőkórház és szerepe az elhagyatott csecsemők állami védelmének rendszerében.

Orvosok lapja, 1911. 31. szám. *Chudovszky Móricz:* Sebészeti megbetegedések.

Budapesti orvosi ujság, 1911. 31. szám. *Lorenz Hugó*: A vestibularis apparatus és a tengeri betegség összefüggéséről *Tornai József:* Egy új cardiotonicumról. „Közegészségügyi és törvényszéki orvostudományi szemle" melléklet, 3. szám *Tuszkai Ödön:* Iskolaorvosi tapasztalatok. *Kmetykó János:* Az ifjúsági testnevelés czélja, jelene és jövője.

Vegyes hirek.

Kinevezés. *Békés Dezső* dr.-t a gyulai közkórház szemészeti osztályának főorvosává, *Kőváry Ernő* dr. vajdahunyadi városi orvost és *Feles Adolf* dr. bácsmegyei orvost tiszteletbeli megyei főorvossá, *Géczy Dezső* dr.-t a pozsonyi állami kórházhoz másodorvossá, *Wertheimer Ernő* dr.-t az ipolysági közkórházhoz alorvossá nevezték ki.

Okolicsányi-Kuthy Dezső dr. egyetemi magántanár tanítási jogosítványának a tüdővész kór- és gyógytanára kiterjesztését a vallás- és közoktatásügyi minister megerősítette.

Választás. *Takács Géza* dr.-t Szalacson körorvossá választották.

A budapesti önkéntes mentő-egyesület júniusban 1447 esetben nyujtott első segítséget; ezenkívül 928 szállítást végzett, 252 esetben mint mozgóőrség szerepelt és 33-szor vaklárma és téves jelentés folytán vonult ki. A június havi működési főösszeg tehát 2660.

A tisztiorvosi vizsgára előkészítő tanfolyam Kolozsvárt szeptember hó 12.-én kezdődik. Cursus a vizsga minden tárgyából lesz. Bővebb felvilágosítást nyujt *Jakabházy Zsigmond* dr. gyógyszertani intézeti adjunctus (Kolozsvár, Trefort-u. 8.).

A székesfővárosi szt. István-kórház orvosi kara néhai *Hirschler Ágoston* dr. főorvos emlékére koszorúmegváltás czímén 50 koronát küldött be, mely összeget átadtuk a budapesti orvosi kör országos segélyegyletének.

Megjelent a magyar szent korona országai balneologiai egyesületének 1911.-i évkönyve a szokott gazdag tartalommal, *Vámossy Zoltán* dr. főtitkár gondos összeállításában.

Hainiss Géza dr. közkórházi főorvos több társa nevében is felkéri azon kollégáit, kik a budapesti tudományegyetem orvosi karán az 1881. évben végeztek, szíveskedjenek lakczímüket vele tudatni, hogy a 30 éves találkozó ügyében levelet válthassanak. Budapest, VIII., József-körút 34.

A Zsófia-sanatoriumot Balaton-Almádiban július 30-án avatták fel nagy ünnepséggel, melyen közéletünk számos előkelősége megjelent, élén *Zichy János* gróf közoktatásügyi ministerrel Az egyelőre 60 gyermek számára berendezett sanatoriumot, a mely az első ilynemű intézmény Magyarországban, a gyermekvédelmet az elhagyatott *beteg* gyermekekre is kiterjesztés czéljából alakult Országos Gyermeksanatorium-Egyesület létesítette.

A nemzetközi dermatologiai congressust, melyet ez év szeptember havában akartak megtartani Rómában, a jövő év április havára halasztották.

Kisebb hírek külföldről. A nyugalomba vonuló *Leopold* tanár helyébe *Kehrer* berni tanárt hívták meg a drezdai szülészeti intézet igazgatójává. — A bonni gynaekologiai tanszékre *Menge* tanárt hívták meg Heidelbergből. — *Schmidt-Rimpler*, az ismert hallei szemész-tanár 50 éves orvosi jubileumát ülte. — *Bethe* tanárt a kieli egyetemre hívták meg az élettani intézet igazgatójává. — *Payr* tanár utódjává a königsbergi sebészeti tanszéken *Enderlen* würzburgi tanárt hivták meg. — *Wenckebach* tanár elfogadta a meghivást a strassburgi egyetem belgyógyászati tanszékére. — *Reichenbach* dr.-t Bonnból a göttingeni egyetem hygiene-tanszékének igazgatójává hívták meg. — *Teissier* dr. Párisban a belorvostan, *Letulle* dr. Párisban az orvostörténelem, *Vires* dr. Montpellierben a gyógyászat, *Pachon* dr. Bordeauxban az élettan tanára lett.

Mai számunkhoz a *Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning Höchst a. Main* czég **„Sajodin, Sabromin"** czimü prospectusa van mellékelve.

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

Városmajor szanatórium és vízgyógyintézet
Budapest, Városmajor-utcza 74. — Telefon 88—99.
Emésztő szervek betegségei, anyagcserebántalmak, czukorbetegség, máj-, epekő-, vesebajok, neurasthenia, hátgerinczsorvadás ellen, soványító- és hizlalókúrák esetére. — Felvétel a szanatóriumban egész nap. — Igazgató-főorvos: **csernyefalvi dr. Kozmutza Béla**

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

Orvosi laboratorium: Dr. MÁTRAI GÁBOR v. egy. tanársegéd. Telefon 26—96. VI., Ó-utcza 39.

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

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

Orvosi laboratorium: Dr. SZILI SÁNDOR, v. egy. tanársegéd, VII., Király-utcza 51. Telefon 157—71.

Kopits Jenő dr. orthopaediai intézetét VII., Nyár-u. 22. sz. alá (a Rókus-kórház közelébe) helyezte át.

Orvosi műszerek, kötszerek, villanygépek, legjobb sérvkötők, haskötők, összes betegápolási tárgyak és gummiárúk elsőrendű minőségben jutányosan kaphatók:
POLGÁR SÁNDOR, Budapest, VII. ker., Erzsébet-körút 50.
— Legújabb nagy képes főárjegyzék bérmentve. — Javitásokat elfogad. (Alapitva 1892.) Telefon 583.
Védjegy.

BAD HALL ⊡ OBERÖSTERREICH
Dr. WILHELM POLLÁK, Bahnhofstrasse.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Közkórházi Orvostársulat (VII. bemutató ülés 1911 április 5.-én és VIII. bemutató szakülés 1911 május 17.-én.) 576. l. — A német nőorvosok egyesületének XIV. nagygyűlése 578. l.

Közkórházi Orvostársulat

(VII. bemutató ülés 1911 április 5.-én.)

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

(Folytatás.)

Röntgenvizsgálattal kórjelzett ulcus callosum ventriculi műtéttel gyógyult esete.

Stein Adolf és Gellért Elemér: A callosus gyomorfekély eredményes vizsgálata Röntgensugarakkal újabb keletű vívmánya a radiologiának. *Haudek* volt az első, a ki e tárggyal kimerítően foglalkozott. Támaszkodva pontos klinikai megfigyelésekre és ellenőrizve vizsgálatait a megejtett műtét alkalmával, részletesen írja le a penetráló és nem penetráló callosus gyomorfekély Röntgenképét. Eredményeit a Münchener med. Wochenschrift 1910. és 1911. évfolyamában részletesen közli. Közleményei főleg a penetráló gyomorfekélyt tárgyalják. De mindkét fekélynemnek egy közös fősymptomája van, mely abból áll, hogy a bismuttal elkevert étel, melyet a beteggel etetünk, a fekélyt is megtölti és láthatóvá teszi. Ha a gyomorfekély a szomszédos szervekkel, mint a májjal vagy hasnyálmirigygyel össze van nőve és idők multán ürmenetek képződnek, akkor communicatio jön létre a gyomor és az illető szervek között. A bismuttal megkevert étel midőn a fistulákon át a pancreasba vagy májba hatol, látható és iránya követhető. A nem penetráló gyomorfekély gyomorfali diverticulum képét adja (Nischensymptom, *Haudek*) az átvilágító ernyőn vagy lemezen. A gyomorfalnak ezen kiöblösödése csak akkor látszik jól, ha a fekély kedvezően fekszik, ha a gyomor árnyékába nem esik, pl. a kis curvaturán. A gyomor hátsó falán levő ulcust nehezen lehet észrevenni, mert a gyomor árnyéka fedi. A bemutatott lemez a kis curvaturán mutatja a fekélyt, mint egy kis gyomorfali sérvet.

Gellért Elemér. Bemutatja a gyógyult beteget. A kivágott callosus részlet górcsői vizsgálata rákos elfajulást mutatott. Callosus fekélyek esetén nem tartja helyesnek a gastroenteroanastomosist, hanem a megfelelő részlet resectióját.

(VIII. bemutató szakülés 1911 május 17.-én.)

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

Sklerodermia esete.

Donath Gyula: Ezen 41 éves, férjezett földmíves napszámosnő anamnesiséből csak azt kívánom kiemelni, hogy sohasem menstruált és teherben nem volt, mindig egészséges volt és családjában hasonló baj nem fordult elő. Betegsége 16 év előtt kezdődött gyengeséggel, az alvégtagok gyors kifáradásával, hangyamászással és hidegségérzéssel egész testén, különösen hideg vagy esős időjárás alkalmával, a mellett járáskor térdig megdagadtak a lábai, nyáron ellenben vagy meleg szobában szokatlan nagy forróságot érzett egész testén. Az utóbbi 8 évben fokozatosan a felső, majd az alsó végtagokban sorvadás jelentkezett szárazság vagy fájdalom érzete alatt; a mellett sárgás folyadék-gyülem támadt ujjkörmei körül és a körömágyakban, mire a körmök leváltak, a mi több ízben ismétlődött. A lábkörmök nem váltak le. Még 3 évvel ezelőttig munkaképes volt. Két éve, hogy feszességérzete támadt az egész testén, kivált a szemek, száj és hát táján, azóta végtagjai is merevvé és mozdulatlanná váltak. Betegsége óta jelentékenyen lefogyott, noha emésztése rendben van.

A kórképet dominálja a bőr nagy kiterjedésű megvékonyodása, atrophiája, sárgás-barna elszíneződése, erezett, fénytelen volta, mely különösen kifejezett az arczon, nyakon, mellen, az alkarokon és kezeken, már kevésbé az alvégtagokon, míg a has és hát elég normalis viszonyokat tüntet fel. A bőr a koponyán csak alig tolható el, az állkapcson mintha oda volna forradva. A zsugorodott bőr a száj körül függélyes ránczokat vet, miáltal a száj nyitása is akadályozott, míg az állon concentrikus ránczokat képez. A zsugorodott alsó szemhéjak alig mozgathatók, míg a felső szemhéjak elég jó állapotban vannak. Az orr feltünően megkisebbedett, megkeskenyült. A porcz és septum sorvadt, az orrlyukak megszűkültek, az ajkak megvékonyodtak. A nyelv is megvékonyodott, megkeskenyült és nem nyujtható ki az ajkakon túl. Az alkarokon a bőr erősen rögzített, de különösen mélyrehatók a bőr elváltozásai a kezeken, a hol világosan látható, hogy ezen elváltozásokban az egyéb lágyrészek és még a csontok is részt vesznek. A bőr itt cyanotikus, heges, márványszerűen síma, hideg, alapzatával mozdulatlanul össze van forradva; a hol a csontra feszül, elefántcsont-sárga, a kezek és ujjak behajlítvák, utóbbiak oly erősen, hogy a dystrophikus, karomszerűen begörbült körmök (onychogriposis) a tenyérbe bevannak mélyesztve. A kis ujj basalis percze alig tapintható rudimentumot mutat, úgy hogy fölötte a bőr laza zsákot képez egy gyűrűalakú befűződési barázdával, a bal kéz mutató ujja pedig mutilálva van, a mennyiben ennek körömpercze hiányzik. A Röntgen-képek az alkarok és kezek összes csontjainak nagyfokú atrophiáját, valamint az arteria radialis erős elmeszesedését mutatják. Még egy ritka jelenségre akarom felhívni a figyelmet, ezek a lábtalpakon, de különösen a capitula metatarsi táján csoportokban elrendezett, kölesnyi sötét, vörösbarna színű, gombocska módjára kiemelkedő képződmények, melyek élénk piros udvartól vannak körülvéve. Ezek nyomásra rendkivül érzékenyek, már a czeruzahegygyel való enyhe érintés élénk fájdalmakat okoz és ismeretesek mint *angiokeratoma Mibelli*, mely lényegében a bőrpapilláknak bőrzsugorodás okozta venosus stasisára vezethető vissza. Fájdalmasságuk miatt czipője talpát vattával béleli ki és sarkával hág.

Érzéki és psychikus elváltozások nincsenek. A mozgási zavarok, jelesen az alkar korlátolt hajlíthatósága, a kéztő- és ujjizületek merev contracturája a bőr és az alatta levő lágyrészek primaer megbetegedésétől vannak feltételezve.

A betegnek csekély mozgásai daczára oly melegségi érzése van a karokban és alvégtagokban, hogy azokat mindig az ágytakarón kivül hagyja.

A mi a kezelést illeti, 30 fibrolysin-injectio és 90 thyreoidtabletta használtatott. A csekély javulás abban mutatkozott, hogy jelenleg tud járni, a mire a kórházba felvétele idején nem volt képes; karjait is magasabbra és fájdalom nélkül tudja emelni, míg ez régebben fájdalommal járt. Arczbőre is lágyabb lett és állítólag annak feszültsége is csökkent. Kiemelem még, hogy az angiokeratomatikus fájdalmak is engedtek angol pajzsmirigytablettákra. A contracturákban és egyébként változás nem történt.

A sklerodermiában, mint ismeretes, 3 stadiumot lehet megkülönböztetni: a nervosus stadiumot, melyet az anamnesisben felismertünk, az oedematosust vagy myxoedematosust és végül a sklerotrophikust, mely előttünk van. A legszebb eredményeket lehet a második stadiumban és pedig többnyire pajzsmirigygyel elérni, a mint azt egy más helyen közlendő esetben észleltem.

Havas Adolf: A beteg talpán levő elváltozás a *Mibelli* által leírt angiokeratoma. Keletkezik pedig úgy, hogy az intima és adventitia túlburjánzik a media rovására a vérerekben, míg a vérér lumene elzáródik. A corpus papillare cutisban tágul a vérér és annyira kiöblösödik, hogy cysta keletkezik és a tágult vérér felett mint secundaer folyamat hyperkeratosis keletkezik.

Az angiokeratosis nem fájdalmas, csak ha az irritált idegeket éri. A vér csakhamar megalvad és fekete rögös tömeggé alakul át. Ha fájdalmas, el kell távolítani thermocauterrel vagy újabban szénsavhóval.

Örülök, hogy thiosiaminra javult az eset és thyreoidinra, bár ezek nem mindig válnak be. A pajzsmirigygyel való összefüggés még

bizonytalan. A friss oedemák eseteiben a gyuladás kétségtelen és valószínűleg antitoxicatio útján jön létre. Friss esetek a *Raynaud*-féle megbetegedésre, a localasphyxiára emlékeztetnek.

Donath Gyula: A pajzsmirigygyel való összefüggés nem olyan kétségtelen, mint a Basedow- vagy myxoedemánál, de bizonyos összefüggés valószínű, a mennyiben úgy a sclerodermia, mint a pajzsmirigyelváltozás ilyenkor közös eredetű lehet. A szénsavhókezelést meg fogják próbálni.

Sycosis parasitaria esetei.

Havas Adolf: A megbetegedés oly módon kezdődik, hogy a kórokozó microba, a trichophyton tonsurans, állatról (szarvasmarha, ló, kutya, macska stb.) vagy pedig emberről emberre vitetik át. Az ily módon átültetett microba eleinte csak felületes gyuladást, pirt, korpádzást idéz elő, később azután a lobosodás mindinkább a mélybe terjed, különösen a hajtüszők mentén, mélyreható folliculitis és perifolliculitisek keletkeznek. A lobos góczok egymással egybefolynak és így borsónyi egész férfitenyérnyi, a bőr egész tömegén áthatoló, a felületen esetleg több cm.-nyire kiemelkedő, többé-kevésbé élesen határolt, a beszáradt váladékból származó, pörkökkel fedett, igen érzékeny dudorzatok keletkeznek. E dudorzatokon a hajtüszők nyílásai tetemesen kitágultak és bő genyet ürítők, a hajszál bennük egészen meglazult. A lobos folyamat következtében a kórokozó microba eliminăltatik és spontan gyógyulás állhat be, de ilyenkor mindig hegesedéssel járó örökös hajveszteség marad hátra.

A megbetegedés az esetek legtöbbjében csak szőrzetes helyen fordul elő, de előfordulhat szőrtelen helyeken is folliculitis vagy furunculus képében.

A kórisme már maga a klinikai megjelenés-mód által is elég könnyen tehető, a mikroskopi vizsgálat azt mindenkor kétségbevonhatlanul beigazolhatja. A gyógykezelés szempontjából csak azt említem meg, a melyet *Larisch* után eddigelé minden észlelésem alá jutott esetben a legjobb és leggyorsabb eredménynyel alkalmaztam és a mely abban áll, hogy a pörköktől megtisztított beteg felületre Burow-oldatba mártott gaze-t tétetek és e fölé forró pépes borogatást egész napon át. Este forró vízzel és szappannal a beteg hely erélyesen megmosatik és éjjelre Burow-oldatba mártott és impermeabilis anyaggal befedett gaze-zel befedetik. Másnap reggel újólag szappanos mosást stb., a mint fönt már leirtam. Körülbelül két hét után a dudorok visszafejlődtek, a beteg szőrszálak kihulltak; a még hátralévő lobtermékek eltüntetésére a *Brocke*-féle pastát alkalmazom.

I. A 35 éves földmíves állán egy nagy gyermekökölnyi, élesen határolt, nyomásra érzékeny daganat van, a mely barnássárga pörkökkel van fedve. A pörkök eltávolítása után a tágult hajtüsző-nyílások láthatók, a melyekből már enyhe nyomásra véresen festett geny préselhető ki. A hajszálak rendkivül lazán ülnek a hajtüszőkben, jórészt már egyszerű törlésre is eltávolíthatók. A folyamat 3 hét óta áll fenn.

II. A második eset 38 éves földmíves; álla alatt még láthatók egyes, majdnem koronanagyságú beszűrődések. Ennél a betegnél a kórkép az osztályra jövetelkor épp olyan volt, mint az első ízben bemutatott betegnél, ma már körülbelül gyógyultnak mondható.

III. A harmadik eset egy sycosis vulgaris esete, ennél a folyamat már évek óta áll fenn. Itt is parasitarius természetű a szőrtüszőgyuladás. A kórokozó a staphylococcus albus. A folliculitishez itt is perifolliculitis is hozzászegődik. Ezekben az esetekben azonban a klinikai tünetek nem nyilvánulnak oly excessiv módon, mint a trychophyton tonsurans okozta gyuladásban. Viszont itt a lefolyás sokkal lassúbb, hosszú évekre terjedő, de in ultima ratione, itt is épp úgy, mint a másik kettőnél, ha kellő időben megfelelő gyógybeavatkozás nem történik sikeresen, hegesedéssel végződik a kórfolyamat és így a megtámadott helyen szőrzet többé nem nő.

A hüvelyfalba benőtt pessarium esete.

Brósz Sándor: Manapság a pessarium tekintetében azon az álláspónton vagyunk, hogy csak abban az esetben alkalmazzuk, ha valamely uterusdeviatio correctiójának maradandóságát rövid idő alatt remélhetjük (például gyermekágyi retroflexio), vagy pedig, ha a deviatio radicalis gyógyítását valamely szervi baj (például vitium, tüdőbeli folyamat) nem engedi meg a narcosis veszélye miatt.

Régebben annyira irtóztak a betegek a műtéti beavatkozástól, lehet mondani, a gynaekologusok conservativismusa által befolyásoltatva, hogy inkább kerestek fel javasasszonyokat, bábákat bajuk orvoslása czéljából, semhogy szakember kezelése alá vetették volna magukat. Ilyenek azután a legrettenetesebb manipulatiókat követték el. Ismerünk eseteket például, midőn a beteg descensusa miatt bábaasszonyhoz fordult, a ki szőrből és bőrből pessarium-alakot formált, körülbelül kis tányérnyi nagyságban, melyet a hüvelybe helyezett. Egy másik beteg prolapsusa miatt keresett fel egy ilyen egyént, ki a reponált uterust úgy akarta visszatartani, hogy hüvelycsövét viasz- és szurokból készült massával tömte ki, mely ott megkeményedve, tényleg visszatartotta az uterust, azonban oly óriási kínokat okozott neki, hogy a klinikára jött, hol aztán eltávolították. Mostanában azonban a gynaekologusok legkiválóbbjai mind a radicalis gyógymód mellett foglalnak állást, mert tudatában vannak annak, hogy mit jelent az egy asszonynak, ha fixált retroflexióját hónapokon keresztül massirozzák, vagy uterusát örökös gyűrűviseléssel tartják anteflexióban, vagy descensusát pessariumbehelyezéssel tartják vissza. Az ily módon kezelt betegnek naponkint irrigálni kell magát s behelyezett gyűrűjét havonta egyszer orvos által kivétetni és megtisztíttatni, mert a pessarium különben súlyos vaginitiseket, fluorokat okoz s ha hosszú ideig nem vétetik ki, a hüvelyfalba megmozdíthatatlanul belenő. Ilyen eset a következő: Egy 44 éves asszony, ki tizszer szült, utoljára 5 év előtt. 3 év óta vannak hüvelysülyedési panaszai, mely ellen gyűrűt hordott. Mig a fővárosban lakott, addig mindig járt orvoshoz, ki havonta egyszer gyűrűjét kivette és megcserélte. Egy év előtt azonban vidékre költözött s ezen idő óta egyszer sem vette ki gyűrűjét csak most, midőn visszakerült, jött el hozzánk gyűrűcsere miatt. Nagy vékony Mayer-pessarium van a hüvelyében, mely fölött a hüvelyfal teljesen keresztülnőtt, azt megmozdíthatatlanul megkötve. Tudniillik a vékony gyűrű bevágott a hüvelyfalba, azt usurálta, sarjadzás indult meg, mely után teljesen átnőtte a pessariumot. Az eltávolítás a gyűrű darabokra fűrészeléséből s a sarjszövetre való rávágásból fog állni s így kis darabokban ki fogjuk hámozni a hüvelyfalból.

Tóth István: Öregebb asszonyokon, a kiknek atrophiás a hüvelyük, elég gyakori az, hogy nehéz kivenni a régóta benlévő gyűrűt. Egy galicziai nő Bécsbe járt a gyűrűjét cseréltetni, de egyszer hosszabb ideig benhagyta és *Schauta* privátrendelésén a kivételnél olyan vérzése támadt, hogy a klinikára kellett szállítani. Fiatal asszonynál még benn lehet hagyni, mert szövetei ruganyosak, öreg asszonyoknál legalább 3—4 hónapban egyszer kell cserélni, mert előfordul, hogy áttör a hólyagba vagy végbélbe. Ezelőtt 20 évvel divatosak voltak a srófra járó esernyőalakú pessariumok, melyeket az asszonyok maguk is tágítottak és előfordult, hogy belejutottak a hólyagba vagy végbélbe.

Tehát lehetőleg operálni kell, csak akkor adjunk pessariumot, ha a beteg kora vagy alkati betegsége miatt operálni nem lehet. De ekkor is 3—4 havonkint változtatni kell.

Az epehólyag megbetegedései által szolgáltatott sürgős műtéti indicatiókról.

Pólya Jenő: Azok az állapotok, melyek sürgős műtétet indikálnak:

1. epehólyagból kiinduló acut sepsis,
2. cholecystitis gangraenosa,
3. epehólyagperforatio által okozott általános genyes hashártyagyuladás és pericholecystitikus tályog, szóval mindazon esetek, melyekben az epehólyag súlyos infectiója vagy a gyuladás tovaterjedése a beteg életét közvetlen veszélybe hozza. Ezzel kapcsolatban bemutat 2 esetet, melyekben az epehólyagnak typhusrecidiva kapcsán keletkezett heveny gyuladása folytán létrejött diffus peritonitis, illetve epekőperforatio által okozott acut pericholecystitikus tályog indikálta a sürgős műtétet, mely mindkét esetben a beteg gyógyulására vezetett.

Sándor István: *Hültl* osztályán két hasonló esetben avatkozott be. Indicatiói azonosak az előadóéival. Egyik 80 éves asszony, kin ileustünetek voltak, nagy összenövésekkel, meghalt. A másik esetet acut indicatio alapján kellett megoperálni. 67 éves portás 35 éve szenvedett epekövekben. Késő este peritonitis diffusa diagnosisával küldték be Ennek volt is sok tünete, de a has puha volt és csak az epehólyag tájékán volt érzékenység. *Hochhalt* osztályán észlelték 4 napig és egyszerre rázóhideg állott be 40° lázzal, 160 pulsussal.

Még este megoperálta a szóló. Összenövések közé beágyazott epehólyag, cseplesz megduzzadva, de nem volt geny. Az epehólyagban, a cysticusban és hepaticusban kis kövecskék és zavaros szürke folyadék, melyeket kikanalazott. Erre a hepaticusból kis epefolyás indult meg. Drain. Még néha kövek távoztak. A beteg meggyógyult.

Gellért Elemér: Egy hete 44 éves férfit hoztak *Herczel* osztályára. Régebben voltak gyomorpanaszai. F. hó 6.-án rosszul lett. Széke nem volt, véreset hányt. Fájdalmak a jobb bordaív alatt. Orvosa appendicitisre gondolt. 8.-án meteorismusa kezdődött, 10.-én beszállították. 36·5°, facies peritonitica, meteorismus, pulsus 74, nyelv száraz, úgy hogy a diagnosis könnyű volt. Gyomorperforatiót tartottunk valószinünek. *Herczel* mondta, hogy epehólyag-perforatióra is kell gondolni, mert a pulsus lassúbb, talán epefelszívódás következtében. Bevágta szóló a hasat és első pillanatban a kétkarvastagságú colon tűnt szembe; enterostomiát végzett a vastag- és vékonybél között. A hasüregben zöldes színű epe volt, borsónyi perforatio az epehólyagon, a cysticus eredési helyén borsónyi kő volt. Prognosis rossz volt, de a beteg megyógyult.

Pólya Jenő: *Gellért* esetére megjegyzi, hogy tapasztalata szerint a pulsus ilyen acut epehólyagperforatiók esetén igen szapora és nyomorult. Lehet, hogy *Gellért* esetében az infectio nem volt valami súlyos, úgy hogy az ép epének pulsuslassító hatása jutott túlsúlyra.

Teljes húgycsőrepedés esete.

Sándor István: A húgycsősérüléseknek egy — ha szabad ezzel a kifejezéssel élnem — klasszikus alakját vagyok bátor bemutatni. Klasszikusnak azért merem nevezni, mert mindazon osztályokon, a hol nagyobb sérüléses anyag fordul meg, gyakrabban látjuk ismétlődni e sérülést ugyanazon a helyén a húgycsőnek és ugyanazon mechanismus szerint létesülve. Kisebb vagy nagyobb magasságból lovagló helyzetben a gátra való ráeséskor a férfihúgycső a symphysishez szoríttatik hozzá a kemény alap által. Ha a beható erőnek egyúttal elölről hátrafelé ható componense is volt, akkor inkább a bulbus és a pars bulbosa sérül. Ha pedig inkább hátulról előrefelé történt az erőbehatás, úgy a pars membranaceában lesz a sérülés, mely erre azért is inkább hajlamos, mert a ligamentum puboprostaticum a húgycső többi részeihez viszonyítva ezt a részt rögzítettebbé teszi. A húgycsőnek a gáti részen való sérüléseit *Kaufmann* négy csoportba osztja: 1. Zúzódás, nyálkahártyasérülés nélkül; 2. zúzódás, nyálkahártyasérüléssel; 3. részleges szakadás; 4. teljes szakadás.

Ezen legutóbbi csoportba tartozik B. J. 42 éves kőműves sérülése, a kit ezelőtt 2 hónappal, márczius 16.-án szállítottak a IV. sebészeti osztályra, mert márczius 15.-én egy emeletnyi magasságból gátjával, lovagló helyzetben egy két bakra helyezett kőlépcső élére esett rá. A rendkívül szenvedő beteg pulsusa 130, hőmérséke 38·2°, vizelni nem tud, a húgycsőből bőségesen vérzik. A hólyag feszes, két ujjnyira a köldök alá ér. A gát, a scrotum, a czombok belfelülete nagyon meg van duzzadva, kékes-fekete színű. A jobb czombról a vérömleny legnagyobb domborulatán a felhám tenyérnyi területen le van horzsolva. Azonnali narcosis, puha katheterrel a hólyagba jutni nem sikerül. Ezért rögtön gátmetszés. Nagy ökölnyi vérömlenybe jutunk be, melynek kitisztítása után látható, hogy a húgycső hagymás részében teljesen szét van roncsolva és belőle még mindig bőséges vérzés van jelen. A vérzés csillapítása után megkisértjük a húgycső centralis csonkját megtalálni. Miután ez hamarosan nem sikerül, a beteget újból izolálva és újólag mosakodva, felső hólyagmetszést végzünk és a hólyag felől vezetünk a gátsebbe kathetert. Ekkor a két külön bevezetett katheter segélyével két vastag selyemfonalat húzunk a teljes húgycsőn keresztül. Az egyiket önmagával megcsomózva, reservfonálnak hagyjuk, a másik segélyével az immár könnyen feltalálható centralis csonkba egy 23-as selyemkathetert húzunk be, a melyet előzőleg elölről a gátsebbe vezettünk be. Ezzel tulajdonképpen az ily sérülések első követelményének, a vizeletlevezetésnek megfeleltünk és így a húgybeszűrődésnek elejét vettük. A másik feladat a húgycső reconstructiója. A húgycső két csonkja 5 cm.-nyire volt egymástól. A szélek rendkívül erősen zúzottak és vérrel beivódottak voltak. Sikerült azonban a bevezetett katheter felett a húgycsőcsonkokat a nyálkahártyát fel nem öltő csomós catgut-öltésekkel teljesen összevarrni. Mindkét sebet lazán tamponálva, teljesen nyitva hagytam. A beteg másnapra már láztalan volt. Az első katheterváltást a 8. nap végeztem. Ez minden akadály nélkül sikerült, sem ezideig, sem ez időn túl a gátsebből egy csöpp vizelet sem ürült. A felső hólyagmetszés sebe az ötödik héten spontán záródott, az állandó kathetert ekkor hagytam el. A beteg a nyolczadik naptól néha, naponta többször ülőfürdőket kapott. Az ötödik hét után az ülőfürdőket folytatjuk s másod-, majd harmadnaponként egy-egy órára 23-as szondát vezetünk be. Jelenleg a beteg, kit ezennel bemutatni bátorkodom, a gáton levő minimalis hámhiánytól eltekintve, teljesen gyógyult. Vizelete egész tiszta, nappal két-háromszor, éjjel egyszer vagy egyszer sem vizel. A húgycső jelenleg 23-as szondával könnyen átjárható. Ily módon sikerült ennél a betegnél ezen életveszélyes és esetleges utókövetkezményeiben is rendkívül súlyos sérülést aránylag rövid idő, két hónap alatt minden defectus nélkül teljes munkaképességgel meggyógyítanunk. A kórházat holnap hagyja el, a húgycső utókezelésére figyelmeztettük.

A német nőorvosok egyesületének XIV. nagygyűlése.

(München, 1911 jun. 7.—10.)

(Vége.)

Gottschalk (Berlin): Több esetben észlelte, hogy gümőkóros anyától egészséges, életképes gyermek született; ezt a körülményt az orvosoknak tekintetbe kell venniök. Nagy fontosságot tulajdonít a sanatoriumi kezelésnek. A művi abortust laminariával végzi, soha fennakadása nem volt. A sterilezés helyett pessariumot tesz be az asszonyoknak s így óvja meg a terhesüléstől. A lokalizált gümős folyamatoknál lehetőleg hüvelyi úton operáljunk.

Wertheim (Wien): A hol a művi vetélésnél az egyidejű sterilezés szóba kerül, ő is a méh-kürtsarok kimetszését és elvarrását végzi, hüvelyi úton. Az ivarszervek tuberculosisa esetén mindig beavatkozik, műtétileg; eredményei jók.

Füth: A hüvelyen át végzett corpusamputatiót ajánlja a teljes méhkiirtás helyett.

Stratz (Berlin): Conservativ a genitalis és peritonealis tuberculosis kezelésében.

Everke: Kifejezett tuberculosis esetén javaltnak tartja a méh eltávolitását; az ovariumokat bennhagyja, mert az a tapasztalása, hogy az asszonyok étvágya és közérzete jobb.

Hozzászóltak még: *Menge, Stoeckel, R. Meyer, Schickele, Th. H. van de Velde, Thaler, Dützmann* stb.

Zárszó.

Jung (Göttingen): Helyesli *Bumm* álláspontját, hogy a conceptiót meggátlandó, a teljes méhkiirtást végzi; de a javalatok felállításában megfontoltabb.

Genitaltuberculosisnál dicséri a forrólégkezelést. A próbakaparást csak a klinika számára tartja jó eljárásnak, általánosságban nehéz a keresztülvitele. Az alttuberculininjectiókkal óvatosságra int: súlyos utókövetkezményei lehetnek, nem ritka a hosszas lázaskodás. Egyébként sajnálja, hogy az egyes előadásokban az anatomiai és bakteriologiai rész kevés méltatásra talált.

Veit (Halle a./S.): Semmiesetre sem szabad minden kezdődő tuberculosis esetén a terhességet megszakítani; a jövő feladata az úgynevezett „Zwischenfall“ kiderítése, a mely a kezdődő és igen előrehaladott stadiumok közé esik s a terhesség megszakításánál jó eredményt mutat. *Bumm* álláspontját, hogy minden esetben kiirtsuk a méhet, túlzottnak tartja. A hízásnak sincs biztos értéke. A terhes tuberculoti-

cáknál rossz a prognosis, a mint az asszony hányni kezd. Fontosnak tartja, hogy mielőtt bármit is tennénk, az olyan terhes nőket, kiken a tuberculosis miatt a művi vetélés szóba kerül, sanatoriumba küldjük s csak az ott való hosszabb és pontos megfigyelés alapján döntsünk. A tuberculinreactióknak nem tulajdonít fontosságot.

Krönig (Freiburg): Védi a referatumában elfoglalt álláspontját. Tuberculosis peritonei eseteiben a laparotomiát nem tartja feltétlenül gyógyító hatásúnak. A legtöbb statisztikai csalódás abból származik, hogy nem differenciálunk. A műtét ad eredményt olyan asszonyokon, a kik azelőtt is — legalább részben — munkaképesek voltak; de az olyanok, a kik súlyos betegek voltak, a műtét után sem lettek jobban. Ezeket az eseteket a statisztikában külön kellene tárgyalni. A tuberculinreactiót mint veszélyes és nem biztos eljárást elveti. A vérsavó antitrypsin-tartalma csak annyit bizonyít, hogy gyuladásos folyamat van a szervezetben, aetiologice semmi felvilágosítást sem ad. A positiv opsoninindex értékéhez is kétség fér. A genitalis tuberculosisnál is conservativ. Ha beavatkozunk, mindent el kell venni, mivel az esetek 70% a 15—25 év közé esik, tehát már ilyen korban el kellene távolítani a genitaliákat. Tagadja, hogy az ivarszervek tuberculosisa miliaris tuberculosisra vezetne. A másodlagos hólyagtuberculosisnál, hogy a másik oldali uretert és vesét az infectiótól óvjuk, legjobb a hólyag-hüvelyfistula készítése.

Különböző tárgyú előadások.
Myoma. Röntgentherapia. Bakteriologia. Infectio.

Seitz (Erlangen): A myoma növekedése okairól értekezik.

Schickele (Strassburg): A thymus, thyreoidea, adrenalin és myomás szövet kivonata, a mellékvesék s a corpus luteum közötti antagonistikus működésre hívja fel a figyelmet. Kísérletei beigazolták, hogy az erősen vérző méh vérmegalvadást gátló sajátossága mindig fokozott; míg az uterinalis vér rendszeresen rövid idő alatt megalszik (pl. a menstruationalis vér), addig az ilyen erős vérzésekből felfogott vér napok mulva alvad meg. Szól azután az eddig endometritises vagy oophoritises alapra visszavezetett vérzésekről, melyek egy része szerinte nem anatomiai elváltozásban, hanem chemiai anyagok forgalmának megzavarásában (ovarium-lecithin-csoport) találja magyarázatát.

Reifferscheid (Bonn): *Vizsgálatok a Röntgen-sugárral kezelt petefészkek regeneratiójáról.* Szerinte azok a folliculusok, a melyeket a Röntgen-sugár ért, többé nem veszik fel újra működésüket. Tévesnek tartja azt a nézetet, hogy ezek a folliculusok újra functióképesek lesznek; a csalódás úgy jön létre, hogy a megsugárzás következtében az összes érett folliculusok elpusztulnak s utána hosszabb-rövidebb szünet állhat be ugyan az ovarium functiójában, de ez csak addig tart, a míg a sértetlen folliculusok közül egyik-másik teljesen megérik. Nem hiszi, hogy minden esetben sike üljön a temporaer sterilezést keresztülvinni. A corpus luteum sejtjei igen ellenállók a Röntgen-sugárral szemben.

Gauss (Freiburg): A myomának Röntgen-sugárral való kezeléséről szól; feltétlen híve ennek az eljárásnak.

Heynemann (Halle): Szintén pártját fogja a Röntgentherapiának. Kitünő eredményeket ért el klimakteriumos vérzések és myomák esetén. Méhráknál és petefészekráknál a sugarazásnak nem volt kielégítő hatása. Technikai szempontból javasolja az erythemák elkerülése szempontjából a hasfal letakarását üveglappal vagy állati szövettel. Fontosnak tartja annak a kiderítését, hogy pontosabban tudjuk megmondani, mi a mélybesugárzás értéke; ne arról a sugárerősségről beszéljünk, a mely közvetlenül a bőrt éri, hanem annak a mélyben való erejét és hatását igyekezzünk megállapítani. Ehhez további pontos kisérletezések szükségesek. A kezelést különben járóbetegeken is jól lehet végezni s annak gyógyító értékéhez nem férhet kétség.

Arendt (Charlottenburg): Az inoperabilis méhráknak radiumsugarakkal való kezeléséről referál.

A *discussióban Krönig* (Freiburg) feltétlenül ajánlja a Röntgen-kezelést, különösen myomák esetén.

Menge (Heidelberg) szerint mindenesetre nehezére esik az operateurnek a kést kitennie a kezéből akkor, a mikor egy szép myoma-műtétet végezhetne; maga is úgy van vele, de a Röntgennel kezelt myomás betegein annyira meglepők az eredmények, hogy kénytelen vele.

Bumm (Berlin): A nagyfokú vérzések megszüntetésére a Röntgent nem tartja kielégítőnek.

Veit, Sellheim korlátolt indicatiók mellett sok esetben helyénvalónak találja a Röntgent.

Kelen (Budapest, I. női klinika): 200-nál több esetről számol be. Egyéb eredményei mellett eddig nem említett Röntgen-hatás gyanánt a minden esetben kimutatható hüvelyszűkülést hozza fel. Ezután vázolja *egyszerű* és *olcsó* technikai eljárását, mely az új therapiának még szélesebb hatáskört van hivatva biztosítani.

Általában véve a nőorvostani Röntgen-kezelés a congressuson már mint polgárjogot nyert gyógyító tényező szerepelt, a mely nélkül a modern gynaekologia többé nem lehet el. Erősen kidomborodott a Röntgen-therapia fontossága különösen akkor, a midőn a 2 év mulva Halleban tartandó nagygyűlés főtárgyául a megokolás szerint csakis azért nem választották a Röntgen-therapiát, mivel sok intézet még Röntgen-laboratorium nélkül szűkölködik s 2 esztendő rövidnek látszott olyan üzemképes laboratoriumok felállítására, a melyekben ennyi idő alatt mélyebbre ható megfigyelések történhessenek. Gyakorlatilag mindenesetre bevált — az előadások szerint — a Röntgennel előidézett időszakos sterilezés tuberculosisban és más, a terhességet tiltó betegségben. Ártalmatlan és veszélytelen gyógyító-eljárásnak jelentették ki egyhangúan a myomák röntgenezését, valamint a klimakteriumos és egyéb genitalis vérzések hasonló kezelését. A myoma műtéti kezelésére csak 40 éven aluli asszonyok szorulnak, vérzések s egyéb complicatiók következtében A klimakteriumhoz közelállókon sokszor férfifejnyi, szívdegeneratióval és erős anaemiával párosult tumorok már 8—10 hét mulva visszafejlődtek. 4–6 hónapi kezelés után a myomás daganat akár a felére is összezsugorodik és beáll a teljes amenorrhoea. Kitünő eredmények voltak pruritusnál. Biztató eredményről hallottunk genitalis tuberculosis esetén, míg a peritoneum tuberculosisára a hatás kevés.

Polano (Würzburg): *A gyógyszeres hüvelyöblítések hatása az egészséges és beteg (nem puerperalis) hüvely bacteriumflorájára.* Érdekes kisérletek, melyek eredményéből oda következtethetünk, hogy a hüvelyöblítésben inkább a folyadék mechanikai behatása, mint a baktericid ereje bír fontossággal. Így 2% timsó-, 4% alkohol-, 2% alsol-, 0·2% ezüstnitrát-, 0·2% jodoldattal és közönséges vízvezetéki vízzel végzett öblítések után alig tenyészett ki valami vagy aránylag kevés az agártáptalajokon. A 2% faeczet-, 1% lysol-, 2% tejsav- és 2% sodaoldattal való öblítés után bő tenyészeteket kapott. 1% lysoform körülbelül közömbös hatással volt.

Fromme (Berlin): *Gyuladásos adnextumoroknál a vaccina-diagnostikával s gyógyítással tett kisérleteit* ismerteti. Friss gonorrhoeában eredményt nem tudott elérni, sőt sokszor oltás után a tünetek még hevesebbek lettek. Fényes volt azonban a gyógykezelés hatása az idősült gonorrhoeák gyógyításában; körülbelül az esetek $^2/_3$ része javult meg.

Th. H. van de Velde (Harlem): Ha az opsoninindexet megismételt vizsgálat után is alacsonynak találjuk, ez gonorrhoeára gyanus megbetegedésre utal. Chronikus salpingitis ellen a vaccinatiót jó eredménynyel alkalmazta.

Gyakorlati szülészet.

Küstner (Breslau): 1908 óta csak egy esetben végzett hebosteotomiát; az extraperitonealis császármetszést 53-szor csinálta. Az élő gyermek perforatióját nemcsak a klinikán, hanem a poliklinikán is elkerülték. Anyák közül kettőt veszített el; mindkét esetben megsérült a peritoneum. Volt eset, hogy a magzat asphyxiája adta meg a relativ indicatiót. Kü-

lön fogót demonstrál a magzat kiemelésére. Határozottan az extraperitonealis császármetszés pártját fogja, a hebosteotomiáért nem lelkesedik.

Az előadáshoz fűződő discussióban a transperitonealis eljárásnak erős pártja támadt (*Frank, Fehling, Herff* stb.).

Sellheim (Tübingen): *A spontán és a művileg vezetett szülések mechanikájáról* értekezik.

Engelhorn (Erlangen): *A terhességben jelentkező pajzsmirigyelváltozásokat* vizsgálta terhes, castrált és lepényi kivonattal kezelt tengeri nyulakon. A pajzsmirigy részleges túltengését a terhességben főként a petefészkek csökkent működésére vezeti vissza.

Kehrer (Bern): *A lactatiós tetaniának* calcium chloratum nagy adagaival való kezelését ajánlja. 4 esete volt egyszerre: a betegség epidemiásan jelentkezett 4 gyermekágyason; az egyik egy roham alatt elpusztult.

Semon (Königsberg): Terhességben támadó súlyos szívbajokban, ha compensationalis zavarok állnak be, a terhesség korai megszakítását ajánlja. Megindult szülés esetén fontos a szülés gyors befejezése narcosis nélkül. Tüdővizenyő tüneteinél nagyon ajánlja az érvágást.

Waldstein (Wien): *A transversalis episiotomiát* ajánlja. *Waldstein* a gátmetszést harántirányban végzi, ennek az lesz a következménye, hogy megszűnik a feszülés. Ha a gát később mégis szakadásig feszül, függélyesen rámetsz az előbbi harántirányú sebzésre és ezt a sebet a hüvelyig lemélyíti.

Schlimpert (Freiburg): az extraduralis anaesthesiáról szól 81 eset kapcsán. Novocain-oldatot használ (0·5—0·6 gr., nagyobb solutióban). Megkülönböztet magas és mélyrehatható érzéstelenítést, csak a mélyrehatót tudja ajánlani; prolapsus-operatióknál teljesen bevált.

Lichtenstein (Leipzig): 1. Az eclampsia statisztikájára vonatkozó reformot hoz javaslatba. Rövidebb referatumra nem alkalmas. 2. 400 eset alapján az eclampsia gyógykezelésében a Zweifel-klinika régebbi álláspontjától eltérőleg a „Schnellentbindung“ helyett inkább *Stroganoff* módszerét és a venaesectiót ajánlja.

Rissmann (Osnabrück): *Az elvérzésekről a szülészeti gyakorlatban szól* (a plac. praeviás esetek kirekesztésével, ezeknek a halálozási százaléka körülbelül 0·04—0·07%).

Nagyfokú vérzéseknél ajánlja a tőle szerkesztett aortacompressort.

Gräfenberg (Berlin): *A serum-toxicitásnak a gyermekágyban való megváltozásáról* szól; ismerteti emberen, nyúlon és kutyán végzett kisérleteit. A serum mérgező hatása a gyermekágyban kétszerte nagyobb; ennek magyarázatául azt hozza fel, hogy a magzati fehérje hatása alatt az anyai serum antiserummá változik át; mérgező hatása azonban csak akkor jut erőre, a mikor a magzati anyagcsere-productumok a szervezetből kiküszöbölődnek.

R. Freund (Berlin): Terhességi dermatosis esetén frappáns eredménynyel alkalmazta a serumtherapiát. A berlini Charité-nőklinika statisztikáját közli annak a bizonyítására, hogy az eclampsia kezelésében a leghelyesebb út a szülés gyors befejezése.

Discussio az eclampsiáról.

Zweifel (Leipzig) a szülés gyors befejezése mellett, esetleg e helyett a Stroganoff-módszert és a venaesectiót ajánlja. Ellensége a mamma-amputatiónak, elveti a puerperalis uterus kaparását.

Krönig (Freiburg): Eclampsiánál chlorcalciummal kisérletezett és reményli, hogy némi eredményt tud produkálni. Az emlőkiirtások propositióját nem tartja olyan nevetségesnek, mint a hogy azt *Bokelmann* igyekszik odaállítani (Monatsschrift f. Geburtshilfe und Gynäkologie).

Veit (Halle): A szülés gyors vezetésével czélt ér; az érvágást nem pártolja. Sem az emlőcsonkítás, sem a serumtherapia nem adott eddig eredményt.

Hofbauer (Königsberg): A terhességben határozottan kimutatható a szervezetben az úgynevezett mészmegfogyatkozás és az adrenalin-tartalomban is változások állanak be. A kisérletek az eclampsia szempontjából ebben az irányban biztatók.

Herff (Basel): Pártolja a *Zweifel*-féle kezelést: ő is *Stroganoff* szerint jár el és érvágást végez. A szülés gyors befejezésével való eredményei nem megfelelők. Próbált calciumot intravenosusan befecskendezni, de a dolog további kisérletekre szorul még (a Ca a vért megalvasztja s így valószínű, hogy a Ca nem sokat segíthet).

Gyermekágyi láz. Urologia. Elméleti szülészet.

Winter (Königsberg): *A gyermekágyi láz elleni küzdelemről. Winter* körkérdést intézett a környékbeli orvosokhoz, a melyben a gyermekágyi fertőzés okai és okozója után tudakozódott. Ennek eredménye: a legtöbb orvos a lysolt használja desinficiensül. *Winter* nem tudja megérteni, miért ragaszkodik az orvosvilág annyira a lysolhoz, holott ennek a használatát sehol sem tanították. A legnagyobb része az orvosoknak nem használ gummikeztyűt, holott a mindennel foglalkozó gyakorló orvosnak erre elsősorban volna szüksége. Sok baj okozója az, hogy a szülésznők szertelenül sok belső vizsgálatot végeznek; szükségesnek tartja azoknak az eseteknek a megállapítását, a hol a bábának feltétlenül kell belső vizsgálatot végeznie (s akkor is *csak* gummikeztyűben) s szigorúan kellene ellenőrizni, hogy ezt a határt át ne lépjék. Befolyással van a gyermekágyi láz keletkezésére a környezet betegsége és piszka, a mi mintegy átragad a gyermekágyasra (diphtheria, angina stb.); erre is ki kell tanítani a közönséget.

Sachs (Königsberg) úgy találta, hogy lázas szülőnőkön a sebzések nagy veszélyt hordanak magukban, különösen ha haemolysises streptococcus-fertőzés a láz oka. Ilyen esetekben csak akkor fejezzük be műtéttel a szülést, ha könnyen megy és nagyobb sebzések nélkül vihető keresztül. A gyakorlat számára ajánlja, hogy lázas asszonyokon lehetőleg várjuk meg a szülés spontán befejeződését.

Bondy (Boroszló) abortusokban a streptococcusok előfordulásának prognostikai értékéről értekezik. Nagy jelentőséget nem tulajdonít a streptococcusnak abortusoknál; nem lázas esetekben is sikerült haemolysises streptococcust kimutatnia.

Burckhardt-Socin (Basel): Sapraemia eseteiben az anaërob kulturákkal sikerült positiv eredményt kapnia; az aërob kulturák nem vezettek eredményre. Ebből azt következteti, hogy az eddigi sapraemiás lázaskodások kórokozóit is némely esetben bacteriumokra vezethetjük vissza, a kitenyésztésükhöz azonban olyan eljárásra van szükségünk, a mely ezen bacteriumok életfeltételeinek jobban kedvez, mint eddigi szokásos aërob-kulturáink.

Schmidlechner (Budapest) a gyermekágyi láznak sublimattal való kezeléséről szól, 57 eset kapcsán. 5 súlyos bacteriaemia esete, a hol positiv eredményt nem ért el, még nem elég arra, hogy következtetést vonjunk le belőle.

Hörrmann (München): *Winter* azon javaslatát, hogy lehetőleg minden esetben várjuk meg a lepényrészletek spontán kilökődését, nem tudja a gyakorlatban elfogadni. A vetélések 80%-ában a vérzés olyan erős, hogy rögtön be kell avatkozni; a maradó 20%-ban nehéz volna ennek a keresztülvitele, a gyakorlati élet külső körülményei miatt.

Kneise (Halle) endovesicalisan tud minden műtétet elvégezni demonstrált cystoskopjával; a sectio alta a jövőben feleslegessé lesz.

Mansfeld (Budapest) a terhességi pyelitis kezelésében az ureterkatheterezést ajánlja.

Herff és *Aschoff* feleslegesnek. sőt veszélyesnek tartja ezt az eljárást. *Leopold Meyer* (Kopenhagen) a tőle citált statisztikai számok ellen tiltakozik.

Kehrer (Bern) a pituitrinnak fájást előmozdító hatásáról

55. évfolyam. **33. szám.** *Budapest, 1911 augusztus 13.*

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.

Királyfi Géza: Közlemény a london-hampsteadi Mount-Vernon Hospitalból. (Főorvos: Dr. James Mackenzie.) Mackenzie szívpathologiája. 583. lap.

Csillag Jakab: A női fejhajzat „molyosságá"-ról. 588. lap.

Borszéky Károly és **Báron Sándor:** Közlemény a kir. magy. tud.-egyetem II. számú (Igazgató: Réczey Imre tanár, udvari tanácsos) sebészeti klinikumáról. A kerek gyomorfekély sebészi gyógyítása. 592. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. S. Baumgarten*: Die durch Gonococcen verursachten Krankheiten des Mannes. — Új könyvek. — *Lapszemle. Belorvostan. Aufrecht*: A köhögés és a tüdőgümőkor összefüggése. — *Sebészet. Israel*: A máj cavernosus daganatának exstirpatiója. — *Elmekórtan. Rosenberg M.* A trauma és a delirium tremens összefüggése. — *Szülészet és nőorvostan. Döderlein*: A Röntgen-therapia a nőorvoslásban. — *Gyermekorvostan. Miura*: Adatok az osteopsathyrosis idiopathica ismeretéhez. — *Venereás betegségek. A. Jordan*: A syphilises láz. — *Húgyszervi betegségek. Engelmann*: A húgyhólyag syphilise. — *Fizikai és diaetás gyógyitásmódok. Selig*: Szivbaj esetén a czukorral való táplálás. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Redjko* és *Zerochowicz*: Nucleinsav. — *Linser*: Urticaria. — *Witte*: Purpura haemorrhagica. — *B. Lewy*: Szúnyogcsípés. — *Dornblüth*: A morphium leszoktatása. 595—598. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 598. lap.

Vegyes hirek. 598. lap.

Tudományos társulatok. 598 - 600. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a london-hampsteadi Mount-Vernon Hospitalból. (Főorvos: James Mackenzie dr.)

Mackenzie szívpathologiája.

Irta: *Királyfi Géza* dr.

A szív physiologiája az utolsó két évtized munkássága révén jelentékeny átalakuláson ment keresztül. Ebben az átalakulásban, a mely a mai modern szívpathologiának is az alapját vetette meg, jelentékeny szerepe jutott az angol iskolának. *Gaskell* volt az, a ki nagyjelentőségű munkásságával az addig uralkodott neurogen theoria hitelét megdöntötte. És bár a myogen és neurogen elmélet közötti vita voltaképpen még ma sem jutott dülőre, a myogen theoriának mégis számos olyan ismeretet köszönhetünk, a mely által a szívműködés mechanismusába mélyebb bepillantást nyertünk. Hasonlóképpen nagy jelentőségűek azok a vizsgálatok, a melyek az angol *Keith*-nek a nevéhez fűződnek. *Gaskell* experimentalis, *Keith* bonczolástani és szövettani vizsgálatokkal igyekezett tisztázni a szívphysiologia egyes kérdéseit, míg a mai modern angol szívpathologus, *Mackenzie*, az ő tételeinek a kidolgozásában, a melyek pedig a szívbetegségek klinikájába egészen új fogalmakat vezettek be, tisztán a betegágy mellett gyüjtött tapasztalatokra, a tiszta empiriára támaszkodik.

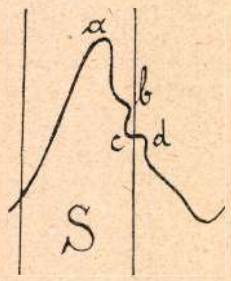
Az ő éles megfigyelése és helyes kritikája megtalálta az utat e nehéz kérdések útvesztőjében. Tanításai ugyan egyben-másban teljesen ellenkező irányt képviselnek, mint a kontinensen általában elfogadott és szinte megrozsdásodott nézetek, de talán éppen ezért — és egyúttal, mivel tanai nemcsak az újság varázsával, de az igazság látszatával is bírnak — mindenképpen érdemesek arra, hogy minél szélesebb orvosi közönség tudomására és birálata alá jussanak. Azon két hónap alatt, a melyet *Mackenzie* oldala mellett eltöltöttem, alkalmam volt az ő nézeteivel, elveivel és tanításaival alaposan megismerkedni és úgy hiszem, nem teljesítek haszon nélkül való munkát, a midőn ezeket, ott nyert impressióim alapján, a hazai orvosi közönség számára kissé részletesebben igyekezem ismertetni.

A mi tudományunknak a haladása sok tekintetben kétségtelenül a technika fejlődésének köszönhető. A technikai eszközök tökéletesedése nemcsak a pontosabb chemiai és mikroskopi vizsgálatok megejtését tette lehetővé, hanem belepillantást engedett a különböző szerveknek pontos physikai törvények szerint igazodó működésébe is. Igy a különböző cardiographok és sphygmographok a szívműködés graphikai ábrázolásával a szívfunctio mechanismusát igyekeztek feltárni előttünk. Mindnyájan ismerjük azonban azokat a nehézségeket, a melyek az általában divatos cardiographok és sphygmographok általános használatát annyira megnehezítik. *Mackenzie* tökéletesített eszköze idealisan megfelel mindazon követelményeknek, a melyektől a sphygmographok exact klinikai alkalmazhatósága függ. Csakis e technikai tökéletesités, a melynek eredménye a *Mackenzie-féle ink-polygraph*, tette lehetővé az ő nagyjelentőségű klinikai megfigyeléseit is. Az eszköz pontos leírása nem ide tartozik. E helyütt csak annyit óhajtok megjegyezni, hogy az eszköznek, a mely egyidejűleg két vagy több görbének a felvételét teszi lehetővé, pontossága és exact volta mellett különösen két nagy előnye van, a mely klinikai alkalmazásánál nem becsülhető meg eléggé. Először, hogy a kényelmetlen kormozott papirlapokra egyáltalában nincsen szükség és másodszor, hogy tetszés szerinti hosszú ideig figyelhetjük meg a szívműködés lefolyását, a nélkül, hogy minduntalan újabb papirlapoknak az eszközbe való illesztésével kellene vesződnünk. A görbéket gyorsan beszáradó szines tintával fehér papiroscsikokra jegyzi fel és a felgombolyitott papiroscsikokat az óramű szerkezete automatikusan fejti le a vastag papirtekercsről.

Mackenzie egész tana a venapulsatiók pontos analysiséből indult ki. Azt a distinctiót, a mely a kontinensen mint positiv és negativ venapulsatio ismeretes, úgyszintén azt az álláspontot, a mely minden positiv venapulsatiót tri-

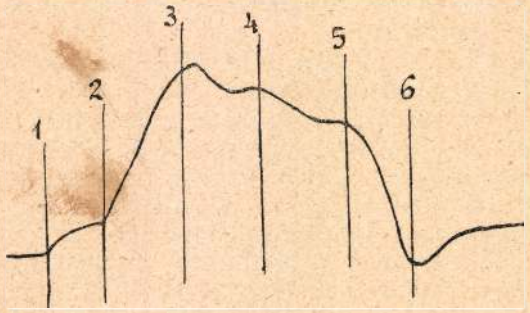
cuspidalis insufficientiára igyekszik visszavezetni, ő teljesen elveti. Hasonlóképpen elvet minden további következtetést, a mely az inspectio és palpatio subjectiv módszerére van alapítva és ezek helyébe ink-polygraphja útján exact tudományos pontossággal állapítja meg a venákon látható mozgási tünemények törvényeit. Mielőtt azonban ezekre a kérdésekre részletesebben reátérnénk, minthogy a venapulsatiók helyes értelmezése csupán a normalis cardiogramm és sphygmogramm ismerete mellett lehetséges, egy-két szót óhajtanék szólni *Mackenzie*-nek erre vonatkozó megállapodásairól.

Az ő nomenclaturája *a normalis sphygmogrammnak* első részletét *sphygmic* vagy *pulseperiodusnak* nevezi. Ezen szakasz, a mely alatt az aorta és pulmonalis félholdképű billentyűi nyitva vannak, magában foglalja a pulsusgörbe emelkedő szárát (*percussion wave*), a lehágó száron látható első emelkedést *(praedicrotic wave*) és végződik az úgynevezett *dicrotic notch*-ban, a mely az aortabillentyűk záródásával esik egybe. A lehágó ágnak másik része a *dicrotic wave*.



a = percussion wave; *b* = praedicrotic wave; *c* = dicrotic notch; *d* = dicrotic wave; *S* = sphygmic period (pulsusperiodus).

A normalis cardiogrammon, a szívcsúcs mozgásának graphikai reproductiójában 6 szakaszt különböztet meg.



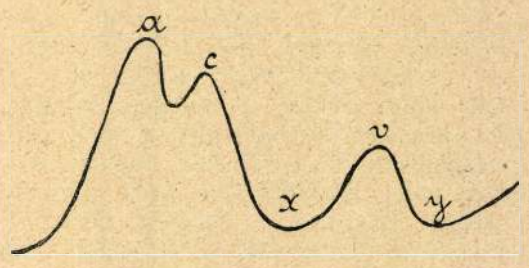
Az 1. jelzi a pitvari systole, a 2. a kamarai systole kezdetét. A systole előrehaladtával a vérnyomás a kamarákban mindinkább nő és ennek megfelelően a kamara mind erősebben odanyomatik a mellkasfalhoz, a mint azt a cardiogramm emelkedő szára mutatja. A mint az intraventricularis vérnyomás az aortában és pulmonalisban uralkodó nyomást túlhaladta, megnyílnak a félholdképű billentyűk és a kamarák kiürülése veszi kezdetét. Ez az időpont a 3. szakasz, ekkor jelenik meg egyúttal a nyakon a carotis pulsatiója és ekkor veszi kezdetét a sphygmogrammon említett pulse vagy sphygmic periodus. A 3-as, 4-es és 5-ös szakasz jelzi ennek a sphygmic periodusnak a tartamát, a melynek az egész lefolyása alatt a félholdképű billentyűk zárva vannak. Abban a pillanatban, a midőn a nyomás az aortában és pulmonalisban nagyobbá válik az intraventricularis nyomásnál, a félholdképű billentyűk záródnak, a sphygmic period véget ér és a kamara a mellkasfalról visszaesik, a mint azt a cardiogrammon látható hirtelen leeső szár mutatja. Ez, az 5-ös szakaszszal jelzett pontja a cardiogrammnak időbelileg egybeesik a pulsusgörbén azon ponttal, a mely a dicrotikus notch-nak felel meg. Azon pont, a melyen a cardiogramm leeső szára a legmélyebb helyzetet mutatja (6) jelzi a két- és háromhegyű billentyűk megnyílási idejét.

Ilyen módon a cardiogrammról leolvashatjuk a ventricularis systole kezdetét, a félholdképű billentyűk megnyílásának, valamint záródásának, hasonlóképpen az atrioventricularis billentyűk megnyílásának időpontját, továbbá a systolénak és a diastolénak időtartamát. A systole kezdete és a carotis-pulsatio megjelenése között rendszerint $^1/_{10}$ másodpercz, a vérhullámnak a carotisból a radialisba való jutásáig szintén $^1/_{10}$ másodpercz telik el, úgy hogy összesen $^1/_5$ másodpercznyi időköz esik a kamara-systole kezdete és a radialis pulsus megjelenése közé. Az ink-polygraph időjelzője éppen $^1/_5$ másodperczeket jelez.

A cardiogrammnak itt vázolt typusos alakjával, e *positiv cardiogrammal* szemben ritkán a görbének megfordított alakjával, *az invertált vagy negativ cardiogrammal* találkozunk, különösen olyankor, a midőn a szívcsúcsot nem a bal, hanem a jobb kamara alkotja. Ennek az értelmezése ugyanaz, mint a positiv cardiogrammoké, azzal a különbséggel, hogy az emelkedő szárnak itt leeső szárak felelnek meg és viszont. Néha positiv és negativ cardiogrammoknak a combinatióit látjuk ugyanegy görbén. Gyakran van alkalmunk szívbetegekon a positiv cardiogrammnak negativ cardiogrammá való átalakulását észlelni olyankor, a midőn a jobb kamara hypertrophiája és dilatatiója következik be. A mint a jobb kamara dilatatiója a szív állapotának javulásával kisebbedik, úgy — azon mértékben, a mint a bal kamara ismét mind nagyobb részt vesz a szivcsúcs alkotásában — a negativ cardiogrammnak fokozatosan ismét positiv cardiogrammba való átmenetelét észlelhetjük.

Mackenzie vizsgálatainak sokkal jelentősebb része az, a mely a venagörbék révén a nyaki venák nyomásváltozásainak és így a jobb pitvar működési mechanismusának törvényeit állapítja meg. Szerinte egészséges emberen, normalis körülmények között is a nyaki venákon állandóan nyomásingadozások és ennek megfelelően pulsatiók figyelhetők meg, mely pulsatiókat az ink-polygraph irójelzője hiven feljegyzi.

A normalis phlebogrammon három emelkedést különböztet meg. Ezeknek egyike, a középső, csupán a carotis pulsatiója által közlött emelkedés, a melyet éppen ezért *carotid wave*-nek, vagy röviden „*c*“ *hullámnak* nevez. Annak bizonyságául, hogy ez valóban a carotis okozta emelkedésnek felel meg, szól az, hogy azon venagörbéken, a melyeket a máj mozgásainak graphiai reproductiója útján kapunk, szóval a májgörbéken a „c“ hullám teljesen hiányzik. Ugyszintén hiányzik a „c“ hullám a venagörbéken akkor, ha állaton a vena jugularist a nyakon kipraeparálva, az alatta fekvő carotistól szabaddá teszszük és így regisztráljuk a mozgásait.



a = auricularis hullám; *c* = carotis-hullám; *v* = ventricularis hullám; *x* = első negativ phasis; *y* = második negativ phasis.

A legfontosabb és különösen pathologiai vonatkozásaiban nagyjelentőségű a phlebogrammnak az első emelkedése, a mely a venagörbén a „c“ hullám előtt foglal helyet. A carotis-pulsatiót közvetlen megelőző ezen emelkedés mutatja, hogy a vena jugularisban a ventricularis systolét megelőzőleg hirtelen nyomásemelkedés jött létre. Ezen nyomásemelkedést *Mackenzie* szerint a jobb pitvarnak a contractiója okozza, a mely a kamara-összehúzódás előtt következett be és éppen ezért a venagörbéken látható ezen első emelkedést *auricular wave*-nek, vagy „*a*“ *hullámnak* nevezi. Az auricularis systole alatt, a midőn az auriculo-ventricularis billentyűk zárva vannak, a vérnek a jugularis venákba való regurgitatiója természetszerűleg azoknak erősebb telődését és

ilyen módon ezt az „*a*“ *hullámot* hozza létre. Az „a“ hullámnak a „c“ hullámtól való távolsága, az *a—c intervallum* normalis szívműködés mellett $^1/_5$ másodpercznek felel meg. Ez az intervallum, az *intersystolés periodus* magában foglalja azon időközt, a mely az auricularis systole és a félholdképű billentyűk megnyílása között eltelik. A mint később látni fogjuk, ennek különösen az extrasystolék és a különböző szívarhythmiák értelmezésénél van nagy jelentősége.

Az „a“ emelkedés után a nyomás a venákban csökken és ezzel egyidejűleg a görbén egy leeső szár veszi kezdetét, a mely eltart a systole végéig és mint úgynevezett *első negativ phasis* a systole végén legmélyebb pontját éri el. Ezen negativ phasis alatt a két- és háromhegyű billentyűk zárva vannak és az előbb contractióban volt pitvar a diastole állapotába jut. Részben talán az intrathoracikus nyomásnak az a csökkenése, a melyet a kamarák összehúzódása és tartalmuknak kiürítése okoz, szintén hozzájárul ezen negativ phasis létrehozásához. Ezen negativ phasis tehát nagyjából a kamara-systolét jelzi és vele időbelileg egybeesik.

A systole végével a nyomás a jugularis venákban megint nagyobbodik és megjelenik a venagörbén a harmadik emelkedés, a *ventricular wave*, vagy röviden a „*v*“ *hullám*. Ennek a „v“ hullámnak a keletkezése nem olyan könnyen értelmezhető, mint az előbbieké. Pontosabb analysis mutatja, hogy a „v“ hullám tulajdonképpen két részből, a v_1 és v_2 hullámból tevődik össze. A „v_1“ hullám igen valószínűleg úgy jő létre, hogy a kamara-systole végén a vér a jobb pitvarban felhalmozódik és minthogy a systolében levő kamara felé nem ürülhet ki, elsősorban a venákban gyülemlik meg. A „v_2“ hullám létrejövetelére befolyással van minden olyan körülmény, a mely azon rövid időben, mely a félholdképű billentyűk záródása és a gyüjtőeres szájadék billentyűinek megnyílása között eltelik, a jugularis venákban nyomásnövekedést okoz. Ilyen körülmény lehetne a systole végén az egész szív helyzetének a megváltozása vagy esetleg magának az auriculo-ventricularis septumnak a mozgásváltozásai, a melyek a jobb pitvarnak és ilyen módon a nyaki venáknak nyomásváltozásait okozzák. Akárhogy áll is azonban a dolog, való, hogy a „v“ hullám minden venagörbén jelen van és mindig a kamara-systole végén jelenik meg.

A „v“ hullámnak megfelelő emelkedést ismét a görbének egy esése, *a második negativ phasis* követi. Ez a tricuspidalis billentyűk megnyílásával és a nyaki venák kiürülésével esik egybe és ilyen módon a diastole kezdetét jelenti.

A phlebogrammnak ezen itt vázolt körülményei azok, a melyek normalis körülmények között a nagy nyaki venákon kimutathatók. A venapulsatio ezen alakját *Mackenzie auricularis venapulsatiónak* nevezi, a melyre legjellemzőbb a phlebogrammon az „a“ hullámnak jelenléte, valamint azon körülmény, hogy az a—c intervallum $^1/_5$ másodpercznek felel meg. Tehát a pitvari contractio megelőzte a kamara-systolét és a kettő között eltelt idő a normalis időtartamnak felelt meg. Ezek azon esetek, a midőn az ingerület a vena cava superiornak a jobb pitvarba való beszájadzása helyétől, a sinus venosustól indult ki, úgy a mint az rendes körülmények között történik. Ezen alakját a szívrhythmusnak éppen ezért *Mackenzie sinusrhythmusnak* is nevezi.

A venapulsatióknak másik csportját, a mely már a szív pathologiájába vezet, *Mackenzie ventricularis venapulsatiónak* nevezte el. Ezen alakja a venapulsusnak az, a mely a szív rhythmus-zavaraiban, akár a vitium cordissal kapcsolatos, akár az e nélkül fennálló szívarhythmiákban legtöbbször kimutatható. Azok a szívarhythmiák, melyek a venapulsatio ezen alakjával járnak, rendszerint állandók és körülbelül megfelelnek azoknak a rhythmus-zavaroknak, a melyeket a kontinensen *pulsus irregularis perpetuusnak* szoktak nevezni. A venapulsatio ezen alakjára legjellemzőbb a phlebogrammon az *„a“ hullámnak teljes hiánya.* Jeléül annak, hogy a ventricularis systolét nem előzte meg a pitvarnak a contractiója, a mint azt a rendes körülmények között felvett görbéken látjuk. Hogy az „a“ hullámnak a hiánya csakugyan az auricularis contractio elmaradásának a klinikai jele, a mellett szól azon megfigyelés is, hogy mitralstenosis eseteiben, a melyekben a szívműködés irregularissá válásával együtt az előbb jelenlevő auricularis, azaz normalis venapulsus a pathologiai, azaz ventricularis pulsusba ment át, igen gyakran e változással egyidejűleg az előbb jelenlevő praesystolés zörejnek a megszünését konstatálhatjuk. A praesystolés hangbeli tünemények kétségtelenül a pitvari contractiónak az eredményei. A mint a szívműködés gyengül és ennek jeléül a pitvar a rendes összehúzódásra nem képes, a praesystolés zörej is kimarad. A mint a szívizomzat ismét jobb állapotba kerül és a pitvar ismét a rendes contractióit végzi, a venapulsus ismét az auricularis typust mutatja és a praesystolés zörej újból megjelenik.

Az auricularis venapulsatiónak a ventricularis alakba való átmenetelét rendszerint az előbb rendes szívműködésnek irregularissá válása kiséri. Az átmenet rendszerint lassan, fokozatosan történik, úgy hogy sokszor a beteg maga subjective észre sem veszi állapotának ezen objectiv rosszabbodását. Máskor viszont az átmenet egyszerre, hirtelen következik be és a betegre rendkívül kellemetlen subjectiv tünetekkel jár. Fájdalom, szorongásérzés, palpitatio, szédülés stb. jelentkezhetnek és a physicalis vizsgálattal a szívnek a dilatatiója mutatható ki. A midőn az átmenet nem ilyen gyorsan, hirtelen áll be, olyankor rendszerint időközönkint rövidebb-hosszabb ideig tartó tachycardiás rohamok előzik meg, a melyek alatt a venapulsus ezt a ventricularis alakot mutatja. A rohamok gyakoriságának és tartósságának a növekedésével azután végül a szívarhythmia és a ventricularis venapulsus is állandóvá válik. A venapulsus ezen két alakjának a helyes megkülönböztetése nemcsak theoriás jelentőségű, hanem gyakorlati értékkel is bir, a mennyiben a prognosisra, valamint bizonyos fokig a therapiára is irányadó.

Kérdés, hogy e ventricularis venapulsatio hogyan jő létre? Minthogy az auricularis contractio kimaradása rá nézve a legjellemzőbb, *Mackenzie* eleinte úgy gondolta, hogy a pitvarok ezen ventricularis venapulsatiót mutató esetekben hűdöttek, paralyzálva vannak. A hűdött izomzat természetesen contractióra nem képes. A kórbonczolástani tapasztalatok azonban reáczáfoltak. *Keith* ugyanis olyankor, a midőn intra vitam ventricularis venapulsatio volt kimutatható, a szívnek post mortem való vizsgálatakor azt találta, hogy csaknem minden egyes esetben a pitvaroknak dilatatiója és egyúttal a taenia terminalisok és a musculus pectinatusok kifejezett hypertrophiája volt jelen. Hűdött izomzat pedig hypertrophiára nem képes. Ilyen módon a pitvari paralysis theoriáját el kellett ejteni. Ekkor *Mackenzie* ezen esetek értelmezésére azon tapasztalatból indult ki, hogy a szivműködés ezen alakjának a beállását igen gyakran nagyszámú extrasystole jelentkezése előzi meg. Jeléül annak, hogy a szív rendellenes helyen beálló ingerek székhelyévé lett. És e ventricularis venapulsatiót is rendellenes helyen beálló ingerekre igyekezett visszavezetni. Felvette ugyanis, hogy ezen esetekben az inger nem a nagy venáknak a pitvari beszájadzásától, tehát nem a sinus venosustól indul ki és halad a His-kötegen keresztül a kamarák felé, hanem olyan helyen jelenik meg, a honnan mindkét irányban, úgy a pitvar, mint a kamarák felé egyenlőképpen haladhat és e kettőnek időbelileg egybeeső contractiója azután egyetlen hullámban, a carotis-pulsatiót jelző „c“ hullámban összegeződik. E theoriás magyarázatot másoknak, így különösen *Cushney*-nek experimentalis vizsgálatai is támogatták, a ki kutyaszíven aconitin hatása alatt a pitvarnak és kamarának synchron contractióját valóban ki tudta mutatni. A hely, a honnan az ingerek úgy a pitvar, mint a kamara felé egyenlőképpen terjedhetnek, csak a pitvarokat és kamarákat összekötő auriculo-ventricularis köteg lehet; és a legnagyobb valószínűséggel éppen az ezen kötegben elhelyezett Tavara-féle csomó az ilyen synchron ingerek keletkezési helye. A *node of Tavara* után a venapulsus ezen ventricularis alakját *Mackenzie* éppen ezért *nodal form of venous pulse*-nak és a szívarhythmia ezen alakját *nodal rythm*-nak nevezte.

Csak a legújabb, éppen az elmult évből származó nagyfontosságú vizsgálatok hozták meg e kérdésnek a teljes tisztázását. E vizsgálatok kimutatták ugyanis, hogy sem az első,

a pitvarparalysis, sem a második, a nodalrhythmus theoriája nem felel meg a valóságnak. A pitvar activ állapotban van ugyan a ventricularis venapulsatio eseteiben is, azonban ez az activ állapot nem felel meg a rendes contractiónak, hanem e helyett a pitvaroknak egy állandóan fennálló, folytonosan tartó és finom kilengésekből álló remegése, *fibrillatiója* van jelen. Ezen állandó, finom pitvari fibrillatiót az elektrokardiogrammal végzett vizsgálatokkal *Mackenzie* egyik tanítványa, *Lewis*, az elektrokardiogramm galvanometerének állandó finom oscillatiója útján egészen kétségtelen módon kimutatta és elektrokardiographjain érzékítette. A történeti igazság kedvéért meg kell jegyeznünk, hogy a pitvari fibrillatio lehetőségére először szintén *Cushney* utalt rá experimentalis vizsgálatai alapján és *Mackenzie* is már régen hangoztatta, hogy a szívarhythmia ezen alakjaiban talán szintén pitvari fibrillatiókkal állunk szemben. Csupán a teljes bizonyítékok hiányában nem tulajdonított felvételének nagyobb jelentőséget, míg végre most az elektrokardiogramm felvétele helyességének teljes exact bizonyságát szolgáltatta. Éppen ezért most már *Mackenzie* ventricularis venapulsatio, illetve nodalrhythmus eseteiben mindig *auricularis fibrillatióról* beszél.

A venapulsatio kapcsán meg kell emlékeznünk néhány szóval a *májpulsatióról* is. A májpulsatiónak szintén két alakját, az *auricularis és ventricularis májpulsatiót* különbözteti meg, a melyeknek a jelentősége ugyanaz, mint a venapulsatióké. Minthogy a májpulsus görbéje voltaképpen a vena cava inferiorban létrejövő nyomásváltozásokat jelzi, ezért értelmezése is teljesen a venagörbékének megfelelő. Legtöbbször a ventricularis venapulsus eseteiben konstatáljuk a májnak kiterjedtebb pulsatióját. A máj pulsatiója nagyobbrészt a jobb pitvar állapotával van összefüggésben. Normalis körülmények között ugyanis a vékony izomzatú jobb pitvarnak nincs annyi ereje, hogy a vérhullámot a vena cavába oly erővel lökje be, hogy az a távolfekvő és tömeges májnak a pulsatióját hozza létre. Éppen ezért, a mikor a máj kifejezett pulsatiója konstatálható, *Mackenzie* ebből a jobb pitvar hypertrophiájára következtet. Minthogy pedig a jobb pitvar hypertrophiája főképpen tricuspidalis stenosisnál fordul elő, ezért hajlandó a máj kifejezett pulsatiójából a háromhegyű billentyű szájadékának szűkületére következtetni. A máj arterialis pulsatiójának nem tulajdonít nagy jelentőséget. Tapasztalata szerint minden erősebb szívműködésnél a májnak a szívműködéssel synchron mozgásai még egészséges embernél is, különösen laza, petyhüdt hasfalak mellett, igen gyakran konstatálhatók.

Mackenzie vizsgálatainak egy másik igen fontos fejezete az *extrasystolék* kérdésével foglalkozik. Az extrasystolét kiváltó extraingerek nemcsak időbeli megjelenésükben, hanem keletkezésük helyében is eltérnek a rendes ingerektől. Nemcsak korai, hanem egyúttal rendellenes helyen megjelenő ingerekről van szó. Vizsgálataiban először is az extraingereknek ezen keletkezési helyét igyekezett tisztázni. Tulajdonképpen a szív bármely helyén keletkező inger, ha elég erős ahhoz, hogy contractiót váltson ki, extrasystolés arhythmiára vezethet. Vannak azonban mégis *Mackenzie* szerint egyes praedilectionalis helyek, különösen az embryonalis, primitiv cardialis csőrendszer maradványai, a melyekben az extraingerek leggyakrabban szoktak jelentkezni. Az egyidejűleg felvett arteria- és venagörbék pontos elemzéséből rendszerint meg tudjuk állapítani az extraingerek keletkezése helyét. Az extrasystolét kiváltó extrainger keletkezése helye lehet magukban a pitvari izomrostokban, lehet a Tavara-csomóban, lehet az auriculo-ventricularis kötegben a Tavara-csomó alatt, vagy lehet magában a kamarák izomrostjaiban. Természetesen a pitvar- és a kamara-systolénak egymáshoz való időbeli viszonya lényegesen függ az extraingerek keletkezése helyétől. Ha az extrainger a pitvari izomrostokban áll be, korai pitvari systole következik be, a melyet követni fog a kamarának szintén korai systoléja. Viszont, ha az extrainger a kamara-izomrostokban veszi kezdetét, a kamara-systole megelőzi, vagy legalább is időbelileg egybeesik az auricularis systolével. Hasonlóképpen, ha a Tavara-csomóban áll be az inger, a honnan egyenlőképpen terjedhet úgy a pitvar, mint a kamara felé, akkor a kettőnek szintén synchron contractiója következik be.

Az extrasystolénak azon alakját, a mely a pitvari izomrostokban eredő inger által hozatik létre, *auricularis extrasystolénak* nevezi. A pitvarnak időelőtti contractiója jelentkezik, a melyet követ egy szintén korai kamara-systole. Ennek megfelelőleg az „*a*"-hullám a vena jugularis görbéjén időelőtt jelenik meg. Továbbá az az időköz, a mely az „a"-hullám és a carotis pulsatióját jelző „c"-hullám között eltelik, tehát az *a—c intervallum* a rendesnél nagyobb, meghosszabbodott. Ez könnyen érthető, ha meggondoljuk, hogy az auriculo-ventricularis köteg a pitvarból kiinduló időelőtti extraingert kénytelen tovább vezetni, még mielőtt a megelőző inger közvetítése után vezetőképessége teljesen helyreállott volna. Sőt megeshetik ritkán, hogy a vezetőképesség csökkent volta miatt ventricularis systole egyáltalán nem követi a pitvari contractiót. Auricularis extrasystolék után néha tökéletes compensatiós pausát találunk. Az extrainger után bekövetkező physiologiai inger ugyanis a refractaer stadiumban levő pitvarban összehúzódást kiváltani nem tud és a pitvar a legközelebbi normalis inger bekövetkeztéig nyugalomban marad. De sokkal gyakoribb a compensatiós pausának tökéletlen volta az auricularis extrasystole után. Ugyanis az extrasystolét kiváltó inger gyakran a normalis ingernek is korai kiváltásával jár, úgy hogy a rendes nyugalmi állapot után a sinus venosuson újból beálló physiologiai ingerre a pitvar ismét összehúzódással reagál. Az auricularis extrasystolénak a venagörbén kimutatható sajátosságai tehát először az „a"-hullámnak korai megjelenése, másodszor az „a—c" intervallum kiszélesedése, harmadszor sok esetben a compensatiós pausának tökéletlen volta.

Aránytalanul gyakoribb az extrasystolénak azon másik alakja, melyet *Mackenzie infranodal* vagy *ventricularis extrasystolénak* nevez. Ezekben az extrasystolét kiváltó extrainger az auriculo-ventricularis kötegnek a Tavara-csomó alatti részében, vagy magában a kamara-izomzatban keletkezik. Ha a kamara-izomzatban áll be a rendellenes inger, úgy a kamarák időelőtti systoléja meg fogja előzni a pitvari contractiót, a melynek rhythmusa a rendes időben, a rendes physiologia ingerekre következik be. Ha az auriculo-ventricularis kötegnek infranodal részletében keletkezik az inger, a honnan mindkét irányban egyenlőképpen terjedhet, akkor a kamaráknak és a pitvaroknak a contractiója időbelileg egybeesik, a mint arról a phlebogramm és sphygmogramm egybevetéséből könnyen meggyőződhetünk. A két szívszakasz synchron contractiójakor természetesen a vér a pitvarból nem juthatván be a kamarába, a nyaki venákban a vérnyomás jelentékeny emelkedése következik be és ennek az eredménye az a nagy, magas, meredek hullám, a melyet ventricularis extrasystole eseteiben a phlebogrammon láthatunk.

Megesik néha, hogy az extrainger olyan korán éri a diastoléban levő kamara-izomzatot, hogy az általa kiváltott extrasystole mellett a rendes ventricularis contractio is a maga idejében érvényesülhet, úgy hogy ilyenkor a ventricularis extrasystole két rendes kamara-systole közé ékelődik be. A ventricularis extrasystole ezen alakját *Mackenzie interpolált extrasystolénak* nevezi. Ezen közbeékelt extrasystole után a második physiologiai ingert követő kamara-összehúzódás a rendesnél természetesen valamivel hosszabb idő után fog bekövetkezni, az a—c intervallum szintén meghosszabbodik.

Itt is, mint előbb az auricularis extrasystolénál, megeshetik, hogy a pitvari systole után az újabb inger a His-köteget vezetőképességének teljes helyreállása előtt éri, úgy hogy ilyen módon esetleg egy ventricularis systole kiesése következhetik be. A compensatiós pausa, éppen az auriculo-ventricularis köteg refractaer állapota folytán, rendszerint tökéletes.

A ventricularis extrasystole jellemvonásai tehát: 1. az auricularis rhythmus változatlan volta, 2. a kamaráknak korai systoléja, a mely vagy megelőzi a pitvari összehúzó-

dást, vagy vele időbelileg egybeesik, 3. a compensatiós pausa tökéletes volta.

A harmadik alakja az extrasystoléknak a *nodal extrasystole*. Igen valószínű, hogy ezekben az esetekben az extrainger vagy magában a Tavara-csomóban vagy a csomó közvetlen környezetében keletkezik. Itt mindkettő, úgy a pitvari, mint a kamara-systole idő előtt következik be és a kettőnek, a pitvarnak és a kamarának a contractiója időbelileg körülbelül egybeesik. A compensatiós pausa ezekben az esetekben is tökéletes. A pitvari systole és a carotis pulsatiója közötti időköz, a—c, a rendesnél kisebb, rövidebb. Ez utóbbi körülmény magában is kizárja a rendellenes ingernek pitvari eredetét. Viszont azon körülmény, hogy az auricularis systole időbelileg egybeesik vagy esetleg kevéssel meg is előzi a kamara-összehúzódást, kizárja a ventricularis vagy infranodalis eredetet. Ilyen módon per exclusionem is valószínű, hogy ezen esetekben az ingerület vagy magában a Tavara-csomóban, vagy annak közvetlen környezetében keletkezik. A nodal extrasystoléra jellemző tehát: a pitvarnak és kamarának időelőtti és synchron contractiója, a compensatós pausa tökéletes volta és az a—c intervallum megrövidülése.

Mackenzie vizsgálatainak egy másik igen jelentős fejezete az, a mely a szívizom cardinalis functióinak a pathologiájával foglalkozik. Gyakorlati szempontból talán a legfontosabb ezek közül a szívizomzat *ingervezető képességének* a zavara és az ebből eredő arhythmia. A phlebogrammok pontos elemzése e functiozavarokról igen alapos felvilágosítást szolgáltat. E szempontból legfontosabb az a—c intervallumnak, azon időköznek a viselkedése, a mely az auricularis systole kezdete és a carotispulsatio megjelenése között eltelik. Ezen két határpont közé esik ugyanis az az idő, a melyre a physiologiai ingernek szüksége van, hogy a pitvarról az auriculo-ventricularis kötegen keresztül a kamarákig eljusson, valamint azon idő, a mely a kamara-systole kezdete és a félholdképű billentyűk megnyílása között, tehát a praesphygmikus periodusban eltelik. A midőn a szív vezetőképessége normalis, az „a—c" intervallum hossza az inkpolygraph időjelzője szerint $^1/_5$ másodpercznek felel meg. Ha tehát az auriculo-ventricularis köteg vezetőképessége szenved, akkor ez az a—c intervallum hosszának a megváltozásában fog megnyilvánulni. Ha a vezetőképesség emelkedik, a mint ez néha igen gyors szívműködésnél az ingerképzés szaporaságával együtt jár, akkor az a—c intervallum megrövidül. Sokkal gyakoribb jelenség azonban az auriculo-ventricularis kötegnek, az a—v köteg vezetőképességének a csökkenése. Ilyenkor az a—c intervallum meghosszabbodását konstatálhatjuk, ennek megfelelőleg az inger a pitvarok felől sokkal lassabban jut el a kamarákig, olyannyira, hogy néha az a—c köz eredeti hosszának a kétszeresére, esetleg háromszorosára is megnövekedhetik. Sőt lehetséges az is, hogy az a—v köteg vezetőképessége annyira szenvedett, hogy a pitvarok felől odajutó ingerületet vezetni egyáltalában nem tudja és ilyen módon egy ventricularis systole kimarad. Megeshetik, hogy csak minden második pitvari systolét követ egy ventricularis systole, úgy hogy a rhythmus 2:1-nek felel meg, esetleg a vezetőképesség még nagyobb csökkenése mellett 3:1 rhythmussal találkozunk, sőt teljes szívblock eseteiben, a mint ismeretes, a pitvaroknak és kamaráknak önálló és egymástól független működése lehet jelen. A vezetőképesség csökkenésének a radialis és jugularis görbék analysise útján megállapítható fokozatai tehát: először az a—c intervallum meghosszabbodása, másodszor ventricularis systoléknak időnkénti kiesése, harmadszor 2:1, 3:1 stb. rhythmusoknak a jelentkezése és végül negyedszer a teljes szívblock, a pitvarnak és kamarának egymástól független, önálló működése.

A szívizom másik functiójának, az *ingerlékenységnek* a zavaraira elsősorban a szíműködések számának a megváltozása utal. Jóllehet az ingerképzési működés fokozódása szintén tachycardiával jár, mégis elsősorban az ingerlékenységnek a növekedése az, a mely a szívműködésnek a rendesnél szaporább voltára vezet. Az ingerlékenység fokozódásának egy másik klinikai jele, hogy a szív a rendellenes ingerekre jobban és könnyebben reagál. Ha a szívizomzat valamely helyének az ingerlékenysége nagyobbá válik, mint a sinus venosus tájának a physiologiai ingerek iránti ingerlékenysége, akkor extraingerületek és ennek a klinikai jeleképpen extrasystolék jelenhetnek meg. Úgy hogy az extrasystolék bizonyos fokig a szív ingerlékenységének a fokozódása mellett szólnak. És különösen értékesíthetők ilyen szempontból az extrasystolék akkor, ha egyúttal szapora szívműködés mellett állnak be, mert a szapora szívműködés, mint említettük, rendszerint az ingervezető-képességnek a rövidülésével szokott együtt járni. Az ingerlékenységnek az ellenkező értelemben való megváltozására, az ingerlékenység csökkenésére utal viszont az az alakja a szívarhythmiának, a mely teljesen a szívblock klinikai tüneteit utánozhatja. A szívblock ezen alakjánál azonban a ventricularis systole kimaradása csupán az által okoztatik, hogy a pitvar felől jövő ingerületre a kamara-izomzat ingerlékenységének a csökkenése folytán reagálni nem tud. Hogy ez csakugyan így van, erre a venagörbének a pontos vizsgálata utal, a melyen ugyanis az a—c intervallumnak a rendes, $^1/_5$ másodpercznyi hossza mutatható ki.

A szívnek egy harmadik functiója az ingerekre való összehúzódási képesség, *a contractibilitas*. Ennek mértéke az összehúzódásnak a foka, intenzitása, a mely viszont függ attól, mennyi ideje van a szívnek arra, hogy az előző diastoléban összehúzódási képességét ismét visszanyerje. A normalis szívműködés berendezésének idealis tökéletessége hozza magával, hogy a diastole hossza éppen annyi, a mennyire a myocardiumnak a systoléval járó munka után szüksége van, hogy összes functióit ismét visszanyerje. A mint ennek az időnek a megrövidülése, úgy ezen időköznek a meghosszabbodása is csak a mechanismus ártalmára válik. A contractilitás csökkenésének egyik klinikai jele a rendes pulsusoknak gyengébb, kisebb pulsusokkal való váltakozása, *a pulsus alternans*. Ha a contractilitás még inkább szenved, még inkább csökken, akkor megeshetik, hogy a pulsus alternansnak gyengébb, kisebbik hulláma esetleg el sem jut a peripheriára és így a pulsus a rendes számnak esetleg a felére szállhat alá: egyik faja a frustran contractiók által okozott pseudobradycardiának. Ezen eseteknek a venagörbéin látjuk, hogy a pitvari rhythmus egyáltalán nem változott, hasonlóképpen az ingerlékenység és ingervezetőképesség is rendes, úgy hogy az arhythmia egyedüli oka csupán a contractilitás zavarában állhat.

Néha egyes fertőző bajokban a szívműködés gyengülésének, a contractilitás csökkenésének egyik jeleképpen a rendes pulsusok sorába időnkint egy-egy igen gyenge kis pulsus ékelődik. Hogy ilyen esetekben valóban az összehúzódási képesség csökkenése által okozott kis pulsussal és nem extrasystolés arhythmiával van dolgunk, arról meggyőződhetünk abból, hogy compensatiós pausa e kis hullámot nem követi és e kis hullám a megelőző, valamint az őt követő rendes hullámtól ugyanolyan távolságban van, tehát a rendes időben hozatott létre.

A myocardiumnak negyedik működése az *ingerképzési* functio, a mely már normalis körülmények között is rendkivül nagy változásoknak van alávetve. Ezen változások, ha nagyobbfokúak, olyan arhythmiákra vezethetnek, a melyeket könnyen extrasystolés vagy vezetési arhythmiával téveszthetnénk össze. A phlebogramm ezen esetekben is azonnal felvilágosítást szolgáltat arról, hogy az arhythmia keletkezése helye ezen esetekben a sinus venosusban, a physiologiai ingerek keletkezése helyén van. Ha az ingerképzési functio le van szállítva, valóságos bradycardiák keletkeznek. Ezen valódi bradycardiákat a phlebogramm útján igen jól meg tudjuk különböztetni azoktól a bradycardiáktól, a melyeket néha a vezetőképességnek, máskor az ingerlékenységnek és ritkán a contractilitásnak a csökkenése hoz létre. gyszintén a rendesnél szaporább szívműködés esetén is a phlebogramm utal arra, hogy vajjon a fokozott ingerproductio a sinus helyén történik-e, úgy mint általában a közönségesen tapasztalható és az igen különböző okokból eredő

szapora szívműködések esetén, vagy pedig a rendellenes rhythmus eredete az auriculo-ventricularis systemára van-e lokalizálva, a mint azt például paroxysmalis tachycardia eseteiben látjuk.

Mackenzie a szívizomnak egy ötödik functióját is megkülönbözteti, a *tonicitást*, a melynél fogva a szívizomelemek bizonyos fokú állandó összehúzódásban vannak. Ennek a functiónak a változásait azonban már nem a szívműködés graphikai ábrázolásából ismerhetjük fel. A tonicitás csökkenésére utaló fontos klinikai jel a szívnek kimutatható dilatatiója, továbbá a nyaki venáknak erős és jól látható pulsatiója. Ezen erős venosus pulsus a vena cava beszájadzása helyét körülvevő izomrostok tonicitásának csökkenéséből, gyengüléséből, ellazulásából magyarázható. A mint a szívizom állapotának javulásával ezen izomrostok tonusa is fokozódik, a vena cava beszájadzása helye is tökéletesebben zárul a systole alatt és a venapulsus ennek megfelelően kisebbé válik.

A szívdilatatiónak legfontosabb okát *Mackenzie* éppen a tonicitás csökkenésében és nem mechanikai okokban látja. Vannak esetek, a melyekben a szív fala egészen elvékonyodott, izomzata elfajult és ez a szív mégis fokozott vérnyomással szemben a rendesnél nagyobb munkát is teljesíthet a nélkül, hogy dilatatio volna kimutatható. Máskor viszont, ha a tonicitás szenvedett, a dilatatio beállhat akkor is, ha az intraventricularis nyomás még kisebb is a rendesnél, a mint azt tiszta mitral-stenosis eseteiben látjuk, a hol a gyakran kimutatható jelentékeny balszív-dilatatiókat mechanikai okokból magyarázni természetesen nem lehet. A szívdilatatiókat néha kisérő zörejek is tisztán azon izomrostok tonicitásának a csökkenése által okoztatnak, a melyek az auriculo-ventricularis szájadékot körülveszik.

A szívtompulatnak bal felé való megnagyobbodása nem jelent mindig balszív-dilatatiót, mert a jobb kamara dilatatiója maga is hátra és egyúttal bal felé dislokálja a bal kamarát, úgy hogy a jobbkamara-dilatatio igen gyakran a szívtompulatnak bal felé való megnagyobbodását okozhatja. Igy magyarázható gyakran mitral-szűkületeknél is a szivtompulatnak bal felé való megnagyobbodása, feltételezve esetleg tisztán jobbkamara-dilatatio által.

A tonicitas csökkenésének igen jól értékesíthető korai jele, a mely gyakran a dilatatiót, a zörejeket és az egyéb tüneteket jóval megelőzi, azok a finom crepitatiók a tüdő basisán, a melyek különösen a betegnek hosszabb ideig egy oldalon való fekvése után ülőhelyzetben való vizsgálatakor egy-két mély belélegzéskor hallhatók. Ezek többet jelentenek egyszerű atelektasiánál és valószínűleg igen kisfokú tüdőoedema vagy legalább is a tüdőnek oedemára való hajlandósága mellett szólnak.

Egyébként a szív egész functiójának, a szívizom állapotának a helyes megitélésére *Mackenzie* szerint más eszközünk tulajdonképpen ma sincs, mint a szívnek az a viselkedése, melyet fokozott feladatokkal szemben mutat. Kórházi gyakorlatában úgy jár el, hogy megállapítja a pulsus-, a légzésszámot, valamint a vérnyomást közvetlen munka előtt és munka után. (A munka, a melyet betegeire ró, az egyöntetűség kedvéért mindig egy kórházi emeletnek a megjárása.) Ezeknek az értékeknek a változása, és tisztán ez, jelzi számára a szívnek valódi munkabirását (*workpower* of the heart). Ebből a szempontból a compensatio és decompensatio meghatározásait, azon értelemben, a mint az a kontinensen szokásos, szintén elveti. Az úgynevezett „kompenzált" szív esetleg a reárótt kis feladattöbblettel szemben már elégtelennek, „dekompenzáltnak" bizonyulhat.

A szív cardinalis functiói megzavarásának a helyes distinctiója és felismerése nemcsak akademiai értékű, hanem gyakorlati jelentőségű is, különösen a szívtherapia leghatalmasabb factorának, a *digitalis*-therapiának a helyes alkalmazásában. Mindnyájan tudjuk, hogy a digitalis, a menynyire hatalmas, épp annyira kétélű fegyver is lehet czélszerűtlen alkalmazásnál, a melylyel esetleg többet árthatunk, mint használunk szívbetegeinknek. Azért igen becses minden olyan adat, a mely a digitalishatás korai felismerését teszi lehetővé.

A digitalisnak egyik, *Mackenzie* szerint kétségtelen hatása az, a melyet a szívizomzat ingervezetőképességére gyakorol. Az ingervezetőképességet leszállítja, a minek jele a venagörbén az intersystolés periodusnak, az a—c intervallumnak a meghosszabbodása; további alkalmazásnál ugyanezen okból esetleg egyes kamara-systolék teljesen kimaradnak; még később valóságos szívblock is állhat be. Azok a hirtelen halálesetek, a melyek néha digitalis-therapia kapcsán előfordulnak, valószínűleg ilyen digitalis okozta szívblock és ezt követő syncope által hozatnak létre. A mint tehát a vezetőképesség csökkenése, akár az a—c köz meghosszabbodásában, akár egyes pulsusok kiesésében konstatálhatóvá válik, a digitalis-adagolást be kell szüntetnünk.

Úgyszintén leszállítja a digitalis a szívizom contractibilitását is, a melynek eredményeképpen néha pulsus alternansok jelentkeznek. Daczára az ingervezető, valamint az összehúzódási képesség csökkenésének, a beteg állapotában mégis sokszor konstatálható javulás a szívizom harmadik functiójának, a tonicitásnak kedvező befolyásolásából, a tonicitas emelkedéséből magyarázható.

Egyáltalán főképpen a tonicitas csökkenésével és a szívdilatatióval járó esetek éppen azok, a melyek *Mackenzie* szerint legszebben és leggyorsabban reagálnak digitalis adagolására. És a szívdilatatiók közül is főképpen azok, a melyekben a szívizomelemek maguk tulajdonképpen anatomiai elváltozást még nem szenvedtek, csupán a hosszú időn át a fokozott akadálylyal szemben teljesített munkájukban kimerültek. Ilyenek a régi rheumás alapon álló endocarditisek. Míg azokban a dilatatiókban, a melyek már szívizomdegeneratióval jártak, akár zsíros elfajulással, akár interstitialis elváltozásokkal, mint a „cardiosclerosis" esetei, ezekben a digitalistól nem látott sok eredményt. Éppúgy kevés haszonnal jár, ha acut fertőző bajokban specifikus bacteriumok vagy azok toxinjai hoztak létre elváltozásokat a szívizomban, vagy chronikus intoxicatiók (alkohol, arsen stb.) hatottak a szivre. Úgy hogy voltaképpen a digitalis által létrehozott reactio valóságos mértékéül tekinthető a szívizomdegeneratio fokának.

A digitalisnak úgynevezett csodálatos hatásait főképpen azok a régi polyarthritises alapon álló endocarditisek szolgáltatják, a melyek a nodal rhythmusra jellemző venagörbéket mutatják. Ezekben az esetekben a digitalis hatásának legkoraibb jele a sphygmogrammon a felszálló szár csúcsán látható kettős emelkedés (coupling of the beats), a mely jelenségnek helyes magyarázatát egyébként még teljesen nem is ismerjük.

A conductivitas és a contractilitas csökkenése által okozott arhythmiákon kívül, ritkán bár, de extrasystolék is beállhatnak digitalis hatására. Egyáltalán akkor, a midőn egy előbb regularis szívműködés mellett digitalis adagolása után pulsus-irregularitások jelentkeznek, ez, mint digitalis-hatás, a szer további adagolásának contraindicatióját jelenti.

Ezekben igyekeztem vázolni *Mackenzie* tanításainak a legfőbb pontjait. Jól tudom, hogy ez az ismertetés hézagos és távolról sem foglalja magában mindazt, a mit *Mackenzie*nek a szívpathologia köszönhet. Czélom azonban csupán azoknak a fontosabb elveknek a kiemelése volt, a melyek e téren a mai modern angol iskolát *Mackenzie* tanainak a világításában irányitják.

A női fejhajzat „molyosságá"-ról.*

Irta: ***Csillag Jakab*** dr., a bőrgyógyászat és kozmetika szakorvosa Budapesten.

„Hajmolyosság" alatt asszonyaink egy a *fejhajzatuk distalis végén* jelentkező bántalmat értenek, melynek tulajdonságai a következők: 1. A hajzat kibontott és leeresztett distalis vége olyan, mintha rövid idő előtt leperzselődött, vagy molyette volna; 2. ily hajzat egy fürtjének a végét kissé

* Előadatott a Budapesti Kir. Orvosegyesület 1911 április 29.-i ülésén.

meghúzva, egész csomó apró hajtörmelék marad ujjaink között; 3. a hajszálak vége két és több ágra hasadozott vagy ecsetszerűen felrostozódott; 4. a hajszálak végén 1—3 cm. magasságig — a széthasadozott ágakon is — porszemhez hasonló fehéres, fehéres-szürkés pontocskák láthatók, 1—5 egymás fölött, minél magasabban, annál nagyobb távolságban egymástól, melyek helyén a hajszál könnyen megtörik vagy leszakad és végül 5. egyik-másik hajszál distalis részén $^1/_3$—$^1/_2$ cm. terjedelmű fénytelen, fakó terület látható, melynek helyén a hajszál több finom hosszanti léczre van hasadozva, míg e terület fölött és alatt a hajszál látszólag épen folytatódik tovább.

E jelenségek a hajbetegségek nomenclaturájában *Kaposi* nyomán *trichorrhexis nodosa* néven vannak elkönyvelve.

A nők fejhajzatának „molyossága" tehát nem más, mint trichorrhexis nodosa. Szükségesnek tartom e tény hangsúlyozását azért, mert míg asszonyaink fejhajzatuk e bántalmának jelenségeit népies néven (a magyar nők a czímbeli néven) már kétségtelenül ősidők óta ismerik, — hogy ez miből következik, azt látni fogjuk később —, addig mi orvosok az ő révükön legfeljebb csak a népies elnevezést ismertük, de a bántalmat magát nem. De nem ismertük a közelmultig a tudományos néven sem. Igy például *Schwimmer* egy 1878-ban megjelent közleményében, mely a trichorrhexis nodosáról szól, úgy nyilatkozott, hogy lehet, miszerint e bántalom a női fejhajzaton is előfordul, ő azonban egyet sem látott ilyet. A trichorrhexis nodosának a mult század ötvenes éveiben történt első leírásától 1884-ig tényleg csupán *Devergie*-nek és *Billi*-nek két-két idevágó esete volt az irodalomból ismeretes. Sőt még 1895-ben is *Neisser*, a híres és nagytapasztalatú breslaui dermatologus is úgy nyilatkozott a Deutsche Derm. Gesellschaft gráczi congressusán, hogy ő Breslauban csupán egyetlen nő fejhajzatán észlelt trichorrhexis nodosát, de ezen nő sem breslaui, hanem lengyel volt; továbbá *Spiegler, Kaposi* klinikájának akkori assistense ugyane congressuson tett nyilatkozata szerint szintén csupán két nő fejhajzatán látott Wienben trichorrhexis nodosát, és *Jadassohn* sem észlelt többet Breslauban 1895-ig egyetlen idevágó esetnél.

Ismereteink a bántalomnak a női fejhajzaton való elterjedtebb voltáról — mint jeleztem — újabb keletűek és egyelőre csak egyes metropolisokra és vidékekre vonatkoznak. Feltűnő gyakoriságát először *Menahem Hodara* jelezte 1894-ben a konstantinápolyi nők fejhajzatán; már a következő 1895.-i évben ugyanilyen tapasztalatról számolhatott be *v. Petersen* a szt.-pétervári, illetőleg oroszországi nők fejhajzatára vonatkozólag, majd 1896-ban *Bruhns* találta feltűnő nagy számban a berni cantonbeli nőkön és *Markusfeld* egy 1897-ben megjelent közleményének adataiból ugyancsak arra lehet következtetni, hogy Varsóban sem ritka a szóban levő localisatióban a bántalom. Végül *Galewsky* egy 1908-ban megjelent közleménye szerint Drezdában 117 közül 27 nő fejhajzatán talált trichorrhexis nodosát.

Bennem a behatóbb érdeklődést a bántalom iránt főleg az ébresztette fel, hogy újabb időben mind sűrűbben keresnek fel női patiensek hajbántalom panaszaival, közöttük a szóban levővel is, a mi arra indított, hogy intensivebben foglalkozzam a vele összefüggő kérdésekkel.

Poór Ferencz tanár úr szíves engedelmével a szt. Rókus-kórház V. orvosi osztályán kereken 100 nőt, nagyrészt prostituáltakat, 18—40 év közöttieket vizsgáltam meg, fejhajzatuk trichorrhexis nodosája tekintetében. *A 100 nő közül 60-on találtam a bántalom kifejezett jelenségeit.* Hogy e kétségtelenül feltűnő nagy száma a bántalomnak nem e nőknek valamely különleges hajápolási módjával áll összefüggésben, azt legjobban egy második vizsgálatsorozatom bizonyítja, a melyet *Bókay János* tanár úr szíves engedelmével a Stefánia-kórház anyagán végeztem. Itt ugyanis 8—12 év közötti, összesen 10 leánykának a fejhajzatát vizsgáltam meg és a 10 közül nem kevesebben, mint 7-en találtam trichorrhexis nodosát, 2-n meg éppen igen nagy terjedelműt.

E vizsgálatokból tehát kétségtelenül következik, hogy a női fejhajzaton, kis leányokén épp úgy, mint felnőttekén, a trichorrhexis nodosa a legnagyobb mérvben el van Budapesten is terjedve.

De semmi kétségem sincs az iránt sem, hogy ugyanígy el van az terjedve e localisatióban mindenütt, még azon helyeken is, a hol ezt 1895-ig ritkaságként észlelték, *csak* keresni kell. Mert a magángyakorlat tapasztalatai e tekintetben nem mérvadók. A magángyakorlatban ugyanis a bántalom ritkán panasz tárgya nagy elterjedtsége daczára, vagy jobban mondva éppen ennek következtében. A nők e nagy elterjedtség folytán annyira megszokták annak jelenségeit, hogy szinte természetes állapotnak tartják, melylyel orvoshoz fordulni fölöleges és hiábavaló dolog, annál is inkább, mert mint láttuk, a közelmultig e bajt az orvos nem is ismerte, annál kevésbé nyujthatott ellene segítséget. Ha a bántalomban szenvedő mégis orvoshoz fordul vele, akkor sem szokta — tapasztalataim szerint — a bántalom maga panasz tárgyát tenni, hanem csupán ennek következménye, *a hajszálvégek folytonos letöredezése folytán esetleg beálló feltűnő rövidülése az egész hajzatnak.* Ez pedig aránylag ritkán következik be. Mindettől eltekintve, a patiensek elég gyakran „hajhullás"-ról panaszkodnak akkor is, a midőn csupán hajtörmelékek maradnak a fésűben a trichorrhexis nodosa jeleként, és nem hajszálak, és így akaratlanul is félrevezethetik az orvost a bántalom felismerése tekintetében.

Az, hogy az egész hajzat a trichorrhexis nodosa következtében megrövidül-e vagy sem, két körülménytől függ: 1. *a bántalom keretébe be van-e vonva a hajzat minden szála vagy sem;* 2. *a haj csírarétegének milyen a működési állapota.*

Ha az első feltétel meg is van, azaz a hajzat minden szála bántalmazva van, de azon idő alatt, míg a hajzat distalis végén a bántalom következtében egy bizonyos hosszúságú hajrészlet tönkre megy, a haj csírarétege ugyanennyit termelni képes, a haj hossza természetesen nem fog változni, sőt ha többet termel, még meg is hosszabbodhatik, a mint-hogy kis leányok vállig érő trichorrhexises hajzata, mikorára felserdülnek, akár kötésig vagy azon alul meg nő. Csak ha a csíraréteg a haj distalis végén elpusztítottnál kevesebbet termel, rövidül meg az egész hajzat.

Egyelőre ennyit a bántalom gyakorlati jelentőségéről.

Lássuk ezek után, mit tudunk a női fejhajzaton a trichorrhexis nodosa okáról, *miként magyarázható meg itt ennek oly feltűnő gyakorisága, holott a férfiak fejhajzatán rendes körülmények között egyáltalán nem észlelhető és miért székel a bántalom a hajzatnak csupán a distalis végén.*

Minthogy eddigelé a női fejhajzat trichorrhexis nodosájának külön aetiologiája nincs, meg kell elégednünk a bántalom általános aetiologiája szolgáltatta ismeretekkel.

Ezek szerint az autorok egy része, különösen a régebbiek (*Michelson, Kaposi, Schwimmer, Kohn* és mások) a bántalom okát a hajzat atrophiájában, táplálkozási zavarában, nedv- és zsírszegénységében látja, mások (*Wolfberg, Sabouraud, Lassueur, Panichi, Whitfield, Stadler, Barlow, Joseph* stb.) mechanikai és vegyi természetű traumás ártalmakat szerepeltetnek okként, ismét mások parasitás, sőt contagiosus természetűnek ismerik el a bántalmat. Vannak (*Raymond, Hodara, Spiegler, v. Essen, Markusfeld*), a kik egy specifikus mikroorganismus, mások (*Beck Soma, v. Petersen* stb.), a kik különféle bacteriumok által előidézettnek tartják a trichorrhexis nodosát. Egyes autorok még némely hajzat distalis végének *primaer hajlandóságát*, praedispositióját is felveszik a trichorrhexis nodosára és csak ennek jelenlétében idéznék aztán elő mechanikai vagy parasitás ártalmak — a szerint, ki melyik nézet híve — a bántalom ismert jelenségeit. Hogy azonban mi ez a hajlamosító ok, már abból, hogy ilyenekként táplálkozási zavarokat, csökkent tápláltságot, atrophiát, száraz, zsírtalan állapotot szerepeltetnek, következik, hogy tulajdonképpen nem tudjuk, hogy micsoda. Kivételt csupán *Raymond*-nak és *Beck Somá*-nak a genitalis szőrzet trichorrhexis nodosája eseteiben végzett vizsgálatai tesznek. Ezek szerint *a bántalom kiindulási pontját a cuti-*

culának mechanikai úton keletkezett haránt repedései teszik, melyeken keresztül mikroorganismusok jutva a kéregállományhoz, annak felrostozódását aztán ezek okoznák.

Igy áll ma, röviden összefoglalva, a trichorrhexis nodosa oktana általánosságban és ennyit tudunk a női fejhajzat trichorrhexis nodosájáról is.

A midőn én az egyenlő életmódot folytató, egy izolált kórházi osztályon fekvő 60 trichorrhexises hajú nőt szemeim előtt egymásután elvonulni láttam és láttam hajzatuk végén az óriási számú, egyforma, coloniácskákhoz hasonló trichorrhexises csomócskát, magam sem tudtam azon gondolattól szabadulni, hogy a bántalmat valamely parasita okozza és hogy az contagiosus természetű. Miután tehát a bántalom klinikájára és elterjedtségére vonatkozó vizsgálataimat befejeztem, első dolgom volt a trichorrhexises hajszálak gombaflorájának tanulmányozásához fogni.

A hajszálakat *Gram* szerint festettem; a fölös festéket azonban kezdetben csupán anilinolajjal vontam ki, pikrinsav hozzáadása nélkül (vizsgálataimat lakásomon végezvén, ez anyag nem volt éppen még kéznél), miáltal a kellő színtelenítés és így a *Gram*-positiv bacteriumok előtüntetése nem sikerülvén kellően, hogy ezek közül csak néhányat is találjak, az egész hajszálrészletet pontosan át kellett vizsgálnom. E közben alkalmam volt a bántalmazott hajszálrészletet, de különösen a cuticula állapotát — mely réteg pikkelyeinek contourjai kitünően festődtek — alaposan megfigyelni. Feltünt, hogy míg egyes helyeken, különösen a hajszálrészlet proximalis részén, a cuticula igen jól látható, másutt csak egyes csíkok vagy szigetek láthatók belőle, a distalis vég felé pedig egyáltalán nem látható.

Kezdetben azt hittem, hogy ennek egyenetlen festődés vagy optikai csalódás az oka, annál is inkább, mert az eddigi általam ismert leírások legfeljebb csak cuticularis repedésekről és sérülésekről (*Raymond, Beck Soma*) szólnak, de nem hiányáról. Minél több hajszálrészt vizsgáltam azonban, annál szabályosabban alakult ki előttem egy a női fejhajzat trichorrhexis nodosájának histologiájában eddig ismeretlen, állandó lelet.

Azt találtam ugyanis rendszeresen, hogy *a trichorrhexises hajszálakon azok distalis végétől fölfelé 1—2—3 cm.-nyi magasságig a cuticula teljesen hiányzik és ennek megfelelően a kéregállomány teljesen csupasz;* ettől fölfelé előbb csak egy-egy pikkely vagy ennek csak töredéke tapad itt-ott a kéregállományhoz, majd ily pikkelyekből álló kisebb, aztán nagyobb szigetek tűnnek elő, azután a haj tengelye irányában futó keskenyebb, majd szélesebb cuticula-sávok lesznek láthatóvá, végül 10—15, néha csak 20 cm.-nyi magasságtól fölfelé aztán megszakítás nélkül fedi egész kerületében a cuticula a kéregállományt.

Hogy ez elváltozás csakugyan állandó, arról oly módon győződtem meg többször, hogy öt, más-más egyéntől származó hajszálvéget egyidejüleg festettem és egy készítményben vizsgáltam meg: a lelet mindig a fenti volt, csak a cuticula-hiány dimensiói változtak.

Nem mondom, hogy itt-ott nem akadt olyan szál is, a hol keskenyebb sávokban, kisebb szigetekben leterjedt a cuticula egész a haj hegyéig, a szabályos, a rendszeres lelet mégis a fenti volt. Trichorrhexises hajat tehát olyat, melyen a cuticula, tekintet nélkül a trichorrhexises csomó által elfoglalt területre, ép lett volna a distalis végén, egyet sem találtam.

Ezzel a női fejhajzaton a trichorrhexis nodosa klinikai jeleihez mint új, állandó mikroskopi jelenséget csatolhatnám a cuticula hiányát, ha e között és a trichorrhexis nodosa egyéb jelei között nem találtam volna oly viszonyt, mely további, más irányú vizsgálatot tett szükségessé.

E viszony abból állott, hogy a trichorrhexis nodosa összes klinikai jelei mind e cuticularis defectus keretén belül foglaltak helyet, sőt ennek felső határa közelében már nem is voltak észlelhetők. Felmerült tehát azon kérdés, hogy a rendszeres cuticula-hiány nem inkább előfolyamata, mint a többivel egyenrangú jelensége a trichorrhexis nodosának.

Hogy e kérdésre megfelelhessek, oly hajszálakon kellett a vizsgálatot folytatnom, melyek a bántalomban szenvedő hajzatból valók ugyan, de klinice épnek látszanak, annál is inkább, mert tudtommal eddig ily irányú vizsgálatok nem történtek. A figyelem e kérdésnél eddig csupán a trichorrhexises hajszálak vizsgálatára koncentrálódott.

E vizsgálatot öt oly hajszálon végeztem egyidejűleg, melyek mindegyike más-más nő fejhajzatából származott. Ennek eredménye is tökéletesen ugyanaz volt, mint a trichorrhexises hajszálakon, azaz a cuticula-hiány ezeken is olyan mértékben volt meg a hajszálak distalis végén, mint amazokon. Két száltól eltekintve, melyeken a makroskopi látszólagos épség daczára mikroskop alatt a csupasz kéregállományon a trichorrhexises csomó kezdő stadiumának megfelelő elváltozásokat találtam, a többin ilyen elváltozásoknak nyoma sem volt, úgy hogy a cuticula-hiánytól eltekintve, a klinikai épséget megerősítette a mikroskopi kép is. E lelet kétségtelenné teszi, hogy *a cuticula-eltűnés a női hajszál distalis végén megelőzi a makroskopi trichorrhexises jelenségek beálltát és hogy a női fejhajzaton a trichorrhexis nodosának egy eddig nem ismert, cuticula-leválásban nyilvánuló előstadiuma van.*

Miután ily módon kiderült, hogy a trichorrhexises hajzatból származó, de klinice teljesen épnek mutatkozó hajszálak vége sem ép, felmerült most már azon újabb kérdés, hogy a trichorrhexis nodosától, sőt a trichoptilosistól is teljesen mentes hajzat szálainak distalis vége nincs-e szintén hasonlóan elváltozva. Trichoptilosis alatt a hajszálak végeinek ágakra való hasadozását értjük, ha ez önállóan, a trichorrhexis nodosa egyéb jelenségei nélkül észlelhető. Az általam rendszeresen megvizsgált *100 női fejhajzat közül* 38-nál önállóan, 60-nál pedig, a mint már tudjuk, a trichorrhexis nodosa egyik jelenségeként volt ez található és *csak kettőnek a vége volt a széthasadozástól mentes.* Nem csodálható tehát, hogy midőn az előbbi kérdés felmerült és annak megoldása czéljából ily épvégű hajzatot kerestem, a rendelkezésemre álló anyagon az V. orvosi osztályon teljesen kifogástalant már nem is találtam, hosszas keresés daczára sem. Meg kellett egyelőre elégednem egy trichorrhexises hajzatú nő oly hajrészletével, melynek bőralapja $1^1/_2$ év előtt műtét czéljából le lett borotválva és a mely rövidebb volta és a trichorrhexis nodosa, sőt a trichoptilosis klinikai jeleinek hiánya által az egész hajzattól elütött.

E hajrészletből öt megvizsgált szálnak a mikroskopos lelete a következő volt: Az öt szál közül kettőnek a vége fel volt rostozódva, az egyiké ecsetszerűen úgy, mint egy kettészakadt trichorrhexises csomó egyik feléé. E szálon körülbelül $^3/_4$ cm. magasságig a cuticula teljesen hiányzik, a másikon 25 mm.-nyi magasságig csak nyomai láthatók. E magasságoktól felfelé 25 mm.-nyire fokozatosan nagyobb terjedelemben, majd innen feljebb egész kerületében fedi a cuticula a kéregállományt. A másik három szál vége nincs felrostozódva, de nem, mint a hogy ép hajszálvégtől várnók, hegyes, hanem tompa kúp vagy tört oszlop alakjában végződik. Közülük kettőn $^1/_2$ cm.-nyi terjedelemben szintén hiányzik a végén a cuticula, a harmadiknak az egyik oldalán megvan a hegyéig épen, a másik oldalán pedig csak hiányosan. A kéregállomány csupasz részein a trichorrhexis nodosának mikroskop alatt sem látható nyoma egyik szálon sem.

Ez öt szálnak tehát minden kelléke megvolt ahhoz, hogy distalis végük szabad szemmel valóban teljesen épnek mutatkozzék, daczára ennek a cuticula a hajszálak e részét egynél sem fedte tökéletesen és kettőnek a végét a mikroskop már felrostozódottnak mutatta.

Hogy a sok defectusos végű hajszál után végre górcsőileg is ép hajszálvéget lássak, 10 hónapos fiam fejhajzatából, mely még eddig vágva nem volt és a melynek distalis végei teljesen sértetleneknek látszottak makroskopice, vágtam le egy kis fürtöt és ebből vizsgáltam meg ugyancsak öt szálat.

Mily nagy volt azonban meglepetésem, a midőn az öt közül négy szálnak a végét mikroskop alatt már felrostozódottnak találtam; közülük kettő a felrostozódás határáig

fedve volt ugyan cuticulával, *de hiányosan, míg a másik kettőn Leitz oc. 3, obj.* $^1/_{12}$ *immersiós nagyításnál csak a 12—15. látótér átmérőjében kezdett egy-egy pikkely mutatkozni és csak a 25—30. láttér átmérőjétől kezdve volt ép a cuticula.* Az öt szál közül csupán egynek a vége volt idealisan ép annyiban, hogy ez egész a csúcsáig fedve volt sértetlen cuticutával.

E vizsgálat-sorozat eredménye tehát az, hogy *oly fejhajzaton, melyet hosszabb időn át nem vágnak,* mint a milyen a női fejhazat, még 10 hónapos csecsemőén is, *alig létezik hajszál, ha klinice még oly épnek látszik is, melynek distalis végén* $^1/_2$*—5, néha 10—20 cm.-nyi magasságig a cuticula egészben vagy részben ne hiányoznék.*

A rendszeresen nem vágott fejhajzat distalis végének ezen — tudtommal eddig le nem írt — cuticulahiányos állapota kulcsát adja a fejhajzat trichorrhexis nodosájához fűződő összes kérdéseknek.

A cuticula feladata ugyanis a hajszálon az, hogy a tulajdonképpeni hajanyagot megvédje a külső ártalmaktól, megóvja a kiszáradástól és a hajanyagot összetartó burokul szolgáljon; a hol tehát e réteg bármely okból hiányzik, ott a hajanyag védtelenné válik, kiszárad, elveszti rugékonyságának nagy részét, töredezővé válik.

Érthetővé válik ily körülmények között az, hogy a női fejhajzaton, distalis végén a védő, összetartó burok, a cuticula rendszeresen hiányozván, 100 közül miért található 98 esetben a hajszálak végének ágakra hasadozott volta és legalább 60 esetben ezenkívül a hajszálak distalis részének egy vagy több ponton finomabb és durvább rostokra való hasadozása és könnyen letöredezése. Meg van magyarázva az, hogy miért jelennek meg a trichorrhexis nodosának nevezett e jelenségek csupán a hajszálaknak a distalis részén és sohasem feljebb. Világossá válik annak is az oka, hogy miért nem észlelhető sohasem e férfiak fejhajzatán a szóban levő bántalom (kivéve azon eseteket, a mikor más hajbetegségek szövődményeként észlelhető); a férfi fejhajzatának a distalis végére ugyanis a rendszeres hajvágás folytán mindig oly hajrészletek kerülnek, a melyeken a cuticula még ép, a melyek kéregállománya tehát teljesen védve van.

Hogy a rendszeresen nem vágott fejhajzat distalis, cuticula-hiányos részén a csupaszszá, védtelenné lett kéregállományon mily természetű ártalmak idézik aztán elő az elváltozásokat, mechanikai vagy parasitás természetűek-e, a mi eddig a vita csúcspontja volt, az ezek után — azt hiszem — alárendelt jelentőségű kérdés, mert az ily védtelen hajszálrész így is, úgy is elpusztul előbb-utóbb; az egyedüli lényeges kérdés még csak az lehet, hogy mi módon jön létre e helyen a cuticula hiánya.

Tekintettel arra, hogy a cuticula-hiány a hajszálnak csupán a distalis végén található, a legegyszerűbb és legközvetlenebb magyarázata ennek az lehet, hogy mivel a hajszálnak ez a legöregebb része, ez annak élettartama alatt a legtöbb mechanikai insultusnak van kitéve és az idők folyamán ezen behatások koptatták le a cuticula-pikkelyeket. Tekintettel azonban arra, hogy a trichorrhexis nodosa parasitás eredetű magyarázata ez idő szerint még nagyon is előtérben van, sőt e felfogás híveinek látszólag teljesen exact kisérletek is állanak e tekintetben rendelkezésre, mint a milyenek a *Hodara*-éi és a *Markusfeld*-éi, a kik trichorrhexises hajszálakból bacillusokat tenyésztettek ki, e tenyészetekkel klinice „ép“ hajzaton a bántalmat elő tudták idézni és innen újra ki tudták ugyanazokat tenyészteni: nincs kizárva, hogy a parasitás eredet hívei azzal fognak a fenti magyarázatra érvelni, hogy a cuticula leválását is a trichorrhexis nodosa „specifikus mikroorganismusai“ okozhatják, szükséges tehát annak bizonyítása is, hogy a cuticula eltűnése mechanikai behatásokra jön létre.

A trichorrhexis nodosa tanában ismert tények, hogy a használt szőrkefék szőrzetén klinice az emberi élő hajzat trichorrhexis nodosájával teljesen azonos elváltozások észlelhetők, nemcsak a haj- és bajuszkeféken, hanem a ruha- és fogkeféken is, ellenben új, használatlan szőrkeféken sohasem alálhatók ez elváltozások.

Ha mikroskop alatt egy új és egy használt fogkefe szálait összehasonlítjuk, akkor azt találjuk, hogy míg *az új kefe szálai* egész kiálló végükig hengaralakúak, *sértetlen cuticulával vannak végig fedve* és *kiálló végük kerekded metszéslapban végződik,* addig *a használt fogkefe szálai kiálló végük felé hegyesedő kúpalakúak, a cuticula csak a kefe alapja közelében ép, ettől felfelé fokozatosan kisebb területeken látható, végül teljesen eltűnik,* úgy hogy a szál nagy részén teljesen hiányzik is; a kiálló vég néha felrostozódott. A csupasz kéregállományon pedig az elhasználtság foka szerint az elváltozások különböző foka található egyes orsótestek finom fibrillaris szétesésétől a trichorrhexis nodosa makroskopice is konstatálható legelőrehaladottabb stadiumáig. Mindez elváltozások — a klinikaiak úgy mint a mikroskoposak — teljesen azonosak az élő emberi hajzaton találhatókkal. Egymás mellé állítható pl. egy használt fogkefe egy szála, melyen a cuticula-hiányon és a szálnak kopott kúpalakban való végződésén kívül más elváltozás még nem található és egy női hajszál distalis része, melyen szintén tökéletesen ugyane kép látható, úgy hogy ily egymást tökéletesen fedő két kép látásakor el kell, hogy oszoljon minden kétség az iránt, hogy a mi az egyik szőrszálat hengeralakúból kúpalakúvá változtatta, ugyanolyan mechanismus idézte elő azt a másikon is. Már pedig az aligha szorul vitára, hogy a használt kefe szőrszálainak a végét, mely új korában kerek volt, hegyes kúppá csak a használat alkalmával való mechanikai koptatás alakíthatta, de ezt meg kellett előznie a cuticula-pikkelyek lehullásának ugyanazon mechanikai koptatás révén.

Igy kell tehát, hogy létrejőjjön a nem vágott női hajzat distalis végén is — mint a hajszálak legrégibb részén — a primaer cuticula-leválás a mosás, fésülés, kefélés, sütés stb. közben való dörzsölődés révén, a mit még megkönnyít a hajszálak végső részének — legtávolabb esvén a faggyu forrásától, a fejbőrtől — különben is legkevésbé zsíros, kiszáradó állapota, a mit már egyszerű tapintásra is minden esetben konstatálhatunk.

E tényekkel szemben a mikroorganismusok szerepe a cuticula eltűnésében annál kevésbé volna valószínű, mert ezek nem találhatók nagyobb számban az ép cuticularis részén a hajszálnak, de még azon cuticula-szigetek körül sem, a melyek itt-ott a kéregállományon megmaradtak.

Végeredményében tehát a *női hajzat trichoptilosisának és trichorrhexis nodosájának („molyosságá“-nak) kündulási pontját a hajszál distalis részén a cuticulának mechanikai ártalmakra való leválása alkotja és azok jelenségei már csak ennek a következményeiül tekintendők.*

Ennek ismerete nemcsak a női hajzat trichoptilosisának és trichorrhexis nodosájának aetiologiája szempontjából fontos; van gyakorlati haszna is: *helyes alapot nyujt a bántalom* — ha ugyan ennek tekinthetjük — *okszerű kezeléséhez.*

Minthogy a hajanyag azon része, melyen a cuticula hiányzik vagy hiányos, úgy sem bír ellenállani a hajat érő ártalmaknak és széthasadozva, szétrepedezve, felrostozódva így is úgy is letöredezik, elpusztul, *a hajzat e része levágandó.* Az empiria a nőket erre különben már régen rá is vezette; tudjuk, hogy a nők e czélból rendszeres időközökben — a babonásak minden holdtöltekor — le szoktak egy keveset hajuk végéből vagdosni. Míg azonban eddig puszta tapogatódzás volt a tekintetben, hogy mennyi vágandó le a haj végéből, addig az előadottakból kiderül, hogy a legfelső trichorrhexises csomó fölött a már teljesen épnek látszó részből is legalább 2—3 cm.-nyi hajrészlet vágandó le, hogy megközelitőleg ép cuticula által védett hajállományig jussunk. Ha még exactabbul akarunk eljárni, néhány szálnak mikroskop alatti vizsgálatával állapítjuk meg a cuticula-hiányos hajrészlet átlagos hosszúságát és e szerint adjuk meg az utasítást a haj distalis végének a levágására.

Ezzel azonban feladatunk nincs befejezve. Hogy a hajszálvégek destructiv folyamatának ismétlődése a lehetőségig elkerültessék, figyelmeztetnünk kell a patienst *hajzata e részének kiméletes ápolására,* el kell rendelnünk valamely *közöm-*

bös hajolajat vagy *hajpomádét* e hajrészlet faggyuszegény állapotának a megszüntetésére, *az időszakos hajmosás esetleges gyakoriságát korlátoztatnunk kell* és végül mivel mindezen óvóintézkedések daczára a hajszál legvégén a cuticula lekopása minden valószínűség szerint, ha sokkal kisebb mértékben is, tovább fog tartani, ajánlandó lesz — ott, a hol ez különben meg nem történik — *a hajzat végéből időszakonként, pl. havonta $^1/_2$—1 cm.-nyi résznek a levágása.* Azzal, hogy ennyit elveszünk a hajzat hosszúságából, legalább kétszer annyit megvédünk a pusztulástól.

Végül, ha hajhullás panaszával nő fordul hozzánk, tájékozódjunk az iránt, vajjon valóban hajhullásról és nem esetleg trichorrhexis nodosáról van-e szó, mert a hajzat megrövidülését nemcsak amaz, hanem ez is okozhatja.

Kedves kötelességet teljesítek, a midőn e helyen is hálás köszönetemet nyilvánítom *Poór Ferencz* m.-tanár főorvos úrnak és *Bókay János* tanár, udvari tanácsos úrnak a beteganyag szíves átengedéséért.

Közlemény a kir. magy. tud.-egyetem II. számú (igazgató: Réczey Imre tanár, udvari tanácsos) sebészeti klinikumáról.

A kerek gyomorfekély sebészeti gyógyítása.

Irta: ***Borszéky Károly*** dr., egyetemi magántanár, adjunctus és ***Báron Sándor*** dr., műtőorvos.

(Vége.)

A gyomorfekélyeknek kisérleti állatokon való előidézése már régóta foglalkoztatja a búvárokat; ezen kisérletek nemcsak a fekélyek pathogenesisét illetőleg bírnak nagy fontossággal, hanem azon szempontból is nagy jelentőségűek, hogy az említett műtéti eljárások értékének elbirálását teszik lehetővé. Ha képesek vagyunk valamely módon egy, az emberi kerek gyomorfekélylyel ha nem is teljesen azonos, de legalább is ahhoz hasonló, igen rossz gyógyhajlammal bíró, tovaterjedésre hajlamos fekélyt kisérleti állatokon előidézni: akkor eldönthetjük azt, hogy a gyomor ugyanazon helyén levő egyforma nagyságú fekély gyorsabban gyógyul-e gastroenteroanastomosis után vagy pyloruskirekesztés után, mint a controllállat fekélye, a melynél műtét nem végeztetett.

Az ezen kérdéssel foglalkozó kisérletezők közül *Payr* kisérletei mutatkoznak legmegbízhatóbbnak. Neki ugyanis sikerült endovasalis formalinbefecskendezés által kutyákon az emberi gyomorfekélyhez sok tekintetben hasonló, hosszú ideig fennálló, progrediáló, sőt callosus fekélyeket teljes, biztossággal előidézni.

A gyomorfekély pathogenesisével foglalkozó számos kisérletes munkával szemben határozottan szegény az az irodalom, a mely a sebészeti gyógyítás különböző módjainak értékével foglalkozik kisérleti alapon. *Van Yzeren* vagus-átmetszés által házi nyulakon gyomorfekélyeket idézett elő, a melyeknek keletkezését előzetesen végzett gastroenteroanastomosissal meg tudta akadályozni. Hasonló eredményre jutott *Della Vedova*. *Donati* utánvizsgálatai alapján kétségbevonja a két szerző eredményeit. *Fibich* több nagyobb érnek lekötése és egy nyálkahártyarészletnek gastrotomia útján történt kimetszése és az így keletkezett anyaghiány széleinek sósavval való ételése által csekély gyógyhajlammal bíró fekélyeket állított elő kutyákon, melyek spontán három héten belül nem gyógyultak, ellenben a fekély készítésével egyidejűleg vagy később végzett gastroenterostomia hatása alatt állítólag három nap alatt gyógyultak. *Borszéky* kutyákon tanulmányozta a gastroenterostomia hatását a gyomorvérzésre és azt találta, hogy e műtétnek átjárható pylorus mellett vérzéscsillapító hatása nincsen és ezen hatás még szűkült pylorus mellett sem feltétlen megbízható. *Borszéky*-vel ellenkező eredményre jutott *Fibich* és *Schultz*. *Fibich* fennemlített kisérleteit hasonló kisérleti berendezéssel *Clairmont* megismételte. Alapos kisérletei és szövettani vizsgálatai értelmében a *Fibich* szerint készített fekélyek sohasem nélkülözik a gyógyhajlamot; a cardia körül készített fekély három, a pylorus körül készített körülbelül hat hét alatt spontán meggyógyult. Sem a fekély készítésével egyidejű, sem későbbi gastroenterostomia segélyével a *Fibich* szerint készített fekély gyógyulását kedvezően befolyásolni nem lehet. Látjuk tehát, hogy mennyire ellentétesek a kevésszámú szerző eredményei.

Ezért, a midőn *Payr* közlése endovasalis úton előállított gyomorfekélyekről megjelent, érdemesnek tartottuk ezeken az emberiekhez igen hasonló, csekély gyógyhajlammal bíró fekélyeken a conservativ sebészi beavatkozások, a gastroenterostomia és pyloruskirekesztés hatását kipróbálni.

Természetesen e therapeutikai műtétek kipróbálása csak nagyobb állaton történhetett és így megkiséreltük kutyán pontosan *Payr* előírása szerint fekélyeket előidézni; az eseteknek mintegy felében (természetesen csak azon eseteket számítjuk, melyekben az endovasalis injectio kifogástalanul sikerült) igen szép és a *Payr* által leirtaknak minden tekintetben megfelelő fekélyeket kaptunk. Megemlítjük, hogy egy pankreatico-duodenalis venába való injectio után egy állat 48 óra után elpusztult. A bonczoláskor kiderült, hogy a halált pankreatitis haemorrhagica idézte elő. A duodenum nyálkahártyáján a ductus pankreaticus benyilását körülvevő babnyi szabálytalan friss fekélyt találtunk. Hogy vajjon a pankreatitis a fekélynek a következménye volt-e, avagy pedig az esetleg a pankreasba jutott formalinnak, azt a bonczlelet alapján nem sikerült megállapitanunk. Azonban az esetek másik felében semmi vagy pedig lényegtelen elváltozást kaptunk; hogy ez kutyán elég gyakran fordul elő, azt maga *Payr* is kiemeli. Továbbá kitünt, hogy positiv eredmény esetében sem voltak a megfelelő helyen és módon készített laesiók sem kiterjedésben, sem mélységben egyformák és hogy izoláló bélklammerek alkalmazása ellenére nem tudtuk a fekélyeket pontosan lokalizálni. Igy tehát be kellett látnunk, hogy a *Payr* szerint készített fekélyek — bármennyire kifogástalanok is analogia tekintetében — therapeutikai beavatkozások megitélésére, melyeknél minden tekintetben hasonló controllra van szükség, nem alkalmasak. Az endovasalis befecskendéssel való kisérletezés közben hibásan sikerült befecskendés alkalmából rájöttünk arra, hogy a gyomorfalizomzatnak formalinnal való nagykiterjedésü infiltratiója következtében fekélyek keletkeznek, melyeknek nagysága az infiltrált falrészlet terjedelmének és az injiciált folyadék concentratiójának és mennyiségének megfelelőleg pontosan szabályozható. A fekély előidézésének ez a módja tehát alkalmasabbnak mutatkozott a mi céljainkra, mint az eredeti *Payr*-féle. Eljárásunk technikája röviden a következő: Aethernarcosisban jodtinctura-desinfectio után a középvonalban vagy pararectalisan megnyitjuk kutyán a hasüreget. Az előhúzott gyomor nagy görbületének mintegy 6 cm. hosszú és 2 cm. széles redőjét puha bélklammerbe fogjuk, ügyelve arra, hogy a leszorított redő lehetőleg több nagy érnek a gyomorfalba való belépése helyét tartalmazza, a mi a nagy görbületen könnyen elérhető. Az igy izolált redő izomzatát Record-fecskendővel 0·75—2 cm³ 5%-os, illetőleg 10%-os formalinnal infiltráljuk. A befecskendés sikerültét a redő tetemes megduzzadása és elhalványodása jelzi. Hasfalvarrat három rétegben.

E technika segélyével a legnagyobb biztossággal sikerül megfelelő nagyságú és localisatiójú fekélyeket létesiteni, melyeknek gyógytartama arányos a befecskendezett formalin töménységével és mennyiségével. Persze e körülmény csak bizonyos határok közt értékesithető, mert például a 10%-os formalinnál erősebb oldattal való infiltratio tapasztalataink szerint majdnem mindig átfúródáshoz vezet. Természetesen, mint már említettük, az oldat mennyisége és az infiltrált terület nagysága is szerepel.

Kisérleteinket két sorozatban végeztük. Az elsőben, melylyel a fekély spontán gyógyulását és a gastroenterostomia hatását tanulmányoztuk, 1 cm³ 10%-os formalint injiciáltunk, a másodikban, melylyel a pyloruskirekesztés hatását figyeltük meg, 0·75 cm³ 5%-os oldatot.

A mi az első sorozat fekélyeit illeti, ezek majd minden tekintetben megfelelnek a *Payr* szerint készített fekélyeknek.

Spontán lefolyásuk a következő: A befecskendést követő 1—3 napon a befecskendési helynek megfelelőleg mintegy forintnyi, élesen elhatárolt, sárgás-fehér, epésen beivódott, diphtheriás hártyához igen hasonló (*Payr*) elhalt nyálkahártyarészletet találunk. A 4—5. napon az elhalt rész lelökődik és létrejön a friss fekély, mely mindig ráterjed a muscularisra; alakja kerek, széle éles, a környező nyálkahártya belövelt. Az e stadiumban levő fekélyből készült metszeteken a nyálkahártyának, a submucosának és az izomzat felületes rétegének teljes hiánya mutatható ki. A fekély alapját alkotó izomzat és savóshártya gömbsejtekkel és vérrel gazdagon be van szűrődve. A subserosusan futó erek helylyel-közzel thrombotizáltak; a környező nyálkahártya, illetőleg submucosa vérbősége egészíti ki a szövettani képet. A 3. hét elejétől az 5. hét végéig tart a fekélynek úgynevezett chronikus állapota (*Payr*). Ebben az időpontban ugyanis a fekélyeken, melyek ebben a stadiumban hasonlítanak leginkább az emberi fekélyhez, sem makroskopice, sem mikroskopice gyógyhajlamot nem fedezhetünk fel. A fekély mély, minden esetben átterjed az izomzatra, sima alapja felé a környező nyálkahártya mintegy be van húzva. Mikroskopice a fekély szélein regeneratiós jelenségeket, például hámburjánzást nem észleltünk. A complicatiók, késői átfúródás, a fekélynek callossussá válása is ebben a stadiumban állhatnak be. A 6. hét elejével megkezdődik a fekély gyógyulása; ez időponttól kezdve a fekély fokozatosan kisebbedik, szélén mikroskopi metszeteken újdonképződött nyálkahártya mutatható ki, mely a fekély alapjára ráterjed. A 9. hét végén a fekély már csak babnyi; a 3. hó végén helyét alig felismerhető heg jelzi, mely körül a nyálkahártya csillagalakban ránczokat vet.

A második sorozat fekélyeinek — ezek 0·75 cm^3-nyi 5%-os formalin befecskendése által lettek előidézve — lefolyása az első sorozatéihez általában hasonló; azonban az így készített fekély kisebb, mintegy koronányi; chronikus stadiuma, melynek tartama alatt complicatiókat nem észleltünk, a 10. naptól a 3. hét végéig tart. Ez időponttól kezdve a fekély gyógyulása gyorsan halad előre; egy hónap mulva már csak babnyi, másfél hónap mulva pedig teljesen begyógyult.

Az intramuscularis formalininjectio által előidézett fekélyek kétségtelenül két tényezőnek köszönhetik létrejöttüket: az egyik a formalinnak a muscularisra, illetőleg a mucosára gyakorolt direct necrotizáló hatása, a másik a muscularis és subserosa ereinek elváltozása a befecskendés következtében. Hogy ezen érelváltozások a fekély létrehozásában fontos szerepet játszanak, azt bizonyítja a fekély köralakja, chronicitása bizonyos stadiumban, végül pedig hogy egyes esetekben a fekély erősen progressiv jelleget ölt, később átfúródást okoz, illetőleg callosusan átalakul. *Payr* vizsgálatai óta tudjuk pedig, hogy a kisérletes fekélyek tenacitása, illetőleg progressivitása kiterjedt érelváltozás által okozott táplálkozási zavar következménye. Eleinte nem igen tudtuk megérteni, hogy miképp alterálhatja az intramuscularisan befecskendett formalin a nagyobb ereket; nagyobb kiterjedésű thrombosisokat makroskopi és mikroskopi vizsgálat alapján kizárhattunk.

Más czélból, de hasonló technikával végzett tusinjectiók derítették aztán ki, hogy az intramuscularisan befecskendett folyadék legtöbbször azonnal behatol a subserosus nagy erekbe. Ezzel aztán adva volt az intramuscularisan befecskendett formalin hatásának magyarázata. *Payr* a nagy ereken keresztül infiltrálja a gyomorfal rétegeit, mi pedig a gyomorfal rétegein keresztül a nagy ereket. Eljárásunk tehát a *Payr*étól lényegben nem különbözik, csak a kivitel módja más. Természetes, hogy az endovasalis injectio segélyével, mely terjedtebb érterületre hat, chronikusabb és a progressivitásra egyszersmind hajlamosabb fekélyeket kapunk, viszont az intramuscularis injectióval készített fekély létrejötte biztos, nagysága pontosan dozirozható, a mellett egyszersmind pontosan lokalizálható.

Később leírandó, a pyloruskirekesztésre vonatkozó kisérleteink szempontjából fontos volt megállapítanunk, vajjon a pylorus körül és a gyomor egyéb részein, különösen pedig a cardia körül készített fekélyek gyógyulása egyforma-e. Megjegyzendő, hogy a fekélyeknek fenn vázolt lefolyása praepylorusos fekélyekre vonatkozik. 3 állaton tehát a fenn leírt módszer szerint praepylorusosan és nem messze a cardiától egy-egy fekélyt készítettünk. Az első állat korai (5. nap), a második pedig késői (28. nap) átfúródásban elpusztult. Mindkét esetben a pylorus-fekély fúródott át. A harmadik állatban 2½ hónappal a fekély készítése után a cardialis fekély teljesen be volt gyógyulva, míg a praepylorusos babnyi nagyságban fennállott. Ha tehát ezen kevés számú, részben nem sikerült kisérletből a praepylorusos és cardialis fekély között számbelileg kifejezhető gyógytartamkülönbséget kimutatni nem is tudtunk, mégis az a benyomásunk volt, hogy a kisérletes praepylorusos fekély hajlamosabb az átfúródásra és hogy gyógytartama hosszabb. E tapasztalataink megegyeznek *Clairmont*-éival, ki kimutatta, hogy a *Fibich* szerint készített cardialis fekély körülbelül kétszer olyan gyorsan gyógyul, mint a pylorusos. A pylorus-fekély e rosszabb gyógyhajlamát esetleg bonczolástani viszonyoknak, jórészt azonban mindenesetre a pylorus-részlet nagyobb physiologiai igénybevételének tulajdonithatjuk. Valószínű, hogy e tényező az emberi pathologiában is szerepet játszik; erre utal a pylorus- és pylorus körülötti fekélyeknek, de különösen a perforálóknak aránylag nagy száma és a duodenumfekély ismert rosszindulatúsága.

Callosus fekély keletkezését két esetben észleltük. Egyik esetben a nagy görbületen a cardiától nem messze ülő fekély a hasfallal volt összekapaszkodva, a másikban a pyloruson ülő fekély (ez esetben gastroenterostomia is történt) alapját a máj alkotta. Mindkét callosus fekély, továbbá két késői átfúródás (21. és 28. nap), mint ezt már kiemeltük, a concentráltabb és nagyobb mennyiségű formalinnal készült sorozatból került ki. A kevesebb és hígabb formalinnal készült sorozatban a fekély progressivitására utaló ezen complicatiók keletkezését nem észleltük.

Ezeknek alapján úgy hiszszük, hogy nem vagyunk kényszerítve a gyomorfekély különböző — acut, chronikus, perforáló, callosus — alakjainak pathogenesise között lényeges, qualitativ különbséget felvenni; a fekély e különféle alakjai egyazon ártalom különböző quantumai által lehetnek feltételezve.

Miután így az intramuscularis injectio által előidézett fekély keletkezését és lefolyását megismertük, hozzáláttunk a gastroenterostomia és pyloruskirekesztés hatásának tanulmányozásához. A gastroenterostomiát illetőleg azon kérdés eldöntésére szorítkoztunk, vajjon van-e e műtétnek nyilt pylorus mellett gyógyító hatása mesterséges fekélyekre. 6—6 kutyán a fenn leírt módon (1 cm^3 10%-os formalin intramuscularis befecskendése) praepylorusos fekélyt állítottunk elő. 6 állaton egyszersmind gastroenterostomia anticát is végeztünk, mely 3 esetben antiperistaltikás, 3 esetben pedig isoperistaltikás volt. A controll-állatoknál a fekély előállítására szorítkoztunk. A műtét után az 5—10—20—30—60—90. napon történt egy-egy állatpár, gastroenterostomizált és controll, leölése és bonczolása. A bonczolatok kiderítették, hogy a műtét után 30 napig élt állatpártól eltekintve a gastroenterostomizált és nem gastroenterostomizált állatok fekélyeinek gyógyulása egyformán a fentebb vázolt módon történt. A műtét után 30 nappal leölt gastroenterostomizált állaton a májjal összekapaszkodott callosus fekélyt, a controll-állaton egyszerű chronikus fekélyt találtunk; tehát a gastroenterostomizált állaton készített fekély progressivebb volt, mint a controll-állaton készült. Persze a fekély progressivitását nem igen tulajdoníthatjuk a gastroenterostomiának.

E kisérletek alapján *Clairmont*-tal egyetértőleg *Fibich*-hel szemben kimondhatjuk, hogy *a gastroenterostomiának nyilt pylorus mellett a mesterséges fekély gyógyulására nincs hatása.* Természetesen távol áll tőlünk, hogy a gastroenterostomia hatását az emberi fekélyre nyilt pylorus mellett tagadjuk. Kisérleteink csak azt bizonyítják, hogy a gastroenterostomia nyilt pylorus mellett, a műleges fekélytől eltekintve, ép gyomrot hathatósan tehermentesíteni nem tud. E műtét gyakran észlelt kedvező hatását a gyomorfekélyre nyilt pylorus mellett tehát csak a gyomorchemismus megváltoztatásának tulajdoníthatjuk,

mely tényező azonban úgy látszik csak pathologiai gyomorchemismus mellett érvényesül. Normalis gyomorchemismusnál — már pedig kisérleti állatainkban ilyent kell feltételeznünk — a regurgitáló epének és pancreás nedvének kedvező hatása nem lehet. Hisz például a szóda is csak hyperacid gyomortartalom esetében bír kedvező hatással, ellenben ép gyomorban adagolva hatástalan.

A pyloruskirekesztés hatását tanulmányozandó, 4 kutyában a nagy görbületen, a praepylorusos és cardialis résznek megfelelőleg egy-egy fekélyt állítottunk elő; a gyomrot körülbelül 8—10 cm.-nyire a pylorustól erős selyemfonállal *Parlavecchio* szerint lekötöttük. Az így keletkezett bilocularis gyomor proximalis részletébe a fekély és a lekötés közé belevarrtuk a legfelső jejunumkacsot, tehát gastroenterostomia anticát végeztünk, még pedig 3 esetben isoperistaltikásan, egy esetben pedig antiperistaltikásan.

A fekélyeket, mint már említettük, 0·75 cm^3 5%-os formalin befecskendésével állítottuk elő. E kisebb concentratio és kisebb mennyiség (szemben az első sorozattal) alkalmazása czélszerűségi szempontból történt. Egyrészt el akartuk kerülni a nagyobb mennyiségű és concentráltabb oldat alkalmazásánál aránylag elég gyakori korai átfúródást, másrészt pedig az így készített fekélyek rövidebb gyógytartama kisérleteink lezárását hamarább engedte meg. Kisérleti eredményeinket a következő táblázat mutatja:

	Élettartam a pyloruskirekesztés és a fekélyek készítése után	Cardialis fekély állapota	Praepylorusos fekély állapota
1. kutya	5 nap	Forintnyi, az izomzatra ráterjedő, szennyes friss fekély	Forintnyi, az izomzatra is ráterjedő, tiszta alapú, epésen beivódott friss fekély
2. kutya	15 nap	Koronányi, éles szélű, mély chronikus fekély	Sekélyebb, valamivel kisebb fekély, melynek szélén a gyógyulás megindult
3. kutya	25 nap	Krajczárnyi felületes fekély	Babnyi gyógyuló fekély
4. kutya	35 nap	Babnyi gyógyuló fekély	Teljesen begyógyult

Látjuk tehát, hogy a fekély különböző stadiumait feltüntető 4 állaton a kirekesztett praepylorusos fekély lefolyása, illetőleg gyógyulása határozottan kedvezőbb volt, mint a ki nem rekesztett cardialisé. Azt a feltevést, hogy a praepylorusos fekély gyorsabb gyógyulása — a fekély készítése és a kirekesztés egy időbe esvén — a kirekesztés végeredményben szintén értékes prophylactikus, nem pedig therapeutikai hatásának eredménye, számos 2—3 napos fekélypár megvizsgálása alapján kizárhatjuk. Kisérleteink bizonyító erejét lényegesen emeli, hogy, mint azt már fentebb említettük, *Clairmont*-tal megegyező tapasztalataink szerint a pylorus körüli fekély a spontán gyógyulásra lényegesen kedvezőtlenebb, mint a cardialis. Megemlítjük, hogy az 1., 2. és 4. állatban a kirekesztés teljes volt, a 3.-ban a két gyomorrészlet kisujjnyi nyílással közlekedett. E körülmény méltatására még rátérünk.

A kirekesztett kisérletes fekély gyógyulásában elsősorban kétségtelenül a kirekesztett rész tökéletes tehermentesítése az étellel és a proteolytikus gyomornedvvel szemben játszik vezérszerepet (*Eiselsberg*). Lényeges azonban nézetünk szerint még a kirekesztett gyomorrészlet összehúzódása, illetőleg zsugorodása, melyet a sectio és állatkisérlet alkalmából megállapíthatunk.

Az a kérdés most már, hogy mennyiben vihetők át e kisérleti tapasztalatok az emberre. Azt eleve megjegyezzük, hogy oly teljes és gyors hatást, mint az állatkisérletben, emberen nem várhatunk. Általános tapasztalati tény ugyanis, hogy valamely gyógytényező (akár physicalis, akár vegyi) hatásának nagysága, gyorsasága a gyógyítandó folyamat chronicitásával fordított arányban áll. Tehát a sokkal chronikusabb lefolyású emberi fekély egyrészt nem fog szükségképp gyógyulni, másrészt pedig a gyógyulás jóval lassabban fog bekövetkezni, mint az állatkisérletben. De kedvező hatást e műtéttől mindenesetre várhatunk, mert az állatkisérletben ható tényezők (tehermentesítés és zsugorodás) az embernél is számba jönnek, sőt talán fokozott mértékben. Mert hisz az embernél kóros, fokozott proteolytikus hatású nedvvel való érintkezéstől óvjuk meg a kirekesztett fekélyt; másrészt a kirekesztett gyomorrész zsugorodása, mint azt egy bonczolatunk (*Eiselsberg*-féle kirekesztés) kimutatta, igen kifejezett. E zsugorodásnak véleményünk szerint lényeges része van a pyloruskirekesztés kifejezett vérzéscsillapító hatásában. A megnyílt kisebb-nagyobb érlumenek jobban összehúzódhatnak, a kisebb feszülés alatt álló szövetek ereiben thrombosis és annak szervülése könnyen jön létre.

Kisérleteinkre és klinikai tapasztalatainkra támaszkodva tehát kimondhatjuk, hogy a duodenum, pylorus, illetőleg antrum kirekesztésének gyógyító hatása a gyomorfekélyre kétségtelen. E műtétnek lényeges előnye továbbá, hogy a kóros rész kirekesztése folytán a rendesen elgyöngült beteg táplálását szilárd ételekkel egy pár nappal a műtét után megkezdhetjük; ugyanezen okból nélkülözhetjük az utókezelést, mely pedig, mint tudjuk, gastroenterostomia után szükséges. További előnye e beavatkozásnak, hogy sem korai, sem késői, a gyomor kiürülésére vonatkozó postoperativ zavarok nem fordulnak elő.

E körülmény okaira kiterjeszkedni nem akarunk; annyi bizonyos, hogy a pylorus elzárásával áll összefüggésben. Erre utalnak számos gastroenterostomiánál szerzett tapasztalataink, melyek szerint circulus vitiosus gyakrabban jön létre nyílt, mint szűkült, illetőleg átjárhatlan pylorus mellett. A késői passagezavarok hiányát megmagyarázza a pylorus kiesése, mely a gastroenterostomiás nyílás átjárhatóságát biztosítja.

Már most nézzük, hogy e lényeges előnyökkel milyen hátrányok állanak szemben. Elsősorban mint conservativ műtét nem biztosít recidiva és rákos elfajulás ellen; erre a műtét indicatiójának felállításakor tekintettel kell lenni. Másodszor számba jön szemben a gastrostomiával a műtét hosszabb tartama és nehezebb kivitele. A gyomor egyszerű lekötése által eszközölt kirekesztés e hátránytól ment. Végül számbajöhetnek a pylorus unilateralis kirekesztésekor bizonyos élettani tényezők, a duodenumon áthaladó gyomortartalomnak a pancreasnedv és epe kiürítését szabályozó hatása és a *Hirsch-Mering-Moritz*-reflex kiesése.

A mi az epe és pancreasnedv secretióját illeti, *Cohnheim* és *Dapper* vizsgálatai kimutatták, hogy sósavnak a jejunumba (az elvezető kacson keresztül), sőt a vastagbélbe — mely szervek tehát szintén tartalmaznak prosecretint — való jutása által secretinhatás jön létre, mely a duodenum kirekesztése esetében is a normalis viszonyoknak megfelelőleg szabályozza a hasnyálmirigyelválasztást (*Schuller*). A pancreasnedvelválasztás különben sem pusztán secretinhatás következménye, hanem psychés tényezőktől is függ (*Pawlow*); továbbá a gyomor felől is kiváltható zsir és olaj által. Fel lehetne vennünk, hogy a secretinképződést a gyomorból az odavezető kacson keresztül a duodenumba regurgitált sósav eszközli; e felvételt azonban Röntgen-vizsgálatok megczáfolják. Az epeelválasztásra vonatkozólag, mely *Bayliss* és *Starling* szerint nem secretinhatás, valószínű, hogy a duodenum kirekesztése után szintén létrejő valamely szabályozó mechanismus. E kérdést pyloruskirekesztéssel kezelt betegek zsírkihasználásának vizsgálatával könnyen el lehetne dönteni. Annyi bizonyos, hogy betegeink, kiken pyloruskirekesztést vagy resectiót (*Billroth* II) végeztünk, lényeges táplálkozási zavarokat nem tüntettek fel, sőt legtöbbjük meghizott.

A *Hirsch-Mering-Moritz*-féle pylorusreflex kiesését *Pólya* lényeges hátránynak tartja, a mennyiben szerinte a pylorus-controll, tehát a megszakítás és semlegesítés nélkül a bélbe ürülő sósav ulcus pepticum jejunira praedisponál. *Pólya* ezen aggályát határozottan túlzottnak kell mondanunk; az ulcus pepticum jejuni pathogenesise épp oly kevéssé tisztázott, mint

a gyomorfekélyé; *Borszéky* állatkisérletei pedig kimutatták, hogy a jejunumba directe beömlő sósav egymagában véve nem elegendő a fekély előidézésére. Ezenkívül az újabb Röntgen-vizsgálatok kimutatták (*Schüller, Haertel)*, hogy fekély miatt végzett pyloruskirekesztés, illetőleg pylorusresectio *(Billroth* II) után a gyomor kiürülése a gastroenterostomiás nyíláson keresztül szakaszosan és a rendesnél alig valamivel gyorsabban történik. E szakaszos lassú kiürülés azonban nem egy a gastroenterostomiás nyílás helyén keletkezett sphincternek, hanem a gyomor- és bélizomzat peristaltikás viszonyainak a következménye. (A részleteket illetőleg utalunk *Schüller, Haertel* és *Shoemaker* munkáira.) *Shoemaker* kirekesztett pylorusú kutyákon végzett vizsgálatai alapján azt állitja, hogy a pylorus időszakos záródása nem is duodenalis reflex következménye, hanem a gyomorperistaltika bizonyos állapotának felel meg. Másrészt ki kell emelni, hogy nem észleltünk — tudtunk szerint mások sem — ulcus miatt végzett pyloruskirekesztés, illetőleg pylorusresectio *(Billroth* II) után ulcus pepticum jejunit.

A mi az unilateralis fekélykirekesztés technikáját illeti, a mint már emlitve volt, 3 elvileg különböző eljárást ismerünk. Az első, *Doyen* és *Eiselsberg*-től származó eljárásnál a kirekesztés a gyomor átvágása és a csonkok elvarrása által történik. E beavatkozás előnye, hogy az általa elért kirekesztés biztos és állandó, a kirekesztett részletnek a fekély gyógyulására előnyös nagyfokú zsugorodását teszi lehetővé és végül segélyével a gyomor bármilyen kiterjedésű részletét kirekeszthetjük. Hátránya, hogy a gastroenterostomiához képest kivitele nehéz és soká tart.

A második eljárás elve egy megfordított *Henicke-Mikulicz*-féle pyloroplastika (*Gérard*). E műtéttel, melynél a pyloruson harántul ejtett metszés hosszában lesz elvarrva, természetesen csak duodenumfekélyt rekeszthetünk ki; pylorusfekélyeknél alkalmazni nem lehet.

A harmadik eljárás elve, hogy a gyomorlument át nem hatoló varrattal, illetőleg lekötéssel zárjuk; igy a *Doyen-Kelling*-műtétnél a pylorus szükitése falának hosszirányú, több rétegben való redőzése által lesz eszközölve. *Berg, Csacskovics* dohányzacskóvarrattal szükíti a pylorust, *Mayo* körkörösen submuscularisan vezetett fonállal (exclusion per blocage). A legegyszerűbb és véleményünk szerint legczélszerűbb eljárás a gyomor egyszerű lecsomózása erősen meghúzott vastag selyemfonállal (*Parlavecchio*). E módszer segélyével gyorsan a gyomor lumenének megnyitása nélkül bármilyen nagyságú gyomorrészletet kirekeszthetünk. A proximalis és kirekesztett distalis rész közti közlekedést eleinte a selyemfonál által gyakorolt leszorítás, később az e leszorítás helyén keletkező heges gyűrű gátolja meg. E műtét kivitelére vonatkozólag megjegyezzük, hogy a lekötést erősen meghúzott vastag selyemfonállal végezzük, mely fölé esetleg egy sor *Lembert*-varratot helyezünk. Ügyelnünk kell arra, hogy a kirekesztett részben regurgitatio, illetőleg az odavezető kacs erős szűkülése folytán pangás ne keletkezzék, mely a kirekesztett részletben székelő fekélyt károsan befolyásolhatja, sőt átfúródásához is vezethet. Kétszer tapasztaltuk ugyanis apró kutyákon végzett pyloruskirekesztésnél, hogy az odavezető kacs szűkülése folytán az unilateralis kirekesztésből totalis lett; az igy létrejött nagy belső nyomás mindkét állatnál a mesterséges fekély átfúródásához vezetett. Legczélszerűbb tehát, ha gastroenterostomia retrocolica posteriort (*Hacker-Petersen*) végzünk és a leszorító ligaturát közvetlenül a gastroenterostomiás nyílás mögé alkalmazzuk. Ha ugyanis a ligatura és a gastroenterostomiás nyílás közt nagyobb távolság van, e helynek megfelelőleg úgynevezett „kaudaler Sack“ (*Jonas*) képződhetik, mint ezt egy már fentebb említett betegünknél, kinél csomós pyloruskirekesztést végeztünk, a két hónappal a műtét után eszközölt Röntgen-vizsgálat kimutatta. Az ilyen caudalis tasak egyrészt retentiót, másrészt pedig az odavezető kacsnak összenyomása által súlyos keringési zavart okozhat.

A mi az egyszerű lekötés által eszközölt fekélykirekesztés tartósságát illeti, ki kell emelnünk, hogy e kérdés még nincs véglegesen tisztázva. *Parlavecchio*-val szemben *Randisi* állitja, hogy a gyomor lekötése rendesen csak muló hatású. Három idevágó kisérlete közül csak egyben, a midőn a lekötést vastag fonállal eszközölte, volt a kirekesztés 40 nap mulva tökéletes. 2 állatnál 30, illetőleg 35 nappal a műtét után a fonál átvágása következtében a kirekesztés tökéletlen volt. Saját állatkisérleteinkben 3 esetben (5, 15 es 35 nappal a műtét után) a kirekesztés teljes volt, 1 esetben pedig (25 nappal a műtét után) a kirekesztett rész a cardialis részszel kisujjnyi nyílással közlekedett. Az 5., illetőleg 15. napon leölt állatnál a ligatura változatlanul, a 25. napon leöltnél submuscularisan feküdt. A 4. állatnál 35 nappal a műtét után a selyemlekötés részben submucosusan, részben a lumenben foglalt helyet, de a fonál helyén keletkezett heges gyűrű tökéletesen zárt. Ezen kisérleti eredményeknél fontosabbak ama tapasztalatok, melyeket 2 emberen végzett csomós antrumkirekesztés alkalmából szerezhettünk. Az első, 5 nappal a műtét után pneumoniában elpusztult betegnél a sectio kimutatta a lekötés által eszközölt kirekesztés tökéletes voltát. A második betegnél a 2 hónappal a műtét után — mely műtétnél pylorusfekély miatt az antrum lett lekötéssel kirekesztve tökéletesen átjárható pylorus mellett — végzett Röntgen-vizsgálat a lekötött rész teljes átjárhatlanságát mutatta ki, a mennyiben az erős gyomorperistaltika és massage daczára még hosszabb várakozás után sem telt meg a duodenum, ellenben a gastroenterostomia elvezető kacsán keresztül a kiürülés csakhamar megkezdődött.

Tapasztalataink alapján tehát állíthatjuk, hogy egyszerű lekötés által huzamos ideig fennálló hatásos fekélykirekesztést létesíthetünk. Hogy vajjon ez úton végleges eredmény elérhető-e és hogy milyen módon, azt újabb kisérleteknek és klinikai tapasztalatoknak kell mutatniok. Ha kiderülne, hogy a lekötés által eszközölt kirekesztés csak időleges, akkor is értékesnek minősíthetjük ezt a physiologiai viszonyokat így anatomice helyreállító egyszerű beavatkozást, de nem más műtéti módokkal szemben, hanem azok mellett.

* * *

Főnökünknek, *Réczey Imre* ő méltóságának köszönettel tartozunk, hogy kisérleteink végzésére módot és alkalmat nyujtani kegyes volt.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Die durch Gonococcen verursachten Krankheiten des Mannes. Von *Dr. S. Baumgarten.* Alfred Hölder bizománya, Bécs 1910.

Egy közel négyszáz sűrűn és rosszul nyomtatott oldalú monographiában, 21 év olvasmányának bő kivonatát és saját gyakorlatának eredményeit adja közre a magyar szerző.

E munka az olvasószobában és az íróasztal mellett készült. Ez adja meg jellegét. Nagy intelligentia és sok elmélyedés daczára nélkülözi az önálló kutatások alapján elérhető biztos itéletet a mások kutatásainak megitélésében és a csak nagy beteganyagon megszerezhető azt a gyakorlati érzéket, a mely a lényegest a lényegtelentől mindenkor el tudja választani. Ehhez járul a stilusnak száraz volta, a nyelvezetnek még pesti mérték szerint is rossz németsége, az előadásnak vontatottsága, mely sok, tartalmilag jól átgondolt résznek olvasását is igen fárasztóvá teszi.

Csak fájlalható, hogy az a nagy szorgalom és sok fáradság, melyet a szerző e munkára fordított, ezen hibák folytán annak a helyesen megkoncipiált gondolatnak, hogy az aetiologiailag azonos, megjelenésükben azonban nagyon különböző megbetegedések kórtanát és kezelését logikus összefüggésükben áttekinthetően csoportosítsa, nem termett érettebb gyümölcsöt.

R—i.

Új könyvek:

E. Ruediger: Kompendium der Röntgendiagnostik. Würzburg, C. Kabitzsch. 3 m. — *O. Adler:* Die mangelhafte Geschlechtsempfindung des Weibes. 2. Auflage. Berlin, Fischer's medizinische Buchhandlung. 6 m. — *G. B. Gruber*: Der Alkoholismus. Leipzig, B. G. Teubner. 1·25 m. — *J. Bland-Sutton*: Gallensteine und Erkrankung der Gallengänge. Deutsch von O. Kraus. Wien, F. Deuticke. 5 m. — *O. Bumke*: Die Pupillenstörungen bei Geistes- und Nervenkrankheiten. 2. Auflage. Jena, G. Fischer. 6·50 m. — *M. Reichardt*: Untersuchungen über das Gehirn. Teil I. Ueber Todesarten und Todesursachen bei Hirnkrankheiten. Jena, G. Fischer. 3·60 m. — *V. Haecker*: Allgemeine Vererbungslehre. Braunschweig, Vieweg und Sohn. 14 m. — *T. Cohn*: Die palpablen Gebilde des normalen menschlichen Körpers und deren methodische Palpation. III. Teil: Hals und Kopf. Berlin, S. Karger. 8 m. — *A. Oberst*: Kurzgefasste chirurgische Operationslehre. Berlin, S. Karger. 6·20 m. — *O. Beuttner*: Die transversale fundale Keilexzision des Uterus als Vorakt zur Exstirpation doppelseitig erkrankter Adnexe. Stuttgart, F. Enke. 2·40 m. — *W. Liepmann*: Gynaekologischer Operationskursus an der Leiche. Berlin, A. Hirschwald. 22 m. *A. Forel*: Der Hypnotismus oder die Suggestion und die Psychotherapie. Stuttgart, F. Enke. 6·60 m. — *H. Zingerle*: Die psychiatrischen Aufgaben des praktischen Arztes. Jena, G. Fischer. 1·50 m. — *P. Baumgarten*: Lehrbuch der pathogenen Mikroorganismen. I. Die pathogenen Bakterien. Leipzig, S. Hirzel. 24 m. — *L. Heim*: Lehrbuch der Bakteriologie. Stuttgart, F. Enke. 13 m. — *E. Goldmann*: Studien zur Biologie der bösartigen Neubildungen. Tübingen, H. Laupp. 8 m. — *E. Dickhoff*: Die Reformbestrebungen auf dem Gebiete der Schulhygiene, der Erziehung und des ersten Jugendunterrichts. Leipzig, B. G. Teubner. 1·80 m. — *C. Stern:* Der gegenwärtige Stand des Fürsorgewesens in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung der Verhütung und Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Leipzig, J. A. Barth. 4 m. — *W. Degré:* Therapie der Kinderkrankheiten 2. Auflage. Leipzig, F. C. W. Vogel. 10 m. — *W. Leube:* Spezielle Diagnose der inneren Krankheiten. 8. Auflage. Band I. Leipzig, F. C. W. Vogel. 14 m. — *Grober*: Das deutsche Krankenhaus. Handbuch für Bau, Einrichtung und Betrieb der Krankenanstalten. Jena, G. Fischer. 30 m.

Lapszemle.

Belorvostan.

A köhögés és a tüdőgümőkór összefüggéséről ír *Aufrecht* tanár. Tagadja a közvetetlen okozati összefüggést a kettő között. A tüdőgümőkórosok köhögése véleménye szerint csak a gégehurutjuk következménye; az olyan tüdővészesek, a kiknek nincs gégehurutjuk, nem is köhögnek. A betegségnek előrehaladottabb szakában a köhögés állandósul, mert a bronchusok és a cavernák bőségesebb és maró hatású váladéka már egymaga is létesíti a gégehurutot, a mely előbb, a mikor kevés és kevésbé izgató volt a váladék, csak időjárásbeli befolyásokkal kapcsolatban következett be. Noha a köhögés összefüggése a tüdőgümőkórral csak közvetett, mégis igen nagy a jelentősége a gümőkóros folyamat terjedése szempontjából. Ismeretes, hogy a szerző véleménye szerint a gümőkór fertőző anyaga a tüdővészes ereiben vagy erei körül létesít először kóros elváltozásokat, a melyek nem okoznak még tüneteket, a betegség tehát latens. A köhögés következtében már most az ezen elváltozásokat (gümőket) körülvevő szövet tetemes vongálásnak lesz kitéve, exsudatio áll be az alveolusokba, a gümőkből a bacillusok átjutnak a környező lobos szövetbe, a mely aztán szétesésnek indul. Ilyen módon tehát a köhögés leküzdése egyike a legfontosabb teendőknek a tüdőgümőkór kezelésében; a tartós köhögés egyike a legfontosabb okoknak, melyek a latens tudőcsúcsbeli folyamatnak tüdővészszé fejlődésében szerepet játszanak. (Berliner klinische Wochenschrift, 1911. 30. szám.)

Sebészet.

A máj cavernosus daganatának exstirpatiójáról ír *J. Israel*. A máj cavernosus daganatai igen ritkán teszik sebészi beavatkozás tárgyát és pedig azért, mert jóindulatúak, legtöbbször minden symptoma nélkül állanak fenn és jelentéktelen nagyságot érnek el. A sebész figyelmét akkor hívják fel, ha nagyságukkal a szomszéd szervek nyomását okozzák. A szerző esete, mely egy 39 éves nőbetegre vonatkozik, azért is érdekes, mert a cavernosus daganat a műtét előtt diagnoskáltatott. A tumort a beteg 1 év óta veszi észre az epigastriumban, ugyancsak itt jól látható egy előboltosulás, mely a bal májlebeny körülbelül ökölnyi daganata által okoztatik. A daganatra kifejtett enyhe nyomás annak térfogatát jelentékenyen kisebbítette, a nyomás abbahagyása után azonban a daganat eredeti nagyságát vette fel. A szerző a középvonalban nyitotta meg a hasüreget. A lig. suspens. hepatist átvágta, ezáltal mobilizálta a májat; majd a lig. coronar. átvágásával a bal májlebenyt a rekeszről leválasztotta. A máj felső convexitásán a vastag parenchyma lefűzésére gummicsövet használt oly módon, hogy elölről hátrafelé a máj egész vastagságán keresztül trokárt vezetett, a tűt eltávolította, a gummicsövet a trokár hüvelyén átvezette, majd a hüvelyt kihúzta s most a cső segítségével a máj convexitását lekötötte. Ezután a bal májlebeny vértelen úton volt eltávolítható. A gummicső végeit a hassebbe vezette, egyébként a hassebet zárta. A csöveket 14 nap mulva eltávolította. A beteg meggyógyult. A mikroskopi lelet kommunikáló cavernosus véröblöket mutatott ki, melyek belül orsóalakú sejtekkel voltak kibélelve. A daganat a szomszédos ép májszövettől kötőszöveti tok által volt elhatárolva. (Berliner kl. Wochenschr. 1911. 15. sz.) *Iff. Háhn Dezső* dr.

Elmekórtan.

A trauma és a delirium tremens összefüggését tárgyalja *Rosenberg M.* Míg régente a delirium tremens előidézésében nagy jelentőséget tulajdonítottak a traumának, addig ma tudjuk, kogy ezen okozati összefüggés alig mutatható ki. Ha a delirium tremens esetében a traumát szerepeltetik, akkor elsősorban kiderítendő, hogy az nem akkor érte-e a beteget, mikor a betegség már prodromalis stadiumában volt vagy pedig nem állott-e fenn már régen. Mindkét esetben észszerűen a traumának kevés szerepet juttathatunk a delirium tremens előidézésében. A trauma mineműségét is ismernünk kell, mert a tüdőt, illetve a mellkast és koponyát érő ütésnek inkább tulajdoníthatunk fontosságot, mint a test egyéb részét érőnek. Ugyanis a koponya, mint az agyvelő hordozója, a tüdő pedig mint a hypothetikus toxin kiválasztásának szerve szerepel. Más szervet ért trauma csak a melléktünetek következtében jöhet számba (psychés alteratio, fekvés, az étkezés változása). Igy végeredményben a trauma csak akkor szerepeltethető a delirium tremens előidézésében, ha minden egyéb körülményt és complicatiót kizárhatunk. (Zeitschrift f. d. g. Neurol. u. Psych. IV. kötet. 1911. 217. l.)

Goldberger Márk dr.

Szülészet és nőorvostan.

A Röntgen-therapiáról a nőorvoslásban ír *Döderlein* tanár. A Röntgen-therapiának különösen a méh ama megbetegedéseiben, melyek a petefészkekkel functionalis összefüggésbe hozhatók s így a petefészkek eltávolítására javulnak vagy meggyógyulnak, nagy jövőt jósol. Hangsúlyozza, hogy a Röntgen-therapiát csakis az gyakorolja, a ki a Röntgen-technikának minden csínját-bínját jól érti, mert csak így kerülhetők el a káros mellékhatások. Ha azonban szakértő kezében van a dolog, akkor a Röntgen-sugár erős concurrense lesz egynémely sebészi beavatkozásnak, különösen olyan esetekben, a hol a műtéti beavatkozásra nem a méhnek vagy petefészeknek anatomiai elváltozásai, hanem functionalis zavarok adnak okot. Főelőnye az eljárásnak az absolut életbiztonság, főként azokban az esetekben, a melyekben eddig a méh és adnexumok operativ eltávolításával sem értek el eredményt s a melyekben az asszonyok efajta megcsonkítása a műtő felelősségérzését annyira terhelte.

Ember- és állatkisérletek a Röntgen-sugár hatását a petefészekre a következőkben állapították meg: makroskopos elváltozás a petefészek megkisebbedése és összezsugorodása; mikroskopos elváltozás a folliculusok elpusztulása. Vizsgálatok bizonyítják, hogy a petefészek parenchymás állománya sokszor egyszeri besugárzásra tönkremegy, míg az interstitium sokkal szívósabb és sokáig ép marad.

Ezek a kisérletek igazolják a Röntgen-sugarak befolyá-

sát az ovariumra s ezeken alapszik 1. a *myomáknak* Röntgennel való kezelése. A petefészek sugaras kezelése tulajdonképpen megfelel *Hegar* régi javaslatának: hogy myomáknál az ovarumok eltávolításával törekedjünk a gyógyulás elérésére. Teirmészetesen minden esetben ezen az úton sem lehet eredményt elérni (a minthogy nem lehetett a *Hegar*-féle eljárással sem). Sőt a Röntgen-eljárásnál hozzá kell számítani, hogy sokszor a petefészkek eldugott helyzete, hozzáférhetetlensége az oka a Röntgen-therapia meddőségének. Ilyen esetekben a műtétet nem kerülhetjük el.

Vannak azután még esetek, a hol műtétet kell végeznünk. Ilyenek a polyposus, gangraenosus myomák; a daganatok cystosus, myxomatosus elfajulása. Olyan tumorok, melyeknek hashártyaborítékán a sokszor ujjnyi vastag venák uzurálnak és intraabdominalis vérzésre vezetnek, valamint a carcinomával vagy sarcomával szövődött myomák is mind műtétre szorulnak. Ezeket a szövődményeket minden esetben felismerni lehetetlen és ez kétségtelenül egyik hiánya és hátránya a Röntgen-therapiának. 2. Jó eredményeket látott *Döderlein* azoknál a rejtett aetiologiájú *klimakterikus vérzéseknél*, a melyekben sem a pontos vizsgálat, sem a mikroskop nem derítette ki a makacs vérzés okát s a tulajdonképpen egészségesnek látszó méhet mindeddig mégis ki kellett irtani. 12 ilyen esetről referál; 40—50 év körüli asszonyokról van szó, erős vérzéssel és hatalmas haemoglobin-csökkenéssel. Ezeknek a kezelésénél elért gyógysikerei meglepők voltak. Minél közelebb áll az asszony a klimakteriumhoz, annál könnyebb az ovariumok besugárzásával gyógyulást elérni. 3. Fiatal nők *dysmenorrhoeájánál* a kezelés szintén jól bevált; theoretikus megmagyarázása a gyógyhatásnak nehezen sikerül. *Döderlein*-nek az az aggodalma, hogy ilyen esetekben — fiatalabb asszonyokról lévén szó — egyes ovulumok nem mennek egészen tönkre és a későbbi megtermékenyülés esetén torzképződésre vezethetnek: talán nem egészen helyén való. 4. *Pruritus vulvae* eseteiben teljes gyógyulást ért el. 5. Osteomalaciánál eredményről baszámolni nem tud. 6. Hashártyatuberculosisnál az eljárással valószínűleg nem lehet sokat elérni.

A mi a Röntgen-sugárnak a szülészetben való alkalmazását illeti: sikerült művi elvetélés eseteit említi fel. Különösen egy phthisicánál sikerült a megsugárzással teljes hatást elérnie s *Döderlein* abbeli reményének ad kifejezést, hogy a Röntgen-sugár ebben az irányban hasznos szolgálatokat fog még tenni. Czikke végén hangsúlyozza, hogy a Röntgentherapia a gynaekologiában határozottan eredményteljes és létjogosult, annál is inkább, mivel olyan téren lehet éppen jó hasznát venni, a hol eddig kezelési módjaink cserben hagytak. (Monatschrift f. Geburtshülfe u. Gynäkologie, 1911 április.) *Scherer* dr.

Gyermekorvostan.

Adatok az osteopsathyrosis idiopathica ismeretéhez. *Miura* (Japán) egy 10 éves leányról emlékezik meg, a ki kora ifjúságától kezdve összesen 19 csonttörést szenvedett, minden esetben csak jelentéktelen trauma folytán; ennek következtében nagyfokú difformitások jöttek létre, úgy hogy a járás és állás lehetetlenné vált. A Röntgen-felvételeken a csöves csontok corticalisa megvékonyodott, a csontállomány gyengén fejlődött és az epiphysisvonal nem szélesebb; tehát a periostalis csontképzés visszamaradt.

Az osteopsathyrosis a rachitissel és osteomalaciával cserélhető össze, de a rachitis fiatalabb egyéneken szokott előfordulni, az osteopsath.-nál hiányzanak az epiphysisduzzanatok és rachitisnél inkább infractiók mint teljes fracturák láthatók. Osteomalaciánál pedig a csontok hajlékonyak. *Larat* újabban közli, hogy osteops.-nál az izomzat villamos reactiója megváltozik, a mennyiben farádos áramra izgalmi csökkenést és galvanáramra degenerativ görbét ad. A szerző esetében ez nem állott fenn, mert a villamos reactiocsökkenés inkább izominactivitási jelleget mutatott. A szerző *Schuchardt*-tal együtt azt hiszi, hogy a baj lényege periostealis dysplasiára vezethető vissza, a mi a csontok vastagsági átmérőben való kifejlődését akadályozza meg. (Jahrbuch f. Kinderheilk. XXIII. k., 5. f.) *Péteri* dr.

Venereás betegségek.

A syphilises láz vizsgálatával foglalkozott *A. Jordan* (Moszkva). A syphilises láz előfordulására néhány évtized előtt főleg *Güntz* és *Fournier* figyelmeztetett először. Természetesen már előbb is ösmerték a syphilis kapcsán támadt hőemelkedést, de nagyobb, főként pedig tudományos vizsgálat nem igen történt. A syphilises láz a luesnek különböző szakában jelentkezhetik. A korai szakban létezik egy úgynevezett prodromalis láz, mely az általános kiütést megelőzi. Van ezenkívül a korai secundaer szakban jelentkező láz is. Ennek a láznak legtöbbször intermittáló a typusa, de elég gyakori a remittáló láz is. Természetesen a lázas esetek száma változik a szerint, hogy a vizsgáló mely foktól számítja a lázat. Míg *Güntz* és *Janowsky* a 37·5°-ot vette határnak, a szerző már 37°-tól fölfelé számítja a lázas állapotot. Ily módon persze nagyobb százalékban talált lázas hőmérsékletet a korai secundaer szakban. Az úgynevezett tertiaer szakban előforduló láz sem túlritka, és vagy essentialis, vagy pedig symptomás jellegű. Az essentialis láz elég gyakran tuberculosis vagy malaria gyanuját ébreszti az orvosban. A szerző tapasztalatait egyébként a következő pontokban foglalja össze: 1. Kétségtelen, hogy a tisztán luesen alapuló láz előfordulhat úgy a secundaer, mint a tertiaer szakban. 2. A secundaer stadiumban jelentkező láz jóval gyakoribb, mint azt általában fölveszik. Rendszerint rövidesen megelőzi a kiütést s csak néhány napig tart. Kivételesen azonban több hétig is elhúzódhatik. 3. A tertiaer szakban a láz általában ritka. Előfutárja lehet egy külső tertiaer syphilises jelenségnek, de kifejezője lehet valamilyen belső lueses elváltozásnak is. Olykor azonban egészen önállóan és egyedül támad. 4. A láz typusa intermittáló vagy remittáló, kivételesen azonban irregularis is lehet. 5. Diagnostikai szempontból értékes jel, hogy a lueses láz a közérzetet általában nem nagyon bántja 6. A Wassermann-reactio diagnostikai értéke ily esetekben kétségtelen. 7. A kéneső és a jod csaknem mindig kitünő gyógyhatású, bár ez a hatás nem mindig tartós. Úgy látszik, hogy a salvarsan e tekintetben értékesebb. (Archiv für Dermatologie und Syphilis. 108. k. 3. f. 1911.)

Húgyszervi betegségek.

A húgyhólyag syphiliséről ir *Engelmann*. Szerinte a húgyhólyag lueses betegségei eddig oly kevéssé ismertek, hogy még a tankönyvekben is alig történik róluk említés, sőt a létezésüket le is tagadják. A régebbi időkből néhány boncztani leírás *(Morgagni, Ricord, Vidal, Tarnowsky)* maradt ránk a hólyag lueses fekélyeiről, az újabb időben pedig *Matzenauer, Margoulis, Mac Gowan, Gräf, E. R. W. Frank* közölt néhány cystoskopiai leletet. A szerző 3 gummás hólyagbetegség (2 nő, 1 férfi) cystoskopiai képét tanulmányozta, mindhárom eset régi (15—20 év) lueses fertőzés következménye. A betegség főleg vérzésben nyilvánult, subjectiv panaszok alig hangoztattak, kivéve az egyik esetet, hol erős cystitis keletkezett s ennek tünetei: fájdalom, vizelési inger uralták a helyzetet. A tükörvizsgálat ezen utóbbi esetben több erősen incrustált fekélyt mutatott, míg a másik két betegen a jobb, illetőleg a bal ureternyílás környékén egy tumorszerű, fekélyes felületű, vöröses képlet volt látható. Az utoljára említett két betegen a hólyagbántalom volt ezidőszerint az egyetlen syphilises tünet, míg a harmadik esetben az említett cystitisen kivül még myelitis luetica és az ivarszerveken fekélyes papulák is voltak. Antilueses kezelésre a hólyagsebek szépen begyógyultak, bár helyenként nagy hegek maradtak vissza. A differential-diagnosis szempontjából számolnunk kell az egyszerű fekélyes cystitis-szel, avagy a kezdődő carcinomával, mint a melyeknek a cystoskopiai lelete is teljesen hasonló lehet, míg a tuberculosis rendesen más klinikai és cystoskopiai tüneteket mutat. (Folia urologica, 1911, V. k., 7. sz.) *Drucker Viktor* dr.

Fizikai és diaetás gyógyitásmódok.

Szívbaj esetén a czukorral való táplálást ajánlja *Selig* (Franzensbad). Abból indul ki, hogy a szívbajosokat, kivált azokat, a kik szívelhájasodásban szenvednek, általában túlságosan kevéssé szokták táplálni, pedig ezeknek szívgyengesége, ha helyesen és kellően táplálják őket, rendesen minden más beavatkozás nélkül is megjavul A czukorral való táplálás a csontváz izmai működésének kellő fentartására általában igen jónak bizonyult s az újabb megfigyelések szerint a szívizom működését is fokozza. Ez okból ő úgyszólván minden szívbetegének bizonyos mennyiségű czukrot rendel és súlyt helyez arra, hogy minden ilyen betege — különösen az, kinek szívműködése elégtelen — legalább bizonyos legcsekélyebb mennyiséget fogyaszszon belőle. Legegyszerűbb a czukrot oly módon rendelnünk, hogy a beteg a tésztaféléket erősen megczukrozza. Van olyan beteg, a ki szívesen szopogat czukorkát, ez esetben czélszerű a czukorfogyasztást ily módon rendelni, kivált ha ezzel az illetőnek a dohányzástól való tartózkodását akarjuk megkönnyíteni. Mézet vagy datolyát is rendelhetünk Ez utóbbi a legtöbb embernek kedves csemegéje, mely az éhséget és szomjúságot is csillapítja, a czukorból pedig meglehetős sokat: 36%-ot tartalmaz.

Jaksch szívgyengeség ellen naponként 100 gr. tejczukrot rendel. A szerző — mivel a tejczukornak ekkora mennyisége számos esetben gyomorbélzavarokat okoz — csak 30—50 grammot rendel belőle. Szőlőczukrot is szokott ajánlani, de ez is könnyen okoz diarrhoeát; a fructose is kedvező hatású. Ez utóbbit gyümölcs vagy méz alakjában nyujtja. *Kausch* nagyfokú szívgyengeség esetén, hogy a hatás gyorsan érvényesüljön, 2—5%-os czukoroldatot fecskendez a bőr alá. Azt tapasztalta, hogy a beteg ily módon a czukornak annál nagyobb mennyiségét tűri meg, mennél gyengébb.

A czukor a szívgyengeségre még elhájasodás eseteiben is kedvezően hat, ezzel tehát még ez esetekben sem árthatunk A szerző sohasem vonja meg a czukrot jelentősebb mennyiségben, sőt azt tapasztalta, hogy a czukoradagolás egyes esetekben a szívgyengeség minden orvosságos kezelését feleslegessé teszi. (Medizinische Klinik, 1911. 29. sz.)

Lenkei V. D.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A nucleinsavat jó tonusozó szernek mondja *Redjko* és *Zerochowicz* (Szentpétervár). Belsőleg adja a szert 0·12—0·15 grammos adagban naponként 2—3-szor. (Russky Wratsch, 1910. 51. szám Ref. Münchener mediz. Wochenschrift, 1911. 918. l.)

Urticaria több esetét ismerteti *Linser*, melyekben egészséges egyének egészen friss vérsavójának befecskendezésével rendkívül gyors gyógyulást ért el. A vérsavó adható intravenásan vagy a bőr alá. Az első módon adva gyorsabban áll be a hatás, csakhogy gyakran múló hőmérsékemelkedés, esetleg rázóhideg mutatkozik. (Mediz. Klinik, 1911. 4. sz.)

Purpura haemorrhagica egy súlyos esetében, a melyben az ilyenkor használatos többi szer (gelatina, adrenalin, calcium stb.) hatástalan maradt, 3—5 gramm *Witte*-féle peptonnak ismételt befecskendezése után gyógyulás következett be. (Bull. de la soc. de péd. de Paris, 1911. 414. l.)

Szúnyogcsípés ellen óvószer gyanánt *B. Lewy* a tinctura pyrethri rosei-t ajánlja, a melylyel a bőr bedörzsölendő. Hatása körülbelül 4—5 óráig tart. A szer nem izgatja a bőrt. (Zeitschrift für Balneologie, 1910. 16. sz.)

A morphiumról leszoktatásra *Dornblüth* a pantopont ajánlja. A nagy adag morphium azonnal helyettesíthető nagy adag pantoponnal, subcutan vagy belsőleg, ez utóbbit pedig rövid idő alatt meg lehet vonni, a nélkül, hogy a morphiumot újból megkivánná az illető. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1911. 15. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1911. 32. szám. *Hampel Ferencz*: Az oldási elv. *Szántó Manó*: Fibrolysin-intoxicatio esete.

Orvosok lapja, 1911. 32. szám. *Chudovszky Móricz:* Sebészeti megbetegedések.

Budapesti orvosi ujság, 1911. 32. szám. *Fáykiss Ferencz*: A sigmakörüli gyuladás *Reuter Camillo*: Gyermek paranoid tünetekkel.

Vegyes hirek.

Kinevezés. *Makay Attila* dr.-t radnóti járásorvossá, *Antalik Károly* dr. vajszkai orvost tiszteletbeli járásorvossá nevezték ki.

Választás. *Rosinger J.* dr.-t Dobsinán körorvossá, *Koszorus István* dr.-t a valláji 1. egészségi kör orvosává, *Gusbeth Ármin* dr.-t Feketehalmon, *Schwarz Sándor* dr.-t Klenóczon községi orvossá választották.

A budapesti egyetem I. számú női klinikájával kapcsolatos szülészeti poliklinika segélyét júliusban 110 esetben vették igénybe. A műtétek száma 99 volt.

A budapesti egyetem II. számú női klinikájával kapcsolatos szülészeti poliklinika júliusban 120 esetben nyujtott segitséget. A műtétek száma 105 volt.

Meghalt. *Dworak Jakab* dr., Szentgyörgy város volt tiszti orvosa. — *Trixler Rudolf* dr., baranyamegyei nyugalmazott járásorvos, 74 éves korában augusztus 3.-án. — *Schinzinger* dr., valaha a sebészet tanára Freiburgban, 85 éves korában.

Grósz Gyula dr., a Bródy-gyermekkórház igazgató-főorvosa lakását V., Rudolf-rapart 3. szám alá helyezte át.

Kisebb hirek külföldről. Augusztus hó első napjaiban ünnepelték a *breslaui egyetem* alapításának 100. évfordulóját. — *R. Stähelin* dr.-t a baseli egyetemen a belorvostan rendes tanárává választották. — *F Sauerbruch* zürichi tanárt meghivták a königsbergi egyetem sebészeti tanszékére. — A krakói egyetemen *F. Krzysztalowicz* dr.-t a dermatologia rendkívüli tanárává nevezték ki.

A cholera Olaszországnak főleg déli részeiben szép számmal szedi áldozatait. A július 17.-étől 21.-éig terjedő héten Nápolyban 37, Nápoly-tartományban 150, Palermóban 138 új megbetegedés fordult elő.

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

Orvosi laboratorium: Dr. SZILI SÁNDOR, v. egy.tanársegéd, VII., Király-utcza 51. Telefon 157—71.

Dr. Stein Adolf RÖNTGEN-LABORATORIUMA VII., Rákóczi-út 26. fidsz. 1. Telefon 112—95.

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

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

Reiniger, Gebbert és Schall r.-t. Budapest, Rákóczi-út 19. Röntgen- és villamos orvosi készülékek gyára

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

Orvosi laboratorium: Dr. MÁTRAI GÁBOR v. egy. tanársegéd. Telefon 26—96. VI., Ó-utcza 39.

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

MATTONI-FÉLE LÁPKIVONATOK
fürdőkhöz.
:: LÁPSÓ :: száraz kivonat ládákban à 1 kiló
LÁPLÚG folyékony kivonat üvegekben à 2 kiló

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: A Budapesti Kir. Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya (1911 márczius 28.-án tartott ülés). 599. l.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya.

(Ülés 1911 márczius 28.-án.)

Elnök: **Ónodi Adolf.** Jegyző: **Lipscher Sándor.**

Teljes gégekiirtás rák miatt.

Polyák Lajos: A 47 éves férfi 1911 január 23.-án jelentkezett a kórházban 3 hó óta tartó, nem fájdalmas rekedtség miatt. Tükörrel a jobb hangszalag helyén subglottice terjedő, körülbelül $^3/_4$ cm. széles, alig előálló, kissé fehéres, egyenetlen felületű, inkább túltengett nyálkahártyára emlékeztető hurka látszott, melynek az elülső commissura felé eső része vastagabb és szondatapintásra kemény volt. A bal hangszalag épnek látszott, mindkét hangszalag mozgásai teljesen szabadok voltak.

A szondavizsgálat mindazonáltal tumorra keltett gyanut, ezért másnap két kisebb darabot metszettem ki, melyek már makroskopice is tumorra gyanusnak látszottak és a melyeket *Minich* magántanár vizsgálata rákos daganatnak minősített.

Az eset már eddig is rendkivül tanulságos, ebben az állapotban látta *Donogány* kartárs is, a kinek szintén feltünt, hogy mily csekélyek voltak jelen esetben a tükör által megállapitható elváltozások, alig látszott tumor, melyet próbaexcisiónál fogni lehetett volna és jelen volt az a ritka tünet is, hogy rák daczára teljesen szabad volt a hangszalagok mozgása.

A betegnek laryngofissiót tanácsoltam és ezt *Manninger* segédlete mellett febr. 1.-én helyi érzéstelenitésben végeztem. A gége feltárásakor első meglepetés az volt, hogy az épnek látszott bal hangszalag is rákos. Ezt az épben körülmetszve, a porczhártyával együtt raspatoriummal választottam le. A vérzés csillapítása után a jobb oldalt mesterséges világítás mellett megtekintve azt találtuk, hogy a daganat lefelé laposan igen mélyre, a 2. légcsőporczig terjed és az eset partialis műtétre nem alkalmas. Mivel a látszólag könnyű esetben teljes kiirtáshoz elkészülve nem voltunk, a műtétet félbeszakitottuk, a sebet nyitva tartottuk és kinyertük a beteg hozzájárulását a teljes kiirtáshoz.

Ezt a műtétet febr. 6.-án igen nehéz körülmények közt végezte *Manninger* magántanár az én segédletem mellett. Az előző műtét folytán duzzadt és vérző szövetben nehéz volt a gége és légcső kikészítése, a pajzsmirigy isthmusa és a légcső, valamint ez utóbbi és a mély nyakizmok közt heges összenövéseket kellett előbb felszabadítani. A légcső átmetszése után a csonk ki lett varrva a nyak bőréhez és azután alulról felfelé lett a gége kifejtve.

A műtét után pár napig magas láz és kiterjedt üszkösödés veszélyeztette a beteget, de egy hét alatt az üszkös részek kilöködtek és jelenleg gyorsan telő, tiszta sarjadzó sebfelület mellett szépen halad a gyógyulás, kifelé már csak egy igen csekély sipolynyílás látszik. A demonstrált készitményen, mely, sajnos, műtét közben a rögzitő-fogóktól sokat szenvedett, nagyon szépen látszik ma is, mily csekély felülről tekintve a látható elváltozás, ellenben mily kiterjedt és mélyreható a subglottice fekvő daganatképződés.

Zwillinger Hugó: A laryngofissio és totalexstirpatio a szerint alkalmazandó, milyen kiterjedésü a rák és mely részek vannak megtámadva.

Donogány Z.: A beteget látta, a daganat olyan volt, mint egy dudoros infiltratio.

Láng Kornél: A beteget ismeri, baját mindjárt carcinomának ismerte fel és totalexstirpatiót ajánlt. Nem hive a laryngofissiónak.

Navratil Dezső: A legjobb eredményt a *Semon* által ajánlt laryngofissio útján való műtevés adja, ha kis területen fekvő, elülső, el nem szarusodott laphámrákkal van dolgunk; ha nagyobb kiterjedésü, de mirigyek nem tapinthatók, féloldali vagy teljes gégekiirtást végezzünk.

Paunz Márk: A jobbindulatúak, melyek csak a hangszalagon vannak, laryngofissióval is meggyógyulnak; a melyek túl vannak a hangszalagokon, partialis vagy totalis exstirpatio végzendő.

Polyák Lajos: Mielőtt operál, mindig próbaexcisiót végez. A laryngofissiót csak informatio végett csinálja.

Az anthroskop-trocar.

Tóvölgyi Elemér: Ez az új műszer, mint a neve is mutatja, összetétele a már ismert anthroskopnak reáhúzható trocarral, a mely azt a czélt szolgálja, hogy Highmor-sinusitisek és empyemák eseteiben az üreg nyálkahártyáját mindjárt a próbapunctio megtétele alkalmával áttekinthessük. A műszer bevezetése a sinusba az alsó orrjáraton keresztül egészen a *Krause-Mikulicz*-féle módon történik.

Hogy az anthroskop ablakának esetleges beszennyezését elkerüljük, az anthroskop ablakával befelé fordítva illesztendő a trocarba és a mint az üregbe kellően behatoltunk, az anthroskopot egy-két milliméternyire összehúzva, ablakával kifelé fordítjuk és újból a trocar kúpjába toljuk vissza.

E műszer segélyével tehát mindjárt a próbapunctio alkalmával megállapíthatjuk nemcsak a gyuladás fokát, de annak faját is, sőt ha esetleg az exsudatum teljesen hiányoznék, a nyálkahártya állapotából mégis biztosan diagnostizálhatjuk a Highmor-üreg megbetegedését. Ha a vizsgálat genyet is mutat ki, nem kell egyebet cselekednünk, mint hogy az anthroskopot a bennhagyott trocarból kihúzva, annak helyére kathetert vezetünk és ezen át az üreget kimossuk, avagy teszszük azt az egész műszer eltávolítása után a már elkészített és eléggé tág nyíláson keresztül.

Tamponáljunk-e endonasalis beavatkozások után?

Navratil Dezső: Az endonasalis beavatkozások történetének napjainkig való rövid ismertetése után, bemutatja az előadó az ezeknél használni szokott tamponálási módozatokat. Majd a tamponádok után esetleg beálló kellemetlen körülményeket ismerteti. Ezek közt első helyen az otitis media létrejöttének okait tárgyalja. Szerinte az otitis media veszélye ad minimum redukálható, ha az orrüreget úgy tamponáljuk, hogy a tampon vége a tubát nem éri. A *Bellocq*-féle tamponálási eljárásnak határozott ellensége az előadó. Szerinte ezen eljárás után a beteget mindig kétoldali otitis media veszélye fenyegeti. Egyedüli jogosultsága ezen eljárásnak a nasopharynxban ülő újképletek vagy adenoidok eltávolítása után beálló imminens vérzések esetében van. Helyette endonasalis beavatkozások után előálló nagy vérzés esetén a *Laurens*-féle rhinolinter alkalmazását ajánlja. Másodsorban az endonasalis beavatkozások után — akár tamponáljuk az orrot, akár nem — támadható tonsillitisek az orrüreget a tonsillákkal és garattal összekötő nyirokpályák útján nem magyarázhatók, a mint azt *Lénárt* állatkisérletek alapján bebizonyitani törekedett, hanem ezek létrejötte intratonsillaris úton történik és tisztán a nyelés hiányos, ki nem elégítő voltán alapul.

Ebbeli véleményének jogosultságát az I. sebklinikán közvetlen észlelt — a nyaksebészet köréből vett — bő tapasztalatai alapján bizonyítja be. Majd az orrtamponádok után beálló egyéb kellemetlen következmények: a nagyobb hőingadozás, az esetleges adhaesiók létrejöttének okait ismerteti. Ő a postoperativ tamponálás feltétlen hive. Szerinte fontos, hogy kórházi rendeléseinken az endonasalis beavatkozások ambulanter végeztessenek el, hogy igy a nagy beteganyag minél egyszerűbben legyen lebonyolitható. Az I. sebklinika orr-gége-ambulantiájának évi átlagát körülbelül 2000 betegen mutatja be, a hol hetenként 8—10 endonasalis beavatkozás végeztetik. Az előadó a mindkét oldali orrfélnek egy ülésben való műtevését nem tartja czélszerűnek, ha az

alsó kagylót operáljuk, mivel előre sohasem tudhatni, hogy az alsó kagyló többletéből mennyit vettünk el, annyit a mennyit akartunk és nem a kelleténél többet vagy kevesebbet. Míg ha csak az egyik oldali orrfelet műtöttük s ha ezen az oldalon kevesebbet vettünk el az alsó kagyló többletéből, akkor a másik oldalon még mindig többet vehetünk el és viszont. Az endonasalis beavatkozásoknál az eljárás a következő: az alsó kagyló megkisebbitését élesen, de electrocauterrel is szokta végezni. Postoperative az alsó kagyló és csontlécz vérző felületét fehéren izzó electrocauterrel simítja végig, majd a *Mikulicz*-féle lapis-kenőcscsel erősen impraegnált gazezal tamponál. A tamponokat akként készíti, hogy 15×25 cm. nagyságú gazedarabot másfél centiméternyire behajt és ezt addig hengergeti, míg az ekként felében visszahajtva a kitamponálandó üreg nagyságának megfelel. Egyéb endonasalis beavatkozások után a *Mikulicz*-féle lapis-kenőcscsel impraegnált gaze-zal tamponál, kivéve, ha a középső kagyló elülső végét távolítja el a czélból, hogy a sinus frontalisban a nagy nyomás alatt levő genyet levezesse, de ekkor a beteget controll alatt tartja. 3 év óta használja ezen eljárást. Bár a tampon olykor 8—10 napig is maradt az üregben, az eltávolított tamponnak semmi szaga sem volt. Mióta a fentemlitett eljárást követi, postoperative otitis media nem fordult elő; hőingadozás ritkán volt észlelhető, és ha mégis előfordult, minimalis volt. Utóvérzés egy esetében sem volt; hasonlóképpen az összenövések és hypergranulomák létrejötte ezen eljárással teljesen ki volt zárható. Mióta az előadó a beteggel forcirozott nyelőmozgásokat végeztet és hydrogen hyperoxydos toroköblítéseket használ vagy formamint-pastillákat rendel: a postoperativ tonsillitisek száma ad minimum redukálódott.

Láng Kornél: Minden műtét után tamponál, a sebfelületet nem kauterezi. *Bellocq*-ra sohasem szorul. Otitis media nem fordult elő. A tampont 2–3 napig fekve hagyja. Szintén féloldalt operál.

Tóvölgyi Elemér: Rendesen hydrogen-hyperoxydgaze-zel tamponál. Felvilágositást kér az előadótól, miért kell 8–10 napig a tampont benhagyni.

Pollák Lajos: A leggyakoribb complicatio, hogy a tamponozás csaknem minden második esetben sinusitist okoz. Igaz, hogy ezek nagy része spontán gyógyul. Két irányadó szempont van: a beteg érdeke és a tudományos álláspont. Az orrüregbeli sebészet alapelveiről a német laryngologusok 1910. évi congressusán Dresdenben tartott előadásában kiemelte, hogy évek óta nem tamponál és bilateralis műtétek után is csak 5% oly esete volt, melyet az utóvérzés miatt bellocqozni kellett. Ambulanter senkit sem operál. Ha a műtét után egy helyről állandóan szivárog, úgy azt tompa fogóval lecsipteti 1—2 perczre, a mi inkább megfelel a sebészet követelményeinek. A műtét után azonnal lefektetett 52 beteg közül, kik *Denker* ajánlása szerint az operált orron keresztül lélegzettek, 50 egyáltalán nem vérzett, fájdalma pedig egyiknek sem volt.

Paunz Márk: A kórházi praxisban nem kell tamponálni, de az ambulansban igen. Fontos a sebészi tisztaság és nem szabad igen erősen tamponálni.

Donogány Z.: Nem tamponál, de csak kórházban operál; a gyógyulás gyorsabb.

Zwillinger Hugó: Ambulans anyagon tamponálni kell.

Baumgarten Egmont: Ambulans betegen szintén tamponál.

Navratil Dezső: Az említett lapispasta előnye, hogy a tampon nem kap szagot és ezért hosszabb ideig az orrban hagyható, mivel gyógyitó hatása is van. Köszöni a hozzászólásokat és újból ajánlja ezen tamponálási eljárást.

Choanalis polypus esete.

Láng Kornél: A XVI. nemzetközi congressuson referált 6 esetéről, a melyekben a szokásos vizsgáló módszereken kívül egy általa alkalmazott eljárással (az antrum elülső falának megfúrása és ezen át bevezett csövön keresztül áttekintése a Highmor-üregnek) azt bizonyitotta, hogy a solitaer choanalis polypusok többnyire nem antrumbeli eredésűek, mint ezt *Killian*, *Ino Kubo* és mások állitották, de elvétve lehetnek ilyen eredésüek is. Ezen 6 eset közül csak egy volt antrumbeli eredésű, a többi a középső orrjáratból, illetve az orrfenékről indult ki; azóta még 2 esetben alkalmazta az antrum direct vizsgálatát, mindkettőben a középső orrjáratból eredt a choan. polypus. Ma egy 13 éves leánybeteget mutat be; az egész orrgaratot kitöltő, a bal szemüregből kiinduló choanalis polypus van jelen és a Highmor-üreg elülső fala meg van fúrva. Ezen nyilásba vezetett canule-on át a teljesen ép üreg áttekinthető és meg lehet győződni, hogy a polypus nem antrumbeli eredésű, rhinoskopia mediával a középső orrjáratból kiindulása látható.

Choanalis polypus operált esete.

Lengyel Árpád: K. Gy. 16 éves férfibeteg, 2 év óta veszi észre, hogy nem jól szelel az orra. Az orrüri vizsgálat balfelé deviáló septumot és a cavum nasopharyngeumban diónyi nagyságú, szürkés-fehér színű, sima felületű daganat jelenlétét mutatja. Tapintásra kiderül, hogy a daganat a septum bal felén tapad.

A daganatot elölről az orrba vitt kis sarló alakú, gombos fejű késsel távolitottam el; tapintó bal mutató ujjam beállitása mellett sikerült azt pontosan az eredési helyéről eltávolitani, a mit az éppen jelenlévő *Gyergyai* dr. kolozsvári egyet. tanársegéd az általa ajánlott methodussal demonstrált, de rhinoskopia posteriorral is jól volt látható, hogy a tumor baloldalt a septum ala vomerisének megfelelő helyéről indult ki és gyökeresen eltávolittatott.

Az eset azért érdekes, mert újabb bizonyitékul szolgál arra, hogy a choanalis polypusok nem mindig melléküregi eredésűek, a mint azt *Killian* és *Ino Kubo* állitja. Jelen esetben a *Pertik* tanár intézetében végzett kórszövettani lelet szerint a daganat lágy oedemás fibromának bizonyult.

Navratil Dezső: Hasonló esetet évek előtt bemutatott, mely a vomerből indult ki.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Terhességi hányás súlyos esetét ismertette *Lorier* a párisi „Académie de médecine“ egyik utóbbi ülésén. Normalis terhes nő vérsavójának bőr alá fecskendezésére (27 cm³ serum két ízben) rohamosan javult az állapot, úgy hogy az illető gyomra csakhamar eltűrt minden ételt.

PÁLYÁZATOK.

5696/1911.

A budapest-lipótmezei m. kir. állami elmegyógyintézetnél megüresedett **két másodorvosi állásra** pályázat hirdettetik.

Ezen állások egyenként 1600 korona fizetés, I. oszt. élelmezés, egyelőre egy bútorozott szobából álló szabad lakás, továbbá fűtés és világitás élvezetével vannak egybekötve.

Felhivatnak azon orvostudor urak, kik ezen állásokra pályázni kivánnak, hogy egy koronás bélyeggel ellátott keresztlevél vagy születési bizonyitvány, továbbá orvostudori oklevél és eddigi alkalmaztatásukról szóló okmányokkal felszerelt s a nagyméltóságú m. kir. belügyministeriumhoz czimezett folyamodványaikat az alulirt igazgatóságnál **1911 augusztus 31.-éig** nyujtsák be.

Megjegyzem, hogy a nagyméltóságú m. kir. belügyminister úr 61509/909. számú rendelete alapján a másodorvosok állandó alkalmaztatása iránt az esetben, ha azok az intézeti szolgálatra kiválóan alkalmasaknak bizonyulnak, esetenként előterjesztés tehető.

Budapesten, 1911 augusztus 3.-án.

Budapest-lipótmezei magyar királyi állami elmegyógyintézet igazgatósága.

2109/1911. sz.

Biharmegye cséffai járásához tartozó geszti **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek és felhivom mindazokat, kik ezen állásra pályázni óhajtanak, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előirt képességüket és esetleges eddigi működésüket igazolt okmányokkal felszerelt kérvényüket **folyó évi augusztus hó 26.-áig** annál is inkább adják be, mert a később érkezetteket figyelembe nem vehetem.

A körhöz a székhelyen kivül a következő községek tartoznak: Cséffa, Mezőbikács, Atyás, Marczháza.

A körorvos javadalmazása 1600 korona törzsfizetés, négy, egyenként 200 korona ötödéves korpótlék, természetbeni lakás, látogatási díjak. A községben s köri látogatás alkalmával a többi községekben fenti törvényczikk értelmében szedhetők más napokon a székhelyen kivül végzett látogatásért természetbeni fuvaron kivül nappal 2 korona, éjjel 4 korona.

A választást Geszt községházánál folyó évi augusztus hó 28.-án délelőtt 10 órakor fogom megtartani.

Cséffa, 1911 augusztus 4.

A főszolgabiró.

55. évfolyam. **34. szám.** *Budapest, 1911 augusztus 20.*

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.

Ángyán János: Közlemény a budapesti kir. m. tudományegyetem II. számú belklinikájából. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., egyet. ny. r. tanár, udvari tanácsos.) Az agyféltekék részarányos kiterjedésű gliomatosisa. 601. lap.

Picker Rezső: Idült ondóhólyag-sepsis gyógyult esete. 605. lap.

Pólya Jenő Az idősült bélpangásról és hasonló kórképekről. 607. lap.

Báron Jónás †. 607. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. P. Rodari*: Lehrbuch der Magen- und Darmkrankheiten. — *Lapszemle. Belorvostan. Passini* és *Wittgenstein*: A tüdőgümőkór gyógyítása magából a betegből származó köpet szüredékével. — *Sebészet. Kuttner*: A gyomorfekélynek és következményeinek sebészi kezelése. — *Elmekórtan. Laignel-Lavastine* és *Pitulescu*: A neurofibrillumok elváltozásai paralytikusok kisagyvelejében. — *Kern O.*; A paralysis progressiva keretében jelentkező paranoiás tünetcsoport. — *Szülészet és nőorvostan. Czempin*: A művi vetélés. — *Gyermekorvostan. Lindemann* és *Marenholtz*: A cerebralis gyermekhűdések klinikája és pathologiája. — *Venereás betegségek. H. Boas*: Az Ehrlich-féle szer. — *Húgyszervi betegségek. J. Englisch*: Urethralis láz. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Lüdin*: Hexamecol. — *Hauser*: Gümőkóros izületgyuladások. — *Hildebrand*: Gonorrhoeás izületgyuladás. — *Lion*: Epilepsia. 610–613.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 613. lap.

Vegyes hirek. 613. lap.

Tudományos társulatok. 614–617. lap.

Melléklet. Gynaekologia. Szerkeszti *Tóth István* és *Scipiades Elemér*. 2. szám.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti kir. m. tudományegyetem II. számú belklinikájából. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., egyet. ny. r. tanár, udvari tanácsos.)

Az agyféltekék részarányos kiterjedésű gliomatosisa.

Irta: *Ángyán János* dr. gyakornok.

A gliomatosis olyan folyamat, a mely elkülöníthető egyrészt a gliosisoktól, mert megtaláljuk szövetelemeiben a daganatszerűségre jellemző sajátosságokat és nélkülözzük benne azokat, a melyek lobos vagy regenerativ gliaszaporodás felvételére indíthatnának; másrészt a gliomától, mert ezen a néven csak azt a daganatot jelöljük meg, a melynek durva anatomiai megjelenése is inkább egyezik a daganatról alkotott fogalmunkkal; ez utóbbi rendesen egygóczú és pathogenesise, az ependyma epitheljéből való kiindulása, határozott kórjelleget ad ezen alaknak. A gliomatosis ezekkel ellentétben áll és mint nem élesen határolt, az ép szövetbe átkapaszkodó, az idegrendszer több pontjából kiinduló kóros sejtburjánzás ismerhető meg.

Ha azokat a gliomatosisokat foglaljuk össze, melyek az agyféltekék fehér állományában keletkeznek, akkor ennek a kórfolyamatnak az esetek többségében olyan helyi sajátosságait, histogenesises tulajdonságait találjuk, a melyek együttesen az élőben okozott tünetek figyelembe vételével mintegy külön csoportot alkotnak. Ilyen csoportba volna illeszthető a klinikán észlelt esetünk is.

H. M. 23 éves bádogossegéd. Atyja tüdőbajban halt meg, anyja és 5 testvére egészséges, 5 testvére kis korban elhalt. Szülei nem rokonok, idegbaj a család felmenő és oldalági rokonain nem fordult elő. Potust, luest tagad. 6 évvel ezelőtt háztetőről zuhant le, bal czombcsontja eltörött, napokig feküdt eszméletlenül.

Jelen bajának kezdetét 1909 május hónapjára teszi, a mikor esőben, szélben dolgozott épülettetőn: meghűlt, majd köhögni kezdett. Június havában jobb kézujjaiban fájdalmas zsibbadás jelentkezett, jobb karja mind ügyetlenebb lett, 3 hónap mulva pedig jobb karját már egyáltalán nem tudta használni. Körülbelül ezen időben jobb lába kezdett észrevehetően gyengülni, térden alul fájt, zsibbadt és ugyancsak ekkor tünt fel lassú, gyakran elakadó beszédmódja. 1909 deczemberében még járt. 1910 januárban a jobb láb rohamosan gyengült, úgy hogy végül ma sem járni, sem szabadon megállani nem tud. Betegsége egész ideje alatt köhögése nem szűnt meg, gyakran volt lázas, mellében szúrást érezett, éjjelenként izzadt. 1909 októberben 10 napig tartó vérköpése volt.

A II. belklinikára 1910 február 8.-án vettük fel. Magas termetű, jól fejlett férfi. Temperatura 37° C. A nyakon megnagyobbodott nyirokmirigyek. A jobb kulcs feletti árokban és hátul a jobb spina scapulae felett a kopogtatási hang tompult, ugyanitt a lélegzés gyengült. Röntgenátvilágításkor erős és kiterjedt hilusrajzolat, valamint a jobb csúcs árnyékosabb volta konstatálható. A beteg zöldes, nyálkás, genyedéses köpetében tuberculosisbacillusokat találtunk. A belső szervei egyébként épek, vizelete rendes. A Wassermann-próba negativ.

A beteg általában ingerlékeny, könnyen sír; az anamnesises adatokat értelmesen mondja el, emlékezése jó. A beszéd kissé lassú, de folyékony, az egyes szavak jól tagoltak, azonban már kisebb kedélyizgalomban beszédképtelenség áll elő.

A koponya configuratiója rendes, ütögetéskor rendellenesen sehol sem érzékeny. A fej mozgása szabad, nystagmus nincs. Látása jó, a szemfenék ép. A jobb szájzug kissé mélyebben áll, fogmutatáskor elmarad, a kiöltött nyelv csúcsa kissé jobbra tér el; a szemzárás, homlokránczolás jó. A többi fejideg részéről eltérés nem mutatható ki.

A jobb felső és alsó végtagon teljes merevgörcsös bénulás konstatálható: a felső végtag izületei mérsékelt flexiós contracturás helyzetben rögzítettek, az alsó végtag csípő- és térdizületben mérsékelten hajlított helyzetéből nem nyujtható ki teljesen, ily kisérletre a beteg heves fájást jelez. A bal felső végtagon csak az activ mozgások lassúsága és az ellentálással végezett mozgásokban kisebbfokú gyengeség állapítható meg. A bal alsó végtag paresise kifejezett: erősen csökkent activ mozgathatóság és kifejezett hypertonia.

A hasfali izomzat jobboldalt tömöttebb tapintatú, mint baloldalt.

Rendellenes mozgásjelenségek (intentiós tremor, ataxia) nincsenek. A beteg nem szédül, feje nem fáj. Fájás és zsibbadás a jobb felső és alsó végtagban, főleg azok distalis részében. Az érzés minden faját pontosan jelzi. A jobb felső és alsó végtagon az ecsetérintést gyengébben érzi, mint a bal testfél azonos helyein.

A vegetáló functiók jók.

Márczius 8.-án. A bénulások és contracturák mérsékelt fokozódása konstatálható. A hőmérséklet a mai napon 38·2° C.-ra emelkedik, a

pulsus 96, a lélegzés szapora, a conjunctiva belövelt, kissé merev tarkó, nyelési nehézség: a beteg csak folyadékot tud nyelni.

Márczius 18. A tünetek visszafejlődtek, a beteg láztalan, tarkómerevsége, nyelési zavara nincs.

Márczius 31. Állandóan subfebrilis, ha az ápolónő valamely kívánságát nem teljesíti azonnal, igen nyugtalan lesz, szólni nem tud, lélegzése 40, pulsusa 180.

Április 10. A két jobb végtag contracturája fokozódik, a bal alsó végtag activ mozgathatósága is megszűnt, mérsékelt contractura fejlődött. A bal felső végtagját mozgatni tudja, de ez a mozgás igen ügyetlen. Kezdetben még maga táplálkozott, most táplálni kell, mert ételét az evőeszközzel szétszórja, a csésze vagy a pohár tartalmát pedig kiönti. Kezdetben gyakran vizsgáltuk, van-e intentiós remegése: ilyenkor bal mutató ujját lassan orrához kellett vezetnie; ma, a mikor e feladat elvégzésére szólítjuk fel, karját ugyan behajlítja, de ujját orrához nem közelíti; ismételt felszólításra izgalomba jut, sírni kezd, a kijelölt mozgást végrehajtani azonban nem tudja. A legcsekélyebb mozdításra a beteg a leghevesebb fájásnak ad kifejezést.

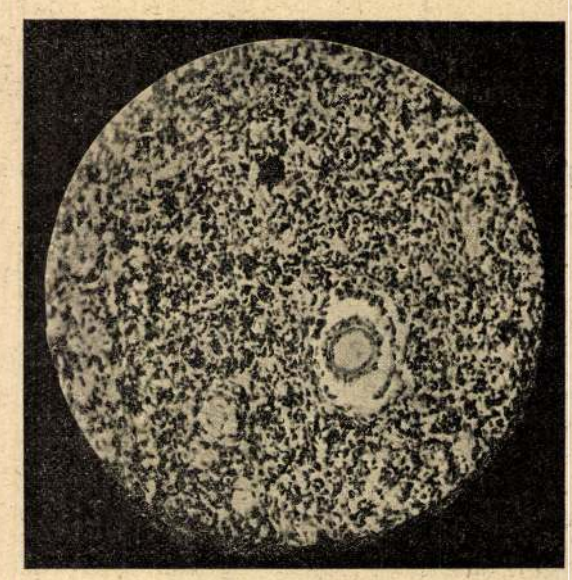
Május 10. Láz, kezdődő decubitus.

Június 10. Mélyre terjedő decubitus, sepsises hőmenet, retentio urinae et alvi. A jobb felső végtag minden izületében a legnagyobb fokú flexióban van rögzítve, úgy hogy a kulcscsonthoz fekvő ökle decubitust okozott. A jobb alsó végtag a legnagyobb mértékben felhúzódott, az ugyancsak nagy fokban contracturás bal alsó végtagon keresztben fekszik, a nyomási helyeken decubitusa van. Csak a bal felső végtagon van némi activ mozgás. A szemfenék ép. A beteg teljesen közömbös, aluszékony, csak háton fekvő helyzetéből való kimozdítását nem tűri, ilyenkor sír, de beszélni nem szokott, csak egyes szavakat mond.

Junius 19. Halál decubitus okozta sepsis következtében.

Bonczolási jegyzőkönyv (*Goldzieher* dr.). Leíró részéből a következőkre szorítkozom: Az agy féltekéi különösebb assymetriát nem mutatnak. A lágyburkok vékonyak, általában könnyen levonhatók, csak a bal féltekén, a sulcus centralis táján, mintegy forintnyi terjedelemben nem választhatók le a lágyburkok az agy felszínéről. A gyrus postcentralis megszélesbedett és környezeténél jelentékenyen tömöttebb; metszlapján, noha a kéreg- és velőállomány határa kivehető, diffus szürkésrózsás elszinesedés konstatálható, melynek megfelelőleg az agyszövet lényegesen tömöttebb tapintatú. Ezen éles határ nélküli, alig tyúktojásnyi góczon kívül, a szomszédos fehérállományban három, babnyimakk mekkoraságú, sötétebb szürkés-vörös és a metszlapról kissé kiemelkedő, eléggé élesen körülírt gócz látható, melyek közül kettő feltünő tömött tapintatú, a harmadik az agyszövet tapintatával legfeljebb egyenlő tömöttségű. A jobboldali gyrus centralisnak megfelelően a centrum semiovaleban ötkoronásnyi terjedelemben, éles határ nélküli, igen halvány, szürkés-rózsás elszinesedés konstatálható, melynek megfelelően kissé tömöttebb tapintatot állapithatunk meg. Az agyállomány egyébként halvány, vér- és nedvszegény. *Diagnosis:* Gliomata regionis gyri postcentralis hemisphaerae sinistrae et gliomatosis diffusa regionis correspondentis lateris dextri. Decubitus regionis sacralis cum periostitide et osteomyelitide ichorosa ossis sacri. Peripachymeningitis interna purulenta chronica regionis lumbalis medullae spinalis. Degeneratio parenchymatosa organorum. Tuberculosis sanata apicis pulmonis dextri. Peribronchitis et bronchopneumoniae peribronchiales caseosae disseminatae pulmonis sinistri. Pleuritis chronica adhaesiva bilateralis. Gastritis chronica catarrhalis.

Szövettani vizsgálat. A daganatos elváltozás jelenléte mikroskopi metszetekben olyan helyeken is konstatálható volt, a melyeknek szabad szemmel való megtekintéséből ilyenre következtetni nem lehetett volna. Igy a bal agyféltekében, a centralis tekervények alatti fehérállományban a közölt bonczjegyzőkönyv több daganatgóczot különböztet meg, az agyféltekéből készült mikroskopi metszeteken pedig megállapítható, hogy nemcsak az egyes góczok közötti agyállomány van sűrűn telehintve daganatsejttel, hanem hogy a kéregállomány is, de főleg előrefelé a frontalis, valamint a parietalis karély fehérállománya kisebb, csíkalakú vagy kerekded daganatgóczokat tartalmaz. Igy a daganat az agyfélteke fronto-occipitalis irányában mutat egyrészt a makroskoposan megállapithatónál nagyobb kiterjedést, de másrészt nemcsak a convexitás alatt levő fehérállományban, hanem közel a medialis felszínhez is, a gyrus frontalis superior fehérállományában megtaláljuk a daganatsejteket, a melyek itt egy helyen kis borsómekkoraságú góczot is alkotnak. A corpus striatum, thalamus, capsula interna és a corpus callosum törzse daganatsejtektől mentesek. A jobb agyféltekében a kóros elváltozás kisebb, a bal oldalon leírottal nagyjában részarányos elhelyeződésű és a mint azt a szövettani vizsgálat kiderítette, a szabad szemmel láthatónál sokkal kiterjedtebb; mégis a kéregállományt el nem éri és főleg a homloki karély fehérállománya felé sugárzik ki. Ha valamelyikét a makroskopos leírásban említett daganatgóczoknak vizsgáljuk haematoxylinnal és *Van Gieson* eljárása szerint festett metszetben (1. ábra), sűrűn álló sejtekből alkotott daganatszövetet látunk; a sejtek magja igen polymorph: látunk kicsiny kerek vagy ovalis magvakat, melyek az ép gliasejtek magvaihoz teljesen hasonlók, látunk nagy, az említett nagyságúakat 3—4-szeresen is meghaladó kerek, sokszögű, tojásalakú vagy teljesen szabálytalan magvakat, az alaki és mekkorasági változatosság minden lehetőségét; az egyik helyen ovalis magvak tengelyükkel nagyjában párvonalosan elrendezve, a másik helyen csoportosan, mirigyszerkezetet utánozva, de legtöbbször rendezetlenül szaporodva alkotják a daganatszövetet. Egyes helyeken tömegesen látunk óriás sejteket 3—4, sőt több maggal. A sejtprotoplasma csekély, kevés helyen nyúlványok indulnak ki, a melyek igen finom rostban folytatódnak. A sejtközötti állomány kevés, szemcsés, helyenként finoman rostos, a gliarosthálózat azonban *Mallory* eljárásával, melyet *Stroebe* ajánl, nem mutatható ki. Ott, a hol a daganatszövet a legtömöttebb, *Weigert*-eljárással velőshüvelyű rostok helyenként még kimutathatók, és a hol, mint p. o. a bal centralis tekervényben, a kéregállomány helyét látszik elfoglalni, sűrűn álló daganatsejtek között szépen megtartott dúczsejteket láthatunk. A tumoros elváltozás centrumától perifériája felé haladva, több agyszövet, kevesebb daganatsejt van, határt azonban sehol nem vonhatunk; sőt ott, a hol még felületes megtekintéskor elváltozást nem is



1. ábra

gyanítunk, jól szemügyre véve, kisebb gliasejtcsoportokat láthatunk, melyek nagyság, alak tekintetében egymástól különböznek, magvuk vagy feltünően sötétre festődött, vagy fellazult chromatint és mitosisos alakokat mutat. A velőállományban ezek a sejtcsoportok inkább az erek közelében találhatók meg, a kéregállományban pedig főleg a dúczsejtek körül látjuk az első nyomait a kóros sejtszaporodásnak; úgy látszik a satellitáknak nevezett gliaeredetű sejtek azok, a melyek a kóros inger hatására e helyen szaporodásnak indulva, a perigangliocellularis ürt elfoglalják. Feltehető, hogy ez a ganglionsejtek körül meginduló kóros sejtszaporodás, már abban a még kezdő alakban, melyben e folyamatot a 2. ábra mutatja, sem lesz minden hatás nélkül az idegsejt

2. ábra.

functiójára és a kóros folyamat látszólagos centrumához közeledve láthatjuk, mint lesz e sejtszaporodás mindegyre kiterjedtebb és mint apad a dúczsejtekként biztosan felismerhető sejtek száma; láthatunk olyan képeket, melyeken a dúczsejt saját ürében félreszorítva, az a gondolat ébred, hogy a szaporodó satellesek agyonnyomják az idegsejtet.

A sulcus centralis táján egy helyen a lágyburok nem volt levonható. Megfelelő nagyítással nézve megállapíthatjuk, hogy itt a piára terjed át a daganatos elváltozás, ugyanazon sejtekkel, ugyanazon sajátságokkal. A lágyburok erősen megvastagodott, ereinek adventitiája daganatsejtekkel rakodott meg.

A daganatszövetnek bő, újonnan keletkezett hajszálérhálózata van; csak kevés helyen lehet mikroskopos vérömlést látni.

Az agyvelőerek körül levő nyirokürök erősen kitágultak. Ezeken át néha finom kötegek húzódnak az érfalhoz (1. ábra). *Ceni* ezekről azt tartotta, hogy gliarostok, melyek gliasejtektől húzódnak az érfalhoz tápláló csápként; ha ezzel a functióval nem is ruházzuk fel ezeket a képleteket, érdekelhetnek már csak azért is, mert néha az ilyen köteg daganatsejtet tartalmaz ugyanakkor, a mikor az ér adventitiáját is daganatsejttel látjuk megrakva és ezzel mintegy megjelöli a bekövetkezett heterotopia útját. Maguk az érfalak regressiv elváltozások sorát mutatják (3. ábra). A nagyobb erek mediája oedemásan fellazult, a kisebb ereket az erősen kitágult perivascularis nyirokür közepén csillagalakúvá összenyomva, vagy hyalin masszává alakult obliterált kötegként találjuk. A daganatszövet kevés helyen mutat csak regressiv elváltozást: néhol magfragmentatiót látunk, kiterjedtebb necrosis azonban sehol sincs.

3. ábra.

A daganat némely helyén, főképp a bal gyrus centralist elfoglaló részben, nagymennyiségű amylumtestecske látható. Ezen a helyen a szövet burjánzása is legélénkebb. Az amylumtestek alakja néha különösen szabálytalan és nem egy helyen bejutnak a daganatos burjánzás megnyitotta perivascularis űrbe.

A leírt szövettani kép alapján mondhatjuk, hogy a daganatos elváltozás a neuroglia sejtelemeiből indult ki. E folyamat kezdetét olyan histologiai képek tárják elénk, mint a minő 2. ábránkon látható: ezek a ganglionsejtek körül való gliasejtszaporodás mikroskopi képei. Ezt véve alapul, a daganatos elváltozás gliomatosis, bármennyire nélkülözzük is a gliomatosisokat jellemző és *Stroebe* szerint a sarcomáktól mindenkor megkülönböztető astrocytás jelleget; de sejtjeinek nagyfokú polymorphismusa, számos óriássejtje és heterotopiája miatt *Dürck* felosztása szerint sarcomás gliomatosisnak kell mondanunk.

Az ily folyamat kiterjedését, az okozott pusztítás terjedelmét alig lehet megítélni. Még nagyítással nézve sem vonhatjuk meg a határt ép és kóros között; ott, a hol legintensivebb a kóros sejtszaporodás, épségben maradt specifikus idegelemeket látunk, viszont a kóros sejtszaporodás első nyomait a functio tekintetéből legfontosabb szövetelemek szomszédságában találjuk meg. A klinikai tünetek közül a lassan fejlődő merevgörcsös hemiparesiseket, illetve monoparesiseket a mozgató kéreg alatt levő fehérállomány daganatos elváltozása jól értelmezi.

Nehezebben értelmezhetők a kórlefolyásban említett múló zavar a nyelésben és az ezt kisérő általános tünetek. Talán szerepe lehetett itt valamelyes múló keringési változásnak, a mely hatását a gliomatosisos folyamaton kívül eső centrumokra érvényesítette. Ilyen keringési zavar felvétele annyival is inkább megengedhető volna, mert látjuk, hogy a daganatos beszűrődés területein áthaladó erek kisebb-nagyobb fokban úgy változtak meg, hogy útjukon keringési zavar kiegyenlítődése nehezebben történhetett. Ugyancsak így volna magyarázható a többnyire psychés izgalom után hirtelen keletkezett beszédképtelenség. A nyelési zavar és a beszédképtelenség, mely utóbbi az élet utolsó hetében végig megmaradt, talán értelmezhető volna, ha tekintettel vagyunk *Liepmann* vizsgálataira. E szerint a corpus callosum elülső radiatiójának megszakítása mozgató aphasia létrejöveteléhez bir vonatkozással, a mennyiben a frontalis beszédcentrum a corpus callosumon át hat az ajak és a nyelv jobboldali agyvelő-centrumaira.

A bal felső végtagon csak kisfokú gyengeség, de kifejezett dyspraxia volt megállapítható. Feltűnt továbbá az is, hogy a beteg a végtagját állandóan könyökben behajlítva, úgy tartotta, hogy a keze a feje mellett a párnán pronált helyzetben feküdt. A bal felső végtag dyspraxiája, *Liepmann* szerint, jellemző helyi tünete a corpus callosum-radiatio középső harmada sérült voltának. Tekintve azt, hogy a gliomatosis éppen azon a területen van, a melyet frontalis metszeten a pallium, a truncus corp. callosi és a nagy dúczok határolnak, a corpus callosum ezen radiatiói a megbetegedett területben vannak.

Keresve az irodalomban azokat az eseteket, a melyek pathologiai és klinikai vonatkozásukban a leírttal analogok, elsősorban *Veidengammer*-éit kell említenem. Két esetet közöl: 1. A homlok, a parietalis és a temporalis, valamint a centralis tekervények fehérállományának gliomatosisa; a kóros folyamatban részt vett a corpus callosum elülső fele, a nagy dúczok épen maradtak. 2. Az occipitalis, temporalis és parietalis karélyok gliomatosisa, mely elváltozás keretébe a corpus callosum distalis fele és a nagy dúczok is bele vannak vonva. Egyik esetben sem volt a daganatnak vonatkozása az ependymához. Hasonló esetül említhetem *Ceni*-ét, melyben mindkét hemisphaera fehérállománya legnagyobb részének, a nagy dúczoknak, valamint a corpus callosum hátulsó $^2/_3$-ának gliomatosisa volt jelen.

Végül idetartozónak vélem a corpus callosum daganatai czímén közölt esetek legnagyobb részét. Ezt a fejezetet az agytumorok tanában *Bristowe* állította be és éppen az ő 4 esete közül 3 sorolható ide: histologiailag ugyan közelebbről meg nem határozott, mégis olyan daganatos megbetegedései ezek a hemisphaerák symmetriás részeinek, a melyek a corpus callosum megfelelő részét felében, háromnegyedében, sőt teljességében is illetik. *Bristowe* 1. esetében a daganat az egész corpus callosumot infiltrálta és főleg a bal hemisphaerába terjedt be; konstatálható volt a daganatos elváltozás a jobb félteke fehérállományában is. 2. esetében a széles, rosszul határolt daganat a corpus callosum elülső felét foglalta el, baloldalt kiterjedt a hemisphaerának egész elülső részére, a II. és III frontalis tekervény, valamint a centralis tekervények szürke állományára, jobboldalt a hemisphaera fehérállományának első részére. 3. esetében a corpus callosum elülső $^3/_4$ része volt daganatosan elváltozva és a folyamat beterjedt mindkét oldalt a centrum semiovaleba, a corpus striatum szintje fölött. Ugyancsak ide sorolhatók még a tumornak a hemisphaerákban való kiterjedését tekintve — hogy csak a legjobban ismertek közül soroljak fel —, *Bruns*, *Berkley*, *Francis*, *Séglas* és *Londe*, *Devic* és *Pavist*, *Putnam* és *Williams*, *Catola* esetei. Csak kevés olyant említhetünk, a melynek anatomiai viszonyai nem viselkednek hasonló módon a féltekék fehérállományában; ezekben azonban multiplex tumorokról, vagy az agykamarákból kiinduló daganatokról van szó. A multiplex daganatoknak a corpus callosumban okozott sértése semmiképp sem alkalmas arra, hogy a corpus callosum daganatainak pathologiai és klinikai képét híven állítsák elénk; hasonlóképen azok a daganatok, amelyek, mint például *Bristowe* 4. esete, a melyben a daganat a jobb oldalkamara fenekéből indult ki és a corpus callosumot dislokálta: szintén nem tekinthetők voltaképpen idevágó eseteknek.

A többi felsorolt irodalmi közleményben az agyféltekék részarányos daganatos elváltozása van leírva; ez főképp a fehérállományban foglalt helyet. A szürke állományt sokszor teljesen épnek jelzik. (Olyan szövettani vizsgálat, a mely ennek tüzetes megállapítására irányult volna, különösen klinikai részről közölt esetekben sokszor hiányzik.) Máskor a szürke állomány is megbetegedett: elsősorban a nagy dúczok,

ugyancsak többnyire symmetriásan (például *Berkley* 2. esetében), azután a fehérállományban levő daganatgóczokkal határos kéregrészek. Legtöbbször a corpus callosum, mint a fehérállomány alkotásában szintén résztvevő agyrész is elváltozott, sőt úgy látszik, gyakran ez ötlött leginkább a vizsgáló szemébe, míg máskor, mint ezt fentebb láttuk, inkább a féltekék megbetegedése mellett állapították meg azt, hogy a corpus callosum egy vagy más része szintén daganatos. Végül esetemben a corpus callosum truncusa daganatmentes volt és csak elülső felének radiatiója esik az ott fejlődött daganat területébe.

Az itt összefoglalt daganatos elváltozások histogenesisének egységes felfogására is van némi alap, bár ebben határozottabb álláspont elfoglalására észlelésem és az irodalom idevágó, ily irányban azonban csak kevés adatot szolgáltató esetei alapján feljogosítva nem lehetek. A figyelmet óhajtanám mégis felhivni azokra a körülményekre, a melyek további ilyen értelmű vizsgálatok alapjául szolgálhatnának. Láttuk ugyanis, hogy az agyvelő fehérállományában elszórt daganatgóczok nem izoláltak: a mikroskopi metszetekben ezek a góczok a közbeeső agyterületek gliomatosisos folyamataival egygyé kapcsolhatók. Az ép agyterületektől a megbetegedettek felé fokozatos az átmenet és az átmeneti területen kisebb mikroskopos góczok láthatók, a melyeknek legprimitivebb alakjai azok a kis gliasejtszaporulatok, a melyek a velőállományban elszórtan, vagy az erek körül, a kéregállományban, főleg az erek és a ganglion-sejtek körül láthatók és a mely góczok az éptől a kóros felé mind kifejezettebben kóros sejtalakokból állanak. Daganatok környezetében gliasejtszaporulatokat sokan észleltek; e helyen csak *Redlich*-re hivatkozom, a ki megállapította, hogy az agy kéregállományában különböző daganatoknál — glioma, endothelioma, carcinoma, tuberculum — látható a ganglion-sejtek körül gliasejtszaporodás; munkájában mind a négyféle tumornál konstatált elváltozást összefoglalóan írja le, de nem közli az egyes esetek histologiáját és ezt különösen azért nélkülözöm, mert I. számú esete éppen corpus callosum-glioma volt, hol a daganat mindkét frontalis karélyba beterjedt. *Redlich* észleletei alapján megállapítja, hogy az agydaganatféleségekre nem jellemző ez a sejtszaporulat, maguk a sejtek az ép gliasejtekkel azonosak. Habár *Redlich*-nek és a munkájában idézett szerzőknek idevágó észleleteit nem is hagyjuk figyelmen kivül, ha továbbá általános is az (jóllehet *Reichardt* nem konstatálhatta minden esetében), hogy agydaganatokban íly gliasejtszaporulat észlelhető: esetünkre vonatkozólag mégis azt hiszem, hogy a daganatgóczaink között és azok környezetében keletkezett gliasejtszaporulatokat, a melyek pathologiás sejtalakokat tartalmaznak, vagy csak ilyenekből állanak, sokkal inkább vonatkoztathatjuk egy, a daganat képződését magát előidéző okra, mintsem hogy ezen sejtszaporulatokat a fejlődő daganat toxicitásával, mechanikai ingerrel, circulatiós zavarral hozzuk összefüggésbe. A különbség a mikroskopos sejtszaporulatok és a szabad szemmel látható daganat közt csupán quantitativ: voltaképpen ez a gliaszövetnek általános állapota, me'y kóros sejtszaporodásban nyer kifejezést. A kóros sejtszaporodás egyes helyeken, feltünő módon az agyféltekék fehérállományának nagyjából részarányos részeiben, tömött daganatszövet keletkezésére vezet. Nem egy valahol keletkezett és onnan kiinduló daganat ez, mely bizonyos irányokban tovahaladva, mint beszűrődés jut előre, hanem daganatos sejtszaporodás, a mely egy időben sok helyen megindulva, a központi idegrendszer nagy területén okoz elváltozást. Hasonló következtetésekre jut *Veidengammer* fentebb már idézett munkájában; sajnos, közlése csak rövid referatum alakjában volt számomra hozzáférhető.

Ha ilyen folyamatok pathologiájának egységes felfogására bizonyos irányt nyerünk, úgy ennek a felfogásnak klinikai jelentőségét is mérlegelhetjük. *Bristowe* állította fel a corpus callosum daganatainak tünetcsoportját a következő pontokban: 1. az adott eset tüneteinek daganatokra általában jellemző fokozódása; 2. ezzel ellentétben az általános tumortüneteknek (fejfájás, hányás, szédülés, pangásos papilla) teljes hiánya vagy csekély volta; 3. az intelligentia zavara, stupiditas, sopor, nem aphasiás beszédzavar; 4. hemiparesises tünetek, a melyeknél legtöbbször az egyik oldalon a paresis kevésbé kifejezett; 5. a fejidegek részéről a tünetek hiánya. Esetünkben csak a psyche zavara az, a mely a kóros folyamat kezdetén hiányzott, valamennyi többi positiv és negativ tünet kezdettől fogva megvolt. A tünetcsoport legpositivabb tagja a kétoldali mono-, illetve hemiparesis, melynek létrejövetelét, lassú fokozódását, a csaknem typusos és hasonló esetekben félreismerhetlen contracturáit csak olyan folyamat magyarázhatja, mely a hemisphaera mozgató centrumában, illetve a subcortexes mozgató pályákban okoz megszakítást. *Oppenheim* szerint is a hemiparesis kétoldalisága a legfigyelemreméltóbb tünete a corpus callosum-daganatoknak és a szerző ezt annak tulajdonítja, hogy a daganat a szomszédos agyállományba beterjed és a corona radiatát sérti. *Ransom* szerint mindazon esetekben, a melyekben bénulásos tünet is volt, a daganat a féltekék fehérállományába is behatolt. Esetünkben pedig látjuk, hogy az agyféltekék olyan daganatos megbetegedése, a mely a corpus callosumot tulajdonképpen nem, legfeljebb csak radiatióját érhette, a *Bristowe*-tünetcsoportnak nemcsak ezt a legjobban értékelhető tagját, hanem a többi tünetet is előhívta; sőt esetünk megfelel még azon diagnosisos jeleknek is, melyekkel *Bruns* és *Liepmann* egészítette ki a *Bristowe*-éit: konstatálhattunk psychés zavart, beszédzavart, dyspraxiát. Esetünk egyébként is megfelelt a vázolt kórképnek, mert általános tumortünetek és tünetek a fejidegek részéről hiányoztak és végül az észlelés legkezdetén megvoltak már mindazok a tünetek, a melyek lassan és állandóan fokozódva, vezettek a halál előtti állapotig.

A közölt esetet tehát olyan gliomatosisokkal foglalom egy csoportba, a melyekben jellemző módon az agyféltekék részarányos helyei, főképp a fehérállomány betegszenek meg. A gliomatosis kifejlődése az agyféltekék nagy területén egy időben indul meg. Ilyen folyamat van jelen a corpus callosum-daganatok czímén közölt esetek legnagyobb részében. A *Bristowe*-tünetcsoport ezen megbetegedés valószínűségi diagnosisára felhasználható, azonban tudnunk kell, hogy ezzel nem corpus callosum-daganatot, hanem a féltekék részarányosan kiterjedő gliomatosisát ismerhetjük meg; ezt is csak azért, mert a daganatos folyamat elég gyakran a feltekéknek éppen abban a részében fejlődik ki, a hol a mozgató pályák haladnak. Azokban az esetekben, a melyekben a mozgató pályák a féltekékben nem sérültek, ámbár a corpus callosum törzsökének legnagyobb része daganatos volt és a részarányosan megbetegedett féltekerészek a homloki vagy occipitalis karélyok voltak (p. o. *Bruns* 3. és *Giese* esete), a *Bristowe*-tünetcsoport diagnosisos használhatósága semmis volt, a tünetek a megfelelő karélyok bántalmának tünetei, vagy általános nyomási és szomszédsági tünetek (hányás, fejfájás, epilepsia, kisagyvelő-jelenségek) voltak. Végül az olyan észlelés, mint *Hauenschild*-é, melyben az agykamarából kiinduló daganat az egész corpus callosumot infiltrálta, de az agyféltekék más részeit nem sértette és a melyben a pangásos papilla okozta szemtünetektől eltekintve, minden egyéb objectiv idegrendszer-tünet hiányzott, ugyancsak kifejezésre juttatja, hogy a corpus callosumra szorítkozó daganat mint ilyen a részére felállított tünetcsoport egy tagját sem szolgáltatja.

Irodalom. *Berkley*: Tumor of the corp. callosum, Amer. journ. of med sc XCIX 6. p. 578. 1890. — *Bristowe*: Cases of tumor of the corp. callosum Brain, 1884. — *Bruns:* Ueber Tumoren des Balkens, Berlin. klin. Wochenschrift, 1886. *Bruns:* Die Geschwülste des Nervensystems. Berlin, 1908. — *Catola:* Kasuistischer Beitrag zur Kenntniss der Balkengeschwülste. Neurolog. Centralblatt Nr. 3. p. 121. 1909. — *Ceni:* Ueber einen interessanten Fall von gliomatöser Infiltration beider Grosshirnhemisphaeren. Archiv f. Psych. 1899. — *Devic et Paviot*: Revue neurologique, 1898. p. 137. — *Francis*: Amer. journ. of the med. Sc CIX. 1895. p. 668. - *Giese:* Zur Kasuistik der Balkentumoren, Arch. f. Psych. 1892. p. 931. — *Hauenschild:* Gliom des Corpus callosum und des rechten Ventrikels. Münchener med. Wochenschr. 1910. Nr 9. — *Liepmann*: Ueber die Rolle des Balkens beim Handeln und das Verhältniss der aphasischen und apraktischen Störungen zur Intelligenz. Zeitschr. f. Psych Bd. 1907. — *Oppenheim*: Geschwülste des Gehirnes. Wien, 1902. — *Putnam and Williams:* On tumors involving

the corp. callos Journ of nerv. and ment. deseases. 1901. — *Redlich*: Ueber diffuse Hirnrindenveränderungen etc. Arbeiten aus d. neurol. Inst. Wien. Bd XV. 1907. — *Séglas et Londe*: Tumeurs du corps calleux, Revue Neurol. 1898. — *Veidengammer:* Ueber gliomatöse Neubildungen des Gehirns. Zurn. nevropatolog. i. psihiatr. 1905. Bd. V., ref. Lubarsch-Ostertag: Ergebnisse 1907. Jahrg. XI. Abt. II. S. 771.

Idősült ondóhólyag-sepsis gyógyult esete.*

Közli: *Picker Rezső* dr.

Az alább referálandó esetet több okból tartom bemutatásra érdemesnek:

1. Mert a beteg, midőn kezelésembe lépett, kifejezett iskolapéldánya volt azon embereknek, kik az utóbbi időben mind számosabban jelentkeznek nálam, mint *a gonorrhoea rokkantjai.* Ezek tulajdonképpen hiányos diagnosisok és kezelések *áldozatai* és gyógyulási hajlamot nem mutató bántalmaikkal ők alkotják a chronikus progrediáló rheumatismus és „kryptogenetikus sepsis" kétes és határozatlan fogalmú csoportjába tartozó betegek jelentékeny részét.

2. Mert a $3^1/_2$ éven át folytatott *sokféle gyógykezelés*, mely az összes *sablonos* urologiai és physicotherapiás gyógymódokat felölelte, a betegségre *semmi befolyással* sem volt.

3. Mert az általam alkalmazott gyógyeljárás *teljes eredményt* adott, a mit a rendszeresen alkalmazott bakteriologiai ellenőrzés is igazolt.

A 32 éves beteg a következőkben foglalta össze az előzményeket:

11 évvel ezelőtt szerezte első gonorrhoeáját, mely csakis kis fecskendő használata mellett látszólag teljesen meggyógyult.

5 évvel ezelőtt rendkívül heves fájdalom jelentkezett a jobb csípőizületben, mely a járást időközökben lehetetlenné tette és mint rheuma, köszvény, ischias, neurasthenia kezeltetett. 8 hetes napkúra, éheztetés, pihenés, dohányzás mellőzése stb. után a bántalom teljesen meggyógyult. Localis húgyszervi tünetek ekkor nem mutatkoztak.

$3^1/_2$ év előtt, 2 nappal egy igen nagy excessus in coitu után, hirtelen hatalmas erővel tört ki régi gonorrhoeája. Egy az első kankóhoz szövődött és azóta meggyógyult periurethralis tályog a betegség *második* napján újból felfakadt, ugyanakkor már nagy láza, prostatitise, cystitise is volt. Gyorsan sorban betegedtek meg ezután *izületei és savós tömlői:* egész sora a kis lábizületeknek, mindkét boka, jobb térd, mindkét csípő, mindkét váll, a savós tömlők közül pedig leginkább a jobb Achilles-ín mögötti tömlő. Az újból igen erős mértékben beállott ischias-fájdalmak miatt heteken át nem tudott aludni. *Endocarditise is volt* és hosszú időn át élet és halál között lebegett. Orvosai ekkor a fennálló tünetek alapján gonococcus, staphylococcus és streptococcus okozta vegyes fertőzést vettek fel. Egy évi ágybanfekvés után, miután a rendkívül heves gonorrhoeát 10 hónapi mély befecskendezésekből és hólyagöblítésekből álló kezeléssel lehetett csak valahogy eltüntetni, további 1 évig papucsokban, két bot segítségével járkált nagynehezen. $1^1/_2$ év óta betétes, bő, párnázott czipőket és egy erős botot használ, melyet csak igen ritkán nélkülözhet.

A nagy exsudatumok teljesen visszamentek, az idegfájások eltüntek. A szívműködés is ismét teljesen szabályos lett. Néhány lábujj-izületén a gyuladásos tünetek teljesen elmultak; a többi izületben, a jobb Achilles-ínban és némely savós tömlőben (kiváltképp a jobb bursa subachilleában) még fennállanak. Fájdalmasságuk koruk szerint változik.

E mellett még később is jelentkeztek egyes újabb metastasisok az izületekben, így pl. *egy $1^1/_2$ évvel ezelőtt, két izület pedig 3 héttel ezelőtt betegedett meg.* A fájdalmak változnak, az időjárás befolyása szerint is. *A legérzékenyebb pontja a jobb Achilles-ín alsó része*, mely infiltrált és dudoros tapintatú. $1^1/_2$ év előtt a Röntgen-felvételek erős periostealis felrakodásokat mutattak, melyeknek véres úton való eltávolítása is szóba került. A Röntgen-képek alapján a bántalmat egy bécsi Röntgen-szakorvos chronikus, progrediáló rheumatismusnak minősítette.

9 hónappal ezelőtt *heves iritis* lepte meg, mely 6 hét alatt teljesen, synechiák hátrahagyása nélkül, meggyógyult.

E bántalmak ellen a következő kúrákat használta: hő-, lég- és kékfénykezelést, nap-, homok-, tengeri és kénes fürdőket, vibratiós massaget, elektrargollal végzett subcutan injectiókat, radiogen fürdő- és ivókúrát, transthermiát és elektromos átmelegítéseket a „Thermoflux"-szal stb.

Massage-kezelésben csak egy ízben részesült, mintegy 3 héten keresztül másodnaponként, azt is eszközzel és igen gyengén végezték; váladék bőven jelentkezett a massage-ok alatt; az urologiai kezelés egyébként szondák, instillatiók alkalmazásában állott.

Mindezzel nem lehetett befolyásolni betegségének menetét. Ez a évek folyamán változást csak annyiban mutatott, hogy az egész folyamat intenzitásában valamit engedett, de ez is magától történt. A gyuladásos folyamatok mind igen hosszadalmasak, de a velük járó fájdalom mindinkább csökken. Az iritis azonban, melyen 9 hónappal ezelőtt átesett, rendkívül heves módon kezdődött.

Ezen állapotában a beteg a legkülönbözőbb klimatikus helyeket is végigjárta és legjobben délvidéken érezte magát, a felvétel előtti időben is majd 1 évet töltött Spalatoban.

Felvételkor (1910 november 24.) a meglehetősen lesoványodott beteg arczszíne halvány, viaszkszínű. Izületei nagyjában rendben vannak, a térdeken régi maradékok láthatók és tapinthatók, mozgatáskor erősen ropognak. Új metastasisai is vannak a betegnek mintegy 3 hét óta a bal láb I. metatarsusán, valamint a bal lábháton a II. és III. lábtőcsontok alapizületeiben, melyek miatt a járás igen nehezére esik.

A tüdők teljesen épek, a szív felett a hangok tiszták, az aorta felett a második hang zörejes.

Vizelet I. tiszta, czafatokkal, ezekben genysejtek; II. és III. egészen tiszta. Geny +.

Rectalis tapintásnál mindkét ondóhólyag, de különösen a bal erősen megnagyobbodott, kemény és dudoros tapintatú, igen érzékeny; a prostata csak kis mértékben érzékeny. Nyomásra világos, híg prostataváladék jelenik meg, melyben a mikroskop alatt elvétve találok leukocytát. Az ondóhólyag-váladék normalisnak látszik, sagoszemcseszerű. Hőmérsék d. u. 5 órakor $37{\cdot}2^0$, pulsus 90.

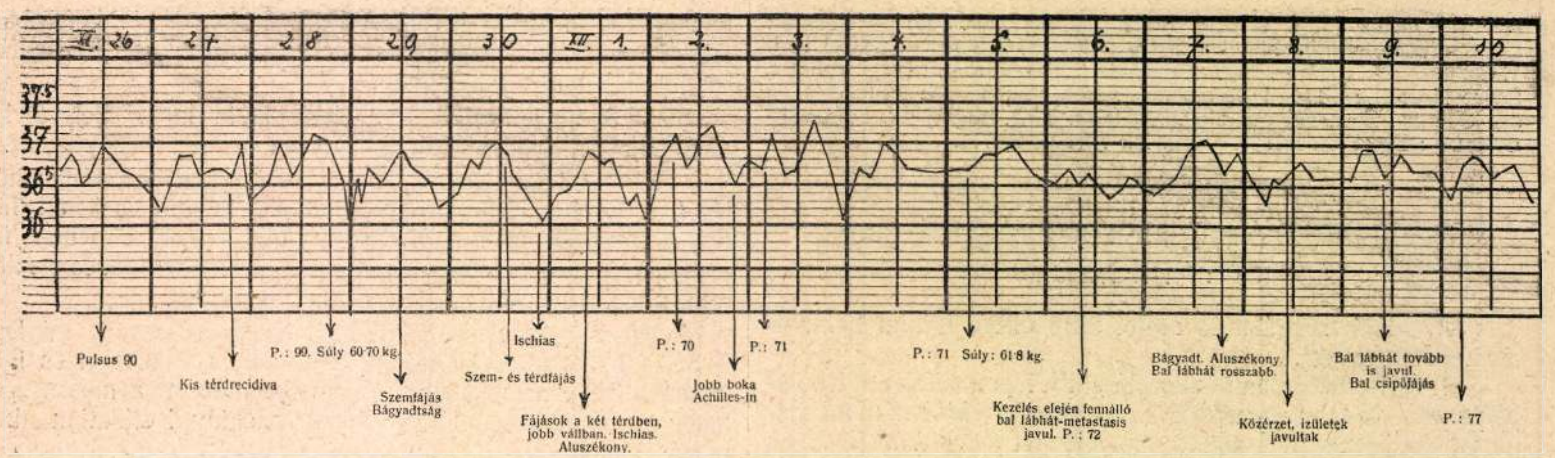
A kezelés második napján az éjjeli vizelet czafataiban leukocyták mellett Gram-positiv pálczákat és diplococcusokat találok. A massatum foszlányait serum-agarcsövekre átvittem; az első tenyésztés alkalmával (november 25.) nem nőttek telepek, előlről vegyes saprophytákat kaptam. Már a második tenyészetben (november 27.) előlről sokkal több telep nő, mint az előző alkalomkor és hátulról is kapok koloniákat. A telepeket fehér staphylococcus és pseudodiphtheria alkotja.

A bakteriologiai felvételeket rendszeres, másodnaponként folytatott massage-kezelés mellett foganatosítom. Azonnal az I. massage után számos apró recidivája támad a betegnek az izületeiben. E metastasisok rendszerint egyik napról a másikra gyógyulnak. A velük járó fájdalom a massage estéjén a legerősebb, reggelre megszűnik.

Deczember első felében visszatér az ischiasa mindkét oldalon, fájdalmassá válik a jobb váll- és jobb ugróizület, a kereszt-táj, az Achilles-ín, mindkét térd, a bal csípő, a jobb sarok és a bal váll. Rövid ideig tartó fejfájásai a szemgödörszél felől kiindulva is voltak, olyanok, milyeneket iritise kitörésekor érzett volt. (Először november 29.-én, a második massage után.) Esténként fáradt, aluszékony, bágyadt, hőmérséklete ingadozik, $36{\cdot}5^0$ és $37{\cdot}3^0$ között mozog. A kezelés megkezdése utáni napokban aránylag alacsony ($36{\cdot}3^0$—$36{\cdot}9^0$) hőmérséklet mellett szapora a pulsus (100 körül).

E muló metastasisok mellett állandóan tartja magát a bal lábháton ama fájdalmas metastasis, melylyel a kezelésbe lépett volt. Már az első massage-ok után fájdalmasabb lett, fölötte a bőr oedemásabb és csak 19 nap mulva

* A Budapesti Kir. Orvosegyesület 1911 május 13.-i ülésén tartott bemutatás.



zajlott le végleg. Helyileg alkoholborogatásokat alkalmaztatok és rugalmas pólyával történő begöngyöléseket.

Deczember második felében 1—2 kis recidiván kívül alig van kellemetlensége (bal térd, jobb váll). A bal lábhát metastasisa teljesen lezajlott már, közérzete jobb. A hőmérsékek nem változnak, aránylag magasan tartják magukat (37° körül).

A *vizelet* czafataiban a bacteriumlelet mindig positiv, a *massatumban* csak néha találok a mikroskop alatt bacteriumokat, az agarcsöveken végzett kulturalis vizsgálatok sem adnak kellő felvilágositást; mindez arra indit, *hogy az egész massage-váladékot (6—8 csepp) serum-agarlemezeken fogjam fel*, melyek előzőleg 24—48 óráig thermostatban tartva sterilnek bizonyultak. Deczember 15.-éről a 4 lemez egyikén nagy számban nőttek staphylococcus-telepek, a másikon ritkábban fejlődtek ki a coloniák. A harmadik lemezen csoportokba verődve finom streptococcus-telepek nőttek. A deczember 17.-én készített tenyészetben az egyik lemezen igen sok streptococcus-, a másikon igen sok staphylococcus-telep fejlődött.

A massage-váladék, mely eleinte világos-szürke, szabad szemmel normálisnak volt mondható és melyben a mikroskop alatt csak kevés genysejtet lehetett látni, a kezelés folyamán mindinkább sűrübb lett: apró genypontok, czafatok, majd sárga genyrögök vegyültek hozzá, sőt a massage 2. hetében *zöldes-genyes* lett az egész váladék.

A beteg deczember 21.-én elutazott és február végéig kezelésben nem részesült. Ezen idő alatt *két új metastasisa* fejlődött, az egyik a jobb kéz mutatóujján egy kis megerőltetés után (nehezen járó nagy kapukulcscsal megnyomta jobb mutatóujjának II. izületét), a másik a jobb lábtőcsontokban, miután czipőjéből a feleslegessé vált betéteket eltávolította. E metastasisok hamarosan elmultak és korántsem voltak oly fájdalmasak, mint a kezelés előtti utolsó spontán metastasis. Különben is kitünő közérzetről számol be leveleiben, testsúlyban gyarapodott mintegy 3 kilót, hőmérséke alacsonyabb, ritkán emelkedik 37° fölé. Egy-két apró, egy napig tartó recidiván kívül (jobb ischias, bal térd) kitünően érezte magát.

Február végén lép ismét kezelésbe. Összes súlygyarapodása november óta 5 kilo. Kitünően érzi magát, könnyen jár már betétek nélkül is. 3 hét óta semminemü izületi kellemetlensége nincs. Vizelet I. tiszta, czafatokkal, a bal ondóhólyag annyira javult, hogy most a jobb keményebb és dudorosabb nálánál. A massatum világos-szürke, egy-két czafat is van benne. Az igen erős massaget is jól türi. Márczius első felében rendszeres, naponta végzett massage-kezelés mellett mind világosabb lesz a váladék, márczius 10.-én egész parányi genypontocskák vannak csak benne. A vizelet tiszta, kis számú fonalaiban nem mindig positiv a bacteriumlelet (február 25.); márczius 1.-én azonban az éjjeli vizelet *egy czafatjában pálczikákból álló telepet találok. A tenyészetben a serumagar-lemezeken jóval kisebb számú telep nőtt, mig a deczemberi lemezek szinte be vannak hintve coloniákkal, addig ezeken megszámlálhatók a telepek.* Az igen erős massage-oknak semmi befolyása sincs a beteg közérzetére, a legtöbbjét a legkisebb kellemetlenség nélkül türi vagy éppen csakhogy emlékezteti 1—1 izülete (jobb váll).

Márczius közepén újabb recidiva állott be. Már a márczius 13.-i éjjeli vizeletben sokkal több a fonál, mint rendesen, mikroskop alatt ugyan nem találok bennük bacteriumot, de a tenyészetben meglehetősen bőven nő belőlük fehér staphylococcus. A massage váladékában eleinte több genypontocska jelenik meg, majd (márczius 15.-én) zöldessé válik, az ondóhólyag-váladék közé is több genyrög vegyül. *Testsúlyban 60 dekagrammot fogy, hőmérséke 37·1° körüli continuát mutat. A (márczius 15.-i) massage alkalmával (valószínüleg a bal ondóhólyagból) egy nagy, lenyomat alakú, szürkés, ondószerü váladékdarab ürült, melyből állás alatt számos kisebb-nagyobb genyrögöcske oldódik ki.* A diffus váladékban sok a leukocyta, a vizsgált foszlányokban egy helyen intracellularis diplococcust találok.*

Izületeivel azonban nincs baja.

A kezelés csupán rendszeres, naponkénti *erős massage*-ból áll.

Márczius végén a beteg 1 hétig ismét kezelés nélkül volt, ekkor 37°-os hőmérsék mellett új metastasisa képződött, oly helyen, mely eddig még nem volt beteg, a bal IV. metatarsalis csont distalis diaphysisén. Ismét naponta végzett massagera eltünik 3 nap alatt a metastasis, a massatum elveszti genyes jellegét, világossá, vékonynyá válik, benne minimalis nagyságú genypontocskák láthatók. Ezekben mikroskop alatt (április 7.) kevés a leukocyta, bacteriumot nem találok; a vizelet fonalainak genyes részleteiben (április 3) azonban positiv a bacterium-lelet (rövid és hosszú diplococcusok).

Április folyamán ismét jól van a beteg, a massage-kezelés rendszeresen folyik naponta.

Az április 10.-én megejtett tenyésztés alkalmával minden lemezen fejlődtek telepek, de igen kis számban. Az egy héttel utóbb készült tenyészet I. lemezén *bőven nőttek streptococcus*-coloniák, a többin staphylococcus és pseudodiphtheria nőtt ugyancsak bőven. Ezzel egyidejüleg új ischias-recidivája támad a betegnek.

A kinzó fájdalmak csak rövid ideig tartanak, néhány nap mulva tompa, idegenszerü érzés váltja fel őket. Izületei is nyugtalankodnak változó sorrendben, a nélkül, hogy e mellett subjective rosszul érezné magát és hogy az izületeken bárminemü objektiv elváltozást lehetne látni.

Most kitünően van a beteg. Arczszine igen jó, egészséges, viaszkos árnyalat nélkül. Az április 27.-i kultura jóval kevesebb coloniát szolgáltatott, mint az előtte valók. A hátulsó húgycső mirigyes adnexei lényegesen visszafejlődtek, a jobb oldal puha, teljesen rendben van, a bal a rendesnél kissé tömöttebb. A massage-váladék egészen világos, alig van benne genyes részecske.

A hőmérséklet állandóan 37° alatt. A pulsus 70—72.

Az utolsó, május 11.-én megejtett bakteriologiai felvételnél, mint ezt a körüladott kulturákból láthatni, még kevesebb telep nőtt mint eddig. A beteg tartós jóérzése mellett több órás gyalogsétákat mindennemü káros hatás nélkül tesz.

* Lásd *Picker:* A férfi idült kankójának helyi kórjelzése. Budapest, Eggenberger-féle könyvkereskedés. II. kiadás.

A 4 évig foglalkozásától teljesen távol élt beteg most végleg visszatér Bécsbe ügyvédi irodájába.

* * *

Az elmondottak tanusága szerint a beteg nálam *sem gyógyszeres, sem diaetás általános, sem pedig valamelyes urologiai instrumentalis kezelésben nem részesült. Kizárólag a digitalis vizsgálat és massage-kezelés által tudtam a retentiós góczokat a hátulsó húgycső mirigyes függelékeiben megtalálni és kiüríteni. Diagnosisom helyességét* az általam már más helyen* bőven leírt *rövid tartamú metastasisok megjelenése igazolja, kezelésem sikeressége* mellett pedig az *elért teljes gyógyulás szól.*

Ezen eset tehát nem „kryptogenetikus“ húgyszervi, hanem az *ondóhólyagból kiinduló sepsis*, eleinte gonorrhoeás, utóbb postgonorrhoeás, saprophytás alapon.

Az idősült bélpangásról és hasonló kórképekről.

Irta: ***Pólya Jenő*** dr.,
közkórházi főorvos, egyetemi magántanár.

A divat szeszélye, mely még a tudomány szentelt berkeit sem kiméli, ezidőszerint úgy látszik a vastagbélnek kedvez. Fokozott érdeklődés mutatkozik a colitisek, pericolitisek iránt, melyek tárgyalását az idén összeülő internationalis sebésztársaság is programmjára tűzte. És míg egyes szerzők csak a vastagbél pathologiáját gazdagították új kórképekkel, minők a coecum mobile (*Wilms*), a typhlatonia *(Fischler)*, melyeket *Cheinisse* a „pseudoappendicitis“ név alatt foglal össze (Ref. Orvosi Hetilap, 1910. 125. l.), továbbá a coecum torsiója (*Klose*), a flexura sigmoidea túlságos mozgékonysága, lazasága (*Curschmann, Göbler*), addig *Arbuthnot Lane* és tanítványai *Metschnikoff* nyomán az emberiségnek legtöbb baját, köztük a fentemlítetteket is, a vastagbél hiányos kiürüléséből származtatják.

A német sebésztársaság és a német belgyógyásztársaság legutóbbi congressusa és néhány, az utolsó hónapokban megjelent érdekes közlemény (*Arbuthnot Lane*-é és tanítványáé *Chapple*-é: Berl. klin. Wschrift, 1911 ápr. és *Lejars*-é: Semaine medicale, 1911 május 24.) foglalkozott a szóbanforgó tárgygyal és ezek ismertetése kapcsán óhajtunk néhány reflexiót fűzni ezekhez a kérdésekhez.

* * *

A *coecum mobile* kérdése egyik főthemája volt az idei sebészcongressusnak. *Wilms*, a ki e kérdést újabban felszínre hozta, volt a referens. Szerinte a nagy, tágult, hosszú mesenteriumon lógó vakbél, a melyben pang a bélsár, fájdalmas. A bélsárpangást fokozza a colon ascendens antiperistaltikás mozgása, mely physiologikus jelenség. A pangó bélsár beszárad, ez a coecumban hurutot és spasmusos összehúzódásokat idéz elő; ezek ismét vongálják a mesocoecumot és a mesenteriolum processus vermiformist és ezen vongálási fájdalmak azok, melyek ilyen esetekben a chronikus recidiváló appendicitis klinikai képét hozzák létre. *Klose* Rehn klinikájáról viszont a coecum mobile által lehetővé tett habitualis coecumtorsióban látja ezen appendicularis fájdalmak okát és egyszersmind azt hiszi, hogy az acut appendicitisek nagy részét éppen ez a coecumtorsio idézi elő. Ezzel szemben *Dreyer* anatomiai vizsgálatai alapján hangsúlyozta, hogy a coecum mobile igen gyakran fordul elő, a nélkül, hogy fájdalmat vagy obstipatiót okozna. *Körte* nem tapasztalta, hogy olyanoknak, a kiknek coecum mobilejuk volt, nagyobb fájdalmaik lettek volna, mint a többieknek, *Sonnenburg* tapasztalata pedig éppen az, hogy azoknak vannak nagyobb fájdalmaik, a kiknek a coecuma fixált és úgy ő, mint *Sprengel* kiemeli, hogy a szabad coecum jobban és könnyebben tudja kiüríteni tartalmát, mint a fixált. *Wilms* Röntgen-leleteinek, melyek szerint a coecum mobile csak 24 óra és hosszabb idő alatt ürül ki, *Sonnenburg* és *Körte* kevés jelentőséget tulajdonítanak, mert a bismuth távozása a belekből sokféle körülménytől függ és ezen megfigyelések értékesítésében könnyen tévedhetünk. Míg *Wilms* szerint a chronikus appendicitis képét utánzó coecalis fájdalmak eredete a coecum spasmusos contracturája, addig *Fischler,* ki a belgyógyászati congressuson szólalt fel, ezen rohamszerű fájdalmak okául a coecum atoniáját és következményes kitágulását (typhlatonia) tekinti, melynek oka a coecum catarrhusa. Maga az, hogy a coecum mobilis, szerinte sem okoz tüneteket az élőn és ugyanezt mondja *Stierlin, Wilms* assistense, kit *Lejars* citál, hogy tudniillik a coecum mobile csak akkor okoz tüneteket, ha primaer vagy secundaer, a colon valamely más helyén, leggyakrabban a flexura lienalis táján székelő akadály folytán beálló obstipatio miatt atoniássá válik.

Az alapja pedig annak, hogy új kórképek után kereskednek, az, hogy a jobb csípőtányér táján székelő, nem specifikus lobfolyamatok összességét nem fedi teljesen az appendicitis fogalma, mint a hogy azt az elmult 2 évtizedben felvettük és ezért kezdünk visszatérni a rég elfelejtett typhlitishez és nemcsak belgyógyászok, mint *Ewald, Fischler* hangsúlyozzák a coecum catarrhusának oki jelentőségét bizonyos chronikus „appendicularis“ jelenségek keletkezésében, hanem maga *Sonnenburg*, egyike azoknak, kik az appendicitis modern tanának kiépítése és az orvosi köztudatba való átmenetele érdekében a legtöbbet tették, legutolsó munkájában, az internationalis sebésztársaság részére készített referatumában, typhlocolitis név alatt szinte feltámasztja a régi typhlitis stercoralisok tanát, ha mindjárt hozzá is teszi, hogy az ehhez társuló secundaer appendicitis bizonyos esetekben a typhlitis elmulása után is, mint önálló kórkép állhat fenn tovább. Mindenesetre osztanunk kell *Körte*-nek a német sebészcongressuson kifejtett aggodalmát, hogy az appendicitis jól megalapozott tanának megingatása csak kárral fog járni a publicumra nézve és visszaesést fog jelenteni a gyógyeredményekben. Kétségtelenül tisztában kell lennünk a diagnostikai tévedések lehetőségével és a módokkal, a melyekkel azokat elkerülni lehet, de nem szabad abba a túlzásba esnünk, hogy néhány hamis diagnosis miatt, a mely némi gondossággal a legtöbb esetben elkerülhető lett volna, feláldozzunk egy felfogást, mely therapiás eredményeiben eddig igazán áldást hozó volt.

* * *

Sokkal nagyobb conceptiójú az a kórkép, melyet *Arbuthnot Lane* mint chronikus bélstasist ismertetett meg.

Fejtegetéseinek magva az, hogy az egyenes állás folytán s bélben oly anatomiai elváltozások, megtörések és torsiók képződnek, melyek a béltartalom tovahaladását lényegesen gátolják. Az egészséges ember 24 órából átlag csak hetet fekszik, egyébként áll vagy ül és ezt a testtartást teszi *Lane* felelőssé azokért a megtöretésekért, a melyeket a gyomorbélcsatorna főképp ott szenved el, a hol erősebben rögzített részei szabadabban mozgó részekbe mennek át, így elsősorban a pyloruson, a flexura duodenojejunalison, az ileocoecalis átmenet helyén, a flexura coli hepaticán és lienalison, a flexura sigmoidea és végbél határán; a megtöréshez összenövés, torsio és a 2 fix pont között rögzített, egyébként lógó képletek, minők a gyomor, coecum, colon transversum, sigmakacs tágulása csatlakozhatik, a mihez a gyomornál még a telt colon transversum által való vongálás is járul; ezen körülmények egyfelől a bélcsatorna hiányos kiürülését vonják maguk után és ebből származó általános mérgezést, mely a máj, vese, izmok, erek chronikus lobos folyamatait és infectiókkal, különösen a tuberculosissal és a rák fertőző anyagával szemben való gyöngült ellenállóképességet von maga után, másfelől a szűkületek közé eső, kitágult zsigerek hurutos, lobos folyamatait, fekélyedéseit és így a gyomoratonia, gyomor- és patkóbélfekély, appendicitis, typhlitis, colitis, sigmoiditis mind mind lényegileg nem egyéb, mint a bélstasis folyománya, nem szólva arról, hogy a megtörések

* *Picker*: Tanulmány a húgyszervi fertőző betegségek kórtanához. II. fejezet. Orvosi Hetilap, 1910. 43. sz.

és vongálások helyei különös hajlamot mutatnak a rák képződésére és így a béltractus rákjai is végeredményben ezen bélstasis következései volnának.

A tünetek, melyekkel ez a bélstasis jár, *Chapple* szerint a következők: obstipatio, feszülés érzése és rohamokban jelentkező görcsös fájdalmak a has legkülönbözőbb részeiben, erős fejfájás, hányásinger, étvágytalanság, a testsúly csökkenése, a kezek és lábak feltünő hidegsége, a mit circulatiós zavarokra vezet vissza, szellemi apathia, rossz szájíz, izomfájdalmak, az izületek hiányos mozgása. Objective: sápadt bőrszín, barna bőrfoltok, melyek annál erősebbek, mennél messzebb fekszik az akadály a gyomortól, az emlőkben csomók, melyek chronikus mastitisre vagy cystikus elváltozásra vallanak és melyek malignus degeneratióra hajlamosak, de ileocolostomia után feltétlen elmúlnak. A hasban különböző helyek érzékenységét, különböző bélrészletek tágulatát lehet kimutatni, a Röntgen is a bélsár lassú tovahaladását demonstrálja.

* * *

Oly theoria, mely a mi viszonyaink közt legalább is a felnőttek közül legtöbb áldozatot igénylő betegségeknek: a tuberculosisnak, a ráknak és az endoarteritisnek problemáját egy csapással megoldja — nem is szólva a nephritis, hepatitis, ulcus ventriculi, appendicitis és sigmoiditisről —, még akkor is érdekes, ha nagyon kevés szilárd basissal bír és azt hiszszük, ez a legenyhébb itélet, melyet *Arbuthnot Lane* theoriájáról mondani lehet.

Már maga a kiindulási pont téves, az t i. hogy a törzs függélyes helyzetét okolja a bélcsatorna olyan alakbeli elváltozásaiért, melyekért elsősorban a bél változó kifejlődése tehető felelőssé. Tudjuk, milyen komplikált a bélfejlődés, milyen változatosak ennélfogva a bél hosszúságbeli és rögzítési viszonyai, és tudjuk azt is, hogy elsősorban ezen körülmények határoznák meg a bél, különösen a vastagbél alakját. Ha a vastagbél csak 1 méter hosszú, természetesen kevésbé kanyarulatos lefutásában, mint a 2 méter hosszú vastagbél és az is természetes, hogy a kacsképződés és guirlandszerű lefutás, a mit *Arbuthnot Lane* mint pathologiás phaenomentt ír le és a mi egyszerű congenitalis alapú variatio lehet, a vastagbélnek szabad mesoval bíró részletein, elsősorban a coecumon, a colon transversumon és a flexura sigmoideán fog létrejönni.

Az ellenben kétségtelen, hogy a hasüri szervek helyzetére a nehézkedési erő csak igen korlátolt befolyással bír. A legfontosabb tényező, mely a hasüri szervek helyzetét megállapitja: az intraabdominalis nyomás. A míg a hasizomzat jól és tökéletesen működik, addig a törzs függélyes tartása nem idézi elő a hasüri szervek helyzetének megváltozását, ellenben minden helyzetben bekövetkezik ez, ha a hasfal laza, lógó, a mint azt már *Glénard* rég kifejtette.

Nagyon nehéz volna megállapitani azt, hogy a bél azon alakbeli viszonyai, melyeket *Lane* leír, minő viszonyban állanak a bél passage-ával. *Lane* a passage-zavarok főokát a mechanikai momentumokban látja, a bél megtörésében, torsióiban stb. Azonban tapasztalati tény, hogy ha ilyenféle elváltozások lassan, fokozatosan keletkeznek, nem igen nagyfokúak, a bélfal pedig ép és van rá ideje, hogy accommodálódjék a meglevő akadályokhoz, akkor passage-zavar egyáltalán nem keletkezik. Mily gyakran találunk sectio alkalmával bélösszenövéseket, melyek az életben semminemű zavart sem okoztak, pedig az anatomiai elváltozások sokkal súlyosabbak, a mechanikai akadályok sokkal kifejezettebbek, mint a *Lane* által vázoltak. Egyik jeles tanárunk korholta így az egyik hallgatóját, a ki az össze-vissza nőtt beleket nem birta felvágni: „Látja a bélsárnak több esze volt, az megtalálta az útját.“

Másfelől az is bizonyos, hogy sokszor az akár lobos folyamat, akár a bél egyszerű kitágulása folytán paresises bélfal egyszerre képtelenné válik az addig könnyű szerrel legyőzött akadályok leküzdésére és hogy a megtört kacs szárainak lobos összenövése vagy a bél tágulása az addig relativ mechanikai akadályt a megtörés fokozása által abszoluttá teheti. Kétségtelen, hogy ily esetek gyakran előfordulnak s hogy ily módon acut ileus támadhat, mely műtéti vagy spontán megoldódás után recidiválhat. De ezen acut ileusos attakok éppen azok, melyekre *Lane* legkevésbé helyez súlyt.

Az a körülmény, hogy a vastagbél egyes részletei megnyúltak, mechanikai akadály csak akkor volna, ha a *Treves*-féle „szalag feletti elzáródás“ mechanismusa szerint a megtelt kacs súlyánál fogva lelógna, mint a „karon lógó plaid“, s ezáltal tartalmának kiürítésére teljesen képtelenné válnék, a mi a felfüggesztés módja és a béltartalom viszonylagos szilárdsága folytán a vastagbélben ritkán fordul elő (néhányszor van leirva a flexura sigmoideán). Egyébként, mivel a megnyúlással nagyobb mobilitás jár és a mobilis bél tökéletesebben bir összehúzódni, mint a kevésbé mobilis, a megnyúlt bél tökéletesebben birja tartalmát kiüríteni és a flexurákon reája háruló akadályokat leküzdeni, mint a rövidebb és így feszesebben rögzített.

Egy dolog mindenesetre szerepet játszik itt, a mit *Lane* nem említ, és ez az, hogy a vastagbél vízfelszívó szerv lévén, minél hosszabb a bél, annál inkább kiszárad a benne levő bélsár és így nehezebben tovamozgóvá válik. Úgy hogy elméleti okoskodással eldönteni azt, vajjon a vastagbél hosszúsága minő befolyással van a bél kiürülésére, nem igen lehet. Itt is, mint minden orvosi dologban, csak az empiria, az anatomiai tényeknek és klinikai megfigyeléseknek gyüjtése hozhat világosságot.

* * *

Ha *Lane* nyomát követve, a civilisatiót okoljuk a habitualis obstipatióért, akkor inkább a civilisatio egyéb következményei felelősek ezért, mint a törzs függélyes helyzetben való tartása. Elsősorban, mint az közismeretű, a táplálék megválasztása, a túlságosan „tápláló“ ételek élvezete, melyek a vékonybelekben nagyon jól kihasználtatnak, úgy hogy a visszamaradó emészthetetlen felesleg nem izgatja eléggé a vastagbelet. A vastagbél összehasonlító anatomiája is azt tanitja, hogy a vastagbél annál kifejlettebb, mennél több az emészthetetlen ballast a felvett táplálékban. A húsevők vastagbele rövid, a növényevőké hosszú. A vegyes táplálékra praedestinált ember vastagbele középhelyzetet foglal el a kettő között, mindenesetre hosszabb, mint a tisztán húsból álló, vagy a szintén jól kihasználható tej-, tojás-, kenyér-táplálóknak megfelelne, a miből különösen a jobb osztályokhoz tartozó publikum tápláléka elsősorban áll. Általános tapasztalat, hogy a vegetabiliák, főzelék- és gyümölcsfélék nagyobb mérvű fogyasztása, különösen ha a bekebelezett táplálék a bélcsatornát mechanice izgató alkotórészeket (minők pl. apró magvak, korparészek a fekete kenyérben stb.) tartalmaz, a makacs obstipatiókat is kedvezően befolyásolja.

De ezen túlságosan kihasználható és a konyhaművészet által még könnyebben emészthetővé és kihasználhatóvá tett diaetán kívül más momentumai is vannak a civilizált életnek, a miknek az obstipatio előidézésében nagy szerep jut és a mire általában nem igen szoktak súlyt helyezni.

Az első a sietség, az elfoglaltság, melynél fogva az illető egészen megfeledkezik a székürítésről vagy nem vesz magának elég időt ahhoz, hogy a vastagbél végében és a rectumban levő bélsárrögöket, ha szárazabbak és nehezebben jönnek ki, kinyomja. Természetes, hogy mennél tovább maradnak vissza ezek a scybalák, annál inkább beszáradnak, annál nehezebben távoznak el és felettük annál több bélsár gyűlik össze. A vége a dolognak az, hogy nagy erőlködéssel naponta 2—3 széke is van az illetőnek, de a sigma és rectum tulajdonképpen sohasem ürül ki.

A második momentum, a mire figyelmeztetni óhajtanék, az, hogy a modern closetteken elfoglalt ülőhelyzet sokkal alkalmatlanabb a bélkiürítésre, mint volna a természetes guggoló helyzet, melyet az erdőn, mezőn székelő ember elfoglal.

A végbél tartalmának kiürítésére ugyanis, különösen ha a bélsár keményebb, nem elegendő a végbél saját izom-

zata és a levator ani, hanem hozzájárul a hasprés is. A hasprést pedig guggoló helyzetben megerősíti a czombok elülső felületéhez való hozzátámaszkodás, esetleg az, hogy a karok átölelik és magukhoz szorítják a czombot. Csak egy szóval utalok itt arra is, hogy ezen guggoló helyzet alkalmával egyszersmind a legfontosabb sérvkapukat, a lágyék- és czombsérvkapukat is elzárják a czombok és így az e helyzetben való székelés a sérvképződés és a székelés alatti sérvkizáródás elkerülése szempontjából is sokkal kedvezőbb.

* * *

A mi már most a *Chapple* által leírt kórképet illeti, *Lejars*-ral együtt kénytelenek vagyunk azt mondani, hogy ez a kórkép nálunk ismeretlen. Tulajdonkép, ha pontosan akarjuk kifejezni magunkat, azt kellene mondanunk, hogy ebben az összeállításban ismeretlen. Kissé vulgaris hasonlattal álarczos bálhoz hasonlíthatjuk, a hol sok mindenféle, különböző korokba és helyre tartozó figura van jelen. És a mint az ember sohase hitte volna, hogy a tógás római s a ligeti kintornás versenyt udvaroljon egy púderezett hajú marquisnőnek, úgy nem képzelte el azt sem, hogy egyszer egy kórképbe olvasztva fogja látni a habitualis obstipatio okozta neurastheniás és gyomortüneteket a tuberculosis kezdő symptomáival, kiegészítve a *Glenard*-féle enteroptosis és a *Stiller*-féle asthenia congenita egyes jelenségeivel és megtoldva emlőcystákkal. Egy dolog minden kétségen felül áll, hogy t i. e kórképek külön-külön gyakrabban fordulnak elő, mint együtt. Látunk viruló egészségű és jól, sőt igen jól táplált egyéneket obstipatióval és kapnak tuberculosist olyanok, a kiknek sohasem volt obstipatiójuk. Nem csoda azonban, tekintve, hogy úgy a habitualis obstipatio, mint a tuberculosis igen gyakori, hogy a kettő elég sokszor fordul elő együtt is és hogy ez a combinatio éppen astheniás alkatú egyéneken jön létre, a kik obstipatióra is, tuberculosisra is hajlamosabbak. De ez még nem elegendő támpont egy új kórkép felállítására.

* * *

Új kórképek felállítása, új pathologiai theoriák megalkotása ártatlan mulatság mindaddig, míg belőle therapeutikai következtetéseket nem vonunk vagy a míg a levont praktikus következtetések olyan ártatlanok, mint a *Metschnikoff*-félék, a ki az egészségre ártalmas bélflórát yoghurt itatása által véli elpusztítani. De komoly és veszedelmes akkor, ha ezen theoriák alapján oly nagyszabású műtétekre érezzük magunkat feljogosítva, mint az *Arbuthnot Lane* által ajánlott ileocolostomia és colectomia, vagyis az egész vastagbél kiiktatása, illetve kiirtása.

Igaz, hogy az eredmények, melyeket *Chapple* 50 kórtörténetében közöl, általában igen szépek. Csodás gyógyulások, az egész közérzetnek, táplálkozási állapotnak egy csapással való megjavulása, jelentékeny súlygyarapodások etc. etc. következtek be a leirás szerint e műtétek után, de vannak pontok, melyeket ezen kórtörténetek alapján nem látunk egészen világosan.

Ilyen első sorban a mortalitás. E szempontból mindössze a Guy Hospitalnak utolsó 16 esetéről számol be 1 halálozással, de kétségtelennek tartjuk, hogy az összes operált esetekben ennek a nagy beavatkozásnak lényegesen nagyobb arányú halálozása volt.

A második pont a műtét utáni nehézségek kérdése. A közölt kórtörténetekben is több esetről van szó, a hol utólagos nehézségek relaparotomiát tettek szükségessé és 2 esetről, a hol a folyton újonképződött összenövések miatt állandó fájdalmak voltak jelen; kisebbszerű fájdalmak, flatulentia pedig gyakrabban maradtak vissza.

A mi hiányzik ezekből a kórtörténetekből és a mit hasonló műtétekről írt másféle beszámolókban gyakran olvasunk, az a lateralis ileosigmoidostomia után beállni szokott passagezavar és a vékonybéltartalomnak direct a végbélbe való vezetése után állandóan észlelt diarrhoea.

Az utolsó sebészcongressuson volt éppen szó arról, hogy az ilyen lateralis ileocolostomiák után a vastagbélnek az anastomosistól oralisan fekvő részlete gyakran rendkivül megpuffad és ezáltal súlyos ileustüneteket okoz. *Riedel* beszámolt egy esetről, a hol az ilyen lateralis ileocolostomia után támadt passage-zavarok sokszor megismételt laparotomiával sem voltak megszüntethetők és végre is csak állandó bélsársipolylyal birták a szegény fiatal nőt fájdalmaitól megszabadítani.

A másik kellemetlen következmény, mely a vékonybél tartalmának direct a végbélbe való vezetését az eddigi irodalmi adatok szerint állandóan követi és mely a *Chapple* által közölt esetekben feltünő módon sohasem jelentkezett, az állandó diarrhoea, melynek oka az experimentalis vizsgálatok szerint a vékonybéltartalom által előidézett állandó végbélhurut.

* * *

Nagy óvatossággal kell tehát fogadnunk ezeket a műtéteket. Pálczát törni felettük nem lehet és kétségtelenül lesznek esetek, a melyekben a vastagbélben székelő tényleges anatomiai akadályok végrehajtásukat indikálttá teszik, de hogy az ileocolostomia a leggyakoribb műtétek egyike legyen, melyet a bélbeli toxinabsorptio meggátlása s ezzel az arteriosclerosis és a legkülönbözőbb szív-, vese- és májbajok elkerülése czéljából nap-nap után fogunk végezni, a mint azt *Chapple* gondolja, attól azt hiszem még nagyon távol vagyunk és addig inkább más módon, a táplálék helyes megválasztásával, okszerű életmóddal és a hasizmok czélszerű gymnastikájával igyekszünk az egészség fentartása szempontjából természetesen okvetlenül szükséges rendes bélkiürülést elérni.

Báron Jónás †

1845—1911.

A magyar orvosi kar egyik legnevesebb és legsympathikusabb tagja költözött el e héten az élők sorából; meghalt *Báron Jónás*, a pesti izraelita kórház sebész-főorvosa.

Férfikora teljében, fáradhatatlan munkásságának kellős közepén, teljesen váratlanul érte a halál. Szerdán reggel még kiment a kórházba, ott szokott fiatalos energiájával végezte teendőit, 11 órakor rosszul lett, hazament és egy órakor már halott volt. Szívszélhűdés vetett véget munkában és sikerekben egyaránt gazdag életének.

Báron Jónás selfmademan volt a szó legvalódibb, legnemesebb értelmében. Mint szegény gyöngyösi család sarja, gondokkal és nélkülözésekkel küzdve végezte el tanulmányait. Egy évvel diplomájának megszerzése után a pesti izraelita kórház kötelékébe lépett mint alorvos. Majd a *Kovács*-klinikán lett műtőnövendék s a műtői diploma megszerzése után, 29 éves korában vette át 1874-ben a pesti izraelita kórház sebészeti osztályának vezetését s ez időtől kezdve igazán utolsó lehelletéig ezen intézményt szolgálta és nagy része van abban, hogy az akkoriban primitiv kórház manapság az ország egyik legelső intézetévé fejlődött. Kiváló sebészi ügyessége, sikerei csakhamar megszerezték számára a közönség bizalmát és különösen a 80-as években valósággal dominálta *Kovács* mellett a sebészi praxist.

Működése éppen arra az időre esik, midőn a sebészet korszakos változásokon ment át. Természete inkább a conservativismus felé hajlott, az újat, a szokatlant bizalmatlanul fogadta, de a jót és hasznosat mindig sietett elfogadni és megvalósítani és nem szünő energiával sajátította el mindazt, a mit a haladó chirurgia a kor szivonalán álló sebésztől megkivánt.

Csak egyről nem birt letenni, arról, a mi még haló porában is bálványozott mesterének, *Kovács József*-nek is legmarkánsabb vonása volt: a kiméletlen őszinteségről, melylyel kicsinek és nagynak, betegnek és egészségesnek egyaránt mindig megmondotta azt, a mi a szivén feküdt és a mivel az igazságnak tartozott.

Leplezetlen igazságszeretete meg is szerezte neki a goromba jelzőt, de a kinek nemcsak futólag volt vele dolga,

az tudta, hogy az érdes külső alatt a legjobb, a legnemesebb, a legemberiesebben érző szív dobog és köztudomású, hogy számos szegény medikust, kiknek a kezelésére bízott hitközségi ösztöndíjakból nem tudott juttatni, a saját pénzéből segélyezett és szegény betegei is sokat mondhatnának az ő véghetetlen jóságáról, nem szólva arról a kimondhatatlan ragaszkodásról és áldozatkészségről, melyet családjával szemben tanusított.

Ritka éles esze, kitünő megfigyelőképessége és rendkivül gyors gondolkodása volt, innen nagy érzéke a komikum iránt és ez volt a forrása annak a számtalan szellemes mondásnak, mely úgyszólván öntudatlanul fakadt az ajkán és mely mint anekdota és szállóige bejárta az egész országot. Bízvást mondhatjuk, hogy nem volt még magyar orvos, a kiről annyi jóízű adoma keringett volna, mint éppen ő róla.

Sajnos, ezen „bároniádák“ egy része ferde színben tüntette fel őt magát és az a sok tréfás elbeszélés, mely arról szólt, milyen furcsa és furfangos módon jutott egyszer-másszor az ő jól kiérdemelt honorariumához, azt a hitet keltette sokakban, hogy pénzvágyó ember.

Pedig ez nem így volt. Ezekben az anekdotákká kristályosodott honorariumügyekben, melyeknek különben alig a fele igaz, egy pár „bároniádát“ Németországban *Mikulicz*-ről hallottam elmesélni, őt leginkább az a szándék vezette, hogy a véleménye szerint megsértett kari és egyéni önérzetet a maga őshumortól duzzadó modorában reparálja. Mert ő egyfelől az orvos munkájának lebecsülését látta abban, ha a patiens nem honorálta anyagi viszonyaihoz és a tett szolgálatokhoz mérten; ő maga sohasem mulasztotta el, hogy a saját személyének vagy családjának tett legkisebb orvosi szolgálatot aránytalanul szép ajándékkal hálálja meg, másfelől pedig mint okos ember, a ki meg volt győződve a maga okosságáról, nem birta tűrni azt a gondolatot, hogy valaki azt higyje, hogy az ő eszén túljárt. De soha, soha nem csinált üzletet az orvosi praxisból és ha a modern chirurgia minden stomiáját és tomiáját el is sajátította, a dichotomiát nem birta és nem akarta megtanulni.

Vérbeli, lelkes, rendkívül lelkiismeretes orvos volt, telve ambitióval és a tudomány igaz szeretetével, a kinek pihenése abban állott, hogy bonyolódott mathematikai tételek tanulmányozásába merült és az antik és modern klasszikusokat olvasta. Egyáltalán a könyv volt az egyetlen luxus, a melyet megengedett magának.

Mint sebész mindent megcsinált és mindent jól csinált meg, de különös előszeretettel foglalkozott a sérvekkel és a húgykövekkel. Magántanári habilitatióját is a sérvek kór- és gyógytanából kapta és tudományos működése is főleg a herniologia keretében mozgott, bár más sebészeti kérdésekről is szép számmal vannak közlései. Mint egészen fiatal orvos egy sebészeti tankönyvet is írt, mely 18 íven jelent meg s akkoriban, magyar tankönyv teljes hiányában hézagpótló volt. Tudományos társulataink életében, az újabb időben különösen a sebészeti szakosztályében, melynek alelnöke, és a magyar sebésztársaságában, melynek alapitása óta pénztárosa volt, élénk részt vett, a magyar orvosok és természetvizsgálók vándorgyűlésein is több cyclusban szerepelt mint szakosztályi elnök.

Becsületes, nehéz munkában eltöltött és megérdemelt sikerekben dús élet ért véget *Báron Jónás* halálával. Emléke mindenha kedves és tisztelt lesz azok előtt, a kik ismerték.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

P. Rodari: Lehrbuch der Magen- und Darmkrankheiten. Zweite Auflage. Wiesbaden, 1910. 8°, VIII + 521 lap.

A könyv bevezető részét a gyomorbetegségek kóros előzményeinek, nemkülönben a vizsgáló módszereknek ismertetésével kezdi, hogy azután a gyomorbántalmak igen részletesen megírt gyógyszeres és physicalis therapiájára térjen át. S a míg az általános diagnostikai rész semmi újat sem tartalmaz, sőt néhol téves is (így az aloin-próba ismertetésekor a terpentin-olaj hozzáadása elmaradt), a therapiás részen sok helyütt meglátszik, hogy a szerző önálló kisérletes vizsgálódásain és tapasztalatain épült fel.

A mesterséges táplálószerekről írott fejezetben mint az étvágyat is javító szert melegen ajánlja a fersant, noha, a hogy a mindennapos gyakorlat eléggé mutatja, rontja az étvágyat. Nagy barátja a szerző a drága somatosenak s a még drágább sanatogennak, holott az ezeknél éppen harminczszor olcsóbb aleuronat és bioson ugyanazon szolgálatot teszi: evvel a körülménynyel különben a mi orvosaink sem igen számolnak.

A sók befolyását az emésztésre a katalysis alapján értelmezi: így pl. az oldott mészsók mint katalysator aktiválják a hasnyálmirigy nedvét, akár az enterokinese. A szerző joggal veti fel a kérdést, hogy vajjon a therapiás czélból adott arsen, phosphor, kén, nem mint katalysator hat-e. Kisérletes vizsgálatai közben a radium-emanatiónak a gyomorsósav elválasztására semminemű befolyását sem észlelte ugyan, de a pepsinhatást élénkítő tulajdonságát ő is elfogadja s a gyógyforrásoknál végzett ivókurák eredményesebb voltát mégis csak a víz radioactiv voltában keresi.

Rodari könyvében az összes fontosabb ásványvizek vegyi összetételét és javalatait megtalálhatni, de pl. a karlsbadi kúra ellenindicatiói sorából a tuberculosis, a különféle szívbajok incompensatiós szaka s a szervezet általános bomlása (cachexia) elmaradt.

Az egyes gyógyítószerek pharmacodynamikájában joggal helyteleníti a bismuth-sóknak alkaliákkal való együttes adagolását (a legelterjedtebb formula: Rp. Bismuth subnitr., Magnes. carb., Natr. bicarb. aa), e sók hatásának alapfeltétele ugyanis a *szabad sav*. Az ezüst-sókkal végzett kisérletei szerint az ép gyomor secretiója arg. nitricumra fokozódik, míg ha lobos a mucosa, csökken a sósavelválasztás; ebből önként következik, hogy csak a gyomorhuruttal szövődött gyomorfekélyt szabad lapissal kezelni. A mérges bismuthsók pótlására ajánlott *Klemperer*-féle escalin nem felel meg czéljának, mert a gyomornedvelválasztást fokozza.

Tekintve, hogy a keserű anyagok csak a szájnyálkahártya idegei útján, reflexes úton hatnak a gyomornedv elválasztására, azok a szerző szerint az étkezés előtt legalább egy órával adandók, annál inkább, mert a pepsin hatását a keserű anyagok csökkentik, a mi már egymagában eléggé okadatolttá tenné a széltében-hosszában adott keserű anyagok adagolásának józan megszorítását. A pepsinborok hatása nagyon kétséges, mert hisz a pepsin alkoholos oldatban nem emészt. Csökkent vagy teljesen szünetelő sósavelválasztás eseteiben a pancreatint vagy még czélszerűbben a papayotint ajánlja, mely utóbbinak koncentrált oldata 200-szor annyi fehérjét tud megemészteni.

A bő therapiás részt a gyomor- és bélbetegségek rendszeres ismertetése követi, mely a dolog természeténél fogva újat alig tartalmaz. *Rodari* könyvét különben is az általános therapiás fejezetek teszik értékessé s elolvasásra méltóvá.

Halász Aladár.

Lapszemle.

Belorvostan.

A tüdőgümőkór gyógyitásáról magából a betegből származó köpet szüredékével. Ezen czímen teszik közzé *Passini* és *Wittgenstein* azon kisérleteiket, a melyeket a bécsi egyetem II. sz. belklinikáján végeztek. A tüdővészes beteg köpetét magasabb légnyomáson, 37—40° C hőmérséken folyóssá téve, bakteriumok számára átjárhatlan filteren megszűrik s az ily módon nyert világos sárga, átlátszó, gyengén alkaliás folyadékot fecskendezik a glutaeusokba eleinte 2 cm.-nyi, majd fokozatosan nagyobb adagban. A betegen úgy általános, mint helyi reactio jelentkezik (1·5—2°-os hőemelkedés, a beteg tüdőrészek felett a szörtyögőzörejek megszaporodása). A

kisérletek, a melyeket folytatnak, eddig elég biztató eredménynyel jártak. Tekintettel arra, hogy magának a betegnek megszűrt köpetében nemcsak a gümőkór elleni immunizálás szempontjából hatásos anyagok foglaltatnak, hanem nyilván olyanok is, a melyek a gümőkórban oly jelentős szerepet vivő vegyes fertőzések tekintetében is hatásosak lehetnek: az ilyen irányú további kisérletezés jogosultnak mondható. (Wiener klinische Wochenschrift, 1911. 30. szám.)

Sebészet.

A gyomorfekély és következményeinek sebészi kezeléséről ír *L. Kuttner*. A szerző a sebészi kezelést elsősorban a belső kezelés eredményétől teszi függővé, másodsorban azoktól a veszélyektől, melyek az ilyen beteget fenyegetik, végül azon haszontól, melyet a betegnek a műtét által nyujthatunk. A mi a belső kezelés eredményeit illeti, *Leube* 1897-ből eredő statisztikája szerint 4—5 heti kezelés után 74%-a a betegeknek meggyógyult, 21% javult, 2·4% meghalt és 1·6% gyógyulatlan maradt. Majdnem ugyanilyen *Ewald* kimutatása is. Jelentékenyen rosszabbak *Debove* és *Rémond* eredményei, melyek szerint 50% gyógyult és 50% meghalt. Mindezek a tapasztalatok azonban nem a belső kezeléssel járó esetleges tartós eredményekre vonatkoznak, hanem csak közvetlenül a kúra utáni időre. *Warren* 125 esetet jóval a kezelés után is megfigyelt. E szerint 125 eset közül csak 45-ben maradt a gyógyulás állandó, 54-ben kiújult, 6 perforatióban, 5 ulcus-carcinomában pusztult el. 3/4 részben tehát jók az eredmények 1/4 részben rosszak. Biztos, hogy egy része az ulcus ventriculinak daczol a belső kezeléssel, úgy hogy itt sebészi kezelésre van szükség. Ez annál inkább figyelembe veendő, mert tudjuk, hogy az ulcusban szenvedő beteg a vérzés, a perforatio, a subphren. abscessus és az ulcusnak carcinomává való elfajulása veszélyének van kitéve. Ha most azt kérdezzük, hogy a sebészi kezelés mennyiben használ a betegnek, azt látjuk, hogy a különböző kimutatások eredményei 3%—25% között változnak. *Krönlein* szerint 61% teljesen meggyógyult, 24% javult, 3% ulcus-carcinomában pusztult el. *Mayo-Robson*nak 1·7 halálozása volt (kivéve a perforatiós peritonitist). A tartós eredmény 97%-ot tesz ki.

Legkevésbé alkalmasak sebészi kezelésre a fiatal korban támadó ulcusok, mert ezek belső kezelésre is elég jól gyógyulnak, másrészt gyakran újulnak ki, a mitől a műtét sem óvhat meg.

Fontos a gyomor functionalis vizsgálata is. Ha kifejezett hyperchlorhydria van jelen, ha a hypersecretio tünetei mindjobban kifejlődnek, ha a gyomor motilitása szenved, azaz oly tünetek vannak, melyekből arra kell következtetnünk, hogy az ulcus gyógyulása meg van nehezítve, akkor a műtét indicatiója jön szóba. *Katzenstein* szerint a gastro-enterostomia után a gyomor savtartalmának egy része közömbösíttetik, a mi a fekély gyógyulását jelentékenyen elősegíti. Gyakoriak a gyomorfekélynél a súlyos vérzések. Ezek egy része gyakran nem az ulcusból, hanem oly vérerekből ered, melyek a sebészi kezelésnek igen nehezen hozzáférhetők, néha miliaris aneurysmákból. Olykor az ulcus nem is található meg, hanem a gyomor nyálkahártyáján keresztül szivárog a vér, ez az ú. n. gastrostaxis, melylyel szemben a sebészet is tehetetlen. Ezen tapasztalatok teszik a szerzőt óvatossá a sebészi beavatkozást illetőleg a profus vérzéseknél. Közvetlen a vérzés után nem szívesen operál, inkább, ha a beteg kissé már összeszedte magát.

A pyloruson levő fekélyeknél legjobb eredménynyel jár a gastroenterostomia. Ha az ulcus a kis curvaturán avagy a hátulsó falon ül, resectio szükséges. Az excisio különösen callosus fekélyeknél ajánlatos, a hol a carcinomától való megkülönböztetés nagy nehézségbe ütközik. Ezek után a szerző az ulcus szövődményeiről beszél: a pylorus-stenosis, perigastritis, homokóragyomor, perfor. peritonitis, subphren. abscessus és ulcus carcinomatosumról. Ha a pylorus-stenosis kisfokú, akkor gyomormosásokat kell végezni. *Nyrop* a retentiótól teszi függővé a műtétet. Ha a próbareggeli után 12 órával van retentio, az indikálja a műtétet. Ha a stenosis nagyfokú, a gastroenterostomiát tartja a legjobb műtétnek. A perforatiónál arra fekteti a fősúlyt, hogy a műtét a perforatio óta eltelt első 10 órában végeztessék. Kielégítő eredményekről csakis ezen időközben végzett műtéteknél lehet szó. Körülbelül 5%—8%-a az ulcusoknak fajul el carcinomává és erre különösen a regio praepyloricán ülő ulcusok hajlamosak. (Berliner klin. Wochenschrift, 21. sz.)

Ifj. *Háhn Dezső* dr.

Elmekórtan.

A neurofibrillumok elváltozásáról paralytikusok kisagyvelejében értekezik *Laignel-Lavastine* és *Pitulescu*. A paralysis progressivában elhaltak kisagyvelejének Purkinje-sejtjei kevésbé betegednek meg, mint a nagy agyvelő óriási pyramis-sejtjei. Normalis, vagy csaknem egészséges Purkinje-sejtek mellett többé-kevésbé beteg sejteket találtak. A neurofibrillumok elváltozása diffuse kiterjed az egész kisagyvelőre, de nem egyöntetűen; az egyfajta sejtekben különböző fokot és formát mutat és viszont a különböző sejtekben ugyanazon elváltozás lelhető fel. A Golgi-sejtek sokkal betegebbek, mint a Purkinje-sejtek, a mi megegyezik a szerzők régebbi leleteivel, hogy a nagy agyvelőben a polymorph és kis pyramissejtek sokkal súlyosabb elváltozást tüntetnek fel, mint a nagy és óriás pyramissejtek. Az extracellularis fibrillumok és a kosárfonat eléggé épek. A horizontalis fibrillumok hullámzó és gyakran töredékes külsején kivül különösen jellegző elváltozás a homogen hólyagképződés, a mely a Purkinje-sejtek tengelyfonalán észlelhető, főképpen a collateralis elágazodás helye előtt, de máshol is megtalálható. (L'encephale, VI. évfolyam. I. félév, 451. lap.)

Goldberger Márk dr.

A paralysis progressiva keretében jelentkező paranoiás tünetcsoportról értekezik *Kern O.* A paralysis keretében az endogen factorok ritkán lépnek előtérbe és csakis a paranoiás tünetcsoport, mely kifejezetten endogen jelenség, tör hébe-korba felszínre. A hol e tünetcsoport feltünőbben mutatkozik, ott a tünetek (pl. *Lissauer*-féle paralysis, taboparalysis) és lefolyás, (pl. stationaer, remissiós paralysis) tekintetében atypiás paralysisek jönnek számba és a megkülönböztető kórjelzés a lues cerebrivel szemben is nehéz. A typusos lefolyású paralysis-esetekben a gyorsabban terjedő hanyatlás nem enged elegendő időt a paranoiás tünetek kifejlődésére. E tünetek csakis arra mintegy praeformált személyen jelentkeznek és a paralysis úgyszólván megérleli a szunnyadó csírákat. A paranoiás tünetcsoport különböző psychologiás alapon fejlődhetik. Hol a peripheriás paraesthesiákat magyarázzák physicalis üldöztetési téveszmék értelmében, hol meg a paralysis következtében szükséges óvóintézkedéseket dolgozzák fel téves eszmékké. Végre harmadszor az agyvelő általános megbetegedése folytán a perceptio és associatio szenved, minek következtében a személyiség megváltozása befolyásoltatási téves eszmékhez vezet. (Zeitschr. f. Neurol. u. Psych. IV. k. 12 l.)

Goldberger Márk dr.

Szülészet és nőorvostan.

A művi vetélést a 4. hónapon túl nem ajánlja *Czempin*. A 6. hétnél nem idősebb terhesség esetén elégnek tartja a méh kitakarítását tompa curette-tel. A 6. héttől kezdve a következő eljárást követi: aseptikus előkészítés után a portiót rögzíti, Hegar-dilatatorokkal tágítja a cervixet (6—8. számú Hegarig), azután a méhüreget kitömi jodoformcsíkkal, a melyet azonban előbb *Fritsch* ajánlata szerint 10 százalékos ichthyolglycerinben áztat meg. Rendszerint 4—6 órával a beavatkozás után erős fájások támadnak, 12—20 óra elmultával pedig narcosisban befejezi a vetélést. Legtöbb esetben sikerült neki egy ujját bevezetnie a méhüregbe és csak ritkán szorult további tágításra. Ha szükséges volt is néhány esetben az abortusfogó igénybevétele, a műtétet az összehúzódások következtében kemény méhen mindig könnyebb

véghezvinni, annál is inkább, mert a lepény és magzatburkok többé-kevésbé már leváltak. Nagyobb utóvérzést sohasem látott. (Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 1911. márczius.)

Scherer dr.

Gyermekorvoslás.

A cerebralis gyermekhűdések klinikájához és pathologiájához szolgáltat adatokat *Lindemann* és *Marenholtz*. A szerzők 4 cerebralis gyermekhűdésről tesznek említést. Az első eset egy csecsemő, kinek anyja a graviditás alatt igen sűrűn ismétlődő epilepsiás görcsökben szenvedett. A betegnek végtagjai spasmusosak, kisebb-nagyobb fokú kétoldali rángógörcsök állanak be. Az agy bonczoláslelete: Aplasia praecipue fasciculorum pyramidalium et cerebelli lateralium. A kóresetnek magyarázata az, hogy az anya gyakori összeesése folytán in utero szenvedett a magzat számos multiplex roncsolást az agyban. A második eset szintén valószínűleg trauma után való szülés, mert a csecsemő ugyancsak spasmusos tüneteket mutatott és bonczoláskor az agyban kétoldali vérzés maradványai mellett a pyramispályák aplasiája találtatott. A harmadik esetben anamnesis traumára vonatkozólag nincs, a spasmusos tünetek oka itt sclerosis atrophicans diffusa cerebri post haemorrhagiam. A negyedik esetben különféle paresisok, clon. görcsök a facialisban észleltettek. A bonczoláslelet: pachymeningitis haemorrhagica recidiv. Haematoma subdurale. Atrophia hemisphaerae dextrae e compressione. Lues cong.

A cerebralis gyermekhűdések eredete tehát: 1. agydefectus vagy fejletlenség (anencephalia, partialis aplasia, mikrogyria); 2. érlaesio vérzésekkel az agyhártyákba, a subduralis űrbe vagy az agyállományba traumák vagy egyéb behatások folytán szülés előtt, alatt vagy után (lues cong.); 3. encephalitises megbetegedések (infectiosus megbetegedésekkel kapcsolatban). (Jahrb. f. Kinderheilk. XXIII. k., 6. f.)

Péteri dr.

Venereás betegségek.

Az Ehrlich-féle szerről nem nagyon dicsérően nyilatkozik *H. Boas*. 14 betege közül 2 teljesen refractaer volt a szerrel szemben, noha az illetőkön az utóbb megindított kénesőkúrára a tünetek szépen visszafejlődtek. Az eseteknek egy részében szép symptomás eredményt lehetett elérni, de ez semmi tekintetben sem multa felül azt, a melyet a régebbi kezeléssel is elértek. A 2 refractaer eset levonása után megmaradó 12 eset közül 2-ben 14 nap, 1-ben 1 hónap, 2-ben $1^1/_2$ hónap, 3-ban 2 hónap, 1-ben $4^1/_2$ hónap és 1-ben 5 hónap mulva recidiva állott be, tehát 12 eset közül 10-ben volt recidiva, a mi sokkal rosszabb eredmény, mint a milyent látni a régebbi kezelés mellett megszoktunk. A helyi mellékhatások is sokkal súlyosabbak voltak. Egy betegen a befecskendezés helyén kiterjedt necrosis fejlődött, a mely az illetőt hónapokig munkaképtelenné tette. 3 betegen nagyon kellemetlen általános tüneteket észleltek. Ha mindehhez hozzáveszszük még azt, hogy az irodalmi közlések szerint az agyidegek részéről is észleltek többször nagyon súlyos tüneteket: a szerző azt hiszi, hogy a salvarsant csak azon, egyébként nagyon ritka esetekben szabadna használni, a melyekben a régebbi kezelésmódok eredménytelenek maradtak. (Hospitalstidende, 1911. 13. sz.)

Húgyszervi betegségek.

Az urethralis lázról *J. Englisch* igen beható tanulmánya nyomán a következőket közölhetjük. Febris urethralisnak nevezzük azon lázas állapotot, mely a húgyutak bármilyen izgalma által idéztetik elő, akár valamilyen eszköz által, akár pedig olyképpen, hogy egy idegen test a veséből való leszállása alatt a húgyutak valamelyik pontján megakadt. Az ilyen lázra különösen hajlamosak: 1. az oly egyének, kik más betegségek által már amúgy is nagyon elgyengültek; 2. kiknek idegrendszerük a rendesnél jóval izgékonyabb; 3. kiknek a húgyrendszerük, de különösen a veséjük már egyébként is beteg s végül 4. az olyanok, kiken a húgyutak szakaszában vizeletpangás következett be.

Az urethralis láz közvetlen okai a következők:

1. A húgycső érzőidegeinek izgalma reflexes úton bizonyos idegpontok táján a központi idegrendszerre, a gerinczvelő reflex-centrumaiba s innét a legkülönbözőbb szervekre folytatódik, miközben ez utóbbiakban, különösen a vesékben, functionalis zavarok következnek be.

2. A vérben visszatartott toxikus anyagok által okozott intoxicatio, mely vagy még azelőtt következett be, mielőtt a vizelet a vesén átjutott és pedig functionalis zavarok jelenlétében, melyek vagy a fennebbi okok vagy pedig azáltal idéztettek elő, hogy a vese már beteg; vagy akkor, midőn a vizelet a vesén már átcsurgott s oly módon következett be, hogy a pangó bomlott vizeletből toxikus anyagok szívódtak fel a már előbb túlfeszítés által sérült szöveteken keresztül.

3. Infectio, mely olyképp következett be, hogy a húgycső sérülése következtében a legkülönbözőbb fertőző jellegű mikroorganismások — bacterium coli, staphylococcus pyogenes aureus, streptococcus pyogenes, urobacillus liquefaciens septicus, urobacillus non liquefaciens — jutottak a vérbe s ebből többé el nem távolodhattak.

A közölt megfigyelések, miután ezek valamennyiében húgycsősérülések állottak fenn, kétségtelenül a fertőzés mellett szólanak; de azért még sem szabad egész határozottan azt mondani *(Guyon)*, hogy kizárólag a fertőzés okozta a lázt, mert ez egyrészt nem felel meg az eddigi tapasztalatoknak, másrészt nem magyarázza meg azon hirtelen haláleseteket, a melyek némelyikénél a bonczolás sérülés hiányát és egészséges veséket állapított meg.

A láz alakjait illetőleg még ma is teljesen megfelelő a *Civiale* és *Guyon* által megállapított következő beosztás:

1. Acut esetek és pedig vagy egyetlenegy rohammal (I. typus) vagy több, egymásután következő, de néhány (1—2) nap alatt lezajló rohamokkal (II. typus), melyek után teljes gyógyulás következik be.

2. A chronikus alak, melynek főbb vonásai: a rohamok sokszor s rendetlen időközökben ismétlődnek, sokáig elhúzódnak és a beteget nagyon elgyengítik.

A tünetek vagy általánosak, a milyenek minden láznál szoktak jelentkezni, vagy localisak, illetőleg a legkülönbözőbb szervek által okozottak. Mert nincsen olyan szerve az embernek, melynek megbetegedését még nem észlelték volna; a legsúlyosabb tünetek azonban az agyban, a tüdőkben, a szívben, a bélrendszerben és a húgyszervekben szoktak bekövetkezni. Elég gyakori dolog az is, hogy az egyes jelenségek — akárcsak a typhusnál, a choleránál, a rheumatismusnál — egész specialisan csoportosulnak. Különösen jellemző, hogy a már fennálló betegségek az urethralis láz folyamán tetemesen rosszabbodnak.

Az eddigi statisztika még nagyon hiányos, minthogy többnyire csak a súlyosabb esetek kerülnek nyilvánosságra. De a közölt adatok is eléggé demonstrálják, hogy egyes esetekben milyen gyorsan áll be a halál. A szerző statisztikája szerint 24 óra alatt halállal végződött:

a) csapolás után	22	közül	5	eset	
b) stricturakezelés után	78	„	26	„	s pedig
1. lassú tágítás után:					
α) egyszerű kisérlet után	3	„	—	„	
β) véghezvitt tágítás után	32	„	8	„	
γ) tályogképződésnél	8	„	1	„	
2. erőszakos tágítás után	14	„	7	„	
3. belső húgycsőmetszés után	18	„	10	„	
4. külső húgycsőmetszés után	3	„	—	„	
c) húgykőnek lithotripsia útján történt eltávolítása után:					
1. puszta kisérlet után	14	„	2	„	
2. a befejezett műtét után	14	„	—	„	

Tehát 128 eset közül 33-ban 24 órán belül következett be a halál. Jellemző, hogy ez utóbbi csakúgy, mint maga a láz is, az 1. avagy a 2. napon következik be; a további

időben a halálesetek már mind ritkábbak; a 10. napon túl már alig észleltek ilyent.

Már a mondottakból is kiviláglik, hogy a diagnosis mindig arra támaszkodik, hogy a húgyszerveken kevéssel ezelőtt bizonyos beavatkozás történt, mert e nélkül urethralis láz el sem képzelhető. Nagyon nehéz tehát a diagnosis olyankor, ha a beteg későn kerül észlelés alá (főleg eszméletlen állapot és kombinált jelenségek eseteiben).

Mindamellett a differential-diagnosis a legtöbb esetben alig fog nehézséggel járni, ha az anamnesises adatokat és a tüneteket mindenkor lehető pontosan mérlegeljük.

A prognosis kedvezőtlennek éppenséggel nem mondható, de még feltétlenül javulna, ha az észlelők összes eseteikről beszámolnának. Egyébként pedig annál kedvezőtlenebb a prognosis, minél decrepidebb az egyén, minél súlyosabbak a fontos szerveken (vese, vizeletretentio) fennálló betegségek, minél rohamosabban emelkedik a láz s minél egyenetlenebbek az egyes időközök, minél súlyosabbak az agytünetek s minél gyorsabban s minél fokozatosabban rosszabbodnak az egyes fennálló betegségek.

A gyógykezelésnek elsősorban a fennálló gyengeség elhárítására kell irányulnia, de egyúttal igyekeznünk kell az idegrendszer fokozott izgékonyságát csökkenteni és az egyéb, de különösen a húgyszervek részéről fennálló betegségeket mihamarabb minél kedvezőbben befolyásolni. A művi beavatkozásokat a legnagyobb asepsis mellett és a leggondosabb ovatosság mellett kell végezni. (Folia urologica, 1911. V. köt. 10. sz.) *Drucker Viktor* dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Hexamecol néven egy új guajacol-készítmény (guajacol és hexamethylen-tetramin összeköttetése) került forgalomba, a mely *Lüdin* szerint bedörzsölés alakjában nagyon jó szolgálatokat tesz gümőkóros betegek mell- és hátfájásának csökkentésére. Egy eset kivételével nem észlelt kellemetlen mellék-tüneteket. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1911. 23. szám.)

Gümőkóros izületgyuladások ellen *Hauser* jó eredménnyel használta a 10%-os jothion-kenőcsöt, feltéve, hogy a kóros folyamat még nem támadta meg a csontokat. (Mediz. Klinik, 1911. 26. szám.)

Gonorrhoeás izületgyuladás több esetében használta *Hildebrand* (berlini egyetem sebklinikája) a jodtincturát az izületbe fecskendezés alakjában. 5·0 grammot fecskendezett be. Ezen mennyiség használata mellett nem kell tartani kellemetlenségtől. (Berliner klin. Wochenschrift, 1911. 31. szám.)

Az epilepsia specifikus gyógyszerének mondja *Lion* az arsenocerebrint, a mely nem más, mint agykivonat natrium cacodylicummal sterilezett ampullákban. Kellemetlen mellékhatásai huzamos használat esetén sincsenek; hatása meglehetős gyorsan mutatkozik, sokszor már néhány nap multán, többnyire 2—3 hét alatt. Könnyebb esetekben elegendő hetenként 3 befecskendezése 1—1 ampullának; súlyosabb esetekben minden második napon egyszerre 2 ampullányi fecskendezendő be. A mikor a rohamok már kevesbednek és enyhülnek, az adag is csökkenthető. Egyidejűleg bromkészítményeket is ad a szerző, ezekből azonban kis adagok (1—2 gramm pro die) elegendők. A diaeta is megfelelően rendezendő, de azért nem szükséges a hús és sót kizárni. (Berlin. klin. Wochenschrift, 1911. 31. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1911. 33. szám *Marschalkó Tamás*: A salvarsan intravenás alkalmazásánál előforduló súlyos reactiók és azok megakadályozása. *Hampel Ferencz:* Az oldási elv.

Orvosok lapja, 1911. 33. szám. *Chudovszky Móricz*: Sebészeti megbetegedések.

Budapesti orvosi ujság, 1911. 33. szám. *Torday Árpád*: A leukocytosis klinikai jelentősége. „Sebészet“ melléklet, 3. szám. *Gellért Elemér:* A gyomor- és duodenum-fekélyeknek heveny átfúródásáról. *Makai Endre*: A has áthatoló lőtt és szúrt sérülései. *Cukor István:* Appendicularis eredetű Douglas-tályogokról.

Vegyes hirek.

Kinevezés. *Prohászka László* dr.-t Arad tiszteletbeli főorvosává, *Kappel Izidor* dr.-t, *Gergely Endre* dr.-t és *Váró Tibor* dr.-t Kolozsvár város tiszteletbeli orvosává, *Fekete Aladár* dr.-t a petrozsényi állami kőszénbányahivatalhoz bányaorvossá, *Ditrói Gábor* dr.-t Pécs város közkórházának másodorvosává, *Wallner Emil* dr.-t a veszprémi városi közkórházhoz segédorvossá nevezték ki.

Választás. *Mark Romulus* dr.-t Levél község orvosává választották.

Meghalt. *Kosztka Emil* dr honvéd főtörzsorvos 56 éves korában Budapesten augusztus 13-án. — *Kovalszky Ferencz* dr., Torontálmegye tiszteletbeli főorvosa, 61 éves korában. — *Homonnay Ferencz* dr. nyugalmazott vasúti és körorvos 71 éves korában augusztus 9-én.

Iskolaorvosi kurzus. A budapesti egyetem orvostudományi karán az iskolaorvosi és egészségtan-tanári tanfolyamot szeptember 15.-étől deczember 15.-éig tartják. A kik a tanfolyamon résztvenni akarnak, az orvoskari dékánhoz czímzett kérvényüket szeptember 8-áig nyujthatják be.

Congressusok. A „*Deutscher Verein für öffentliche Gesundheitspflege*“ ez évi összejövetelét Drezdában tartja szeptember 13.-ától 16-áig. Tárgyalásra a következő kérdéseket tűzték ki: 1. A városépítési kiállítások befolyása a közegészségre. 2. A fertőző betegségek elleni küzdés az újabb tudományos kutatások alapján 3. A fogápolás jelentősége az iskolákban. — A *német idegorvosok* ez évi összejövetele október 2.-ától 4.-éig lesz a Majna melletti Frankfurtban. Referálásra ki van tűzve: 1. A modern syphilis-therapia értéke és jelentősége az idegrendszer betegségeiben (referens: *Nonne*, Hamburg). 2. A dohányzás szerepe az idegbajok keletkezésében (referens: *Frankl-Hochwart* és *Fröhlich*, Bécs).

Kisebb hirek külföldről. *A. Ducrey* dr.-t Genuában a dermatologia, *P. Kucera* dr.-t Lembergben a hygiene rendes tanárává nevezték ki. — *Tobler* dr. (gyermekorvostan) Heidelbergben, *G. Hotz* dr. (sebészet) Würzburgban, *P. Mathes* dr. (gynaekologia), *H. Spitzy* dr. (orthopaed sebészet) és *A. Wittek* dr. (orthopaed sebészet) Grazban a rendkivüli tanári czimet kapta.

Lapunk mai számához a *Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co Leverkusen a. Rh* és *Elberfeld* czég **„Adalin“** czímű prospektusa van mellékelve.

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

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

Városmajor szanatórium és vízgyógyintézet
Budapest, Városmajor-uteza 74. — Telefon 88—99.
Emésztő szervek betegségei, anyagcserebántalmak, czukorbetegség, máj-, epekő-, vesebajok, neurasthenia, hátgerinczsorvadás ellen, soványító- és hizlalókúrák esetére. — Felvétel a szanatóriumban egész nap. — Igazgató-főorvos: **csernyefalvi dr. Kozmutza Béla**

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

Orvosi laboratorium: **Dr. SZILI SÁNDOR,** v. egy.tanársegéd, **VII., Király-utcza 51. Telefon 157—71.**

Kopits Jenő dr. orthopaediai intézetét **VII., Nyár-u. 22. sz.** alá (a Rókus-kórház közelébe) helyezte át.

Védjegy.

Orvosi műszerek, kötszerek, villanygépek, legjobb **sérvkötők,** haskötők, összes betegápolási tárgyak és **gummiárúk** elsőrendü minőségben jutányosan kaphatók:
POLGÁR SÁNDOR, Budapest, VII. ker., Erzsébet-körút 50.
— Legújabb nagy képes **főárjegyzék** bérmentve. — Javitásokat elfogad. (Alapitva 1892.) Telefon 583.

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

Orvosi laboratorium: Dr. MÁTRAI GÁBOR v. egy. tanársegéd és Dr. SAS BERNÁT tb. főorvos :: ::
Telefon 26—96. vegyi, górcsövi és bakteriologiai laboratorium VI., Ó-utcza 39.
Vizsgálati tárgyak: *Vizelet, köpet, Gyomortartalom, bélürülék, ex- és transsudatumok. Daganatok szövettani vizsgálata. Vérvizsgálat (Wassermann) stb.*

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (XII. rendes tudományos ülés 1911 május 6.-án). 614. l. — Közkórházi Orvostársulat (IX. bemutató szakülés 1911 május 31.-én.) 615. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 617. l.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(XII. rendes tudományos ülés 1911 május 6.-án.)

Elnök: **Alapy Henrik.** Jegyző: **Fáykiss Ferencz.**

Féloldali ischias gyógyult esete.

Picker Rezső. Egész terjedelmében közöltük lapunk ez évi 27. számában.

Pericarditis exsudativa tuberculosa esete.

Földi Ottó: Az eset alkalmas azon kérdés felvetésére, vajjon a pericardialis punctiók ne kíséreltessenek-e meg gyakrabban, mint az eddig történt. Újabb kutatók nagyon biztatnak reá, s az eredmények is javára billentik a mérleget.

Jelen esetben egy herczegócz közkatonán tuberculosisos alapon gyorsan fejlődő, a mellhártyáról a szívburokra terjedő gyuladásról van szó. A próbapunctio az élőben véressavós izzadmány termelését állapította meg.

Bemutató demonstrálja a reczésen alakult fibrin hálózatát a szíven, a tágult szívburkot, melynek fala körülbelül 3 mm. vastag. A szívburokban 7—800 cm^3 savós véres izzadmány volt.

Situs inversus viscerum.

Torday Árpád: V. J.-né, 63 éves varrónő, 10-szer szült, 5 gyermeke él. Hat hete meghült. Mindkét hangszalag paretikusan működik, a minek magyarázata a struma substernale. A nyak középhosszú, mindkét oldalon kisujjnyi vastag jugularis externa. A jobb mellkas bőrén kanyargós, tágult vena, mely a jobb felkarra folytatódik. A sternum markolatának megfelelő helyen körülbelül gyermektenyérnyi, elmosódott határú relativ tompulat.

Bal kulcscsont feletti árokban igen erős hörgi a légzés. A szívcsúcslökés az V. bordaközben a jobb bimbóvonalban jól tapintható. A szívtompulat felső határa a IV. borda alsó széle, jobbfelé a szívcsúcslökés helyéig ér, bal felé a jobb szegyszélig. Rendes körülmények között a bal szív képezi a szívcsúcsot s ez felel meg az arteriosus gyomornak. A mellkassal nagyobb terjedelemben a jobb szív érintkezik. Ezen esetben a situs inversusnak megfelelőleg a jobb szív fogja képezni a szívcsúcsot, ez fog megfelelni az arteriosus gyomornak, viszont a mellkas falával a bal szív fog érintkezni és így ez felel meg a venosus gyomornak. Röntgen-átvilágításkor azt látjuk, hogy a szívcsúcs jobboldalt van, az aorta íve jobbfelé görbül, a vena cava superior pedig baloldalt látható. Szívhangok tiszták, pulsus egyenlő rhythmusos, középhullámú, száma perczenkint 94. Maximalis vérnyomás 100. A májnak megfelelő tompulatot baloldalt, a lépnek megfelelőt jobboldalt kapjuk. A hasi szervek Röntgen-átvilágításakor a gyomor felső határa a köldök alatt tenyérnyire a jobb csípőárok helyén látható, a kis curvatura balra, a nagy curvatura jobbra tekint.

Emberfejnyi gyomormyoma kiirtása.

Pólya Jenő. Egész terjedelmében hozzuk eredeti közleményeink során.

A gyomor physiologiájának és pathologiájának néhány kérdéséről Röntgenvizsgálatok alapján.

Elischer Gyula: A gyomor helyzetéről és alakjáról a physicalis vizsgálati módszerek és *Bieder* Röntgen-eljárása alapján uralkodó nézetek ismertetése után rátér azon kifogásokra, a melyek az eddigi használatos *Bieder*-féle eljárás ellen felhozattak, melyek szerint a gyomornak Röntgen-képe a bismuth-pép consistentiájának alakjánál és specifikus összehúzó hatásánál fogva a gyomornak teljesen elváltoztatott alakját és helyzetét mutatja a valósággal szemben. Ezen kérdések tanulmányozására egy methodust dolgozott ki, a mely abból áll, hogy a teljesen közömbös hatású zirconium-oxydnak egy gummi arabicum-oldattat való emulsióját 30 cm. mennyiségben 40—50 gr. súlylyal az üres gyomorba viszi gyomormosás segítségével. Ezen sem súlyánál, sem térfogatánál fogva számba nem vehető emulsio a gyomor egész felületén való eloszlása folytán a pillanat-Röntgen-képeken az íves gyomornak alakját igen élesen és részletesen teszi szemlélhetővé. Az így vizsgált gyomrot azután *Kelling* szerint felfujás után, majd *Bieder* módszerével vizsgálja és a következő eredményekre jut.

Az üres gyomor Röntgen-képe többé-kevésbé összehúzott csőalaknak felel meg és ezen üres állapotában vagy a *Kelling*-féle felfuvás után a *Bieder*-féle typustól csak terjedelemre különbözik, úgy hogy vizsgálatai alapján a *Bieder*-féle horog, illetve syphonformát fogadhatjuk el a gyomor alakjának. A *Holzknecht*-féle typussal nagyszámú vizsgálatai közben nem találkozott.

E gyomornak helyzetváltozása a *Bieder*-féle módszer alkalmazásakor az üres és felfujt gyomor helyzetéhez képest igen kis határok között ingadozik és csak atoniás vagy ptotikus gyomron észlelhető nagyobbfokú sülyedése a bismuth-péppel való megtöltéskor, azért methodusa ezen megbetegedések Röntgen-kórisméjénél a *Bieder*-félével kombináltan használható.

A bismuth-pép hatása a gyomorképet nem változtatja meg olyan értelemben, hogy a gyomornak meghamisított képe keletkezik.

A gyomornak zsák-alakját csak klinikailag is kimutatható ectasiák eseteiben találta.

Tumorok és pylorus-stenosisok eseteiben methodusa sokkal finomabb eltéréseket és részleteket mutat, mint a *Bieder*-féle és ezért ezen eltérések Röntgen-kórisméjéhez jól használható.

Az eddigi methodusokkal szemben eljárásának előnye az, hogy pépe ráragadós voltánál fogva a gyomor egész felületén kiterül és így a gyomornak egész felületét ad oculos demonstrálja, míg a bismuth-pép, mely súlyánál fogva gyorsan a gyomor legmélyebb pontjára sülyed, annak csak egy részét teszi szemlélhetővé. Az eljárás azon kis hátránya, mely a gyomorcső bevezetésével jár, alig jöhet tekintetbe, mert ezen ellenjavalat csak vitiumok, aneurysmák eseteiben jöhet szóba, a mikor ezek az activ beavatkozást, a gyomordiagnostika végső czélját úgyis lehetetlenné teszik.

Flesch Ármin: A Stefánia-gyermekkórházban *Péteri* kartárssal már hosszabb idő óta kiterjedt vizsgálatokat eszközöltünk csecsemőkön és különböző korú idősebb gyermekeken, a gyomor radioskopiáját illetőleg. A mi módszereinket illeti, a csecsemők a vizsgálat előtt részben anyatejet szoptak, részben tehéntejet, részben különféle tejkeveréket kaptak. Az 1 évnél idősebb gyermekekkel általában tejes darát és csak kivételesen tejet fogyasztattunk el. A csecsemők tejéhez különben fémsót nem kevertünk. A tejes darához pedig mindig nagy fényelnyelő képességű fémsót és pedig, tekintettel épp az ifjúkorban előfordult bismuth-mérgezési esetekre, zircont és részben thorium oxyd. anhydricumot kevertünk. A csecsemőkön ugyanis a csekély testátmérő következtében különösen egy kis gyakorlat után nagyon élesen látjuk a gyomornak és a folyadéknak körvonalait, a folyadék hullámzását stb., úgy hogy erősebb árnyékadó fémsó használatára különösebb szükség fenn nem forog.

Ezen vizsgálataink eredményét röviden összefoglalva, mondhatjuk, hogy egy évnél idősebb gyermeken mindig a *Holzknecht*-féle szarvalakot kaptuk, csupán egy esetben volt a gyomor vetülete a *Bieder*-féle alaknak megfelelő. A gyomor alakja nem szarv-, nem pipaszerű, hanem petyhüdt hólyag vagy kancsóhoz hasonló. A gyomor helyzete csecsemőknél nem hossz-, hanem harántirányú.

Miként látjuk, a csecsemők és egy évnél idősebb gyermekek gyomrának Röntgen-képe közt a vizsgálati eredmények meglepő különbségeket tüntetnek fel. Ezen különbségek aránylag már oly csekély korkülönbség mellett is láthatók, hogy szinte érthetetlennek tünt fel előttünk, miért látjuk az idősebb gyermeknek megfelelő typust egy 15

hónaposon és miért látjuk még a csecsemőtypust például egy 11 hónaposon.

A kérdés megoldását akkor találtuk meg, mikor ezen különbségek okát az alkalmazott vizsgálati módszereink különbözőségében kerestük. Mint említettük, 1 éven aluliak folyadékot, 1 évnél idősebbek tejes darát és fémsót kaptak. Az okot ezért a kétféle táplálék minőségi különbségében kerestük. Az eredmények ezen feltevésünket teljesen beigazolták, a mennyiben 5—8 hónapos csecsemőkön egyik napon a folyadék elfogyasztása után Röntgen-átvilágításnál a gyomor alakja csecsemőtypusnak megfelelő, míg a másik napon ugyanazon mennyiségű tejes dara beadása után a szarvalakot mutatja.

Hogy az adagolt táplálék különböző volta gyakorolta a különböző befolyást, mutatják azon kisérleteink, midőn fémsó alkalmazása nélkül is tisztán pépes táplálék elfogyasztása után csecsemőkön nem a csecsemőtypust mutatta, úgy hogy a fémsó jelenléte vagy hiánya a gyomor radiologiás képét legcsekélyebb mértékben sem befolyásolta.

Eredményeink: Mindenekelőtt a gyomor normalis alakját illetőleg nem úgy formuláznók a kérdést, vajjon a zsákalak-e a normalis, vagy pedig a csőalak, a mennyiben alkalmunk volt demonstrálni, hogy physiologiás körülmények között mindkettő előfordul, hogy tehát mind az egyiket, mind a másikat a gyomor normalis alakjának, azonban másmás állapotban levő alakjának kell tartanunk. A zsákalak a tonusnélküli alak, peristaltikát nem látunk rajta, a folyadék tisztán a hydrostatikai törvények szerint helyezkedik el. Ezzel szemben a másik alak, a csőalak, a peristoleben lévő gyomornak a képe. Hogy pedig ez nem a contrastképző anyag által feltételezett műtermék, sem pedig a megterhelési viszonyok folytán nincs előidézve, bizonyítja az, hogy contrastképző anyag nélkül adott pépre is ilyen alakot kaptunk. Hogy a gyomor ezen kétféle alakja felnőttön nem figyelhető meg, annak oka nyilvánvalóan a fiatal gyermeknek a felnőttől eltérő gyomor idegmechanismusában rejlik.

A folyadék nem elegendő inger a peristolés összehúzódás előidézésére, innen a zsákalak, a pép szilárdabb összeállása szükséges, hogy a peristolét teljes mértékben létrehozza.

A gyomor automatismusa a kor előrehaladtával úgy látszik úgy változik meg, hogy már a folyadék is elégséges a normalis gyomor peristoléjának előidézésére. Nem akarok következtetéseinkben túlmesszе menni, azonban vizsgálati adatainkban bizonyos áthidalást látunk a két álláspont között, melyek között, úgy látszik, nem oly merev az ellentét.

Még egy szót a gyermekgyomor Holzknecht-alakjára vonatkozólag. A gyermeken, mint mondottuk, szemben a felnőttekkel, ez a normalis. Mint tudjuk, *Holzknecht* ezt veszi fel normalisnak, bárha sokkal ritkább a *Bieder*-énél tisztán teleologiás szempontból.

Nem mernők adataink alapján *Holzknecht*-nek igazán önkéntes felvételét támogatni, csak még egyszer regisztrálni akarjuk azon tényt, hogy a gyermekkorban, a hol kóros behatások még nem érvényesülhettek, csakugyan ezen gyomoralak a normalis.

Alexander Béla: A bismuthumról sohasem tapasztalta, hogy mérgezési tüneteket okozott volna, különösen nem a bismuthum bicarbonicum. A *Rosenthal* által forgalomba hozott *Kessler*-féle contrastint elhagyta. Németországban senki sem látott mérgezést. A zirconium éppen olyan jó, mint a bismuthum carbonicum. Pépalakban vagy vízzel keverve a bismuthummal meg van elégedve.

A gyomornak mindig más és más alakja van, typust felállítani lehetetlenség. Már *Schlesinger* mondta, hogy átmeneti alakok vannak a Holzknecht- és Bieder-alak között, *Stiller* már ptosisosnak nevezi azt a gyomrot, melynek fundusa a köldök alatt van.

Ujból hangsúlyozza, hogy a bismuthum carbonicum szép képeket ad. Torzképeket nem ismer. A szondát feleslegesnek tartja.

Elischer Gyula: *Flesch* vizsgálatai gyermekekre vonatkoznak és fedik szóló kisérleteit. *Alexander* úgy látszik félreértette szólót. A bismuthumot nem mérgező hatása miatt hagyta el, hanem a zirconnal kisérleteket végzett, mert a bismuthum ellen felhozott érveket ki akarta zárni, a kisérletei a kérdésbe világosságot kivántak hozni.

A szondabevezetést nem tartja veszedelmesnek, nem jár több hátránynyal, mint egy próbareggeli. A zircon előnye, hogy kevesebb kell belőle és a beteg undora könnyebben legyőzhető. Nem állította, hogy a bismuthum torzképet ad.

Adatok a diabetes mellitus aetiologiájához. Egy újabb aetiologiai alapon álló gyógyszeres kezeléssel elért eredmények.

Menyhért Vilmos: A diabetes mellitus szülőoka az elválasztott erjesztők százalékos egyensúlyának zavara, illetőleg azon körülmény, hogy azok a felvett táplálékok arányában kellőképpen nem secernáltatnak, ilyformán a felvett táplálékokat a szervezet intermediaire chemismusa részére kellőképpen nem készítik elő s hogy ilyenkor mindig a saccharifikáló ferment praevaleál. Az ilyen praevaleáló ferment nemcsak a szénhydratokból, hanem a proteolytikus és lipolytikus fermentek által kellőképpen le nem kötött fehérjékből és zsírokból is képes lesz czukrot csinálni. Mint látjuk, itt a fermentek kiegyenlítése válik szükségessé s mert e differentiát magukkal a fermenteket secernáló mirigyekkel nem oszlathatják le, a fermenttherapia válik szükségessé. El kell egymástól választani a pancreas által együttesen secernált három fermentumot, vagy azoknak pótszereiről kell gondoskodni. Iparkodjunk a tápcsatornarendszert oly physiologiai rendszerbe hozni, mint a hogy azt a normalisan működő szervezet már magától az alkotástól birja. Maradjon meg mindenütt a kellő milieu s legyenek jelen a szükséges fermentumok is. A praevaleáló diastatikus ferment ellensúlyozására, ez esetben mint antifermentumra, egy proteolytikus és lipolytikus fermentre van szükség. E czélból a papaint és teapsint használom. Az előbbi fehérje, a másik zsírfermentet pótol. A diabetes mellitust oly gyakran kisérő súlyos tünet az acetonuria, melynek kútforrása a helytelen zsíremésztés, főoka, hogy a bélalkalicitás nem megfelelő. A diabetikusnak fokozott mennyiségben adjuk a zsírt s ha ez a bélben nem alkalizáltatik kellőképpen, majd mint emulgeált, el nem szappanosított zsír, vagy zsírsav jut resorptio alá. Ebből képezi aztán az intermediaire chemismus mint a zsiroknak egyik hasított termékét a diacetont és acetont. Itt az alkalit kell pótolnunk. Elhibázott a régi forma, mely szerint a beteggel soda bicarbonát ettettünk, vele a gyomrot alkalizáltuk, a mikor csak a gyomorsavnak közömbösítése után fenmaradt fölösleg jutott a bélbe. Ezzel az eljárással 100—150 gr. szódára is volt szükség és a savi peptonok képződését részben vagy egészben megakasztottuk. Én is alkalizálok és pedig keratinnal bevont 0·50 gr. szódát tartalmazó labdacsokkal, ezek csak a bélben oldódnak, ezekből pro die félórai időközökre beosztva összesе 40—50 szem is elégséges lesz. Elhanyagolt súlyos betegnek, a kinek felette nagy az acetonuriája, éjjel, a vacsora elköltése után hat órával, a mikor a gyomor emésztési munkáját már elvégezte, én is a szabad szódát adom. A vizelet és székelet alkalicitására, ennek állandósítására kell törekednünk. Ezzel az aceton kumulálását fogjuk megakadályozni. Netáni diarrhoea nyomban megszüntetendő. Naponta csak egyszer legyen széklетét. A gyógyszerek resorptiójával egyenes arányban áll a therapeutikus siker. Az alkalipilulákkal egyidejűleg most már a 0·30 gr. papaint tartalmazó, ugyancsak keratinnal bevont labdacsokat adom a betegnek. Ezekből reggel, délben, este félórával az étkezés előtt 2—2 szemet adok. Ha az aceton gyengült s a vizelet és faeces alkaliás, akkor már a 0·30 gr. steapsint tartalmazó, ugyancsak keratinnal bevont labdacsokhoz nyúlok, főleg akkor, ha a patiens fokozott zsírtáplálékkal él. Ezekből mint maximalis dosis naponta a fő étkezési idők előtt egy órával egy-egy szem tesz majd jó szolgálatot. Ezek a labdacsok, úgy mint a többi is, a vizelet és széklet vegyi vizsgálatainak eredményei szerint lesznek redukálhatók.

Mátrai Gábor: Olyan tanok hangzottak el, melyek a diabetes tanát megváltoztatják. Tekintettel az idő előrehaladottságára és a tárgy fontosságára, indítványozza, hogy a discussio halasztassék el, a míg az előadás, hacsak referatum alakjában is, megjelenhetik.

Kétly László: A kisérletek az I. számú belklinikán folytak a klinika ellenőrzése mellett és az eredmények igen sikeresek.

A coma diabeticumot az eljárással mindig el tudták kerülni és a beteg életét néha évekkel meg tudták hosszabbitani. Az eljárás nagy haladást jelent.

Közkórházi Orvostársulat.

(IX. bemutató szakülés 1911 május 31.-én.)

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

Totalis rhinoplastikák.

Pólya Jenő: I. N. J., 10 éves fiú. Egy év előtt keletkezett lueses sebe az orrán, mely azt teljesen elpusztította. Felvételkor, 1910 november 29.-én az egész külső orr hiányzik, idomtalan lyuk vezet az orrüregbe, melybe kívülről könnyen be lehet látni, a septum hiányzik, ozaena.

Műtét 1910 deczember 7. A homlokból hosszúkás, hatszögalakú lebenyt készítünk, melynek hossztengelye a középvonalba esik és melynek jobb- és balfelé fekvő oldala aránytalanul hosszabb, mint felső és alsó oldala. Ezt a lebenyt összehajtjuk úgy, hogy sebes felszíne befelé, hámos felszíne kifelé néz s egészében egy alapjával felfelé néző háromszöget alkot. Egy éppen akkor amputált egyén sípcsontjának éléből

ékalakú darabot fűrészelünk ki és ezt a lebeny két lemeze közé implantálva, a két lemez széleit összevarrjuk. A secundaer defectust transplantáljuk. Az orrnyílást csontdarabok kicsípése által tágítjuk. Lefolyás az első napokban lázas, azután teljesen láztalan. A lebeny két lemeze között genyedés állott be a csont elhalása folytán. Február 5.-én a csont ki is lökődött.

1911 február 23. A lebeny hátsó részéből nyelvalakú sövényt képezvén s a lebeny nyelét *Lexer* szerint keskenyítvén, a lebenyt lefelé fordítjuk s apertura piriformist készítvén, a bőrön készített sebfelülethez varrjuk. Márczius 17.-én és április 7.-én végzett korrigáló műtétekkel, melyek egyes duzzadt, aránytalan részek kimetszéséből álltak, adtuk meg az orrnak jelen formáját, mely kosmetice teljesen kielégítő és functionalisan is megfelel, a mennyiben a beteg orrán át tud lélegzeni.

II. B. A. 15 éves leány. Egy év előtt elpusztult az orra lues miatt. Felvételkor a külső orr teljesen hiányzik, csak a czimpák egyes heges részei maradtak vissza. Ozaena, a septum hiányzik.

Műtét február 28. Homloklebeny oly formában, mint az előbbi esetben. A lebeny alsó részével a csont egy felületes rétegét is vele viszszük, a lebeny széleit összevarrjuk. A secundaer defectust Thiersch-lebenyekkel fedjük. Az orrnyílást csontok kicsípése által tágítjuk. Az orrlebenyből a csontok részben kilökődtek.

Május 10. Korrigáltuk az orr formáját, septumot készítettünk. Jelenleg az orr jobb felén egy lencsényi felszín van, az orr formája kissé pisze, de igen kielégítő, az orrnyílásokat draincsövekkel tartjuk nyitva.

Mediastinalis tumor Röntgen-kezelése.

Hochhalt Károly: Az x-sugarak behatása és szerepe a gyógyítás terén mindinkább nagyobb tért foglal. Eltekintve a leukaemia és az úgynevezett pseudoleukaemia kórcsoportjához tartozó bántalmaktól, főképpen a tumorokra való kedvező befolyás tűnik fel mint újabb therapiai vívmány. Ismeretesek pl. az uterusmyomáknál létrejövő javulások, sőt gyógyulások és ismeretesek a mediastinalis tumorok visszafejlődése körül tapasztalt eredmények. Ez utóbbiakra vonatkozólag már régebbi adatokkal rendelkezünk. *Kienbock*, *Grob*, nálunk *Elischer* és *Engel*, *Bókay* és *Stein* mutattak be oly eseteket, hol a mediastinalis tumorok Röntgen-besugárzások hatása alatt lényegesen javultak.

Egy idevágó esetet van szerencsém bemutatni. D., 16 éves pinczér, folyó évi május hó 10.-én vétetett fel osztályunkra nehéz légzéssel, fuldoklási tünetekkel. Az arcz vizenyősen puffadt, a szemhéjak dagadtak, az orr, a fülek, a felső végtagok határozottan cyanotikus színezetet mutatnak, a mellkas elülső felületén, a bőrön kitágult gyüjtőér-hálózat látszik A dyspnoë oly nagyfokú, hogy a beteg csak ülni tud, hevesebb mozgásoknál stridorosus légzés jelentkezik. A mellkas elülső felületén, a szegycsont markolata felett intensiv tompulatot nyerünk, mely balra a bimbóvonalig, jobbra a parasternalis vonalig, felfelé a kulcscsontok színvonaláig terjed s lefelé a szívtompulattal összeolvad s mely rendellenes pulsatiót, előmborodást nem mutat. A szívtompulat maga rendes, a nagy erek területén kóros elváltozást nem találunk. A Röntgenképben a mediastinalis középárnyék rendkívül kiszélesedett, úgy hogy harántátmérője két tenyér szélességét éri el. Az árnyék szélei a tüdők felé mindenütt élesen elhatároltak, nem lüktetnek, alsó széle a szív normalis árnyékával összeesik. A pleurasinusok szabadok. A vérvizsgálat a pangásos állapot okozta hyperglobulint kivéve, normalis haematologiás képet ad. A lép rendes nagyságú, mirigynagyobbodások nincsenek.

Öt nappal a felvétel után a beteg Röntgen-kezelésnek vettetett alá, a melyet *Fischer* dr. kartárs úr végzett. Négy napon át összesen 4 expositio történt, a legerősebb erythemdosisok alkalmazásával (hátul és elől). Az eredmény már első naptól bámulatos volt. Nemcsak a dyspnoë és cyanosis szűnt meg majdnem egy csapásra, hanem néhány nap mulva a beteg közérzete is rendessé vált. Jelenleg legkisebb légzési nehézség vagy keringési akadály nem mutatkozik, még a lépcsőjárásnál vagy hevesebb mozgásoknál sem, a beteg táplálkozása kitünő karban van. A daganatnak csak nyomai maradtak vissza, a szegycsont markolata tájékára szorítkozó elmosódott tompulat és minimalis Röntgen-árnyék alakjában. Hogy a javulás állandó marad-e, vagy pedig recidivától tarthatunk, az tisztán a daganat pathogen természetétől függ, a melyet ma határozottan megállapítani nem tudunk.

Annyi tény, hogy a daganat elhelyeződése leginkább a thymusmirigyből való kiindulásra enged következtetni, a mennyiben főleg most, a visszafejlődás stádiumában, annak anatomiai fekvése helyén látszik elhelyezve. Tekintettel arra, hogy a vérlelet normalis, hogy metastasisok nincsenek, hogy sehol lymphomás hyperplasiák nem találhatók, elsősorban sarcomára kell gondolnunk; hiszen ilynemű tumorok nekroskopos vizsgálata nagyobbára sarcomát mutat fel.

Fischer Ernő: A bemutatott eset annyiban érdekes, hogy itt a Röntgen-sugárnak a tumorra való crélyes és igen gyors hatását észlelhettük. A tumort a mellkas négy oldala felől a lehető legnagyobb Röntgen-dosissal sugároztuk be és a hatás már 2 nap elmultával szembetünő volt. Azon körülmény, hogy metastasis vagy mirigyduzzanat sehol sem volt észlelhető, valamint a rendkívül gyors és Röntgen-átvilágítással is észlelhető kisebbedés a mellett szól, hogy vagy thymus, vagy egyszerű lymphadenitis okozta a mediastinalis tumort.

Makai Endre: Hét év előtt vizsgált Röntgennel kezelt tumorokat és pedig nemcsak thymust és lymphomákat, hanem valódi sarcomákat is és azt tapasztalta, hogy szövettanilag a megkisebbedett sarcomák necrosist szenvedtek és a sejtdús szövet átalakult regressiv úton sejtszegény szövetté.

Biró Ödön: A hormonal intravenosus alkalmazása.

Ángyán Béla: Mult év tavaszán bemutattam hasonló módon kezelt betegeket és akkor megigértem, hogy további sorsukról a Közkórházi Orvostársulatot értesíteni fogom. A három eset újévig rendesen értesített havonként hogylétéről. Rendes székük volt hashajtó nélkül is. Egy betegnek gyomoratoniája és hyperaciditása is javult, de azután megújultak erre vonatkozó panaszai.

Ha tekintetbe veszszük, hogy ezen betegeknek hashajtó nélkül nem volt székük, most pedig 6 hónapig rendesen volt, azt kell mondani, hogy ez igen nevezetes és jó eredmény.

Simko Leó: Mikor *Hochhalt* osztályára került, ajánlotta a hormonal alkalmazását, de *Hochhalt* elutasitotta, hivatkozva az eddig tapasztalt eredménytelenségre. *Biró* egyik esetében a hormonal mellett hashajtót is kapott a beteg, kérdés, nem ennek tulajdonitandó-e a jó eredmény.

Gellért Emil: A hormonalt *Herczel* is alkalmazta. Diffus peritonitis esetében támadt paralytikus ileusnál alkalmazták, de teljesen siker nélkül. A Münchener medizinische Wochenschriftben *Gaul* egy kis kórházból közöl néhány esetet, melyekben két nap óta lázas appendicitisből keletkezett diffus peritonitis volt jelen és az appendix kiirtása után a hormonal igen jó hatású volt. De előbb sennafőzetet is adtak. Az ilyen eseteket kétkedve kell fogadni.

Singer Hugó: A hormonoknak nagy jelentőséget tulajdonitanak gyermekágyi eklampsia esetén. *Sellheim* az egyik vagy mindkét emlőt amputálta, hogy a tejhormont kiürítse és pedig jó eredménynyel. De megjegyzi, hogy maga sem tudja, hogy nem a bő vérzés okozta-e a jó eredményt?

Biró Ödön: *Gellért* f. hó 17-én látta a beteget. Addig naponként beöntéseket alkalmaztunk. *Gellért* ricinust ajánlott. A beteg kihányta, szelek mentek, mint bélatoniánál menni szoktak, de a lényeg az, hogy szék nem távozott, csak hormonalra. A szóló peritonitisben is jó eredményt látott. Diffus peritonitisben nem a székrekedés, hanem a szívbénulás öli meg a beteget.

Simkó-nak megjegyzi, hogy a hormonalt nem jól alkalmazták, mert kell hashajtót is adni. A hormonal csak megindítja a peristaltikát, de a skybalákat fel kell puhítani. *Singer*-rel szemben megjegyzi, hogy nem beszélt a hormonokról általában, csak a hormonalt emlitette. Van még sok másféle hormon is.

Peritubaris haematocele esete.

Singer Hugó: Ampullaris tubaterhességnek igen korán, körülbelül 2—3 heti fennállása után megszakadt esetét mutatja be. A terhesség valószínű jelei közül egy sem volt jelen.

A beteg rendes időre és tartammal menstruált. Az emlőjel egy hónappal azelőtt történt ablactatio miatt nem volt értékesíthető. A portio és a méh fellazulása és megnagyobbodása hiányzott A pete leválására és az ennek kapcsán képződött peritubaris haematocelére csak a rendkívül kínzó, kőbeékelődéshez hasonlító tubagörcsökből és egy folyadékkal megtelt egyoldali, férfiökölnyi tubatumor jelenlétéből lehetett gondolni; bizonyosan azonban az eset nem volt extrauterinnak megállapitható, mert ovarialcysta kocsány-

55. évfolyam. **35. szám.** *Budapest, 1911 augusztus 27.*

ORVOSI HETILAP

Alapitotta: 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.

Ónodi A.: Közlemény az egyetemi orr- és gégegyógyászati klinikáról. Az orr melléküregeinek bajai által okozott oculoorbitalis tünetek kórjelzése és gyógykezelése. 619. lap.

Fogarasi Imre: Közlemény a III. számú belklinikáról. (Igazgató: báró Korányi Sándor dr., egyet. nyilv. r. tanár.) Megjegyzések a Pick-féle úgynevezett pseudocirrhosis pericardiaca pathogenesiséhez. 621. lap.

Lénárd Vilmos: Közlés a budapesti kir. magy. tudom.-egyet. bakteriologiai intézetéből. (Igazgató: Preisz Hugó dr., ny. r. tanár.) A typhus-immunserum hatásmódjáról az állati intraperitonealis typhusfertőzésben. 625. lap.

Weisz Ferencz: Az ureterkövek therapiájához. 627. lap.

Hammer Dezső: Az országos fertőtlenitő tanfolyamról. 628. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Carl Spengler*: Tuberkulose- und Syphilisarbeiten. — Új könyvek. — *Lapszemle. Sebészet. Emil G. Beck*: A bismutpasta alkalmazása hideg tályog és gümőkóros fistula eseteiben. — *Idegkórtan. Babinski* és *Sarkowski*: Dystrophia musculorum progressiva. — *Bouchaud*: Sérülésből eredő facialis-bénulás. — *Gyermekorvostan. Perrier*: Az electrargol a hurutos tüdőlob kezelésében. — *Buffet-Delmas*: Az anya és csecsemő vörhenye. — *Venereás betegségek. H. Hecht:* Lues maligna. — *Fizikai és diaetás gyógyitásmódok. Determann*: Forró bemártó fürdő. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Schneider:* Néhány szájvíz antisepsises és desinficiáló sajátsága. — *Dreuw*: Cementpaszta. — *Tornai*: Digistrophan. 630–633. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 633. lap.

Vegyes hirek. 633. lap.

Tudományos társulatok. 634–636. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény az egyetemi orr- és gégegyógyászati klinikáról.

Az orr melléküregeinek bajai által okozott oculoorbitalis tünetek kórjelzése és gyógykezelése.*

Irta: *Ónodi A.* dr., egyetemi tanár, a klinika igazgatója.

Ma már megállapitott tény, hogy az orr melléküregeinek megbetegedései oculoorbitalis tünetekhez vezethetnek. Ezen fontos tény konstatálásával egyszersmind meg kell említenünk, hogy mindkét megbetegedés alkalmilag egymástól függetlenül egymás mellett is fennállhat és egyéb okok egész sora ismeretes, melyek látózavarokat okozhatnak. Mi azon oculoorbitalis tüneteket akarjuk összefoglalni, melyek a nyílt és rejtett melléküregbántalmak következményes jelenségeinek tekinthetők és értékesítésüket a kórjelzés és a gyógykezelés javalatai felállításánál kritikailag megvilágítani.

A melléküregbántalmak következményes oculoorbitalis tünetei közül a következők voltak az észlelés tárgya: A szemhéjak duzzanata, vizenyője, könycsorgás, blepharospasmus, peridacryocystitis és dacryocystitis, a könyzsák sipolya, az orrkönyjárat áttörése, orbitalis emphysema, kidomborodás és körülirt tályog a belső szemzugban, periostitis orbitae, subperiostalis tályog, exophthalmus, orbitalis phlegmone, orbitalis tályog, sipolyképződés, chemosis, a plexus ophthalmicus thrombophlebitise, diplopia, a szemteke mozgási korlátoltsága, bulbaris és periorbitalis neuralgia, retrobulbaris fájdalom, színscotoma, a vakfolt megnagyobbodása szinekre, látótérszükület, neuritis retrobulbaris, pangási papilla, amblyopia, amaurosis, a vena centralis retinae thrombosisa, a látóideg sorvadása, a szemizmok muló és maradandó hűdése, neuroretinitis, asthenopiás zavarok, bitemporalis hemianopsia, az associált mozgások hűdése, lencsehomály, üvegtest-homály, iritis, a szemteke nyomásfokozódása és végezetül postoperativ nasalis látózavar és vakság.

Az oculoorbitalis tünetek összefüggése nyilt melléküregbántalmakkal a legtöbb esetben diagnoskálható, habár ritkább esetekben mindkét megbetegedés egymás mellett accidentaliter is előfordulhat. Rejtett melléküregbántalmakban és olyan esetekben, hol az orrlelet negativ és a hol a szemész az oculoorbitalis zavarok okát megállapitani nem tudja, szükséges úgy diagnostikai, mint gyógykezelési szempontból a kritikai megvilágitás.

Először egyes oculoorbitalis tünetek diagnostikai értékéről akarunk szólani és különösen azon tünetekről, melyek mint első és korai tünetek melléküregbántalomra terelik a gyanut. *Birch-Hirschfeld* az érzékeny papillomacularis köteg sérülése folytán beálló centralis scotomát nagyon fontos korai tünetnek tekinti a hátulsó melléküregek daganatainak és genyedéseinek eseteiben. A más okból keletkezett centralis scotoma kórjelzését illetőleg hangsúlyozza az egyoldalú jelentkezést, a gyors fejlődést és a relativ scotoma átmenetelét az absolutba, mely a látótér körzeti szűkületével kombinálódik. *Hoewe* állitotta, hogy a vakfolt megnagyobbodása szinekre legkoraibb tünetnek tekintendő és hogy a centralis scotoma csak később jelenik meg.

A neuritis és atrophia optica jellegzetes tünetei mellett két tényt kell tekintetbe venni, ugyanis a szemháttér a meglevő látózavar daczára rendes képet mutathat, továbbá a hátulsó melléküregek a negativ orrlelet daczára kórosak lehetnek. Ismeretes, hogy az ophthalmoskopiai elváltozásnak nem kell a látózavar fokával arányosnak lennie, rendes szemtükörleletnél nagyfokú látózavar lehet jelen, másrészt a papilla kifejezett vérbőségénél és duzzanatánál a visus rendes lehet.

Éppen úgy tény, hogy a látóideg sérülésekor az arteria centralis retinae belépése mögött, a canalis opticus törésekor a teljes vakság daczára a szemtükörlelet egy ideig rendes lehet. A melléküregbántalmakban a papilla gyüjtőeres vérbősége,

* Előadta a British Medical Association meghivására a Birminghamban f. évi július havában megtartott évi nagygyülésen.

kisfokú duzzanata és nem éles határoltsága, erősebben telt retina-gyüjtőerek és néha szükített arteriák észleltettek. Egyes esetekben a kiemelkedő szemölcs pangásos papilla képét mutatta. Gyakran találjuk a neuritis optica kifejezett alakját.

A relativ centralis scotoma jelenléte többször lett észlelve, mi is észleltük a Highmor-üreg, a homloköböl, a rostasejtek és az iköböl empyemájának eseteiben. A vakfolt megnagyobbodását illetőleg csak egyes észleletek ismeretesek (*Hoewe, Kleijn*). Mi ezen tünetet három ízben láttuk, kétszer centralis scotomával. Úgy a centralis scotoma, mint a vakfolt megnagyobbodása más okokból is keletkezhetik és az orr melléküregeihez semmi köze sincsen.

Mi a centralis scotoma és látózavar hiányát is észleltük a hátulsó melléküregek empyemájánál és egy esetben, hol az orrüreget sarcoma töltötte ki és a hátulsó melléküregek empyemája volt jelen. Ha nem is tekinthetjük a melléküregbajok absolut biztos tünetének a relativ centralis scotomát és a vakfolt megnagyobbodását, a melléküregek nyilt és rejtett bántalmai diagnosisának megállapításakor mindkét tünetre gondolni kell és kutatni kell azokat, minthogy a tapasztalat mindkettőt diagnostikailag értékesíthetőnek mutatta. A centralis scotomának *Birch-Hirschfeld* által hangsúlyozott egyoldalúsága, valamint a *Mendel* és *Lapersonne* által felállított tétel, hogy az egyoldalú neuritis a nasalis eredet tekintetében jellegzetes, absolut értékkel nem bir, a mennyiben éppúgy egyoldalú, mint kétoldalú melléküregbántalmak ezen tüneteket mindkét oldalon előidézhetik; annyiban azonban mégis birnak diagnostikai értékkel, hogy egy rejtett melléküregbántalomra terelhetik a figyelmet és nyilt melléküregbajokban gyakrabban találhatók is. A mi a látótérszükület diagnostikai értékesítését illeti, ez melléküregbántalmakban szintén található, de hiányozhatik is. *Berger* állítását, hogy a látótér szükülete az iköböl daganatára jellegzetes, és *Bryan* állítását, hogy a rostasejtek empyemája mindig a látótér szükületével jár, el kell ejteni, de azért a látótér mindig megvizsgálandó és ha szükülete jelen van, diagnostikailag értékesíthető. Kétes esetekben és negativ leleteknél a melléküregek Röntgen-felvétele is hasznos lehet a diagnosisra nézve, habár árnyoldalaira rá kell mutatni, a melyek néha tévedésekre is vezethetnek. Végezetül ilyen esetekben a melléküregek explorativ megnyitása is tekintetbe jön diagnostikai szempontból.

A bitemporalis hemianopsia a chiasma sérülésére mutat, mely épp úgy egyoldalú, mint kétoldalú hátulsó rostasejt- és iköböl-bántalomban beállhat. Éppen így gyakrabban jelentkezik a szemizmok hűdése a hátulsó rostasejtek daganatai, mint ritkábban empyemái folytán. A homloköböl, a rostasejtek és az iköböl osteomáinál a lobos tünetek hiánya a szemüreg részéről eddig typusosnak tekintetett, mégis vannak egyes esetek, a hol orbitalis phlegmoneval lehetnek szövődve.

Kuhnt szerint a könylevezető szervek megbetegedései 93·7%-ban rhinogen eredetűek. *Birch-Hirschfeld* szerint az orbitalis gyuladások mint következményes bántalmak a homloköbölnél 29·8%-ban, a Highmor-üregnél 21·8%-ban, a rostasejteknél 20·5%-ban, az iköbölnél 6·1%-ban és több melléküregnél 14·7%-ban fordulnak elő.

A nasalis neuritis retrobulbarist és az atrophia opticát több mint 150 esetben észlelték.

A postoperativ látózavar és megvakulás 5 esetben lett közölve* részben a canalis opticus indirect törése által, részben a látóideg direct sérülése által okozva, ezek között contralateralis vakság is előfordult. Úgy ezen eseteket, mint a contralateralis látózavart és vakságot egyoldalú melléküregbántalomnál megmagyarázzák az általunk talált és leírt bonczolástani viszonyok.

Az oculoorbitalis tünetekkel szövődött nyilt melléküregbántalmak gyógykezelési eljárásainak javalatait a következőkben foglaljuk össze.

Ismeretes, hogy nasalis látózavarok spontán is vagy egyszerű kezelésre gyógyulhatnak. Megemlítendő *Coppez* és *Lor* esete, melyben a neuritis optica gyógyult, daczára annak, hogy a beteg idült iköbölgenyedésének minden sebészi kezelését megtagadta. Éppúgy ismerünk eseteket, hol a sebészi beavatkozások a látózavart nem szüntették meg és a vakság bekövetkezett. Az irodalomban nagyon sok gyógyeredmény van közölve, feltűnők azon gyors gyógyeredmények, a hol a vérelvonás, a kagylóresectio és a rostasejtek és az iköböl megnyitása minden savós vagy genyes váladék hiánya mellett a látózavart megszüntette.

Egy tényt kell hangsúlyoznunk: egyrészt több eset kiküszöbölendő, mert a kritikát nem állhatja meg, másrészt igen sok esetben hiányzanak a további lefolyásról a közlések, úgy hogy nem tudjuk, vajjon ezen gyógyeredmények véglegesnek tekintendők-e.

Eklatáns módon világítja meg ezen tényt a következő példa: egy elterjedt tankönyvben mint szép gyógyeredmény oly eset van leírva — és idézik is —, a mely tényleg nem gyógyult meg. Az oculoorbitalis zavarok okozatos összefüggését a melléküregbántalmakkal számos gyógyeredmény bizonyította be; de az ismert gyógykezelési eljárások mellett csak a nyilt és rejtett melléküregbántalmak javalatainak felállítására szorítkozunk.

A Highmor-üreg empyemáinál, a hol az arcz, a szemüri kötőszövet vizenyője, muló amblyopia, amaurosis, a pupilla vérbősége, elmosódottsága van jelen, az üreg endonasalis széles megnyitása és kezelése megkisérelhető, minthogy ezen úton már szép gyógyeredmények érettek el; ha azonban ezen beavatkozás az óhajtott eredményhez nem vezet vagy az üregben nagyobb elváltozások és súlyos oculoorbitalis tünetek vannak jelen, késedelem nélkül eszközlendő a gyökeres széles megnyitás és kitakarítás a fossa caninán át. Orbitalis phlegmone, tályog és sipoly eseteiben mély bemetszések, drainage és esetleg a szemüregnek kivülről való széles megnyitása alkalmazandók.

A homloküreg empyemáinál, ha oculoorbitalis szövődményekkel van dolgunk, haladéktalanul a homloküreg gyökeres megnyitása eszközlendő, éppen úgy mucocele eseteiben. Természetesen a többnyire kóros elülső rostasejtek is egyidejűleg kitakarítandók.

Ezen gyökeres beavatkozással jól lehet összekötni az orbitalis phlegmone kezelését, a subperiostalis és az orbitalis tályog megnyitását és drainage-át.

A rostasejtek empyemáinak szövődményeinél a rostasejtek gyökeres endonasalis megnyitása és kitakarítása javalt. Ilyen módon sikerülhet a rostasejtek empyemájának áttörését a szemüregbe és egy orbitalis tályog fejlődését megakadályozni. Ha a rostasejtek empyemája genyedő csonthártyagyuladáshoz vagy orbitalis phlegmonéhoz vezet, akkor a belső szemzugban bemetszések által a tályog kiürülése gyorsítható, sipolyképződésnél a sipoly tágítható; mindkét esetben a drainageról gondoskodni kell. Ha az áttörés kifelé nem várható vagy félő, hogy thrombophlebitis áll be vagy ennek jelei már mutatkoznak, akkor haladéktalanul eszközlendő a rostatömkeleg megnyitása és kitakarítása kivülről a szemüregen át. A rostasejtek mucoceléjénél a tapasztalat az endonasalis kezelés mellett szól, éppen úgy a hátulsó rostasejtek empyemája által feltételezett látózavarok, neuritis optica eseteiben.

Az iköböl empyemájának minden szövődményes esetében az endonasalis megnyitás és kitakarítás javalt. Az iköböl empyemája által okozott látózavarok gyökeres endonasalis beavatkozással sikeresen megszüntethetők. Szövődményeknél heveny és idült esetekben korai sebészi beavatkozásokkal a lobos folyamat, a genyes csonthártyagyuladás tovaterjedését a látóidegre lehetőleg meg kell akadályozni.

Ha kombinált melléküregbántalmak könnyebb szövődményeiről van szó, megkisérelhető az endonasalis kezelés, a mennyiben a geny kiürülése és a szabad lefolyás biztosítása a Highmor-üreg endonasalis széles megnyitásával, a középső kagyló resectiójával, a rostasejtek és az iköböl széles megnyitásával elérhető, a mint azt ezen könnyebb esetekben a gyógyeredmények mutatják is. Ha pedig komoly

* Az eszmecserében *Marsh* a postoperativ megvakulás két esetét említette fel.

szövődmények lehetőségével vagy súlyos jelenségekkel van dolgunk, akkor haladéktalanul a gyökeres műtét végzendő, és pedig a Highmor-üregnél és a homloköbölnél az ismert gyökeres beavatkozások, a Highmor-üreg, a rostasejtek és az iköböl empyemájánál a Highmor-üreg megnyitása a fossa caninán át, a rostasejtek és az iköböl endonasalis széles megnyitása végezhető, vagy nasalis akadályoknál a Highmor-üregen át a rostasejtek és iköböl megnyitása és kitakarítása eszközölhető. Orbitalis szövődmények eseteiben ez utóbbiak a szemüreg felől is megnyithatók, a megnyitással a lobos vagy genyedő orbitalis kötőszövet drainage-a czélszerűen összeköthető. A homloküreg, a rostasejtek és az iköböl empyemájánál a gyökeres megnyitás és kitakarítás a homloküregen át végezhető. Súlyos orbitalis szövődményeknél a szemüreg széles megnyitása kivülről *Kroenlein* szerint alkalmazható, továbbá *Axenfeld* ajánlotta a *Kroenlein*-féle műtétet a kóros rostacsont orbitalis eltávolításával összekötni és a bőrmetszést a szemöldökön át az orrgyökig megnyujtani; *Kuhnt* azonban ezen ajánlatot elejti.

Még azon esetek gyógyításáról kell szólni, a hol a melléküregeket illetőleg negativ orrlelet áll fenn vagy csak kagylóduzzanatok vannak jelen és a hol a középső kagyló resectiója, a rostasejtek és az iköböl megnyitása a látózavarokat megszüntette. Minthogy ezen esetekben vérelvonásról, a nyomás megszüntetéséről van szó, ezen említett beavatkozások mindazon esetekben végezhetők, a hol a szemész a látózavar okát megállapítani nem tudja, de annak megszüntetését meg kell kisérelni, a mi, mint a tapasztalat mutatja, több esetben sikerrel is járt. Még meg kell jegyezni, hogy az említett postoperativ vakság eseteinek a magyarázatát az általam talált és leírt bonczolástani viszonyokban találjuk meg és a mennyiben idevonatkozó monographiámra* utalok, hangsúlyozom a különös óvatosságot a hátulsó rostasejtek és az iköböl kitakarításakor, nehogy az ott gyakrabban szabadon haladó látóidegcsatornák mesterségesen megsérüljenek.

Végezetül röviden érintjük azon javalatokat, melyek a könylevezető szervek következményes megbetegedéseiben megállapítandók. A *Toti*-féle eljárás és a *Blaskovics*-féle implantatiós módosítás olyan esetekben végzendő, midőn a könylevezetés akadályával a könyzsák tágulata van jelen. A hol a könytömlő tágulata hiányzik, ott a könyjárat stenosisának megszüntetésére javalt a könyjárat endonasalis ablakresectiója az alsó kagyló felett, ilyen módon az esetleg meglevő alsó stenosis zavartalanul fennállhat, miután a könylevezetés biztosítva lett. Az orrkönyjáratnak a Highmor-üregen át való feltárása javalva van a Highmor-üreg empyemáinál, vagy nagyon kiterjedt, teljes stenosisok eseteiben, a hol egyrészt előzetes műtétek (kagylóduzzanatok, orrsövénylécz-görbület megszüntetése stb.) szükségesek és a hol másrészt a könyjárat csontos falának destructiója forog fenn.

Közlemény a III. számú belklinikáról. (Igazgató: báró Korányi Sándor dr. egyet. nyilv. r. tanár.)

Megjegyzések a Pick-féle úgynevezett pseudocirrhosis pericardiaca pathogenesisához.

Irta: *Fogarasi Imre* dr., klinikai gyakornok.

Pericardialis obliteratiókkal kapcsolatban a klinikai és bonczolástani tapasztalás szerint az esetek nagy részében egy sajátságos kórkép észlelhető, melynek legfeltünőbb elemei a következők: Jelentékenyen megnagyobbodott, érzékeny máj, hasvízkór és gyakran az arcz, illetve az egész felső testfél pangásos odemája; az alsó végtagok ezzel szemben szabadok vagy csak aránytalanul kevéssé vízkórosak. Noha ily esetek már előbb is elég nagy számmal közöltettek, a jelzett kapcsolatra legelőször *Friedel Pick* mutatott rá 1896-ban, egyúttal magyarázatot is állítva fel a kórkép létrejövetelének módjára nézve. Ő e kapcsolatot causalisnak tartja, melyben a primaer a pericardialis obliteratio; ez secundaer módon, a pericarditis okozta vérkeringési zavar közvetítésével pangást hoz létre a májban, következményes kötőszövet-újképződéssel, cirrhosissal és ascitessel.

Pick álláspontját nem fogadták el általánosan. Az ellene folytatott viták kezdetben a „Zuckergussleber" jegyében folytak; tudniillik a *Pick* által ismertetett és idézett esetekben jelen volt a perihepatitisnek az a formája, melyet *Curschmann* 1884-ben „Zuckergussleber" néven írt le, mint bizonyos chronikus peritonitisek részjelenségét s melynek kiséretében gyakran található pericarditis is.

Látnivaló a mélyreható különbség a két álláspont között: ez utóbbi a hasüri elváltozásokat, úgy a májtumort, mint az ascitest, lobosnak tekinti s mint ilyet legalább is coordináltnak a szívburok affectiójával. Azért mondom, hogy legalább is coordináltnak, mert pl. maga *Curschmann* a pericarditist a peritonealis folyamatnak a rekeszen keresztül történő ascendálásából származtatta.

A szóbanforgó esetekben jelenlévő feltűnő perihepatitises elváltozások nem kerülték el *Pick* figyelmét sem. Ő azonban azokat accidentalis jelentőségűeknek tartotta, létrehozva részint a hasüri pangásos savó soká tartó mechanikai és chemiai ingére, részint a nagyobbszámú punctiók okozta kisvirulentiájú hasüri fertőzések által.

Idővel mindjobban kifejlődött és megerősödött az irodalomban a polyserositis fogalma, mely ámbár aetiologiailag nem egységesen, de számos közös jellegző vonás révén magába olvasztott számos addig önálló kórképet: igy a régi szerzők chronikus idiopathiás peritonitiseit, a *Curschmann*-féle Zuckergusslebert, a *Hutinel*-féle foie cardiotuberculeux-t, az olaszok polyorromenitisét, a francziák périviscérite-jét és a *Pick* által pseudocirrhosis pericardiacának nevezett kórképünket is. Kóroktanilag a legkülönbözőbb momentumok szerepelnek ezek közt: tuberculosis, lues, nephritis chron., arteriosclerosis, rheumatismus stb. Mindben közös azonban két vagy több nagy savós ürnek lobos megbetegedése, folyékony vagy plastikus izzadmánynyal, vagy vegyesen.

Ily polyserositisekben a pericardiumnak praedilectiós szerepe van; a plastikus izzadmányokra pedig különös praedilectióval bir a máj és a lép savós burka.

A mint látjuk, a polyserositis keretébe beilleszthető a *Pick*-féle kórkép minden eleme, a pericardialis obliteratio, az ascites és a májtumor is, a mennyiben perihepatitissel kapcsolatos. Úgy hogy ezentúl a czukoröntéses máj, mint kiindulópont helyett — a melyből tovaterjedés útján pericarditis keletkeznék — a polyserositis kezd szerepelni, mint a *Pick*-féle kórkép pathogenesisének lényege; ez a quasi rendszer-megbetegedése a savós hártyáknak, a melyben a tovaterjedés sorrendjének ha van is bizonyos szerepe, de semmiesetre sincs meg az az alapvető fontossága és törvényszerűsége, melyet *Curschmann* és követői neki tulajdonítottak.

Pick közleménye után az idevágó esetekben, a mennyiben sectióra kerültek, különös figyelmet fordítottak a májra s az esetek igen nagy számában a perihepatitisen kívül semmi intrahepatikus elváltozást, nevezetesen se pangásos vérbőséget, se pangásos kötőszövetszaporodást vagy cirrhosist nem találtak.

Ezek az esetek kétségtelenül bizonyítják azt, hogy itt a nagy májat és az acitest nem venás pangás hozta létre, tehát hogy a pericarditisnek, mint vérkeringési zavarnak, nem volt e kórkép létrejöttében oki szerepe. Úgy a pericardialis obliteratio, mint a perihepatitis, mint pedig az ascites különkülön eredetűek, egy chronikus polyserositises megbetegedés részjelenségei. Lehetne talán arra gondolni, hogy a czukoröntés, mely sok esetben hatalmas merev pánczélt alkot a máj körül, a májnak concentrikus compressiója révén szükíthetné a vena portae ágait s igy az ascites mégis pangásos eredetűnek volna tekinthető. Csakhogy a czukoröntés sohasem veszi teljesen körül a májat; csak a rekeszfelszínen szokott erősen

* 1. *Onodi*: Die Sehnerv und die Nebenhöhlen der Nase. Wien und Leipzig 1906. 2. *Onodi*: The optic nerv and the accessory sinuses of the nose. London 1910. 3. *Onodi*: Il nervo ottico ed i seni annessi alle cavita nasali. Napoli 1910.

kifejlődve lenni, míg a hilus-felszín szabad, vagy csak kevéssé vesz részt a perihepatitisben. Azonkívül maga az ascites-folyadék vizsgálata — fajsúlyra, fehérjetartalomra (refractometriás adatokat a közölt esetekben nem találtam) — is arra vallott, hogy itt exsudatum, nem pedig transsudatum volt jelen, bár ezen adatoknak értékesítése a szóbanforgó esetekben meglehetős cautelákat igényel.

Hogy a bevezetésben jelzett kórkép polyserotisises jellegű lehet, ezek után tehát bebizonyítottnak tekinthető. Kérdés azonban, hogy minden esetben az-e?

Ismét a máj állapota kínálkozik legbiztosabb kriteriumul. És itt azt kell mondanunk, hogy vannak ily esetek, a hol a máj részéről csak pangásos cirrhosis van jelen, mint megnagyobbodásának egyedüli oka. Azonban az esetek legnagyobb részében együtt találjuk a máj megnagyobbodásának e két tényezőjét: a perihepatitist és a pangást; és pedig ez utóbbit a pangásos máj legkülönbözőbb stadiumaiban, kezdve az egyszerű venosus hyperaemiától, a szerecsendiómájtól, egész a pangásos cirrhosisig.

Az előbb említett eseteket, a hol tudniillik czukoröntés nélkül csak pangásosan cirrhosisos máj van jelen, esetleg lehetne szintén polyserositissel értelmezni, nevezetesen az ascitest is lobos eredetűnek tekinteni, a májcirrhosist pedig a pericarditis következményének és így végeredményben az egész kórképet mégis egységes pathogenesisre, a polyserositisre visszavezetni. Csakhogy ez a felfogás magában foglalja már annak az elismerését, hogy a pericarditis tud májpangást, tehát izolált portakeringés-zavart előidézni; ha pedig ez áll, akkor igazán nagyon ellenkezik a gondolkodás oekonomiájával, ha az ascitest gyuladással, nem pedig szintén portapangással magyarázzuk.

A peritonealis folyadéknak és a hashártyának esetleges lobos charakterét nem lehet ezzel szemben minden további megfontolás nélkül döntően felhozni: a mire ezek az esetek ugyanis sectióra kerülnek, addig rendszerint többszörös punctión mennek keresztül, a mely körülmény általános tapasztalás szerint alkalmas arra, hogy kétségtelen transsudatumoknak idővel exsudatum-jelleget adjon.

Viszont arra nézve kétségtelen bizonyítékaink vannak, hogy pericarditises elváltozások izolált portapangást ascitessel tudnak létrehozni.

Hogy egyáltalán centralis pangás-zavarok képesek erre, minden localis abdominalis ok nélkül, arra nem a pericarditis az egyetlen példa. Megtaláljuk ezt billentyűbajoknál, különösen mitralstenosisnál, de másoknál is. A decompensatiónak ezt a különös formáját a francziák külön névvel is felruházták: asystolie hépatique.

Tehát centralis keringés-zavar létre tud hozni izolált portapangást. Másrészt tény, hogy a pericarditis fibrosa chron. okozhat centralis keringés-zavart. Még pedig többféleképpen. Először is a szív alakváltozásainak gátlása révén; vastag merev, kötőszövetes kérgek gátolják a diastolés tágulást; ugyanezek, mivel a szívizommal szorosan össze vannak kapaszkodva, a systolés contractiót is megnehezítik, mint egy koloncz. Másodszor a szív helyzetváltozásainak gátlása révén okozhatja a systolés energia csökkenését, a mire különösen *Brauer* hívta fel erősebben a figyelmet; ezt már extrapericardialis, mediastino-pericardialis elváltozások okozzák, melyek szerves összeköttetést hoznak létre a szív és a csontos mellkasfal közt, úgy hogy minden systolekor a szív kénytelen behúzni a bordákat.

Azután létrehozhat a pericarditis myocardialis elváltozásokat. Ez utóbbiak vagy onnan erednek, hogy az újonnan képződött pericarditises kötőszövet beleburjánzik a szívizomba is, vagy onnan, hogy szívizomatrophia áll be; a szív tudniillik nem lévén képes se passiv dilatatióra a diastolés tágulás gátoltsága, se activ hypertrophiára a systolés contractio gyengült volta miatt, *Weill* szavai szerint a vastag kötőszövetes burokban, mint egy börtönben, elsorvad.

Már most mindezen okok közül nem mindegyik szerepelhet az izolált portapangás létrehozásában. Myocardialis elváltozások például csak általános pangást hozhatnak létre; valamint az extrapericardialis factor, mely a systole kiadósságát csökkenti, szintén az egész szívre közel egyenletesen hat s így általános keringés-zavarhoz kell vezetnie.

Azonban a tisztán pericardialis elváltozások létrehozhatják azt a pangástypust, melyet *Türk* tricuspidalis typusnak nevezett el, mert tricuspidalis insufficientiával kapcsolatban meglehetős szabályszerűséggel megtalálható és a mely teljesen azonos a mi eseteinkben található véreloszlási rendellenességgel.

Türk egy igen megkapó hasonlattal illusztrálja a tricuspidalis insufficientia hatásmódját: azzal, hogy áradás idején, midőn a Tiszában és a Marosban magas a vízállás, nem a Tisza, hanem elsősorban a derékszög alatt beléje torkolló Maros önt ki. A vérkeringésre alkalmazva ezt, a Tiszának megfelel a vena cava inf., a Marosnak pedig a vv. hepaticae, melyek szintén közel derékszög alatt ömölnek be a cavába.

Nézzük most e viszonyokat kissé közelebbről. Ezen pangásforma feltétele az, hogy a jobb szív izoláltan insufficiens, míg a bal szív ereje, a vis tergo, intact. Mert mi történik ilyenkor? Vegyük fontolóra mindenekelőtt azt, hogy az úgynevezett mechanikai vízkór keletkezésében, a mennyiben az centralis eredetű, két körülmény szerepel: a jobb szív gyengesége, mely a venák kiürülését akadályozza, és a bal szív gyengesége, mely utóbbi lehetővé teszi a nehézségi erőnek, hogy ezen, a jobb szív által fel nem vett vérmennyiséget a saját törvényei szerint helyezze el, vagyis a legmélyebben fekvő helyektől kezdve fokozatosan fölfelé.

Már most azonban, ha a bal szív ereje intact, akkor a mechanikai vízkór egyik lényeges feltétele elesik, mert az intact bal kamara vis a tergojával szemben a nehézségi erő nem tud érvényesülni.

A venakiürülés akadályozottsága azonban fennáll a jobb szív gyengesége miatt. Hogy az ily módon a venákban maradó vér hol fog elhelyezkedni, azt már most nem a nehézségi erő fogja megszabni, hanem az tisztán a hydrodynamikai viszonyoktól függ.

És e szempontból a legnagyobb fontossággal bír az a körülmény, hogy az alsó testfél vérkeringésének van egy mellékárama, quasi egy shuntje, mely igen nagy capacitású s mely igen disponálva van a pangásra: ez a portakeringés. Disponálva van ez a pangásra elsősorban azért, mert lefutása mentén nem, mint a cavakeringésben egy, de két capillaris systema van egymás után elhelyezve: az összes zsigerekben, a zsigeri arteriák és venák közt és ezenkívül a vena portae másodszori feloszlása által a májban. Ez a két capillaris a bal szív hajtó erejét, positiv nyomását teljesen felemészti, úgy hogy a májtól kezdve a keringést már csak a jobb szív szívó hatása tartja fenn. És még e szívó hatás szempontjából is hátrányban van a v. cavához képest, mert a vv. hepaticae jelentékeny szög alatt szájadzanak be a cavába, míg maga a cava irányát megtartva, halad egészen a szívig. Úgy, hogy szinte azon kellene csodálkoznunk, hogy nem minden centralis eredetű pangás kezdődik a v. portae területén. Ennek egyedüli oka az, mint már mondottuk, hogy a szívinsufficientiák túlnyomó részében a nehézségi erő hatása túlsúlyban van a portakeringés ezen pangásos dispositiója felett. Ez a túlsúly azonban nem nagy, úgy hogy a nehézségi erő paralyzálva van, e pangás egész biztosan úgynevezett tricuspidalis typusú lesz és olyan marad mindaddig, míg a folyamat előhaladtával a bal szív is insufficienssé válik: ekkor beáll a mechanikai typusú pangás.

Ugyanezen megfontolással megmagyarázhatjuk a tricuspidalis insufficientiák és a mi pericarditis-eseteink egy részében a portapangás mellett jelenlevő vízkórját a felső testfélnek, a vena cava sup. területének. A jobb szív insufficientiájának bizonyos fokánál a vena cava sup. kiürülését is akadályozni fogja; mindenesetre nagyobb fokánál, mint az inferiorét, mert a vena cava sup. részben a nehézségi erő segítségével is kiürülhet, a szív hozzájárulása nélkül is. A midőn azonban már ily módon se ürülhet ki, be kell állania a felső testfél vízkórjának. A vena cava sup. területén ugyanis nincs egy olyanféle nagy capacitású szivacs, mint alul a

portarendszer, mely a vértöbbletet könnyedén magába veszi. És így meg fog dagadni az arcz, a felső végtagok, esetleg a mellkas bőre, hydrothorax fejlődik ki, míg alul a jobb szív insufficientiájának fokozódása csak azt okozza, hogy a portalis erek még jobban megtelnek vérrel, még jobban duzzad a máj, nő az ascites, de az alsó végtagok mentesek maradnak a vízkórtól, eltekintve az ascites nyomása által okozott esetleges secundaer anasarkától.

Ezen állapot kisebb fokainál a felső testfél oedemája nem állandó, hanem azt hallhatjuk a betegektől, hogy reggelre meg van dagadva a szemhéjuk, esetleg arczuk is, napközben azonban, fenjárás után, leapad. Tehát épp ellenkezőleg, mint az alsó végtagok múló oedemáinál, mely utóbbiak mindig estére fejlődnek ki és reggelre apadnak le.

A különbség oka elég kézenfekvő. A nehézségi erő ugyanis, mely az alsó végtagok kiürülését akadályozza, a felső testfélét, a cava superiorét elősegíti. A vena cava sup. területének múló pangásai tehát fekvő helyzetben fognak kifejlődni, fennálló helyzetben pedig elmúlni.

Vannak esetek, különösen a mitralstenosisok közt, a hol az arcznak e múló oedemája az egyedüli decompensatiós tünet. Tiszta mitralstenosisnál ugyanis a decompensatio tricuspidalis typusú, tehát az alsó végtagok mentesek a vízkórtól. Marad a porta és a cava sup. területe. Ezek közül igaz, hogy a portapangás mindig megelőzi a teljesen kifejlődött cava sup. pangást. Azonban ily múló cava sup. pangások megelőzhetik a hasi elváltozásokat, úgy hogy ilyenkor, tekintve a magában álló szemhéjoedemát, acut nephritisre lehetne gondolni. E feltevés ellen szól azonban — eltekintve a vizeletvizsgálat negativ eredményétől — már az, hogy ez oedemák a testtartástól függnek, tehát épp úgy mechanikai oedemák, mint más esetekben bokaoedemák, nem pedig hydraemiás eredetűek, mint nephritisnél.

Ezek természetesen extrem esetek és ritkák, a mint hogy a tiszta mitralstenosisok ritkák s ezek közt se minden betegnek tűnik fel eléggé az említett tünet, legfeljebb azt mondják, hogy reggel nehezen tudják kinyitni a szemüket. Azonban gyakrabban találkozunk e tünettel más vízkóros localisatiók kiséretében, a nélkül, hogy per continuitatem csatlakoznék hozzájuk, miáltal az ilyen kórkép szintén nephritises vízkórra emlékeztet. Pl. anasarka az alsó végtagokon, hasvízkór, a mellkas és felső végtagok szabadok, ellenben múló szemhéj- és arczoedema. Tiszta tricuspidalis pangásnál pedig — a mennyiben a jobb szív insufficientiája nem elég nagyfokú ahhoz, hogy a felső testfélen állandó vízkórt hozzon létre —, kifejlődött asciteshez csatlakozhatnak ily múló szemhéjoedemák, a nélkül, hogy bokaoedemák volnának jelen.

Ez esetekben tehát egy kisebb foka van jelen azon tricuspidalis-insufficientiáknak, a melyeknél a portapangás mellett már a vena cava sup. kiürülése is akadályozott.

Ilyen módon vezet tehát a jobb szív izolált insufficientiája tricuspidalis typusú pangáshoz; és fordítva is áll a tétel, hogy t. i. e pangásformának feltétele az izolált jobbszívinsufficientia.

E szerint tulajdonképpen minden noxa, nevezetesen chronikus intoxicatiók, melyek diffuse érik a szívizmot, kezdetben portapangáshoz vezetnek, mert ceteris paribus a jobb szív functióképessége előbb szenved tőlük, mint a bal szívé. És valóban ily állapotokban gyakran találunk a pangásnak minden klinikai jellegét magán viselő májtumort, még mielőtt a bokaoedemák megjelennének. Nem tartom lehetetlennek, hogy scarlatina-esetekben észlelt nephritis nélküli oedemák szintén ily myocardialis eredetű tricusp. pangásos jellegűek; hogy e pangásforma a nephritiseshez hasonló oedemaformákhoz vezethet, azt az előbbiekben láttuk. A tricuspidalis pangás képének teljes kifejlődésére azonban nem szokott a sor kerülni, mert míg a jobb szív gyengesége az ehhez szükséges fokot eléri, addig már a bal szív myodegeneratiója is annyira haladt, hogy izolált jobbszív-insufficientiáról már nem lehet szó; vagy pedig acut infectiók esetén a betegség meggyógyul vagy halálhoz vezet.

Ezen esetektől eltekintve, a tricuspidalis pangástypusnak több ízben hangsúlyozott feltétele jelen van minden tiszta tricuspidalis insufficientiánál, továbbá minden tiszta mitralstenosisnál a decompensatio stadiumában. A mi az obliteráló pericarditist illeti, annál megvan a lehetősége annak, hogy ez a föltétel, t. i. az izolált jobbsziv-insufficientia bekövetkezzék. A pericarditises hegszövet kifejlődése ugyanis különböző fokú lehet.

Lehet oly kisfokú, hogy egyáltalán nem befolyásolja a szívműködést; az obliteratio magában véve nem alkot keringési akadályt.

Ezek a tünet nélkül lefolyó pericarditis-esetek, melyeket csak a sectio mutat ki, még pedig nem is nagyon ritkán.

Lehetséges azután, hogy a kéregképződés oly vastagságot ér el, a mely a vékonyabb izomzatú jobb szív működését megnehezíti, míg az erősebb bal szív elé nem gördít jelentékenyebb akadályt. A jobb szívnek ellenben megnehezíti úgy a diastolés tágulását, mint a systolés contractióját; a merev, heges kéregtől körülvéve, a szív nem tud oly szabadon kitágulni, összehúzódásakor pedig kénytelen a vele összenőtt merev és vastag hájat magával húzni; ez természetesen a szív tartalékerejének nagymérvű igénybevétele árán történhetik csak, annak kimerülésével pedig bekövetkezik a jobbszív-insufficientia. Ily körülmények közt, a fentebb elmondott okokból, a portapangás megelőzi a cavapangást, vagyis a *Türk*-féle tricuspidalis pangás képe áll elő. Ezek az esetek adják a *Pick*-féle kórképeket.

Végre lehetséges, hogy oly vastag kérgek fejlődnek ki, melyekkel szemben még az izmos bal szív tartalékereje is kimerül s beáll a teljes szívinsufficientia. Mindenesetre a jobb szív kimerülése itt is meg kellett hogy előzze a bal szívét, azonban az elváltozások progressiója ezen esetekben oda vezetett, hogy az universalis szívinsufficientia magába olvasztotta az izolált jobbszív-insufficientiát, a generalizált pangás pedig elfedte a tricuspidalis pangás képét.

Ismétlem, hogy az előbbiekben jelzett fokozata az elváltozásoknak és következményeknek csak a tisztán pericardialis elváltozásokra vonatkozik. Ezen skálának körülbelül a közepén foglal helyet az az alak, mely a *Pick*-féle kórképhez vezet. Egyéb pericarditises eredetű elváltozások, ú. m. myocarditisek vagy mediastinopericarditisek már oly nagy keringési akadályt képviselnek, hogy a dolog természete szerint csak általános szívinsufficientiát okozhatnak.

Lehetséges azonban, bár ritkán fordul elő, a tisztán pericarditises hegedéseknek oly localisatiója, a hol nem az elváltozás foka, hanem maga az elváltozás mint olyan, illetve annak a helye, okozza a tricuspidalis pangást; és minél inkább progrediál a folyamat e helyen, annál kifejezettebb lesz ez a pangásforma, a nélkül, hogy diffus szív-insufficientiás tünetekhez vezetne. Ez az az eset, midőn a hegesedés a vena cava inf.-nak a máj és a szív közti rövid darabjára lokalizálódik és ott szűkíti az eret. A vena cava inf.-nak ez a máj fölött levő keringési akadálya épp úgy szerepel a vena portae szempontjából, mint egy izolált jobbszív-insufficientia: t. i. megakadályozza a vena cava tökéletes kiürülését a szívbe; azonban a vena cavában uralkodó vis a tergo és az áramlási sebesség nagyobb lévén, mint a vena hepaticákban lévő, másfelől a cava árama kedvezőbb irányú lévén mint a venae hepaticae árama, a vena cava egyfelől tökéletesebben ürül ki a szívbe, másfelől a ki nem üríthető részét a tartalmának pedig direct beleszorítja a venae hepaticae-be s így a portakeringésbe. Ily eset ismeretes, *Imerwol* írta le, *Hess* pedig ezt az álláspontot állatkisérletekkel is megvalósította. Hasonló viszonyok lehetnek másfajta cavacompressióknál is, a mennyiben t. i. a compressio venae hepaticae beszájadzásán túl foglal helyet. Rendkívül élénken illusztrálja ezt *Watson*-nak egy esete: valamelyik háti arteria aneurysmája éppen ezen a kritikus helyen nyomta a cavát. Óriási májtumor fejlődött ki, mely azonban az aneurysma megrepedése után rohamosan visszafejlődött.

* * *

Az elmondottakban kimutatni igyekeztünk azt, hogy ezt a minket foglalkoztató sajátságos kórképet, melyet *Pick* pseudocirrhosis pericardiacának nevezett, létrehozhatja polyserositis magában és létrehozhatja pericarditises eredetű pangás magában. Úgy hogy ezek alapján magunkévá tehetnők *Siegert* álláspontját, a ki azt mondja, hogy itt két teljesen különálló betegség szerepel, melyek csak végső kifejlődési alakjukban hasonlítanak egymáshoz, de lényegileg semmi közük sincs egymáshoz. A tapasztalat azonban azt mutatja, hogy e két dolog igen gyakran együtt található. Ennek magyarázata az eddigiek alapján nagyon egyszerű: a polyserositis keretében pericarditis támad, ez pedig a maga részéről a fentebb részletezett módon tricuspidalis typusú pangáshoz vezet. Hogy a hasüri folyadék lobos-e vagy pangásos, azt adott esetben meglehetős nehéz lehet eldönteni; egyes vizsgálatok és elméleti megfontolások a mellett szólnak, hogy kevert. *Hess* azt mondja, hogy ha korán áll be az ascites, az lobos eredet mellett szól. Ez a következtetés sem egészen szigorú, mert a pangásos ascites is lehet korai; t. i. nem kell ahhoz májcirrhosis, hanem a venae hepaticae pangása tovaterjedhet direct a májon keresztül a zsigeri vénákra és capillarisokra. A kifejlődött cirrhosisnak mindenesetre megvan az a képessége, hogy a már kifejlődött ascitest sterilezi; de magára az ascites létrejöttére nem feltétlenül szükséges a cirrhosis jelenléte.

Még egy összekötő kapocsról kell megemlékeznem, mely a kétféle pathogenesist egymással szorosabb vonatkozásba hozza. Ez különösen a franczia irodalomban szerepel nagyobb nyomatékkal, de egyes német szerzők is hangsúlyozzák, pl. *Krehl*, *Neusser*, és kétségtelen is, hogy ennek, t. i. a constitutionalis factornak a szerepe jelentékeny. Ez a *Lancereaux*-féle diathèse fibreux sclérogène, a mely név igen kifejezően jelzi a hajlamosságot az élénk kötőszöveti újképződésekre. Ez a dispositio nyilvánul meg a polyserositisben, a savós hártyáknak ezen valóságos rendszermegbetegedésében, a vastag kéregképződésekben s ugyanez nyilvánul meg az aránylag korai kifejlődésében a májcirrhosisnak, a pangás ingere következtében. S ezért oly sokkal gyakoribb ez a kórkép a gyermekkorban, mint felnőttek közt, mert ez a fibrosus diathesis az esetek legnagyobb részében lymphatikus constitutióval kapcsolatos, ez pedig kevés kivétellel a gyermekkor sajátja.

* * *

Végül principialis jelentősége és érdekessége miatt egy esetünket ismertetni óhajtanám.

B. I., 17 éves tanuló. Hereditás 0, jelen bajáig egészséges volt. Jelen bajára vonatkozólag előadja, hogy 3 év előtt játék közben társa véletlenül szíve táján megszúrta. Néhány nappal ezután már jól érezte magát, azonban 5—6 hónap mulva a szívtájon valamilyen gyuladásos betegsége, hozzátartozói szerint szívburokgyuladása támadt, a melylyel 6 hétig feküdt. Utána mintegy 3 hónappal vette észre, hogy lábai a bokában megdagadtak; a duzzanat fokozódott s körülbelül egyidőben ezzel hasa is feltünően duzzadni kezdett. Kezelésre a duzzanatok visszafejlődtek, nemsokára azonban újból jelentkeztek. Ez az állapot azóta kisebb-nagyobb javulásokkal-rosszabbodásokkal váltakozva állandóan fennáll.

A közepesen fejlett és táplált beteg csontrendszere ép. Az alsó végtagok bőre a bokától a térdig oedemásan duzzadt. Szívcsúcslökés nem tapintható. A 4. bordaközben a szegycsont bal szélén fillérnyi fehér heg látható. A szívtompulat felső határa a 4. borda felső, illetve az 5. borda felső széle. Kifelé valamivel a bimbóvonalon belül végződik, befelé, mint absolut, a bal szegyszélt kevéssel meghaladja, mint relativ a jobb szegyszélen 2 harántujjal terjed túl. A szívtompulatnak sem légzési, sem passiv mobilitása nincs. A szívhangok gyengék, tiszták. A pulsus kicsiny, lágy, könnyen elnyomható, minden mély inspiriumnál a radialis-pulsus jelentékeny kisebbedést mutat; rhythmusos, sz. p. 80. A tüdők felett normalis a kopogtatási és hallgatózási lelet; az alsó tüdőhatárok mély légvételre lejebb szállnak.

A has erősen elődomborodó. A jobb hypochondriumot a bordaív alól kiinduló tömött resistens képlet tölti ki, melynek felszine sima, széle kissé lekerekített, a légzési mozgásokat jól követi; alsó széle a köldök felett 2 harántujjal tapintható. A resistentia felett tompa kopogtatási hang. Úgyszintén tompulat található a has alsó része felett is, melyet egy felfelé homorú ívalakú vonal határol s a mely tompulat helyzetváltozáskor feltisztul.

A májtompulat felső határa rendes. A léptompulat felső határa a 8. borda alsó széle, alsó polusa a bordaívet 1 harántujjal meghaladja. A vizelet idegen alkotórészeket nem tartalmaz. A beteg láztalan.

A beteg klinikai tartózkodása alatt az alsó végtagoedemák elmultak, a haslelet azonban nem mutatott feltünőbb változást.

Esetünkben mindenekelőtt kétségtelenül megállapítható, hogy itt a pericarditis az összes többi elváltozáshoz képest primaer, mert az előidéző ok, a trauma, mely az egész kórkép fejlődését megindította, egyedül a pericardiumra hatott. Következményei közül az alsó végtagok oedemái és a has megdagadása körülbelül egyidőben jelentek meg, egymás mellett. Ezek közül az anasarka biztosan pangásos jelenség; semmi okunk sincs tehát a hasvízkórt másnak, mint szintén pangásos eredetűnek tekinteni; különben is az ascites-folyadék teljesen szabad volta ily hosszú lefolyás után is gyuladás ellen szól. A májtumort ezek után, legalább is nagy részben, ugyancsak pangásos májtumornak kell tartanunk. Betegünkön tehát körülbelül egyidőben jelentkezett mechanikai és tricuspidalis typusú pangás. Nem lehetetlen, hogy a tricuspidalis pangás itt is megelőzte a mechanikait, de a kezdődő májnagyobbodás nem okozott feltünőbb tüneteket. Azonban ha csakugyan egyidőben jelentkeztek, az is könnyen érthető. Láttuk az előbbiekben, hogy az alsó testfélen két külön árterület van. Ezeknek részesedése a vízkórban a két szívfél erejének viszonyától függ. Már most a pericarditises elváltozások változatossága mellett könnyen elképzelhető oly viszony a jobb és bal szív ereje közt, hogy a portarendszer pangásos dispositója és a nehézségi erő egyensúlyban van, tehát a két árterület, a porta- és a cavarendszer körülbelül egyformán részesedik a pangásban.

Ez az eset, ha nem is typusus példája a tárgyalt kórképnek — éppen az alsó végtagok oedemája miatt —, azt azonban kétségtelenül bizonyítja, hogy a pericarditis vezethet pangáshoz, még pedig tricuspidalishoz épp úgy, mint általánoshoz, hogy tehát a pericarditis az idetartozó esetek egy részében legalább csakugyan *Pick* értelmében causalis jelentőségű lehet s hogy ez esetekben a „pseudocirrhosis pericardiaca“ elnevezés teljesen jogosult.

Irodalom: *Curschmann:* Zur Differentialdiagnostik der mit Ascites verbundenen Erkrankungen der Leber und des Peritoneums. Deutsche mediz. Wochenschrift, 1884 — *Pick*: Ueber chronische, unter dem Bilde der Leberzirrhose verlaufende Pericarditis etc. Zeitschrift für klin. Medizin, 1896. — *Boutavant:* Des formes cliniques des symphyses cardiaques. Thèse de Lyon, 1899. — *Dumont*: De l'asystolie à forme hépatique. Thèse de Paris, 1887. — *Hübler sen.:* Berliner klin. Wochenschrift, 1897. — *Heidemann:* Berliner klinische Wochenschrift, 1897. — *Hutinel*: Cirrhoses cardiaques et cirrhoses tuberculeuses chez l'enfant. Revue mensuelle des mal. des enfants, 1893. — *Nachod:* Prager mediz. Wochenschrift, 1898. — *Werbatus:* Dissertation, Erlangen, 1898. — *Picchini*: La poliorromenite subacute e lenta. — *H. Morgagni*, 1891. (Cit. nach *Hess.*) — *Labadie-Legrave:* Les périviscérites. Arch. génér. de méd. 1898. — *Venot*: Du foie cardiaque dans les symphyses du péricardie. Thèse de Paris, 1896. — *Hayem et Tissier:* Revue de méd. 1889. (Cit. nach *Flesch und Schossberger.*) — *Neuenhagen:* Dissertation, Berlin, 1889. — *Oppenot*: Contribution à l'étude de l'asystolie hépatique. Thèse de Paris, 1895. — *Siegert*: Ueber die Zuckergussleber und die pericarditische Pseudoleberzirrhose. Virchows Archiv, 1898. — *Rumpff*: Deutsches Archiv für klin. Medizin, 1895. — *Weille*: Symphyse du péricard. (*Grancher-Comby:* Traité des maladies des enfants.) — *Eisenmenger:* Wiener klin. Wochenschrift, 1900. — *Pick*: Erwiderung. Wiener klin. Wochenschrift, 1900. — *Türk:* Beiträge zur Diagnostik der Concretio pericardii und der Tricuspidalfehler. Wiener klin. Wochenschrift, 1901. — *Rosenbach*: Ueber lokalisierte Stauungen und Ergüsse bei Herzkranken. Münchener mediz. Wochenschrift, 1901. — *Imerwol*: Revue mensuelle des maladies des enfants, 1901. — *Hess*: Ueber Stauung und chronische Entzündung in der Leber und den serösen Höhlen. Monographie, Marburg, 1902. — *Watson*: Cit. nach *Hess.* — *Lan-*

cereaux: Cit. nach *Hess.* — *Krehl*: Erkrankungen des Herzmuskels etc. *(Nothnagel*: Spez. Path. und Ther.) — *Rosenbach*: Pericarditis. (Eulenburgs Realencyclopaedie.) — *Rose*: Würzburger Abhandlungen, 1904. — *Flesch und Schossberger*: Zeltschrift für klin. Medizin, 1906. — *Kob*: Jahrbuch für Kinderheilkunde, 1907. — *Brauer*: Indikation und Resultat der Kardiolysis. Archiv für klin. Medizin. Bd. 71. — *Brauer*: XVI. internat. Kongress zu Budapest 1909. — *Beck*: Mitteilungen über Kardiolysis. Archiv für klin. Medizin. Bd. 73. — *Umber*: Pericard.-mediast. Verwachsungen und Kardiolysis. Therapie der Gegenwart, 1905. — *Umber*: Deutsche Klinik. — *Neusser*: Status thymicolymphaticus. (XVI. internat. Kongress, 1909)

Közlés a budapesti kir. magy. tudom.-egyet. bakteriologiai intézetéből. (Igazgató: Preisz Hugó dr., ny. r. tanár.)

A typhus-immunserum hatásmódjáról az állati intraperitonealis typhusfertőzésben.*

Irta: ***Lénárd Vilmos*** dr. egyetemi tanársegéd.

Pfeiffer R. szerint typhusbacillussal és specifikus immunsavóval egyidőben a hasürbe oltott tengeri malacz életbenmaradása az immunsavóban foglalt specifikus bacteriolysineknek tulajdonítandó, melyek hatására a typhusbacillusok az állati hasürben feloldódnak, a keletkezett izzadmány steril lesz s az állat életben marad.

A typhus-immunsavó hatásmódjának ezen *Pfeiffer* szellemében való magyarázata — talán csekély módosítással — mindmáig fentartotta magát szemben a kutatók azon csoportjával, a kik az azóta rohamosan fejlődő és a theoriák özönével gazdagított immunitástannak egyéb tételeit igyekeztek a typhus elleni védősavóhatás mikéntjének megfejtésére felhasználni.

Főleg *Metschnikoff, Pettersson, Bail, Wright, Neufeld* és *Rimpau* voltak azok, kik igyekeztek ismert theoriájukat (phagocytosis, aggressinhatás, opsonin-, bacteriotropinhatás) a *Pfeiffer*-féle jelenség magyarázatába beilleszteni. Utánuk figyelmet érdemelnek még *Gruber, Much, Weil, Toyosumi* és *Tsuda*, a kik egyrészt vérlemezkék, másrészt leukocyták által elválasztott anyagokat találtak, melyeknek a bactericidiában jelentős szerepet tulajdonítanak.

Ezen megfigyelések után a typhusimmunsavó hatásmódját ma sem tisztán bacteriolysissel, sem egyedül a többi theoria alapján magyarázni már nem lehet s keresnünk kell a helyes magyarázathoz vezető utat, daczára hogy *Sauerbeck* az immunitásról szóló tan mai állását „bellum omnium contra omnes"-nek nevezi s e tudomány csak most kezd a theoriák süppedékes talajáról a physico-chemiának számára bár még keskeny, de biztos ösvényére lépni.

Vizsgálataim közben főleg a következő két kérdést tartottam szem előtt:

1. miért éli túl a *typhusbacillus* a fogékony szervezetet s miért és hogyan pusztul el az immunisban;

2. miként reagál egyrészt a fogékony nem védett, másrészt az immunis *szervezet* a typhusbacillussal való fertőzés alkalmával.

* * *

Kisérleteimhez állandóan 20—24 órás virulens typhusagartenyészetet ($^1/_{20}$ normalis kacs 6—8 óra alatt ölt 200 grammos tengeri malaczot) használtam. Az immunsavót ismert módon typhus-bouillonkulturával nyúlból nyertem. Az eleinte megállapított agglutinatiós titer (1 : 4000) később csökkent ugyan, védőhatása a savónak azonban mindvégig változatlan maradt. E jelenséget már *Mertens* is tapasztalta.

1. A bacteriolysinek szerepe a typhusimmunsavó védőhatásában.

Pfeiffer és *Kolle* szerint a tengeri malacz hasürébe immunsavóval együtt beoltott typhusbacillusok a bacteriolysinek hatása alatt, mint egy olvadozó darabka stearin, lassanként kisebbednek, egy idő mulva már csak kerekded képleteket látunk, míg végre ezek is eltűnnek.

Pfeiffer kisérleteit a capillaris módszerrel, egy még jelenleg is általánosan gyakorolt methodikával végezte, a melylyel ki tudta mutatni, hogy a védett állat hasüri exsudatuma általában 3 óra után élő typhusbacillust már nem tartalmaz s ebből azt a következtetést vonta le, hogy a typhusbacillusok eltűnése az immunsavóval bevitt bacteriolysinek hatásának következménye.

A *Pfeiffer*-féle védőkisérletben az immunsavóval védett állat hasüri exsudatumát figyelmesen vizsgálva feltünő, hogy a tönkremenőfélben levő bacillusok száma korántsem áll arányban a bacillusszám rohamos csökkenésével, úgy hogy nem látszott valószínűnek, hogy a typhusbacillusok eltűnése az immunsavóval kezelt állat hasüréből tisztán bacteriumfeloldódás útján történik.

E feltevés annál jogosabb, mivel már *Gruber* tapasztalta, hogy az immunsavóval együtt a hasürbe oltott cholera-vibriók részben a csepleszre rakódnak s endothelsejtek által phagocytáltatnak is, *Wells-Johnstone* pedig tanulmányozva a bacteriumok absorptiójának útját az állati hasürből azt találta, hogy streptococcusok s colonbacillusok főleg a ductus thoracicuson át lépnek a vérpályába s onnan a különféle szervekbe.

Egy kisérleti sorozatot tehát úgy végeztem, hogy a fertőzés után (typhusbac. + immunsavó) 15 percznyi időközökben megölve az állatokat, a bonczoláskor különösen ügyeltem arra, nem található-e az exsudatumból eltünt typhusbacillusok egy része a hasür peritonealis falzatán, a cseplesz és mesenterium recessusaiban vagy a parenchymás szervek felületén.

E kisérletekből kitűnt, hogy ugyanakkor, *a midőn a szabad hasüri folyadék bacteriummentesnek látszott, a peritonealis falra, főleg azonban a csepleszre részint rárakódva, részint az endothelsejtek belsejében typhusbacillusok még mindig találhatók.*

Ugyancsak sikerült egy *Pfeiffer*-kisérletben életben maradt tengeri malacz lépnedvéből typhusbacillust kitenyésztenem, a duzzadt mesenterialis mirigyekből készült szövettani metszetben pedig typhusbacillust látnom.

A reárakódás a peritoneumra s behatolás a parenchymás szervekbe a typhusbacillusnak az állati hasürből való eltűnésében tehát nem csekély szerepet játszik.

Egy szóval a Pfeiffer által leirt bacteriolysis korántsem egyetlen módja a typhusbacillusnak a hasürből való eltűnésének.

Annak bizonyítására tehát, hogy a bacteriumok eltünése a hasürből az immunsavóval kezelt állatokban a bacillusok feloldódásán alapszik, a capillarissal vett exsudatumban az alakilag elváltozott typhusbacillusok kimutatása s bizonyos idő mulva a bacillusok teljes hiányának konstatálása nem elegendő.

2. A peritonealis exsudatum szerepe a fertőzés elleni küzdelemben a Pfeiffer-féle kisérletben.

Hogy a peritonealis exsudatum alakelemeivel és bacteriumellenes anyagaival a tengeri malacz typhusfertőzésében az infectio elleni küzdelemben mily jelentős szerepet játszik, a *Metschnikoff*-féle kisérlet mutatja. Ha ugyanis tengeri malacz hasürébe a fertőzést megelőző napon steril bouillont, physiol. NaCl-oldatot, vért, vizeletet, nuclein-oldatot fecskendezünk s ezáltal exsudatumot idézünk elő, az állat életben marad. Ily állatokat ismételten fertőztem a halálos typhusdosis sokszorosával s mégsem pusztultak el, a keletkezett hasüri exsudatumot pedig 24 óra mulva állandóan sterilnek találtam.

A tengerimalacz-szervezet fertőzés elleni *természetes védő tényezői tehát, ha a fertőzés színhelyén idejében összpontosítjuk őket, specifikus védőanyagok segítsége nélkül is el tudják pusztítani a bevitt többszörös halálos dosis typhusbacillust.*

A következőkben közölt kisérleteimnek czélja volt eldön-

* Kivonat az egyetemi pályadíjat nyert „A typhusellenes immunserum mi módon fejti ki fajlagos védő (gyógyító) hatását?" czímű munkából.

teni elsősorban azt, vajjon a peritonealis typhusinfectióban mi a szerepe egyrészt a bevitt immunsavónak, másrészt az általa előidézett exsudatumnak.

Azon kérdésre, vajjon maga az immunsavó, vagy pedig az általa előidézett exsudatum véd-e meg, a következő kisérlet ad kétségtelen feleletet.

Tengeri malacz (200 gramm) 1 kcm. bouillont + 0·01 kcm. typhus-immunsavót + 1 normalkacs typhusbacillust kap intraperitonealisan. A keletkezett perit. exsudatumból vett próbák 3 óra mulva sterilnek bizonyulnak. Az infectio után 24 órával az állat leöletik s hasürének 1 kcm. physiol. NaCl-oldattal való kiöblítése által nyert folyadékot (mikroskop alatt: ép és szétesö leukocyták, fibrinfonalak, sejttörmelék stb.) $^2/_{10}$ norm. kacs (= 2 × dos. let.) typhusbacillussal fertőzve, a keveréket *(A) tengeri malacznak* adtam intraperitonealisan.

Kontrollképpen *(B) tengeri malacz* ugyancsak intraperitonealisan $^2/_{10}$ normalkacsnyi typhusbacillust tartalmazó 0·5 kcm. NaCl-oldattal lett fertőzve.

A kisérlet eredménye: az (*A*) tengeri malaczban a typhusbacillusok $1^1/_2$ óra mulva teljesen eltüntek, míg ugyanakkor a (*B*) állatban rendkívül erősen megszaporodtak.

Az exsudatum ezen hatásában azonban az immunsavó már nem szerepelhetett, mivel az állat, melyből az exsudatum származott, összesen 0·01 kcm. immunsavót kapott, a mely mennyiség $1^1/_2$ nap alatt az egész szervezetben eloszolva, az átvitt hasüri nedvben már csak oly minimalis mennyiségben lehetett jelen, hogy hatás tekintetében szóba sem jöhetett. Több hasonló kisérlet megegyező eredményt adott.

A tengeri malacznak typhusos peritonealis fertőzésében tehát a fertőzéssel való küzdelemben s az állat megvédésében a főszerepet nem az immunsavó, hanem az általa előidézett exsudatum játszsza.

Van-e különbség a normalsavó és az immunsavó által előidézett exsudatum között?

Két egyenlő súlyú tengeri malacz közül az egyik 1 kcm. bouillonban 0·01 kcm. *immunsavót*, a másik ugyancsak 1 kcm. bouillonban 0·01 kcm. *normalsavót* kap a peritonealis ürébe. 6 óra mulva a felbontott hasürből kapott exsudatumot $^5/_{10}$ norm. kacsnyi (= 5 × dos. let.) typhusbacillussal fertőzve, ezen emulsio két ép tengeri malacz hasürébe fecskendeztetik.

A kisérlet a következő eredményt adta:

1. A bevitt bacillusmennyiség az immunexsudatummal kezelt állatban az injectio után állandóan csökkenve, 60 percz mulva eltünt. A normalsavós exsudatumot kapott állat azonban a bacillusok elszaporodása folytán 18 óra mulva elpusztult.

2. A leuko- és phagocytosis erősebb volt és korábban jelentkezett az immunsavós tengeri malaczban.

Ezekből következik, hogy az immunsavó által előidézett exsudatumban nagyobb mennyiségben vannak jelen azon bacteriumellenes anyagok, a melyek az intraperitonealis typhusfertőzés legyőzésében szerepet játszanak.

A leukocytosis szerepének vizsgálására a typhusfertőzésben alkalmasnak látszott a subcutan fertőzési módszer is, mivel segitségével (fertőzött fonalaknak bőrtasakba helyezése s a beléjük szivódott nedv és alakelemek időnként való mikroskopi vizsgálata) a szervezet reactióját s a bevitt fertőző anyagban történő elváltozásokat aránylag egyszerű módon figyelhetjük meg.

A vizsgálatok egyik csoportjában az immunserumot a bacteriumanyaggal egyidőben vittem az állatok (főleg egerek) bőre alá, míg egy másik csoportban a bacteriumfertőzés előtt s részben lefolyása alatt is védősavóval passive immunizált állatokat használtam. A kontrollállatok normalsavóval kezeltettek.

A typhusbacillussal bőr alá fertőzött normalis és immunis állatokon végzett összes kisérletek egyöntetüen mutatták, hogy a typhusimmunsavó hatása alatt a fertőzés helyén *több nedv* gyülemlik meg, *korábban* jelentkezik és *erősebb a leukocytosis.*

A typhusimmunsavónak ezen positiv leukotaxisos hatását azonban nem találtam specifikusnak, mivel ily képességgel a normalsavó is bir, csakhogy jóval csekélyebb mértékben. A két savó közti különbség tehát e tekintetben csak quantitativ. Hogy azonban ezen quantitativ különbség mily jelentőséggel bir, azon kisérleti eredmények mutatják, a melyekről később lesz szó.

A fertőzés helyén az immunsavó hatása folytán meggyülemlett több nedvben pedig több védőanyagot supponálva, ezen körülmény sem lehet indifferens a fertőzés lefolyására.

A bőr alá vitt typhusbacillusok csak a fertőzés helyén szaporodtak el, általános fertőzést (bacteriaemiát) sohasem idéztek elő.

Vizsgálataim s mások tapasztalása szerint a tengeri malacz vérsavója erősen bactericid a typhusbacillusra nézve. És a peritonealis fertőzésben az állat mégis áldozata lesz a typhusbacillusnak, míg a subcutan fertőzésben a folyamat lokalizálva marad.

De úgy látszik, nem annyira az a fontos, hogy milyen mennyiségben rendelkezik valamely szervezet védőanyagokkal, hanem az, hogy a szervezet ezen védőanyagait a döntő pillanatban, az infectiókor, vagy annak kezdeti szakában mily mennyiségben tudja a fertőzés helyén koncentrálni.

És lehetséges, hogy épp ezen körülmény az alapja azon különbségnek, mely a subcutan és intraperitonealis fertőzéskor tapasztalható.

A bacteriotropinok szerepéről a typhusimmunsavó védőhatásában.

A *bacteriotropinok Neufeld* és *Rimpau* szerint az immunsavó specifikus, thermostabil anyagai. Hosszabb megőrzése a savónak a bacteriotropinokat nem károsítja s *Neufeld* és *Hüne* még 3 éves *cholera*-savót is erősen bacteriotropnak talált.

Az *opsoninok* viszont oly thermolabil alkotórészei az állati normal-savóknak, a melyek hatásához okvetlenül complementum jelenléte szükséges. És *Neufeld* szerint éppen ezért fontos a tropinok és complex opsoninok közt különbséget tenni, mert az előbbiekben a szervezet, ha a fertőzéskor az organismusba viszszük őket, oly védőanyagokkal rendelkezik, a melyek, ellentétben az opsoninokkal és bacteriolysinekkel, complementum jelenléte nélkül is tudnak hatni.

Neumann kisérleti eredményei közt látjuk, hogy bacteriotrop anyagokat kimutatni leginkább cholera- és *typhus-immunserumban* sikerült neki.

Azonban előtte már *Bordet*, *Wright* és *Douglas* s mások is kimutatták, hogy az állati és emberi normal-savóknak vannak *typhusbacillust* opsonizáló alkotórészei.

Az a körülmény, hogy bizonyos módszerekkel a tengeri malacz hasürében nagyobb mennyiségű leukocytát tudunk koncentrálni, kezünkbe ad oly vizsgálati methodust, a mely, ellentétben az in vitro történő phagocytosis-vizsgálatokkal, az élő szervezetben engedi megfigyelni a bacteriotropin-hatást.

A következő *in vivo* bacteriotropinra való vizsgálatokat úgy végeztem, hogy typhusbacillust egyrészt immun-, controllképpen pedig normalsavóval összehozva, $^1/_2$ órai 37° C-on állás után az emulsiót centrifugáltam s az így sensibilizált bacillusokat physiologiai NaCl-oldatban mosva, tengeri malaczoknak exsudatumot tartalmazó hasürébe oltottam. A kisérlet lefolyását 15 perczenkint $2^1/_2$ óra hosszat — capillarissal exsudatumot véve — ellenőriztem. (Az exsudatum egy nappal előbb beadott 10 kcm. steril-bouillonnal idéztetett elő. A beoltott typhusbacillus mennyisége 1 normalis kacsnyi volt.)

A kisérletek eredményei szerint az immunsavóval érintkezett (sensibilizált) bacteriumokat a leukocyták nagyobb mennyiségben phagocytálták, a miből az következnék, hogy az immunsavó tartalmaz oly anyagokat, a melyek elősegitik a typhusbacillusnak a leukocytákba való felvételét. Azonban *Neufeld* és *Hüne* (később *Dean*, *Bail* és *Rubritius*), kisérleteim folyamán pedig én is ismételten észleltem, hogy némely typhustörzsön (főleg avirulenseken) oly erős *spontan phagocytosis* mutatkozik, hogy ily törzsek e miatt összehasonlító opsoninvizsgálatokra teljesen hasznavehetetlenek.

Ezek után következő kisérleteimben főleg az alábbi kérdéseket tartottam szem előtt:

1. *Szükséges-e egyáltalában* az opsoninok, illetve bacteriotropinok jelenléte a typhus-phagocytosis létrejöttéhez?

2. Az immunsavó bacteriotrop savó-e?

3. Ha nem, vajjon az exsudatum, melyet előidéz, bír-e bacteriotrop tulajdonságokkal?

4. Tartalmaz-e a normalsavó typhusbacillust opsonizáló anyagokat?

5. Vajjon gyakorol-e az immunsavó a leukocytákra (*Metschnikoff*-féle felfogás szerint) stimuláló hatást?

A phagocytosisnak in vitro megfigyelésére a *Neufeld-Rimpau*-féle methodust használtam.

Az első kérdésre vonatkozó kisérletek a következőt eredményezték: bizonyos törzsekből származó *typhusbacillust mosott leukocyták in vitro minden savóbehatás nélkül is tudnak phagocytálni.*

I. táblázat.

Phagocytosiskisérlet nem friss immun- és normalsavóval s tengeri malaczra virulens typhusbacillussal.

Idő	Mosott leukocyta + typhusbacillus	½ óráig *norm.* nyúlsavóval sensibilizált typhusbacillus + leukocyta-emulsio	½ óráig *immun* nyúlsavóval sensib. typhusbacillus + leukocyta-emulsio
15 p. mulva	Phagocytosis 0 Agglutinatio 0	Igen gyenge phagocytosis Igen gyenge agglutinatio	Igen gyenge phagocytosis. Bacillusok sejtek köré csoportosulva. Erős agglutinatio; leukocyták összetapadva
30 p. mulva	Mint előbb	Mint előbb	Erősebb phagocytosis, többi mint előbb
60 p. mulva	Mint előbb	Mint előbb	Mint előbb

A kisérlet eredményéből kitűnik, hogy az immun- és normalserum opsonizáló ereje közt in vitro oly csekély a különbség, hogy belőle messzebbmenő következtetést vonni nem lehet. Több ilynemű kisérlet sem adott egyöntetű eredményt a vizsgált savók opsonin-, illetve bacteriotropin-tartalmát illetőleg.

Az immunsavó stimulin-hatását vizsgáló kisérletek ugyancsak oly eredményeket adtak, a melyek után stimulin-hatásra gondolni is alig lehetett.

A felvetett kérdések közül már most megvizsgálandó volt, vajjon az immunsavó által előidézett *exsudatum* bír-e a typhusbacillusra nézve nagyobb mennyiségű opsoninokkal, illetve bacteriotropinokkal?

A vizsgálatot következőképpen ejtettem meg:

10 kcm. steril bouillon + 0·5 kcm. immunsavó hasürbe fecskendésével nyert s 24 óra mulva vett exsudatumot centrifugálva, a sejtek fölött álló tiszta folyadékból felszívott 0·3 kcm.-hez 0·1 kcm. typhusbacillus-emulsiót (= 1 kcm. physiol. NaCl-oldat + 1 normalkacs typhusbacillus) téve, az egészet ½ órára 37°-os thermostatba helyeztem. A keveréket ezután centrifugálva s a leülepedett bacillusokat physiol. sósvízben mósva, 0·2 kcm. mosott leukocyta-emulsióba kevertem. Controllképpen normalsavós exsudatummal kezelt bacillusokat használtam.

II. táblázat.

Festés „Giemsa" szerint.

Idő	Normalsavós exsudatummal kezelt typhusbacillus-phagocytosis	Immunsavóval, exsudatummal kezelt typhusbacillus-phagocytosis	Physiol. NaCl-oldattal kezelt typhusbacillus-phagocytosis
30 p. mulva	Gyenge phagocytosis (minden 10—15. leukocytában 1—4 bacillus)	Erősebb phagocytosis. (Minden 5. sejtben 1—7 bacillus)	Elvétve 1—2 intracell. bacillus. Leukocyták nem épek
60 p. mulva	Gyenge phagocytosis. *Számos* leginkább ép bacillus sejteken kivül	Leukocytán belül csak szemcse, sejten kivül csak *elvétve* duzzadt, halvány, bipol. pálczika	Igen gyenge phagocytosis. Bacillusok erősen szaporodva. Leukocyták nem épek

A kisérletből kitűnik, hogy az *immunserummal előidézett exsudatummal kezelt typhusbacillusokat a tengeri malacz leukocytái körülbelül még egyszer oly mennyiségben falják fel, mint a normalsavóval kezelt typhusbacillusokat.* Figyelemreméltó volt azon észlelés is, hogy az immunsavós exsudatummal kezelt typhusbacillusok tömegesen oldódnak fel a leukocytákban.

Mindezek újra bizonyítékát adják annak, hogy nem a bevitt immunsavó, hanem az általa előidézett exsudatum játszsza a typhusfertőzés leküzdésében a főszerepet.

Annak az eldöntésére pedig, vajjon az előbbi kisérletben az immunsavóval bevitt bacteriotropinok, vagy pedig a szervezet opsoninjai fejtették-e ki hatásukat, az előbbi kisérletet megismételtem azzal a különbséggel, hogy a sensibilizáláshoz használt immun-, illetve normalexsudatumot előbb 56°-on fél óráig inaktiváltam, a szervezet által készített opsoninokat igy hatástalanná téve.

Az inaktivált *normal*-exsudatummal kezelt typhusbacillusokat a mosott leukocyták egyáltalán nem falták, az inaktivált *immun*-exsudatummal kezelt typhusbacillus + mosott leukocyta keverékben pedig szintén csak elvétve lehetett 1—3 intracellularis ép bacillust látni.

Ezen eredményt észlelve, fel kell vennünk, hogy az immunsavós exsudatumban észlelhető erősebb phagocytosist főleg a *szervezetnek* az immunsavó hatása alatt termelt *opsoninjai okozták.*

Összes vizsgálataim eredményeit áttekintve, kétségtelenül megállapítható, hogy a typhusimmunserum hatásában nem maga a savó, hanem az általa kiváltott *reactiója a szervezetnek, vagyis a természetes védőanyagoknak a fertőzés helyén gyorsan és megfelelő mennyiségben való megjelenése* játszsza a főszerepet. Ehhez járul még az immunsavónak kész bacteriumellenes anyag tartalma, a minek jelentősége a fertőzés legelején nem csekély fontossággal bír. Azt találtam ugyanis, hogy:

1. a typhusimmunserum hatása alatt az oltás helyén állandóan *erősebb a leukocytosis*;

2. úgy az intraperitonealis, mint a subcutan kisérletekben a fertőzés helyén a typhussavó hatása folytán *több exsudatum gyülemlik meg*, melyben a typhusbacillusok tömegesen pusztulnak el s phagocytáltatnak;

3. az állati szervezet typhus-*immunsavó nélkül is meg tud küzdeni többszörös halálos dosis typhusbacillussal, ha normalis védőanyagait* idejében concentráljuk a fertőzés helyén;

4. maga a typhussavó is tartalmaz typhusbacillusellenes anyagokat.

A typhusimmunserum hatását a Pfeiffer-féle kisérletben tehát a következőképp kell magyaráznunk:

A hasürbe vitt typhusbacillusok egy részét a peritoneum, de főleg a cseplesz endothelsejtjei veszik fel, másik része pedig a fertőzés helyén csakhamar megjelenő leukocyták belsejébe jut. Ezt látjuk ugyan a normalsavóval kezelt controllállatokban is, az immun állatokban azonban egy része a bacillusoknak az immunsavóval bevitt specifikus lytikus anyagok hatása folytán is elpusztul. Ily módon a rohamos bacteriumszaporodás meg lévén akadályozva, a szervezetnek elegendő idő jut arra, hogy a *fertőzés legyőzésében szereplő főtényezőt, a természetes védőeszközeit* (oldott bacteriumellenes anyagok és leukocyták) *a fertőzés helyén bőségesen kiválaszsza s a fertőzéssel ezáltal sikerrel megküzdjön.*

Az ureterkövek therapiájához.*

Irta: ***Weisz Ferencz*** dr.

Az ureterkövek vagy elsődlegesek, azaz olyanok, melyek ott képződtek, vagy másodlagosak, azaz olyanok, melyek a veséből odavándoroltak és ott maradva esetleg továbbfejlődtek.

Az elsődlegesek a legritkábbak, legtöbbnyire phospha-

* A Kir. Orvosegyesületben 1911 márczius 18.-án tartott bemutatása kapcsán.

tokból állanak és rendszerint nem vezetnek az ureterek teljes elzáródásához és így anuriához.

A veséből származó kövek rendszerint csak átmenetileg vannak az ureterekben s vagy kimutatható tünetek nélkül mennek rajtuk át, vagy ha nagyobbak és érdes felületűek, időközönként retentiókat előidézve, kólikaszerű fájdalmakkal. A kövek legtöbbnyire a hólyag felé mennek, ritkábban visszatolatnak a vesemedenczébe. Ha nagyobb vesekövek jutnak az ureterbe, abban megakadhatnak. Ez legtöbbnyire ott történik, hol az ureter természettől fogva szűkebb. Ezen physiologiai szűkület főleg 3 helyen van: 1. közvetlenül a vesemedenczéből való eredése alatt, isthmusán, 2—4 mm.; 2. a hólyagba való beszájadzásánál 3—4 mm., egyébként pedig abdominalis részében 8—10, medenczerészében 6—8 mm. átmérőjű. A 3. szűkebb részlet ott van, a hol az ureter hasrésze a medenczébe átmegy a linea arcuata pelvis magasságában, hol az ureter áthajlik és a linea innominata felett az art. iliaca communist keresztezi; e helyen lumene mindössze 4—6 mm.-nyi.

Az ureter többi helyén vesekövek csak akkor ékelődnek be, ha az ureterlumen beteges elváltozások, veleszületett billentyűképződés, szűkület, lobos szűkületek, daganatok stb. miatt megszűkül.

A megakadt ureterkövek helyükön lerakodás folytán természetesen növekedhetnek és néha excessiv nagyságot érhetnek el, így *Rovsing*, *Feodorov*, *Herczel* eseteiben 18—20 cm.-nyi hosszúságot.

Ureterkövek, melyek az uretert nem zárják el teljesen, ugyanolyan tüneteket okoznak, mint a vesekövek. Intermittáló retentiók előfordulása gyors egymásutánban, épp úgy rázóhideg- és lázrohamok főleg ureterköveknél észleltetnek, valószínűleg a vizelet lefolyásának megakasztása miatt, mely így pyelitises és pyelonephritises állapotok képződésére ad alkalmat. *Israel* az ureterkövekre még jellemzőnek mondja a szokatlanul erősen kifejezett sensibilis és motorius irradiatiót a hólyagba és húgycsőbe, mely kisugárzások némely körülmények között szigorúan féloldalúan határoltak és a középvonalban végződnek.

Néha az ureter lefutása mentén egy egészen határozott fájdalmassági pont található, mely a kő helyének felel meg. Csak ritkán sikerül az ureterkövet direct külső vizsgálattal kimutatni, rendszerint az ureter a külső tapintásnak hozzá nem férhető; erősebb megvastagodások, főleg ha idegen testek által okoztattak, sovány és ellernyedt hasfalak mellett a felső veserészletben, valamint még gyakrabban az alsó részletében a hüvely, illetőleg a végbél felől áttapinthatók. Óvakodni kell azonban — mint azt *Israel* joggal kiemeli — minden tapintható keményedést az ureterben kőnek venni, mert nemcsak körülirt periureteres kötegek és csomók — mint azt tuberculosisnál észlelni —, de spasmusos körülírt uretercontractiók is tévesen köveknek tekinthetők.

Kövek, melyek az ureter hólyagrészletében feküsznek, bimanualis vizsgálattal és ujjal a végbél, illetőleg a hüvely felől kimutathatók.

Az ureter orificium vesicalejában fekvő követ nem egyszer láthatni hólyagtükörrel; de még kitünőbb diagnostikai segédeszközünk az ureterkatheter, mely, mint alábbi esetemben, therapeutice is értékesíthető és melylyel szondázásnál a kő érintésekor kifejezett dörzs-zörejt lehet érezni és hallani, a beékelődés magasságát meghatározhatjuk és az ólommandrinos katheter segélyével a Röntgen-lemezen a helyet is fixálhatjuk. Mindig tekintettel kell lennünk azonban arra, hogy a mint az ureterkatheter betolásának akadálya kövön kívül még számos más kórfolyamat is lehet, épp úgy viszont az sem szól kő ellen, ha az ureterkathetert akadály nélkül felvezethetjük a vesemedenczébe, főleg akkor, ha a kő az ureter egy diverticulumában fekszik.

Az ureterkövek kimutatása Röntgen-sugarakkal nem egyszer cserben hagy, bár remélhető, hogy a Röntgen-technika tökéletesbedésével, épp úgy, mint a hogy a vesekövéknél jó technika mellett már legfeljebb csak 2%-ban nem mutathatók ki a kövek, rövidesen az ureterköveknél is csak hasonló lesz az arányszám.

Az ureterkövek prognosisa attól függ, vajjon a kő csak átmenetileg, vagy állandóan tartózkodik az ureterben, vajjon a lumen tökéletlenül vagy tökéletesen elzáródott és vajjon a másik vese functiója jó és állandó.

A kezelés a kő eltávolításából áll, mely, ha lehet, elsősorban nem sebészi úton kisérlendő meg, a mi annál inkább indokolt, mert nem egy esetben — mint azt alábbi esetem is mutatja — mobilizálni lehet a követ és azáltal az ureteren át való átjutása lehetséges.

Esetem a következő:

W. S. 32 éves ügyvédjelölt, ki azelőtt teljesen egészséges volt, 1 hét előtt erős fájdalmakat érzett a jobb hasfélben és nagy érzékenységet észlelt az ileocoecalis tájon. Minthogy a fájdalmak ágyban való fekvésre és hideg borogatásra megszűntek, orvosi tanácsot se vett igénybe. 3 nappal később azonban azért hivatott, mert vizeletében vért látott és minthogy úgy mellkasi, mint hasszerveiben elváltozás nem volt észlelhető, hólyagtükörrel megvizsgáltam a vérzés kiderítése végett. A hólyagban rendes viszonyok vannak, az ureterek, főleg a bal, erősen működnek. Jobboldali ureterkatheterezéskor azonban 2—3 cm.-nyire az ostium vesicale felett ellenállásra akadtam és jól lehetett érezni, hogy az akadály egy kemény, érdes felületű test által és nem nyálkahártyaráncz által okoztatott. Ilyen körülmények között ureterkőre gondolva, arra szántam el magam, hogy — mint az *Kolischer* és *Casper* eseteiben sikerült — valami sikamlós anyag befecskendezésével fogom a követ a helyéről elmozditani; erre a czélra nem forró olajat használtam, mint ők, hanem steril meleg glycerint, mert utóbbi a cystoskopos látást nem zavarja. Körülbelül 5 cm³ óvatos befecskendezése után 2 órával később a beteg a követ (1. ábra) spontán kivizelte.

1. ábra. 2. ábra.

Hogy a glycerinnel valóban gyógysikert értem el, 24 órával később azáltal győződtem meg, hogy a beteget ezen időben acut vizeletretentióval a legnagyobb kínok között találtam. A retentiót az előbbi kőnél sokkal nagyobb (2. ábra), tömöttebb, a fossa navicularisban beékelt kő idézte elő, melynek meatotomiával való eltávolításával a beteget mindennemű kínjától megszabadítottam. 6 hó óta a beteg teljesen jól érzi magát és az azóta végzett vese-Röntgen-vizsgálat is negativ volt.

Mint ezen esetből is látható, néha sikerül steril glycerin befecskendezésével az ureterben levő beékelt követ sikamlóssá tevésével elmozdítani és így az ureteren való átjutását lehetővé tenni. Glycerin nélkül esetemben a sokkal nagyobb, tömöttebb második kő az ureterből nem távozhatott volna.

Mielőtt tehát operative beavatkozunk, azt hiszem minden esetben, ha a kő az ureter alsó szakaszában fekszik, ezen ártalmatlan eljárás megkisérlendő, annál is inkább, mert ha nem érünk vele czélt, még mindig van időnk a radicalisabb operativ módszereket igénybe venni.

Az országos fertőtlenítő tanfolyamról.

Irta: ***Hammer Dezső*** dr.
tiszti orvos, a fertőtlenítő intézet helyettes igazgatója.

A járványos betegségek pusztításai ellen úgy védekezünk, hogy igyekszünk azok okozóit, a bacteriumokat elpusztítani. Azon betegségekben, melyeknek bacteriumai ismertek, az elpusztítás vagyis a fertőtlenítés módozatait megállapítani könnyebb, mert tudjuk, hol lehet és kell keresnünk a bacteriumokat; azonban azon betegségekben, melyeknek bacteriumait nem ismerjük, az eljárásunk nehezebb s többnyire

éppen ez ok miatt tágabb, kiterjedtebb is lesz. Az orvosi tudományok fejlődésével mindinkább ismeretessé lesznek az egyes betegségeket okozó bacteriumok s így a fertőtlenítés technikája könnyebbedik, de tökéletesedik is.

A kinek a fertőző betegségekkel szemben való védekezés hivatása és kötelessége, a fertőző betegségeket okozó bacteriumok életviszonyait s ezeknek különbözőségét, a betegségek terjedésének módozatait, annak útjait jól kell ismernie, mert a védekezést ezen ismeretek alapján kell irányítania.

A fertőző betegségek terjedésének megakadályozása közös érdeke mindenkinek. Mindenki köteles a védekezésben segítségre lenni, de mégis a köz érdekében elsősorban a hatóságoknak kötelességük gondoskodni arról, hogy a járványos betegségek ne terjedhessenek. A hatóságok ezen kötelezettségük teljesítését orvosaik útján gyakorolják, a kik hivatottak a betegséget megállapítani és megfelelő intézkedésekkel azok terjedésének útját vágni.

A nálunk endemiás betegségek terjedése ellen Budapesten kivül csak igen kevés helyen történik lényegesebb védekezés, ha pedig valamely nálunk nem endemikus fertőző betegség üti fel a fejét, nincsen meg az a szervezettség, tervszerűség, egyöntetűség az intézkedések megtevésében, a kipróbált és bevált védekezési eljárások végrehajtásában, mint a mely nélkül a terjedést megakadályozni nem lehet.

Egyes nagyobb városokat kivéve, hazánkban a fertőző betegségek terjedése szempontjából szigorúbb intézkedések nincsenek, a védekezés más módjai pedig egyáltalában nem kerülnek alkalmazásba. Nincsenek kórházak, a hol a betegeket elkülöníteni lehet, nincsenek fertőtlenítő gépek és nincsenek kitanított fertőtlenítő emberek, a kik a fertőtlenítéseket szakszerűen elvégezhessék. Mindezekről gondoskodni a hatóságok feladata volna s a lehetőség erre meg van adva, mert az állam törvényben gondoskodott az ezirányú költségek fele részének megtérítéséről, másrészt tanfolyamot állított fel, melyen a fertőtlenítés gyakorlati megtanulására teljesen ingyen a hatóságok által korlátlan számban felküldötteknek módot nyujtott.

A legutolsó nagyobb cholerajárvány idejében 1892—93-ban a vidéken előforduló cholera-esetekben egyes helyeken a budapesti fertőtlenítő intézet kitanított emberei végezték a fertőtlenítéseket. Már akkor az intézet igazgatója rendszeres iskolát tartott az intézet alkalmazottjainak s így később kitanított egyes vidéki városok részére is néhány embert, kik azután a cholerajárvány alatt a fertőtlenítenítéseket végezték. A budapesti fertőtlenítő intézet igazgatója már az 1890-es évek végén hangoztatta, hogy a közegészségügy érdekében szükséges volna fertőtlenítői tanfolyam létesítése, a mely tanfolyamokon a vidéki hatóságok részére fertőtlenítők taníttassanak ki. Erre legczélszerűbbnek tartotta, hogy a tanfolyam a budapesti intézettel kapcsolatosan létesíttessék. 1904-ben a közegészségügyi egyesület kolozsvári fiókja javasolta az egyesület budapesti középpontjának, hogy ilyen fertőtlenítői tanfolyam szerveztessék. A közegészségi egyesület ekkor a budapesti fertőtlenítő intézet igazgatóját bízta meg a programm kidolgozásával, a mi a közegészségi egyesület lapjában* meg is jelent, de eredményre nem vezetett.

1906-ban az intézet igazgatója a székesfőváros tanácsához előterjesztéssel fordult, melyben az intézeti személyzet pótlására, de országos érdekből is tartandó fertőtlenítői tanfolyam létesítését jelentette be. A székesfőváros tanácsa ezt méltányolva, felterjesztést intézett a belügyministerhez s 1907-ben Andrássy Gyula gr. belügyminister Chyzer Kornélnak a közegészségügyi osztály akkori vezetőjének javaslatára nemcsak hogy hozzájárult a terv megvalósításához, de ezen tanfolyamoknak az anyagiakkal való ellátását is az állampénztár terhére elvállalta. Igy létesült az „Országos fertőtlenítői tanfolyam“, melyben az első tanítás 1907 szeptemberében kezdődött meg s a melyben azóta az 1910. év végéig 38 kurzus tartatott és 557 ember taníttatott ki a fertőtlenítésre.

Minden tanfolyam 30 napig tart. Ezen idő alatt a hallgatók úgy elméletileg, mint főleg gyakorlatilag kitaníttatnak és a tanfolyam végén bizottság előtt, melynek elnöke a székesfőváros tiszti főorvosa, tagjai a belügyministerium közegészségi osztályának kiküldöttje és az intézet igazgatója, elméleti és gyakorlati vizsgálatot tesznek. A vizsgálat eredményéről a bizottság tagjainak aláírásával bizonyítványt kapnak.

Az egy-egy tanfolyamon kitaníthatók száma 15—18. A hallgatók a fertőtlenítő intézet helyiségeiben kapnak szállást, ugyanitt élelmezést és apróbb kiadásaiknak fedezésére naponta 1—1 koronát. A tanfolyamnak belügyministerileg jóváhagyott házirendje és a székesfőváros tanácsától kiadott szervezési szabályzata értelmében a tanfolyamok hallgatói az intézet igazgatójának fegyelmi hatósága alá tartoznak s az intézet igazgatója a gyakorlati kitanítás czéljából az intézeti munkák végzésére őket beoszthatja.

A tanfolyam hallgatói másodnaponként az intézet igazgatójának vagy helyettesének előadásában elméletileg ismerkednek meg a fertőtlenítések főbb elveivel. Egy-egy tanfolyamon 6—7 előadás van. A közbeeső és a többi napokon az intézeti szolgálatban, vagy az intézet szakképzett, megbízható munkásai mellett a külső szolgálatban, az egyes lakásokban végzendő fertőtlenítésekben vesznek részt. A lakásokban végzett fertőtlenítéseknek ellenőrzése alkalmával az eljáró tiszt figyelmezteti a hallgatókat a főbb mozzanatokra Mindezeken kivül az előadásokon hallottakat és a gyakorlat közben tanultakat az igazgató vagy valamelyik intézeti tiszt naponta újólag átismétli a hallgatókkal.

Az ezen tanfolyamokon fertőtlenítőknek eddig kitanított emberek nagy része vidéki s csak néhányan vannak közöttük olyanok, a kik a székesfővárosi fertőtlenítő intézet személyzete sorába tartoznak.

Ha megvizsgáljuk, hogy az eddig kitanított 557 fertőtlenítő honnan küldetett ki, látni fogjuk, mennyire nem ismerték fel még az illetékes körök ezen tanfolyamoknak és a fertőtlenítésnek fontosságát.

Hazánkban 63 vármegye, 26 szabad királyi és törvényhatósági joggal felruházott város, 110 rendezett tanácsú város, 59 jelentékenyebb nagyközség van.

63 megye közül kiküldött 32 megye 351 hallgatót, 26 szabad királyi és törvényhatósági joggal felruházott város közül kiküldött 23 város 59 hallgatót, 110 rendezett tanácsú város közül kiküldött 34 város 63 hallgatót, 59 jelentékenyebb nagyközség közül kiküldött 9 község 13 hallgatót.

A 258 felsorolt hatóság tehát összesen kitaníttatott 486 hallgatót.

Hazánkba a fertőző betegségek leginkább Oroszország, a Balkán és a tenger felől jöhetnek és szoktak jönni.

Az ország keleti és északkeleti részét övező vármegyék közül Zemplénnek 5, Máramarosnak 10, Beszterczenaszódnak 3, Csíknek 6, Ungnak 1; a szabad királyi és törvényhatósági joggal felruházott városok közül Kassának 2, Marosvásárhelynek 2, Szatmárnak 7; a rendezett tanácsú városok közül Eperjesnek 1, Máramarosszigetnek 5, Munkácsnak 2, Beregszásznak 1, Iglónak 1, Nagybányának 1, Felsőbányának 1, Nagykárolynak 1, Sátoraljaújhelynek 3, Ungvárnak 2 kitanított fertőtlenítője van. Az ezen részeken levő jelentékenyebb nagyközségek közül egynek sincs fertőtlenítője.

Az ország déli részén levő vármegyék közül Alsófehérnek 3, Bácsbodrognak 10, Krassószörénynek 3, Somogynak 2, Temesnek 1, Torontálnak 20; a szabad királyi és törvényhatósági joggal felruházott városok közül Bajának 2, Pancsovának 1, Temesvárnak 2, Versecznek 4, Zombornak 4, Ujvidéknek 4, Pécsnek 4; a rendezett tanácsú városok közül Nagyszebennek 2, Kaposvárnak 2, Karánsebesnek 1, Nagybecskereknek 2, Nagykikindának 2, Zentának 4 kitanított fertőtlenítője van; az ezen részeken levő jelentékenyebb nagyközségek közül csak Szigetvárnak van 1 fertőtlenítője.

Hazánknak az Ausztria felé eső nyugati és északnyugati oldalán levő vármegyéi közül Mosonnak 23, Nyitránák 4, Pozsonynak 3, Vasnak 1; a szabad királyi és törvényható-

* Egészség, 1904.

sági joggal felruházott városok közül Pozsonynak 2, Sopronnak 4; a rendezett tanácsú városok közül Nyitrának 1, Kőszegnek 1; a jelentékenyebb nagyközségek közül Magyaróvárnak 1 kitanított fertőtlenítője van.

A tenger felőli részekről hallgatóink között nem volt egy sem.

Láthatjuk, hogy éppen az országnak határán levő hatóságok, a mely hatóságokhoz elsősorban jut el a kivülről behurczolt baj, nincsenek ellátva kitanított fertőtlenítőkkel, a kik szükség esetén még kellő felszerelés hiányában és szegényesebb eszközökkel is a legszükségesebb fertőtlenítéseket el tudnák végezni.

Az ország határain levő vármegyék közül nincsen fertőtlenítője: Árvának, Baranyának, Brassónak, Fogarasnak, Hunyadnak, Liptónak, Marostordának, Sárosnak, Sopronnak, Szebennek, Szepesnek, Trencsénnek, Zalának, Modrus-Fiumének. A szabad királyi és törvényhatósági joggal felruházott városok közül Fiumének, Szabadkának, Trencsénnek, a 110 rendezett tanácsú város közül 75-nek, melyek közül igen sok van a határszéli vármegyékben; ugyanilyen viszonyok vannak az 59 jelentékenyebb nagyközség között is, mert ezek közül csak 9-nek van 13 fertőtlenítője.

Mit várhassunk ezek után a szegény kisközségektől, a melyeknek szegény népe így teljesen elhagyatva ki van téve minden veszedelemnek akkor is, a mikor a kormányhatóság és a székesfőváros törvényhatósága anyagi áldozatokkal, teljesen ingyenesen nyujt módot a tanfolyamok fentartásával a vidéki hatóságoknak arra, hogy a védekezéshez legszükségesebb kitanított fertőtlenítőkkel elláthassák magukat.

Egyes hatóságok az ország középső részéből már eddig is igen gondosan jártak el s ellátták magukat kellő számú fertőtlenítővel. Igy Biharmegyének van 106, Pestmegyének 82, Hajdumegyének 18, Miskolcznak 8 fertőtlenítője.

Foglalkozásukra nézve a hallgatóink között volt 187 rendőr, 26 tűzoltó, 44 iparos, 30 kisbiró, 101 földmüves, 7 halottkém, 18 fertőtlenítő vidéken, 4 ápoló, 26 községi szolga, 5 gépész, 2 közgyám, 7 egészségi biztos, 1 temetőőr, 1 gyógykovács, 3 hajós, 1 méhész, 1 erdőőr, 1 húsvizsgáló stb., de volt közöttük 1 pap, 2 tanító, 2 városi hivatalnok és 1 segédjegyző is. Mindenesetre dicséretes volna, ha az intelligentia köréből is jelentkeznének néhányan, mert bár ezek a fertőtlenítési munkák végzésére nem alkalmasak, de kiválóan használhatók volnának ezen munkák ellenőrzésére.

Mindezeken kívül a közös hadsereg budapesti két helyőrségi kórházának van 12, a honvédségnek 4 kitanított fertőtlenítője, az államvasutaknak 6, a székesfővárosi államrendőrségnek 2.

A székesfővárosi fertőtlenítő intézet személyzetének pótlására kitanítottunk 47 fertőtlenítőt.

Ha a tanfolyamok eredményeit nézzük, bizonyos haladást a közegészségügy ezen ága iránti érzék fejlődésében láthatunk. Ez azonban igen elszigetelten, egyes helyekhez kötötten jelentkezik. Igy látjuk, hogy egyes megyék nagy igyekezettel, buzgalommal, felismerve az ügy horderejét, látják el magukat fertőtlenítőkkel. Szám szerint ez majdnem a fele a kitanított fertőtlenítőknek. Viszont másfelé, bár a belügyminister 1909-ben rendeletben felhívta a hatóságok figyelmét a tanfolyamra, mintha a rendeletet egyáltalában el sem olvasták volna. A mult évi cholerajárvány megmutatta az egyéb ilyenkor szükséges intézkedések pontos és tervszerű végrehajtása mellett a fertőtlenítések szükségességét és hasznát is. Ekkor az ország két helyén, a cholera két góczpontján, a budapesti fertőtlenítő intézet emberei végezték a fertőtlenítéseket, de nagyobb járvány esetében a budapesti intézet nem fogja tudni nélkülözni kitanított fertőtlenítőit.

Az ország nagyobb városaiban a hatóságoknak modern eszközökkel felszerelt fertőtlenítő csapatokat kellene szervezniök, mely csapatok a hatósági orvos felügyelete, ellenőrzése és nyilvántartása alatt állhatnának s a melyek a legsürgősebb szükség esetén azonnal végezhetnék a fertőtlenítéseket. Ezenfelül minden községnek gondoskodnia kellene arról, hogy egy-két kitanított fertőtlenítője legyen, a kik nem mint állandó alkalmazottak, de rendes polgári foglalkozásukat folytatva időnként, erre megállapított díjazásért a felmerülő szükséghez képest a fertőtlenítő csapat segítségére lennének. Ilyen szervezettel, mint mozgó csapattal, az egyes községekben támadó fertőző betegségek esetén a bajt könnyen el lehetne fojtani s ez az országnak nemcsak anyagi, de erkölcsi hasznára is lenne.

Ezenfelül minden kórháznak, gyógyintézetnek, sanatoriumnak, fürdőnek, bennlakással ellátott iskoláknak, intézeteknek, árvaházaknak gondoskodniok kellene egy-két kitanított fertőtlenítőről. Szükséges volna, hogy az ápolók, ápolónők kitaníttassanak. Czélszerű volna, ha a községek szolgáikat, rendőreiket, tűzoltóikat, esetleg bíróikat kiküldenék a tanfolyamra.

Minden törvényszéki fogházban, börtönben, toloncházban kellene kitanított fertőtlenítőnek lenni az alkalmazottak között. Nagyobb gyárak, gyártelepek vidékeken, a hol munkásaik részére lakásokat adnak, nem nélkülözhetik a fertőtlenítőt. Az államvasutaknak, hajóstársaságoknak, rendőrségeknek kellene fertőtlenítőjüknek lenni.

Az intelligensebb elemek közül kitanítottak igen előnyösen volnának felhasználhatók a fertőtlenítések ellenőrzésére. Ez különösen olyan helyeken, a hol kisebb fertőtlenítő intézeteket csinálnak, ennek vezetésénél nélkülözhetetlen. E czélból a községi jegyzőknek, tanítóknak, tanítónőknek, egyéb községi hivatalnokoknak, esetleg lelkészeknek czélszerű volna ilyen tanfolyamot hallgatni.

A fertőtlenítői munkák elvégzésére, minthogy a fertőtlenítéssel mindig tisztogatás is együtt jár, különös hivatottságuk a nőknek van. Ezért czélszerű volna, ha az egyszerűbb néposztály intelligensebb női közül is jelentkeznének, a kik mint fertőtlenítők szintén alkalmazhatók volnának.

Ha így kellő számú fertőtlenítő állana rendelkezésünkre, megkívánható lenne a hatóságoktól, hogy a fertőtlenítési munkák végzésére olyanokat alkalmazzanak, kik az országos fertőtlenítői tanfolyam elvégzéséről bizonyítványt tudnak felmutatni.

Ha közegészségi tekintetben mindezekkel el lesznek már látva törvényhatóságaink és községeink, akkor nem kell félni a járványoktól, a melyek pedig minduntalan kopogtatnak kapuinkon.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Carl Spengler: Tuberkulose- und Syphilisarbeiten.
Davos, 1911. Verl. von H. Erfurt.

Spengler Károly 50. születésnapja alkalmából tanítványai és barátai kiadták *Koch Róbert* e nagy hirnévre szert tett tanítványának összegyüjtött munkáit egy hatalmas, több mint 500 oldalra terjedő kötetben, melyhez Prof. *F. M. Pottenger*, az agilis délkaliforniai buvár írt lendületes angol előszót.

42 eredeti munkálat foglaltatik e műben, melyek 1890—1911 között jelentek meg, dicsérve *Spengler* productivitását az orvostudományi kutatás terén. Tartalmuk birálata ez alkalommal nem időszerű, jórészben már kellőképp meg is történt a világ szaksajtójában. Fényt vet azonban e kiváló bakteriólogusnak és rendkivül originalis észnek fejlődésére, ha a dissertatiók közül a főbbeknek czímeit itt időrendben felsoroljuk: „Merev falú üregek kezelése tüdővésznél“ (1890); „A tüdővész seborvosi és klimatikus kezelése és a bántalom néhány complicatiója“ (1891); „A tuberculinkezelés therapiás és diagnostikai eredményei 41 tüdővészes egyénen“ (1892); „A gyermekek bronchialis mirigy-tuberculosisáról“ (1893); „Thoracoplastika és üregdesinfectio tüdővésznél (1903); „A tüdőgümőkórról és a vele együtt előforduló vegyes fertőzésekről“ (1894); „Tuberculosus tengeri malaczok kezelése originaltuberculinnal (1897); „A zárt tüdőgümőkór, a másodlagos fertőzés, a gümős és syphilises phthisis diagnosisáról“

(1900); „A Koch-féle TR-ről és bacillus-„Splitterek"-ről" (1902); „A tüdőgümőkór „Klassenstadieneintheilung"-ja" (1903); „Egy tuberculinnal kezelt tüdő-miliaris eset anatomiailag beigazolt gyógyulása" (1904); „A tüdővész új immunizáló kezelése gyöngykórtuberculinnal" (1904/5); „Tüdőgümőkórban szenvedők „Splitter"-köpetei" (1905); „A tuberculosisos phthisis kettős aetiologiájáról és a vaccinatiós kezelés (1906); „Uj festő eljárások gyöngykór- és tuberculosis-bacillusra és ezek differentialis diagnosisa" (1907); „A gümő- és gyöngykórbacillus különbözősége, az emberi gümőkór symbiotikus kettős aetiologiája és a kettős vaccinatio" (1907); „Gümős immunvér (I.-K.)-kezelés" (1908); „Az emberi és állati gümőbacillusok különbözősége, az ember- és házinyúl-pathogen „Humano-longus" electiv tenyésztése" (1909); „Az I.-K. alkalmazása a praxisban" (1911); „A tüdővész aetiologiájáról. A syphilises-tuberculosus keverékphthisis, a syphiliskórnemző culturalis és állatkisérleti kimutatásával" (1911) stb.

Valóban nagy munkásság képét nyujtják már e felsorolt dolgozatok is s ha azoknak nem minden eredménye áll is meg definitiv igazságként, igaza van *Pottenger* tanárnak, mikor a mű bevezetésében azt mondja, hogy „azon férfiak között, a kik a gümőkórról való tudásunkat kiváló módon előmozdították, ott van *Carl Spengler.*"

Okolicsányi-Kuthy Dezső dr.

Új könyvek:

W. Zweig: Die Pathologie und Therapie der Enteroptose und ihre Beziehungen zu Allgemeinerkrankungen. Halle, C. Marhold. 1·50 m. — *W. His*: Ueber Nationalismus und Internationalismus in der medizinischen Wissenschaft. Berlin, A. Hirschwald. 0·60 m. — *O. Remertz:* Ueber prophylaktische Injektion von Tetanusantitoxin. Leipzig, J. A. Barth. 1·50 m. — *F. Kirchberg*: Massage und Gymnastik in Schwangerschaft und Wochenbett. Berlin, J. Springer. 1·20 m. — *K. Hegar:* Die Entwicklungsstörungen des knöchernen Beckens, ihre Einteilung und allgemeine Genese. Leipzig, J. A. Barth. 0·75 m. — *S. Auerbach:* Die Hauptursachen der häufigsten Lähmungstypen. Leipzig. J. A. Barth. 1·50 m. — *E. Hagenbach*: Physiologie und Pathologie der Hypophyse. Leipzig, J. A. Barth. 0·75 m. — *P. Krause und C. Garrè*: Lehrbuch der Therapie innerer Krankheiten. Band I. Jena, G. Fischer. 11·50 m. — *O. Aichel:* Ueber Zellverschmelzung mit qualitativ abnormer Chromosomenverteilung als Ursache der Geschwulstbildung. Leipzig, W. Engelmann. 4·40 m. — *J. Bresler:* Tabakologia medicinalis. Literarische Studie über den Tabak in medizinischer Beziehung. Heft 1. Halle, C. Marhold. 1·50 m. — *O. Hertwig:* Die Radiumkrankheit tierischer Keimzellen. Beitrag zur experimentellen Zeugungs- und Vererbungslehre. Bonn, F. Cohen. 8 m. — *B. Mayrhofer:* Pathologie, Diagnostik und Therapie des Zahnschmerzes. Jena, G. Fischer. 1·50 m. — La pratique neurologique. Publiée sous la direction de *P. Marie*. Paris, Masson et fils. 30 fr.

Lapszemle.

Sebészet.

A bismutpaszta alkalmazásáról hideg tályog és gümőkóros fistula eseteiben értekezik *Emil G. Beck.* Az a paszta, melyet a szerző használ, 33% bismutum subnitr.-ból és 66% vaselinból áll. A felmelegített s így folyékonnyá vált pasztát a fistulába vagy abscessusba injiciálja lassan, óvatosan mindaddig, míg a beteg kis fájdalmat érez. A szerző ezen eljárást elsősorban arra használja, hogy a sipolyok irányát és ezzel együtt a góczot, a honnét kiindulnak, a röntgenezés segélyével megtalálja. Számos esetet demonstrál azonban, melyek egy vagy több injectióra teljesen meggyógyultak. Hideg tályogoknál 10%-os bismutoldatot használ (maximalis dosis 100 gr.), hogy a felszívódás veszélyét elkerülje. Az injectiót követő napokban az abscessus tartalma a pasztával együtt kiürül és pedig úgy, hogy eleinte genyes, majd pedig véres folyadék távozik, végül pedig az egész abscessus-ür eltűnik.

A bismut-mérgezés elkerülésére a szerző a következő tanácsot adja: Ha az injiciált bismut-mennyiség 100 gramm, nem szabad 3 héten túl az abscessus ürében vagy a fistulában hagyni. Nem szabad a beteg kezébe adni a pasztát, mert ily alkalommal történt már mérgezés (2 esetben). Legalább kétszer hetenkint megvizsgálandó a beteg szája. Kékes elszíneződése a gingivának még nem jelent mérgezést, mert ez a legjobb közérzet mellett az esetek 20%-ában megvan. Ha a pharynxon vagy tonsillákon fekélyesedés képződik a testsúly fogyásával és cyanosissal, ez bismut-mérgezésre mutat. Ennek kezelése abból áll, hogy az injiciált masszát meleg olajjal kimossuk. Kikaparni nem szabad, mert ezáltal a sérülés helyén még több bismut szívódik fel. A szerző megemlíti, hogy műtéttel meg nem gyógyított 72 végbélsipoly közül 43-at sikerült neki injectiókkal meggyógyítani. (Wiener klin. Wochenschrift, 1911. 19. szám.) *Ifj. Háhn Dezső* dr.

Idegkórtan.

Dystrophia musculorum progressiva eseteiben *Babinski* és *Sarkowski* szerint *az idio-muscularis ingerlékenység* és az inreflexek együtt vesznek el, míg az akaratra s a villamos áramra az izmok még összehúzódnak. Az ingerlékenységnek ezen dissociatióját jellemzőnek tekinthetjük az izomatrophia ezen fajtájára — a neuritis és polyomyelitis által okozott atrophiákkal szemben. (Revue neurologique. 1911. 12. sz.) *L.*

Sérülésből eredő facialis-bénulás esete kapcsán *Bouchaud* a peripheriás facialis-bénulás némely oly sajátságát beszéli meg, melyekre újabban fordult a figyelem. A leírt esetben a sérülés után több év mulva a facialis alsó ágában csekély contractura és fascicularis mozgások voltak észlelhetők, míg a felső ág teljesen petyhüdten béna s mind a kettőben a villamos ingerlékenység teljesen ép volt. Ez utóbbi körülmény különösen figyelemreméltó, mert azon facialis-bénulásokban, melyekben 10—15 hétre visszatér a villamos ingerlékenység, az önkéntes mozgás helyreállását is biztosan meg szoktuk jövendölni; már ismételten leírták s e példa is bizonyítja, hogy az néha nem következik be. A facialis területén észlelhető gyakori önkéntelen mozgások vagy a tic, vagy a spasmus fogalma alá tartoznak; az utóbbiak mindig a trigeminus-facialis reflex-ív bántalmazottságán alapszanak. Ha tehát a trigeminus területén kiváltó okot (neuralgia stb.) nem találunk, az okot a facialis magjában vagy lefutásában kell keresnünk. Ezt bizonyítja a leírt eset is, melyben a spasmus peripheriás sérülés után következett be; ugyanez azonban meg is előzheti a bénulás kifejlődését, a mikor nagy diagnostikai jelentősége lehet. (Revue neurologique, 1911. 13. sz.) *L.*

Gyermekorvostan.

Az electrargol a hurutos tüdőlob kezelésében. *Perrier* hurutos tüdőlob 46 esetében electrargolt intramuscularisan adagolva, csak 23% halálozást talált, ellentétben az általánosan észlelt, sokkal nagyobb (60—90) halálozási százalékkal. Az electrargol alkalmazása mellett a betegség tartama lényegesen megrövidül; a lázmenet kritikusan esik, a physicalis tünetek gyorsan fejlődnek vissza. Az injectiók kellemetlen mellékhatásokkal nem járnak, úgy hogy egy ízben 2 hónapos csecsemőn is igen jó eredménynyel alkalmazta őket. A halálos esetekben rendszerint súlyos szövődmény volt a halál oka. A legkisebb gyermeknél is 5 cm^3 volt a legkisebb adag, melyet a láz nem szűnése esetén 2—3 napi időközökben megismételt, míg súlyosabb esetekben 10 cm^3-ig is emelte az egyszeri adagot. (Annal. de méd. et chirurg. infantiles, 1911, 15.) *Gara* dr.

Az anya és csecsemő vörhenye című czikkében *Buffet-Delmas* részletesen közöl egy esetet, a melyben a 24 esztendős anya igen súlyos, azonban szövődmény nélküli vörheny kiállása közben rendszeresen tovább szoptatta gyermekét; a gyermek nem betegedett meg és rendesen fejlődött. A szerző szerint a tejjel antitoxinok mennek át a gyermek szervezetébe; ez okból czélszerűnek tartja a gyermek továbbszoptatását ily esetekben, mert vagy átmennek az antitoxinok és a csecsemő egészséges marad, vagy pedig megbetegszik és ez esetben még kevésbé tartja helyénvalónak a mesterséges táplálás veszélyeinek kitenni a csecsemőt. (Arch. de médec. des enfants, 1911. 1.) *Gara* dr.

Venereás betegségek.

A lues maligna kórképét tanulmányozta *H. Hecht* (Prága). A lues maligna fogalmát a különböző szerzők a legváltozatosabb alakban írják körül. Csak rövid szemlét kell tartanunk az egyes szerzők definitiója fölött s máris szembetűnik az a nagy zavar, mely e kérdés körül lebeg. Míg egyesek kiemelik, hogy a lues malignára jellemző a nyálkahártyáknak aránylag csekély elváltozása a súlyos bőrtünetek mellett, addig mások megint éppen fordítva, a nyálkahártyák súlyos szétesö jelenségeit tartják jellemzőnek. Leginkább még abban egyezik a legtöbb észlelőnek véleménye, hogy a lues malignára jellemző a súlyos atypusos lefolyás, mely rendszerint abban nyilvánul, hogy a syphilidek már igen korán szétesö alakban jelentkeznek. A lues malignára némelyek (pl. *Buschke*) jellemzőnek tartják, hogy nyilvánulásaiban spirochaetáik nem mutathatók ki. Ezzel szemben *Herxheimer* és *Cohn* néhány esetüknek több mint a felében ki tudták mutatni a spirochaeta pallidát. A lues maligna klinikai kórképét a szerző 12 esetben tanulmányozta. Ezeknek az eseteknek a vizsgálatából is kitűnik, hogy a lues maligna bőrjelenségei a legkülönbözőbb formát ölthetik (fekélyes, ekthymás, pustulás, göcsös stb. alak). De a lues maligna olykor a nyálkahártyákon (diphtheroid plaque-ok) és a csontokon (korai szájpadperforatio) is nyilvánulhat.

Érdekes a nyirokmirigyek viselkedése a lues maligna eseteiben. Ismeretes, hogy van olyan nézet, mely abban, hogy a lues korai szakában a mirigyek nem, vagy csak alig tapinthatók, a syphilis malignás hajlamára következtet. Való az, hogy a lues maligna eseteinek bizonyos számában a mirigyek duzzadása nem mutatható ki. Sőt a szerző arról is tesz említést, hogy két lues maligna-esetében a baj akkor kezdett feltünően javulni, a mikor a ki nem tapintható mirigyek hirtelenül megduzzadtak. Bizonyos, hogy a mirigyek duzzadása a szervezet védőreactiójának tekinthető. A szervezet normalis védőkészülékeinek helyes működésekor ezt a nyirokmirigyduzzadást a korai lues-esetekben mindenkor megtaláljuk. A mirigymegnagyobbodás elmaradásából tehát a szervezet csökkent vagy hiányos ellenállóképességére következtethetünk. Fölvehető egyébként, hogy a nyirokcsomók duzzadásának hiánya nem az okozója a lues malignának, hanem mindkettőnek az alapja a gyöngült szervezet. A szerző szerint jobb prognosisú az a lues maligna-eset, a melyben a mirigyek duzzadása még ki tud fejlődni, mint az ellenkező esetben. A Wassermann-reactio viselkedése sem állandó a lues maligna eseteiben. Aránylag gyakori dolog, hogy a reactio a legsúlyosabb malignás esetben is negativ marad. *Hecht* 12 eset közül 4 ízben találta negativnak a reactiót. Minthogy a szerző a Wassermann-reactiót is csak a szervezet egyik reactiójának tartja, csak következetesen vél eljárni, ha a positiv reactiónak a hirtelenül negativba való átcsapását rossz jelnek veszi, az ellenkező eseményt pedig kedvező jelenségnek tekinti.

Némelyek véleménye szerint a lues malignának egyik jellemző sajátsága, hogy a kénesőre nem reagál a szokott pontossággal. Mások ezt a nézetet nem fogadják el. A szerző tapasztalása azt bizonyítja, hogy a kénesőnek hatástalan volta nem jellemző a lues malignára s ily módon nem is használható fel a diagnosis megerősítésére. Aránylag feltünő gyakori az erős jodismus kifejlődése a lues maligna eseteiben. *Hecht*-nek az a véleménye, hogy ez a jod iránti intolerantia szintén annak a jele, hogy a szervezet normalis működése jelentékenyen csökkent.

A lues maligna aetiologiáját nehéz határozottan megállapítani. Élesen körülírni azt, hogy milyen körülmények között válik a syphilis malignussá, a szerzőnek — mint ő maga állítja — nem sikerült kiderítenie. Általában csak az mondható, hogy bizonyos körülmények és állapotok között a szervezet ellenállóképessége oly módon csökken, hogy a syphilis rosszindulatúvá válik. Az ilyen körülmény tapasztalás szerint sokféle lehet. Az ismertek közül leginkább háromféle szerepel: 1. idült általános bajok (pl. tuberculosis stb.), 2. idült, a szervezetet gyöngítő körülmények vagy állapotok (alkoholismus, scrophulosis, rossz életviszonyok, túlkezelés stb.), 3. hevenyés általános megbetegedések (eczema universale, variola stb.). Ezeken kívül marad még az eseteknek egy része, a melyben a rosszindulatúság okául más körülményeknek kell fenforogniok, de a melyek előttünk ezidőszerint még ismeretlenek. (Archiv für Dermatologie und Syphilis, 1911. 108. kötet. 3. füzet.) *Guszman.*

Fizikai és diaetás gyógyításmódok.

A forró bemártó fürdő *Determann* tapasztalása szerint kivált azon esetekben van kedvező hatással, a melyekben a beteg általános gyengeség vagy alsó végtagjainak erőtlensége miatt a hideg fürdő előtt és után szükséges mozgást nem bírja végezni, vagy a melyekben a reactio a test előzetes felmelegítésére, massagera, dörzsölésre sem kielégítő. Ez esetben ő 4—15 másodperczes 37—45 C fokos fürdőt ad, még pedig oly módon, hogy a beteg rövid időre a vízbe merül, vagy hogy a beteget két fürdőszolga lepedőn fekve mártja bele egy vagy többször egymásután. A fürdő után az illetőt gyapjutakaróba göngyölteti és pihenni engedi. A fürdőnek ezen fajtája igen kedvező élénkítő hatással van az egész szervezetre s kivált az izmok működésére, a nélkül, hogy a reactio kifejlődéséhez még izommunka is szükséges volna. Ha a beteg ezen fürdő után hosszabb ideig pihen, utána többnyire oly erőt bír kifejteni, a melyre különben képtelen.

A forró vízbe való bemártás hatása a közönséges forró fürdőétől lényegesen eltérő. Ez utóbbi a test hőkiadását gátolja, tehát hőpangást okoz, a forró vízbe való bemártás spontán magában csak erős idegingerként hat és az első pillanatban heves, a megijedéshez hasonló kellemetlen érzést vált ki, épp olyant, mint a hideg fürdő. A bőr vérerei hirtelen összehúzódnak, de rögtön utána erősen kitágulnak. *Determann*-azt hiszi, hogy ezzel a véráramlás az izmokban is hatalmasan megnövekszik s a vér az izmokból a fáradtságérzést okozó anyagokat kiöblíti. Már *Uhlich* is tapasztalta, hogy az igen meleg (42 C-fokos és melegebb), rövid ideig tartó fürdő az izomerőt jobban fokozza s a fáradtságérzést is gyorsabban elmulasztja, mint a hideg-alkalmazások. A forró bemártó fürdőnek a szívre és vérerekre gyakorolt hatása az első másodperczekben hasonló ahhoz, a melyet hideg fürdőben látunk: az érlökés eleinte szaporább, kicsi és gyakran némileg szabálytalan, majd később ismét ritkább és telt. A vérnyomás eleinte többnyire emelkedik, annál jobban, minél melegebb a víz, később azonban eredeti magasságára sülyed, sőt még mélyebbre is. A légzés az első pillanatban belégzési állásban megakad, de aztán mélyebbé és egyenletessé válik. A legtöbb esetben vizelési inger is jelentkezik, de a vizelet 24 órás mennyisége nem változik. Mindez a forró fürdőbe való bemártás alkalmával ugyanúgy történik, mint a hideg fürdőben. A test hőmérséke azonban az előbbiben gyorsan emelkedik, a hónaljban néhány másodpercz alatt 38·0—38·5°C-ra. (Hogy a test belsejének hőmérséke is emelkedik-e, arról a szerző nem szól. Ref.) A vér összetétele a test felületén hasonló módon változik meg, mint hideg-alkalmazás után a reactio idején: a vérsejtek száma, a vér haemoglobintartalma, fajsúlya és viscositása fokozódik. De a forró bemártó fürdő hatása mégis abban különbözik a hideg fürdőétől, hogy a reactio igen gyorsan s minden utánasegítés nélkül jelentkezik.

Ez a fürdő azonban a szív, a vérerek, a vesék vagy az idegrendszer szervi megbetegedése esetén nem alkalmazható és az esetben sem, ha az illető nagyon ingerlékeny. Különösen ajánlatos azonban spinalis neurasthenia azon eseteiben, a melyekben a bőr renyhén reagál és a nagyfokú izomgyengeség nem engedi, hogy az illető a hideg-alkalmazások előtt és után sokat mozogjon. Kedvező hatású ez a fürdő még hysteriás hűdés és paresis, továbbá a bőrben és izmokban jelentkező izgatottsági tünetek eseteiben is.

Azon esetekben, a melyekben az egész test felületének izgatása az ideg- és vérérrendszerre túlságos erélyes beavatkozás volna, a szerző csak a test egyes, kisebb-nagyobb részeit mártatja be a forró vízbe, például csak az alsó testet a derékig vagy csak az alsó végtagokat. Ez utóbbi módon kivált akkor alkalmazza ezen fürdőt, ha az izomgyengeség csak a lábakban mutatkozik. A víz hőmérsékének legalább 37—38° C-nak kell lennie, azonban különösen helybeli alkalmazásnál 43—46 fok is lehet. (Mediz. Klinik, 1911, 23. sz.)

Lenkei V. D.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Néhány szájvíz antisepsises és desinficiáló sajátságáról értekezik *Schneider*. Általánosan elismert követelmény, hogy a fogak mechanikai megtisztitásán kívül elsősorban a szájüreg desinfectiójára kell törekednünk. A megvizsgált odol- és hydrogensuperoxyd-praeparatumok nem ideális szájvizek. Az odolnak csekély a fertőtlenítő hatása, hasonlóképp a hydrogensuperoxyd-praeparatumok is közömbös oldatban csak kevés fertőtlenítő erővel rendelkeznek. Csupán savak jelenlétében fokozódik a fertőtlenítő hatásuk. Minthogy azonban a normalis nyál igen erősen lúgos, a hydrogensuperoxyd-készítmények a szájban antisepsises hatásukat nam igen érvényesíthetik. A *fodormentha-lysoformnak* felfedezése már nagy haladást jelent, mert kellemes ízű aromás szájvíz, melynek hatóanyagai formaldehyd és aetheres olajok. A szájvizek desinficiáló és a fejlődést gátló hatását a diphtheria-bacillusokkal szemben tanulmányozta a szerző. A megvizsgált szájvizek közül a *fodormentha-lysoform* volt a legértékesebb a desinficiálóképesség tekintetében. Az odol hatása erősebb a hydrogensuperoxyd-készítményekénél, mely utóbbiaknak fertőtlenítő képessége már csekély alkali jelenlétében nullára redukálódott, míg a fodormentha-lysoform-szájvíz még az alkaliás nyál jelenlétében sem veszít antisepsises tulajdonságaiból.

Cementpaszta elnevezéssel *Dreuw* a következő összetételű pasztát ajánlja, a mely főleg nedvedző bőrbajokban használható eredménynyel: Rp. Sulfur. depur. 10·0; Ichthyoli 5·0—10·0; Pastae Lassar ad 100·0. Előnye a nagyfokú fedő, védő és felszívó ereje; e mellett a kén és az ichthyol specifikus tulajdonságai is érvényesülnek. (Monatshefte f. prakt. Dermatologie, 52. k., 109. l.)

A digistrophan nevű új cardiotonicumról ír *Tornai*, a budapesti egyetem I. belklinikájának segéde. A digistrophan a digitalis és a strophantus egyesítése. Minden egyes tabletta a hatásosság szempontjából titrált digitalis-leveleknek és strophantus-magvaknak összes hatóanyagait mindig ugyanazon mennyiségben és egyenletes keverékben tartalmazza, megfelelve 0·10 gramm digitalis-levélnek és 0·05 gramm strophantus-magnak. A tiszta digistrophan-tablettákon kivül még digistrophan diuret. I. (digistrophan 0·15 + natr. acetic. 0·20) és digistrophan diuret. II. (digistrophan 0·15 + natr. acetic. 0·20 + coffein 0·15) jelzésű tabletták is kaphatók. A digistrophan a ma használatos digitalis-készítményekkel nemcsak egyenrangú, hanem némely esetben hatásosság tekintetében felül is mulja őket. A szert sohasem szabad üres gyomorra adni; legczélszerűbb a tablettákat porrá törve ostyában bevétetni. Az adagolás módját illetőleg egyébként legjobb, ha a minden egyes tabletta bevevése után csakhamar beálló hatás alapján adjuk meg a további utasítást. (Budapesti orvosi ujság, 1911. 31. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1911. 34. szám *Mohr Mihály*: A látás-zavarok meggátlása az iskolában. *Marschalkó Tamás*: A salvarsan intravenás alkalmazásánál előforduló súlyos reactiók és azok megakadályozása.

Orvosok lapja, 1911. 34. szám. *Chudovszky Móricz*: Sebészeti megbetegedések.

Budapesti orvosi ujság, 1911. 34. szám. *Schiller Károly*: A lobosodás lefolyása a diabetesnél és annak therapeutikus befolyásolása. *Doktor Sándor*: Halálos fertőzés a mandulán keresztül a terhesség alatt.

Vegyes hirek.

Kitüntetés. A király *Losonczy Álmos* dr.-nak, Hajdumegye tiszti főorvosának, továbbá *Beil Gusztáv* dr. nyugalmazott tiszti orvosnak a közegészségügy terén szerzett érdemeik elismeréseül a királyi tanácsosi czimet adományozta.

Kinevezés. A kisküküllőmegyei közkórház elmebeteg-osztályához *Zsakó István* dr.-t főorvossá, *Szabó Jenő* dr.-t pedig alorvossá; az ipolysági közkórházhoz *Wertheimer Ernő* dr.-t alorvossá, a debreczeni bábakepezdéhez *Berényi István* dr.-t első tanársegéddé, *Hubert Zsigmond* dr.-t második tanársegéddé nevezték ki.

Meghalt. *Földes Simon* dr. zsablyai járásorvos, tiszteletbeli megyei főorvos, 64 éves korában augusztus 16.-án. — *Pilisi Béla* dr. szegedi orvos augusztus 21.-én. — *P. G. Dieulafoy*, a hirneves párisi klinikus 72 éves korában augusztus 17.-én Párisban. — *A. Ladenburg* hirneves chemikus 69 éves korában augusztus 15.-én Breslauban. — *G. Julliard*, valaha a sebészet tanára a genfi egyetemen. — *S. J. Gee*, a londoni Bartholomews Hospital főorvosa

A budapesti poliklinika rendelésein júliusban 4251 beteg jelentkezett; a rendelések összes száma 11.005 volt.

A nagyváradi tüdővész ellen védekező egyesületnek és a szegénysorsú tüdőbetegek gyógy- és üdülőhelyének jelentését az 1910. évi működésükről bocsájtotta közzé a napokban *Gerő Sándor* dr. igazgató-főorvos. Az 1910 május 2. án megnyilt gyógy- és üdülőhelyen október 8. áig 28 nő és 78 férfi részesült sanatoriumi gyógykezelésben; közülük teljesen munkaképessé lett 20 beteg, munkaképtelen maradt 21; a többi 65 beteg állapota többé-kevésbé erősen javult.

Kisebb hirek külföldről. *Sauerbruch* zürichi tanár nem fogadta el a meghivást a königsbergi sebészeti tanszékre. — *J. Mc. Phee* dr.-t a new-yorki „Post Graduate Medical School"-on a neurologia tanárává nevezték ki. — *Comba* dr.-t Bolognában a gyermekorvostan, *Ljukewitsch* dr.-t Dorpatban a szemészet tanárává nevezték ki. — *A. Basler* dr. (physiologia) Tübingenben és *J. Marischler* (belorvostan) Lembergben a rendkivüli tanári czimet kapta. — A jenai egyetem kórbonczolástani tanszékét *R. Rössle* müncheni rendkivüli tanárral töltötték be.

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

Orvosi laboratorium: Dr. SZILI SÁNDOR, v. egy. tanársegéd, VII., Király-utcza 51. Telefon 157—71.

Dr. Stein Adolf RÖNTGEN-LABORATORIUMA VII., Rákóczi-út 26. fldsz. 1. Telefon 112—95.

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

Dr. Widder Bertalan operateur testegyenesitő (orthopädia) intézete csont- és izület- (tuberculotikus, angolkóros, rheumás, elgörbült) betegeknek. Budapest, IV., Kossuth Lajos-utcza 19. Magyar-utcza sarok. Rendel: d. e. 11—12-ig, d. u. 3—5-ig. Szegényeknek dijtalanul

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

Reiniger, Gebbert és Schall r.-t. Röntgen- és villamos orvosi készülékek gyára
Budapest, Rákóczi-út 19.

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

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

Orvosi laboratorium: Dr. MÁTRAI GÁBOR v. egy. tanársegéd és Dr. SAS BERNÁT th. főorvos :: ::
Telefon 26—96. vegyi, górcsövi és bakteriologiai laboratorium VI., Ó-utcza 39.
Vizsgálati tárgyak: *Vizelet, köpet, Gyomortartalom, bélürülék, ex- és transsudatumok. Daganatok szövettani vizsgálata. Vérvizsgálat (Wassermann) stb.*

MATTONI-FÉLE LÁPKIVONATOK fürdőkhöz.
:: LÁPSÓ :: száraz kivonat ládákban à 1 kiló
LÁPLÚG folyékony kivonat üvegekben à 2 kiló

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Erdélyi Múzeum-Egylet orvostudományi szakosztálya (1911 április 22.-én, május 6.-án, 13.-án és 20.-án tartott X., XI., XII. és XIII. szakülés) 634. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 635. l.

Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya.

(1911 április hó 22.-én tartott X. szakülés.)

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

I. **Makara Lajos: Májechinococcus esetét** mutatja be.

D. J.-né, 28 éves, lesoványodott asszony. Egy éve veszi észre, hogy a gyomorgödörben daganata nő, mely a műtétig gyermekfejnyi nagy lett, a máj bal lebenyével látszott összefüggeni. A domború felszínű, rugalmas daganat májechinococcusnak diagnoskáltatván, a belgyógyászatról április 5.-én a sebészetre tették át. Itt aprilis 7.-én a *Delbet*-féle capitonage-módszer szerint megoperáltuk, előbb a tömlőbe kevés jodoform-glycerint is öntöttünk. Ma, két héttel a műtét után a beteget gyógyult sebbel mutatja be, mivel távozni készül. A tömlő tartalma mintegy 2 liter víztiszta folyadék volt, az anyatömlőben csak kevés leányhólyagot találtak. A gyógyulás zavartalan volt. A tüdőcsúcsok felett tompult a kopogtatási hang, jobboldalt érdes, megnyúlt a kilégzés, tehát különösen fontos volt, hogy a hónapokra terjedő genyedés gyengítő hatása nélkül szabadulhatott meg májechinococcusától, mely viszont nagysága miatt a gyomor működését és így a beteg táplálkozását zavarta.

A minap az echinococcus-betegség egy ritkább végződését volt alkalmuk észlelni, az önkéntes megrepedést, mely elpusztította a beteget a nélkül, hogy műtéti megmentését megkísérelhették volna. Az esetről a készítmény bemutatásával *Veszprémi Dezső* számolt be.

Hozzászól *Szabó Dénes.*

II. **Gyergyai Árpád bemutatása: Az orrsövény fejlődési rendellenessége.** 22 éves tanítónőt mutat be, a kin a septum az orralapon a spina nasalis anteriortól számítva 37 mm.-nyire megszűnik, a csontos orralapnak hátulsó 27 mm.-nyi részén orrsövény egyáltalán nincs. A septum a felső részen ott végződik az ikcsont testén, a hol szokott; ennek következtében az említett alsó és felső pontot egyenes vonalban összekötő septum hátulsó széle az orralappal igen hegyes szöget alkot s aránylag hosszabb. Az orr hátulsó részének pontos vizsgálatát úgy végezte, hogy az általa feltalált direct orrgarat- és orrhátulsórész-vizsgálatot kombinálta a cső végére alkalmazott ferdén álló tükörrel (rhinoskopia posterior superior indirecta). Ha a tükröt úgy állította, hogy ez kb. 110°-szöget alkotott a cső tengelyével, az orralapot és a septum nélküli területet igen jól meg tudta szemlélni. Ezen a területen a két orrfél egészen símán közlekedik egymással, a nyálkahártya rendes színű, hegnek, lefolyt gyuladásnak sehol semmi nyoma. Sohasem operálták, lues kizárható, úgy hogy az eltérést fejlődési rendellenességnek tartja.

III. **Szabó József előadása: A Butenko-féle vizelet-reactio diagnostikai értéke.** Tapasztalatai szerint a reactio diagnostikai értéke nagyon csekély, felfedezése semmi haladást sem jelent. Tekintetbe véve, hogy a reactio más, a paralysistől aetiologiailag, tünettanilag nagyon is eltérő psychosisokban is jelentkezett, specifikusnak egyáltalában nem mondható, így tehát az a remény, hogy megbízható és könnyű eljárás birtokába jutunk, nem vált be.

IV. **Davida Jenő előadása: Kraniometriai vizsgálatok magyarországi lakosok koponyáin.** I. rész. A boncolástani intézet 300 darabból álló koponyagyüjteményén végzett vizsgálatait ismerteti. Az ürtérfogatot — a *Welcker*-féle eljárás szerint mérve — úgy a magyar, mint pedig a román koponyákon az átlagon alólinak találta. Ugyancsak kisebb volt az átlagnál a súly is, de csekélyebb értékkel, mint az ürtérfogat. Az alakot illetőleg a brachykephal és hypsikephal jellegű koponyák dominálnak, e mellett azonban megjegyzendő, hogy a nőkoponyák relative valamivel szélesebbek, de egyúttal úgy absolute, mint pedig relative jóval alacsonyabbak, mint a férfikoponyák. A szemgödri jelző és az orrjelző ellenben, úgy az átlagos értékeket, mint pedig az egyes csoportokba tartozó koponyáknak a százalékait véve tekintetbe, a nőkön valamivel nagyobb, mint a férfiakon. A szemgödri jelzőnél a mesosem, az orrjelzőnél pedig a leptorrhin csoport vezet, az absolut többséget azonban egyikük sem éri el. Az arczjelzőt tekintve, a chamaeprosop jellegűek vannak túlsúlyban.

(XI. szakülés 1911 május 6.-án.)

Elnök: **Davida Leó.** Jegyző: **Konrádi Dániel.**

I. **Gyergyai Árpád bemutatása: Fejlődési rendellenesség az orrban.**

II. **Imre József: Jelentés az egyetemi szem-klinika hályogműtéteiről s ezzel kapcsolatban a műtét fejlődésének legújabb mozzanatairól.**

A kolozsvári egyetemi szemklinikán az előadó vezetése alatt eddig (21 hónap alatt) összesen 278 hályog-kivételt végeztek; ez összegből 20 részben nem távozott még, részben az összeállításkor még nem volt vizsgálható látására nézve; a jelentés tárgya tehát *258* műtét. Ezek között rendes műtét volt 227; valami rendellenesség fordult elő 31 esetben, még pedig üvegtest-veszteség 14 esetben (= 5·5%), úgy hogy 8-szor kanállal kellett a hályogot kivenni, sok kéreg maradt vissza 15 esetben. A lefolyás rendes volt 227-szer (de ezek nem azonos esetek a „rendes" műtétekkel, nem számítva hibának a csarnok késlekedő záródását 18 egyénen), valami baj volt 31 esetben, ugyanis előfordult 2 kitoló vérzés, 9 korai, 3 késői szivárványgyuladás (együtt = 5%), 13 sebrepedés (5%) s ezenkivül 4 esetben a pupilla elzáródott. Az eredmények éppen nem mondhatók kedvezőknek a látás tekintetében, mert I. o. látása lett 191-nek (= 74%), II. o. lett 51-nek (20%), vastag utóhályog és némely más ok (seclusio) miatt jó fényérzete volt 13-nak s (a két expulsiv vérzéssel együtt) fényérzet nélkül távozott = 3. Tehát a veszteség 1·1%.

A sok rossz látást részben magyarázza, hogy komplikált hályogok is vannak az operáltak közt (glaukomák, szaruhegek, amblyopiás, beteg látóidegű szemek), de nagy részben a pupilla tökéletlen megtisztulásából erednek. Némi megelégedést kelt ezzel szemben a *sebfertőzések teljes hiánya*; sohasem fordult elő genyedő gyuladás. A hályogműtét 3-féle rossz eredményéből, az elpusztulás, a rossz látás, meg a szivárvány és tok becsípődésével komplikált, hibás sebgyógyulás közül az *első* két (nem az operálótól függő s meg nem előzhetett) esetben (expuls. vérzés) s egy súlyos iritis miattiban fordult elő, a *harmadik* (irisnek a sebbe forradása) 4 esetben, de a nem tiszta pupilla miatti rossz látás, a vaskos utóhályog 12 s a pupilla elzáródása 4 esete (együtt kb. 6%) *a műtét tökéletlenségének rovására esik.* Ezek az adatok kedvezőtlenebbek, a sebfertőzés kivételével, mint az előadónak megelőző kórházi működéséből gyüjtött adatai s tapasztalásai, a minek okát főképpen az operált egyének faji és műveltségbeli tulajdonságaiban gondolja, mert azok érzelmére hatni, kellő magoktartását magyarázattal biztosítani, nyugtalankodásukat jó szóval lecsillapítani kevésbé lehet, mint az alföldi lakosság körében. De része van a hólyagműtét ingadozó s bizonytalan eredményében a *műtéti eljárásnak* is. Előadása további folyamában megismerteti azokat a javaslatokat, melyeket újabban tettek a sebfertőzés elkerülésére (kötőhártya alatti seb, *Czermak*, *Dimmer* stb.), az iris-kicsúszás ellen (*Hess* és mások) és főleg a *tokostól való eltávolításra*, tehát a pupilla tisztaságának s az iritisek elkerülésének érdekében, hosszabban időzve *Henry Smith* kelet-indiai orvos intracapsularis műtétmódjánál s

annak történeténél, amerikai elterjedésénél és bírálatánál. *Smith* eljárását európai és klinikai módon kipróbálandónak tartja, főleg kezdő, fiatal szemészektől, kik nincsenek a mostani műtétmódhoz erősen hozzászokva s kik a teljesen különböző izomérzetekkel reagáló műveletekkel járó *Smith*-féle kinyomó eljárást könnyebben fogadhatják el és szokhatják meg.

(1911. május 13.-án tartott XII. szakülés.)

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

I. **Kappel Izidor előadása: Complementum-kötési vizsgálatok scarlatina és morbilli eseteiben.** (Lapunk hasábjain egész terjedelmében megjelenik.)

II. **Davida Jenő: Craniometriai vizsgálatok magyarországi lakosok koponyáin.** A bonczolástani intézet koponyagyüjteményén végzett vizsgálatainak a második részét ismerteti. Tárgyalja az agykoponyák össztérfogati, majd az arczkoponyák térfogati viszonyait (*a Schmidt*-féle átlagnál mind a kettő kisebbnek mutatkozott), azután pedig kimutatja, hogy az arczkoponya térfogata a nőknél nemcsak absolute, hanem relative is kisebb mint a férfiaknál. A jelzők közötti összefüggésre vonatkozó tanulmányaiból kiemeli, hogy a correlatio az arczkoponyának valamennyi vizsgált jelzője között ki volt ugyan mutatható, azonban szigorú szabályszerűséggel csakis a szemgödri jelző és az orrjelző között nyilvánult, ellenben a szemgödri jelző és az arczjelző, továbbá az arczjelző és az orrjelző között már nem volt olyan határozottsággal megállapítható. Bizonyos fokú correlatiónak a jelenléte azonban az utóbbiaknál is félreismerhetetlen.

Végül behatóan foglalkozik az öreglik craniometriai sajátságával, nevezetesen az öreglik helyzetével, hajlási szögével, alakjával és területével. Az öreglik hajlását kifejező *Broca*-féle nyakszirti szöget a férfiaknál nagyobbnak találta, mint a nőknél, ellenben a lik alakja teljesen függetlennek bizonyult úgy a nemtől, mint pedig a koponya alakjától. A területet egy új eljárás szerint állapította meg, a melylyel együtt a koponya többi görbült felületű nyílásának (pl. orbitabemenetnek) a területe is meghatározható. Úgy az öreglyknak, mint pedig az orbita bemenetének a területe a nőknél relative kissé nagyobbnak mutatkozott, mint a férfiaknál.

(1911 május 20.-án tartott XIII. szakülés.)

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

I. **Genersich Gusztáv: Pellagrás gyermekek bemutatása.** Az előadó elsősorban kiemeli, hogy a bemutatás napja (május 20) éppen XIII. évfordulója annak a napnak, mikor *Purjesz* tanár ebben a szakosztályban döntötte el azt, hogy az észlelése alá jutott betegek *pellagrában* szenvednek és hogy a pellagra Magyarországon tényleg fellépett. A hivatalos körök tényleg csak 1898 óta mutatják ki a pellagrát. 1898 óta 392 haláleset fordult elő.

A betegek között van gyermek is, de aránylag csekély hányadrészben. A 392 haláleset között csak egyetlen egy 7 éven alóli egyén van kimutatva. A gyermekambulatoriumon is csak elvétve fordultak elő pellagrás gyermekek. Az irodalom alig tett említést a gyermekek pellagrájáról. A német gyermekgyógyászati irodalomban egyetlen egy referatum olvasható és az is Olaszország határán észlelt esetről és Olaszországban előfordult irodalmi feljegyzésekről szól.

Mindenütt, hol a pellagráról írnak, mint valami különöst említik az egyének román származását, értve alatta a spanyolokat, olaszokat, francziákat és oláhokat. A bemutatott 2 gyermek magyar származású. A faj csak annyiban játszik szerepet, a mennyiben az eddig kimutatott kórokozó momentum, a romlott kukoricza élvezete vele járhat. A kukoricza délvidéki növény. Nálunk az oláhok és magyarok kapják a betegséget, az oláhok azonban túlnyomó számban, mert az oláhok úgyszólván kivétel nélkül puliszkaevők, a magyarok pedig nem.

A gyermekek közül az egyik csak 4 hónapig volt abban a házban, melyben a másik is pellagrát kapott és így adatot vélünk kapni arra nézve, hogy romlott kukoriczának élvezése már 4 hónap mulva tudta a betegséget létrehozni.

A bőrgyógyászok nem tartják a bőrváltozásokat jellemzőknek. A bemutatott gyermekeken utólag a nap hevének kitett részeken oly gyorsan és oly intensitású bullosus dermatitis keletkezett, milyent még a legsatnyább gyermekeken sem észlelhetni erythema solare gyanánt.

II. **Veszprémi Dezső** előadása: **A periarteriitis nodosáról.** Egész terjedelmében közöljük.

Hozzászól: *Steiner Pál.*

III. **Gyergyai Árpád** előadása: **Új módszer és műszer a rostasejteknek, az állcsontüregnek, a középfülnek és az orbitának átvilágítására.**

Az előadó átvilágító lámpát szerkesztett, a melyet kisfokú érzéstelenítés után bevezet az orrgaratba (1), a choanákon át az orr leghátulsóbb részére (2) és a fül felé a *Rosenmüller*-féle árok azon pontjára, a hol a porczos fülkürt a csontosba átmegy (3). Ily módon hátulról középről át tudja világítani a legvékonyabb (medialis) falon keresztül az *állcsontüreget* úgy, hogy az egész elülső, részben oldalsó fal a járomcsontig vörös színben látszik. Ezenkivül a *rostasejteken* keresztül haladó sugarak a belső szemzug táját és a pupillát világítják meg. A középső, esetleg felső orrjárat leghátulsóbb részére került hűtőkészülék nélküli lámpával az *orbitát* tudja éppen hátulról igen jól megvilágítani, úgy hogy a *retina* szabad szemmel igen jól látszik (retrobulbaris betegségek). A középfület a fentemlített helyről átvilágítva, a *dobhártyát* a kalapács árnyékával jól láthatta. Ezután kóros esetekről számol be. Az eljárása nem helyettesítője, hanem kiegészítője kiván lenni az eddigi átvilágítási módoknak.

Hozzászól: *Imre József.*

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A szemizmok beidegzésének zavarairól, mint a fejfájás gyakori okáról tartott előadást *F. Schanz.* Úgy a belső, mint a külső szemizmok túlerőltetése vagy asymmetriás beidegzése okozhat nyomást s egyéb kellemetlen érzést a szem körül, mely egész határozott migrainrohamig fokozódhat. Így pl. gyakori az alkalmazkodó izom túlságos igénybevétele által okozott fejfájás a presbyopia kezdetén. Igen sok emberen asymmetriás a szemgolyók helyzete; ilyenkor a tárgyak fixálására asymmetriás impulsusok kellenek s az egyik szem hajlandó a fixáló helyzetből kitérni. Az ilyen asymmetria könnyen kideríthető a *Maddox*-féle pálczikával. Ez egy átlátszatlan alapba erősített vékony üvegpálczika, melyet az egyik szem elé tartunk. Ha most egy pár méternyire levő fényforrást fixáltatunk, a beteg utóbbin egy fényes vonalat lát, mely tökéletes convergentia esetén a fixált tárgy közepén megy át, ellenkező esetben pedig tőle többé-kevésbé eltér. Hasonló czélra szolgál *Graefe*-nek egy egyszerű kisérlete. Fontos, hogy ezen zavarok letörésére gondoljunk, mert a szemészhez küldve a beteget, egy megfelelő pápaszem a fejfájást biztosan megszünteti. (Münchener med. Wochenschrift, 1911. 24. sz.) *L.*

PÁLYÁZATOK.

3138/1911. sz.

A Jász-Nagykún-Szolnok vármegye tiszai alsó járásában fekvő Rákóczifalva községben üresedésben levő **községi orvosi állásra,** a mely az 1908: XXXVIII. t.-cz. 12. §-ában megállapított készpénzfizetéssel, 600 korona személyi helyi pótlékkal s szabályrendeletileg megállapított látogatási és rendelési díjakkal, valamint 500 korona lakbérrel van javadalmazva, ezennel pályázatot hirdetek és felhívom a pályázni szándékozókat, hogy a törvényes minősítést igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám **szeptember hó 20.-áig** adják be.

Megjegyzem, hogy az orvosi lakás építése most van folyamatban.

Tiszaföldvár, 1911 augusztus 23.

Nagy Ottó, főszolgabiró.

3768/1911. sz.

A Dragomérfalva (Máramarosmegye) székhelylyel rendszeresített **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az orvosi körhöz Dragomérfalva, Izaszacsal, Felsőszelistye, Izakonyha, Kisbocskó és Jód községek tartoznak, mely községek összes lélekszáma 15.538.

Az állás javadalma 1600 korona törzsfizetés, 600 korona helyi pótlék, 500 korona lakbér, továbbá a törvényhatóság által a folyó évben megállapítandó fuvarátalány és a máramarosszigeti kerületi munkásbiztosító pénztár által a dragomérfalvai két fűrészgyár és az izaszacsali petroleumkutató részvénytársaságnál az orvosi teendők ellátásáért szabad egyezkedés alapján megállapítandó tiszteletdíj.

Felhívom ennélfogva mindazon orvostudorokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883 : I. t.-cz. 9. §-ában előírt képzettségüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket hozzám **f. évi szeptember hó 30.-áig** adják be.

A választást Dragomérfaván a község házában folyó év október hó 5.-én d. u. 3 órakor fogom megtartani.

Dragomérfalván, 1911. évi augusztus hó 20.-án.

Majoros István, szolgabiró.

351/1911. eln. sz.

Bihar vármegye közkórházánál 1200 korona évi fizetés, élelmezés és teljes ellátással javadalmazott **segédorvosi állás** üresedett meg.

Felkérem a pályázni óhajtó orvos urakat, hogy Bihar vármegye főispánja, méltóságos *Miskolczy Ferencz* dr. úrhoz intézendő kérvényüket, okmányaikkal felszerelve hozzám **folyó évi szeptember hó 5.-éig** adják be.

Nagyvárad, 1911 augusztus 21.

Bartha dr., igazgató-főorvoshelyettes.

A vármegyei Ferencz József közkórháznál szeptember hó 15.-én megüresedő **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek

Javadalom: 1600 korona évi fizetés, lakás, teljes ellátás; a kinevezés egyelőre 2 évre történik.

Pályázó kérvényt méltóságos *Horthy Szabolcs* főispán úrhoz intézve, hozzám **folyó évi szeptember hó 7.-éig** kell beadni.

Szolnok, 1911 augusztus 20.

Papp Gábor dr., igazgató-főorvos.

6203/1911. fh.

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

1. Erzsébetfalván, a Szabó- és Farkas-telep közötti területen évi 2400 korona díjazással;

2. Gyömrőn (Mária-telep) évi 1200 korona fizetéssel és évi 600 korona működési pótlékkal;

3. Budapest IX. kerületében, az Üllői-út, Kinizsy-utcza, Lónyai-utcza és Ferencz-körút között fekvő területre évi 1600 korona fizetéssel.

Az állásra a pályázati kérvények a pénztár igazgatóságához címezve **1911. évi szeptember hó 15.-éig** nyujtandók be a pénztár főorvosi hivatalánál (VII., Damjanich-utcza 36. szám), a hol hétköznaponként délelőtt 11—12 óra között az állásokra vonatkozóan bővebb felvilágosítás nyerhető.

A pályázati kérvényekhez a magyar honosságú oklevél másolata és az eddigi orvosi működést feltüntető bizonyítványok másolatai csatolandók, megjegyezve, hogy az állások bármelyikét csak oly orvos nyerheti el, a ki legalább két évi orvosi gyakorlatot tud kimutatni.

A pályázókat az állásokra a pénztár igazgatósága választás útján alkalmazza; az alkalmazott orvos köteles a számára kijelölt területen lakni és az állást az alkalmaztatását kimondó igazgatósági határozat keltétől számított 8 napon belül elfoglalni.

Budapest, 1911. évi augusztus hó 22.-én.

A Budapesti Kerületi Munkásbiztosító Pénztár.

3471/1911. szám.

Máramaros vármegye taraczvízi járáshoz tartozó dombói (10 község) és irhoczi (11 község) **körorvosi állásokra** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: I. *A dombói körben:* 1600 korona kezdő törzsfizetés és az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. szerinti korpótlék; 600 korona helyi pótlék, 500 korona lakbér, illetve természetbeni lakás, szabályrendeletileg megállapítandó fuvarátalány, továbbá látogatási és egyéb díjak.

II. *Az irhoczi körben:* 1600 korona kezdő törzsfizetés és az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. szerinti korpótlék; 1200 korona helyi pótlék, 500 kor. lakbér, szabályrendeletileg megállapítandó fuvarátalány, látogatási és egyéb díjak

Felhívom mindazon orvostudorokat, kik ezen állások bármelyikét elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket igazoló okmányaikkal felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám, **folyó év október hó 1.-éig** adják be, mert a később érkezőket figyelembe nem vehetem.

A választás határidejének kitűzése iránt később fogok intézkedni.

Taraczköz, 1911 augusztus 22.

Hatfaludy, főszolgabíró.

1537/1911. eln. sz.

A Szabadka sz. kir. város tulajdonát képező „Mária Valéria"-közkórházban üresedésbe jövő és egyenként havi előleges részletekben fizetendő 1200, azaz egyezerkettőszáz korona évi fizetés, lakás, fűtés, világítás és első osztályú élelmezéssel javadalmazott **három kórházi alorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

A törvényhatóság főispánja által kinevezendő alorvos köteles a kórházban lakni, magángyakorlatot, az első segélynyujtás esetét kivéve, nem folytathat és állását annak elfoglalásától számított egy éven belül egyáltalán nem, azontúl pedig csakis két havi felmondási idő eltelte után hagyhatja el.

A kórházigazgatóság felmondási joga azonban semminemű korlátozás alá nem esik.

Nős orvos kérvénye figyelembe nem jöhet.

A kinevezett alorvos tartozik állását folyó évi október hó 1.-én elfoglalni.

Felhívom mindazokat, kik ezen állások valamelyikét elnyerni óhajtják, hogy kellőleg okmányolt kérvényeiket legkésőbb **folyó évi szeptember hó 15. napjáig** Szabadka sz. kir. város főispánja, *Purgly Sándor* dr. úrhoz (Szabadka, Pest-szálloda épület) címezve annál is inkább nyujtsák be, mert a később érkezett kérvények figyelembevételre nem számíthatnak.

Megjegyzem, hogy a mennyiben az 1883 : I. t.-cz. 9. §-ának II. részében meghatározott minősítésű pályázók nem jelentkeznének, az egyévi gyakorlatra utasított, esetleg szigorló orvosoknak a fenti határidőig benyujtott kérvényei esetleg szintén figyelembe fognak vétetni.

Szabadkán, 1911. évi augusztus hó 4-én.

Biró Károly dr. s. k., polgármester.

3295/1911. sz.

A Kistelek községben újonnan rendszeresített második **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek. Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket, valamint esetleges eddigi gyakorlatukat igazoló okmányaikkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám **szeptember hó 15.-éig** nyujtsák be.

Az állás javadalmazása: 1400 korona törzsfizetés és 600 korona lakbér.

Megjegyzem, hogy ezen 9201 lelket számláló községben magánorvos letelepedve nincsen.

A választás napját a pályázati határidő lejárta után fogom kitűzni.

Kiskundorozsma, 1911. évi augusztus hó 14.-én.

Gyárfás, főszolgabiró.

3296/1911. sz.

Az újonnan rendszeresített pusztamérgesi **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek. Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket igazoló okmányaikkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám **szeptember hó 15.-éig** nyujtsák be.

A kör áll: Pusztamérges és Öttömös kisközségekből; az orvosi székhely megállapítása most van folyamatban.

Az orvos évi javadalmazása 1600 korona törzsfizetés és 600 korona lakbér.

A körben orvos letelepedve nincsen.

Tekintve, hogy gyógytár sincs, a megválasztandó minden valószínűség szerint meg fogja kapni a vármegyei alispán úrtól a kézi gyógytár felállítására szóló jogosítványt.

Ugyancsak valószínű, hogy a kerületi munkásbiztosító pénztár is megbízza tagjainak gyógykezelésével.

A választás napját a pályázati határidő lejárta után fogom megállapítani.

Kiskundorozsma, 1911 évi augusztus hó 14.-én.

Gyárfás, főszolgabiró.

3294/1911. sz.

Algyő községben újonnan rendszeresített **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek. Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket igazoló okmányaikkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám **szeptember hó 15.-éig** nyujtsák be.

Az állás javadalmazása 1600 korona törzsfizetés és 600 korona lakbér.

Megjegyzem, hogy a törvényhatóság által történt egészségügyi beosztás szerint ezen 3115 lelket számláló községhez tartozik még Sövényháza községből a Farki rét és Farki major, továbbá a vasúti töltéstől Algyő község felé eső része. A községben és ezen részen orvos letelepedve nincsen, sem pedig gyógyszertár nincs. Igy a megválasztandó minden valószínűség szerint megkapja a vármegyei alispán úrtól a kézi gyógytár felállítására szóló jogosítványt.

Nemkülönben valószínű, hogy a kerületi munkásbiztosító pénztár is meg fogja bízni tagjainak gyógykezelésével.

A választást a pályázati határidő leteltével fogom kitűzni.

Kiskundorozsma, 1911. évi augusztus hó 14.-én.

Gyárfás, főszolgabiró.