

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hógyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Vidakovich Kamill: Közlés a kir. magy. Ferencz József tud.-egyetem sebészeti klinikájáról Kolozsvárt. (Igazgató: Makara Lajos dr., egyetemi tanár.) A végbélelőés okairól és a húgyhólyag és hasprés befolyásáról a végbélelőés létrejövésében. 79. lap.

Dörner Dezső: Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem orr- és gégeorvostani klinikájáról. (Igazgató: Ónodi A. dr., egyetemi tanár.) Az agypunctiókra vonatkozó kísérletes vizsgálatok. 82. lap.

Pólya Jenő: Közlemény a szent István-kórház III. sebészeti osztályáról. A duodenalis fekélyről. 86. lap.

Pach Henrik: Mechanikai nyomás okozta izomsorvadások. 90. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Gustav Baar: Die Indikanurie. — Új könyvek. — *Lapszemle. Gyógyszerlan. Scabosan.* — E. Fischer és G. Klemperer: Elarson. — *Belorvosan. Boas:* Folliculin. — *Etienne:* A szív erejének vizsgálata. — *Idegkörtan. Oppenheim:* A világrahozott agyvelődaganatok klinikai sajátosságai. — *Gyermekorvosan. Vogt:* Bélhurutos, mesterségesen táplált csecsemők sikeres kezelésének előmozdítása. — *Húgyszervi betegségek. Bachrach:* Hólyagdaganatoknak magas feszültségű áramokkal történt endovesicalis gyógyítása. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Percy:* Bright-kór. — *Arnozan és Cartes:* Typhus abdominalis. — *Weissenberg:* Fülzúgás. — *R. Müller:* Malum perforans. 91—92. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja — Budapesti orvosi ujság. 92. lap.

Vegyes hírek. 93. lap.

Tudományos társulatok. 94—98. lap

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a kolozsvári kir. magy. Ferencz József tud.-egyetem sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Makara Lajos dr., egyetemi tanár.)

A végbélelőés okairól és a húgyhólyag és hasprés befolyásáról a végbélelőés létrejövésére.

Írta: Vidakovich Kamill dr., I. tanársegéd.

1. Kóroktani elméletek.

Alig ismerünk elváltozást az emberi szervezetben, melynek létrejöttéről változatosabb felfogások keletkeztek volna, sőt uralkodnának még ma is, mint a végbélelőés keletkezéséről valók; és alig ismerünk betegséget, melynek műtéti kezelésében annyi eljárás állana rendelkezésünkre, mint ebben a bajban. A nagyszámú elmélet keletkezésének okát két körülményben kell keresnünk: egyrészt tarthatatlannak, ki nem elégitőnek bizonyultak a kutatás és tapasztalat újabb felderített tényei magyarázatában, másrészt nem bírtak elég szilárd alapot szolgáltatni a recidiva ellen állandó sikert biztosító műtétek felépítéséhez. Különösen ez utóbbi tekintetben szerzett csalódások adták az impulsust és directívát is a további kutatásokra. S ha végigtekintünk a kutatók fáradságos munkájának hosszú, ma már évtizedekre terjedő lefolyására, be kell vallanunk, hogy ma sincsen egységes, mindenki által elfogadott elméletünk, hanem vannak ezek mellett izoláltan álló nézetek, tapasztalatok és experimentalis eredmények, melyek között azonban hiányzik az összekötő kapocs. Ezeket mint kóroktani adatokat három osztályba sorozhatjuk:

Először olyanokra, melyek a baj okát a Douglas-féle redő mély állásában keresik;

másodszor olyanokra, melyek a medenczefeneket alkotó képletek gyöngeségében látják a kifejlődés főokát;

és *harmadszor* olyanokra, melyek a végbél függesztő készülékének elégtelen voltában (insufficienciájában) vélik az előésés létrejövésének pathogenetikai momentumát felismerni (A. Bauer).

Ezen szervi elváltozásokhoz csatlakoznak a végbélnek gyuladások által okozott elváltozásai, továbbá bizonyos segítő momentumok, a melynek elsősorban a hasprés működése és szomszédos szervek működésének befolyásoló hatása (húgyhólyag). Dolgozatom második felében éppen ezeknek befolyását igyekszem részletezni,

Maguknak az elméleteknek a fenti három osztályba való sorozása helyett érdekesebbnek látszik azokat keletkezésük történeti sorrendjében taglalni, mert ilyen formában való tárgyalásuk jobban mutatja az egyesek közötti kapcsolatot és megfogalmazásuk indító okait, a mi egyben tanulságosabb is, mint amúgy csoportosított felemlítésük.

Az első elmélet, mely általános elfogadásra talált és mely igen sokáig fentartotta magát, *Esmarch* elmélete volt.

E szerint a prolapsus recti és prolapsus mucosae ani között csak fokozatbeli különbség áll fenn. Létrejöttüket a következőképpen magyarázza: Minden fokozott erőlködéssel járó végbélbaj adott körülmények között az analis nyálkahártya előésésére vezethet azáltal, hogy a végbél egyes rétegei az alapbántalom — rendszeren gyuladás — okozta vízenyő által fellazulnak. E fellazulás eredménye a nyálkahártya leválása az izomrétegről, mely az erőlködéseknek engedve, a végbélnyíláson keresztül kinyomul. A mozgékony nyálkahártya előésése mind nagyobb mérvet ölt és bizonyos fokon túl maga után vonzolja a szintén mobilissá vált izomréteget is. Klinikailag a folyamat, mint egyáltalában a végbélelőés képe, eleinte csakis az első végbélfal előésésében nyilvánul; ha azonban az inger elég erős és az erőlködések elég tartós, megnyúlhatik a végbélet hátulról rögzítő szövetemeg is és így a rectum teljes egészében eshetik elő. A leszálló végbélet követik egyéb hasi szervek is, rendszeren vékonybelek, melyek eleinte csak a kis medenczébe, később

mind mélyebbre süllyedve a kitágult és elégtelen záróizmon keresztül, a rectum fala alkotta tömlőben akár a végbélnyílás elé is kerülhetnek.

Mai ismereteink és felfogásunk szerint a vázolt kórképekben a prolapsus mucosae ani, a prolapsus recti és a hedrocele (hernia perinealis medialis *Waldeyer*) kóralakjait ismerjük fel. Ezekben *Esmarch* lényegileg csak fokozatbeli különbséget látott s nem választotta el tőlük a coloninaginatiót sem, melynek — mint tudjuk — csak megjelenésében van hasonlatossága az előbbeniékkal, míg úgy keletkezésében, mint kórboncolástani szempontból teljesen különálló kórképnek tekintendő. Eme három, a végbélfal egyes vagy összes részeinek helyváltoztatásával járó pathologiai folyamatot foglalja össze *Esmarch* a „végbélelőésés“ gyűjtőfogalma alá.

Szerinte tehát a minket érdeklő végbéleszállás kifejlődésében két momentum játszsza a főszerepet: az egyik a végbél alsó részének gyuladással vizenyőn alapuló fellazulása, a másik a hasprés fokozott működése, melynek okát viszont a végbélnek vagy hólyagnak fokozott erőlködéseket kiváltó bántalmaiban találjuk.

Esmarch elmélete — par excellence — a betegség mellett keletkezett és valóban a klinikai tapasztalatok sok tekintetben igazat látszanak adni szerzőjének. Azonban a kórboncolástani észleletek, de még inkább az elméletre alapított műtéti eljárások sikertelensége csakhamar igazolta elméletének tarthatatlanságát. *Esmarch* felfogása hiányosnak, sőt tévesnek bizonyult; egyes megjelenéseit a végbélelőésésnek, például a hirtelen keletkező nagy prolapsusokat egyáltalában nem tudja magyarázni. A kutatásoknak tehát más alapon és más irányban kellett megindulniok, s ez meg is történt az oknyomozó pathogenetika két modernebb útján: a bonczolástani és fejlődéstani úton.

Jeannel, *Waldeyer* és *Ludloff* említendő az újabb felfogások inventiosus előharczosaként, kiknek úttörő munkája nyomán a kutatók egész serege igyekezett különböző felfogásaival a végbéleszállás kórtanába bevilágítani.

Jeannel és *Verneuil*, ellentétben *Esmarch*-hal, nem a végbél legalsóbb részeinek gyöngeségében, hanem a magasabban fekvő okokban látja a leszállást megindító főmomentumokat. Szerintük a végbéleszállás igazi oka a rectum függesztő készülékének insufficiens voltában keresendő, vagyis nem a diarrhoea és az avval járó elváltozásai az analis résznek, hanem inkább az obstipatióval járó erőlködések hozzák létre a végbél medenczebeli részének leszállását. Nem a nyálkahártya előesése az elsődleges, hanem a végbél lefelé nyomulása és felül való meglazulása az, a mi a nyálkahártyát maga előtt a végbélnyíláson keresztül kitolja. A végbél lefelé nyomulása hedrocelel indul meg, A prolapsus recti a prolapsus mucosae anitól élesen el kell választani és egyenként mint teljesen különálló folyamatokat felfogni, és lényegbe vágó tévedés őket csak egy és ugyanazon baj fokozatbeli különbözőzeteinek tekinteni.

Ez elmélet, bár sokkal közelebb áll mai felfogásunkhoz, még nagyon is nélkülözte azon meggyőző érvelő erőt, melylyel az experimentum vagy kórboncolástani készítmény bír. Kórboncoláskor ugyan mindig megtalálható a végbél függesztőinek megnyúlása, de igen nehéz megmondani azt, vajjon ezen elváltozás oka, avagy csak következménye-e a prolapsusnak.

Bonczolástani és fejlődéstani alapon kutatva a végbéleszállást előmozdító körülményeket, *Waldeyer* a plica transversalis (*Douglasii*) rendellenes mély állásában vélte felfedezni azon praedisponáló momentumot, mely a későbbi előeséshez vezethet. Szerinte az excavatio rectouterina vagy excavatio rectovesicalis néha oly mélységgel bír, hogy az azt lefelé elhatároló plica *Douglasii* mélyen a hólyag vagy a méh mögé és a végbélnyíláshoz közel kerül. Az ilyen medencze más hiányokat is mutat, még pedig hiányzik neki az alapját kitöltő kötőszövet és zsírtömege is. A *Douglas*-ür szokatlan mélysége megadja a vékonybeleknek a lehetőséget, hogy abba besüllyedhessenek és a medencze fenekén elhelyezkedve,

tömegükkel mintegy per continuitatem közvetítsék a hasprés teljes erejét a végbél alsó részére. Ez által a végbél elülső fala részleges betűrést szenved és ha annak ellentálló képessége kisebb a felülről reáható erőnél, teljes egészében kifordulva a végbélnyíláson keresztül ki is nyomulhat. Az így kifordult végbél oly sérvet alkot, melynek tömlője a végbél fala (rendesen az elülső) a belső hashártyabéléssel, kapuja a végbélnyílás, tartalma vékonybelek vagy más hasi szervek is. Helye és jellege szerint ezen sérvet hernia perinealis medialisnak lehet nevezni. E felfogás helyességét későbbben teljesen beigazolták *Napalkow* és *Beresnegowszky* kísérletei is, melyekről későbbben lesz szó.

Az egyszerűen elméleti okoskodásokon felépült eddigi felfogásokhoz képest *Waldeyer* elmélete azért jelent oly nagy haladást, mert kézzelfogható bonczolástani és fejlődéstani leletet vesz alapul.

Szigorú bonczolástani alapon, kibővíve ennek eredményeit klinikai észleletekkel, építi fel *Ludloff* elméletét, mely a végbelet alul rögzítő tényezők gyöngeségéből magyarázza a rectum helyváltoztatató képességét. Szerinte a hashártyának az a része, mely a promontoriumtól a hólyag felé és arra ráterjed, különösebb támasztó alappal nem bír s a hasprés hatása alatt állandóan le- és hátrafelé kénytelen kitéréseket végezni. Ezen mozgások határait bizonyos fokig három tényező bírja korlátozni, még pedig a végbélnek magának, továbbá a medenczefenek kötőszövetének és végül magának a hashártyának ellentálló ereje. Ezek szerepét *Ludloff* a következőképpen magyarázza.

A végbél nem tekinthető csak egyszerűen hártás csőnek, hanem erős izomfallal bíró tömlőnek, mely éppen akkor, midőn a medenczefenek a hasprés egyidejű működése mellett megnyílik — tehát a defaecatio alkalmával — erős összehúzódásba kerül. Ezen összehúzódása által olyan ellentálló képletté válik, mely a medencze kimenetén a záróizom ellazulása által keletkezett nyílásba való tolulástól a felette lévő képleteket megakadályozni bírja. A végbél körüli kötőszövet tömött voltánál fogva a zsírszövettel együtt nagy ellentállással bíró támaszkodási alap a végbél számára. A hashártya e részének ellentálló erejét nagyban fokozza annak sajátos szerkezete; itt ugyanis a hashártya sokkal vastagabb, merevebb és rostosabb.

Prolapsusban szenvedőkön e három védelmi tényező gyöngültnek bizonyul, még pedig a végbél fala részben gyuladással alapon, részben pedig a hosszantartó obstipatio folytán sorvadt, fellazult, izomzata paresises; a medenczefenek zsír- és kötőszövetömege — minthogy a végbélelőésésben szenvedők rendesen vagy fejletlen, beteges gyermekek, vagy idősebb, elgyengült asszonyok — meg van fogyva; a hashártya gyöngeségére pedig az a körülmény vall, hogy prolapsusos egyéneken egyidejűleg rendesen még más diastasisokat és herniákat is találunk. Mind e tényezők jelentőségét fokozni látszik még azon körülmény is, hogy prolapsusok leginkább oly egyéneken észlelhetők, kik a rosszul táplálkozó és nehéz munkát végző alsó néposztályhoz tartoznak. Könnyen érthető, hogy ily viszonyok mellett a hasprés nyomása alatt a medenczefenek kitérései rendellenesen nagyok lehetnek. Ezeket követi elsősorban az a része a medencze alsó kimenete felett elhelyezett végbélnek, mely a leggyengébb védelmi alapul bír, ez pedig a végbél elülső fala. Ennek előnyomulását nagyon megkönnyíti a végbélnek a prostata magasságában harántul elhelyezett plica transversalisnak (*Houstron*) nevezett nyálkahártyaredője, mely a felülről reáható nyomásra éppen úgy fordul be, mint az ileoocaecalis billentyű a vékonybél invaginációjakor a vastagbélbe. Ennek foka szerint megkülönböztetjük a tiszta hernia perinealis medialis és a totalis prolapsust. A kettőtől élesen elválasztandó a csak nyálkahártya-előesésen alapuló prolapsus mucosae ani.

Az új felfogások jelentékeny reformot teremtettek a végbélelőésés operatív kezelésében is. *Esmarch* elméletének megoldásával kimúltak azon műtéti eljárások is, melyek ugyan csak a végbél alsó részének nyálkahártyájára vagy annak egész vastagságára terjedő szűkítésben állottak. A czélba vett új

műteti hely az új elméleteknek és tapasztalatoknak megfelelően a végbél magasabb része lett; az új törekvések ennek megszilárdítását, a bél felfüggesztését és a Douglas-ür eltüntetésével a plica Douglasii feljebbemelését célozták. Ily módon, bár a beavatkozások az előbbiekhez képest sokkal súlyosabb természetűvé váltak, oly eredményeket értek el, melyekkel az *Esmarch*-féle felfogásra alapított eljárások sikerei nem versenyezhettek. De bármennyire jobbak voltak is ezek, a sebészeket sok esetben épp oly kevésbé elégitették ki, mint a betegeket. A legkomplikáltabb beavatkozások dacára is beálló visszaesések gondolkodóba ejtették a sebészeket és arra készítették őket, hogy a prolapsus recti keletkezési viszonyait sokkal szövevényesebbnek tekintsek, mint eddig gondolták.

És valóban, ha a medence kimenetét szemügyre vesszük, nem kerülheti el figyelmünket az a sok, a végbélhez tartozó vagy vele szoros összefüggésben lévő képlet, melyeknek *Hoffmann* a végbélelőesés keletkezésében a medencefenék gyöngeségének elnevezése alatt oly nagy fontosságot tulajdonít. Számos izom, mint a musculus levator ani, a musculus coccygeus, a musculus transversus perinei prof. et superficialis és a musculus sphincter ani, erős bonyók, mint a fascia endopelvina, továbbá a kereszt- és farkcsíkcsont okozta vájulat, mind olyan tényezők, melyek a medence alsó kimenetének megerősítésében és a végbél rögzítésében részt vehetnek. Ezeknek tekintetbevétele a végbélleszállás létrejötteléről számos új nézet keletkezett, melyek egymástól a szerint különböznek, a mint az említett tényezők egyikének vagy másikának tulajdonítanak nagyobb fontosságot.

Igy *Hartmann* azon tapasztalata alapján, hogy a prolapsus recti leginkább gyengén fejlett rachitises gyermekek betegsége, azt hiszi, hogy az angolkorral járó izomgyöngeség — főleg a musculus levator ani satnya volta — a végbél rendellenes mozgékonyosságának és leszállásának főoka. Nézetét megerősíteni látszik az a tény, hogy az angolkor javulásával, illetve gyógyulásával egyidejűleg a végbélleszállás is az esetek nagy számában meggyógyul. E felfogás azonban nem magyarázza a felnőttek prolapsusának keletkezését. Hasonló nézetet vall *Cumston* is.

Sonnenschein, *Freund* adataira támaszkodva, bizonyos infantilismusban keresi a baj okát, mely a medencefenéket alkotó képletek gyöngeségén kívül a plica Douglasii mély elhelyeződésében is nyilvánul. Tehát majdnem ugyanazt állítja, mint *Waldeyer* és *Ludloff*. Ilyen infantilis medencében a plica Douglasii lényegesen a portio magasságán alul található. Ezeket tekinti az igen nagy prolapsusra hajlamos egyéneknek. Az egyén fejlődésével és megerősödésével a plica is feljebb kerül és a prolapsus magától meggyógyulhat.

Weber végbélleszállásban szenvedők medenczebéli viszonyait tanulmányozva, a következő elváltozásokra tesz figyelmessé: a végbél fala nagyfokú sorvadást mutat, felfüggesztő készüléke megnyúlt, különösen a musculus levator ani és a záróizom meggyöngült, sorvadt, a zsírszövet megfogyott, a hashártya szerfelett mozgékony és megnyúlt. Bár adott esetben nehéz megmondani, hogy az elváltozások közül melyek az elsődlegesek és melyek következményesek, mégis azt hiszi, hogy a hydrocele kifejlődése megelőzi a függesztő készülék megnyúlását.

Miserocchi a végbél falának és a musculus sphincternek tonusvesztésében véli a prolapsus primaer elváltozásait megtalálni.

A legújabb elméletek közül különösen *Hoffmann*-é tűnik ki eredetisége által. Szerinte az általa pontosan körülírt medencefenék gyöngeségében kell a betegség legfőbb kóroktani tényezőjét keresnünk. A túlmély plica Douglasii csak egyik részjelensége e gyöngeségnek, mely vagy rendellenes fejlődési alapon áll fenn, vagy kimerülés és sorvadás útján jön létre. Utóbbi esetekben a hasprés, a hasprés fokozott és tartós igénybevétele, angolkor és rossz táplálkozási viszonyok okolandók előmozdító tényezőkként. Magának a végbélleszállásnak kifejlődését következőképpen magyarázza: A medencefenék a hasprés fokozott igénybevétele folytán állan-

dóan nagyfokú kitéréseket lévén kénytelen végezni, rendellenesen megnyúlik; ugyanezen mechanizmus kitágítja a végbél záróizmát is, mely végre is elégtelenné válván a belülről ható erővel szemben, a végbél elnyomulását nem bírja többé megakadályozni. A végbél maga az erő irányában akadályt nem találván, szintén mindjobban megnyúlik és környezetében meglazul. A rectum e helyváltozását nagyban előmozdítja ama, fejletlen gyermekeken sokszor található körülmény, hogy a keresztcsont a farkcsíkcsonttal nem alkot oly vályút, mely a végbélet befogadhatná, hanem meredeken leeső sima lejtőt alkot, melyen a végbél a hasprés hatása alatt mintegy lecsúszik. Hasonló szerepe van azon körülménynek is, hogy a végbélnyílás ilyen gyengén fejlett gyermekeken igen közel található a farkcsíkcsont végéhez, ezáltal a végbél alsó része inkább meredeken álló egyenes csövű lesz, melynek hossz tengelye a hasprés erejének irányába esik.

Felfogását *Hoffmann* azon tapasztalatai igazolják, hogy a *Kraske*-féle műtét után, melylyel tudvalevőleg a végbél támasztó készülékének legfontosabb tényezőit eltávolítjuk, idővel majdnem szükségszerűen bekövetkezik a végbél előesése. Ezzel ellentétben még igen nagyfokú gátrepedések mellett is ritka a prolapsus recti. Ha azonban a *Kraske*-féle műtét után a végbélcsontot úgy látjuk el, hogy nyálkahártyáját nem egyesítjük a bőr szélével, hanem csak befektetjük a műteti sebbe, akkor oly heges gyűrű képződik a medencefenéken, mely a physiologiai támasztó készüléket annyira pótolni bírja, hogy prolapsus nem fejlődik ki. Ezen alapon a medencefenékét erősítő oly műteti eljárást gondolt ki, melynek eredményei, szemben a többi eljárás eredményeivel, sokkal kedvezőbbnek tekinthetők.

Napalkow és *Beresnegowszky* kísérletei teljesen beigazolták *Hoffmann* felfogását. Ők gyermekhullák mellüregét gipszzsel kitöltötték, majd a hasüregbe a szöveteket lassan megkeményítő oldatot (híg formaldehydet) préselték be nagy nyomással, addig, míg prolapsus tünetei jelentkeztek. Kísérleteik folyamán azt tapasztalták, hogy prolapsus mindig csak akkor jön létre, ha a *Douglas*-redő a farkcsíkcsont végén túl került, vagyis mikor a keresztcsont-farkcsíkcsont vájulatát elhagyta és ezáltal az ezen csontok által alkotott kemény ellentálló támasz megszűnt. Természetes, hogy minél mélyebben van a *Douglas*-redő elhelyezve és minél közelebb esik a végbélnyílás a farkcsíkcsont végéhez, annál hamarabb, vagyis annál kisebb erő mellett fog prolapsus bekövetkezni. Ezen eshetőség főleg gyermekeken áll fenn, kikben a *Douglas*-féle haránt hashártyaredő amúgy is mélyebben van, mint felnőttekben. (*Traeger*, *Zuckerlandl* és mások.)

Hochenegg ama tapasztalata alapján, hogy a végbél záróizmának átmetszése majdnem sohasem, ellenben a musculus levator ani sérülése, azt lehet mondani, következetesen végbélelőeséssel jár, azt a nézetet vallja, hogy egyéb tényezők mellett főleg az utóbbi izom gyöngesége, elégtelen volta a végbélelőesés főköroka. A prolapsus keletkezését pedig — ezen az alapon — úgy magyarázza, hogy a hosszantartó obstipatio a végbél ampullaris részének állandó teltségét okozza, az itt felhalmozódott bélsártömeg reánehedvén a diaphragma pelvisre, azt hol nyújtja, hol nyomja; ezáltal a musculus levator recti egyes rostjai sorvadást szenvednek, a végbél függesztő készüléke pedig megnyúlik és idővel a végbél megtartására elégtelenné válik. Ennek viszont az a következménye, hogy a végbél a reáható erő irányában, tehát a végbélnyílás felé le fog szállani.

Hochenegg felfogásának helyességét igazolják *Ludloff* és *Napalkow* vizsgálatai is. A nevezett szerzők ugyanis megvizsgálták végbélelőesésben szenvedők musculus levator recti-jét mikroszkopailag és azt találták, hogy ezen izom nagyfokú sorvadást és az izomrostok között nagyfokú kötőszöveti szaporodást mutat.

Íme, ez csupán a legfontosabb elméletek és nézetek sorozata, mely legjobban igazolja, hogy egységes felfogás a végbélelőesés okairól még manapság sincs. Találón mondja *A. Bauer*, hogy mindegyikben van valami igaz, a miért csak általánosságban csatlakozik ezekhez, felállítván a

kórokokra nézve a bevezetésben adott beosztást, melyekhez még a haspréssel való visszaélést és a végbélnek pathológiai alapokon fennálló elváltozásait sorozza mellékokokként. Utóbbiak közül a végbél gyuladással elváltozásainak juttat megint nagyobb szerepet és ezzel ismét visszatér — legalább részben — az *Esmarch*-féle elmélethez.

Való az, hogy a kórokokat két csoportba kell osztanunk. Szervi elváltozásokon alapuló direct okokra, vagyis olyanokra, melyek a végbél függelékeinek vagy a medenczefeneknek fejlődésbeli rendellenességeiben, defectusában, gyöngeségében vagy pathológiai elváltozásaiban rejlenek, és másodsorú segítő momentumokra, melyek állandóan fennállanak vagy kóros állapotok mellett erősebben hatnak. Utóbbiakhoz sorozzuk a hasprés működését és a szomszédos szervek működésének befolyását (hólyag) a végbél alsó részére.

Ha ily szempontból tekintjük a prolapsus rectit, még pedig egyrészt keletkezését és klinikai megjelenését, másrészt kórbonczolástani képét, nem tagadhatjuk, hogy nagy hasonlóságot mutat a belső szerveknek előeséssel járó bántalmaival, vagyis a sérvekkel. Kóroktani szempontból közös alapjuk szembeötlő. A sérvekben szerepelnek bizonyos szervi elváltozások, ilyen a *hasfal diastasisa*, mely vagy mint fejlődési rendellenesség, gyöngeségi vagy sorvadással állapot, vagy erőművelig előidézett hiányosság áll fenn, továbbá *más fejlődési rendellenességek*, mint a *processus vaginalis peritonei* nyitva maradása; és végül segítő *momentumként* a belső nyomás. Prolapsus recti eseteiben ugyanezen tényezőknek megfelelő elváltozások, okok találhatók a végbél függesztő készülékében, a medenczefenekben, a gáton és magában a végbélben is. Ezek felismerhetők a végbél nagyobb mozgékony-ságában és a többi képlet gyöngeségében, elégtelenségében. Megtalálhatjuk továbbá a nyitva maradt *processus vaginalis peritonei* jelentőségével bíró fejlődési rendellenességet is: a *plica peritonei transversalis (Douglasii)* mély állásában; és végül segítő tényezőként — éppúgy, mint előbb — a hasprésnek e képletekkel szemben túlerős működését. De kórbonczolástani szempontból is megtaláljuk az analog képleteket mindkét bajban egyaránt. A sérvkaput prolapsus recti esetén eleinte annak elülső fala alkotja, később, midőn az előesés teljes, a végbélnyílás. Sérvtömlőként szerepel a hashártyával bélelt végbélfal; a sérvtartalmat alkotják a vékonybelek vagy más hasi szervek, a méh és függelékei, a hólyag is. Így fogván fel a végbélelőesést, ez oly sérvnek tekintendő, mely a gát közepén hagyja el a hasüreget, miért is „*hernia perinealis medialis*”-nak nevezte el *Waldeyer*. Ezen sérv keletkezésében éppúgy, mint a többi sérv létrejövésében mindama kórokok szerepelnek és veendő figyelembe, melyeket egyáltalában ismerünk, sőt még komplikáltabbá válik a helyzet itt, mert az elsődleges sérvkapu — a végbél elülső fala — szemünk elől el van rejtve és ennek környezetét nemcsak a hiányos hasfal alkotja, hanem oly helye a medencze alsó elhatárolódásának, melynek alkotásában több szerv és képlet vesz részt. Hogy a tisztánlátás itt inkább meg van nehezítve, annak főleg két oka van, egyrészt, mert a kórbonczolástani lelet alapján nem különböztethetjük meg az oki elváltozásokat a következményektől, és másrészt, mert ha valamely esetben a praedisponálóknak vélt elváltozásokat megtaláljuk is, mégsem tudjuk eldönteni, vajjon az illető egyén kapott volna-e később prolapsust, vagy sem. Hiszen sokszor találunk ilyeneket a nélkül, hogy prolapsus volna jelen, és megtaláljuk a kiméletet nem ismerő osztály beteges egyénein is a nélkül, hogy kedvezőtlen körülmények között valaha is lett volna előesésük. Ilyen elváltozásokat sokszor láttam, főleg élő phthisiseseken, valamint phthisisesek hulláján. Legjobban tudná megvilágítani a helyzetet kezdődő prolapsusban szenvedett egyén hullája, ilyen bonczolásiiletről azonban sehol sem találtam említést.

Ha tehát a kérdés ilyen nehezen megoldhatónak látszik azt hiszem, nem hiábavaló egyetlen olyan törekvés sem, mely a végbélelőesés létrejövésében szerepet játszó bármely ható ok felismerésével és szerepének felderítésével foglalkozik. Ilyen szerepet kell a prolapsus kóroktanában a húgyhólyag befolyásának is tulajdonítanunk és azért a továbbiakban róla akarok

rövidesen megemlékezni mint olyan szervről, melynek működése a végbél működésével oly sokféle vonatkozásban van. Ily szempontból akarok továbbá rámutatni azon körülményekre is, melyek fennállása mellett a hasprésnek akár rendes, akár kórosan fokozott igénybevétele a végbélelőesés kifejlődésére vagy annak ismételtől újból előállítására különös befolyással bír.

(Folytatása következik.)

Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem orr- és gégeorvostani klinikájáról. (Igazgató: Onodi A. dr., egyetemi tanár.)

Az agypunctiókra vonatkozó kísérletes vizsgálatok.

Irtta: *Dörner Dezső* dr. operateur, klinikai gyakornok.

Az orrmelléküregek genyedésének szövödményei közül a koponyaürbeliek a legsúlyosabbak. Ezen szövödmények lehetnek: extraduralis abscessusok, sinus-thrombosisok, az agyhártyáknak gyuladása, tályogok az agyban.

Hogy az irodalomban csak kevés nasalis eredetű koponyaürbeli complicatiót találunk, ez csak annak a következménye, hogy azelőtt a bonczolások alkalmával a melléküregek megvizsgálását igen gyakran elmulasztották és csak az utolsó években, a midőn a bonczolási technika mind jobban és jobban fejlődött és az orr melléküregeinek makroszkopi és mikroszkopi vizsgálatát pontosabban végezték, vált ismeretessé mind több és több olyan eset, a mely biztosan nasalis eredetű volt.

A koponyaürbeli szövödmények háromféle úton keletkezhetnek:

- I. szövetcontinuitás útján,
- II. a vérerek útján,
- III. a nyirokutak útján.

I. A mi a szövödmények keletkezését illeti, az infectio a melléküregekből a koponyaüregbe leggyakrabban a szövetcontinuitás útján halad. Ha az infectio ezen az úton halad, akkor alig találunk makroszkopi vagy mikroszkopi elváltozást. *Hajak*¹ szerint a koponyaürbeli complicatio szövetcontinuitás útján úgy jön létre, hogy először a melléküreg nyálkahártyája genyed el, subperiostalis abscessus keletkezik, ennek következményeképpen nekrotizál a csont és az így nekrotizált és pyogen bacteriumok által átszótt csont extraduralis abscessus okozójává válik, a melyből azután meningitis, sinusthrombosis vagy agytályog jöhet létre. Gyakran a csont destructioja nem jön létre, csak a durán és a felette levő csontnak színeváltozása van jelen. *Kuhnt* szerint ezen elváltozás azon vena-anastomosisok következménye, melyek a melléküregek és a dura között fennállanak. Az anastomizáló vénák thrombotizálnak és egy, mondhatni, metastasisos tályog keletkezik, a nélkül, hogy a csonton nagyobb elváltozás volna észlelhető.

II. A vérerek útján a koponyaürbeli szövödmények úgy jönnek létre, hogy a melléküregek nyálkahártyájából kivezető vénákban thrombus képződik, ezen thrombosis azután a koponyaüregbeli venarendszerben tovább halad és ott vagy sinusthrombosis, vagy a thrombus szétesése következtében tályogokat okoz.

III. Az infectio harmadik útját a nyirokutak alkotják. A megejtett vizsgálatok beigazolták, hogy a melléküregek, különösen a rostacsontsejtek a koponyaüreggel sokszoros összefüggésben állanak a nyirokutak útján.

Tudva azt, hogy a nyirokutak útján a szervezet más részeiben is az infectio rendkívül gyorsan halad, feltehető, hogy a melléküregekből kiinduló nyirokutak az infectiónak a koponyaüregbe való irányításában nagyban közrejártsanak és ha ezt kórszövettanilag kimutatni nem is sikerült, a talált sokszoros anastomosisok mégis igazolni látszanak ezt.

*Miodowsky*² fölveti azon kérdést, miért keletkezik egyik esetben extraduralis abscessus, más esetben meningitis, a harmadik esetben agytályog stb. s egyszerűen magyarázatot

is nyújt, a mennyiben azon nézetének ad kifejezést, hogy a különböző complicatiók a bacteriumok virulentiájától s ezzel kapcsolatban az infectiónak gyors progrediálásától függenek. Véleménye az, hogy ha az infectio súlyos és gyorsan halad előre, általános meningitis keletkezik; ha azonban gyöngé, úgy hogy csak lassan nyomulhat előre, körülírt gyuladást okozza a durának és a lágy burkoknak. Az arachnoidealis zsák ezáltal elzáródik, úgy hogy az infectio az arachnoidealis zsák elkerülésével jut az agyba. *Neumann*³ azt mondja, hogy a complicatiók két tényezőtől függenek; az egyik a bacteriumok virulentiája, a másik az infectio útja. Gyöngé virulencia esetén először adhaesiók keletkeznek és csak így nyomul előre az infectio; erős virulencia esetében azonban előre nyomul már, mielőtt még összenövésük jöhetne létre. A mi a második tényezőt illeti, a folyamat a következő: ha az infectio praeformált utakon halad tovább, gyorsan jut be az arachnoidealis zsákba, ha azonban lassan halad, pl. csontokon keresztül. akkor először kistökü izgalmat okoz, a mely az agyhártyákat összetapasztja és csak úgy hatol az összetapasztott helyen keresztül az agyvelőbe.

Az agytályog keletkezésének theoriája adta meg az impulsust arra, hogy oly eljárás után kutassunk, a mely lehetővé teszi, hogy az agytályogok orvoslása (punctio) másodlagos infectio elkerülésével legyen eszközölhető; ezen másodlagos infectio ugyan nem túlgyakori, de feltétlenül igen súlyos szövődmény.

Az agyvelő az a szerv, a melyet hosszú időn keresztül érinthetetlennek tartottak. A sebészet már rég szép eredményeket ért el, a mikor még senkisémet mert az agyvelőhöz hozzányúlani. *Dupuytren*⁴ volt az első, a kinek bátorsága volt az agyvelőbe belevágni, hogy az ott levő tályogból a genyet kibocsássa és ott, mint másutt is a szervezetben, granulatiók által gyors és biztos gyógyulást érjen el. Kísérlete azonban nem hatott biztatólag, mert betegek nem sokára a műtét után meghalt. Azon jó eredmények, a melyeket koponyatörések eseteiben észleltek, a midőn a szétzúzott csontszilánkokat az agyból eltávolították, és azon kedvező eredmények, a melyeket az állatkísérletek szolgáltatottak, új biztatás volt az agysebészetnek. Nemsokára általánosan elterjedt az agytályogok megnyitása, sőt még a punctiót is mindenütt alkalmazták diagnostikai czélból, eleinte punctiót tűvel, majd azonban *Bergmann*⁵ ajánlatára szikével; és általánossá vált a felfogás, hogy az agypunctio teljesen veszélytelen és hogy alig van toleránsabb szerv az agyvelőnél.

És ez a nézet annál is inkább fenntartotta magát, mert a mint azt *Reinking*⁶ mondja: „Senki sem sietett rossz eredményeit közölni“. *Bergmann* és *Körner*⁷ hosszú évi tapasztalatai bebizonyították azonban, hogy az agypunctio nem olyan ártatlan eljárás, a mint azt általában hiszik, hanem sok veszélylyel jár, és ajánlják, hogy a sebészek az agypunctiók végzését diagnostikai czélból lehetőleg korlátozzák. *Reinking* az agypunctio alkalmával előforduló veszélyeket a következőképpen csoportosítja:

1. Az agykéreg állománya ganglionsejtjeinek és fehér állomány rostkötegeinek sérülése,

2. a nagy centralis dúcok sérülése,

3. az oldalkamarák sérülése,

4. nagyobb vérerek sérülése,

5. virulens csírák széthordása és

6. agyprolapsus keletkezése.

1. Az agykéreg állományának és rostkötegeinek sérülése, a mint az már gyakran bebizonyosodott, nem hoz nagy veszélyt. A betegek igen jól tűrik, különösen ha a punctio vékony tűvel történik. *Stokers*,⁸ *Botey*,⁹ *Loel*¹⁰ és mások oly eseteket közölnek, a melyekben 15—20 punctiót szúrás is történt és hogyha zavarok létre is jöttek, azok nem voltak jelentékenyek, hamar megszűntek, úgy hogy ezek minden valószínűség szerint nem a ganglion-sejtek sérülése okozta zavar, mint inkább izgalmi stadium és sensorius zavar következményei voltak. Az általam leírandó kísérletek és más egyéb a klinikán végzett állatkísérletek ugyancsak ezt bizonyítják. Különösen egyszerű szúrások punctiót tűvel, de

késsel való metszések is, a kéregállományban kutyákon csak egész kistökü hőmérsékletváltozásokat, csekély izgalmi jelenségeket, esetleg paresiseket okoztak, melyek azonban rövid időn belül eltűntek.

2. A nagy centralis ganglionok sérülését illetőleg csak annyit mondunk, hogy azokat könnyen elkerülhetjük, ha a punctio alkalmával az *Onodi*¹¹ tanár által tatált pontos méretekhez alkalmazkodunk, a melyek a punctiót tű irányát meghatározzák.

3. Ugyanígy áll a dolog az oldalkamarákkal is, itt a veszély főképpen abban áll, hogy a liquornak állandó lefolyása jöhet létre; vagy, a mi még nagyobb veszedelmet jelent, hogy az infectiót az agykamarába viszzük be. A liquor lefolyása általánosságban ritkább eset, mert az út az oldalkamaráig meglehetősen hosszú és az agyállomány lágy, úgy hogy a punctiót út az állományok egymáshoz való fekvése által elzáródik. Nagy agynyomás esetén azonban előfordulhat ez is. Nagy a veszedelem akkor, ha infectiosus csírákat viszzük be a kamarákba, a melyek azután ott megszaporodnak, elterjednek és általános genyes gyuladást és meningitist okozhatnak. Ez történhetik akkor, ha punctiót eszközünk az inficiált szöveten keresztül vezetjük az agyba, pl., ha a dura inficiált, vagy ha a tályogot túlhaladjuk. *Onodi* tanár szerint a nagy centralis ganglionokat és az oldalkamarákat úgy kerülhetjük el, ha punctiót eszközünk az elülső koponyagödörben a koponyaalaptól számítva 18 mm.-nél magasabban nem vezetjük az agyba és ezen magasság alatt kb. 4—5 cm.-nyire hátra és oldalt vezetjük be az eszközt. A koponyaalaptól számítva 20 mm.-nyi magasságban a tűvel csak 2—3 cm. mélységig hatolhatunk. Ha a gyrus centralis anterioron át a capsula internába akarunk behatolni, akkor eszközünkkel a koponyaalaptól 4 cm.-nyire fel- és hátrafelé és tovább a gyrus centralis anterioron a polus frontalistól 8—9—10 cm.-nyi távolságban levő területébe kell hatolnunk.

4. Sokkal nagyobb veszély fenyeget bennünket a vérerek részéről. Ezeknek megsértését sokszor nem tudjuk elkerülni. Az ezen sértések által létrejött vérzések, vérömlenyek (apoplexiás göczök) veszélyes tünetek okozóivá válhatnak. Az agyállomány kicsiny véreinek megsértése folytán kicsiny vérömlenyek keletkeznek, melyek körül az agyállomány el-lágyul. Ha most infectios csírák jutnak hozzá, kis tályogok keletkeznek. Nagyobb vérzések esetén az agynyomás erősen fokozódhatik, a mi nagyon súlyos és fenyegető veszélyt jelent; különösen ha a plexusok sérülnek meg, keletkeznek nagy vérömlenyek a kamarákban, a melyek azután igen könnyen egy másik kamarába is áterjedhetnek és rendesen halálos kimenetelűek. De nemcsak az agyállományban levő vérerek és plexusok, hanem az agy alapján található vérerek megsértése által is nagy és veszélyes vérzéseket idézhetünk elő.

5. A virulens csírák széthordása kétféle úton történhetik: kívülről befelé, vagy belülről kifelé. Az infectiónak kívülről befelé való átültetése úgy történik, hogy az inficiált agyburkokon át végezzük a punctiót és mi magunk punctiót eszközünkkel viszzük be ilyenkor az agyvelőbe. Belülről kifelé úgy történik, hogy punctiót eszközünk eltávolítása alkalmával, mely azelőtt a tályogban volt, a csírákat az agyállományba juttatjuk, vagy, a mi még nagyobb veszélyt jelent az agyburkokra, közvetlenül a subduralis zsákba. Sokszor történt meg már, hogy a punctio alkalmával nem találtak genyet, boncsoláskor azonban több tályog volt a szúrt csatorna mentén. Ezek minden valószínűség szerint az előbb leírt módon keletkeztek.

6. A prolapsus keletkezése szintén olyan veszély, a mely a punctio végzése következtében jöhet létre. Prolapsus különösen ott keletkezik, a hol a durát szélesen vágjuk fel, mint a hogyan az a késsel és pince-szel végzett punctiók esetén történik. A prolapsus néha hasznos is lehet, a mennyiben általa a belső nyomás kisebbedik, általában azonban kellemtelen és súlyos szövődményt jelent. Legjobban úgy kerülhetjük el, ha a punctiót tűvel végezzük. A kés használatakor, a mikor a dura felhasítatik, ezt újra össze kell varrni és csontlebenynyel betakarni.

A mondottak alapján a punctiók végzésekor a legnagyobb óvatossággal kell eljárunk különösen akkor, hogyha diagnostikai célból végezzük azokat, nehogy az amúgy is súlyos megbetegedést még súlyosabbá és veszélyesebbé tegyük. Hogy a punctio veszélyeit elkerüljük, *Miodowsky* azt ajánlja, hogy a punctiót az infectio útja mentén vezessük be. Ez állítólag a legrövidebb út a tályog felé. Itt az összenövés területén át hatolunk előre, a melyek a subduralis zsákokat elzárják és azokat ezáltal az infectiótól megvédik. *Körner*¹² ugyanezt mondja. *Macewen*¹³ szerint nem elegendő az, a mit nekünk a természet nyújt, és a hogyan ő azt a bordeauxi otológiai congressuson kifejtette, olyan elővigyázati szabályokat kellene létesíteni, a melyek a természetes védősánczokat megerősíteni bírják. Az agytályogok kiürítését egy serosus zsákon keresztül, a milyen az arachnoidealis is, meg kellene akadályozni, mint a hogy az echinococcus operativ eljárásakor történik. *Meier* és *Whiting* az extra- és subduralis tályogok keletkezését úgy akarja elkerülni, hogy gáz-tamponokat helyez el a dura és a csont közé; olyan eljárás ez, mely a durva geny tömegeknek behatolását megakadályozza. Hogy a subduralis zsák tökéletes elzárását elérhessük, az agyhártyákra oly ingert kellene kifejtenünk, a mely által gyuladás jönne létre, a mely azután granulatiók keletkezése útján összetapadást eredményezhetne. *Macewen*-nek ugyanez a véleménye és kísérleteket végzett carbolsavval (1:40); eredményei azonban nem voltak kielégítőek. *Miodowsky*¹⁴ ugyanezen álláspontból indult ki és ennek bebizonyítására kutyákon végzett kísérleteket. Az ő kísérletei igen buzdítók. Kísérleteiben különböző izgatószerket használt, a melyek alkalmazása után egy ideig várt, hogy az alkalmazott szerek hosszantartó ingert fejtsenek ki az agyburkokra és ezáltal ezek között összenövés keletkezjen. Agytályogok esetén általánosságban gyors beavatkozás van javasolva, de azért túlnagy sietség mégsem szükséges, minthogy a belső nyomás (a legnagyobb veszély) a koponyaüreg megnyitása által csökken. *Macewen* szerint az utóbbi praeventiv eljárások olyan természetűek, a melyek maguk is veszélyesek ugyan, de alkalmasak arra, hogy az arachnoidealis zsákok elzárják az infectio ellenében, a mely egyrészt belülről, másrészt kívülről jöhet.

Miodowsky kísérleteket végzett Paquelin-éggővel, lapis-pálczikával, carbolsavval, jodoformgázzal és jodtincturás tamponokkal. Kauterezte vagy edzette a nevezett szerekkel a durát, vagy pedig az átítatott tamponokat helyezte a durára.

Eredményei a következők voltak: a Paquelin-éggő felületen necrosist és sejtes lepedéket okozott. A lapis-pálczika dura- és agynecrosist, a carbolsav a durán necrosist és vérzéseket, a jodoformgáz csak egészen kevés leukocytafeszaporodást okozott. Ezen kísérletek tehát rossz eredménnyel zárultak. A jodtinctura alkalmazásakor egy nap mulva csak injectiót s leukocytafeszaporodást és fibrinosus lepedéket, négy és fél nap mulva gyöngye granulatiós szövetet talált a dura és az arachnoidea között, tizenhét nap mulva az adhaesiók kiterjedtebbek voltak, a dura és az arachnoidea között kötegszerű adhaesio volt jelen. Ezen kísérletek alapján gondolja *Miodowsky*, hogy olyan összetapadásokat tudunk létrehozni az agyhártyák között, ha ráérünk várni, a melyek által a subduralis üregeket az esetleges infectiótól megvédhetjük.

Én néhány kísérletet végeztem kutyákon, hogy egyrészt összehasonlítást tegyek a különböző punctiók eljárások között, másrészt, minthogy *Miodowsky* jodtincturás kísérletei csak kicsinyszámúak, úgy hogy belőlük végleges eredményt levonni nem lehet, szükségesnek tartottam ezen kísérleteket folytatni, hogy az általa talált eredményeket az eljárás használhatóság szempontjából pontosabban megvizsgáljam.

A kutyákon végzett punctiók kísérleteimben a bőrmetszés után az izomzatot raspatoriummal feltöltöttem és csontlebenset készítettem. Az agypunctio után a csontlebenset visszahelyeztem a trepanatiós helyre, az izomzattal betakartam és a bőrt összevarrtam. A kutya megölése után a koponyaüre-

get, miután a lágyrészeket róla eltávolítottam, más helyeken megnyitottam és formalinba helyeztem. A punctiókat vékony tűvel (a mely *Reinking* ajánlata szerint 2 mm. széles és mandrinnal ellátott volt) és késsel meg csípővel végeztem.

Hogy az agyhártyák között összetapadásokat hozzak létre, acetonalkoholt aa, másfelől jodtincturát használtam. Ezen kísérletekben a csontlebenset eltávolítottam, hogy az agyvelőre nyomást ne gyakoroljon. Hat kutyán a kísérletek úgy történtek, hogy a koponyaüreget kétoldalt nyitottam meg egy időben, az egyik oldalon steril gáz-tampon helyeztem a durára, a másik oldalon jodtincturát, vagy pedig jodtincturába áztatott tampon alkalmaztam, hogy összehasonlítást végezhessek egy és ugyanazon kutyán a jodtinctura és a steril tampon hatása között.

A mellékelt táblázat áttekintést nyújt kutyakísérleteimről.

A leirt állatkísérletekből következik, hogy azon esetekben, a melyekben az összehasonlító punctiókat végeztem, a legkisebb defectus ott támadt, a hol vékony tűvel végeztem a punctiót. Ez az agyállományban csak alig okozott roncsolást, úgyiszlóván csak az agyállomány tömörségének csökkenése volt észlelhető. Éles, hegyes szikével való punctio már nagyobb defectust okozott. A punctio helyén kiterjedt granulatio volt található, sok zsírsejttel, vérrögökkel és vér-alvadékkal. A széles tompa tűvel való punctio alkalmával seholsem lehetett vérzést találni, az agyállomány azonban a punctio mentén itt-ott szemcsés szétéset mutatott. A szike és pince punctiók alkalmazásakor hatalmas vérzések nyomai voltak láthatók és az agyállománynak kiterjedt szemcsés szétésete. Ezen esetben az oldalkamara és a középső ventriculus is vér-alvadékkal volt kitöltve, az ependyma csak helyenként maradt ép, a plexus chorioideus epithelje kezdődő coagulatiós necrosist tüntetett fel. A kutyát, a mely 18 kg.-ot nyomott, február 14.-én operáltuk. Először a szikével az agyába vágtam, azután az így keletkezett nyílást pince-szel szétésettettem. Ezen eljárás közben az agysebből liquor és vér ömlött ki. A durát összevarrtam, a csontlebenset ráhelyeztem, betakartam az izomzattal s a bőrt egyesítettem. A kutya ezen napon soporosus volt s bal oldalán béna. Hőmérséklete 40^o Celsius. A következő nap már táplálékot vett magához, harmadnap már mozgatta kevéssé az előbb béna végtagjait, a negyedik napon már felállott, a hetedik napon egész egyenesen járt, eléggé jókedvűnek látszott, jó étvágya volt.

Ezen csak csekély számú kísérletek alapján, a mikor punctiókat végeztem, úgy találtam, hogy a *Reinking* által ajánlott széles keresztmetszetű mandrinnal ellátott csöves tű volt a punctióra legalkalmasabb. A vékony hegyes csöves tű nézetem szerint nem felelt meg azon esetekben, a mikor a geny sűrű volt, egyrészt vékonyága miatt, másrészt mert hegyes volta folytán az agyállományból hengereket metsz ki, melyek a lument eltömeszelik és így a geny kiürülését okvetlenül megakadályozzák. Ott, a hol szikével pungáltam, nagy vérzést és az ereket átmetszve találtam, bizonyosságul annak, hogy a véresek sérülésének veszedelme alaposan megokolt. A széles tompa tű alkalmazásakor az agyállomány a punctió út mentén itt-ott szemcsés szétéset, vérzés azonban sehol sem volt látható. A legnagyobb veszedelmet tehát a szikével és a pince-szel való punctio okozta, ezen punctiók eljárás alkalmával mindig támadhat nagyobb vérzés, az agyállománynak kiterjedtebb roncsolása és prolapsus.

Azon kísérletekből, a melyekben az arachnoidealis zsák elzárását igyekeztem elérni, látható, hogy az acetonalkoholba mártott tampon a durának nekrosist okozta; ezen szer alkalmazása tehát nem ajánlatos. A jodtinctura alkalmazása sem járt oly eredménnyel, mint a milyen várható volt *Miodowsky* kísérletei alapján. A hol a jodtincturát tisztán alkalmaztam ecsetelés alakjában, egyáltalán semmiféle eredmény sem volt észlelhető; ott azonban, a hol jodtincturával átítatott tamponokat alkalmaztam a durára, ott az első-második napon, a mint azt a szövettani vizsgálat bizonyította, acut fibrinosus gyuladás jött létre, az exsudatum számos polynuclearis leukocyta-t tartalmazott; egyes készítményekben kifejezett, körülírt gyuladást találtunk duranecrosissal és az agyállomány su-

K. sz.		Oldal	A műtét napja	Eljárás	Elhullott vagy megöletett	Élt	Kórboncolástani lelet *	Kórszövettani lelet
1	I. sz. kutya	j. o.	II/22.	1½ cm.-es szúrás vékony, hegyes csöves tűvel	II/24.	2 n.	A durán kicsiny anyaghiány, határán gyöngye összetapadás az agygyal.	Az agyállomány hosszabb út mentén megrikult, kevés gömbsejt s itt-ott apróbb vérzés látható. Polynuclearis leukocyta sehol sincs.
2	I. " "	b. o.	II/23.	2½ cm.-es szúrás vékony, hegyes csöves tűvel	II/24.	1 n.	Mint 1.	Mint 1.
3	II. " "	j. o.	III/11.	2½ cm.-es metszés késsel	III/19.	8 n.	A durán 1½ cm. folytonossághiány. A metszés mentén az agygyal összenőtt. Sok vér.	Az agyban kúpalakú gyuladással hely. Mindenütt újonnan képződött granulatiók és vérerek, fibroblastok, sok zsírsejt, tele vérrögökkel.
4	II. " "	b. o.	III/15.	2 cm. mély szúrás 2 mm. átmérőjű tompa tűvel	III/19.	4 n.	A dura átlukasztott, az agygyal összenőtt. Kevés szétesett agyállomány a szűrőcsatorna mentén.	A szűrőcsatorna mentén az agyállomány helyenként szemcsés szétesést mutat. Vérzés sehol sem található. A felületen fibrinosus és sejtes lepedék. Fibroblastok.
5	III. " "	j. o.	III/14.	Metszés szikével, a seb pince-szel szétfeszítve	III/21.	7 n.	A durán 2 cm.-nyi folytonossághiány. A punctiós út a ventriculusig terjed. Vérzés a lateralis és középső ventriculusban. Sok szétesett agyállomány.	Sok szétesett agyszövet. Sok polynuclearis leukocyta. Zsírsejtek vérrögökkel. A lateralis ventriculusban szétesett véresejtek. Az ependyma csak részben maradt sértetlen. A plexus chorioideusban kezdődő coagulációs necrosis.
1	IV. sz. kutya	j. o.	III/11.	Acetonalkoholos (aa) tampon	III/13.	2 n.	A dura a tampon mentén elhalt, felületen nekrosis az agyállományban.	Az agyállomány felületen részének szemcsés szétesése. Igen sok genyesejt. Vérér-injectio. Fibroblastok. Zsírsejtek. Fibrinosus, sejtes lepedék.
2	V. " "	j. o.	IV/11.	Jodtincturás tampon	IV/15.	4 n.	A dura és az agyállomány felületen nekrosis.	Ugyanaz, mint a IV. sz. kutyán.
3	V. " "	b. o.	IV/12.	Jodtincturás tampon	IV/15.	3 n.	Ugyanaz, mint a IV. számú kutyán.	Ugyanaz, mint a IV. sz. kutyán.
4	VI. " "	j. o.	VI/15.	Jodtincturás beecsetelés	VI/22.	7 n.	Elváltozás nincs.	Elváltozás nincs.
5	VI. " "	b. o.	VI/16.	Jodtincturás beecsetelés	VI/22.	6 n.	Elváltozás nincs.	Elváltozás nincs.
6	VII. " "	j. o.	VII/1.	Jodtincturás tampon	VII/7.	6 n.	A dura elhalt, az agyállomány elég mélyre terjedőleg szintén.	Ugyanaz, mint a IV. számú kutyán, de sok granulatiós szövet és fiatal vérér.
7	VII. " "	b. o.	VII/3.	Jodtincturás tampon	VII/7.	4 n.	A dura nekrotizált, felületen agy-nekrosis.	Ugyanaz, mint a IV. számú kutyán, de sok granulatiós szövet és fiatal vérér.
8	VIII. " "	j. o.	VII/22. délután 1 óra	Steril gaze	XII/22. este 8 órakor	7 ó.	Elváltozás nem látható.	A vérerek minimalisan belöveltek.
9	VIII. " "	b. o.		Jodtincturás tampon			Az agyhártyák között összetapadás nincsen.	A vérerek kis fokban belöveltek.
10	IX. " "	j. o.	XII/26.	Steril gaze	XII/28.	2 n.	Az agyhártyák között összetapadás nincsen.	A vérerek kistokú belöveltsége és kis fibrinosus lepedék van jelen.
11	IX. " "	b. o.	XII/6.	Jodtincturás tampon	XII/28.	2 n.	Az agyhártyák között összetapadás nincsen.	Az agyhártyákon sejtűs fibrinosus lepedék. A vérerek belöveltek. Polynuclearis leukocyták.
12	X. " "	j. o.	I/3.	Jodtincturás tampon	I/5.	2 n.	Az agyhártyák közötti összetapadás minimalis.	Kis fibrinosus és gömbsejtes lepedék. A vérerek kis fokban belöveltek.
13	X. " "	b. o.				2 n.	A dura és agy felületen nekrosis.	Felületen, szemcsés szétesés az agyállományban. Igen sok polynuclearis leukocyta az injiciált vérerek körül.
14	XI. " "	j. o.	I/3.	Jodtincturás tampon	I/7.	4 n.	Minimalis összetapadás az agyhártyák között.	Ugyanaz, mint a 12. sz. kísérletben.

* A kísérleti állatokat Entz tanár boncolta; ugyancsak ő készítette a mikroszkopi készítményeket is; szíves fáradozásáért e helyütt is hálás köszönetet mondok.

K. sz.	Oldal	A műtét napja	Eljárás	Elhullott vagy megőletett	Élt	Kórczonológiai lelet	Kórszöveti lelet
15	XI. sz. kutyá	b. o.	Jodtincturás tampon	1/7.	4 n.	A dura átlukasztott, az agy véresein infiltrált.	A dura nekrotizált. Az agyállomány szétesett. Sok véralvadék, sok zsírsejt. Erősen belövelt véresek. Sok genyesejt. Fibroblastok, fiatal granulatiók, újonnan képződött véresek.
16	XII. " "	j. o.	Steril gaze	1/4. este 8 óra	6 ó.	Elváltozás nincsen.	Elváltozás nincsen.
17	XII. " "	b. o.	Jodtincturás tampon	1/4. este 8 óra	6 ó.	Kicsiny összetapadás az agyhártyák között.	Fibrinosus és sejtes lepedék az agyhártyákon. A véresek belöveltek.
18	XIII. " "	j. o.	Steril gaze	1/5.	1 n.	Nincs összetapadás.	Igen kicsiny fibrinosus és sejtes lepedék.
19	XIII. " "	b. o.	Jodtincturás tampon	1/5.	1 n.	Alig van összetapadás az agyhártyák között.	Kiterjedt fibrinosus és sejtes lepedék az agyhártyákon. Injiált véresek.
20	XIV. " "	j. o.	Steril gaze	1/22.	3 n.	Ugyanaz, mint a 12. sz. kísérletben.	Ugyanaz, mint a 12. sz. kísérletben.
21	XIV. " "	b. o.	Jodtincturás tampon	1/22.	3 n.	Ugyanaz, mint a 13. sz. kísérletben.	Ugyanaz, mint a 13. sz. kísérletben.
22	XV. " "	j. o.	Steril gaze	1/24.	5 n.	Minimalis összetapadás az agyhártyák között.	Ugyanaz, mint a 12. sz. kísérletben.
23	XV. " "	b. o.	Jodtincturás tampon; 2 nap mulva staphylococcus-emulsióba mártott tüvel beszúrás	1/24.	5 n.	Pontszerű lyuk.	Ugyanaz, mint a II. kutyán j. o.
24	XVI. " "	j. o.	Steril gaze	1/24.	5 n.	Minimalis összetapadás az agyhártyák között.	Ugyanaz, mint a 12. sz. kísérletben.
25	XVI. " "	b. o.	Jodtincturás tampon; 2 nap mulva staphylococcus-emulsióba mártott tüvel beszúrás	1/24.	5 n.	Borsónyi tályog.	A tályog körül erősen belövelt véresek, fiatal sarjszövet és véresek. Mindenütt igen sok polynuclearis leukocytá.

perforialis nekrosisával. A tamponoknak a koponyaüregben való hosszabb alkalmazásakor a gyuladás az exsudatum fibrinosus átalakulására vezet, a mely sok fibroblast és vékonyfalú, újonnan képződött capillaris által átnöttek látszik. Azon esetekben, a melyekben egyidőben alkalmaztam steril gazet és egyszersmind jodtincturával átitatott tamponokat a durára, azon oldalon, a hol a steril gazetampon volt elhelyezve, semmiféle, vagy csak egészen jelentéktelen elváltozások voltak találhatóak az agyburkokon (csekély injectio, egész kicsiny fibrinosus lepedék leukocytáktól igen gyéren átszóve); a másik oldalon, a hol a jodtincturás tamponok feküdtek, a fent leirt elváltozások voltak találhatóak. Két esetben staphylococcus-emulsióba mártott tüvel végeztem punctiót azon a helyen, a hol a jodtincturás tampon két napig feküdt a durán; az egyik esetben semmiféle genyedet sem találtam, a másik esetben (a XVI. számú kutyán) körülirt meningitist és encephalitist. Ez a kísérlet látszólag a jodtinctura mellett szól. Ezen egy esetet azonban nem tekinthetjük mértékadónak, mert a bacteriumcultura nagyon gyöngye virulentiájú volt, úgy hogy a XV. sz. kutyán genyedet nem is okozott; azonkívül ismeretes az, hogy punctiók alkalmával az agyhártyák általános infectiója nem igen szokott bekövetkezni.

A jodtinctura hatását az agyhártyákra és az agyra tehát a következőkben foglaljuk össze:

A jodtinctura tisztán esetelés alakjában nem alkalmazható, mert így a kívánt cél nem érhető el. A jodtincturával átitatott tamponoknak a durára való alkalmazása szintén nem megfelelő, ezek itt-ott létrehozhatnak ugyan kisfokú belöveltséget, fibrinosus és sejtes lepedéket, de necrosis okozójává válhatnak, a mi semmi esetre sem a kívánt eredmény.

Ezek az én kísérleti tapasztalataim kutyákon; hogy az eljárás az emberen is ugyanazt eredményezi-e, nem tudom, mert nem volt alkalmam emberen is megkísérteni; tapasztalataim alapján azonban a jodtincturát az arachnoidealis üreg elzárására nem igen merném ajánlani.

Irodalom. ¹ Hajek: Pathologie und Therapie der Nebenhöhlen der Nase. — ² Miodowsky: Archiv f. Ohrenheilkunde, Bd. 77, Pag. 292. — ³ Neumann: Der otitische Kleinhirnsabszess, pag. 197. — ⁴ Dupuytren: Theoretisch-praktische Vorlesungen über Verletzungen durch Kriegswaffen, Berlin, 1836. — ⁵ Bergmann: Die chirurgische Behandlung von Hirnkrankheiten, III. — ⁶ Reinking: Über die Gefahren der Hirnpunctionen. Zeitschrift für Ohrenheilkunde, Bd. LX, pag. 68. — ⁷ Körner: Die otitischen Erkrankungen des Hirns etc. — ⁸ Idézve Körner nyomán. — ⁹ Botey: Internat. otologischer Kongress in Bordeaux, 1904. — ¹⁰ Joel: Deutsche med. Wochenschrift, 1895, Nr. 8. — ¹¹ Onodi: Zeitschrift für Laryngol. u. Rhinologie und Grenzgebiete, IV. k., 1. f. — ¹² Macewen: Compt. rend. VII. Congres international, 1904, pag. 475. — ¹³ Miodowsky: Archiv f. Ohrenheilkunde, Bd. 77, pag. 300.

Közlemény a szent István-kórház III. sebészeti osztályáról.

A duodenalis fekélyről.

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

(Folytatás.)

Ad 2. Hogy a lassú kiürülésnek, a pangásnak bizonyos szerepe van a peptikus fekélyek keletkezésében, azt a gyomorfekélyekre nézve Matthes, Talma, a gastroenterostomia után fejlődő jejunumfekélyekre vonatkozólag Kocher hangsúlyozta, és szándéktalanul experimentális bizonyítékait szolgáltatják ennek a „Pawlow-gyomorról“ bíró kutyák, melyeknek kirekesztett gyomorrészletében, mely csak egy fistula révén közlekedik a külvilággal, gyakran keletkeznek kerek fekélyek. És a priori is valószínű, hogy azon időtartamnak a nagysága, mely alatt a nyálkahártya épségét veszélyeztető gyomornedv a nyálkahártyával érintkezik, nem lehet közömbös az illető nyálkahártyára nézve.

Már pedig a duodenum felső haránt szárának orális fele, a hol a duodenalis fekélyek túlnyomó része létrejön, éppen olyan hely, a hol pangás már physiologice létezik. A duodenum ezen részének ugyanis, melyet egyes régi anatómusok antrum vagy vestibulum duodeninek neveztek és melyet Holz-

*knecht** bulbus duodeninek nevez, a peristaltikája igen csekély. Mayo említi, hogy a gyomorbéltractus összes részei közt e hely az egyetlen, a hol sohasem észlelt peristaltikás összehúzó-dást és *Holz-knecht* is kiemeli, hogy a peristaltikában igen csekély részt vesz, talán csak az általános tonusos contractiója révén. A gyomorból ürülő tartalom már most *Holz-knecht*-nek a Röntgen-ernyőn tett megfigyelései szerint a duodenumnak ezen passiv részét kitágítja és ha kisebb mennyiségű, akkor hosszabb ideig benne reked. Csak ha a kiürülő gyomortartalom mennyisége nagyobb annál, a mennyit a duodenum ezen része befogadni tud, akkor halad tovább a duodenum további részeibe, a hol a peristaltika rögtön pénzdarab alakú részletekben tovaszállítja s csak az utoljára odafolyt részlet marad a bulbus duodeniben vissza.

Egy másik tényező, mely a duodenum suprapapillaris részletének kiürülésére nagy befolyással bír, az *Ochsner* által leírt duodenalis sphincter, mely 2—4 cm.-rel a papilla Vateri alatt fekszik, a circularis izomelemeknek e helyütt erősebben kifejtett szalagja által képezetik és *Ochsner*⁴⁹ szerint egyszersmind jelzi azt a helyet, melyben a fejlődéstaniilag az előbélhez, tehát a gyomorhoz és oesophagushoz tartozó duodenumrészlet a középbélből fejlődő és így a vékonybélhez tartozó duodenumrészletbe átmegy.

Ennek a sphincternek physiologiai jelentősége az volna, hogy a duodenumban levő chymus, még mielőtt tovább menne, összekeveredjék az epével és pankreasnedvvel és az epe- és pankreasnedv bejusson a duodenum első részébe is, a mi akkor, ha elfolyásának aboralis irányban semmi gátja sem volna, tulajdonképpen nem történék meg.

A duodenumnak ezen az *Ochsner*-féle sphincter feletti részlete tehát, melyben ezen fekélyek túlnyomó többsége előfordul, physiologiai szempontból is közelebb áll a gyomorhoz, mint a vékonybélhez.

Bizonyos kóros körülmények közt — *Ochsner* tapasztalatai szerint elsősorban cholelithiasisban szenvedőkben — ez a sphincter görcsösen összehúzódik és azért ilyen betegekben a duodenum első része tágult és meteorismus.

A duodenum első részében levő ilyen pangás, mely lehetővé teszi a gyomornedvnek tartós intenzív érintkezését a duodenum nyálkahártyájával, természetesen különösen akkor fogja a duodenumnyálkahártya integritását kockáztatni, ha az epe és pankreasnedv a gyomornedvet erős és fokozott sósavtartalma és a pylorus-sósavreflexben beállott valamely hiba folytán a sósavnak a duodenumba való kontrollálatlan betódulása miatt nem tudja kellően közömbösíteni. Hogy pedig a duodenalis ulcus eseteiben a pylorusnak már előbb említett fokozott átjárhatósága a duodenum infrapapillaris részének spasmusával is jár, e mellett szól bizonyos mértékig *Kühn* azon tapasztalata, hogy duodenalis ulcusok jelenlétékor a gyomormosó vízhez a mosás végén nem egyszer véres epe keveredik.

Az *Ewald* által a duodenalis fekély következtében kifejlődött stenosisra jellegzetesnek tartott réteges hányás, midőn a beteg először ételt hány, azután epét és végül vért, szintén inkább magyarázható a duodenum spasmusából, mint tényleges szűkületéből. Utóvégre az olyan stenosisnak, mely az epe bejutását a gyomorba megkönnyíti, a papilla Vateri alatt kellene székelnie, már pedig a duodenalis ulcusok túlnyomó többsége, mint azt kiemeltük, suprapapillaris, még pedig többnyire a pylorushoz közel ül. Ha a szűkület heges természetű volna és a fekély helyén szűkítené a duodenumot, ez az epének a hányadékban való megjelenését inkább gátolná, mint előmozdítaná.

Ad 3. A *circulatio*s zavaroknak már *Virchow* óta nagy jelentőséget tulajdonítottak a peptikus fekélyek keletkezésében és csakugyan a kórboncolástani tapasztalatok egész sora szól a mellett, hogy a vérkeringés általános és localis zavarainak lényeges szerepe van abban, hogy a gyomor és a duodenum nyálkahártyájának egyes körülírt helyei a gyomor-

nedv emésztő hatásának áldozatul essenek. A mi leginkább ellene szólni látszott ezen felvételnek, az egyfelől a kimutatható primaer érlelesi hiánya volt az esetek egy részében, különösen friss ulcusokban, másfelől az experimentalis vizsgálatok negatív eredménye.

Egyes erek lekötésével ugyanis számos idevágó vizsgálat szerint, melyek a gyomorra nézve történtek, nem sikerült ulcusokat előidézni, még akkor sem, ha egyidejűleg a gyomor-mucosa is sérelmezett. Az így keletkezett defectusok csakhamar meggyógyultak. Az oka ennek nyilván az, hogy a gyomornyálkahártya éranastomosisokban igen gazdag és csak ha kiterjedt érterületet teszünk átjárhatatlanná összes anastomosisaival együtt, akkor áll elő az ulcus, mint azt *Payr* szép kísérletei⁵⁰ forró konyhasóoldat, híg alkohol, híg formalin endovasalis injectiójával bizonyítják, a kinek ezen eljárásokkal a kísérletek $\frac{1}{4}$ -ében sikerült az emberi gyomorfekélyhez anatomic és klinice hasonló fekélyeket előidéznie. És hogy nemcsak az érlumenek állandó elzáródása, hanem a *Benecke* által már régebben pathogenetikai momentum gyanánt jelzett érspasmus is birhat jelentőséggel, azt az általa és tanítványa *Kobayashi*, valamint a *Rosenbach* és *Eschker*⁵¹ által végzett adrenalin-injectiók a gyomorba bizonyítják, melyek után haemorrhagiás erosiók, kisebb-nagyobb fekélyesedések jöttek abban létre.

Hogy nemcsak az arteriosus vérellátás hiánya, hanem a venosus visszafolyás akadályozottsága, a nyálkahártyában bárminő okból keletkezett vérzések is jelentőséggel birhatnak a peptikus ulcusok keletkezésére, az is több oldalról (*Hagenmann*, *Aschoff*) ki lőn emelve. A duodenalis fekélyek keletkezésére nézve először *Oppenheimer* emelte ki ezen venosus pangás jelentőségét és *Petrivski* kísérleti bizonyítékokkal is szolgált ezen felvétel támogatására.

A vagus (*Talma*, v. *Zyeren*, *Lichtenbelt* etc.), a hasi sympathicus (*Dalla Vedova*, *Kobayashi*, *Schminke* etc.) experimentalis sértése és izgalmi, a gerinczvelő (*Koch* és *Ewald*, *Schupfer*), sőt magasabb agyvelő-centrumok (*Schiff*, *Brown-Sequard* etc.) sértése folytán létrejött erosio haemorrhagicákat és gyomorfekélyeket szintén ilyen circulatio s zavarokból, főleg a legkisebb ereknek spasmusa, illetve a muscularis mucosae contractiója folytán létrejött ischaemiájából igyekeztek magyarázni.

Hogy a kontrollkísérletek sokszor negatív eredményre vezettek és hogy az észlelt jelenségek magyarázatában az egyöntetűség nem teljes, azt talán felesleges is külön kiemelnem.

A tárgyalások későbbi folyamán lesz alkalmunk demonstrálni, hogy ilyen circulatio s zavarok jelentősége a duodenalis ulcus keletkezésére az esetek egy sorában alig vonható kétségbe.

A mire e pont tárgyalása alkalmával különösen rá óhajtának mutatni, az az, hogy a duodenum egyes részei közül a duodenum felső haránt szára, tehát az, mely a duodenalis ulcus praedilectionalis helye, látszik a circulatio szempontjából leglabilisabbnak.

A duodenum felső haránt szarát az art. hepatica ágai látják el. Ezek közül kettő vonul a duodenum felé: a vékony arteria gastrica dextra, mely a pylorus táján lép a gyomor kis görbületéhez és az omentum minus lemezei között fut tova, és az arteria gastroduodenalis, mely ferdén fut a pankreas és a duodenum felső vízszintes szarának hátulsó felszíne között és a duodenum concavitását a felső haránt és a lehágó szár találkozási helye táján éri el. Itt oszlik; az egyik ág, az arteria pancreaticoduodenalis superior, lefelé halad a duodenum concavitása mentén s a mesenterica superiorból származó arteria pancreaticoduodenalis inferiorral anastomizál, míg a másik ág, az arteria gastroepiploica dextra, a duodenum

⁵⁰ Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 1910, II. rész, 640. oldal.

⁵¹ Archiv für klinische Chirurgie, 94.

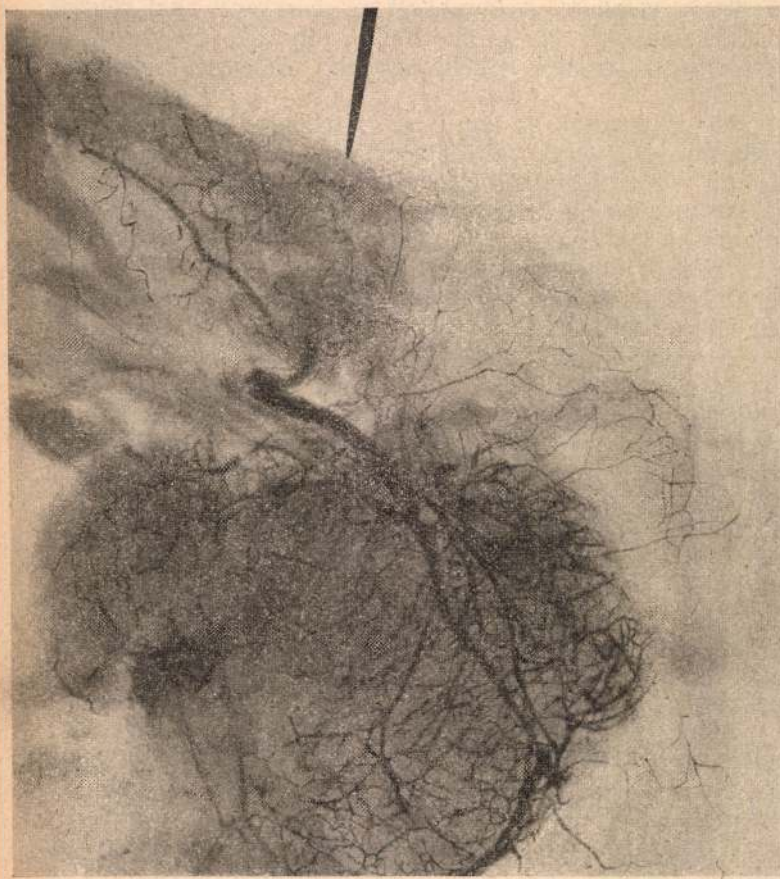
⁵² Cf. *Möller*: Pathogenese des Ulcus ventriculi. Ergebnisse der inneren Medizin und Kinderheilkunde, 7.

* Deutsche Zeitschr. f. Chir., 105, p. 59.

⁴⁹ Annals of surgery, 1906 január p. 80.

felső haránt szárának alsó felszínén haladva jut a gyomor nagy görbületéhez. A duodenum felső haránt szára tehát 4 nagyobb arteriával, a gastrica dextra, a gastroduodenalis, a pancreaticoduodenalis superior és a gastroepiploica dextrával van intim nexusban. Ezen erek azonban tulajdonképpen csak elvonulnak a duodenum felső harántszára mellett s valódi elágazási területük a gyomor (gastrica dextra, gastroepiploica dextra) és a duodenum pars descendense (pancreaticoduodenalis sup.).

A duodenum felső haránt szárához a szomszédos erekből mennek ágacskák, még pedig, mint néhány bismuthvaselinnel injiciált emberi duodenumpraeparatum Röntgen-képen⁵³ láttam, nem csupán a gastrica dextra, gastroepiploica dextra és pancreaticoduodenalis, hanem az arteria gastroduodenalis törzse is ad a duodenum e részéhez kisebb-nagyobb ágakat, általában véve azonban a szomszédoságához képest a duodenumnak felső haránt szára a pylorus alatt kb. 1 cm.-rel kezdődő és a flexura duodenalis superiorig terjedő darabon ereken szegényebbnek látszott. (L. ábra).



A tű a pylorus helyét jelzi.

Ezzel szemben Gruber⁵⁴ egy Teichmann szerint injiciált arteriapräparatum kapcsán azon véleményen van, hogy a felső duodenumrész tápláltsága mi kívánni valót sem hagy hátra.

Igen beható kutatásokat végzett a duodenum felső harántszárának vérrellátására vonatkozólag Wilkie.⁵⁵ Az ő vizsgálatai szerint a duodenum felső harántszárát a következő erek látják el:

⁵³ Praeparatumaimról a felvételeket Greslykin Milivoj volt szives a Szt. István-kórház Röntgen-laboratoriumában készíteni. A bismuthvaselin injectiója a májjal, gyomorral, pankreassal, mesenteriummal, aortával együtt kivett duodenumon az arteria hepatica törzsébe történt; előzetes leköttetés által gondoskodtunk, hogy lehetőleg csak a gyomor pylorusos része, a duodenum felső harántszára s lehágó részének orális fele s a pankreasfej legyen injiciálva. 3 praeparatumról jó képet nyertünk, azonfelül több kevésbé sikerült kép is át lett vizsgálva.

⁵⁴ L. c. 516.

⁵⁵ The bloodsupply of the duodenum. Surgery, gynecologie, obstetrics. XIII.

1. A különböző arteriákból származó arteria supraduodenalis ellátja az elülső felszín $\frac{2}{3}$ -át és a hátsó felszín felső $\frac{1}{3}$ - $\frac{2}{3}$ -át;

2. az arteria pylorica (gastrica d.) ágai az esetek 50%-ában a pylorussal szomszédos $\frac{1}{2}$ hüvelyknyi terület felső szélét látják el a szomszédos részekkel együtt;

3. az arteria gastroepiploica illetve pancreaticoduod. sup.-ból visszafutó ágak látják el a duodenum első hüvelykje elülső felszínének alsó harmadát;

4. az a. retroduodenalis (az arteria gastroduodenalis ága) a hátsó felszín alsó $\frac{2}{3}$ -át látja el;

5. az arteria pancreaticoduod. superior a duodenum első részének aboralis végét látja el.

Az anastomosisok ezen erek között igen csekélyek. Ha az art. mesenterica superiorot injiciálta az art. gastroduodenalis leköttése után, akkor a duodenum egészen az első részéig injiciálódott, de az első résznek a pylorussal szomszédos felső $\frac{2}{3}$ -a injectiótól ment maradt. Az arteria gastroduodenalis injectiójával is sikerült a duodenum második, harmadik, negyedik részét, a jejunum első pár lábát injiciálni, de a duodenum első részének a pylorussal szomszédos $\frac{1}{2}$ - 2 hüvelyknyi részletének felső fele sokszor feltűnően injiciálatlan maradt. A gastrica dextra injectiójakor azt látta, hogy a jelzett terület felső részéhez gyakran küld 1-2 ágat, de csak a pylorussal közvetlenül szomszédos $\frac{1}{2}$ - $\frac{3}{4}$ hüvelyknyi területet látja el, nem injiciálja az egész kritikus területet. Így jött rá, hogy e területnek egy külön arteriája van, mely többnyire az art. gastroduodenalisból, még pedig annak egy a közepétől centralisan eső pontjából ered. Ezt az arteriát nevezte el *arteria supraduodenalis*-nak, ez látja el minden esetben a duodenum felső harántszárán az elülső felszín $\frac{2}{3}$ -át s a hátsó felszín $\frac{1}{3}$ -át. Az injiciált esetek többségében a supraduodenalis arteriának semmiféle communicatiója sincs más gyomor- vagy duodenalis érrel s ezekben az esetekben az art. supraduodenalis végarteriának volt tekinthető. Némely esetben azonban az arteria közlekedett a gastrica dextrával vagy a gastroepiploicával, de az anastomosis sohasem volt bőséges. A supraduodenalis arteria 40 eset közül 22-szer az art. gastroduodenalisból, 7-szer a májarteria jobb, 5-ször a májarteria bal ágából, kétszer a hepatica törzséből, 1-1-szer a gastrica dextrából, az arteria cysticából, a hepatica törzséből és annak bal ágából, illetve a hepatica törzséből és a gastroduodenalisból eredt. Ha az art. supraduodenalist izoláltan leköttette s aztán a coeliacát injiciálta, a duodenumon egy injiciálatlan terület maradt vissza, mely az ulcus duodeni typusos elhelyezésének felelt meg. 4 olyan esetet injiciált, melyben duodenalis fekélyek nyomai voltak s ezen esetek egyikében a coeliaca injectiója után, daczára annak, hogy nagy erővel nyomta belé az injectiós masszát, a heg környékén a duodenum fala feltűnően halvány maradt. Ez esetben az art. supraduodenalis a gastroduodenalis egy vékony ágát alkotta, a másik 3 esetben, hol duodenalis fekély nyomai voltak jelen, a májarteria törzséből, illetve ágaiból eredt.

Wilkie ezen vizsgálatai alapján kétségtelennek tartja, hogy a duodenalis ulcus keletkezésére és különösen chronicitására és recidivára való hajlamosságára az érellátás csekély volta éppen a duodenalis ulcus praedilectiós helyének megfelelő területen elhatározó jelentőséggel bír. Ha a végér jelentőségével bíró art. supraduodenalison csak kiskokú arteriosclerosis is fejlődik, ennek az illető terület táplálására már igen súlyos következményei lesznek. Az art. supraduodenalis magas eredése és ezzel járó verticalis lefutása mellett a vongálás által való megszükülés veszedelmének is nagyon ki van téve és nem tartja lehetetlennek, hogy e körülmény a fekélyképződés veszedelmét lényegesen fokozza.

Ezenfelül nem szabad szem elől tévesztenünk bizonyos physiologiai momentumokat, melyek épp a duodenum felső haránt szárában futó vékony erek compressiójára szolgáltathatnak alkalmat. Ilyen a duodenum e részének tágulása a duodenum megtelődése alkalmával, ilyen a duodenumnak a gyomor telt-ségi állapotával kapcsolatos folytonos helyzetváltoztatása, a midőn a beléje vezető apró érágak megtörésére, vongá-

lására is nyílik alkalom. Ne feledjük, hogy a duodenum felső haránt szára a duodenum egyetlen mobilis része, mely a mozgékony pylorust a hátulsó hasfalhoz fixált flexura duodenalis sup.-ral összeköti. Míg a duodenum e része üres gyomor mellett ferdén hátra- és jobbfelé fut, a gyomor megtelésével s a pylorusnak ezzel kapcsolatos jobbra való eltolódásával egyenesen hátrafelé halad, tehát a sagittalis síkba kerül. Azt is figyelembe kell vennünk, hogy ez a helyzetváltozás főleg a duodenum felső harántszárának legmobilisabb részében, tehát a pylorushoz közelebb eső felében, vagyis abban, mely a duodenalis fekély praedilectió helye, jön létre, és hogy úgy a duodenum tágulása, mint jobbfelé való eltolódása éppen az emésztés azon szakában áll be, midőn a savanyú gyomornedv leginkább árasztja el a duodenumot.

Ad 4. A trauma szerepét a duodenalis ulcusok létrejöttében több szerző hangoztatta. Az esetek egy részében kétségtelenül egyes idegen testek perforációjáról, illetve idegen testek által a duodenum nyálkahártyáján okozott decubitusról van szó; ezeknek általánosabb értékű aetiologiai jelentőségük alig van.

Hogy egyszeri erős trauma előidézhethet ulceratiót a duodenumban, arra nézve nem kisebb tekintély, mint *Ponfick*, *Pauly* egy esete kórbonczani praeparatumának átvizsgálása alapján igenlőleg nyilatkozott és a priori is valószínű, hogy vérömleny, szövetzúzás alkalmas lehet arra, hogy a duodenumfal egy körülírt helyének kimaradását előidézzék. Még kevesebb bizonyításra szorul az, hogy már meglévő fekély esetében külső trauma annak perforációját directe létrehozhatja. Ama közismert tény, hogy nemcsak a duodenum-, hanem a gyomorfekélyek közül is a külső falon fekvők inkább fúródhatnak át, mint a hátulsó falon fekvők, már régóta azzal magyarázzák, hogy ezek traumás bántalmazásnak inkább ki vannak téve. *Kühn* eseteket említ, melyekben az ulcus vérzését trauma indította meg.

Némelyek a foglalkozással járó, tehát gyakran megismétlődő bizonyos traumás behatásoknak, a melyek az epigastrium jobb oldalát állandóan érik, tulajdonítanak jelentőséget a duodenalis fekélyek keletkezésében. *Kehr* szerint a cipészek, a kik a kaptafát mellüknek szorítva dolgoznak, praedisponáltak gyomorfekélyre. *Redmann* esetében a duodenalis fekély keletkezésének okát abban látta, hogy betege munkaközben állandóan fűrőt szorított az epigastriumához. Hasonló körülményekből magyarázták némelyek már régebben azt, hogy varrónők, szabók, kosárfonók, hivatalnokok állítólag gyakrabban betegszenek meg gyomorulcusban.

A fűzés és a görnyedt testtartás is praedispositiót szolgáltat némelyek szerint (*Krug*, *Burwinkel*) a duodenalis fekély képződésére, úgy mint azt *Rasmussen*, *Ackermann* a gyomorfekély képződésére is nézve állította.

Sokkal lényegesebb aetiologiai jelentőséget kell tulajdonítanunk a táplálkozással járó traumáknak, melyeknek szerepére a duodenalis fekélyek létrejöttében *Mayo*, a ki különösen a kellően meg nem rágott ételt okolja, a jejunalis fekélyekében *Wilkie*, a gyomorfekélyekében *Aschoff* figyelemzettetett.

*Aschoff*⁵⁶ egy igen szellemes előadásában kiindulva a fekélyek localisatiójából, formájából, a gyomor érellátási viszonyiból etc. igen meggyőzően fejti ki, hogy ha e fekélyek kezdeti circulációs zavaroknak köszönik is létrejöttüket: fenmaradásukért, chronikussá válásukért főleg mechanikai momentumok: passageakadályok miatt tartósabb érintkezés a gyomornedvvel, a nyálkahártya mechanikai dörzsölődése, eltolódása felelősek. És ebből a szempontból sem tartom közömbösnek a duodenalis fekélyek keletkezésében a pylorusnak már egyszer említett fokozott átjárhatóságát, a mit a Röntgen-felvétel ilyen duodenalis fekélyben szenvedő egyénen megállapított. *Conheim* észlelte egy duodenalis fistulával bíró kutyáján, a mikor ez a kutya gyomorphurut után étvágát visszanyerte, de sósavválasztása még nem állott helyre s

ennélfogva a pylorussavreflexe kiesett, hogy a pylorus a húst teljesen emésztetlen állapotban engedte át.

A duodenalis fekélyekben szenvedő egyénekben, mint kifejtettük, szintén kell valami zavarnak lennie a pylorus-reflexben, különben a pylorus nem engedné át a fokozott só-savtartalom daczára a normalisnál gyorsabban a gyomor tartalmát és így nem valószínű, hogy az említett analogia alapján durvább, nagyobb ételdarabok is átjutnak rajta és ily módon a duodenum nyálkahártyáját localisan sérelmezik. A mechanikai insultusokon kívül thermikus és chemiai insultusokat is okoltak a fekélyek keletkezéséért.

A forró ételek a köztudatban is szerepelnek a gyomorfekély aetiologiájában; tudva azonban azt, hogy a folyadék egyszerűen átömlik a gyomron, a forró italoknak, különösen ha azokat éhgyomorra iszszák, a duodenalis fekély oktanában is lehet jelentősége. Ugyanezt kell feltételeznünk a nagyon hideg, jeges italokról is, különösen, ha ezeket a pylorus nem tartja vissza, mint normalis körülmények közt, addig, míg a 38° körüli hőmérséketet felveszik.

A chemiai ártalmak közül az alkoholt (*Burwinkel*, *Boas*, *Kehr*) és különösen a concentrált alkoholos italokat szokták okolni, a minőket Angliában és Amerikában, honnan a duodenalis fekély legtöbb esetét ismerjük, különösen bőven fogyasztanak. *Oppenheim* nem annyira a chronikus alkoholismusnak, mint az egyszeri nagy mennyiségű és különösen éhgyomorra történő alkoholfogyasztásnak tulajdonít káros hatást. Hogy egyszer-másszor anti-alkoholisták is megbetegszenek ulcus duodeniben, az természetesen azt, hogy az alkohol praedisponál rá bizonyos mértékben, nem döntik meg. Itt említjük meg, hogy *Boas* éppen az alkohol és dohány élvezetében látja az okát annak, hogy a duodenalis fekély férfiakban praevaleál.

Ad 5. A nyálkahártya ellenállóképessége kérdésének behatóbb taglalása messze vezetne tárgyunktól és végül is a theoriák homályában veszne el. Hogy ez az ellenállóképesség egyszerűen a vitalitáson alapszik-e, mint azt *John Hunter* állította, vagy a vér alkalicitása (*Pavy*), vagy a nyálkahártyát bevonó nyálka (*Claude Bernard*, *Schiff*, *Klug*), avagy az ebben foglalt avagy a nyálkahártya által egyébként produktált, illetve a vérben keringő antipepsin (*Weinland*, *Katzenstein*) óvja-e meg a nyálkahártyát a gyomornedv emésztő hatásától, az practikus szempontból, egyelőre legalább, úgyis meglehetősen irrelevans. Az mindenesetre bizonyos, hogy ezen ellenállóképességnek az ulcus pepticumok keletkezésében bizonyos mértékig szerep jut. E mellett szól ceteris paribus a fekélyek multiplex megjelenése, a legradicalisabb műtétek után való makacs recidivája egyes kivételes esetekben, a mi különösen a gyomornedvvel szemben anatómiai helyzeténél fogva természetes védőberendezésekkel legkevésbé bíró jejunum peptikus fekélyein fordul elő; valamint hogy azt is bebizonyítottunk vehetjük, hogy a szervezet leromlása, súlyos táplálkozási zavarai a nyálkahártyának peptikus ártalmakkal szemben való ellenállóképességét lényegesen csökkentik.

Egyik példája ennek az ulcus duodeni keletkezése paedatrophias csecsemőkön bizonyos táplálkozási ártalmak révén keletkezett inanitio kapcsán (*Flesch*).

Hogy a tuberculosis, nephritis kapcsán leirt duodenalis fekélyekben a szervezet ezen alaphántalmak által való leromlásának, avagy a tuberculosisbacillus toxinjainak (*Kodon*), illetve az uraemia kapcsán a vérben keringő s a bél-nyálkahártya által kiválasztott mérgeknek (*Boas* szerint főleg a szénsavas ammoniaknak) a nyálkahártyára vagy annak circulációjára gyakorolt localis hatása játszó-e a döntő szerepet, a felett még nincsen megegyezés az irodalomban.

Hogy az infectiónak a fekélyek keletkezése körül minő szerep jut, szintén nincs még teljesen eldöntve. Az eddig végzett kísérleti vizsgálatok áttekintése, mint *Möller*⁵⁷ kiemeli, arra a conclusióra vezet, hogy inkább az infectio által létrehozott circulációs zavarok (mykosisos emboliák) azok, a mik a fekélyek előidézésére befolyással bírnak; de hogy még ilyenek-

⁵⁶ Deutsche med. Wochenschrift, 1912, 11. sz.

⁵⁷ Ergebnisse der inneren Med. und Kinderheilkunde, 7. p. 556.

nek sem kell okvetlen ulcusképződésre vezetniök, azt *Rosenbach* és *Eschker* vizsgálatai bizonyítják.

Bacteriumtoxinok hatásával vélte a fekély keletkezését *Türk* megmagyarázni,⁵⁸ ki a következő experimentalis eredményre jutott:

1. Ha kutyának 3—4 hónapig rendes húskoszt mellett 500—2000 cm³ bacillus coli bouillonculturát adunk, akkor típusos acut ulcus rotundum keletkezik a gyomorban vagy a duodenumban, a mely gyakran szolgált okot perforatióra vagy halálos vérzésre. Egy ilyen fekély szövettani vizsgálata sem kereksejtes infiltrációt, sem egyéb jelét a gyógyulási tendenciának nem mutatja.

2. Ha a colicultura-adagolást 6—8 hétre beszüntetjük, a fekély begyógyul, a hám regenerálódik, az izomzatban keletkezett defectus kötőszóval kitelődik.

3. Ha egy ilyen szünet után újra nagymennyiségű, egész 2000 cm³ coliculturát adunk, súlyos psychosissal, diarrhoeával és vérzésekkel járó reactio jó létre, mely az állat halálára vezet.

4. Ha két hónapi szünet után újra adunk coliculturát, de nem naponta és kisebb mennyiségben, mély chronikus fekély képződik.

A bacteriumszám ezen állatok vastagbelében megszorodik, a vérben bacteriumok nincsenek, ellenben ezeknek az állatoknak vérsavója nagy hígításban is agglutinál, a haemolysises képesség nő, a bacteriolysis és phagocytaindex kisebbedik. *Türk* azt hiszi, hogy az antifermentek aktivitása csökken a bélbeli toxinok felszaporodása és a vér megváltozása folytán és ez praedisponál a fekélyképződésre.

Türk eredményeit azonban *Bauer*, a ki pontosan utána csinálta az ő kísérleteit, nem bírta igazolni; szerinte *Türk* a fekélyek anatómiai diagnosisában tévedett. Hogy azonban bacteriumtoxinok csakugyan képesek peptikus fekélyek előidézésére, azt a diphtheriatoxinra nézve több vizsgáló bebizonyította, a kik a toxin subcutan injectiója után gyomorfekély képződését észlelték (*Enriquez* és *Hallon*, *Rosenau* és *Andersen*).⁵⁹

Ha már most áttekintünk azokon a momentumokon, a melyek a duodenalis fekély létrehozásában szerepelhetnek, akkor látjuk, hogy az összes erre befolyással bíró, localisan ható tényezők a legerősebben a duodenum kezdetén, felső haránt szárának első szakaszában érvényesülnek. Ez kapja a legconcentráltabban a savanyú gyomornedvet, ebben időzik a gyomorból kiürülő tartalom aránylag a legtovább, ennek a

circulatioja a leglabilisabb, ennek falához ütődik a gyomor hatalmas izomzatának összehúzódása által kifecskendett tartalom és így nem csodálhatjuk, hogy a duodenum ezen része a duodenalis fekélynek praedilectiós helye.

(Folytatása következik.)

Mechanikai nyomás okozta izomsorvadások.

Közli: *Pach Henrik* dr., az Országos Pénztár orvosa.

Az izzólámpagyártás hygienéje felé csak legújában fordul az orvoskutatók figyelme. Különösen a bécsi orvosok azok, a kik az utolsó időben ezen üzemnek egészségellenes voltáról érdekesnél érdekesebb közleményeket hoztak. *Teleky* egy. magántanár „Quecksilbervergiftungen bei Erzeugung von Autopressgaslampen“ és „Eine Beschäftigungsneuritis der Arbeiterinnen in Glühlampenfabriken“, *Lenk* dr. „Drucklähmung des Nervus ulnaris bei einer Glühlampenarbeiterin“, végre *Robinson* dr. „Ueber schussartige Spritzverletzungen durch die Glühlampen-Metallfadenpresse“ című közleményükben néhány hónappal ezelőtt számoltak be¹ oly kórképekről és sérülésekről, a melyeket eddig nem ismertünk.

Az izzólámpagyártással kapcsolatos érdekes és ritka localisatiójú izomsorvadás képét mutatja az idecsatolt eredeti fényképfelvétel másolata.² A három munkásnő, a ki munkaközben állandóan mindkét könyökével a kemény alapú munkaasztalra kénytelen támaszkodni, idővel az ábrán látható érdekes könyökizület körüli elváltozásokra tett szert. Ezek az elváltozások első látszatra a csontban levőnek imponálhatnak. A radiológiai vizsgálattal³ azonban meggyőződünk arról, hogy a felkar teljesen normalis s a képen látható elváltozások kizárólag a könyökizület körüli izomzat feltűnő sorvadására folytán jöttek létre. Könyökizület körüli izomsorvadásokról még eddig tudtommal sehol sem történt említés az irodalomban. A fentemlített szerző, nemkülönben a (*Kiss Adolf*, *Stein Fülöp* dr. és *Hahn Dezső* dr. szerkesztésében megjelenő) „Munkásügyi Szemle“ III. évfolyamának 21. számában található rövid közlemény is csak a kézközépcsontok közötti izmok sorvadásáról tesz említést. A „Munkásügyi Szemle“ ezen közleményének szó szerinti szövege a következő: „Egy eddig alig

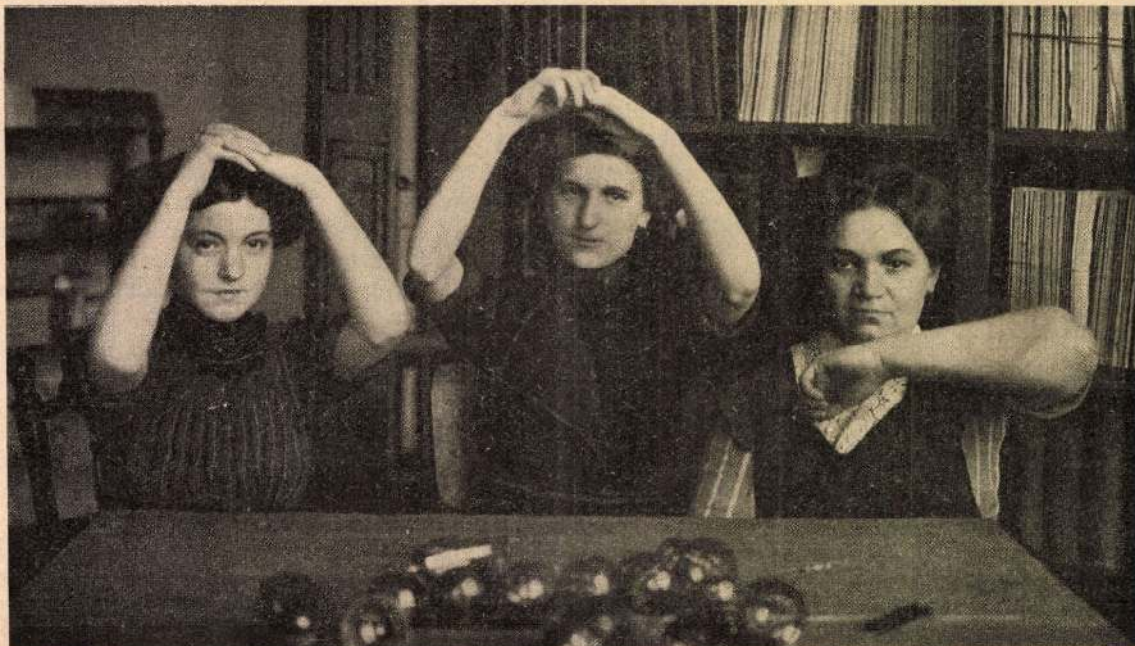
¹ *Wiener Arbeiten aus dem Gebiete der sozialen Medizin*. Herausgegeben von Dr. Ludwig Teleky. II. Heft. Wien, Alfred Hölder, 1912.

² Az ábra másolatának jogát *Csere Ferencz* dr. tartotta fenn magának.

³ A radiológiai vizsgálatot *Babó* dr. Röntgen-intézeti vezető volt szives végezni, miért is neki ez úton mondok újból köszönetet.

⁵⁸ *Zeitschr. f. exp. Path.* 7. p. 616, 1910.

⁵⁹ Lásd *Möller* I. c. 553. l.



ismert hivatásos betegséget figyeltek meg egy izzólámpagyárban alkalmazott üvegfüvő munkásnőknél. A bal könyöknek a kemény asztallapra való tartós támasztása folytán a lányok egész soránál a *kézközépcsontok közötti izmok sorvadása* fejlődött ki. „Ezzel szemben én mindkét könyökizület körüli *izomsorvadást* észleltem több munkásnőn.

Ezen munkásnők 2—6 év óta folytatják ezt a munkát és alapos kikérdezésük alkalmával sem volt más panaszuk, mint az, hogy hébe-korba, különösen reggel (!) zsiBADTSÁGOT ÉREZTEK s hogy esetleg hangyamászás-szerű érzésük is volt. Az izmok mozgathatósága teljesen ép és szabad, elfajulási reactiót sem bírtam kimutatni.

Tekintettel arra, hogy ezen esetekben állandó mechanikai nyomás folytán létrejött izomsorvadással állunk szemben, javasoltam az üzemvezetőségnek, hogy a munkaasztalnak az a része, a melyre a munkásnők munkaközben könyökölnek, *nemessel befödessék, illetőleg béleltessék, miáltal a leírt változásoknak elejét vehetnék.*

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Gustav Baar: Die Indikanurie. Wien-Berlin, 1912. VII + 280 nagy 8^o lap. Urban és Schwarzenberg kiadása.

A szerző nagy anyagon megejtett vizsgálatai eredetileg arra irányultak, minő befolyással van a fennálló indicanuriára — melyet *Metschnikoff* és iskolája a bélből eredő autointoxicatio egyik ismertető jelének tart — a lactobacillin. Csakhamar be kellett azonban látnia, hogy az „intestinalis autointoxicatio“ az állandó jellegű indicanvizeléssel módfelett ritka klinikai kóros kép és ha állandó is az indicanvizelés, a lactobacillin azt befolyásolni nem tudja. E vizsgálatai közben jött rá a szerző, hogy az indicanuriának a vizeletben megjelenése nem a véletlen műve, hanem bizonyos működéses vagy anatómiai elváltozásokkal jár együtt s hogy az indicanuria adott esetben az elkülönítő kórjelzés szempontjából is jól értékesíthető.

Az indicanuria egyébként a szerző szerint is kifejezője a szervezetben valahol fennálló bacteriumok okozta fehérjebomlásnak, mely rendszerint a táplálócsatornán belül folyik le — intestinalis indicanuria —; nagy ritkán azonban a bélcsatornán kívül eső okból származik az indicanvizelés.

A bélcsatornán belül folyó fehérjebomlásból származó és *állandó jellegű* indicanvizelést egyfelől secretiós zavarok (ideges, vérszegénységes vagy gümös eredésű achylia vagy a status thymico-lymphaticus-szal együtt járó gyomorélmirigyhypoplasia), másfelől a táplálócsatorna idősült s kóros bonczolástani elváltozásokkal együtt járó bajai, így gyomorrák, a máj, colon és rectum carcinomája, fekélyesedő vastagbélgyulladás, nemkülönben a hashártya gümösödése és a máj működésének elégtelensége válthatják ki.

Ha csak időközönként találhatni indicant a beteg vizeletében, e visszatérő indicanvizelés a gyomorélmirigy kiújuló bántalmazottságának, így gyomorékélynek, duodenalis ulcusnak, epeköbajnak, vakbélgyulladásnak és hashártya-összenövésnek lehet a jelzője. A szerző vizsgálatai alapján állítja, hogy míg ideges eredésű hyperchlorhydria mellett indicanvizelést nem észlelt, addig az ulcus okozta sósavtúltermelés indicanvizeléssel jár; a vakbélgyuladással járó indicanvizelés a műtét után megszűnik.

Átmeneti jellegű indicanvizelést észlelt a szerző ileus eseteiben, gyomorélmirigy mellett, heveny kiütés és keringési zavar, sőt depressziós kedélyállapot eseteiben is.

Mindenesetre nagy szorgalomra valló s érdekes adathalmaz, melyből a szerző az ismertett törvényszerűséget megállapítani igyekezett; hogy azonban az indicanuria az elkülönítő kórjelzés szempontjából értékesíthető lesz-e, azt csak a további klinikai megfigyelés fogja eldönthetni. Érdeme a szerzőnek, hogy a sokat emlegetett s „diathesis“ ízű „intestinalis autointoxicatio“ kellő értékére igyekszik leszállítani.

Halász Aladár.

Új könyvek:

P. Sittler: Die exsudativ-lymphatische Diathese. Würzburg, C. Kabitzsch. 3:50 m. — *G. Flatau*: Die Nervenkrankheiten nach Unfällen. Leipzig, B. Koenig. 360 m. — *Prutz und Monnier*: Die chirurgischen Krankheiten und die Verletzungen des Darmgekröses und der Netze. Stuttgart, F. Enke. 18 m. — *Ivan Bang*: Der Blutzucker. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 7 m. — *N. Gierlich*: Ueber Symptomatologie, Wesen und Therapie der hemiplegischen Lähmung. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 4:60 m. — *C. Pelman*: Erinnerungen eines alten Irrenarztes. Bonn, Fr. Cohen. 3 m. — *M. Immelmann*: Das Röntgenverfahren bei Erkrankungen der Harnorgane. Berlin, H. Meusser. 7:80 m. — *L. Frank*: Affektstörungen. Studien über ihre Aetiologie und Therapie. Berlin, J. Springer. 16 m. — *Axel Reyn*: Die Finsenbehandlung, ihre Grundlage, Technik und Anwendung. Berlin, H. Meusser 6:20 m. — *F. Bezancon et S. I. de Jong*: Traité de l'examen des crachats. Paris, Masson et comp. 10 fr. — *Garnier, Nobécourt, Noc et Lereboullet*: Thérapeutique des maladies infectieuses. Paris, Bailliére et fils. 12 fr.

Lapszemle.

Gyógyszertan.

A scabosan nevű rühellenes szer tulajdonképpen salicylnicotin-szappan, a melyet a berlini Kade-czég hoz a fenti elnevezéssel forgalomba. Fehér színű, nagyon könnyen eldörzsölhető, puha, nem okoz foltokat, csaknem szagtalan. Tisztító fürdő után 3 napon át reggel és este alaposan bedörzsölendő vele a test. Az utolsó bedörzsölés után 24 órával ismét tisztító fürdő veendő. A würzburgi bőrbeteg-klinikán nagyon kedvező eredménnyel használják a scabosant. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1912, 49. sz.)

Az elarson nevű új lipid arsenösszetételéről (chlorarsenobenolsav strontiumsója) ír *E. Fischer* és *G. Klemperer*. Tabletták alakjában jön forgalomba, minden tablettá 1/2 milligramm arsen tartalmaz. Az egyes adag gyermeknek 1, felnőttnék 2 tablettá naponként 2—3-szor. Ezen adagolás mellett kellemetlen mellékünetek nem mutatkoznak; napi 10 tablettá használata esetén néha könnyebb székelés, napi 20 tablettá használata után néha gyomorzavarok állanak be. Több beteg naponként 40 tablettát vett be minden baj nélkül. Az eddigi klinikai tapasztalatok szerint az elarson javalt mindazon vérszegénységi és gyengeségi állapotokban, a melyekben arsennek lassú és fokozatos bevitele kívánatos. (Die Therapie der Gegenwart, 1913, 1. füzet.)

Belorvostan.

A folliculin nevű hashajtószerre hívja fel a figyelmet *Boas*. Ámbár nem barátja a székrekedés orvosságos kezelésének (különösen az aloë és a podophyllin használatától óv; szerinte a habitualis székrekedésnek a prognosis szempontjából legkedvezőtlenebb esetei azok, a melyek az ilyen erősen izgató hashajtókkal kezeltettek bármily rövid ideig): mégis néha szükség van reá, így például utazás alkalmával, avagy ha a diéta kezelés egymagában elégtelennek bizonyul. Ilyenkor aztán egyrészt a legártatlanabb szerek közül kell választanunk, másrészt pedig a legkisebb, még éppen ható adagot kell használnunk. Ilyen ártatlan szer a folliculin, a mely nem más, mint a folliculi sennae folyékony kivonata. Adagja 1—3 teáskanálnyi naponként. Nagy előnye az is, hogy állandó összetételű és jól eltartható. (Die Therapie der Gegenwart, 1913, 1. füzet.)

A szív erejének vizsgálatakor *Etienne* szerint nagyon jó szolgálatot tesz az Abrams-, valamint a Livierato-féle reflex. Az első abban áll, hogy a praecordialis tájéknak kendővel dörzsölése után a szívotompulat megkisebbedik, még pedig annál nagyobb mértékben, minél erősebb a szívizom; a szívizom nagyfokú gyengesége esetén ez a megkisebbedés elmarad. A Livierato-reflex akkor áll be, a mikor a has közeponalát a köldöktől a szegycsontig kopogtatjuk rövid, erős és gyors ütésekkal; ilyenkor a szívotompulat megnagyobbodik, még pedig annál kisebb mértékben, minél erősebb a szív. A mondottak illusztrálására a többi között a következő esetet említi a szerző: 54 éves köszvényes beteg, súlyos myocarditis, hitvány, arhythmias pulsus, vizenyő a lábakon, tüdőbeli pangás; a fenn jelzett két eljárás azonban a szívizomzatot

erősnek bizonyítja, a mit a következmények be is igazolnak, mert kellő kúrára a következő télen az illető már vadászik a hegységben és továbbra is egészséges marad. (Paris médical, 1912, 46. sz.)

Idegkórtan.

A világrahozott agyvelődaganatok klinikai sajátosságairól ír *Oppenheim*. Legjellemzőbb, hogy a betegség hosszú idő óta tart, többnyire már a kisgyermekkorban kezdődött s ebből az időből maradtak vissza egyes cerebrális bénulási tünetek (hemianopsia, hemiparesis). Ezen hosszadalmas lefolyást szintén nagy időközökben heveny tünetek szakítják meg, melyek agydaganat jelenlétére utalnak: erős fejfájás, eszméletlenség *Jackson-féle* epilepsiával, féloldali benu-lással. A fokozott agynyomás tünetei azonban rövidesen teljesen elmúlnak s csak évek múlva jelentkeznek újra; sokszor valamely sérülés váltja ki őket. Jellemző még a congestióra való hajlam és hogy a betegen világrahozott elváltozásokat találunk. Utóbbiak között igen fontosak az ajak- és fejbőr angiómái (*Oppenheim* egyik esetében nem is a betegnek, hanem anyjának volt ajak-angiómája).

A veszélytett daganatok a szerző eseteiben az agykéregbe és a centralis ganglionok tájékára (hemianaesthesia, hemiataxia, centralis fájdalmak) voltak lokalizálhatók és valószínűleg periodosus vérbőségük vagy beléjük történő vérzés okozta a heveny tüneteket. Anatómiailag cholesteatomákról, lipomákról és főképpen angiomákról van itt szó, melyeket esetleg sikeresen lehet operálni. (Neurologisches Zentralblatt, 1913, 1. sz.)

Gyermekorvostan.

Bélhurutos, mesterségesen táplált csecsemők sikeres kezelésének előmozdítására *Vogt* kezdeményezésére Casselben új szervezet alakult, melynek központjában hirdetés útján jelentkezett oly nőknek czíme van állandóan nyilvántartva, a kik hajlandók saját gyermekük mellett — orvosi rendeletre — eddig mesterségesen táplált, megbetegedett csecsemőt bizonyos ideig — néhány hétig — szoptatni. Ezen kisegítő szoptató nők férjes asszonyok rendes lakással, a kiknek elegendő tejelválasztásuk van ahhoz, hogy a sajátjuk mellett még az amúgy is csekély szükséglettel bíró beteg csecsemőt is szoptassák. Egy-egy szoptatásért 25—50 német fillért kapnak, úgy hogy az egész reparációs szakra 10—20 márka esik. Ennyit még szerényebb sorsú szülő is tud fizetni, ha azonban még ezt a csekély összeget sem tudja előteremteni, akkor a költséget a központi szervezet, mint közegészségügyi intézmény, fedezi. Ezen berendezésnek nagy socialis jelentősége van, főleg azért, mert oly szegény csecsemők is részesülhetnek természetes táplálásban, a kiknek szülei dajkát nem vehetnek. Másrészt nem veszélyeztetjük a dajka gyermekét, mint rendszeren a direct dajkafelvételkor. Azonfelül propagandája ez a természetes táplálásnak, tekintve azt, hogy a kisegítő szoptató nők épp azon körből valók, a melynek gyermekeit a helytelen mesterséges táplálás leginkább veszélyezteti.

Nagyon ajánlatos és jól bevált e módszer mesterségesen táplált csecsemők bélzavara eseteiben, a midőn az orvosnak módjában áll a reparatiót aránylag csekély eszközökkel legbiztosabban elősegíteni és néhány hét múlva, midőn a csecsemő tolerantiája megfelelően emelkedett, ismét a mesterséges táplálékhoz visszatérni. (Monatsschr. f. Kinderheilkunde, 1912, 5. sz.)

Vas J. dr.

Húgszervi betegségek.

Hólyagdaganatoknak magas feszültségű áramokkal történt endovesicalis gyógyításáról referál *Bachrach* 15 eset kapcsán, melyeket *Zuckerlandl* klinikáján a *Beer* newyorki docens által kezdeményezett ezen módszerrel kezelték. Erre a célra a *Oudin-féle* áramokat használják, a melyeket annak idején *Keating-Hart* a rossztermészetű daga-

natok fulgurálására ajánlott. Különös segédkészülékek egy olyan elektrod alkalmazását teszik lehetővé, melyet hat finom rézhuzalból fonott kabel alakjában húznak be az ureter-cystoskopia s olyképp kezelik, mint az ureterkathetert. A kabelt beszúróják a daganatba, megindítják az áramot s a vilámlamosságot 20—30 perczig hagyják hatni. Rendes körülmények között 3—4, egyenként 4—5 perczig tartó ülés elegendő. Az eljárás csaknem fájdalommentes, ha különösen arra ügyelünk, hogy az egészséges nyálkahártyát megkíméljük; feltétlenül nagyobb mélyrehatást érünk el vele, mint a kauterrel és — a mi különös előnye — ezt a módszert oly helyeken is alkalmazhatjuk, melyek, miként a hólyagnyak avagy az orificium internum, a kacscsal alig vagy csak ügygyel-bajjal érhetők el.

A nagyobb és összetett papillomákat s carcinomákat *Zuckerlandl* osztályán, úgy mint azelőtt, most is hólyagmetszéssel távolítják el; a *Beer-féle* eljárást rendszeren az izolált nem túlnagy és nyeles jóindulatú bolyhos daganatok és bizonyos különösen kedvező körülmények között a kisebb, nem egészen széles alapon székelő rossztermészetű tumorok részére tartják fenn. Megtörténik az is, hogy adott esetben a daganatot előzetesen a kacscsal megkurtítják s a tumor alapját azután a radicalis fulguratiós elbánásban részesítik. (Wiener med. Wochenschr., 1912, 31. sz.)

Drucker.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Bright-kór eseteiben *Percy* feltűnő jó eredménnyel használja a pajzsmirigy-kivonatot meglehetősen nagy adagban. Nagyon súlyos eseteket ír le, a melyekben e kezelésre a fehérje és a cylinderek eltűntek a vizeletből, a magas vérnyomás csökkent és általában gyógyulásnak tartható javulás állott be. Ha a vérnyomás nagyon magas, a pajzsmirigy-kivonat mellett nitroglycerint is használtat, sőt 60 éven felüli egyéneknek ezen két szeren kívül még jodkaliumot is ad. (Ref. La semaine médicale, 1912, 48. szám.)

A typhus abdominalis gyógyítására *Arnozan* és *Carles* (Bordeaux) a jodtincturát ajánlja hyperleucocytosist előidéző sajátsága miatt. Naponként 15—25 cseppet adnak chinaborban vagy tejben. (Ref. La semaine médicale, 1912, 49. szám.)

Fülzúgás több esetében, a melyben az ok nem volt kideríthető, *Weissenberg* nagyon jó eredménnyel használta az atropint a következő módon: Rp. Atropini sulfurici 0.01; Aqueae destill. 15.0. M. D. S. Naponként 3-szor 10—15 csepp veendő be. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1912, 48. szám.)

Malum perforans egy esetében *R. Müller* nagyon jó eredménnyel használta a zinkperhydrolt. A mintegy 3 centimeter átmérőjű, a calcaneus csontthártyájáig terjedő fekély hydrogensuperoxyddal naponként végzett mosás és zinkperhydrolnak porfúvóval való behintése után két hónappal meggyógyult. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1912, 49. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1913, 4. szám. *Selig Árpád*: A liquor cerebrospi-nalis jelentősége az alkoholos elme-zavarokban. *Hainiss Géza*: A kalmopyrin, az acetylsalicylsav (aspirin) oldható mézszója.

Orvosok lapja, 1913, 5. szám. *Manninger Vilmos*: Fertőzés okozta betegségek.

Budapesti orvosi ujság, 1913, 5. szám. *Fáykiss Ferenc*: Adatok a subcutan májserülések ismeretéhez. „Gyermekorvos“ melléklet, 1. szám. *Mosonyi Albert*: Védekezés a vörheny ellen. *Fritz Sándor*: 1. Parotitis epidemica-hoz társult meningitis serosa gyógyult esete. 2. A gyermekkori lúgkómérgezés okai, keletkezés módja és az ellene való védekezés.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Török Béla* dr. egyetemi magántanárt a székesfehérvári szent János-kórház fülgyógyászati osztályának főorvosává, *Lugosi István* dr. bábolnai orvost tiszteletbeli megyei főorvossá, *Gárdos Andor* dr. hédervári és *Miklós Gyula* gyömörei körorvost tiszteletbeli járás-orvossá, *Lengyel János* dr.-t és *Nyitrai Béla* dr.-t a pécsi köz-kórházhoz másodorvossá, *Klein Dezső* dr.-t a szolnoki köz-kórházhoz segéd-orvossá nevezték ki.

Választás. *Rétfalvi Gyula* dr.-t Csikszereván városi orvossá, *Kindernay Viktor* dr.-t Garamnémetfalván, *Schichtanz Ignác* dr.-t Bel-luson, *Goda Pál* dr.-t Felsősegesden körorvossá, *Láng Rezső* dr.-t Gindicsaládon, *Magda János* dr.-t Levélen községi orvossá választották.

Meghalt. *Lenkei Vilmos Dani* dr., az almádi-i sanatorium vezetője, Veszprém vármegye tiszteletbeli főorvosa, január 27.-én 46 éves korában. A balneologia egyik legtevékenyebb és legszorgalmasabb munkását vesztette el benne, a ki számos értékes dolgozattal gyarapította az irodalmat s a kinek különösen a Balaton therapiás használatának vizsgálata és ismertetése terén vannak nagy érdemei. Lapunk is egyik legszorgalmasabb és legmegbízhatóbb munkását fájjalja halálával. Nyugodjék békével! — *A. J. Kryschka*, régebben a gyógyszer-tanára a var-sói egyetemen, 94 éves korában. — *W. Mitlacher*, a pharmacognosia rendk. tanára Bécsben. — *G. A. Gibson* dr. kórházi főorvos és magántanár (lecturer), kiváló tekintély a szívbetegségek terén, 53 éves korában Edinburghban.

A székesfővárosi szent Erzsébet-apácza-rend női kórházában 1912-ben 508 beteget ápoltak; egy betegre átlag 307 ápolási nap esett. Műtét 71 esetben történt. A járóbeteg-rendelést 434 beteg kereste fel. A kórház főorvosa *Vladár Márton László* dr., osztályos rendelő orvosa *Diescher Ferenc* dr.

Szolnok-Doboka vármegye Rudolf-kórházának 1911. évi működéséről most adta ki a jelentést *Parádi Ferenc* dr. igazgató-főorvos. Ápoltak összesen 2075 beteget (1231 férfi és 844 nő), még pedig volt: belgyógyászati eset 534, sebészeti eset 463, szemészeti eset 56, szülészeti eset 22. Meghalt összesen 104 egyén, a halálozás tehát 5.01%-ot tett. Összesen 323 nagyobb műtétet végeztek; az operáltak közül 2 halt meg. A jelentés mellékletképpen az ápolók részére való tudnivalók ügyes összeállítását közli.

A Magyar Sebésztársaság újból megbizta *Steiner Pál* dr. kolozsvári egyetemi magántanárt (Kolozsvár, sebészeti klinika) Magyarország húgykő-statisztikájának feldolgozásával. E célból kérdőíveket bocsátott ki, a melyeken a következő kérdések kér választ, külön-külön a 15 éven aluli és a 15 éven felüli esetekre: kórosok száma (életkor szerint), lakóhely (helység, megye), nem, a kő székhelye (vese, ureter, hólyag, prostata, húgycső); külön tüntetendőek fel az esetleges megjegyzések. A választ f. évi február 25.-éig kéri.

A wieni „Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheil-kunde“ gyermekorvosi osztálya örömmel üdvözölve azon érdeklődést, melylyel az orvosi kamara és a városi hatóságok jelenleg az iskola-orvosi kérdés iránt viseltek, azon kívánságának ad kifejezést, hogy az iskolaorvosi állások betöltése alkalmával csak olyan orvosokat nevezzenek ki, a kik valamely gyermekorvosi szakképzettségre tettek szert; az iskolaorvosi állások betöltésekor tehát a wieni gyermekorvosok volt tanársegédeit és segédorvosait különös figyelemben részesítsék. Nagyon kívánatos volna, hogy ezen minősítésre nálunk is tekintettel legyenek.

B. J.

A német sebésztársaság március 26.-ától 29.-éig tartja 42. congressusát Berlinben *Angerer* elnöklésével a philharmoniai társulat Beethoven-termében. Tárgyalásra a következő kérdések vannak kitűzve: 1. Ulcus duodeni; referens: *Küttner* (Breslau). 2. Agy- és gerincvelő-sebészet; referens: *Eiselsberg* és *Ranzi* (Wien). 3. Az ízület- és csontgümőkór kezelése; referens: *Garré* (Bonn). — A congressus megnyitása előtti napon, március 25.-én lesz a Langenbeck-házban a német orthopaed-sebészek congressusa *Spitz* elnöklésével; tárgyalásra a chronikus arthritis kezelése van kitűzve.

A XVII. nemzetközi orvosi congressus (London, 1913) szakosztályainak tárgyalási rendjét úgy állapították meg, hogy délelőtt csak a referatumok kerülnek sorra. A felkért referensek 1913 február 28.-áig tartoznak gépirásos munkálataikat beküldeni. A szabadon választott tárgyú előadásokat a délutáni ülésen tartják. Ezek bejelentési határideje 1913 április hó 30. A később bejelentett előadások csak a szakosztályi elnökök által megállapított napirend kimerítése után kerülhetnek sorra. Azon előadások, melyek címét 1913 július 1.-je után jelentik be, egyáltalán nem kerülhetnek sorra. Az előadásokra és referatumokra vonatkozó minden közlést közvetlenül a központi irodának (Central office, 13 Hinde Street, London W.) kell bejelenteni.

Kisebb közlések az orvostudomány köréből. *Mesbé* elnevezéssel körülbelül egy év előtt egy új szert hoztak forgalomba, a melylyel gümőkór eseteiben állítólag feltűnő jó eredmény érhető el. Összetétele és hatásmódja ismeretlen. *Roepke* nagyszámú betegen kísérte meg ezt a szert, de teljesen hatástalannak találta, sőt sok esetben úgy subjective, mint objective rosszabbodást idézett elő. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1913, 4. szám.) — *Gümőkóros betegek epéjében Rabino-witsch* vizsgálatai szerint gyakran található gümöbacillus. A gümőkóros betegek bélsarába tehát nemcsak a lenyelt köpettel, hanem az epe útján is juthatnak gümöbacillusok. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1913, 3. szám.) — A *tüdő idősült diphtheriás fertőzésének* esetét közli *A. Schmidt*. A 62 éves nő 10 év óta szenved köhöbaccillus, köpete nyálkahüvelyes, időnként láza van. A köpemben állandóan diphtheria-bacillusok találhatók; a tonsillákon nem mutatható ki diphtheria-bacillus. Környezetét a beteg sohasem fertőzte diphtheriával. Tengeri malacra nézve avirulensnek bizonyultak a kitenyészett diphtheria-bacillusok. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1913, 1. szám.) — A *gyomor- és duodenum-fekélyt* második betegségnek mondja *Rössle*, a mivel azt akarja kifejezni, hogy e betegség valamely más, helybelileg távol eső kóros folyamat alapján fejlődik. Szerinte a gyomorfekély legfonto-

sabb elsődleges betegsége az appendicitis; szerepelhetnek továbbá kóros folyamatok a peritoneumon, a nyakon, az endocardiumon, a melyek reflex útján a gyomor, illetve duodenum nyálkahártyájának ereit spasmos összehúzódnásra bírják, a minek következtében ecchymosisok, erosiók, majd pedig fekélyek fejlődnek. (Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie, 25. kötet, 3. és 4. füzet.)

Hírek külföldről. A nemrég elhunyt jeles francia sebész, *Lanne-longue* barátai és tanítványai az elhunyt emlékére szülőhelyén, Castéra-Verduzan-on emlékszóbrót emelnek. — A Salpétriére-kórház Röntgenlaboratoriumának egy női alkalmazottja, a kinek Röntgen-sérelmek folytán mindkét karját amputálni kellett, megkapta az Assistance publique díszermét. — A kínai kormány Shanghaiban új egyetemet állít; utána később Wutshang és Canton következnek. A pekingi egyetem, a mely soká szünetelt, ismét megnyílik, hét fakultással s csupa külföldi előadó tanárral; az orvosi fakultás előadási nyelve német. — Milanóban nemrég nyílt meg a Bassini-intézet, melyben ingyen kezelik és operálják a szegény emberek sérévét. Az intézet *Prato* tanár kezdeményezésére jótékony adományokból létesült.

Lapunk mai számához *Dr. Kereszty, Dr. Wolf és Társa*, vegyészeti gyár, Ujpest „Cadogel“ című prospectusa van mellékelve.

Alorvos

alkalmaztatik a **Szent Lukácsfürdő** gyógyfürdőben 1913 április 1.-re. Ajánlatok a Szent-Lukácsfürdő részvénytársaság igazgatóságához intézendők.

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

A Liget- és Park- Orvosi laboratoriuma

mindennemű vegyi, górcsővi, bakteriologiai, serologiai és histologiai vizsgálatot végez. A laboratorium vezetője: *Dr. Detre László* egy. m.-tanár. Kívánatra részletes tájékoztatást küldünk. VI., Nagy János-u. 47. — Telefon 106-00.

Istvánúti sanatorium és vizgyógyintézet

Budapest, VII., Hungária-út 9. (István-út sarok.) Telefon 81-01. Röntgen-laboratorium. Vezetője: *Dr. Alexander Béla*, egyetemi magántanár

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

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

Dr. Mátrai Gábor és Dr. Sas Bernát Orvosi laboratoriuma VI., Andrassy-út 38. Telefon 26-96.

Ujtátrafüred magaslati gyógyhely. Egész éven át nyitva. Vizgyógyintézet. Sanatorium. — Modern kényelem, közp. fűtés, villanyvilágítás. Prospectus. Vezető orvos *Dr. Szontagh Miklós*.

Dr. Doctor Kossuth Lajos-utca 3. sz. (Telefon 697.) Orvosi laboratoriumában az összes diagn. vizsgálatokon kívül autovaccin előállításával is foglalkozik.

Dr. GARA GÉZA, Meran. Sanatorium. Ujjonnan átalakítva. Prospectus.

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

Dr. GÁMÁN BÉLA Diéta Intézete Volosca-Abbaziában

gyomor-bélbetegek, vesebajosok, czukorbeteg, vérszegények, lesoványodottak, lábadozók, ideggyöngék, kimerültek részére. Diét és physik. kezelés. Radiuminhalatorium.



Orvosi műszerek, kötszerek, villanygépek, legjobb sérvekötők, haskötők, összes betegápolási tárgyak és gummlárúk elsőrendű minőségben jutányosan kaphatók:

POLGÁR SÁNDOR, Budapest, VII. ker., Erzsébet-körút 50.

— Legújabb nagy képes főárjegyzék bérmentve. — Javításokat elfogad. (Alapítva 1892.) Telefon 583.

MATTONI-FÉLE LÁPKIVONATOK

fürdőkhoz.

;; LÁPSÓ ;;
száraz kivonat
ládákban à 1 kiló

LÁPLUG
folyékony kivonat
üvegekben à 2 kiló

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Közkórházi Orvostársulat (XIII. bemutató szakülés 1912 december 11.-én.) 94. l. — Erdélyi Muzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya (1912 december hó 14.-én tartott XXIV. szakülés.) 96. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 98. l.

Közkórházi Orvostársulat.

(XIII. bemutató szakülés 1912 december 11.-én.)

Elnök: Fauser Árpád.

Jegyző: Szinnyei József.

Morbus maculosus Werlhofii agyvérzéssel.

Józsa Jenő: 1912 november 12.-én vettek fel az *Ángyán* tanár vezetése alatt álló belosztályra egy 18 éves fiatal embert (arczképfestő), általa egy napja észrevett, eleinte csak az alkaron jelentkezett kiütés miatt. Az illető eddig beteg nem volt, szülei, 6 testvére élnek, egészségesek. A kórházba jövele napján is egészen jól érzi magát; étvágya van, láztalan. Csak éppen nyugtalanítja a „kiütés” szaporodása.

Az elég jól fejlett és táplált, kissé sápadt férfi mellkasán bőrén elül és hátul néhány tiszúrásnyi, fillérnyi, lilás udvarral körülvett, ujjnyomásra el nem halványodó, barnás-vörös folt látható. Hasonló, de jóval több folt a kereszt-tájon, a czombok felső felszínén, legtöbbször az alkarokon és a lábszárakon. A mellkasi szervek épek. A máj rendes nagyságú. A lép a VIII. borda felső szélén kezdődik, de nem tapintható. A has puha, sehol sem érzékeny. Az idegrendszerben szervi elváltozásra utaló tünet nincs. A vizelet kóros alkotórészeket nem tartalmaz.

November 13.-án mindkét bulbaris kötőhártyán erős suffusio mutatkozik, különben a beteg teljesen élénk, közérzete zavartalan.

A november 14.-én reggel vett vér vizsgálatának eredménye: A fehér vérszámja 9200; a vörös vérszámja 5,232.000; a haemoglobin-tartalom *Sahli* szerint 81%; a festődési index 0,77%. A minőleges vérképben lényeges morphologiai eltérés nincs. E vizsgálat alapján objective kizárhattuk a heveny leukaemia lehetőségét.

Az eznapi délelőtti látogatáson panaszolja a beteg, hogy az elmúlt éjjel sokat köhögött, véreset köpött. Egyébként elég jól érzi magát, láztalan.

Délelőtt 10 órakor fejét fájlalja és hirtelen heves vérhányás fogja el. A vérhányás minden lehetséges óvintézkedés ellenére is ismétlődik. A hányás ily ismétlődésekor délelőtt 11 óra tájban a beteg hirtelen eldőlt az ágyán, állapota percről-percra rosszabbodik, hideg verejték önti el, rendkívül sápadt. Lassanként az eszmélete is elborul. A bal felső és alsó végtag hűdése áll be fokozott reflexekkel. Baloldalt lábclonus és positiv *Babinski*. Később lábclonus és *Babinski* jobboldalt is. Szóval a heveny apoplexia cerebri képe állott elő s ennek tünetei közt halt meg a beteg délután 3 órakor, alig két nappal kórházba jövele után.

A bonczolás, mint az klinikailag is várható volt, a légutak, a gyomorbéltractus s a központi idegrendszer jelentékeny vérzéseit mutatta ki. A gyomornak egész nyálkahártyája vérrrel aláfutott; a belek kátrányszerű vérrrel teltek. A gégefő és légcső nyálkahártyáján kisebb-nagyobb suffusiók. Az agyhártyák belöveltek. A jobb agyfélteke domborulatának legnagyobb részén az agyburkok alatt a sulcusokat kitöltő tömeges vér látszik. Az agykamarák folyékony vérrrel teltek. A jobb agyfélteke elülső részében kis almányi üreg, melyet vér és agypép tölt ki. A corpus striatum elülső része, továbbá a fehér állomány környező részei roncsoltak.

Hasonló agyvérzés a legkritikább szövödmény a *Werlhof*-kór lefolyásában. S ez teszi tanulságossá az esetet, mert élénken demonstrálja, hogy a legtöbbször szerencsés lefolyású eme bajban milyen meglepetéseknek lehetünk kitéve; mekkora óvatosság szükséges a prognosist illetőleg.

Tanulságos az eset a bonczolás más adatai miatt is. Nevezetesen a mediastinalis és mesenterialis mirigyek babnyi, mogyorónyi mekkoraságúak, nedvdúsak, bővérűek voltak. A lép megnagyobbodott, lágy pulpája kivakarható volt; nagy-

jában a sepsises lépnek kórbonczolástani képét mutatta. S bár a vérnek bakteriologiai vizsgálata az élőben nem volt megejthető s a hulla lépéből való ojtás sem vezetett értékes eredményre, mégis a mirigyek és különösen a lép magatartása alapján az eset értékes adatnak minősíthető azon érvek sorában, melyek alapján már régebben felvetődött az a felfogás, hogy a *Werlhof*-kór a sepsises megbetegedések közé sorozható.

Banti-kór; elvérzéses halál.

Józsa Jenő: 1912 november 3.-án délután 5–6 óra között szállítottak a mentők *Ángyán* tanár belosztályára egy 22 éves leányt, a ki előző napon délután hirtelen lett rosszul, igen sok, állítólag legalább két liternyi vért hányt. A vérhányás azóta nem ismétlődött. A beteg határozottsággal erősíti, hogy sohasem volt semmi baja a gyomrával. Jó étvágyú. Hányás, felbőfögés, gyomorfájás nem fordult elő. Minden nem fertőzést tagad. Alkoholizmus kizárható. Széke, vizele, hószáma rendben. Az utolsó két-három hóban gyengébbnek érezte magát és sápadt volt.

Az eléggé jól fejlett, mérsékelt táplált, dyspnoés, rendkívül sápadt nő az acute anaemiássá vált beteg benyomását kelti. Látható nyálkahártyái igen halványak. Mellkasi szervein physikai vizsgálattal elváltozás nem volt megállapítható. Az érverés 120, kicsiny, szabályos. A nyelv tiszta. A has puha, ellentállás vagy különösebb érzékenység sehol sem észlelhető rajta.

Az abszolút májtompulat jobboldalt az emlővonalban a VI. borda alsó szélén kezdődik s a bordaívig terjed. A lép-tompulat a VII. borda felső szélén kezdődik; a lép alul tapintható. Egyébként a hasi zsigerek topographiájának pontos megállapítása — a szükséges kimélet miatt — csak bizonyos fokig volt lehetséges.

A beteget a súlyos anaemiára és a vérhányásra való tekintettel látjuk el. Az estét elég nyugodtan tölti. Éjjel 11 $\frac{1}{2}$ órakor azonban újabb hányásroham áll be, a mely alatt a beteg meghal, öt órával beszállítása után.

Ángyán tanár az osztályos orvos jelentése alkalmával utalt ez esetben a Banti-kór lehetőségére; e gyanút a bonczolás teljesen beigazolta. A bonczolási jegyzőkönyvből kiemelendőnek tartjuk, hogy a gyomorban jelentékeny mennyiségű folyékony és mintegy ökölnyi laza véralvadék foglal helyet. A beleket végig kátrányszerű emésztett-vér tölti ki.

A lép jelentékenyen megnagyobbodott, igen tömött tapintatú. A vena portae két főága, a vena mesenterica superior és különösen a vena lienalis arteriaszerűen vastag falzatúak és különösen porcellánfehér, kérges tapintatú intimájuk látszik megvastagodottnak. A vena mesenterica superior és vena lienalis találkozásánál helyén babnyi mekkoraságú, rétegzett, az érfalhoz lazán tapadó thrombus látható.

Az idősült léptumor, a portalis gyűjtőerek, különösen a vena lienalis nagyfokú sclerosisa, a csontvelők idősült anaemiára utaló átalakulása: együttesen a Banti-kór felvételére jogosító kórbonczolástani képet nyújt.

A Banti-kórra jellegzetes eme venasclerosissal magyarázható, illetőleg a nevezett portalis gyűjtőerek behártyájának ezen megbetegedése folytán jöhetett létre a vena mesenterica superior és vena lienalis találkozásánál észlelt thrombus s ezen pangást okozó thrombosis volt aztán közvetlen oka a gyomorbéltractusba történt halálos elvérzésnek.

Haemorrhagiás diathesis, súlyos gyomor- és bélvérzések ismeretese a Banti-kór lefolyásában, de csak a bajnak III., a máj cirrhosisával és ascitissal járó szakában. Jelen eset különös érdekességét éppen az adja meg, hogy a beteg a bajnak legfeljebb II. szakában volt, a mely szakban az ilyen megdöbbentő szövödmény a legnagyobb ritkaságnak

minősíthető. A könnyebben felkutatható irodalomban egyetlen hasonló esetet sem talált a bemutató.

Méhenküüli petezsák megrepedése a terhesség második felében.

Nisponszky Béla: A méhenküüli terhességet néhány évtized előtt a legritkább megbetegedések közé sorozták. Ma már lépten-nyomon találkozunk ez érdekes kórforma különböző alakjaival, de legtöbbször a terhesség első felében. A terhesség második időszeke elég ritkán fordul elő, mivel a méhen küüli megtelepedett pete már a terhesség első felében beállni szokott súlyos szövödmények, a petezsák megrepedése miatt kerül orvosi kezekbe.

Hogy az eseteknek csakugyan mily ritka százalékában jut az extrauterin megtapadt pete a terhesség második szakáig, bizonyítja a többek között az a 231 eset is, melyet *Tóth* tanár közöl; ezekből csak 30 volt a terhesség második felében (13%).

Azonban az utóbbi évek statisztikáinak, a mennyiben több és több korán felismert méhenküüli terhesség kerül gyógyítás, illetőleg operálás alá, százaléka csökken, úgy hogy 3%, sőt az alatt van jelenleg a terhesség második feléig jutott méhenküüli terhesség. Érdemes tehát jóformán minden a terhesség második felébe jutott esetről beszámolni.

A bemutatandó két esetnek különös érdekessége a petezsák megrepedése késői időben. Az egyik esetben közel a terhesség végéhez történt az s okozott belső elvérzést. Az eset a következő: F. év márczius hóban 38 éves asszonyt szállítanak *Tóth* tanár osztályára. Mint ügyeletes orvos, én vizsgálom a beteget, s megállapítom, hogy az asszony halvány, pulsusa nincs, haldoklik s a terhesség végén van. A beteg vizsgálat közben meghal. A magzat esetleges megmentése céljából megnyitom a hasat; a hasürben folyékony vért s egy zárt ürben fekvő magzatot találok, a melynek szívüködése nincs; egyébként teljesen friss, hossza 46 cm., súlya 2100 gr. A megnyitott zsákot, melyet méhfalnak tartok, majd a hasfalat tovaftató varrattal összevarrom. A bonczolás kideríti, hogy tubaris méhenküüli terhesség volt, rupturával.

A második eset *Tóth* tanár magánbetege; anamnesise a következő: 29 éves, nullipara, 5 év óta van férjnél. Utolsó tisztulása 1911 október hó 2.-án volt. F. évi február havában hirtelen alhasi görcsei jelentkeztek, melyek miatt napokon át feküdt. E görcsös állapot több ízben ismétlődött, majd hosszabb ideig tartó jó közérzet közepette, hirtelen beállott görcsök után elájult, ugyanekkor háziorvosa a méhenküüli terhesség gyanuját fejezi ki s *Tóth* tanárt hívja, a ki megerősíti a diagnosist s a görcsök s az általános rosszullét miatt sürgősnek tartja a műtétet. A laparotomia alkalmával néhány deciliter friss vért találtunk a hasürben. A nagyobb, terhes méh mellett baloldalt mintegy emberfejnyi daganat foglal helyet, a mely a méhet jobb oldalra tolta. A daganat maga a kitágult tuba, a melyben ép burkaiban fekszik a hat hónapos magzat. A daganat hátulso felületén véralvadékkal fedett, néhány cm.-nyi, csillagszerű repedés látszik, a honnan a vérzés ered. A méh s a jobboldali adnexumok megtartásával távolítjuk el lege artis a leírt daganatot. A gyógyulás láztalanul folyt le. A magzat néhány órával a műtét után meghalt.

Mindkét esetben érdekes, hogy a tubaris terhesség a terhesség ilyen előrehaladott idejéig, a VIII., illetőleg a VI. hónapig jutott; érdekes, hogy mindkettőben megtörtént ily későn a ruptura, de míg a második esetben a korai operatio a beteget megmentette az elvérzéstől, az első esetben a repedés pár óra alatt belső elvérzésre vezetett.

Heredodegeneratio és postdiphtheriás hűdés.

Benedict Henrik: A bemutatott beteg 16 éves fiatal ember, ki igen nagy, az egész jobb mellkasfélét és a jobb felső végtagot elfoglaló naevussal jött a világra. Az elszínesedés mindig a kézen volt a legerősebb, itt kifejezetten kékbe játszó, holott a proximalis részeken élénk piros és kék részletek váltakoznak. A felületes, közép- és nagyobb ürterü gyűjtőerek

szintén tágultak, kanyargósak. Igen élénk a pilaris reflex; az ujjhúzás fehér sávot hagy hátra, mely néhány másodperc múlva kéké lesz. Az illető lakatossegéd mindig jobbkezü volt és a jobb felső végtagját mindig úgy használta, mintha semmi baja sem volna. Csak azt vette észre, hogy az ott véletlenül ejtett sebek nagyon erősen véreznek, hogy az ott kibuggyanó vér majdnem fekete, és hogy ezek a sebek rendkívül lassan gyógyulnak.

Ezen rendellenesség öröklésén alapon keletkezett. Mikor t. i. az édes anyja őt a kórházban meglátogatta, feltűnt, hogy rajta is a jobb oldal határozott rendellenességeket mutat; nevezetesen a jobb fülkagyló egészen kicsiny, csenevész, a jobb facialis bénult, kislókú jobboldali abducens-gyengeség áll fenn és ezenküüli a jobb felső végtagon szintén kisebb fokú, nem összefolyó, világospiros színű naevus flammeus-foltok láthatók, melyek a test középvonala felé elhalványulnak. Az anyának a jobb keze duzzadtabb mint a bal („main succulente“). Ezen elváltozások a facialisparalysissal együtt a különben teljesen egészséges asszonyon legzsengébb gyermek-kora óta fennállanak. Az intelligens és megbízható asszony többi gyermekére nézve a következőket adja elő:

Legidősebb fia teljesen egészséges. Ezután következett egy gyermek, a ki teljes rachischisissal jött a világra. A gerinczsatorna az occiputtól a keresztáig teljesen nyitva volt, a gyermek lábai merev equino-varus állásban voltak. Az anya akkor hónapokat töltött szerencsétlen gyermekével a fővárosban, majdnem állandóan elvitte a Stefánia-gyermekkorház rendelésére, míg végre meghalt, mielőtt az első életévét betöltötte volna. A harmadik gyermek a bemutatott beteg. Utána az asszony ikreket szült, kik három hónapig jól fejlődtek, később azonban fejlődésükben megállottak, hónapokon át betegeskedtek és végre 9 hónapos korukban ugyanazon a napon meghaltak.

Természetesen érdekelt volna bennünket az, vajjon az asszony ascendentijában van-e valaki, a kin a heredodegeneratio jelei szintén kimutathatók. De testvérei teljesen egészségesek. Az asszony apjára (a beteg anyai nagyapjára) nézve úgy értesültünk, hogy 60 éves korában meghalt és hogy bőségesen élt szeszes italokkal. Az asszony anyján (a beteg anyai nagyanyja), a ki jelenleg 60 éves és kissé köszvényes hajlamú, azt láttam, hogy az arcizmok beidegzésekor a jobb oldal szintén kissé visszamaradt és hogy a jobb szemén kislókú strabismus convergens van jelen. Ezek szerint tehát nem lehet kétség aziránt, hogy ezen család egyes tagjain a jobb testfél képletei bizonyos veleszületett gyengeséggel („Minderwertigkeit“) bírnak. A csirabeli hajlam mindenek szerint a fiú nagyanyjától ered, de nincs kizárva, hogy az anyai nagyanya alkoholiszusa a blastophtoresis értelmében hatott. A degeneratio nem homolog: három esetben a jobb testfél egyes képleteinek hol trophiás, hol pedig ideges zavarára vonatkozik, t. i. a nagyanyán, az anyán és a fiún; egy esetben mint rachischisis, két esetben (az ikreken) mint veleszületett általános, párhuzamosan haladó, közelebből azonban nem definiálható debilítás jelentkezett.

A dolog érdekessége azonban abban rejlik, hogy a bemutatott fiatal ember a múlt év szeptemberében diphtheriát kapott s a diphtheria után körülbelül egy hétig tartó lágy-szájpad-bénulást. Körülbelül 5 hét után azt vette észre, hogy deformált jobb kezét nem tudja mozgatni, vállában felemelni nem bírja, ujjait összeszorítani alig sikerül, e mellett kezét nem érzi. Eddig csak elszínesedett jobb keze most erősebben megduzzadt, különösen, ha meleg vízbe tette; régi keztyűit jobb kezére felhúzni többé nem tudta. Ezen állapotnak három heti fennállása után kereste fel kórházi osztályunkat, a hol az egész jobb felső végtag paresisét tudtuk megállapítani. A kéz ezenküüli fájdalmas és hőérzésre nézve az alkar középső harmadáig egészen anaesthesiás volt; a tapintást sokkal jobban percipiálta. Mély érzés, helyzetérzés a kézben szintén nem volt. A jobb felső végtaggal tett mozgások nemcsak erőtlenek, hanem ataxiások is voltak. Nyugodt kéztartás mellett athetosis-szerű ujjmozgások, a váll, a felkar és némileg a mellkas izomzata is kissé sorvadt, quantitativ és qualitativ

elfajulási reactiót ad. A térd-reflexek és az Achilles-in-reflexek hiányzanak, az uvula még mindig kissé jobbra tér el.

Semmi kétség, hogy itt a postdiphtheriás neuritisnek azon későn beálló formájával van dolgunk, mely a légyszájpad bénulása után néha csak hetek múlva mutatkozik. A mély reflexek hiánya a végtagokon szintén gyakran előforduló csökevényes formája a postdiphtheriás polyneuritisnek. De míg ezeket a jeleket keresni kellett, addig a jobb kar mozgási és érzési hűdése szembetűnő. A pusztá véletlen itt kizárható. Azt hiszem, hogy a jobb felső végtag idegképletei „ab ovo“ gyenge fejlődésüknél fogva mintegy praedestinálva voltak arra, hogy külső okok hozzájárulásával a bénulás előálljon. Hogy mi ezen dispositio lényege, az természetesen más kérdés. Lehetséges, hogy maga a naevus már az illető neuroncsoportok hibás alkataból származik, de nem tudjuk kizárni azt sem, hogy a naevus lényegét tevő rendellenes erezettség a bőr alatti kötőszövetben és a beléje ágyazott idegplexusokban is megvan. A lassúbb capillaris vérkeringés, a kisebbfokú szövet-asphyxia az ideghüvelyekben szintén praedisponáló hatású lehetett. Mégis inkább az első lehetőség felé hajlom, mert az anyán található arczidegbénulás elsődleges bénulási dispositio mellett szól a jobb testfél idegeiben.

Mindenesetre érdemesnek tartottam a kórképet mint olyant bemutatni, a melynek keletkezésében az endogen öröklési momentum és az exogen alkalmi mozzanat szembeszökő módon különválasztható és áttekinthető.

A bőr és a szomszédos nyálkahártyák tuberculosisisa.

Havas Adolf: Előadása folyamán kiemeli, hogy bár a bőr tuberculosisus megbetegedéseit egy és ugyanazon mikro-organismus idézi elő, mégis klinice a kórkép nem egyforma, hanem morphologicz különböző alakban nyilvánul. Ezen polymorphismusnak tudandó be, hogy a szóban forgó elváltozásokat az egységes aetiologia daczára különböző elnevezéssel látták el. Gyakorlati szempontból ezen megkülönböztető elnevezések fentartandók és a prognosis meg a therapia szempontjából is jogosultsággal bírnak.

A bőrtuberculosis polymorphismusának okát nem ismerjük; lehet, hogy a bacillus virulentiája, mennyisége, behatolási módja, az egyén dispositiója, alkata, kora, hygienés és táplálkozási viszonyai, a megtámadott bőr szöveti szerkezete stb. mind behatással bírnak a kóralak kifejlődésére.

A bőr és a szomszédos nyálkahártyák gümőkóros megbetegedését elősegítik mindazon körülmények, melyek egyáltalában a gümőkór propagatióját előidézik. Így különösen gyakran fogunk vele találkozni a szegényebekben, a rosszabb hygienés viszonyok között élőkön, különösen azokon, a kiken hiányos a bőr ápolása, a kiken a bőr megbetegedései és sebzései elhanyagoltatnak stb.

A bőr gümőkóros megbetegedéseinek túlnyomó többségében a kórokozó bacillus mikroszkoppal mindig kimutatható. A bacillusok száma egyes kóralakokban igen nagy, másokban igen kicsiny, úgy hogy csak hosszas kutatás után lehet rájuk akadni. Egy másik csoportban, bár a folyamat coincidál más tuberculosisus megbetegedésekkel, bacillus nem mutatható ki. Az ilyen esetekben felveszik, hogy elhalt vagy szétesett bacillusok okozzák, vagy olyan bacillusok, melyek *Ziehl methodusa* szerint nem festődnek, avagy a bacillusok toxinjai. A bőr-gümőkór ezen alakját *Darier* nyomán „tuberculid“-nak nevezik.

A bőr azon képletekhez tartozik, a melyek nem egykönnyen lesznek tuberculosisussá; védi őt a kemény szöveti szerkezete és gyakran változó hőmérséklete. Elősegítik az infectiót a bőr maceratiója, a bőr gyuladásai, különösen a melyek hámfoszlással járnak, a műtéti sebzések és a traumás behatolások. Elég gyakran találunk bőrgümősödést, különösen lupust, oly család tagjain, a mely családban gümőkórban szenvedő beteg van. Különösen könnyen fertőződik az orrnyálkahártyája.

A bőr gümőkóros megbetegedései közül különösen gyakran kerül észlelés alá a lupus vulgaris és a scrophuloderma. Ritkábban észlelhető a tuberculosis miliaris ulcerosa

cutis, a tuberculosis verrucosa cutis és a lichen scrophulorum. Igen ritkán fordulnak elő a tuberculidok (acnitis, folliclis, erythema induratum Bazin).

A gümőkóros bőrbetegségben szenvedők általános gyógykezelése ugyanolyan, mint a más gümőkóros bajban levőké. Elsősorban klimás és diatás gyógyításmódok által a szervezet ellentállóképességét kell fokozni és a hygienés viszonyokat kell megjavítani, mert a tuberculosis elsősorban a nyomor és a tisztátalanság kísérője.

Prophylactice szükséges a nép kioktatása, a kellő lakás-hygiene, a tuberculosisus betegek elkülönítése vagy legalább váladékaik ártalmatlanná tétele. Fontos a tisztaság, a banalis bőrbajok és sebzések mielőbbi gyógyítása, az orriszkálás eltiltása, a friss levegő, a gyakori fürdés.

A tuberculosisus bőrbajok gyógykezelésének terén rendkívül nagy a haladás az utóbbi években. Igen nagy szerep jut az oki gyógykezelésnek tuberculinnal és más szerekkel. Bármelyiket használjuk (régi és új tuberculin, *Spengler*-féle szer, *Beranek*- vagy *Rosenbach*-féle serum), mindegyikkel határozottan jó befolyást észlelünk a gümőkóros szövetre. Alkalmazásukra nézve általános elvként kell hogy szolgáljon mindig a kicsiny adaggal kezdés és az adag fokozatos emelése; új adag mindaddig nem adható, míg az előző adag okozta általános és helyi reactiók tünetek el nem multak. Különösen nyálkahártya-lupus eseteiben tesz jó szolgálatot ezen eljárás.

A legnagyobb szerep azonban a helybeli gyógykezelésnek jut.

Főczél a beteg szövet tökéletes eltávolítása, az ép szövet lehető kimélése, minél kisebb kozmetikai és functionalis kár okozása, minél rövidebb időn belüli és minél olcsóbb gyógyulás elérése.

A helybeli gyógykezelés vagy sebészi, vagy vegyi szerekkel, illetve physikai gyógyításmódokkal létesített.

A sebészi kezelés lehet 1. operativ, a beteg résznek műtéttel való eltávolítása; 2. excochleatio; 3. scarificatio. E két utóbbi eljárás a tuberculosisus szövet széthordása által végzettség válhat, mert általános miliaris tuberculosisra vezethet.

Igen szép eredmény érhető el a pangásos vérbőséggel és jodsóknak egyidejű adagolásával (*Bier*).

A vegyi szerek közül szép eredmény érhető el a 10%-os pyrogallol-kenőccsel. A physikalis gyógy módok között első helyen áll a *Finsen*-gyógymód. Nem fájdalmas, gyönyörű hegek képződnek.

A Röntgen-sugarakkal, a heliotherapiával, a radiummal és a mesothoriummal is kielégítő eredmények érhetők el, úgyszintén a forró levegővel és a szénsavhóval.

A thermokauter és galvanokauter csak korlátoltan alkalmaztassék, mert az ép szövet kimélése nem vihető keresztül velük tökéletesen.

Nagy kiterjedésű lupus eseteiben a különböző eljárások combinatiójára lesz szükségünk és a viszonyoknak megfelelőleg kell eljárunk.

Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya.

(1912 december hó 14.-én tartott XXIV. szakülés.)

Elnök: Klumák Adolf.

Jegyző: Konrádi Dániel.

I. Kenyeres Balázs előadása: A német orvosok és természetvizsgálók Münsterben tartott 84. vándorgyűlése.

II. Nagy Samu: Adatok a hasnyálmirigy heveny gyuladásához. Műtét alkalmával biztosan megállapított acut pancreatitis esetében végzett olyan vizsgálatokat, melyek idősülten lefolyó pankreas-bántalmakban mint a diagnosist támogató eljárások beváltak.

Vizsgálatainak eredményét a következőkben foglalta össze:

1. A mennyire az adott viszonyok közt a szervezet N-forgalmába betekintést nyerhetett, acut pancreatitisben alkalmasint jelentékeny N-vesztéssel dolgozik a szervezet, a

fehérjebontás során előálló N-tartalmú anyagok azonban %-os arányukat illetően a normalis viszonyoktól nem különböznek. A N, P és S kiválasztási aránya a normalistól eltérést nem mutat.

2. Az időszült pankreas-bántalmakra vonatkozó azon észleletet, hogy a zsírbontásnak jelentékenyebb, körülbelül 70%-on aluli csökkenése jogossá teszi, hogy a pankreas funkciójának zavarására gondoljunk, acut pancreatitisre is alkalmazhatónak tartja.

3. A trypsines és amylolyses fermentumok vizsgálata nem eléggé megbízható eljárás ahhoz, hogy éppen ilyen kétes esetekben döntő jelentősége lehetne a diagnosis felállításában.

Kiemeli, hogy vizsgálatait acut pancreatitis biztos eseteire vonatkoznak s így e vizsgálatok nem hasonlíthatók össze az időszült jellegű, elhúzódó pancreatitis eseteiben végzett vizsgálatok eredményeivel.

III. Steiner Pál: Heveny pankreasnekrosis operált esete. Az 50 éves nő 1912 július hó 28.-án hátára esett; e napon, valamint másnap hasgörcsei voltak. Július 30.-a óta többször csuklik, hány, azóta teljes szék- és szélrekedés. Július 31.-én a belgyógyászati klinikára vétette fel magát, a hol azt találták, hogy az erőteljes beteg nyelve bevont, nedves, a has főleg a köldöktájon eldomborodó, itt nagy érzékenység és dífense állapítható meg. A hőmérsék 36,8—37,1° C, az érverés 92—100. Augusztus 1.-én kétszer hányt, teljes szék- és szélrekedés, a has puffadása nem fokozódott lényegesen, a köldöktáj, az epigastrium érzékeny.

Tekintve ezen tüneteket, ileusra tettük a diagnosist, gondolva arra is — tekintettel az anamnesisre, hogy a beteg a hátára esett —, hogy esetleg pankreasvérzés forog fenn. Ez alapon *augusztus 1.-én laparotomiát végeztem* a köldök alatt a középvonalban. A hasúr megnyitásakor a csepleszen, a bélfodron számtalan nekrosisos vajsárga pettyet és foltot találunk, a mit zsírszövetnekrosissnak tartunk. A vékonybelek rendes tágságúak, izzadmány a szabad hasúrban nincs. Réteges hasfalvarrás után a gyomorgödörben a középvonalban hatolok be. A hasúrból vörhenyes zavaros savó ömlik elő, a colon transversum tágult. A csepleszen itt is nekrosisos pettyek. A lig. gastro-colicumot tompán szétválasztva, a pankreast szabaddá teszem, a pankreast duzzadtnak, vörösnek találom. A pankreas köré 1 draint és 3 jodoformcsíkot helyezek oly módon, hogy a pankreas egészben körül legyen tamponálva. A hasfalat rétegesen egyesítem, csak a tamponoknak és a drainnek hagyok helyét. A hasfal bőrét nyitva kezelem. A beteg szeptember 27.-én elhagyja a klinikát. Ambulans kezelésben két hét alatt teljesen meggyógyult.

IV. Zacher Pál chorionepithelioma malignum esetét mutatja be. A 38 éves nő bejövetele előtt 6 hónappal elvetélt. Azóta lázas, lesoványodott s alhasi fájdalmak gyöttrik. Anamnesisében említi, hogy két hét előtt hüvelyéből daganatot irtottak ki a dési kórházban. A szülészeti klinikán az elülső hüvelyfalban, közvetlen a húgycső nyílása mellett diónyi rugalmas képletet találtak. A méhtest ökölnél nagyobb, össze nem húzódtott izomtapintatú. A méhüreg öblítésekor szürkés-vörhenyes cszafatokat tartalmazó lé távozik. Állandóan magas láz hidegrázással, a sepsis klinikai tünetei között beáll a halál.

Bonczoláskor a méh ökölnyi, jobb elülső falán két kiemelkedés, melyek közül az egyik gesztenye nagyságú és csaknem gömbszerűen emelkedik elő, a másik mogorónyi és csupán félgömbszerűen emelkedik ki. Mindkettő rugalmas tapintatú s a hashártya alatt barnás-vörhenyes színben tűnik át. A méhüreg gömbalakú, megnyitásakor kellemetlen szagú véres folyadék ürül, felszíne a méhfalról beemelkedő globulos növedékek miatt egyenetlen. Ezek a belső méhszájig mindenütt megtalálhatók s felszínes részük elhalt, pörkös. Egyáltalán a méhüreg azt a benyomást teszi, mintha egész felszíne egy nagy placenta tapadási helye volna. A növedékek csupán a belső méhszájig terjednek, de itt még belógnek a nyakcsatornába. A méhtest jobb elülső falán a már említett gömbalakú, aneurysmaszerű előemelkedésnél a méhfal annyira elvékonyodott, hogy már a hashártya alatt is át-

tűnik a daganat jellemző barna-vörös színe. A méhfal metszslapján a daganat mélyen beterjed a méh izomzatába. Így pl. a belső méhszáj fölött a daganat legmélyebb része alig 3—4 mm.-nyire van a peritoneumtól. A daganat terjedése beszűrdéses típusú. A hüvely elülső falában a húgycső nyílása mellett élesen körvonalazott daganat van, mely metszslapján az egyik irányban 5 cm., a másodikban 4 cm., barnás-vörös, haemorrhagiás, a szürke elhalásoktól bizonyos tekintetben márványozott rajzolatú. Egyebütt a hüvelyben daganat nincs. A tüdőben az anyadaganathoz szerkezetében hasonló, borsónyi-mogorónyi metastasisok. Egyéb szervekben nem voltak daganat-áttételek.

A medenczebeli gyűjtőerek genyes thrombosisa, a verucás endocarditis, a splenitis hyperplastica a daganat hosszsan elhúzódó genyedésének és üszkösödésének következménye.

A szövettani vizsgálatkor a chorionepitheliomára jellemző szöveti elváltozásokat találtunk. A daganat kisebb részben kúszva terjeszkedik a méh izomnyalábai közé, nagyobb részben azonban a közeli és távoli gyűjtőérfalakat megnyitva, azok lumenében burjánzik tovább. A hol a daganat vérezen kívül is terjed, mindenütt vérzés kíséri. Már kis nagyítással is észrevehető, hogy a daganat kétféle sejt benső, de szabálytalan keverődéséből áll. Az egyik típus képviseli a gömbölyű vagy polyaéderes, habos protoplasmájú, sejthártyával ellátott sejteket, a melyek magja a kevés chromatintartalom miatt a legszebb maggerendázatot tünteti fel. Ezen sejtek a Best-féle carminfestéssel porszemszerű glycogencseppeket tartalmaznak. Többnyire többmagokkal vannak egy csomóban s köztük magoszlási alakokat is találni. E sejtek vegyi festődési és alaki sajátágaiknál fogva a Langhans-sejteknek felelnek meg. Ezeknél jóval nagyobb számmal van képviselve a második sejttípus. Ezek tömör, ibolyás, megfestett amyloidhoz hasonló protoplasmája a látóterben keskeny nyalábokban szertekúszó hálózatot alkot messzire kifutó protoplasmányulványokkal, a nélkül, hogy valami sejthártya volna kivehető. Ezen protoplasmában sajátos sejtmaglakzatok fekszenek. Ugyanis hol több kicsiny sejtmag fekszik egy csomóban, hol egy, de nagy, lebenyes szélű, idomtalan sejtmag; magoszlás nincs, glykogent nem tartalmaznak. Ezen típusú sejtek alakilag és festődésileg syncytium-sejteknek felelnek meg és túlsúlyban vannak a Langhans-féle sejtek felett. A hüvely- és tüdőmetastasisban a mikroszkopi szerkezet azonos az elsődleges daganat mikroszkopi szerkezetével.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Az égett sebek kezeléséről szól Schöne a greifswaldi orvosegylet november 9.-én tartott ülésén egy esetének bemutatása kapcsán. A 16 éves fiú másodfokú égést szenvedett egész arcán, nyakán, jobb alkarján, bal karján és kezén és mindkét lábszárán. A Tschmarker-féle eljárást vették igénybe: a megégett, részben nagyon piszkos bőrrészeket vízzel és szappannal narcosisban erélyesen lekefélték, úgy hogy a felületes epidermis-rétegek elvesztek; azután erős lemosás következett 60%-os alkohollal, az alkohol leszártása után pedig steril kötés gaze-zal. Az első napokon mérsékelt hőemelkedések voltak, azután láztalan volt a lefolyás. Konyhasóinfúziókra csakhamar bőséges húgyelválasztás következett be. A sebváladék az első napokon rendkívül bőséges volt, a miért a kötés felületes rétegeit gyakran változtatták. A 15. napon a bőrrel közvetlenül érintkező gaze nagyobb része könnyen el volt távolítható, további 5 nap múlva pedig a még ott maradt kötés-részletek szinte maguktól leváltak. Az alkar két helyén kisebb terjedelemben harmadfokú volt az égés; itt a kötés váltásakor szép tiszta sarjadzás volt látható. A gyógyulás egyébként ideális volt; az égett részek mozgása a kötés eltávolítása után néhány nappal már rendes volt, az újonnan képződött bőr jó és resistens. Az eljárás főleg azért ajánlható, mert egyrészt megelőzhető vele a bakteriumos fertőzés, másrészt a megégett helyek nagy részének mechanikai eltávolítása folytán a toxikus ártalom is a minimumra csökken.

PÁLYÁZATOK.

Tusnádfürdőn a fürdőorvosi állás lemondás folytán megüresedvén, arra pályázatot hirdetünk. A fürdőorvos tartozik június 1.-jétől szeptember 15.-éig állandóan a fürdő területén tartózkodni és az egészségügyi teendőket végezni. Javadalmazás: 600 K tiszteletdíj, egy szobából, elő-, váró- és rendelőszobából álló lakás. Kellően felszerelt pályázatok a fürdőigazgatóságához Tusnádfürdőre intézendők.

A csiktusnádi gyógyfürdő birtokosainak szövetkezete.

63/1913. sz.

A vezetésemre bizott Ugocsa vármegyei „Perényi“-közkórházban márczius hó 1.-jével megüresedő **alorvosi** és április hó 1.-jével megüresedő **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: nyugdíj jogosultsággal egybekötött: alorvosnál évi 2000 kor., segédorvosnál évi 1400 kor. fizetés, mindkét állásnál egyszobás bútorozott lakás, ételmezés, fűtés, világítás, mosás.

Az állásra csakis az egy évi kórházi gyakorlatot igazoló orvos-doctorok pályázhatnak.

A kinevezettek — az első segélyt leszámítva — magánygyakorlatot nem folytathatnak.

Pályázók kérvényeiket *Becsky Emil* főispán úr nevére — Nagyszőlős — czímezve, hozzám **1913. évi február hó 15.-éig** beküldjék, mert később érkezőket figyelembe nem veszem.

Nagyszőlős, 1913 január 24.

Nagy Kálmán dr., operateur, igazgató-főorvos.

3246/1912. sz.

Az újonnan rendszeresített pusztamérgesi (Csongrádmegye) **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 kérvényeiket hozzám **márczius hó 1.-jéig** nyújtsák be.

Az állás javadalmazása évi 1600 korona törzsfizetés, 1200 korona helyipótlék és mindaz ideig, míg orvosi lakás rendelkezésre állani nem fog, évi 600 korona lakbér, melynél ideiglenes lakás jóval kisebb összegért bérelhető. A megválasztandó kézi gyógytár felállítására jogosultsággal bír.

A kör Öttömös és Pusztamérges községekből áll s székhelye az utóbbi.

A választás napját a kérvények beérkezése után fogom elintézni. **Az állás azonnal el lesz foglalandó.**

Kiskundorozsma, 1913 január 27.

Gyárfás, főszoigabiró.

2846—47/1912. szám.

Biharvármegye szalárdi járásához tartozó *Hagymádfalva* és *Szalárd* székhellyel üresedésben levő **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek. Felhívom pályázni óhajtókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában foglaltakhoz képest felszerelt és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal ellátott pályázati kérvényüket **1913 márczius hó 15. napjának délután 5 órájáig** hozzám nyújtsák be.

A hagymádfalvai körhöz 14, a szalárdi körhöz 10 község tartozik.

Mindkét állás javadalmazása az 1908:XXXVIII. t.-cz.-ben van megállapítva. Lakpénz a hagymádfalvai körben évi 400, a szalárdi körben évi 500 koronában van ideiglenesen megállapítva. Utálatány rendezés alatt, addig míg ez eldől, a községek által kiszolgáltatódó természetbeni fuvar. Községeit kéthetenként egyszer beutazni tartozik az általa és a községek által együttesen megállapítandó napon. Mindkét megválasztott körorvos a halottkémlést székhelyén végezni tartozik, melynek díja esetenként 1 korona. Köteles a körorvos a nyilvántartott szegény betegek orvosi segélyben részesíteni és számukra díjazás nélkül rendelni.

Rendelés és beteglátogatási díj a vármegyei 839—3651/1912. Biz. számú szabályrendeletben van megállapítva, mely szerint 7 éven felüli betegek után 1 K, 7 éven aluli betegek után 50 fillér illeti; éjjel a díjazás kétszeres. Nappali látogatás a beteg lakásán 1 K 40 fillér, 7 éven aluliaknál 70 fillér, éjjel 7 éven felül 2 K 40 f., 7 éven alul 1 K 20 f. Műtétek díjazása a 13500/1904. B. M. rendelet IV. szakaszában foglaltatnak 80%-a. Külön hívásra, időszakos körutazáson kívül 10 kilométeren belüli távolságra, akár 7 éven felül, akár 7 éven alul nappali látogatás díja 3.—, éjjel 6 korona. 20 kilométeren belül nappal 5.—, éjjel 10 korona; 20 kilométeren felül nappal 8.—, éjjel 15 korona. A kiszálláskor jelentkező többi betegnek a látogatási díj kivétel nélkül nappal 1 K 40 f., éjjel 2 K 40 f. Hivatalos kiküldetés vagy járvány esetén a vármegye alispánjától jóváhagyott távolsági jegyzék alapján a belügyi tárca terhére felszámítható távolsági díj és pedig 10 kilométer megtett út után kilométerenként 50 fillér, azontúl megtett út után kilométerenként 40 fillér illeti meg.

A hagymádfalvai körorvos kézi gyógyszerért tartani köteles.

A szalárdi körorvos az uradalomtól és a kerületi munkásbiztosító pénztártól évi 1000—1600 K mellékjövedelemre tehet szert

A megválasztott orvosok állásukat 1913 április 1.-én elfoglalni kötelesek.

A választást a szalárdi körre **márczius hó 18.-án d. e. 10 órakor** Szalárd községében, a hagymádfalvai körorvosválasztást **Hagymádfalva községében márczius hó 25.-én d. e. 10 órakor** fogom megtartani.

Szalárd, 1913 január 15.

A főszoigabiró.

15/1913. e. sz.

A vezetésem alatt álló szegedi állami szemkórházban megüresedett **másodorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: 1600 korona fizetés, természetbeni lakás és első osztályú ételmezés. Az állás **legkésőbb márczius 1.-éig, de azonnal is betölthető.**

A belügyminister úrhoz czimzett folyamodványok **legkésőbb február hó 15.-éig** nálam nyújtandók be.

Szeged, 1913 január 28.

Leitner Vilmos dr. s. k., igazgató-főorvos.

2268/1912. szám.

Biharvármegye *vaskóhi*, valamint az újonnan rendszeresített *kisszedresi körorvosi állásra* pályázatot hirdetek.

Az állások javadalmazása:

1. Egyenként 1600—1600 K törzsfizetés, a mely összegek az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 15. §-ában megállapított korpótlékkal emelkednek.
2. Egyenként 600—600 K lakbér.
3. Egyenként 800—900 K fuvarátalány.
4. Belügyminister úr által engedélyezett egyenként 1200—1200 K helyi pótlék
5. Szabályrendeletileg megállapított mellékkeltmények.

Megjegyzem, hogy úgy a lakberek, mint a fuvarátalányok jelenleg rendezés alatt állanak, azonban a fent jelzett összegekre biztos kilátás van.

Külön kiemelem, hogy a kisszedresi körorvosi állás betöltése esetén az illető körorvos mellékes javadalmazásként számíthat még a körorvosi székhelyen levő Willgerodt-művek erdőiparvállalattól szabad lakásra, fűtésre, villanyvilágításra, az iparvasuton ingyen utazásra (mialatt a fuvarátalány majdnem teljes összegében megtakarítható) s ezenkívül ugyancsak a nevezett czégtől minimum 1000—1300 K készpénz mellékjövedelemre.

Felhívom mindazokat, kik ezen állások bármelyikét elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában körülírt képesítésüket igazoló okmányaikkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám **február hó 20. napjának d. u. 5 órájáig** nyújtsák be.

A választás határidejét a pályázatok beérkezése után fogom kitűzni.

Vaskóh, 1913 január 20.

Tempeleán Dezső, főszoigabiró.

247/1913. sz.

A Bóka község mint székhellyel bíró, évi 1600 korona orvosi készpénzfizetés, 600 korona lakbér, Bóka község részéről fizetett 200 korona hűsvizsgálói és 90 korona halottkémi tiszteletdíjjal és szabályrendeletszerű látogatási díjakkal javadalmazott, *Bóka* (3500 lélek és uradalmak) és *Surján* (620 lélek) községekre kiterjedő, kézigyógytártartási jogosítványval járó **körorvosi állás** választás útján betöltendő lévén, felkéretnek mindazok, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy kellően felszerelt pályázati kérvényüket **1913. évi december hó 31.-éig** a módosi főszoigabirói hivatalhoz benyújtsák.

Megjegyeztetik, hogy a választás az első kérvény beérkezése után azonnal ki fog iratni.

Módos, 1913 január 20.

Steinbach Antal, főszoigabiró.

570/1913. fh. sz.

A Budapesti Kerületi Munkásbiztosító Pénztár igazgatósága az alább felsorolt **kerületi kezelőorvosi állásokra** pályázatot hirdet:

1. a székesfőváros II. kerületének (Krisztinaváros) a Déli vasút területén és a Városmajor-utcán innen fekvő részén évi 2000 korona díjazással;
 2. a székesfőváros VII. kerületének a Dembinszky-utca s ezzel szomszédos területén, évi 3200 korona díjazással;
 3. a székesfőváros VIII. kerületének a József-körút, Baross-utca, Nagytemplom-utca és Üllői-út által határolt területén, évi 2000 korona díjazással;
 4. a székesfőváros VIII. kerületének a Dobozi-utca, Magdolna-utca, Madách-utca és Szerdahelyi-utca által határolt területén, évi 2400 korona díjazással;
 5. a székesfőváros X. kerületének az Óhegyi-út, Venyige-utca, Rákosi vasúti vonal, a székesfőváros szentlőrinczi határa és a czeglédi vasúti vonala által határolt területén, valamint az Erzsébet-telepen, évi 2400 korona díjazással;
 6. Erzsébetfalván, a Kende-utca, Kanut-utca, Határ-út, Körösi-út és Nagy Sándor-utca közötti területen, évi 2400 korona díjazással.
- A pályázati kérvények, a melyek oklevélmásolattal s az eddigi orvosi szolgálatot igazoló bizonyítványmásolatokkal szerelendők fel, **1913 évi február hó 17.-éig** adandók be a pénztár főorvosi hivatalához (VII., Damjanich-utca 36) czímezve, a hol az állásokra vonatkozóan hétköznapokon délelőtt 12—1 óra között részletes felvilágosítás nyerhető.

Az állásokat a pénztár igazgatósága választás útján tölti be. A megválasztott orvos tartozik a mindenkor érvényben levő szolgálati, fegyelmi és illetmény-szabályzatot, valamint a szolgálati ügyrendet magára nézve kötelezőnek elismerni s a számára kijelölt körzetben lakni.

Az alkalmazás egy évig ideiglenes jellegű. Az állások az alkalmaztatást kimondó igazgatósági határozat keltétől számított 14 napon belül foglalandók el.

Budapest, 1913 január 25.

A Budapesti Kerületi Munkásbiztosító Pénztár.

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.

Bókay János: Salvarsannal kezelt gyermekkori lues-eseteim későbbi sorsáról 99. lap.

Vidakovich Kamill: Közlés a kir. magy. Ferencz József tud.-egyetem sebészeti klinikájáról Kolozsvárt. (Igazgató: Makara Lajos dr., egyetemi tanár.) A végbélelősesés okairól és a húgyhólyag és hasprés befolyásáról a végbélelősesés létrejövésében. 103. lap.

Pólya Jenő: Közlemény a szent István-kórház III. sebészeti osztályáról. A duodenalis fekélyről. 106. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. A Keller és Chr. J. Klumker: Säuglingsfürsorge und Kinderschutz in den europäischen Staaten. — Lapszemle. Belorvosstan. O. Gross: Az

achylia gastrica és pancreatica egyidejű előfordulása. — *Adolf Schmidt:* A bélbetegségeknek oxgyennel való kezelése. — *Sebészet. H. Coenen:* A clivus Blumenbachii chondromájának műtét utáni meggyógyulása. — *Idegkórtan. Rumpf és Horn:* A vasuti baleset okozta idegbetegségek lefolyása. — *Húgyszervi betegségek. Georges Pristavesco:* Hólyagbélisipolyok. — *Orr-, torok- és gégebajok. Kafemann:* A status thymo-lymphaticus diagnosisa. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Junghans:* Izületcsúsz gyógyítása. — *Credé:* Sennatin. — *Fletcher:* Pertussis. 110—111. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Klinikai füzetek. — Orvosok lapja — Budapesti orvosi ujság. 112. lap.

Vegyes hírek. 112. lap.

Tudományos társulatok. 113—116. lap

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Salvarsannal kezelt gyermekkori lues-eseteim későbbi sorsáról.*

Közli: *Bókay János* dr., egyet. ny. r. tanár.

Ha a lues-ellenes salvarsankezelés tekintélyes irodalmán végigtekintünk, talán feltűnik, hogy a gyermekkora vonatkozó adatok aránylag gyér számat tesznek ki. Különösen nélkülözünk az utóbbi idők közlései között adatokat, melyek megvilágítják azon, gyakorlati szempontból felette fontos kérdést, hogy az *Ehrlich* tanár által előírt adagokkal kezelt gyermekkori lues-esetek tartós, illetőleg végleges gyógyulást mutattak-e, s ha recidiva állott be, a lues-tünetek kiújulása esetenként mennyi idővel a salvarsan adagolása után következett be.

Pedig ezekre a kérdésekre módjukban áll válaszolni a gyógykísérleteket kezdettől fogva folytatott szaktársaknak, mert hisz az első kísérletek végzése óta immár majdnem harmadfél év folyt le.

A magam részéről ezen szakbeli kötelességnek óhajtok eleget tenni, midőn salvarsannal kezelt s az 1911. év elején irodalmilag részletesen ismertettet¹ eseteim további sorsáról teszek közlést.

* * *

26 közölt észleletem közül összesen tíz esetet tarthattam állandó megfigyelés alatt a mai napig s ezek közül hat esetben a lues-tünetek kiújultak. A recidivált esetek lues congenitában szenvedett csecsemők voltak s a kórtüneteknek kiújulása 3¹/₂, 4, 5, 5, 7 és 11¹/₂ hó lefolyása után következett be. Csak mellékesen jegyzem meg, hogy a recidiva mindegyik esetben eléggé enyhe volt s a megindított kéneső-kezelésre

* Minden jog fentartva.

¹ Orvosi Hetilap, 1911. Wiener klinische Wochenschrift, 1911, No. 17.

(calomel belső adagolása) a tünetek eléggé gyorsan visszafejlődtek. (A. tábla.)

Tartósan gyógyult négy esetem közül kettő lues congenita, kettő pedig lues acquisita volt. Ezen esetek részletes kórtörténetét s táblázatos összeállítását az alábbiakban adom. (B. tábla.)

1. eset. *D. Károly*, 5 hetes gyermek. Előremment két abortus. Egy hét óta coryza s néhány nap óta bőrküteg. Anyja szoptatja. Anyján manifest lues-jelek nincsenek. A Wassermann-reactio anyján negatív.

Mérsékeltlen fejlett és táplált csecsemő. Testsúlya: 3710 gr. A bőr halvány, fakó-barnás. Az arcon, hajzatos fejbőrön, továbbá az alsó és felső végtagokon eléggé bő. főleg papulosus, helyenként maculosus és vesiculosus exanthema. Felső végtagjait nem emeli, megmozgatáskor mindkét könyök fájdalmas, a bal könyök fájdalmassága különösen intenzív s ezen oldali ízületnek megfelelőleg mérsékelt duzzanat látható. (Osteochondritis luetica.) Mérsékelt coryza, jól palpálható lép. A talpak zsírfényűek, hámlanak. Wassermann-reactio: + + +.

1910 július 16. Dél előtt 10 órakor 0.02 arsenobenzolt (methylalkoholos oldat, összmennyiség 12 cm³) fecskendezünk be intramuscularisan mindkét fartájékon.

Az injectiót követő 2×24 óra alatt folytatott két órasi végbélhőmérés mellett az első napon 38.6, a második napon 38.4 a maximális láz.

Július 18. Herxheimer-reactio a papuláknak megfelelőleg. Egyéb-ként nincs változás. Láztalan. A közérzet jó, jól szopik.

Július 20. A Herxheimer-reactio megszűnt, a papulák feltűnőleg lapulnak.

Július 22. A papulák tűnőfélben, a talpak kevésbé fénylők, a desquamatio eltűnt. A két könyök fájdalmassága megszűnt s karjait kezdi emelgetni.

Július 28. Exanthema a bőr felületén már alig látható. Testsúly 3880. A közérzet kifogástalan. A fartájékon a beszúrási hely alig duzzadt, nem fájdalmas.

Augusztus 2. Kifogástalan közérzet mellett, lázas hőemelkedés nélkül, elszórtan a végtagokon újabb papulosus eruptio. Wassermann-reactio: + + +.

Augusztus 10. A papulák száma kissé szaporodott. Újabb arsenobenzol-injectió (0.05 gr. 8 cm³ glycolos oldat a jobb fartájon, intramuscularisan). Testsúly: 4350 gr.

A következő 24 óra alatt a maximális hőemelkedés 38.8° C végbélhő. 48 óra után a végbélhő már normalis.

A. Recidivált eseteim.

Folyó szám	Név és kor	Kórjelzés	Wassermann-reactio a kezelés előtt	Salvarsan	Ismételt injectio	Eredmény
3	Sch. Mari 5 hetes 3300 gr.	L. c. Exanthema papulomaculosum. Osteochondritis luetica	1910 szept. 3: +++	Szeptember 3: 0.03 gr. neutralis emulsio (Wechselmann) intraglutaecalis	—	Gyógyulás. A Wassermann-reactio 76 nap mulva gyengén positiv. 1911 márczius 27: Kétségtelen recidiva.
4	M. Béla 7 hetes 4210 gr.	L. c. Exanthema maculosum	1910 szept. 12: +++	Szeptember 13: 0.045 gr. neutralis emulsio (Wechselmann) intraglutaecalis	Október 4: 0.04 gr. neutralis emulsio (Wechselmann) intraglutaecalis	A Wassermann-reactio 49 nap mulva negativ. 1911 január 13: Wassermann-reactio +. 1911 január 27: Kétségtelen recidiva.
6	P. Ferencz 7 hetes 4700 gr.	L. c. Exanthema papulomaculosum	1910 okt. 2: +++	Október 4: 0.04 gr. neutralis emulsio (Wechselmann) intraglutaecalis	Október 28: 0.05 gr. (Jd.) neutralis emulsio (Wechselmann) intraglutaecalis	1911 május 22: Kétségtelen recidiva.
9	B. Ilona 2 1/2 hónapos 4950 gr.	L. c. Exanthema papulomaculosum	1910 okt. 28: +++	Október 28: 0.05 gr. neutralis emulsio (Wechselmann) intraglutaecalis	—	Gyógyult. 1911 október 10: Kétségtelen recidiva.
12	K. Mariska 7 hónapos 6600 gr.	L. c. Condylomata lata circa anum et labii major., papulae inguin.	1910 nov. 3: +++	November 3: 0.06 gr. (Jd.) neutralis emulsio (Wechselmann) intraglutaecalis	—	Gyógyult. 1911 márczius 3: Kétségtelen recidiva.
13	M. József 3 hónapos 4300 gr.	L. c. Exanthema maculopapulosum. Anyján exanthema maculosum	1910 nov. 10: +++	November 10: 0.50 gr. (Hy) anyán November 24: 0.045 gr. (Jd.) gyermekeken. Neutralis emulsio (Wechselmann) az anyán subcután, a csecsemőn intraglutaecalis	—	Gyógyulás. A Wassermann-reactio negativ 1911 január 24. A Wassermann-reactio 1911 február 20: + —. 1911 márczius 6: Kétségtelen recidiva.

B. Tartósan gyógyult eseteim.

Folyó szám	Név és kor	Kórjelzés	Wassermann-reactio a kezelés előtt	Arsenobenzol	Ismételt injectio	Eredmény
1	D. Károly 5 hetes 3710 gr.	L. c. Exanthema papulomaculosum. Osteochondritis luetica	1910 július 15: +++	Július 16: 0.02 gr. methylalkoholos oldat intraglutaecalis	Augusztus 10: 0.05 gr. glykolos oldat intraglutaecalis. Augusztus 31: 0.05 gr. glykolos oldat intraglutaecalis	Gyógyulás. A Wassermann-reactio 107 nap mulva negativ. 1912 november 25: folyton tünetmentes. A Wassermann reactio negativ.
8	F. Ilona 4 hónapos 5300 gr.	L. c. Exanthema maculosum. Rhagades labii superioris. Onychorhexis	1910 október 21: +++	Október 21: 0.054 gr. (Jd.) sósavval neutralizált emulsio intraglutaecalis	—	Gyógyulás. A Wassermann-reactio 35 nap mulva negativ. 1912 október 14: folyton tünetmentes. A Wassermann-reactio negativ.
24	Sp. Róza 11 éves 32 kilo	Lues acquisita. Plaque muqueuse a jobb tonsillán, az arcus palatoglossusra terjedőleg	1910 július 10: +++	Július 11: 0.16 gr. methylalkoholos oldat intraglutaecalis	Július 22: 0.16 gr. glykolos oldat intraglutaecalis	Gyógyulás. A Wassermann-reactio 112 nap mulva: gyenge lysis. 1910 december 3: + —, 1911 február 10: + —. 1912 november 29: folyton tünetmentes. A Wassermann-reactio negativ.
25	O. Ferencz 1 1/2 éves 11 1/2 kilo	Lues acquisita. Condylomata lata circa anum. Ulcus induratum glandis	1910 aug. 10: +++	Augusztus 10: 0.10 gr. glykolos oldat intraglutaecalis	Augusztus 31: 0.10 gr. glykolos oldat intraglutaecalis	Gyógyulás. A Wassermann-reactio 55 nap mulva negativ. 1912 december 1: folyton tünetmentes. A Wassermann-reactio negativ.

Augusztus 12. Az injectio helyén erősebb infiltratio s fájdalmaság, a közérzet egyébként jó.

Augusztus 13. *Herxheimer*-reactio a papuláknak megfelelőleg.

Augusztus 15. A papulák *feltűnőleg* lapulnak.

Augusztus 19. A papulák *jórészt eltűntek. Felső végtagjait teljesen szabadon mozgatja.* Az injectio helyén csak kis infiltratum. Kifogástalan közérzet, jól szopik, testsúly 4600 gr.

Augusztus 29. A talpak nem fénylők. Elszórtan még néhány kisebb halvány macula. Wassermann-reactio: +.

Augusztus 31. A maculák *újából kissé szaporodtak. Újabb arsenobenzol-injectio* (0.05 gr., glycolos oldat a bal fartájon, intramuscularisan). A következő 24 órában legmagasabb végbélhő: 37.6° C.

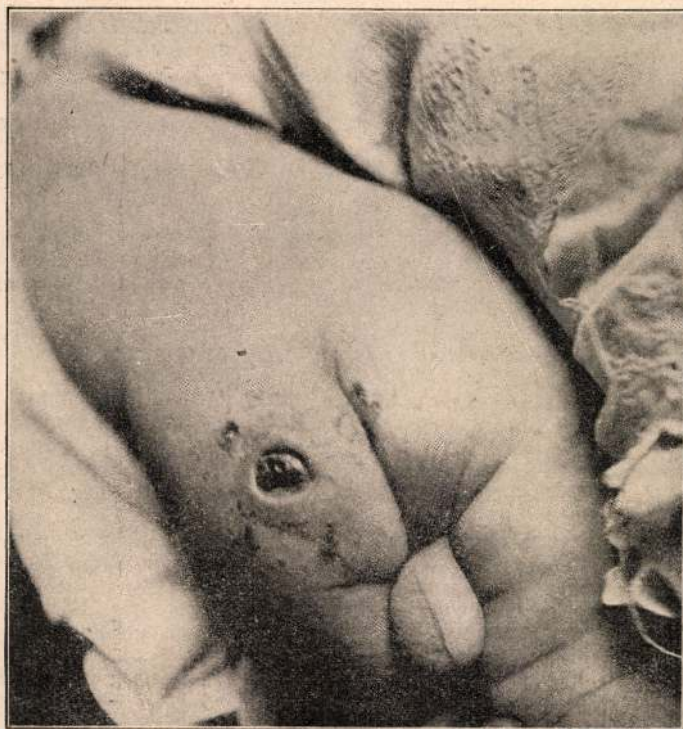
Szeptember 3. Erősebb s élénken fájdalmas lobos infiltratum a bal fartájon. A maculák fokozatosan halványodnak.

Szeptember 7. Az exanthema teljesen eltűnt. A bal fartáji duzzanat inkább enged, a jobb fartáji infiltratio alig babnyi.

Szeptember 12. A bőrfelület teljesen megtisztult. Az anaemia szépen javul. A bal fartáji duzzanatnak megfelelőleg kezdődő körülírt bőrnecrosis. Testsúly 5400 gr.

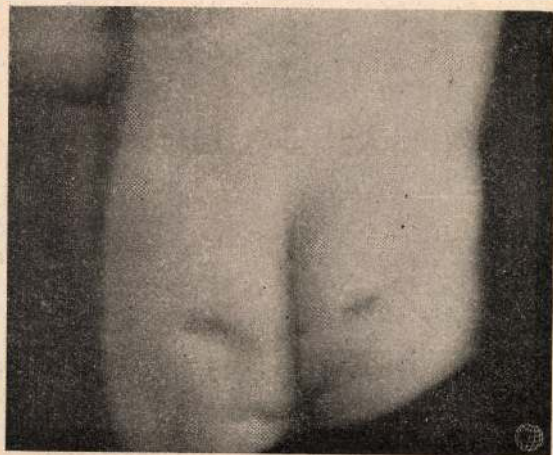
Szeptember 17. A lues-tünetek nyom nélkül visszafejlődtek. Mindkét felső végtagját szabadon, élénken mozgatja. Egészséges bőrszín. Lép nem tapintható. A bal fartájon fillérmekkoraságú bőr-necrosis.

Október 4. A necrotizált bőr kivált, a visszamaradt anyagvesztéség fillérnyi. (Lásd 1. ábra.) A közérzet kitünő, jól szopik, testsúly: 6150 gr. Wassermann-reactio: ++.



1. ábra.

A három injectióra (16/VII, 10/VIII, 31/VIII) felhasznált arsenobenzol mennyisége összesen 0.02 + 0.05 + 0.05 = 0.12 gr. A kezelés, illetőleg észlelés tartama eddig majdnem három hó. Testsúlygyarapodás ezen idő alatt 2400 gr.



2. ábra.

November 1. Testsúly: 6800 gr. A bal fartájon alig babnyi granuláló sebfelület. A jobb fartájon fillérmekkoraságú petyhüdt tályog. A lues-tünetek nyom nélkül eltűntek. Virágzó külsejű.

November 10. Wassermann-reactio: —.

November 21. Mindkét fartájon kissé behúzódott heg. A lép alsó széle alig tapintható. Virágzó bőrszín. Testsúly 7200 gr.

1911 február 19. Teljesen egészséges. Pompásan fejlődik. Testsúly: 7820 gr.

1911 szeptember 15. Teljesen egészséges. Wassermann-reactio:

+ — —.

1911 december 27. Egészséges.

1912 november 25. *Pompás fejlődés, lues-tünetek sehol sem láthatók*, a bőrszín élénk. Testsúly 12 kilo. A Wassermann-reactio negativ. *Észlelési tartam 29 hónap.* Anyja június havában hét hónapra halott gyermeket szült. A fartáji necrosisok után képződött heget a második ábra érzékíti.

* * *

8. eset. *F. Ilona*, 4 hónapos gyermek. Felvételét október 21.-én. Atyja lues ellen kezeltetett. A gyermekem hetek óta exanthema. Jól fejlett és táplált, a köztakaró kissé halvány, a testsúly 5300 gr. Első gyermek, anyja szoptatja.

Seborrhoea superciliarum. Gátolt orrlégzés, *savós orrfolyás*. A felső ajkon több sekély, *vérzékeny rhagas*. A fartájakon és alsó végtagokon több rozsdavörös, *lencsényi-babnyi folt*. Különösen bőven a jobb farfopán. *Helyenként annularis roseola*. Fénylő tenyerek és talpak, mérsékelt hámlással, a lábujjak körmein erős onychorhexis. Kifejezett lép-megnagyobbodás. Wassermann-reactio: anyán és csecsemőn +++.

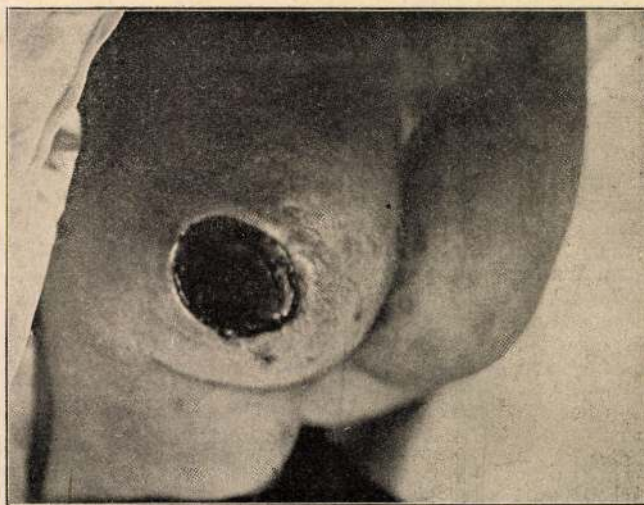
Október 21. 0.054 gr. arsenobenzol-befecskendés. (Sósavval neutralizált emulsió, 7 cm³-nyi mennyiségben a bal farfopába.)

A befecskendést követő 24 órában, 6 órával a befecskendés után 38.7° C végbélhő, a mely 10 órával a befecskendés után 39.3° C-ra emelkedik. A következő 24 órában a gyermek már láztalan.

Október 23. Jó közérzet. Az orrfolyás megszűnt. A felső ajk rhagasa tűnőfélben. A foltos exanthema *mindenütt halványodott*. A befecskendés helyén kis alma-mekkoraságú, igen fájdalmas duzzanat, a mely fölött a bőr pirosan elszínesedett.

Október 24. A beszűrés helye körül kerekded, korona-nagyságú, sötét anyagot tartalmazó hólyag.

Október 25. Jó közérzet, folyton láztalan. Az orrlégzés teljesen szabad. Az orrfolyás megszűnt. Az ajk rhagasai majdnem eltűntek. A foltos exanthema *elhalványult, alig pigmentált*. A talpak infiltratiója visszafejlődött, a talpbőr már alig fénylik. A fartájon *ezüstforint-mekkoraságú, élesen határolt, barnás-fekete színű necrosis*, kezdődő leválás. (Lásd 3. ábra.) A kórházból elbocsátjuk s a további észlelés ambulanter történik.



3. ábra.

Október 29. A bal arczfél orbánczos lobjával mutatják be, a mely retroauricularis intertrigóból vette kiindulását. A lész közép fokú. A közérzet kevésbé befolyásolt. A fartáji necrosis változatlan. A necrosis terület körül lobtünetek nincsenek.

Október 31. Az orbáncz a fejen visszafejlődőben, a lueses exanthema helyein csak *nagyon halvány pigmentfoltok*. A fartáji necrosisos bőrterület levált, a szélek kissé alávajtak.

November 5. Testsúly 5450 gr. Az erysipelas eltűnt, a közérzet jó. A maculák helyét elfoglaló pigmentfoltok majdnem teljesen eltűntek, a bőr élénkebben rózsaszínű. A fartájon változás nincsen.

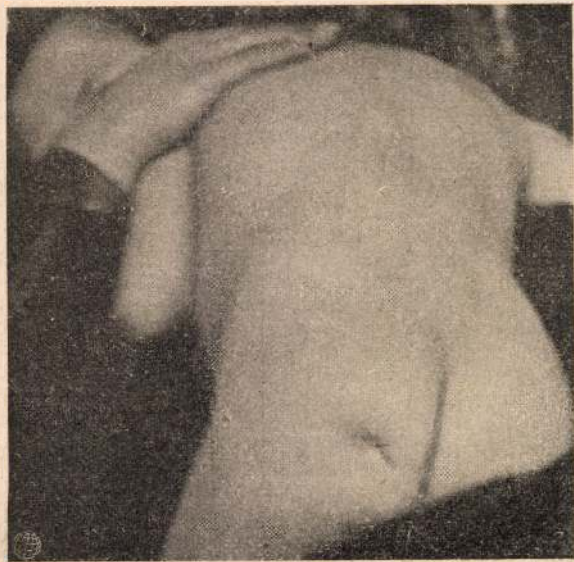
November 12. Testsúly 5680 gr. A közérzet kifogástalan. A fartáji sebfelület granuláló.

November 25. Testsúly 6200 gr. A bőrfelület teljesen tiszta. Wassermann-reactio: 0.

December 20. Gyógyult. Testsúly: 6450 gr. A fartáji beszűródés helyén heges, tölcséres behúzódás.

1911 február 13. Virágzó külsejű. A bőrfelület teljesen tiszta. A lép alig tapintható. Testsúly: 7200 gr.

1911 április 18. Teljesen rendben van. Testsúly: 7850 gr.
 1911 június 5. Wassermann-reactio: + — —. Lues-mentes.
 1912 január 2. Teljesen egészséges.
 1912 október 4. *Teljesen egészséges. A fejlődés kifogástalan, a bőrszín élénk.* Testsúly: 14.250 gr. Wassermann-reactio: negatív. *Észlelés artama két év. A fartáji necrosist követő heget a 4. ábra érzékíti.*



4. ábra.

24. eset. *Sp. Róza*, 11 éves, felvételt 1910 június 27.-én. Első gyermek, abortus nem ment előre. Több hónappal ezelőtt kezdett torokfájásról panaszkodni és kezelő orvosa már akkor konstataulta a torokban plaque muqueuse jelenlétét s kénesökenőcs-bedörzsöléseket használtatott; az infectio forrása egy cselédleány, ki florid luesben szenvedett.

Jól fejlett, jól táplált, kissé halvány bőrszín; a jobb tonsillán, az arcus palatoglossusra terjedőleg fillérnyi, szalonnás fényű plaque. A jobb állszögletben kis diónyi, tömött, nem fájdalmas mirigy. Wassermann-reactio: + + +. Testsúly 32.20 kg.

Július 11. 0.16 gr. arsenobenzol (methylalkoholos oldat, 18 cm³, elosztva a két fartájékre, intramuscularisan).

A hőmérsék hat órával az injectio után a hónaljban mérve 37.8°. Ettől fogva a hőmérsék fokozatosan esik és másnapra már normalis.

Július 12. A beszúrási helyek alig fájdalmasak, mérsékelt infiltratio a beszúrási helyeknek megfelelőleg.

Július 13. A fartájak teljesen fájdalomtalanok, úgy hogy a leány ágyon kívül van. A tonsillaris plaque, a mely az injectiót követő napon erősebb pir által volt környezve, lényegesen tisztult és körülötte a pir eltűnt.

Július 16. A plaque a torokban már csak igen halványan látható, alig lencsényi opalizáló terület. A jobb állszöglet alatti mirigyduzzanat változatlan.

Július 20. A plaque helyén kölesnyi opalizáló terület, a mirigy változatlan. Wassermann-reactio: + +.

Július 22. Újabb injectio: 0.16 arsenobenzol (a jobb glutaeusba, glykolos oldatban, 10.5 cm³ összmenyiségben).

Az injectiót követő 24 órában maximalis hónalj hő 38.5° C, a mely csakhamar a normalis niveaura esik alá.

Július 27. A torok tiszta, a subangularis mirigy kevésbé duzzadt, az injectio helye indurált, fájdalmas, a bőr felette tenyérszerű terjedelemben lobos.

Július 31. Az injectio helyén minimalis genyszivárgás, az infiltratum kevésbé tömött, a lobtünetek eltűntek. A torok teljesen tiszta, a subangularis mirigy alig babnyi.

Augusztus 10. Az injectio helyén minimalis infiltratum, a genyszivárgás fennáll, minimalis.

Augusztus 29. Wassermann-reactio: + +. A jobb tonsillán észlelt plaque helyén semmi rendellenesség, a subangularis mirigyduzzanat eltűnt, a közérzet kifogástalan.

Súlygyarapodás július 11.-e óta, tehát alig két hó alatt, majdnem két kilogramm. A két injectio (július 11, július 22) alkalmával felhasznált arsenobenzol összmenyisége: 0.16 + 0.16 = 0.32 gr.

Október 10. Wassermann-reactio + —. A torokképletek tiszták. November 6. A torok teljesen tiszta. Mérsékelt genyszivárgás a jobb farpofa minimalis sebéről.

November 10. Wassermann-reactio: + —.

Február 10 (1911). Gyógyulás tart. Wassermann-reactio: + —.

1911 július 5. Rendben van.
 1912 február 14. A torok-képletek szabadok s egyébként sincs sehol lueses tünet. Virágzó külsejű.
 1912 november 29. Teljesen rendben van. Testsúly: 43½ kg. Wassermann-reactio: negatív. *Észlelés tartama 29 hónap.*

* * *

25. eset. *O. Ferencz*, 1½ éves, feltételezett 1910 augusztus 10.-én. Második gyermek. Az első él és egészséges, abortus nem ment előre. Négy hét óta veszik észre, hogy rekedt, náthás és végele körül széles függőlyök fejlődnek. Állítólag a gyermek dajkája, ki már nincs a gyermek mellett, lueses volt.

Jól táplált, jól fejlett, testsúlya 11.550 gr. Feltűnőbb anaemia. A praeputium és glans közötti áthajlási redőben, a frenulum szomszédságában, lencsenagyságú, szalonnás lepedékkel fedett, indurált fekély. Az inguinalis mirigyek erősen beszűrődtek (mindkét oldalt több nagyobb babnyi mirigy tapintható). A végbél körül mindkét oldalt három-három szalonnás felületű széles függőly. Wassermann-reactio: + + +.

Augusztus 10. 0.10 gr. arsenobenzol alkalmazása (12 cm³ glykolos oldat a jobb fartájba, intramuscularisan).

Az injectiót követő 24 órában a maximalis végbél hő 37.7° C, míg az ezt követő napon a maximalis végbél hő csak 37.3° C.

Augusztus 12. Az injectio helyén erősebb fájdalmas infiltratum.

Augusztus 13. A penisen levő fekélyződés lepedékmentes, kevésbé indurált alapú. A condylomák körül keskeny, élénkpiros szegély. A közérzet jó.

Augusztus 15. A penis fekélyződése tűnőfélben, az induratio alig tapintható. A condylomák laposabbak, kevesebb váladékot secernálnak. A fartáji infiltratum csökkenőben.

Augusztus 18. A condylomák helyén rozsdabarna foltok láthatók. A penis fekélye gyógyult, az inguinalis mirigyek jelentékenyen kisebbedtek.

Augusztus 25. A condylomák helyén halvány barnás-vörös foltok; az injectio helyén minimalis infiltratio. Wassermann-reactio: + +.

Augusztus 30. A végbél körül a condylomák halvány rózsaszínű foltok. Az anaemia még mindig eléggé szembetűnő.

Augusztus 31. Újabb injectio, 0.10 gr. arsenobenzol (12 cm³ összmenyiségű glykolos oldat, a bal fartájba, intramuscularisan).

Az injectiót követőleg maximalis végbél hő 37.2° C. Az injectio napján az injectio helye erősen fájdalmas s a gyermek nyugtalan.

Szeptember 2. A bal fartájon gyermektenyérszerű tömött infiltratum, a mely fölött a bőr kissé lobos.

Szeptember 3. A duzzanat az injectio helyén kisebbedik; a közérzet jó.

Szeptember 6. Duzzanat mint fentebb.

Szeptember 12. A bal fartáji duzzanat diónyi, felette a bőr halvány.

Szeptember 26. Az inguinalis mirigyek duzzanatot nem mutatnak. A condylomák helyén egészen halvány pigmentfoltok. A fartáji duzzanat nagyobb babnyi, kifogástalan közérzet.

Október 11. A condylomák helyén halványvörös pigmentfoltok, mindkét lágyékban mikroadenia; a bal fartájon mogorónyi, nem fájdalmas infiltratio. Virágzó külsejű. Wassermann: negatív.

Október 25. A bal fartájon még két mogorónyi infiltratum.

Augusztus 10.-e óta, tehát két hó alatt a súlygyarapodás majdnem két kilogramm. A két injectio (augusztus 10, augusztus 31) alkalmával felhasznált arsenobenzol összmenyisége 0.10 + 0.10 = 0.20 gr.

November 3. A condylomák helyén egész halvány pirosság. A torok szabad.

December 22. Virágzó arcszín. A condylomák helyén halvány pigmentatio. A jobb farpofán mogorónyi, homályosan fluktuáló, baloldalt babnyi, tömött duzzanat.

1911 február 19. Teljesen rendben van.

1911 október 27. Teljesen rendben van. A bal fartájon babnyi, a jobb fartájon lencsényi infiltratio.

1912 december 1. Testsúly 18 kg. Teljesen rendben van, a bőrszín élénk. Wassermann-reactio: negatív.

Az észlelés tartama: 28 hónap.

* * *

Eseteim bővebb magyarázatra nem szorulnak.

Az 1911. év elején közzétett cikkemben conclusióim a salvarsan-kezelést illetőleg a következők voltak: „Eddigi tapasztalataim alapján úgy vélem, hogy a 606 a gyermek-kori, inclusive csecsemőkori luesben a symptomás gyógyhatás gyorsaságának tekintetében a kénesőkészítményeket felülmúlja; hogy a hatás az általunk követett alkalmazásmód mellett állandó-e, arra természetesen eseteinknek csak hosszas, hónapokra kiterjedő pontos megfigyelése fogja a választ nekünk megadhatni.”

Ezen következtetésem első részén azóta szerzett bő tapasztalataim alapján sincs okom változtatni, sőt ma már a salvarsant gyakorlatomban nem is tudnám nélkülözni. Conclusióm második részét illetőleg négy szép esetem alapján 29, 24, 29 és 28 hónapra terjedő pontos és állandó megfigyelés után állíthatom, hogy ezen eseteimben az Ehrlich tanár által eredetileg előírt módon intraglutaéalisan alkalmazott salvarsan a szervezet sterilisatio magnáját eredményezte s ezen kijelentésemet megerősíti azon körülmény is, hogy mind a négy esetben a Wassermann-reactio ma negatív.

Hogy ma a salvarsant mégis kéneső-kezeléssel folytatva veszem alkalmazásba, az magyarázatát recidiváim aránylag eléggé nagy számában találja.

Közlés a kolozsvári kir. magy. Ferencz József tud.-egyetem sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Makara Lajos dr., egyetemi tanár.)

A végbélelőses okairól és a húgyhólyag és hasprés befolyásáról a végbélelőses létrejövésére.

Irta: Vidakovich Kamill dr., I. tanársegéd.

(Folytatás.)

2. A húgyhólyag és hasprés befolyásáról.

Az összefüggés, mely a hólyag és végbél bonczolástani viszonyai között fennáll, eléggé ismeretes. Egyes részletkérdésekről, melyek a két szerv élettani működésének viszonyát magyarázzák, a továbbiakban még lesz szó, itt csak a közös beidegzésre, egyes izmok közös voltára, közös rögzítő, illetve függesztő készülékeikre, szalagjaikra akarok utalni, melyek az anatómiai közösséget bizonyítják. Ezáltal az élettani működés közössége is jelezve van; e kérdéssel részletesen az élettani tankönyvek foglalkoznak, a defaecatio és vizeletkiürítés műveleteit tárgyaló fejezetekben. Mi sem természetesebb, hogy két szerv, mely bonczolástani ily szoros vonatkozásban van egymással és ilyen szoros kapcsolatot mutat élettani funkciói teljesítésében is, kóros viszonyok között is kell, hogy kihatással legyen egymásra. Ily kapcsolatok eléggé ismeretesek a pathológiában és mint látni fogjuk, fennállanak a végbélelőses esetében is.

Az összefüggés adódik egyrészt a hólyag elhelyezkedése által a végbél felett, másrészt azáltal, hogy a hólyag teltségi viszonyaitól függ a hasprés ereje érvényesülésének foka a végbél alsó részére. A hólyag elhelyezkedésének szerepét a topographiai-anatómiai viszonyok magyarázzák; a hólyag teltségi viszonyai által feltételezett nyomáskülönbségről a végbélben részint physikalikus vizsgálatok alapján, részint kísérleti úton győződhetünk meg. Ha ilyent meg tudunk állapítani és fel tudjuk ismerni azon viszonyokat, melyektől a nyomás-differentia fel van tételezve, akkor egyrészt közelebb jutottunk a végbélelőses előidézésében szereplő egyik igen fontos segédmomentum részletebb megismeréséhez, másrészt e felismerésből az előesés megakadályozására irányuló bizonyos fontos következtetéseket tudunk levonni, illetve therapiái útmutatást megállapítani. Való az, hogy a hasprés hatásának különböző módjait, illetve a végbélre való érvényesülésének részletes viszonyait a vizsgálatok eddig meglehetősen figyelmen kívül hagyták, a hasprés ereje eddig csak mint hatásmódjában közelebből nem ismert általános fogalom szerepel. Pedig hogy részletesebb méltatást érdemel, mutatja többek között az a körülmény is, hogy a végbélelősesnek oly fajtáját is ismerjük, melynek okául mást, mint a hasprés fokozottabb igénybevételét, megállapítani nem tudunk, és mely azon módon ismét el is tűnik, ha a hasprés rendellenes működése megszűnik. Szembetűnő ez különösen a más szervek bántalmához csatlakozó prolapsusok alkalmával (hólyagbajok).

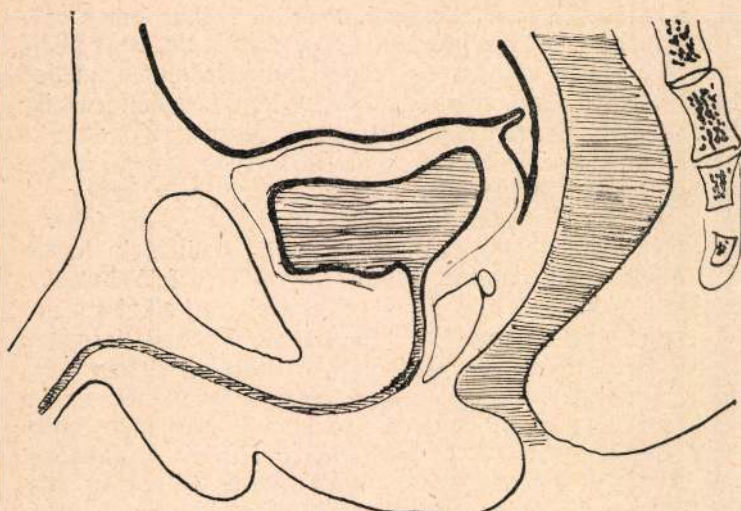
A medence szerveinek egymáshoz való viszonyát szemügyre véve azt látjuk, hogy ez más és más, a szerint, a mint a szervek — hólyag és végbél — telt avagy üres állapotban vannak. Míg a végbél teltsége csak lényegtelenül változtatja meg a képet, addig a hólyag, melynek befogadó és tágló képessége a végbélénél sokkal nagyobb, igen szembetűnő változásokat idéz elő a két szerv kölcsönös helyzetében. Legszembetűnőbb a különbség, ha a medence nyilirányú hosszmetzetének képeit egymással összehasonlítjuk egyszer üres, másszor erősen, esetleg túltelt hólyag és végbél mellett. Az üres hólyag tudvalevőleg tömött, izmos, összeesett falú tömlő alakjában helyezkedik el a symphysis és végbél, illetve keresztcsont között a medence alsó és elülső elhatárolódása helyén. Belőle ily állapotban alig látható (felülről tekintve) annak felső része; elül szélesen a symphysishez fekszik, hátulsó része pedig a méhhez, illetve a végbélhez simul. Mögötte a méh testének kisebb-nagyobb része látható. A végbél alsó része a keresztfarkcsont által alkotott vájulatra illesz-

kedik s kötőszövetesen odatapad. Felülről hajlott izmos csőnek mutatkozik, mely a hólyagtól vagy csak balra, vagy pedig — fekvő S alakot alkotva — annak mindkét oldala mellett látható. Legalsó része erős kötőszövetes környezetben fekszik; nőknél a gát és farkcsíksont alatti részbe, férfiakon a húgycső, prostata és keresztcsontvégbélnyílás közötti részbe van beágyazva. Megerősítéséhez e helyen erős izmok — azok, a melyek a medence fenekét alkotják —, de főleg a sphincterek járulnak hozzá. Ezen része a végbélnek hajlott csövet alkot, mely hátulról felülről — előre lefelé haladva, belefekszik a keresztcsont és farkcsíksont által alkotott vájulatba, majd meg ez alatt lefelé ferdén az említett irányban haladva, hirtelen hátrafelé görbül és a végbélnyílásban végződik. Ez utóbbi 5—8 cm. hosszú része a végbélnek az, a melyen a hólyag és prostata, illetve a hólyag és méh rajtafekszik, mintegy fedvén a végbélnyílás feletti végbélrészt. Minél hosszabb e rész, annál jobban kerül a hólyag alá, annál jobban van fedve általa; minél rövidebb, annál több köztük a felülről szabad rész, hullán annál könnyebben lehet felülről a kettő közé ujjal behatolni. A különbség főleg gyermekhullákon vehető észre inkább, a melyekben egyrészt a keresztfarkcsíksont meredeksége sokkal gyakoribb, mint felnőttekben és kikben a végbélnyílás és farkcsíksont vége közti aránylagos távolság is nagyobb határok között ingadozik. Erre Hoffmann figyelmeztetett, a ki szerint a gyenge medencefenék egyik oka és tünete az analis nyílás közelsége a farkcsíksont végéhez. Az ezáltal létrejövő meredekségére a végbél e részének *Waldeyer*, *Ludloff* tett figyelmessé, míg *Beiesnegovszky* kimutatta, hogy prolapsus ritiben szenvedő gyermekekben csakugyan fokozott mértékben állanak fenn a viszonyok. Erről különben az ujjunkkal való vizsgálat által is meggyőződhetünk. Különösen férfiakon tudjuk a viszonyokat pontosan észlelni, mert náluk a prostata felső határa az a határ, a meddig a hólyag a végbélre reáfekszik. Hogy e tekintetben valóban igen széles határok közt mozgó változatok léteznek, arról mindenki meggyőződött, ki ujjal végbélet vizsgál. Vannak szinte az analis nyílásban fekvő prostaták, és vannak olyanok, melyeknek felső része alig érhető el (rendes és nem hypertrophiás prostatákkal bíró viszonyairól van szó). Prolapsussal bírókon a prostatát egészen közel a végbélnyíláshoz találjuk. Ezen anatómiai viszonyok jelentőségére később még reá fogunk térni.

A hólyag és végbél közötti összefüggésnek egy másik bonczolástani jele az ezek között levő hashártya által alkotott határredő állásának távolsága a végbélnyílástól. Ez férfiakon a hólyag és végbél, nőknél a méh és végbél közé nyúlik le. A hashártya itt a homloksíkban elhelyezett, gyermek- vagy fél férfitenyérnyi terjedelemben egymáshoz simuló kettőzetet alkot, melynek alsó áthajló redőjét egyszerűen plica Douglasiának nevezzük. E redő állásával járó változások fontosságáról az elméleteket tárgyaló részben volt már szó. Voltaképpen *cavum Douglasii*ről nem beszélhetünk, mert a mit annak nevezünk, az csak egy hashártyaredő virtualis ürege, mely azonban valóságossá válik, ha valami okból lemezei egymástól eltávolodnak és valamilyen hasi szerv vagy idegen anyag (exsudatum) kerül beléje.

Ez a lehetőség pedig megadódik akkor, ha lemezei vongálódás folytán vagy más okból petyhüdtté válnak (tudvalevőleg a medence kötőszöveve igen erős rostokat tartalmaz) és ha a hasüregben ide behelyezkedni bíró szervek vannak, főleg hosszú mesenteriummal bíró vékonybelek (ptosis eseteiben).

A hashártyalemezek nevezett vongálódása és elpetyhüdése főleg akkor következik be, ha azok a hasprés használatkor nagy kitéréseket végezni kénytelenek, a mi viszont akkor történik meg, a mikor, mint azt *Waldeyer* kimutatta, a Douglas-redő rendellenesen mélyen van elhelyezve. Erről bővebben az elméleti részben volt szó. Ilyenkor a *cavum Douglasii* ki van töltve vékonybelekkel, a hashártya és gát közti lágyrészfal pedig oly vékony, hogy az intraabdominalis nyomással szemben csak gyenge ellentállás kifejtésére képes. Maga a Douglas-féle ür felfelé üres hólyag mellett az elülső hashártyalemeznek éles ránczával végződik és megy át a



1. ábra.

hasüregbe. E része a hólyag és végbél közötti résznek lefelé keskenyedő, felfelé tölcsérszerűen táguló ürt alkot, benne üres hólyag mellett mindig található vékonybelek (Douglas-Vorhof). Jelentőségére újabban Goldstein figyelmeztetett, ki végbél-előesés eseteiben a Douglas-féle ür eltüntetésével elért jó eredményeket annak tulajdonítja, hogy az említett pitvarszerű előrészt a Douglas-ürnek, a Douglas-pitvart (Douglas-Vorhof) is mindig elvarrja.

A hólyag és végbél telődése által létrejövő változásokat hullán tanulmányozhatjuk legjobban. E célból kinyitott has mellett lassan megtöltöttem a két szervet vízzel, miközben a következő változásokat észlelhettem: Míg a hólyag és végbél üres, addig a hashártyának a Douglas-féle ürt alkotó lemezei csak lazán fekszenek egymáshoz, közéjük ujjal könnyen be lehet jutni. A vékonybelek csak az üreg felső részéig, az említett tölcsérszerű mélyedésig hatolnak le. A mint a hólyag telődik, a Douglas-féle ür hashártyalemezei mindjobban egymáshoz szoríthatnak; ezáltal a végbél is mindjobban a keresztcsontához szorul és veszi fel hajlottabb alakját, annál inkább, mert ugyanekkor anális része előre és felfelé kerül az által, hogy követni kénytelen a hólyagot, mely telődése közben mindinkább a medenczébe emelkedik. A hólyag telődése által azonban a hólyag és végbél összekövés is szorosabb lesz és nagyobb területre is terjeszkedik ki, természetesen felfelé, a medence bemenete felé. Ezáltal megszűnik az említett retrovesicalis tölcsérszerű ür is, a benne lévő vékonybelek is mind felfelé emeltetnek, illetve szoríthatnak. Ugyanekkor, mert a Douglas-féle ür falai felfelé emeltetnek, mintegy megfeszülnek, magasabbra kerül a plica Douglasii is, hiszen ennek követnie kell folytatását felfelé. Ha mintegy 250—300 cm³ vizet fecskendeztünk a hólyagba, a viszonyok a következők lesznek: A méh teljesen eltűnt a hólyag mögött és alatt; a medence bemenetét a hólyag teljesen kitölti, mintegy pelotta tamponálja és szorosan illeszkedik a medencebemenet csontfalához, a vékonybelek pedig onnét teljesen kiszorítja. Minél teltebb a hólyag, annál tökéletesebb a hólyag odafekvése a medence bemenetének falaihoz; ez annyira fokozható hullán 500—1000 cm³ víz befecskendése által, hogy ujjal sem juthatunk be felülről a medenczébe. A hólyag, mely összeesett állapotban a medenczébe elül foglal helyet, most — a mint az a túltelt hólyag melletti viszonyokat mutató 2. ábrán látható — erősen felfelé kerül. A hólyag ezen emelkedése, melynek fontosságát a végbél ampullaris és perinealis részére már láttuk, egyrészt azért jó létre, hogy terjeszkedése lefelé az ott helyet foglaltó képleteken akadályokra talál; másrészt és főleg azért, mert szélesen tapad a symphysis táján, mely felé nagyobbodása közben húzódnia kell, épp úgy, mint a falhoz ragasztott csüngő gummihólyag, ha levegővel felfújjuk.

Az elmondottakból és a 2. ábra megtekintéséből könnyen érthető a hólyag azon szerepe, melyet védelmi szem-

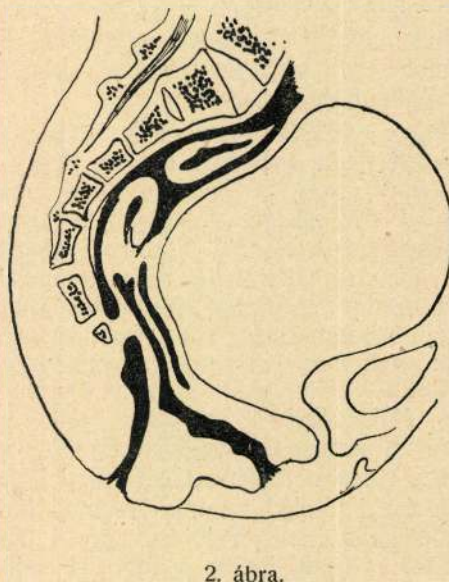
pontból a haspréssel szemben a medence feneké felett gyakorol, s melyet a következőkben foglalhatunk össze: Telődése és magasabbra kerülése által

1. kiemeli a kis medenczéből a vékonybeleket, melyek a hasprés ereje közvetlen közvetítőinek tekintendők;

2. telt hólyag létre a medence bemenetét elzáró golyóként szerepel, mely a lefelé ható hasprés erejének nagy részét felfogja. Ebben úgy viselkedik, mint minden folyadékkal telt vékonyfalú gömb, hogy t. i. a reá ható erőt minden irányban egyenletesen közvetíti; ezáltal az egyenletesen a végbél alsó részére irányult erőnek nagy részét másfelé irányítja. Minél teltebb a hólyag, annál teljesebb az elzáródás, annál védettebb a végbél alsó része is.

3. A plica Douglasii feljebb emeli, ezáltal a medence fenekét erősíti; és végre

4. a végbélet erősen beszorítja a keresztcsont-farkcsikcsont által alkotott vájulatba, elülső alsó részét felemeli, miáltal a végbél perinealis része a kedvezőbb, vízszintesebb és hajlottabb alakját veszi fel. Ugyanakkor a végbél falának elülső része, melynek betűrésével prolapsus, illetve a hernia perinealis medialis kezdődik, erősen a hólyag alá húzódik.



2. ábra.

A medence szervei között a telt hólyag okozta anatómiai változások mellett tehát szombetűnök azon kedvező viszonyok, melyek védelmi szempontból a hasprés káros hatásával szemben a végbél legalsó részére nézve beállanak. A továbbiakban már nem tudjuk a végbél-előesés kóroktanában szereplő két segítő momentum (a hólyag és hasprés) tárgyalását egymástól különválasztani, hanem a mennyiben a kettő hatása együtt nyilvánul, együttesen is kell velük foglalkozni. Először a hasprés hatásának mikéntjét fogjuk részletezni és azután azon jelenségeket, melyek a hólyag különböző telődési viszonyai által a hasprés hatásának megváltoztatásában a végbélben észlelhetők.

Azon physiologiai cél szerint, a mely szerint a szervezet a hasprés erejét érvényesíteni kívánja, annak hatása általában kétféle irányú lehet. Az egyik esetben a végbéltartalom kiszorításában segítségére kíván lenni az azt activ módon végző izomzatnak: azaz az erő hatása lefelé érvényesül. Ekkor működésével egyidejűleg a szervezet a medence kimenetele felé az erő útjába eső akadályokat (sphincter stb.) reflexesen megszünteti; a másik esetben a rekeszizom működését támogatja a hasprés s ekkor éppen ellenkezőleg a medence alsó elhatárolását alkotó izmok vele egyidejűleg erős tonusba jutnak, hogy az erő ne lefelé, hanem felfelé hathasson.

Általában azt mondhatjuk, hogy alkalmazása kétféle; vagy sphincterellazulással, vagy a nélkül jár, e szerint ide sorozható egyrészt a defaecálás, másrészt valamennyi többi

folyamat (tüszentés, köhögés, vizezés, szülés stb.). Physiologiailag ezen együttműködés automatásan történik. A hasprés erejének e kétféle irányban történő alkalmazásának legszembetűnőbb példái: a tüszentés (köhögés) és a defaekálás. Utóbbinál a sphincter ani ellazításával a végbél alsó részének egyik nagy támasza megszűnik. A medence feneke az erő irányába eső rés támad, miáltal a felülről ható nyomás annál nagyobb fokban fog ezen érvényesülni, minél nagyobb — ceteris paribus — maga az erő és minél egyenesebben éri ezt a helyet; vagyis minél kevesebb akadály van az útjában, melyek közül a legfontosabb a hólyag és a végbél felső része. A hólyag szerepét fent említettük már. Hogy a telt végbél is bizonyos hatással van, azt bizonyítja az a körülmény, hogy a telt végbél nem fordul ki; csak midőn már kiürült, következik be a prolapsus. Ez a prolapsus kezdeti szakában így van gyermekeken.

Tüszentéskor és köhögéskor ellenben más irányban egyengetjük az erő útját: a légző nyílásokon keresztül. Azért is ilyenkor erős tonusba kerül a sphincter és musculus levator ani. A különbséget a medence feneke e kétféle viselkedése között megfigyelhetjük rendes fejlettségű egyéneken, kiken az előbbeni esetben a végbélnyílás tája kidomborodik, az utóbbi esetben pedig behúzódik. Idősebb, gyenge izomzattal és gyenge medence-fenekkel bíró egyéneken e különbség megszűnik. A hasprés használata e kétféle módon a medencefenék erejének megítélésére is szolgálhat. Ily módon győződhetünk meg az öregek medencefenékbeli gyöngeségéről, mely oka a náluk tüszentéskor és köhögéskor oly könnyen előálló bajnak.

A hasprés hatása tehát vagy olyan, hogy a szervezet teljes erejében engedi azt érvényesülni a medence feneke, vagy olyan, hogy más célból kívánva azt igénybe venni, segítő erővel védekezik annak a végbél alsó részén érvényesülő hatásával szemben.

A hasprés hatásának különböző érvényesülése a medencefenéken számos tényben nyilvánul.

Ha telt hólyag mellett vesszük igénybe a hasprés, azt látjuk, hogy a végbél nyílásának tája, tehát a medencefenéknek szemünkkel hozzáférhető része alig észrevehető kitéréseket végez csak; túltelített, már fájdalomérzést okozó hólyag mellett ilyen kitéréseket a gát tája nem végez, jelöl annak, hogy a hasprés ereje a medence feneke alig vagy csak oly kis fokban érvényesül, hogy a végbélnyílás táját ledomborítani nem bírja. Nem úgy áll a dolog üres hólyagnál. Itt ugyanis minden intraabdominalis nyomásfokozódás az anus tájának erős előredomborodásával jár. Az elmondottak szerint ennek oka abban keresendő, hogy a medence kimenetének ezt a részét a hólyag védelme hiányában teljes erejével éri a hasnyomás.

Ugyanezen alapon magyarázható az a tapasztalati tény is, hogy miért végezhető a defaekálás üres hólyag mellett könnyebben, mint telt hólyag mellett, a mint az nehéz székelésben szenvedők előtt jól ismeretes. A hasprés ugyanis sokkal nagyobb erővel támogatja az ampulla kiürítését üres hólyag mellett, mert ereje teljes mértékben érvényesül rajta.

A végbél alsó részének, különösen elülső falának be-türemkedéséről, illetve leszállásáról a hasprés alkalmazásakor meggyőződhetünk a végbélbe vezetett ujjunkkal is. Ha ilyen módon figyeljük a benne végbemenő változásokat, azt látjuk, hogy üres hólyag mellett az elülső végbélfal, a prostata, a hasprés alkalmazásakor következetesen leszáll; telt hólyag mellett e része a végbélnek mereven, mozdulatlanul áll, vagy alig érezhető módon nyomul le. A végbél alsó része és a medence feneke tehát nem követi a hasfal egyéb részeinek kitéréseit a hasprés alkalmazásakor, jelöl annak, hogy ereje nem éri azt is úgy, mint amazokat. Mivel pedig e vizsgálatokkor a leszállás különböző fokai teljesen ugyanazon körülmények között jöttek létre, egyedüli különbség közöttük a hólyag üres vagy telt állapota volt, ebben kell a különbség okát is keresnünk.

Ezen észleletek alapján, melyek mindannyian a mellett bizonyítanak, hogy a hasprés erejének érvényesülése a vég-

bélben más és más a hólyag teltségi állapota szerint, módot kerestem arra, hogy a hasprés erejének nagyságát a végbélben számokban is kefezzem. E célból manométeres vizsgálatokat végeztem a végbélben a hólyag különböző teltségi állapota mellett egyrészt a hólyag által védett végbélrészben, másrészt a rectumnak hólyagfeletti részében.

Törekvésem e mérésekkel oda irányult, hogy bebizonyítsam azt, vajjon van-e a végbélnek két említett része, vagyis a hólyag védelme alatt álló alsó és az azt nélkülöző felső része között ily nyomáskülönbség; és ha igen, vajjon ennek nagysága meg bírja-e a bonczolástani viszonyokból és tapasztalati tényekből vont következtetéseinket magyarázni és megerősíteni?

Mindkét kérdésre igennel válaszolhatunk.

Vizsgálataimhoz a következő kísérleti berendezést használtam:

Készülékem lényegében két egyforma nagyságú — diónyi — puha gummiból készített labdából áll, melyek 1 méter hosszú gummicső segítségével egy-egy manométerrel vannak összekötve. A két U-alakú egyforma manométer egymás mellett ugyanazon skálára van erősítve. A két mérőeszközre azért van szükség, mert a kétféle nyomást egyszerre akarjuk mérni a hasprés egy s ugyanazon alkalmazásakor. A két mérési eredmény különözete adja a két helyen fennálló nyomáskülönbséget. Egymásután végezve a mérést, lényeges hibát kapnánk, mert ugyanakkora nyomást újból sohasem tudunk a hasprésrel előidézni.

A nyomásmérés úgy történik, hogy a két gömböt kissé felfújva elhelyezzük a kívánt helyre, ilyenkor bizonyos különbséget mutat a manométer; a levegő lassú kieresztésével a nagyobb nyomású gömbből elérhetjük azt, hogy a niveau-differentia a két manométerben egyforma. Ha ez megtörtént, akkor működésbe hozzuk a hasprés és megfigyeljük az emelkedő kénesőoszlopok magasságának különbségét.

Kísérleteimet telt hólyag mellett úgy végeztem, hogy az egyik gömböt a hólyag felett helyeztem el a végbélben, tehát mintegy 15—20 cm.-nyire feltoltam a rectumban, a másikat a végbélnek legalsó részében hagytam meg, tehát éppen annyira vezettem csak be, hogy a sphinctereken túlhaladt. Ha most az említett módon eligazítva a manométereket, a hasprés működésbe hozzuk, azt látjuk, hogy a kéneső azok egyik szárában a nyomás nagyságának megfelelően emelkedni fog. Ezen emelkedés a két manométerben különböző, még pedig a szerint, hogy mily nagy a hasprés ereje és hogy mily távol vannak egymástól a gummigömbök. Közepes nyomásnál a kéneső-oszlopok szintkülönbsége a két szárban 40—50 mm. A hólyag felett elhelyezett gömbhöz tartozó manométerben pedig azonkívül is 5—10 mm.-rel több, mint a hólyag alattiban: a felső gummilabdára ható erő tehát nagyobb, mint az alsóban mérhető nyomás.

Ha a két gömbben lévő nyomás nagyságát meghatározuk, azalatt, míg a hólyag lassanként kiürül, azt tapasztaljuk, hogy a felső gömbben a nyomás nagysága változatlan marad, az alsóban pedig lassanként emelkedik; ha a hólyag teljesen kiürült, a két gömbben lévő nyomáskülönbség is majdnem teljesen elenyészik.

A nyomáskülönbség akkor is megszűnik majdnem teljesen, ha a két gömböt igen közel hozzuk egymáshoz, akár a hólyag alatt, akár a felett.

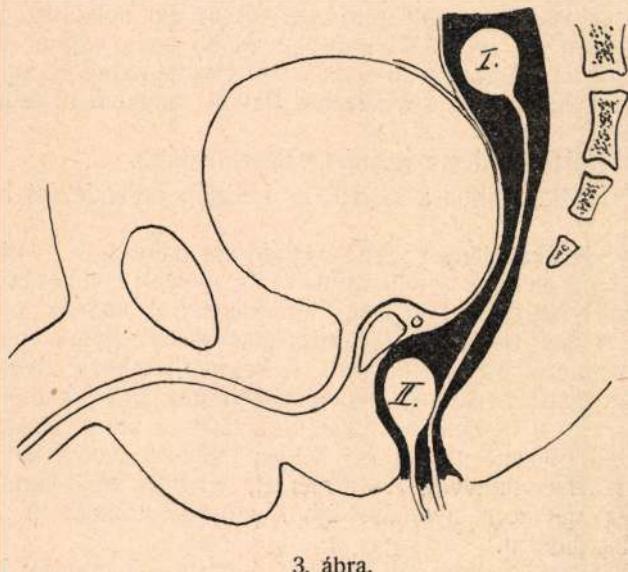
A két gömb elhelyezését a végbélben a kísérlet tartama alatt a 3. ábra mutatja, még pedig abban a beállításban, midőn telt hólyag mellett mérjük a két különböző nyomást.

A kísérlet számadatai tehát azt bizonyítják, hogy telt hólyag felett a végbélben mérhető hasnyomás ereje nagyobb, mint az alatt, vagyis, hogy a hasprés erejének csak egy része érvényesül telt hólyag mellett a végbél alsó részén és így a medence feneke is, továbbá, hogy üres hólyag mellett a hólyag alatt lévő végbélrészben mérhető nyomás a hasprés igénybevételekor nagyobb, mint ha ezt a telt hólyag védi, vagyis majdnem akkora, mint a hólyag felett.

A hólyag tehát a medence fenekeire ható belső nyo-

más ellenében a végbél alsó része hathatós védelmi tényezőjének tekintendő.

A hólyagnak ezen védő szerepét a végbél alsó részét lefelé szorító belső erővel szemben a végbél physiologiai funkciójában is fel lehet ismerni, vagyis azon viszonylagosságban, mely a hólyagnak és végbélnek rendes körülmények mellett végbemenő kiürülése között fennáll.



3. ábra.

A defaecatio rendszeren — mint azt az élettani tankönyvek leírják — a hólyag részleges kiürítésével kezdődik, ezt követi az ampulla tartalmának kisajtolása és csak legvégül ürül ki a hólyagban visszamaradt többi vizelet is, mely az öszvizeletnek az alább vázolandó körülmények között kisebb vagy nagyobb részét alkotja. Ezen normától sokféle eltérést észlelhetünk physiologiai körülmények között is, még pedig a szerint, hogy milyen összeállítású az ampulla tartalma és hogy milyen fokú a székelési inger, vagyis hogy milyen gyorsasággal megy végbe a defaecatio maga. Nem erőlködéssel járó, normalis ingerrel végbemenő székélskor, midőn az gyorsan is történik, kevés vagy alig pár cseppnyi vizelet ürítése vezet be a végbél kiürítését; minél gyorsabban ürül ki az utóbbi, annál teltebb marad a hólyag az egész actus alatt. A végbél ürülése közben tudvalevőleg a vizelet szünetel, de ha az erőlködés fennáll, a nélkül, hogy a végbél kiürülne, a hólyag megszabadul tartalmától. Azért is olyanokon, kik nehéz székelésben szenvednek, a végbél kiürülését a hólyag teljes kiürülése nem követi, hanem megelőzi. Diarrhoeában, proctitisben szenvedőkön a végbél kiürítése oly gyorsan történik, hogy a hólyagnak nincsen ideje már előzőleg kiürülni, itt a természet gondoskodott arról, hogy a defaecatio actusa alatt a hasprés ne érvényesüljön túlnagy fokban az amúgy is beteg végbél alsó részén. Am e bajokban az inger gyorsan fennáll továbbra még akkor is, midőn a végbél már kiürült. Az újabb erőlködések üres végbél és üres hólyag mellett történnek, tehát a végbélelőesés keletkezéséhez vezető legelőnyösebb viszonyok mellett. És csakugyan ily körülmények között látjuk leginkább előállni a prolapsus rectit. Akár obstipatióban, akár hasmenésben szenvedjen tehát valaki, az erőlködések mindig üres hólyag mellett történnek, melyek azért is hatásosabbak lesznek a medence fenekére, mert a hasprés alkalmazásának azon módjával történnek, melynek esetén a medence fenekének izmai ellazulnak, éppen akkor, mikor feljűk engedjük az erőt teljes mértékben érvényesülni, midőn kaput is nyitunk, hogy az erő irányába eső szervek ezen keresztül — ha helybenmaradási erejük nem elegendő nagy — előnyomulhassanak.

Ugy látszik tehát, hogy a természet a végbélet a funkciója teljesítése közben normalis és részben pathologiai viszonyok között is a telt hólyag védelme alá helyezi és csak akkor, midőn segéderőkre is van szüksége tartalmának kisajtolásában, tehát obstipatiókor, érvényesíti a hólyag kiürítése után a

hasprés erejének minden igénybevehető többletét is. Természetes, hogy ez megtörténik akkor is, mikor az obstipatióval járó erőlködéssel egyenértékű más ingerek váltják ki a végbél kiürítési szükségét, tehát olyankor is, a mikor erre voltaképpen szükség nincsen, a mikor a végbél üres: diarrhoea, prolapsus, tenesmussal járó állapotok esetén. Ilyenkor a hatása egyenesen káros.

A hólyag vázolt szerepének felismerése gyakorlati szempontból végbélelőesésben szenvedőkön vagy arra nagy hajlandóságot mutató egyéneken fontos óv- vagy gyógyító erővel bíró intézkedéseknek szolgál alapul. Ilyen a fekvő helyzetben való székelés, az éjjelin lógó lábakkal végeztetett székélése a gyermekeknek (*Bókay*), a *Mummery*-féle guggoló helyzetben való székelés és főleg a defaecatio elvégzése utáni gyors felkelés az ágytálról. Ha ezen intézkedéseket egyenként tekintjük említett szempontjainkból, czélszerűségüket következőképpen magyarázhatjuk:

Fekvő helyzetben a legkevesebb ember tudja hólyagját kiüríteni, ezt látjuk megoperált betegeinken, kik csak gyakorlat útján tudják azt ismét elsajátítani. A székelés ily helyzetben tehát telt hólyag mellett történik; a hasfali izomzat kinyújtott állapotában a hasprés működése tökéletlen; mindehhez hozzájárul még az is, hogy ily helyzetben a glutuosoknak egymáshoz szorítása erőművileg is megakadályozza a végbél előnyomulását.

Ugyanez mondható a *Bókay*-féle, lógó lábakkal történő defaecatióról.

A *Mummery*-féle guggoló helyzet előnyeit *Bauer* a végbélnek erős meghajlásában látja, miáltal az előre még concavabb alakot vesz fel, mint rendes üléskor; ezáltal a prolapsus keletkezésére már ismertetett kedvezőtlenebb viszony teremtődik. Ha a defaecatio ily helyzetben telt hólyag mellett történik, az általa feltételezett összes előnyök még fokozottabb mértékben jutnak érvényre; ezek a többi mellett a medence bemenetének teljesebb elzárása, a végbél tökéletesebb odaszorítását a keresztcsontoz.

Az erőltetett defaecatiós kísérletek hátránya üres végbél és hólyag mellett külön magyarázatot nem igényel. Itt az üres hólyag és a teljes erővel ható hasprés összes káros hatásai a végbél alsó részére nyilvánvalók.

Ez intézkedésekhez még csak két megjegyzést óhajtok hozzáfűzni; tanítsuk meg a végbélelőesésben szenvedő betegeinket arra, hogy hólyagjukat csak a defaecatio elvégzése után ürítsék ki és arra, hogy a székelés alatt szájukat nyitva tartva vegyenek lélekzetet. Így egyrészt a végbél számára a telt hólyag védelmét biztosítjuk, másrészt a hasprés erejét a minimumra szállítjuk le, csupa olyan momentum, mely a prolapsus keletkezését nagy fokban gátolja. Ezen intézkedésekkel talán sok eset, mely eddig műtéti beavatkozás tárgya lett volna, a nélkül is meg fog gyógyulni és sok esetben talán sikerülend segítségükkel a kifejlődni készülő előesést még idejében visszafelődésre birni.

Közlemény a szent István-kórház III. sebészeti osztályáról.

A duodenalis fekélyről.

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

(Folytatás.)

Tökéletlen volna a duodenalis fekély aetiologiájáról szóló ismertetésünk, ha figyelmen kívül hagynók azon megbetegedéseket, melyek kapcsán a duodenalis fekély létrejöttét gyakrabban tapasztalták. Ezen megbetegedésekről nyújt áttekintést az alábbi táblázat, melyben *Vigyázó* dr. a *Genersich* tanár vezetése alatt álló szent István-kórházi prosectura 1897—1911. évi bonczjegyzőkönyveiben említett duodenalis fekélyeket és hegeket összefoglalta.

A táblázatban az esetek egyfelől a bonczolás alkalmával egyidejűleg talált s az aetologia szempontjából esetleg számbajövő betegségek szempontjából, másfelől anatómiai formájuk és complicatióik szerint vannak csoportosítva és el vannak

	Klinikai tüneteket okozott							Klinikai tüneteket nem okozott				Összesen	Jegyzet.
	perforatio	vérzés	perforatio + vérzés	nyílt ulcus	szűkület	heg	összesen	accident. fekély	szűkület	heg	összesen		
Endoarteritis	2	2	1	—	—	—	5	5	—	1	6	11	
Endoarteritis + aneurysma	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	2	2	
Endoarteritis + nephritis	—	—	—	—	1*	—	1	—	—	2	2	3	* Klinikai diagnosis : Cc. pylori.
Endoarteritis + tuberculosis	—	—	—	—	—	—	—	4	1	1	6	6	
Endoarteritis + epekő	—	1	—	—	—	—	1	3	—	—	3	4	
Endoarteritis + gangr. pulmon.	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	1	
Stenosis ostii ven. sin.	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	1	Infarctusok a lépben és a tüdőben, endocarditis chr. fibrosa et verrucosa.
Epekő	1	—	—	1*	—	—	2	1	—	—	1	3	* Klinikai diagnosis : Cc. duct. choledochi.
Epekő + tuberculosis	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	1	
Epekő + nephritis	1	—	—	—	—	—	1	1	—	—	1	2	
Epekő + pankr. chron. + cysta + calc. pankreat.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	
Cholecystitis chron.	—	—	—	—	—	1*	1	—	—	—	—	1	* Klinikai diagnosis : Peritonitis chron.
Epehólyagrák	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	1	
Hepatitis interstit.	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	1	
Tuberculosis	1	—	—	—	1*	1**	3	7	—	—	7	10	* Klinikai diagnosis : Ulcus ventriculi. ** Klinikai diagnosis : Carcinoma ventriculi.
Tuberculosis + nephritis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	
Pankreatitis chr. + hepatitis interstit.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	
Pankreascarcinoma	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	3	3	
Nephritis	—	1	—	—	—	—	1	1	1	—	2	3	
Sepsis	—	1	—	—	—	—	1	5	—	—	5	6	
Pemphigus foliaceus	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	
Dermatitis herpetiformis	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	1	
Kimutatható ok nélkül	10	3	1	2*	5**	1***	22	—	1	4	5	27	
Összesen	15	9	3	3	7	3	40	36	3	12	51	91	

* Klinikai diagnosis : Stenosis pylori és ulcus ventriculi.

** Klinikai diagnosis : 3 esetben stenosis pylori, 1—1-szer ulcus ventriculi és stenosis intestini ; ez utóbbi esetben 3 évvel ezelőtt az ulcus duod. perforatiója miatt laparotomia végeztetett.

*** Klinikai diagnosis : Peritonitis perf. ex ulc. ventriculi.

választva egymástól a klinikai jelentőséggel bíró és ilyenell nem bíró esetek. Klinikai jelentőséget tulajdonítottunk azoknak az eseteknek, melyekben perforatio vagy vérzés volt jelen, illetve melyekben a klinikai diagnosis (több esetben egyszerűs mind a végzett műtét is) arra engedett következtetést, hogy a betegnek gyomor-, illetve bélpanaszai voltak, melyek a bonczjegyzőkönyv tanúsága szerint csak a talált duodenalis elváltozásban lelték magyarázatukat.

Áttekintve e táblázatot, látjuk, hogy aránylag igen nagy számmal szerepel rajta az *endoarteritis*, mely 91 eset közül 27-ben, tehát az eseteknek kb. 29^o/_o-ában volt jelen, részben egyedül, részben más, ulcus duodenare szintén bizonyos fokig disponáló betegségekkel együtt; 1 esetben endocarditis és stenosis ostii venosi sinistri volt jelen, melynek kapcsán a tüdőben és lépben is képződtek infarctusok, 2 esetben (2^o/_o) pedig hepatitis interstitialis. Összesen tehát az eseteknek kb. 1/3-ában voltak jelen keringési zavarok.

Petrivalski statisztikájában az ulcus duodenik 20^o/_o-ában szerepelnek szív- és érbajok, *Paus* szerint az esetek (gyomor- és duod. fekélyek) 57^o/_o-ában szív- és érbaj, 7^o/_o-ában májcirrhosis találtatott. *Gruber* strassburgi statisztikája szerint az összes peptikus affectiók 61^o/_o-ában találtak szív- és érbajokat és 8^o/_o-ában májcirrhosist. Mivel azonban ezen statisztikában a gyomor erosio haemorrhagicái is szerepelnek, melyek gyakoriságát a különféle keringési zavarok alkalmával jól ismerjük, a szív- és érbajok ilyen gyakori előfordulását a duodenalis fekélyekkel kapcsolatban nem igen vehetnők fel, ha *Gruber* másik munkájában nem hangoztatná, hogy feltűnő

azon ulcus duodenit mutató hulláknak nagy, sőt túlnyomó száma, melyekben egyúttal súlyos érmegbetegedések, illetve súlyos keringési zavarok jelei találhatók. A *Gengersich*-féle prosecturának *Vigyázó* által összegyűjtött adatai, valamint a *Petrivalski*-félék azonban kétségtelenül ellene mondanak annak, hogy a szív- és érbajok a duodenalis fekélyek ily igen nagy számában állandóan jelen volnának.

A másik betegség, mely táblázatunkban relative gyakran szerepel a duodenalis fekélylyel együtt, a *tuberculosis*, melyet egyedül és más betegségekkel együtt összesen 18-szor, vagyis az esetek kb. 20^o/_o-ában talált *Vigyázó* dr. a *Gengersich*-féle prosectura adataiban (ebbe azonban a duodenumban levő gümős fekélyek, számszerint 5, nincsenek beszámítva). *Petrivalski* eseteinek 27^o/_o-ában, a *Gruber* strassburgi statisztikájában szereplő összes peptikus affectiók 37^o/_o-ában fordult elő *tuberculosis*. Hogy mi hozza ezeket létre, maga a *tuberculosis* bacillus a toxinjai révén (*Kodon*), vagy a *tuberculosis* beteg általános leromlása s így csekélyebb ellenállóképessége, vagy a *tuberculosis* által létrehozott keringési zavarok (*Petrivalski* szerint az esetek 10^o/_o-ában különféle nem *tuberculosis* tüdőbajok voltak jelen), vagy a *tuberculosis* osokban gyakori érhypoplasiá, vagy pedig egyes esetekben az ulcus által okozott táplálkozási zavar praedisponált-e a *tuberculosis*ra, arra az eddigi adatok alapján nem igen tudunk megfelelni.

A *nephritist* több oldalról (*Perry* és *Shaw*, *Dickinson*, *Sheild*, *Wilks* és *Moxon*, *Devic* és *Charvet*, *Seyffarth* stb.) hozták összeköttetésbe a duodenalis ulcussal. *Perry* és *Shaw* szerint a duodenumfekélyek 16^o/_o-ában volt jelen *nephritis*,

míg más sectióknak csak 7%-ában; *Petrivalski* szerint az esetek 10%-ában. A *Genersich*-féle prosectura *Vigyázó* által összegyűjtött eseteiben a nephritis 3-szor fordult elő egymagában és 6-szor más, a duod. ulcussal aetiologiai kapcsolatba hozható betegségekkel együtt, összesen tehát 9-szer, vagyis az esetek 10%-ában volt nephritis jelen. Hogy minő összefüggésben állanak ezen fekélyek a nephritissel, hogy egyáltalán vannak-e causalis nexusban s ha igen, vajjon az általa okozott keringési zavaroknak, az uraemia folytán a vérben keringő mérgező anyagoknak folyományai, vagy egyes esetekben valamely közös aetiologiai momentum (pl. sepsis) következményei, arra nézve végleges megállapodott vélemény ma még nincs.

Az epekövek jelentőségére a duodenumfekélyek aetiologiájában *Kiefer*, *Kehr*, *Gruber* mutatott rá; az a szoros anatómiai nexus, melyben az epehólyag és a choledochus a duodenummal áll, érthetővé teszi a kettő közt lévő viszonyt. A *Genersich*-féle prosecturából gyűjtött esetekben *Vigyázó* 11-szer találta epekővel kombinálva a duodenalis fekélyt, illetve az abból származó heget, ezenfelül 1 esetben cholecystitis chr. kő nélkül, egyszer epehólyagrak volt jelen; összesen tehát 13 esetben (az esetek 14·3%-a) volt az extrahepaticus epekészüléknek az ulcus duodenival való egyidejű megbetegedése jelen.

Az ok, mely a duodenumnak fekélyesedését az epekövekkel kapcsolatosan előidézheti, egyfelől az lehet, hogy a choledochusban megakadt kő vagy a feszesen telt hólyag nyomást gyakorol a duodenum valamely helyére s az ezen nyomás által táplálkozásában megzavart hely ennek folytán könnyen esik a gyomorredv emésztő hatásának áldozatul. Ha a fekély a mélybe hatol, akkor communicatio állhat elő az epehólyag és duodenum, másfelől a choledochus és duodenum között s az epekő kapcsán létrejött ilyen epehólyagduodenum-és choledochusduodenumfistulák keletkezésének ez kétségtelenül az egyik módja; a másik és úgy látszik gyakoribb az, hogy az ulceratio a hólyag, illetve choledochus felől indul meg és ez tör át aztán előzetes összenövés után a duodenumba. Egy másik oka a duodenum fekélyesedésének maga az epekőműtét lehet; a choledochus felszabadítása, a duodenummal erősen összenőtt epehólyag leválasztása folytán a táplálkozásában ily módon megzavart duodenumon könnyen beláthatólag fekélyesedés állhat be, mely a duodenumnak átfúródására vezethet és így magyarázza *Kehr* a nehéz epekőműtétek után tapasztalt másodlagos duodenumfistulák létrejöttét. Ilyet egy esetben magam is észleltem cholecystectomy után; a fistula spontán gyógyult. Egy másik esetben pedig többszörösen megisméltendő súlyos haematemesist és melaenát láttam ugyancsak nehéz cholecystectomy után, mely aztán mégis gyógyulással végződött s így nem tudom megmondani, hogy a vérzés duodenum- vagy gyomorlaesióból származott-e. Különböztetést azt sem oly könnyű eldönteni, hogy az ilyen postoperative észlelt fekélytüneteket frissen keletkezett, vagy már régebben fennálló fekélyek okozzák-e? Hogy ilyenek nemcsak a betegvizsgálat, hanem a műtét alatt is észrevétlenül maradhatnak, arra szolgáljon például az alábbi eset.

R. M.-né, 53 éves varrónő. Felvételt 1910 november 21.-én szét. István-kórházi osztályomra. 2 év előtt hirtelen erős görcsös fájdalmak jelentkeztek hasában a jobb bordaív alatt; hasonló roham 2 havonként ismétlődött. 1 év előtt egy ily roham alkalmával sárgasága volt. 3 hét óta görcsei naponta ismétlődnek és ezen idő óta állandóan sárga.

Felvételi status: elhízott nő, súlyos icterus, a máj valamivel nagyobb a rendesnél, nagy érzékenység az epehólyagtájon és az epigastriumban.

Lithiasis vesicae felleae et verosim. ductus choledochi körjelzéssel láttunk a műtéthez 1910 november 23.-án. *Mayo-Robson*-féle bemetszés. Az epehólyag telt, 6 nagy mogyorónyi követ és törmelékkel tartalmaz, azonfelül nyálkás, zöldes epét. A cysticus és choledochus is erősen tágult, a pankreasfej kemény. A choledochus retroduodenalis részében kövek, ezeket a ductus choledochus felhasítása után eltávolítottuk, a papilla Vaterit azonban most sem bírjuk szondázni. Mivel a hepaticusba sem tudunk a drainnel belejutni, a choledochusnak a duodenum felé eső részébe vezetjük a draint. Az epehólyag vastagodott falú, redőiben törmelékkel tartalmaz, kiirtjuk. Bő drainezés.

A műtét utáni első napokban jól volt; a drain nem vezetett, de a drain mellett bő epefolyása volt és sárgasága múlóban, azonban állandóan somnolens, keveset táplálkozik, időnként hány és teljesen láz-

tan lefolyás mellett (egyszer sem volt 37° feletti hőmérsék) folytonos elerőtlenedés közben 18 nappal a műtét után meghal.

Bonczoláslelet: Bronchopneumonia, degeneratio parench. cordis, lienis et hepatis. Exstirpatio vesicae felleae et fistula ductus choledochi. Adipositas universalis, arteriosclerosis in vestigiis. Ulcus duodeni immediate infra pylorum magnitudinis coronae.

Ezen esetben nyilván régebbi fekélyesedés volt a duodenumban, melynek nemcsak klinikai tüneteit fedte el a choledochus-elzáródás súlyos kórképe, hanem a melyre a műtét alatt sem jöttünk rá és a melyből esetleg származó vérzést, ha a beteg nem kerül bonczolásra, biztosan friss postoperativ ulceratióknak tudjuk be.

Hogy a *pankreas* megnagyobbodása a duodenumot szintén nyomásnak teszi ki és ily módon okot szolgáltathat abban keletkező ulceratiókra, az is kézenfekvő dolog. A *Genersich*-prosecturának *Vigyázó* által összegyűjtött esetei közt 5 van, melyben a duodenalis fekély, illetve heg a *pankreas* megbetegedésével (3 *pankreascarcinoma*, 2 *chronikus pankreatitis*, 1 epekővel és 1 *hepatitis interstitialis* kombinálva) járt együtt, tehát az eseteknek körülbelül 5 $\frac{1}{2}$ %-a. Az esetek közül egy, a mely majdnem egy *experimentum* bizonyító erejével mutatja a *circulatiós* zavarok hatását a *peptikus* fekélyek keletkezésére, különösen érdekes. Ezen eset, melyet különben *Genersich* tanár már részletesen ismertett Budapest székesfőváros közkórházainak 1904-i évkönyvében (161. oldal), a következő:

„Pr. Hirschler. 6862/379. bjk. 1904 augusztus 15.

F. M.-né, 35 éves, szíjgyártó neje.

Scirrhus corporis et caudae pancreatis. Infiltratio gland. peripancreaticarum, periportalium et mesaraicarum superiorum cum strictura trunci venae portae et compressione art. gastricae sup. sin., hepaticae, lienalis et venae lienalis. Ectasia v. mesaraicae et radicum eiusdem. Ulcera recentiora ventriculi et ulcus rotundum chronicum duodeni.

A nagy mértékben lesoványodott női hulla bőre feltűnően halvány. Hasa erősen elődomborodik, középvonalában csíkos laparotomiás heg. A hasürben 12 liter folyadék. A cseplesz és a gyomor a hasfali heghöz odanőtt. Az előbbi felfelé van csapva, vékony és rövid; alsó szélén éppen úgy, mint a gyomor alsó szélé mentén, kb. kisujj vastagságú, erősen kanyargós gyűjtőerek láthatók, melyek tömött réteges alvadékokkal vannak kitöltve. Hasonló vénák láthatók a gyomor alsó szélé mentén. A gyomor megvastagodott, halvány, nyálkahártyáján számos kendermag-lencsényi kerekded, fakó-fehéres folt és felületes anyaghiány. A pylorus középtág, közvetlen alatta koronagyorságú lépcsőzetes, szívós alapú, kerek anyaghiány van, melynek megfelelőleg a meghoszsabbodott és kissé tágult epehólyag a duodenum falával szívosan össze van növe. A ductus choledochus középtág, szabad. A ductus pancreaticus duodenumbeli része, valamint feji részlete szabad. A hasnyálmirigy feje ép, mirigylebenykéi durvák, teste és farka ellenben ökölnyínel kissé nagyobb, dudoros, kemény daganattá van átalakulva, mely szürkésfehér szövetből áll. A mirigylebenykék itt már alig vagy egyáltalán nem különböztethetők meg. A daganat képzéséhez a megnagyobbodott és egymással összeforrított *pankreas* körüli és periportalis, részben a mesenterium tövében levő mirigyek is hozzájárulnak. Metasztázisról kevés savószerű nedv vonható le, az art. coronaria ventriculi sup. sin., továbbá az art. hepatica törzse és a vena portae a daganatba bele vannak temetve; az előbbi kettő szűkült, az utóbbi a daganattal összekapaszkodott, mely a belső érthártyára is ráterjed és mákszem-kölesnyi göcsök alakjában be is domborodik. A verőcseér törzse ezáltal annyira megsűkül, hogy csak bonczolástani szonda vezethető rajta keresztül. A vena és arteria lienalis is a daganaton keresztülhalad, erősen szűkült. A lép mintegy kétszer akkora. A vena mesaraica törzse és ágai erősen kitágultak. A máj nagy mértékben sorvadt, lapos, a bellevő portalis ágak kissé tágak. A vastagbelek puffadtak, nyálkahártyájuk vékony, helyenként vérbő és sok levegőt, valamint tömött bélsarat tartalmaznak.“

Egy igen fontos és már régóta ismert oki tényező a duodenalis ulcusok keletkezésében a *sepsis*. A *Genersich*-féle prosectura esetei között 6,⁶⁰ és ha a genyedéses bőrbántalmak (*pemphigus foliaceus*, *dermatitis herpetiformis*) kapcsán keletkezett 2 esetet is ideszámítjuk, 8 eset van, tehát az esetek 8·8%-a, a melyben ezen aetiologiai momentum szerepel. *Petrivalski* statisztikájában 17%-ban talált duodenalis fekélyek kapcsán *sepsises* megbetegedést. *Perry* és *Shaw* statisztikája szerint is az összes sectióknak csak 0·4%-ában, az égéseknek 3·4%-ában, a *sepsises* eseteknek 2·7%-ában volt duodenalis fekély.

⁶⁰ A *sepsis* okai: *phlegmone pedis*, abortus utáni *peritonitis*, *appendicitis*ből származó *peritonitis*, *erysipelas*, *csongknyedés ovariectomia* után, *sepsises bronchopneumonia*.

Ezeknek a sepsis kapcsán fejlődő duodenalis fekélyeknek keletkezését mikrococcusemboliákkal magyarázzák (*Melchior* stb.), éppúgy, mint a sepsis kapcsán fejlődő bőrvérzéseket; *Panum* ismeretes kísérletei az arteriákon át a véráramba vitt viaszgolyócskákkal reámutattak az emboliás folyamatok jelentőségére a gyomorulcusok keletkezésében. Ezek a sepsises eredetű duodenalis fekélyek a legkülönbözőbb helyeken székelő genyes infectiók, carbunculus, phlegmone, gangraena stb. kapcsán, erysipelas-szal, pemphigus-szal kapcsolatban észleltettek. Ez utóbbiakkal nyilván analogok azon duodenalis ulcusok, melyek a bőr égési sebei kapcsán észleltettek (úgynevezett *Curling*-féle fekélyek⁶¹), melyeket a legkülönbözőbb módon: fibrinfermentnek a vérbe jutásából (*Boas*), nervosus befolyásokból (*Paget*), a szétesett vér folytán az epével kiválasztott mérgező anyag localis hatásából (*Hunter*) etc. magyaráztak és melyek tulajdonképpen, mint arra már *Billroth* rájött, sepsises természetűek és az égett sebek genyedésével állanak összefüggésben. Ez magyarázza talán meg ama körülményt, hogy ezeket a fekélyeket manapság egybehangzólag ritkábban észlelik, mint a múlt század közepe táján, a mikor ismeretessé váltak. Az égés utáni duodenumfekélyek, mint a sepsises fekélyek általában, igen gyors lefolyásúak, rövidesen vezetnek vérzésre vagy perforációra. Tüneteik rendszerint 7—14 nappal az égés után jelentkeznek, de már 48 óra múlva is látták őket, és 36—48 óra múlva beáll a halál; legkésőbb 17 nappal az égés után észlelték az első tüneteket.⁶² *Förster* egy esete kapcsán felveszik, hogy fagyások is vezethetnek duodenalis fekélyek képződésére.

Egy további állapot, melynek kapcsán ilyen sepsises eredetű duodenalis ulcusok gyakran észleltettek, az appendicitis; ilyenkor azt kell felvennünk, hogy a fertőző embolus retrograd úton a vena portae révén került a duodenum venáiba. Kétségtelen, hogy a súlyos appendicitisek kapcsán észlelt vérhányásnak, melyet *Dieulafoy* mint „néger hányást“ írt le, egy része ilyen duodenalis ulcusoktól származik. Igen súlyos és megisméltető ilyen vérzést magam is láttam nemrégiben egy diffus peritonitissal és utóbb eltokolódó rekeszalatti tályog képződésével járó appendix-gangraenával kapcsolatban; végül azonban mégis beállt a gyógyulás.

Különös sebészi érdekekkel bírnak a műtétek után beálló duodenalis ulceratiók. Ezek összefüggése a műtéti beavatkozással különösen szembetűnő hasműtétek után. *Eiselsberg* hívta fel először a figyelmet a különösen csepleszlekötéssel járó hasműtétek után beálló vérhányásra és véres székletétre, melyek különben spontán is létrejöhetnek a cseplesz torsiója után (*Machol*) s melyeket ő a csepleszcsonkból a gyomor és duodenum venáiba került thrombusok által előidézett ulceratiókból magyarázott. Hogy ezen ulceratiókra teljesen asepsises thrombusok is vezethetnek, mint azt kísérleteik alapján *Friedrich*, *Hoffmann*, *Stahmer* állítják, vagy valamelyes infectio is szükséges hozzá — az még nincs végérvényesen tisztázva. Az bizonyos, hogy ha infectio szerepel is ezen thrombosisis eredetű ulceratiók létrejöttében, akkor minimális infectio is elegendő, mert saját tapasztalatomból is állíthatom, a mit különben már *Eiselsberg* is kiemelt, hogy ilyen csepleszlekötés utáni vérzések klinice egyébként teljesen asepsises lefolyás mellett is létrejöhetnek.

De a v. portae rendszerével összeköttetésben nem álló testrészekben végzett műtétek után is észlelték duodenumfekélyeket; ilyenkor az arteriák útján a duodenumba jutott fertőzött embolusokat kell a fekélyek okául felvennünk. Ezt már *Billroth* hangoztatta, a ki egy struma miatt operált betegén észlelte duodenalis fekély keletkezését; azóta *Roberts*⁶³ hólyagműtétek után, *Thomson*⁶⁴ felső állcsontresectio és prostatectomiák, *Codmann*,⁶⁵ *Melchior*⁶⁵ amputatiók után (utóbbi 9 ha-

sonló esetet az irodalomból is összeállított), *Eiselsberg* tonsillarák kiirtása után észlelt duodenalis fekélyeket; legújabbán *Dietrich* ismertetett tumor cerebri miatt végzett trepanatio és vesetuberculosis miatt végzett nephrectomia után keletkezett friss duodenumfekélyeket.

Az élet első napjaiban jelentkező *melaena neonatorum* oka is legalább az esetek egy részében duodenalis fekélyekben rejlik, melyeket *Landau* szerint a köldökvenából származó embolusok hoznak létre. Mások a ductus Botalliból származó embolusokat, a duodenalis erek aplasiáját vették fel a fekélyedések magyarázatára, leggyakoribb oka azonban az újszülöttek melaenájának a sepsises infectio.⁶⁷

Ha most visszatérünk statisztikai táblázatunkhoz, látjuk, hogy az esetek egy jelentékeny számában és éppen a klinikai jelentőséggel bíró ulcus duodeniknek több mint felében (40-ből 22) a sectio sem birt semmi olyan momentumot felfedezni, melyet a fennálló ulcus duodenivel aetiologiai nexusba hozhatnánk; hasonló conclusióra jut *Petrivalski* is, hogy t. i. éppen azon esetekben, melyekben az ulcus duodeni mint önálló megbetegedés okozta a halált, a sectio az ulcus keletkezésére nézve semmi felvilágosítást sem adott. Azért közelfekvő volt az a gondolat, hogy azokat a duodenalis ulcusokat, melyek más betegségekkel állanak összefüggésben és melyek klinikai tüneteik tekintetében is részben lefolyásuk gyorsasága (égések utáni, septikus ulcusok), részben teljesen latens voltak által (a mit főleg annak kell tulajdonítanunk, hogy a súlyos alapbetegség uralja a kórképet) eltérnek a látszólag teljesen önálló betegséget alkotó, rendszerint lassú lefolyású és bizonyos typosus kórképpel járó duodenalis ulcusoktól — ez utóbbiakról teljesen különállónak tekintsük.

Már *Nothnagel* klasszikus munkájában a bélbántalmakról megkülönbözteti az ulcus duodeni simplexet az égések után keletkező duodenalis ulcusoktól s az emboliás ulcusoktól; *Ricard* és *Pauchet* a francia sebészársaság elé terjesztett referatumban⁶⁸ megkülönböztetik a *primaer* és a *secundaer*, vagyis égés, uraemia, infectio és toxoemia folytán keletkezett ulcus duodeni, míg *Melchior* a chronikus ulcus duodeni szembeállítja az acut lefolyó sepsises, égéses, postoperatív formákat, valamint a *melaena neonatorum*ot okozó és a *paediatrophias* gyermekekben fejlődő ulcus duodeni.

Általában véve azonban mondhatjuk, hogy a szorosabb értelemben vett, *primaer*, *simplex*, *chronikus* ulcus duodeni sem mutat mindig absolut typosus tüneteket és lehet teljesen lappangó természetű egészen perforatiója vagy a belőle meginduló hatalmas vérzés pillanatáig, a mely esetekben azután tartamáról, *chronikus* voltáról nincs jogunk nyilatkozni. És valamint klinikai jelentkezésmódja tekintetében, úgy aetiologiája tekintetében sem szabad az ulcus duodeni egyes csoportjait mint *accidental*isokat a többitől élesen elválasztanunk és ez utóbbiakat mint valami teljesen különálló dolgot, mint a duodenum fekélyes megbetegedését („*Ulcuskrankheit des Duodenum*“, *Melchior*) felfognunk.

A valószínűség az, hogy ezekben az ú. n. *chronikus*, *primaer*, *simplex*, *sui generis* ulcusokban épp úgy, mint a hogy azt az acut, *secundaer*, következményesekben láttuk, *circularis* zavarok indítják meg a duodenumnyálkahártya egyes körülírt helyeinek autopepsisét.

Ezen *circulatio*s zavarokat előidézhetik a duodenum kritikus részlete ereinek abnormis anatómiai viszonyai (*Wilkie*), *endoarteritise*, valamely infectio folytán való megbetegedése, eltömetése s a pylorusreflexben beállott zavarok, a táplálkozással összefüggő traumák s a fejtegetéseink első részében kifejtett többi aetiologiai momentum járul aztán hozzá, hogy a fekély nőjön, terjedjen és állandósuljon. Az a pont, a melyre különösen rá óhajtának e helyütt még mutatni, az infectio kérdése, melyre nézve az utóbbi időben *Moynihan*⁶⁹ foglalt el igen határozott álláspontot, a ki azt mondja, hogy

⁶¹ Első leírójuk után, de *Moynihan* szerint *James Long* 1840-ben és *Nothnagel* szerint *Macfarlan* már a múlt század elején írta le.

⁶² Cf. *Nothnagel*: *Spezielle Pathologie und Therapie*, XVII. kötet, 155. oldal.

⁶³ *Annals of surgery*, 1908.

⁶⁴ *Edinburgh med. Journ.*, 1908. ref. Cbl. f. Chir.

⁶⁵ *Berl. klin. Woch.* 1910, 2330.

⁶⁶ *Public. of Massachussets Hospital*, 1910. Ref. Cbl. f. Chir.

⁶⁷ Cf. *Finkelstein* és *Meyer*, *Feer*: *Lehrbuch der Kinderheilkunde*, II. kiadás, 124. oldal.

⁶⁸ *Ref. Revue de Chirurgie*, 1910, 42.

⁶⁹ *The Lancet*, 1910 január, p. 9.

feltűnő gyakran talált ulcus duodeni mellett az appendixen elváltozásokat. Szerinte a duodenalis ulcusok, épp úgy mint a gyomorulcusok, mindig secundaerek, mindig valamely infectio vagy toxemia következményei. Az ulcus duodeni leggyakoribb kiindulási pontja az appendix megbetegedése, máskor meg a vékony- vagy vastagbeleknek vagy a női genitáliáknak megbetegedésében keresendő a duodenalis fekély keletkezésének forrása.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Säuglingsfürsorge und Kinderschutz in den europäischen Staaten. Herausgegeben von Prof. Dr. A. Keller und Prof. Chr. J. Klumker. Berlin, J. Springer. 1912. 1548 oldal.

A gyermekvédelem egy országban sincs egységesen szervezve, mindenhol vannak hiányok, mindenki tanulhat a másiktól. Ezen elvet tartva szem előtt, gyűjtötte össze Keller és Klumker az anyagot, melynek feldolgozására vonatkozólag a kiadók helyesen jegyzik meg: „Die Arbeit musste als erster Versuch der Art noch recht ungleich ausfallen.“ Hogy az egyes szerzők különböző terjedelemben dolgoztak fel a reájuk bízott anyagot, az érthető, de a szerkesztők hibájául kell felrónom, hogy a nézőpontok, melyek szerint az egyes fejezetek feldolgoztattak, nem egységesek, mert míg az egyik író helyesen fogva fel feladatát, intézmények szerint tárgyalja a reábízott anyagot, addig a másik szerző felekezeti szempontból ismerteti országának gyermekvédelmi intézményeit. Sajnálatosnak tartom továbbá, hogy a mű csupán az európai viszonyokat ismerteti, pedig szerény véleményem szerint, mint mindenben, úgy a gyermekvédelem terén is Amerikától sok mindent tanulhatunk. Mindezek dacára a művet, mint e téren első kísérletet, örömmel és elismeréssel kell üdvözlőnk s a minél előbb megjelenendő második kiadástól várjuk a hiányok pótlását. Deutsch Ernő.

Lapszemle.

Belorvostan.

Az achylia gastrica és pancreatica egyidejű előfordulásáról ír a greifswaldi egyetem belklinikáján szerzett tapasztalatai alapján O. Gross docens. A szóban levő kérdésnek nagy jelentősége van az achylia gastrica eseteiben előforduló makacs hasmenés gyógyítása szempontjából. Ezen hasmenés oka ugyanis a szerző tapasztalatai szerint gyakran az, hogy az achylia gastricával együtt achylia pancreatica is van jelen, s azért nem csupán a gyomor sósavmennyiségét kell növelni, hanem a hiányzó pancreas-fermentumot is pótolni kell. Acidolpepsin és pankreon egyidejű használatával a szerzőnek csakugyan sok esetben sikerült a makacs hasmenést, a mely a sósav-medicációra egymagában nem javult, rövid idő alatt megszüntetni. Rendszerint az étkezés idején ad 2—3 acidolpepsin-tablettát, az étkezés után pedig pedig 3 pankreon-tablettát. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1912, 51. szám.)

A bélbetegségeknek oxigénnel való kezeléséről értekezik Adolf Schmidt. Az O₂, bár kevésbé differens gáz a szervezetben, úgy a gyomor, mint a bél motilitására, peristaltikájára befolyást gyakorol, még pedig úgy izgatólag, mint bénítólag. Az O₂ a gyomorból sokkal gyorsabban jut a bélbe, mint pl. a CO₂, nagy mennyiségben történt befúvása esetén sem távozik ructus alakjában. Duodenalis katheter útján direct a bélbe juttatva, peristaltikás mozgások kiváltására alkalmas. 1—2 órával a befúvás után szagtalan flatus alakjában távozik, jelölül annak, hogy ily gyorsan áthaladt az emésztőcsatornán. Ha nagymennyiségű, 1—2 l. O₂ fuvatik

be, akkor híg, sok gázhólyagot tartalmazó székletürítést eredményez Némelyeken a legnagyobb adagok alkalmazása mellett sincs hatása a peristaltikára. A bélből való felszívódása igen lassú s hiányos. Az oxigénnek peristaltikafokozó hatása obstipatiókor therapeutice felhasználható. E szempontból célszerűbb per anum juttatni a szervezetbe, a mikor is a vastagbél nyálkahártyájára izgató hatást fejt ki. Épp úgy megkísérhető csecsemők invaginációja s egyéb eredetű stenosis eseteiben. Az O₂-therapiának legfontosabb alkalmazási köre azonban a bélnek rothadással és bomlással járó hurutos és dyspepsiás folyamataiban van, a mikor a szerző eleinte 500 cm³ O₂-t fuj a duodenumba vagy a gyomorba, s ha a nyálkahártya nem túlérzékeny az O₂-nel szemben, akkor az adagot fokozatosan emeli. (Therapie d. Gegenwart, 1913, 1. füzet.) Galambos dr.

Sebészet.

A clivus Blumenbachii chondromájának műtét után meggyógyulásáról ír H. Coenen. Általában a koponyaalapból kiinduló chondromák a ritkábban előforduló daganatokhoz tartoznak. A szerző esete 60 éves nőbetegre vonatkozik, a kin orvosa tojásnyi daganatot konstátált az orrgaratürben, a mely daganat 1/4 év után valamivel növekedett. A midőn a beteg száját kinyitotta, a lágyszájpad bal oldalából kiinduló galambtojásnyi daganat boltosult elő, a nyelvcsap jobbfelé tolódott. A tapintó ujj érzi, hogy a daganat sokkal nagyobb és a koponyaalapra terjed, az orrgaratür teljesen kitöltve, mignem a bal manduláig ér. Feltűnő, hogy az egész garatot a gégegig tapintani lehet a nélkül, hogy a beteg fulladási mozgásokat váltana ki. A nyelv bal fele atrophias, kinyújtásakor a nyelv balfelé tér el. Mindezek szerint valószínű, hogy a daganat a hátulso agyvelőidegeket (IX., X., XI., XII.) növekedése területébe vonta (a garatreflex hiánya és féloldali nyelvsvadadás), a miért is a műtét beavatkozása igen kevés reménnyel kecsegtetett. A tumornak azonban éles elhatárolódása és lassú növekedése a műtétet mégis javalltá tette. A Kuhn-féle peroralis tubusnak a gége bejáratába való bevezetése után aether-narcosist alkalmazott és baloldalt Langenbeck szerint temporalis resectiót végzett. A két állkapocsfél széthúzása után jó áttekintést nyert az orrgaratür felé, a hol a nyálkahártya átmetszése után a daganatot tömpán kifejtette. Az ottmaradt daganatrészeket éles kanállal távolítván el, az ürt kitamponálta. A gyógyulás zavartalanul folyt le. A műtét után a beteg közérzete jó, néha rekedt, és szilárd táplálék vételekor nyelési kellemetlenségei vannak. A daganat hossza 45 mm., szélessége 35 mm., vastagsága 30 mm. volt. Bal felé tok veszi körül, hátulso felületén pedig izomköteg, az átvágott m. laryngis capitis maradványa fűdi. A daganat szövete porcos, részben puhább, részben keményebb consistentiájú. A szerző tehát a clivus Blumenbachii-nak bal feléből kiinduló és innen a foramen hypoglossi sinistrin túl a garatba, de nem a koponyaürbe terjedő tyúktójásnyi chondromát távolított el. E tájon chondromák a foetalis chorda dorsalis részeinek visszamaradásából szoktak előfordulni. Azonban ezek a daganatok oly kicsinyek maradnak, hogy ritkán szoktak klinikai tüneteket előidézni, miért is csak bonczolásakor találják meg. (Berliner klinische Wochenschrift, 1912, 48. szám.) Ifj. Hahn Dezső dr.

Idegkórtan.

A vasuti baleset okozta idegbetegségek lefolyásáról tartott előadást Rumpf és Horn az utolsó német neurological congressuson. Megkülönböztetendőnek látják a baleset közvetlen következményeit a későbbi tünetektől. Az előbbiek a sértő behatás természete szerint (megijedés, commotio cerebri, localis sérülés, általános megrázkódtatás) eléggé típusos körformákba oszthatók be; így a megijedés főképpen vasomotoros tüneteket, palpitiót, hysterias tüneteket okoz; commotio cerebri után előtérben áll a fejfájás, a szédülés, az emlékezés gyengesége; tisztán localis sérülés után csak a sértült testrésze szoktak vonatkozni a panaszok; általános megráz-

kódtatás a közönséges neurasthenia (fokozott ingerlékenység és könnyű kifáradás) kórképét szokta előidézni. Később a különbségek elmosódnak és az ismert hypochondriás-querulans lelki elváltozás jut előtérbe, a mely közös elnevezésre, a traumás neurosis fogalmára vezetett. A szerzők ezután a dispositio és a kártalanítás módjának befolyását tárgyalják a betegség lefolyására. Az előbbinek befolyása főképpen az előbbi értelemben vett típusos esetekben mutatkozik, miután ilyenkor rendszeren könnyebb sérülés szerepel; súlyos balesetekkor rendszeren több szerepel az említett kórokozók közül s kombinált kórképet idéz elő, a melynek aetiológiájában a dispositio kevésbé fontos; kivétel a commotio cerebri, mely azelőtt egészségeseken is súlyos következménnyel jár. Az egyszeri végleges kielégítés és a járadék adása között a szerzők igen nagy különbséget találnak gyógyulási statisztikájukban az előbbi javára; az utóbbi csak kivételesen alkalmas, az előbbi általános szabályként kellene elfogadni. (Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 45. sz.) L.

Húgyszervi betegségek.

A hólyag-bélsipolyokról *Georges Pristavesco* a következő adatokat közli: A sipolyok három fajtát különböztetjük meg, úgy mint: 1. a mikor a hólyag a végbéllel vagy a vastagbéllel, 2. a mikor akár veleszületett, akár szerzett diverticulummal és 3. a mikor a vakbéllel avagy az ileummal közlekedik. A veleszületett hólyagbél-sipolyok rendkívül ritkák; a szerzetek közül pedig a legkevésbé gyakoriak a hólyag-diverticulumsipolyok. Mint kórokok leginkább a trauma, a gyuladások, a carcinoma és a gümőkór, már jóval ritkábban a syphilis és az actinomycosis jönnek számításba. Az ilyen sipolyok legjellemzőbb tünetei: szelek, bélsár, ételmaradékok ürülése a húgycsőn és vizeletcsurgás a végbélnyíláson keresztül. Ezekhez azután később amásodlagos fertőzés tünetei is csatlakozhatnak. A kórjelzés aránylag elég könnyű, de feltétlenül csak az kórjelző, ha bélsár ürül ki az urethrából. A megkülönböztető kórjelzés tekintetében a húgycsővégbél-sipoly, az ureterbél-sipoly és a pneumaturia lesznek pontosan kizárandók; ez a legtöbb esetben alig fog nehézséget okozni. A végbélhólyagsipolyt az ujjunkkal avagy a rectoskoppal feltétlenül megállapíthatjuk; a vakbélhólyagsipolyt akkor fogjuk kétségtelenül kórjelteni, ha a beteg ezt megelőzőleg vakbélgyuladásban szenvedett volt; arra azonban nincsenek biztos tüneteink, ha a hólyag diverticulummal közlekedik.

A hólyagbél-sipolyok prognosist mindig feltétlenül komolyan kell jelezniük; *Pascal* szerint az illető betegek átlagban alig élnek három évnél tovább. A therapia tekintetében meg kell különböztetni a prophylaxisos, a palliatív, a belgyógyászati és a sebészeti eljárásokat. A therapia legyen praeventív ott, a hol sipolyok keletkezésétől tarthatunk, és palliatív azon inoperabilis esetekben, melyeket carcinoma avagy tuberculosis idéz elő. A belgyógyászati ténykedés legfőbb gondja legyen a másodlagos fertőzés és pedig különösen a hólyaginfectio elhárítása, a közérzet javítása, tehát a betegnek a műtetre való előkészítése. A sipolyokat természetesen csak sebészi úton szüntethetjük meg s erre az adott körülmények szerint egyszer a gátmetszés, máskor meg a transvesicalis műtét lesz a legmegfelelőbb. (Journal d'urologie, 1912, II. köt., 3. sz.) *Drucker.*

Orr-, torok- és gégebajok.

A status thymo-lymphaticus diagnosis a rhinolaryngologusnak eminens jelentőségű lehet; csak a közelmúltban (O. H. 1912, 48. sz.) ismertettük *Kafemann* tanár (Königsberg) esetét, melyben a 14 éves fiú-beteg tonsillo- és adenotomia után nyomban meghalt; a bonczolat status thymo-lymphaticust állapított meg. A mint *Hermann Schridde* ez állapot kórjelzéséről írott közleményében mondja, az ily egyének, akár gyermekek, akár felnőttek, a legcsekélyebb insultusokra hirtelen meghalhatnak, igen csekély traumás sérülések, de még psychés izgalma is halálra vezethetnek.

Különös jelentőségű a kicsiny orvosi beavatkozások, műtétek után vagy a narcosis kezdetén bekövetkező exitus letalis; továbbá a Basedow-struma operatiója alkalmával bekövetkező halál, a mely állapot igen gyakran, sőt majdnem mindig status thymo-lymphaticussal jár. Mindezen esetekben a *körbonczolás* a halál okául a jelzett anomaliát állapíthatja meg; a körbonczoló a következő leletet találja: a bőr sajátos halványságát, többnyire vastos *zsírpárnát*, mely bemetszéskor halványsárga, szinte fehéres színű és rendkívül nedvű; főképpen azonban a *thymus* többé-kevésbé jelentékenyen megnagyobbodott; a thymushyperplasiával rendszerint a *lymphás szövetek* hyperplasiája társul, igen gyakran a lép Malpighi-testecsei és a gyomorbeltractus nyirok-tüszői is hyperplasiások; továbbá *mindig megnagyobbodottnak találtnak a nyelvgyök papillái* és igen gyakran megnagyobbodtak a *torokmandulák* és az *orrgaratmandula*; kivált gyermekeken gyakran konstatálható a mesenterium, valamint a nyak, hónalj, könyökhajlat, lágyék stb. nyirokcsomóinak megnagyobbodása; végül többé-kevésbé kifejezett a bal szív-kamara dilatatiója és hypertrophiája. *Klinice* a status thymo-lymphaticusban a következő tünetek vehetők számításba: pastosus habitus, az egyén halvány és zsírdús, a köztakaró petyhüdt tapintatú; gyermekeken némely esetben a thymus megnagyobbodása konstatálható; a nyak és az ízületi hajlatok nyirokcsomóinak, valamint a tonsilláknak megnagyobbodása nem mindig mutatható ki, de ha jelen van is, gyuladással folyamatosra is visszavezethető. *Schridde* szerint a legfontosabb tünet, a melyet a szerző körbonczolás alkalmával minden esetben megtalált, a *nyelvgyök szemölcsseinek hyperplasiája*. Ha ezen klinikailag könnyen megállapítható tünet jelen van, mindig kutatnunk kell a többi fent említett jelenség után; a nyelvgyök papillák ezen állandó hyperplasiája azért különös fontosságú, mert e papillák a szerző szerint úgyszólván sohasem alkotják lobos folyamatok székhelyét, úgy hogy ilyenek utáni duzzanatuk nem fordul elő. (Münchener med. Wochenschrift, 1912, 48. sz.) *Safranek dr.*

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Az ízületcsúsz gyógyításáról ír *Junghans*. Először is azt fejtegeti, hogy a salicyltherapia sok esetben eredménytelen és hogy salicyl nélkül is jó eredmény érhető el a megbetegedett ízületnek rögzítésével sín-kötés segítségével. Ilyen módon 45 esetet gyógyított meg a szerző. Ha ez az eljárás nem használt, a helybeli melegalkalmazáshoz és a Bier-pangáshoz folyamodott, de még így is voltak esetei, a melyekben még erőlyesebb eljárást kellett igénybe vennie, s ez a collargol használatában állott. Többnyire intravenás befecskendezés alakjában adta a collargolt (nem az argentum colloidale-t, a mely nem azonos vele és határozottan kisebb értékű). 5%-os oldatból 2 cm³-t fecskendez be. A bőr alá fecskendezés nagyon fájdalmas, s azért ha intravenásan nem adható a collargol, a végbélen át bejuttatást ajánlja a szerző; az 5%-os oldatból reggel és este 50 cm³-t folytat be lassan, csekély nyomás mellett; előzőleg a végbél vízzel jól kiöblítendő s a falzatához tapadó nyálkától 1%-os szóda-oldattal megszabadítandó. A végbélen át adásnak hátránya azonban az, hogy meglehetősen drága. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1912, 45. szám.)

A sennatin nevű új hashajtószerről ír *Credé*. Ez az új szer a sennalevelek valamennyi hatóanyagát tartalmazza azon anyagok kivételével, a melyek kellemetlen melléküneteket okoznak. Sötét, teljesen átlátszó, steril, jól eltartható folyadék, a mely a bőr alá vagy az izomzatba fecskendezve, néhány óra múlva székürülést okoz. Felnőttek átlagban 2 gramm fecskendezendő be. 10 gramm ára 1 márka. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1912, 52. szám.)

Pertussis ellen jó eredménnyel használja *Fletcher* az adrenalint. Az 1%-os oldatból a gyermek kora szerint belsőleg 0.06—0.18 grammot ad súlyos esetekben 3 óránként, könnyebb esetekben 4 óránként. (Brit. med. journal, 1912, decz. 28.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1913, 5. szám. *Vas Jakob*: Adatok az inreflexek physiologiájához a csecsemő- és gyermekkorban. *Borbély Samu*: A lassan fejlődő bélelzárodások.

Klinikai füzetek, 1913, 1. füzet. *Lichtenberger Béla*: Az astereognosisról. *Weiss Emil*: A venereás betegségek elleni védekezés egy újabb actiójáról Magyarországon.

Orvosok lapja, 1913, 6. szám. *Lukács Pál*: A „morbus judaicus” és a „morbus divitum” aetiologiájáról.

Budapesti orvosi ujság, 1913, 6. szám. *Lichtenberger Béla*: A cauda equina daganata. „Sebészet” melléklet, 1. szám. *Szili Jenő*: A női genitáliák megbetegedéseinek viszonya az appendicitishez. *Vigyázó Gyula*: A kemény szájpud defectusainak bőrlebensnyel való pótlása. *Vragassy Lipót*: A koponyát és az agyat ért sérülés trepanatióval operált és gyógyult esete. *Makai Endre*: Tapasztalatok a hadi sebészet köréből.

Vegyes hírek.

Kitüntetés. A király *Dózsa Lajos* dr.-nak a makói közpörház igazgató főorvosának a királyi tanácsosi címet adományozta.

Kinevezés. *Lovrich József* dr. egyetemi magántanárt a budapesti állami bábaképző-intézet igazgatójává, *Kaufér Mór* dr.-t a pécsi közpörház igazgató-főorvosává, *Rosner Mór* dr.-t a munkácsi közpörház osztály-orvosává, *Sebe Béla* dr. körmőrcsbányai orvost tiszteletbeli megyei főorvossá, *Tél Ferencz* dr.-t a budapesti kir. országos gyűjtőfogházhoz orvossá, *Szalai Jenő* dr. erzsébetfalvai orvost a székesfővárosi m. kir. államrendőrséghez fizetéstelen rendőrorvossá, *Patak Manó* dr. martonvásári orvost tiszteletbeli járásorvossá nevezték ki.

Választás. *Politzer Jakob* dr.-t baranyabáni körorvossá választották.

A tiszti orvosi vizsgára előkészítő tanfolyam Kolozsvárt márczius hó 17.-én kezdődik. Kurzus a vizsga minden tárgyából lesz. Bővebb felvilágosítást nyújt *Jakabházy Zsigmond* dr., gyógyszerintézet adjunctus Kolozsvárt, gyógyszerintézet, Trefort-utca 8. szám.

A budapesti önkéntes mentő-egyesület decemberben 1267 esetben nyújtott első segítséget; ezenkívül 1012 szállítást végzett, 190-szer mint mozgóórszék szerepelt és 23-szor vaklárma és téves jelentés folytán vonult ki. A december havi működési főösszeg tehát 2492, az 1912. évi összes működés pedig 31.590.

Meghalt. *Balogh Pál* dr., Hunyad vármegyének évtizedeken át főorvosa, január 31.-én. — *Thomán Dávid* dr., Zemplénmegye tiszteletbeli főorvosa, a homonai kórház volt főorvosa, a Ferencz József-rend lovagja 85 éves korában január 25.-én. — *Gyenes Antal* dr. gádori községi orvos, 71 éves korában február 1.-én. — *Krausz Ferencz* dr., tornyai körorvos február 4.-én. — *A. Heller*, a kórbonczolástan rendes tanára a kiel egyetemen, 73 éves korában.

A németországi egyetemek orvosi fakultásainak látogatottsága a jelen félévben a következő: München 2287 (közöttük 106 nő), Berlin 2239 (182), Freiburg 993 (77), Leipzig 947 (29), Heidelberg 685 (58), Bonn 629 (37), Würzburg 615 (6), Breslau 602 (21), Strassburg 501 (17), Kiel 496 (14), Königsberg 485 (25), Jena 416 (16), Marburg 409 (22), Erlangen 388 (10), Göttingen 379 (12), Tübingen 360 (13), Halle 356 (10), Rostock 312 (1), Giessen 296 (11), Greifswald 280 (9), Münster 229 (7). — Ennek kapcsán megemlítjük, hogy a budapesti egyetem orvosi karának a jelen félévben 2824 hallgatója van.

„Internationale Zeitschrift für ärztliche Psychoanalyse” címmel *S. Freud* tanár vezetésével *Ferenczy* (Budapest) és *O. Rank* (Wien) szerkesztésében új folyóirat indult meg a H. Heller und Comp. czég (Wien, I., Bauernmarkt 3) kiadásában. Évenként 6 füzet fog megjelenni; előfizetési ára 21 K. 6 f.

Kiseb közlések az orvostudomány köréből. A chemimmunotherapiához szolgáltat adatokat *Lamar*. Majmok agyvelejébe vagy gerinczsatornájába fecskendezve virulens pneumococcusokat, csakhamar halállal végződő meningitis támad. Az ily módon fertőzött állatok egy részét azonban sikerül megmenteni olajsavas natrium (1%-os oldatból 0.1 cm³), antipneumococcus-serum (0.2 cm³) és borsav (5%-os oldatból 0.7 cm³) elegyének befecskendezésével. Ez az elegy sokkal erősebb hatású, mint az antipneumococcus-serum egymagában. (The Journ. of experim. med., 16. kötet, 5. szám.) — *A hemicrania és a nem élet közötti összefüggés* kérdésével foglalkozik *G. Caesar* a marburgi poliklinikáról származó egy közlésében, a melyben többek között hemicrania nagyon súlyos, minden más gyógyításmóddal daczó esetében a sterilisatiót tartja megkísérlendőnek az ovariumok röntgenezésével. (Medizinische Klinik, 1913, 2. szám.) — *Fürer* nagyon kétségnek tartja, vajjon az idősült alkoholismusban szenvedőkön az alkohol megvonása után beálló delirium az alkohol megvonásának a következménye. Véleménye szerint az olyan esetek, a melyekben az alkohol megvonása után delirium fejlődik, annyira ritkák, hogy semmiképpen sem teszik jogosulttá az alkohol teljes megvonásának mellőzését. (München med. Wochenschrift, 1912, 51. szám.) — *Az arsen hatását a glykosuriára* tanulmányozta *Begemann* olyan módon, hogy kutyákon nagy mennyiségű cukor bevitelével glykosuriát idézett elő s azután arsenhatás alá helyezte őket. Az eredmény az volt, hogy a glykosuria

tetemesen csökkent, sőt néha teljesen meg is szűnt. A salvarsannak nem volt meg ez a hatása. A jelzett vizsgálatok némi kísérleti alapot adnak a diabetes arsenkezelésének. (Arch. internat. de pharmacodynamie, 22. kötet, 97. l.)

Személyi hírek külföldről. A würzburgi egyetem szemészeti tanszékére, mely *Hess* tanár nyugalomba vonulásával üresedett meg, *K. Wessely* dr.-t, ugyanazon egyetem czimz. rendkívüli tanárát nevezték ki. — *Czerny* tanár utódja a strassburgi egyetem gyermekorvostani tanszékén *Bruno Salge* dr. lett, a ki eddig a freiburgi egyetemen működött, a lipcei egyetemen pedig ugyancsak a gyermekorvostan tanára *M. Thiemich* dr., eddig magdeburgi kórházi főorvos. — Cagliariában *C. Ceni* dr.-t az elmekörtán rendes tanárává, *O. Cozzolino* dr.-t a gyermekorvostan rendkívüli tanárává nevezték ki. — A liverpooli egyetem tropus-orvostani tanszékét *J. W. W. Stephens* dr.-ral töltötték be.

Madame Dejerine. A jeles francia ideg orvos felesége, a ki maga is kiváló tekintély az idegkörtán terén, megkapta a becsületrend keresztjét. Dejerinené svájci német születésű: a leányneve Klumpke. Harmincz év előtt kezdte orvosi tanulmányait Párisban *Dejerine* tanár oldalán, a kinek később a felesége lett. Az első nő volt, a kit 1886-ban méltónak tartottak arra, hogy „interne des hôpitaux” lehessen. Mindjárt első dolgozatával (Paralysie radulaire du plexus brachial, 1885) feltűnt, s azóta számos értékes dolgozatot közölt az idegkörtán köréből, részben egyedül, részben a férjével együtt. Szakadatlanul folytatja laboratoriumi és klinikai tevékenységét, de a mellett, mint a francia lapok kiemelik, a leggondosabb feleség és anya.

Mai számunkhoz a *Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co. Leverkusen a. Rh.* és a *Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning Höchst a. Main* „**Sajodin, Sabromin**” című prospectusa van mellékelve.

Lapunk mai számához *Richter Gedeon* vegyi gyár, Budapest, prospectusa van mellékelve.

Mai számunkhoz „**Perdynamin-készítményekről**” szóló prospectus van mellékelve.

Orvosi laboratorium: **Dr. Salgó.** Vez. orvos **Dr. Bihari.** Üllői-út 21. Telefon 62—94.

Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet

Budapest, VII., Hungária-út 9. (István-út sarok.) Telefon 81—01. Legmodernebbül berendezett magángyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati, bel- és idegbetegek részére. Igazgató-főorvos: **dapsai Dapsy Viktor dr., operateur.**

Orvosi laboratorium Vezető: **Dr. VAS BERNÁT, Poliklinika.** Szövetség-utca 14—16. Telefon József 16-03.

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

Dr. Doctor Kossuth Lajos-utca 3. sz. (Telefon 697.) **Orvosi laboratoriumában** az összes diagn. vizsgálatokon kívül **autovaccin** előállításával is foglalkozik.

Dr. RÉH Elektromágneses gyógyintézete, VII., Városligeti fasor 15. Az összes modern villamos gyógymódot Röntgen-laboratorium Almatlanság, neurosisok, neuralgiák, arteriosclerosis stb. ellen

Dr. GARA GÉZA, Meran. Sanatorium. Ujonnan átalakítva. Prospectus.

Dr. GRÜNWARD SANATORIUMA BUDAPEST, VÁROSLIGETI FASOR 13—15. Felvétetnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal. A betegek kezelőorvosukat maguk választhatják.

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

Ujtátrafüred magaslati gyógyhely. Egész éven át nyitva. Vízgyógyintézet. Sanatorium. — Modern kényelem, közp. fűtés, villanyvilágítás. Prospectus. Vezető orvos **Dr. Szontagh Miklós.**

Dr. GÁMÁN BÉLA Diaetás Intézete Volosca-Abbaziában gyomor- bélbetegek, vesebajosok, cukorbetegség, vérszegények, lesoványodottak, lábbadozók, idegyönggék, kimerültek részére. Diét és physik. kezelés. Radiumhalatorium.

Az orvosi dajkavizsgáló-intézetben (Sziv-u. 28. sz., Telefon 93-22.)

Dr. Neumann M. vezetésével — a dajkák állandó orvosi vizsgálatát és felügyelet alatt tartatnak. Az intézet minden egyes dajkán az eredeti Wassermann-féle vérvizsgálatot végezi. **Dr. Neumann M.** az eredeti — nem egyszerűített — Wassermann-féle vérvizsgálathoz szükséges vérvételt bárkitől lakásán (VII., Erzsébet-körút 14. d. u. 3—4 óra között veszi). A vérvételhez szükséges steril üvegcset és használati utasítást kívánatra vidékre is küldünk. Egy vérvizsgálat díja 20 korona.

Kopits Jenő dr. orthopaediai intézetében VII., Nyár-u. 22. sz. **fekvő betegek is felvétetnek.**

Dr. Widder Bertalan operateur orthopäde-sebészeti intézetét Budapest, VII., Rákóczi-út 10. szám alá helyezte át.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (XXIII. rendes tudományos ülés 1912 november 30.-án) 113. l. — Budapesti Kir. Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya (II. ülés 1912 március 12.-én.) 115. l. — Közkórházi Orvostársulat (XIX. évzáró közgyűlés 1912 december 28.-án.) 116. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 116. l.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(XXIII. rendes tudományos ülés 1912 november 30.-án.)

Elnök: **Preiszig Hugó.**Jegyző: **Goldzieher Miksa.****Normalis vérerek Röntgen-képe.**

Révész Vidor: Élő ember normalis vérereinek (végtagerek) Röntgen-képeiről az irodalomban majdnem semmit sem találunk. *Alexander Béla* mutatott be a IV. Röntgen-congressuson 1908-ban Berlinben egy lemezt, melyen a kéztől az ujjak hegyéig lehetett a vérereket követni. Mindennek dacára *Groedel* egyenesen tagadja, hogy a normalis vérér Röntgen-képen kimutatható volna.

Pedig akárhányszor láthatunk jó Röntgen-képen vérereket. Ehhez az szükséges, hogy olyan testrészt válasszunk, a melyben kevés a csont, nem nagyon vastag a légyszövet-réteg és sok a vérér. Ilyen testrész a kéz meg a könyök. Jó lágy lámpát kell használnunk és lehetőleg hosszú expositióval (kisebb megterheléssel) kell dolgoznunk.

Bemutat egy könyökizületi képet (27 éves, egészséges nő), a melyen szokatlanul szépen és szokatlanul nagy számmal látszanak a vérerek. Jól látni a vastagabb törzsek osztódását, elágazódását egészen a finomabb ágakig és az anastomosisok révén létrejövő finom hálózatot.

Alexander Béla: 1902-ben készítettem az első vérérképet, mely a környéki vérereket az egész tenyérben megmutatta. Az arteria radialis, dig. communis, hüvelykujj propriái, art. dig. communis végágazódásai az egyes ujjakon egészen a végperczig követhetők voltak. Az apróbb vérerek, sőt a csont erei is láthatók, mind az arteriák, mind a vénák, még pedig testi ábrázolásban. Sőt egyes izompamlatok is elkülöníthetők teljes tájbonczolástani helyzetben.

Transduodenalis choledochotomia útján eltávolított epekő.

Fáykiss Ferencz: A cholelithiasis operatív gyógyításában a legkivételesebb esetekben vagyunk kényszerítve arra, hogy az epekövet transduodenalis úton távolítsuk el a choledochusból. A legtöbb esetben sikerül az epekövet mobilizálni és a choledochus könnyen hozzáférhető részébe tolni, vagy pedig, ha ez nem sikerül, retroduodenalis megtámadni a duodenum felpraeparálása után. A transduodenalis choledochotomiától, a mennyire csak lehet, tartózkodunk, hogy ne komplikáljuk feleslegesen az epetractuson végzett műtétet még bélvarratokkal is, mert a duodenumnak serosával borított része sokszor igen rövid s így a varratok alkalmazása esetleg nehézségbe ütközik, másrészt pedig esetleg a duodenum megszőkülése is bekövetkezhetik. A bemutatandó esetben a papillába beékel kő részben a feszes beékelődés, részben az erős periduodenalis heges összenövés miatt más úton eltávolítható nem volt s a transduodenalis choledochotomiát kellett végrehajtani. A műtét hat hónap előtt történt s így az esetet ma mint véglegesen gyógyultat mutathatom be.

A 33 éves asszony 1911 november havában betegedett meg első ízben görcsös fájdalommal, a melyek jobb bordaív alól sugárzottak ki. E görcsök megfelelő kezelésre néhány nap alatt megszűntek s fél évig semmi baja sem volt. Felvétele előtt három héttel újra görcsös fájdalmak lepték meg, melyek most már állandósultak, csakhamar icterus fejlődött ki, mit rázóhideg és 39—40°-os láz követett.

A 2. sz. sebészeti klinikára f. évi május hó 15.-én vettük fel, a mikor is az alacsonytermetű, erősen lesóványodott betegen súlyos icterust, a jobboldali bordaív alatt almanagyságú, nyomásra fájdalmas, a légzési mozgásokat követő resistentiát találunk. A máj széle a bordaívet két harántujjal meghaladja. A has többi részében nem találunk rendelleneséget. A hőmérsék rendszer.

Május 20.-án chloroform-narcosisban műtétet hajtottunk végre. A hasüreget szögletmetszéssel nyitjuk meg. A csep-

leszt a májhoz és az epehólyag falához szivósan letapadva találjuk. A lenövéseket felszabadítjuk s az epehólyagot, melynek fala erősen megvastagodott, közelebről megvizsgáljuk. Az epehólyag üres, a choledochus mérsékelten tágult, kő nem tapintható benne a szabadon fekvő részben, a duodenum falán át tapintva azonban a papillának megfelelőleg mogorónyi beékel követ érzünk, a melyet semmi módon sem sikerül kiluxálnunk, sem pedig az erős heges összenövés miatt hátulról megtámadnunk. A duodenumnak serosával fedett része meglehetősen hosszú s így hosszirányú bemetszést végzünk. A duodenum hátulsó falát kitoljuk, a nyálkahártyát a kő felett átvágjuk, mire a kő kiugrik, egyszersmind pedig bő epefolyás indul meg. A duodenum elülső falán készített hosszirányú metszést harántirányban elvarrjuk. Az epehólyagot kiirtjuk, a ductus hepaticusba drainsövet helyezünk, a mely mellé még egy kis Mikulicz-tampont is teszünk.

Az első napokban 140-es pulsus, rossz szív működés van, úgy hogy digalen és coffein adagolása válik szükségessé. Az ötödik naptól kezdve a közérzet és a szív működés megjavul. A nyolcadik napon eltávolítjuk a Mikulicz-tampont s a tizediken a drainsövet a hepaticusból.

Négy héttel a műtét után, június 17.-én a beteg gyógyultan távozott. Azóta teljesen jól érzi magát, fájdalmai soha sincsenek, erősen meghízott.

Életveszélyes hólyagvérzéssel szövődött prostatahypertrophia, magas hólyagmetszés, később prostatectomia.

Alapy Henrik: A 68 éves férfibeteget azzal az előzménnyel hozták az izraelita hitközség kórházának sebészeti osztályára, hogy 10 év óta szenved dysuriában, gyakran ismétlődő vérvizeléssel. Három nap óta 5 percenként van ingere, de mindig csak pár csepp vér ürül. A beteg kivérzett, a nagy kintől kimerült. Hólyagja a köldökig ér, a prostata nagy, a hólyagfenék lesülyedt, a bevezetett katheteren csak néhány csepp vér jön ki. Kórjelzés: véralvadékokkal kitöltött hólyag, a vérzés valószínű oka prostatahypertrophiás hólyaggyulladás.

Az ilyen vérzést a sablonos módszerekkel csillapítani nem lehet. A nyugalom, jeges borogatások és stypticumok hosszas alkalmazása műhibaszámba megy. Az egyedüli hatásos szer a hólyag kiürítése. Ez két úton érhető el. Az egyik a kiszivattyúzás vastag kőmosó katheteren át kőaspirátorral. Gyakran sikerrel jár. De e brutális eljárásnak annyi árnyoldala van, hogy ma már idejét multa. Biztosabb és enyhébb módszer a magas hólyagmetszés. Ez a műtét ilyenkor könnyű, gyors, helyi érzéstelenítéssel fájdalomtalan. A mint a hólyagot felvagtuk és az alvadék kiürült, a tágult erek összehúzódznak, a hólyag összeesik, a görcs megszűnik és vele együtt megszűnik a vérzés is.

Ez történt azonnal a beteg felvétele után. A műtét alig vett igénybe 5 percet, a heves kín azonnal megszűnt, a drainen át még néhány napon át véres vizelet szivárgott, de a vizelet napról-napra tisztult, ötödnap a vérvizelés megszűnt.

A műtétkor bevezetett ujjal érezni lehetett a túltengett prostata középlebenyét. Kiirtásától azonban, mely ekkor könnyű lett volna, óvakodni kellett, mert a kivérzett, kintől kimerült betegre végtelen lehetett volna.

A sipoly gyógyultával a régi nehézségek újra jelentkeztek és miután a vesék állapota időközben megjavult, július közepén a transvesicalis prostatectomia végre volt hajtható. A beteg meggyógyult.

A prostatectomia indicatiói nem egységesek. A bemutató a kérdést két részre osztaná: 1. mikor *kell* és 2. mikor *szabad* a prostatát kihámozni. Az irodalomban az 1. kérdésre

teméntelen választ találunk, melyek többé-kevésbé egyeznek abban, hogy a retentio különböző alakjai operálandók. Ellenben alig történik említés a 2. kérdéstről. Pedig ez az indicatio sarkpontja. Ha a beteg a prostatectomia műtétébe belehal, akkor a halál-ok többnyire a heveny interstitialis vesegyulladás, mely hozzájárul a vesetágulással együtt járó időszült nephritishez. Hogy pedig a vesék ez utóbbi állapotban vannak, arról a *functionalis vesevizsgálat* biztos felvilágosítást ad. Régebben a bemutató sem végezte, épp oly kevéssé, mint a többi sebész. Ebbe az időbe eső 12 prostatectomiája közül meghalt 3. A mióta csak jó veseműködésű beteget operál, 8 műtété közt nem volt halálesete.

De azért az alkalmatlannak bizonyuló esetet nem kell végleg kizárni a műtéttől. Régóta ismeretes, hogy a rendszeres katheterezés a veséket előnyösen befolyásolja. Utólag az ily beteg műtétre alkalmassá válhatik. A legrosszabb esetekben, melyek semmi helyi kezelésre sem javulnak, a bemutató melegen ajánlja a *cystostomiát*, mely a szőrnyű kínokban szenvedő beteg életét egyszerre tűrhetővé változtatja, sőt, mint három esetben tapasztalta, alkalmassá teheti a beteget az utólagos prostatectomiára, melyet ilyenkor aztán már jó ki látással lehet végezni.

Illyés Géza: 72 éves embert mutat be, kin többször megújuló húgycsővérzés volt jelen, mely az utóbbi időben oly fokot ért el, hogy vitalis indicatio miatt műtétet kellett végezni.

Epicystotomia. A vérzés oka a prostatában lévén, prostatectomia. A beteg szépen meggyógyult. A vérzések megszűntek.

Nem osztja *Alapy* azon véleményét, hogy ha a hólyag véralvadékkal telt, epicystostomiát végezzünk. Eljárása az, hogy fémkatheterrel, vagy ha ez nehezen vezethető be, más katheterrel bemegy a hólyagba és közönséges fecskendővel a véralvadékot kiszivattyúzza. Sok esetben sikerült ez.

A műtét kivérzett egyéneknek nem kísérhető meg, sőt ha kiderül, hogy a vérzés vesebeli eredésű, akkor felesleges, sőt káros.

Boros Ernő: Az urológiai szakosztályban 1910-ben bemutatott esetét említi. 76 éves férfin hirtelen hólyagvérzés állott be: epicystostomia után a vérzés nem szűnt meg, de a hólyag összeesett. A vérzés a prostatából eredt, mert kő volt benne; ezt eltávolította, kitamponálta a prostatát és a vérzés megszűnt.

Alapy nézetét osztja, a vér aspirálása helyett inkább epicystostomiát végez, különösen ha cystoskopppal nem tudja megállapítani a vérzés helyét.

Alapy Henrik: Az *Illyés* által említett kiszivattyúzást első helyen említette, mint régebbi módszert. A ki mindkettőt gyakorolta, annak be kell ismernie, hogy a hólyagmetszés az *enyhébb* és biztosabb eljárás, melynek még az a megbecsülhetetlen előnye van, hogy néhány hétre alaposan drainezi a hólyagot.

A *functionalis vesevizsgálat* egy módjával nem elégszik meg. Több módszert kell alkalmazni. A bemutató osztályán a phloridzines cukorkiválasztás vizsgálata, az indigocarmínpróba és a fagyáspont-süllyedés megállapítása kötelező minden esetben. Sőt ezzel sem elégszenek meg, hanem ha a próbák nem adnak egyező eredményt, megismételik esetleg többször is őket és csak több vizsgálat *egybehangzó* eredményéből vonnak következtetést.

Benzol-therapiás kísérletek, különös tekintettel a leukaemia terapiájára.

Királyfi Géza: A benzol hosszas therapiás alkalmazása leukaemia eseteiben a legtöbbször feltűnő jó eredményre vezet. Ez elsősorban a fehér vérsejtek számának csökkenésében nyilatkozik meg, a mely a benzol adagolásával lépést tartva, legtöbbször tökéletesen a normalisnak megfelelő értékig jut. Ezzel egyidejűleg a jelentékeny lépmeagnagyobbodás is fokozatosan megkisebbedik, úgyszintén visszafejlődik lassanként a leukaemiát gyakran kísérő nagy mirigyes hyperplasia is. Daczára e kedvező befolyásnak, a vérképben a myelocyták, bár kisebb számmal, de rendszerint mégis megtalálhatók. A benzolnak a vérképző rendszerre gyakorolt befolyásában elsősorban a leukopoësis, a fehér vérsejtképző systema vesz részt. A vörös vérsejtek megfogyása csak mérsékelt, sőt a kezelés végén rendszerint a fehérek megkevesbedésével egyidejűleg a vöröseknek kisebb-nagyobb fokú megszorodása is be szokott következni. A kis benzoladagok, úgy látszik, a fehérvérsejtképzésre ingerként hatnak, az erős adagok viszont a leukopoësisre bénító befolyást gyakorolnak. A benzolnak egy másik kedvező hatása a leukaemiát kísérő lázas hőemelkedések ellen irányul, a melyek rendszerint a

kezelés kapcsán tökéletesen visszafejlődnek. A betegek subjectiv érzése is a benzol-therapia alatt legtöbbször igen jó, étvágyuk, munkaképességük visszatér, gyakran jelentékeny testsúlygyarapodás is észlelhető. A melléktünetek főleg gyomorkellemetlenségekből, néha szédülésérzésből, egyszer-mászor tracheo-bronchitises panaszokból állanak. A kezelés elején gyakran, mintegy reakcióképpen, a fehér vérsejtek száma kisebb-nagyobb emelkedést mutat és a csökkenés később, néha csak több hét után, veszi kezdetét. Éppen ezért idő előtt, a melléktünetek kényszerítő szövődése nélkül, a szer elhagyása helytelen és célt tévesztett eljárás. Másrészt azonban kétségtelen, hogy refractaer esetekkel is találkozunk (8 közül 2), a melyekben a kívánt jó hatás nem következik be. Ez a körülmény azonban egyáltalán nem csökkenti a szernek nagy gyakorlati értékét. Tapasztalataink szerint főképpen az acutabb, frissebb esetek szolgáltatják a gyors és jó eredményeket.

Ezután néhány leukaemiás beteget demonstrál, a kikben a benzol-therapia kapcsán a fehér vérsejtek 2—300.000-ról tökéletesen a normalisra, 7—8000-re voltak visszafejleszthetőek, a myelocyták száma csökkent, a léptumor visszafejlődött, a vörös vérsejtek száma legtöbbször emelkedett, a lázas hőemelkedések megszűntek és a testsúly gyarapodott. Bemutat egy polycythaemiás beteget is, a kin a vörös vérsejtek száma 9—10.000.000-ról a normalisnak megfelelő 4,810.000-re szállt alá és vele együtt az összes többi tünet is visszafejlődött. Anaemia perniciosa és pseudoleukaemia eseteiben nem sikerült eredményt elérni.

A benzol alkalmazásának módja $\frac{1}{2}$ grammos gelatin-capsulák adagolásában áll (6—10 darab = 3—5 gramm). Ha a fehér vérsejtek száma a normalisra csökkent, szünetelünk mindaddig, a míg újabb emelkedés nem indul meg. Ilyen szorosan individualizáló, chronikus intermittáló kezelés szükséges a továbbiakban.

A benzol-therapia szerepe a leukaemia gyógykezelésében talán nem lesz kisebb értékű és jelentőségű, mint a Röntgen-therapia. Valószínű, hogy a leukaemiaellenes többi eljárással, az arsen, a Röntgen-fény és a thorium használatával együttesen és felváltva fog a therapiában helyet találni.

Benzur Gyula: A III. sz. belklinikán az utóbb időben leukaemiás betegeket thorium x-szel is kezeltünk. Az egyik esetben 400.000, a másik esetben 130.000 volt a fehér vérsejtek száma; 3 héten át másodnaponként 25.000 Mache-egységet adtunk per os. 3 hét után a vérkép mindkét esetben változatlan volt, a lép nem puhult meg. Intravenásan adtunk még 1.5 millió egységet, tehát összesen 4 milliót eredmény nélkül.

Tehát e két esetünk refractaer volt a thorium x-szel szemben, de ugyanez a két eset benzollal szemben is refractaer volt.

A másik dolog, a mire utalni akarok, az, hogy a leukaemia benzolkezelése semmi veszedelmet sem rejt magában, míg a thorium x nem mondható veszélytelennek. Két betegemen véres szék jelentkezett, mely néhány nap múlva megszűnt. A berlini eset is vérzésben pusztult el. Állatkísérletek is azt mutatták, hogy a thorium x a szervekben vérzést okoz, különösen a tüdőben. Ezért a radioactiv sugarak alkalmazásakor tüdőbetegeken óvatosak legyünk.

Ha thorium x-szel lehet is eredményt elérni a leukaemia kezelésében, a benzolkezelés olcsóbb és nem veszedelmes.

Stern Samu: Én is észleltem egy esetet, mely aránylag korán került észlelés alá.

Az 50 éves férfit hyperacid gyomor és cholecystitis miatt Karlsbadba küldtem; ekkor leukaemiája még nem volt. Karlsbadban, majd Gasteinban is vizsgálták, de ott sem találtak leukaemiás tünetet. Szeptember végén hivatott esteli 37.5° C láz miatt; nem találtam mást, mint garatbelőveltséget és kis lépmeagnagyobbodást. Azt hittem, influenza vagy malaria. Másnap megnéztem a vért, nincs-e plasmodium és a vérkép meglepő volt: leukaemia. A fehér vérsejtek száma 262.000, arányszáma a vörösekéhez 1:16. Nem akartam első vizsgálatra a súlyos diagnosist felállítani, néhány nap múlva újra vizsgáltam és a diagnosist kétségtelen volt. Csekély láz, általános bágyadság, lépmeagnagyobbodás. Ajánlottam a benzolt.

A fehér vérsejtek száma a benzol-kezelés mellett fokozatosan csökkent, november 19.-én 104.000 volt, a lép ekkor már visszafejlődött. November 30.-án a fehér vérsejtek száma már csak 33.000, e mellett a beteg közérzete kitűnő, a lép felső határa normalis, lefelé a bordaívet alig haladja túl.

Torday Árpád: Az I. sz. belklinikán két beteget kezeltünk benzollal, de mindkettőt refractaer volt. Hosszú ideig adtuk, jól tűrték a szert, de semmiféle javulást sem találtunk. Az egyik esetet Röntgen-

fénynyel is kezeltük, két éve állott fenn a folyamat; a másik friss eset volt, benzolra nem javult, Röntgen-re és arsenra keveset.

Kovács József: Egy súlyos leukaemia-esetet szeptember végén vettem fel osztályomra: nagy cachexia, láz (38.5° C), óriási léptumor, mely a köldököt túlhaladta, a máj a jobb bordaív alatt volt tapintható. A fehér vérszámja 500.000, a vörös vérszámja 3.5 millió. A fehér vérszám között sok myelocytá. A benzolt jól tűrte, sőt a második héten a dysenterias tünetek javulni kezdtek, étvágya is javult, láza leszállt 37.4°-ra. A benzoladagokat fokoztuk és a 3. hét felé felmentünk 4×4 gr.-ra. A beteg javult, a léptumor csökkenni kezdett, a fehér vérszámja a második héten 200.000-re csökkent, de a harmadikon felemelkedett 260.000-re. Később megint apadt és a 8. héten 12.000-re szállt le és ezzel minden klinikai tünet javult. A léptumor jelenleg kisebb, a májtumor sem tapintható. A Röntgen-therapiával összehasonlítva, a benzol jobb benyomást tesz reám.

Goldzieher Vilmos: Egy megjegyzést fűz a bemutatott utolsó beteghez, ki hyperglobuliában (polyerythrocythaemia) szenvedett és kin a benzoltherápia következtében tetemesen apadt a vörös vérszámja. Az ilyen betegekben egy igen jellegzetes szemtükri lelet szokott jelen lenni, még pedig az úgynevezett *cyanois retinae*. Nagyon érdekes volna ilyen esetekben a szemtükörleletet a kezelés előtt felvenni és megállapítani, vajjon a benzoladagolás következtében a retina lelete megváltozik-e, a mennyiben a vörös vérszám csökkenésével a retinalis erek színezete is világosabb lesz, a mi a javulásnak *objectiv* jele volna.

Korányi Sándor báró: A benzol hatása sokszor lassan szokott kifejlődni. A Röntgen-é és thorium x-é gyorsan. Ennélfogva valószínű, hogy a leukaemia kezelésének megkezdésére ezek alkalmasabbnak fognak bizonyulni, mint a benzol. A Röntgen és thorium x a hosszú, következetes és intenzív kezelésre alkalmatlan, esetleg veszélyes, míg a megindult javulás a benzol hatása alatt gyorsan halad. Mint-hogy a kereskedésbe jutó benzol toluollal és xylollal fertőzött, tisztázandó még az a kérdés, hogy a mellékhatások nem állanak-e összefüggésben eme fertőzésekkel. Vajjon a benzollal sikeresen kezelt myeloid leukaemiában szenvedőket nem fenyegeti-e ugyanaz a veszedelem, mint a Röntgen-nel kezelteteket, hirtelen kitörő és gyorsan halálhosszá váló rosszabbodás alakjában, azt csak a jövő tapasztalata fogja megmutatni.

Királyfi Géza: *Benczur* megjegyzéseit, a ki első nálunk, a ki thorium x-szel foglalkozik, megszívtelendőnek tartom. Csak illusztrálja, a mi magam is mondtam, hogy a benzol veszélytelen a thoriummal szemben. *Stern* és *Kovács* esetei szépen sorakoznak a többi jó esethez. Szemtükri vizsgálat eddig nem történt, ezután erre is ki fogunk terjeszkedni a therapia ellenőrzése végett. *Torday*-nak csak azt ismételhetem, hogy refractaer eseteink nekünk is voltak, de ezekkel szemben állanak a mi kedvező eseteink és a külföldről közölt jó esetek.

Budapesti Kir. Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya.

(II. ülés 1912 márczius 12.-én.)

Elnök: Ónodí Adolf.

Jegyző: Lipscher Sándor.

1. Irsay Artur: Scleromát utánzó gégeles esete.

A 20 éves napszámos egy év óta rekedt és légzési nehézségei vannak. Felvételkor a légzése stridorosus annyira, hogy tracheotomia végzése válik szükségessé. A hangszálagok subglottice infiltráltak, a légcső fala is körkörösön beszűremkedett és lefelé tölcserűen szűkült, annyira, hogy csak hátul látható egy kb. 4—5 mm. átmérőjű kerek nyílás. A klinikai kép sklerosus laryngitishez igen hasonló. A szövettani vizsgálat csak gömbsejtes infiltratio képét mutatja, a Wassermann-reactio pedig positiv volt. Salvansan-injectio után javulás, később kéneső-bedörzsölés. Decanulement. Jelenleg a hangszálagok subglottice csak kissé infiltráltak és a légzés nem akadályozott.

2. Irsay Artur: Lueses hangszálag-bénulás esete.

A 29 éves nőbeteg 17 éves korában kiütéseket kapott a has és mellkas bőrén. Elsődleges affectióról nem tud. Akkoriban rendszeres kénesőkúrát (bedörzsöléseket) végzett. Fél év óta légzési nehézségei vannak, melyek mindinkább rosszabbodnak. Felvételkor stenosis légzése miatt sürgősen tracheotomiát kellett végezni. A hangszálagok csaknem a középvonalban állanak és közöttük csak minimalis rés van. Légzéskor a hangszálagok nem mozognak. Egyéb kóros elváltozás nem látható. A bénulást alkalmasint az izomállományban levő gummás beszűremkedés okozza. Sublimat-injectiókra annyira javult a beteg, hogy bedugott kanüllel jól tud lélegezni.

3. Irsay Artur: Hangszálag-gumma esete.

A 32 éves nőbeteg lueses infectiót tagad. Abortusa nem volt. Két év óta rekedt. Az utóbbi időben rekedtsége erősödött, majd nehéz légzése támadt, mely időnkint fuladozásig fokozódott.

A bal ál- és valódi hangszálag erősen kiemelkedő, sima daganattá alakult át, melynek középső részén mély fekély látható. A beteg a felvételkor fuladozik. A Wassermann-reactio positiv.

Kezdetben inunctiók kúrát kapott, mely után rosszabbodás észlelhető, a mennyiben a daganat nagyobbodott. Salvansan adagolása után már másnapra könnyebb lett a légzés és gyors javulás mutatkozott. A daganat kezdett visszafejlődni, a fekély tisztult és kisebbedett. Négy hét múlva a daganat ellapult a fekély begyógyulása közben. Jelenleg csak a bal hangszálagnak csekély pirja látható.

Láng Kornél: Az első esetet skleromának tartja. Hogy a salvansan használt, nem zárja ki ezt, valamint az sem, hogy skleromabacillust nem találtak. Jellemző a skleromára sajátos szaga is.

Zwillinger Hugó: Irsay maga is gyanakodott skleromára és az összes szükséges vizsgálatokat megejtette. Gyanuját a skleromára felbresztette a choanákat szűkítő és a hangszálagok alatti infiltratum. A bakteriologiai vizsgálat megisméltése szükséges.

Donogány Zakariás: Az eset ő reá is skleroma benyomását teszi; a histologiai és bakteriologiai vizsgálat legtöbbször eligazít, de néha ez is megtéveszt.

Baumgarten Egmont: Irsay a skleromából indult ki és csak a negatív lelet után tette a diagnosist luesra. A klinikai kép skleromára utal, valamint a váladék is. Ellene szól, hogy a salvansan használt.

Morelli Károly: Az eset skleromára tereli a figyelmet, de ellene szól a Wassermann-reactio positiv volta. Lehet ugyan, hogy a lues mellett skleromás fertőzés is van. A vért, szöveteket, váladékot ismételt vizsgálat alá kell vetni. Három skleromás beteg van az osztályán, egyen volt a salvansannal csekély hatása (puhulás), de a másik kettőn nem. További ellenőrzésre van szükség.

Safranek János: Osztja *Morelli* nézetét, hogy a lues mellett skleroma is van. Valószínű, hogy a salvansan javította a lueses elváltozást, a skleroma pedig megmaradt. A Wassermann-reactio nem mondja meg, hogy a szóban forgó elváltozás lues, hanem csak annyit, hogy az egyén lueses fertőzést szenvedett.

Irsay Artur: Az esetet tisztába hozni nem lehet, magam is skleromának tartottam, hisz azért végeztettem complementfixatiót. Két pathologus vizsgálta és egymástól függetlenül negatív volt a skleromára vonatkozó leletük. A positiv Wassermann-reactio, a beteg használta kenőkúra, a salvansan gyógyító hatása lues mellett szól.

4. Laub László: Ritka nagyságú és számú gégepapillomák.

A 45 éves férfibeteg gégejében 11 év előtt fejlődött első ízben növedék. Ezt endolaryngealis úton távolították el. A növedékek újra nőttek és a rekedtséghez légzési nehézségek is járultak. Ezért 4 hó előtt tracheotomia végzése vált szükségessé. A növedékek a gége bemenetét teljesen kitöltik s tele van velük a hangrés, az álhangszálagok és a glottis alatti terület is. A növedékek egy része endolaryngealis úton lett eltávolítva. Teljes gyógyulás elérése céljából azonban laryngostomia s a növedékek gyökeres eltávolítása szükséges.

5. Laub László: Gyakran recidiváló, óriási nagyságú orrgarat-polypus esete.

A 18 éves nőbeteg orrában 11 éves korában jelentkeztek első ízben polypusok. Akkor operálták első ízben. Azóta nagyon gyakori a recidiva. Igen gyakran távolították el belőle orrgarat-polypusokat, gyakran jó diónyi, néha almányi nagyságúkat is. Utoljára 8 hó előtt operálták. Néhány hét előtt újból eldugult az orra és erős vérzés állott be. Bal orrjárata és garatja teljesen ki van töltve polypusokkal. Egnéhány a garatba lóg be, túlhaladva a garatíveken is. A gyakori recidiva, a polypusok gyors növekedése és azon körülmény, hogy a polypusok kocsánya a Highmor-üreg nyílásáig követhető, arra enged következtetni, hogy a polypusok eredete a Highmor-üregben van s hogy onnan újulnak ki újra meg újra.

Megerősíti ezen feltevést, hogy a Röntgen-felvétel is mutat az ugyanazon oldali Highmor-üregnek megfelelőleg kifejezett árnyékot. Tervbe van véve a Highmor-üreg megnyitása a fossa caninán keresztül s ha a feltevés beigazolódik, *Luc-Caldwell*-féle gyökeres műtét.

Donogány Zakariás: Valószínűnek tartja, hogy radiumra a papilloma megjavul. Ha nem, a laryngofissio helyett a laryngostomiát ajánlja.

6. Klár Mór: Az orrüreg fenekén megakadt golyó.

A 12 éves fiúnak november hó 21.-én délben az utcán az arczába lóttek. Kórházba hozták s mivel a kétszeri kötész-változás átvértett, este felvették.

A bal járomív alatt lencsényi bemeneti nyílás, körülötte gyermekökölnyi haematoma duzzanat. Három nap múlva a haematoma lepadt. A löveget látni nem lehetett, sem szondával kitapintani, mivel a különben is túltengett orrkagylók annyira duzzadtak voltak, hogy a meatust teljesen kitöltötték. Az alsó orrkagylót galvano-caustikás úton eltávolítottam, s a következő napon a tampon kivevése után a löveget, mely a septum s kemény szájpadcsont érintkezése helyén a csontba teljesen befürödött, ékkel kifeszítve kivettem. A beteg a kórházat másnap elhagyta. Most az az előnye is megvan, hogy a bal orrnyílása is teljesen szabad. A sérülés után jobb-oldalt a fejbőrön nagyobb kiterjedésű alopecia állott be, a mely alkalmassint idegszálak sérülésével áll összefüggésben.

Paunz Márk: Az alopeciára nézve megjegyzi, hogy egy fibromát operált *Partsch* szerint és a műtét után a fiatal emberen hátul típusos alopecia fejlődött, mely egy év múlva meggyógyult.

7. Láng Kornél: Golyó eltávolítása a rostacsontból.

Zwillinger Hugó: Hat éves gyermek esetét említi, ki még megfigyelés alatt áll. A gyermeket játszóársa *Flaubert*-puskából meglötte. A lövés nyílása a bal orrcsont alsó felében látható.

A Röntgen-vizsgálat mutatja, hogy a golyó a jobb állcsont felső része mögött vagy a csontban, vagy a lágyrészekben van. Szondával az antrum kitapintható, a golyó azonban nem lehet; genyedés vagy egyéb tünet nincs. A bekövetkezendőktől fog függni az operatív beavatkozás.

8. Navratil Dezső: Oesophagospasmus esete.

Az 5¹/₂ éves, rosszul táplált, fejlődésében erősen visszamaradt fiúcskát kezelő orvosa azzal az utasítással küldte a bemutatóhoz, hogy a túltengett garatmanduláját távolítsa el, mivel nagy a gyanu, hogy e garatmandula-többlet erősen hozzájárul a gyermek fejlődési visszamaradottságához. A garatmandulát csakugyan eltávolította. De mivel a műtét után 4 hétre a betegen a legkisebb javulás sem mutatkozott, a gyermeket anyja újból bemutatta, a mikor kitűnt, hogy a gyermek táplálkozási zavarai inkább oly természetűek, mintha a táplálék lenyelése körül állanának fenn valamelyes zavarok a bázisban. Kikérdezve a gyermek szüleit esetleges lúg vagy sav ivását illetőleg, negatív választ kaptunk. A kis fiút megröntgenezve, kitűnt, hogy az ostyába burkolt bismuthumbolus a bifurcatio tájáig simán jut; ott 1—2 másodperczig késik, majd könnyen halad 2 harántujnyira a cardia fölé, a hol a bázisban a bolust erősen körülöleli, az ostyát megpukasztja s a bismuthot (20—25 másodpercz alatt) tüvékony-ságú sugárban préseli bele a gyomorba. Ezután a kis beteget gombos szondával is megvizsgálva, kitűnik, hogy a kisujvastagságú 24-es Charriernek megfelelő *Langenbeck*-féle olívás bázisringtágító könnyen csúszik a gyomorba. Az oesophagospasmus kórképe tehát könnyen volt ezen amúgy is igen ideges gyermekén felállítható. A mi a therapiát illeti, szóba jöhet az oesophagusnak a szájon át szondázása, illetőleg tágitása, esetleg retrograd úton, per gastrostomiam is tehetnénk hasonló irányú kísérletet, sőt a belgyógyászati kezelés is megkísérélhető.

Morelli Károly: Kérde, milyen vastagságú szondával hatoltak be. A szóló által Berlinben bemutatott leánynak is előbb a manduláját vették ki a rossz nyelés miatt. Spasmus esetében jó eredményt láttam az állandó bougirozástól. Mikor a gyermek kifejlődött, elmúlt a spasmus.

Paunz Márk: Az ilyen esetben legfontosabb az oesophagoskop. Néha fissurát találunk a cardia felett s ez váltja ki a spasmust. Vagy strictura lehet, a mit meg lehet javítani és az esetleges gastrostomiát elkerülhetjük.

Navratil Dezső: Az oesophagoskopiát meg lehet próbálni, de a bismuthum-Röntgen-vizsgálat kielégítő felvilágosítást ad. A *Langenbeck*-féle 4-es szonda könnyen bemeleg. Lúg nincs az anamnesisban. A szükületet a szonda kizárja, kétségtelen a cardiospasmus.

9. Ónodi Adolf: A Highmor-üreg recessus sphenoidalisa. (Eredeti közléseink során egész terjedelmében hoztuk.)

Baumgarten Egmont: Az anomalia nagyon érdekes. Sok esetet láttam, melyben nasalis eredetű látás-zavarok voltak, rendszeren a rostacsont, ikcsont részéről, nagyobb elváltozások nélkül is. Egy esetben a teljes látásihiány rögtön megszűnt, a mikor a Highmor-üregből a genyet kibocsátottam.

10. Tóvölgyi Elemér: A bacillus bulgaricus mint gyógytényező a felső légutak és hörgők bántalmaiban. (Egész terjedelmében hoztuk.)

Közkórházi Orvostársulat.

(XIX. évf. záró közgyűlés 1912 december 28.-án.)

Elnök: **Szontagh Félix.**

Jegyző: **Pólya Jenő.**

Az elnök megnyitójában megállapítja a haladást, melyet az orvostudomány a Közkórházi Orvostársulat 19 éves fennállása alatt tett. Utal a bakteriológiára, mely nem remélt eredményeket ért el. A bakteriologia hajtása, a modern immunitás-tan tüdőköklően bevilágított a szervezetben végbemenő folyamatokba. Az aetiologia, a diagnózis és a forensis praxis is gazdagodott a biológiai reakciókkal. A feltámadt humoralpathologia már a *Virchow* felállította pilléreket is kikezdette, noha eddig nem sok eredménnyel. A gyakorlat azonban a túlságos vérmes reményeket nem váltotta be és már kezdünk megint visszatérni a klinikai észleléshez, sőt a laboratoriumi kutatók maguk hangoztatják a klinikához való visszatérést.

Pólya Jenő titkár jelentése szerint 13 tudományos ülésen 31 tag 44 betegbemutatással és 13 előadással szerepelt. 7 előadásban a syphilit, 5 előadásban a tuberculosist tárgyalták. A tuberculosisról a következő évben még 7 előadás lesz.

Megemlékezik az elhunytakról: *Laczkovics Elemér, Dirner Gusztáv, Siklóssy Gyula, Bassa Ignác, Szöllösi Mór, Grünwald Mór, Hoffenreich Mór* tagokról. A tagok száma az újonnan belépőkkel együtt 376.

Megemlékezik még *Ludvik Endre* lemondásáról és méltatja érdemeit a Duna-jobbparti kórházak fejlesztése körül. Utódja *Irsay Arthur* lett.

Marsovszky Pál pénztáros jelentése szerint a pénztári maradvány 1789 korona 16 fillér, de ezt még terheli az 1911.-i évkönyv számlája.

Megválasztottak ezután 10 új tagot.

Preisich Kornél előadást tart a vörheny kezeléséről. Eredeti közléseink során egész terjedelmében hoztuk.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Az aorta syphilises megbetegedéséről tartott előadást *Deneke* a hamburgi orvosegylet december 3.-i ülésén. Aortitis, aorta-elégtelenség és aorta-aneurysma 173 esetét észlelte az utóbbi 4 évben, részben a szt. György-kórházban, részben a magángyakorlatban. A Wassermann-reactiót 164 esetben ejtették meg, 142 esetben positiv eredménnyel; 6 esetben kétes volt az eredmény, 16 esetben pedig negativ. Ez utóbbi 16 eset közül 13-ban a betegek bemondata szerint syphilises fertőzés történt és előzőleg erélyes syphilis ellenes kezelést fogantatosítottak. A fertőzés és a kifejezett betegség-tünetek jelentkezése között átlag 20 év telt el; a legkisebb köz 5 év, a legnagyobb 44 év volt. A foglalkozás, az alkohol és a dohány mint segédokok nem játszottak kimutatható szerepet. A klinikai kép szerint három csoportba oszthatók az esetek: az 1. csoportban az angina pectoris-szerű jelenségek állanak az előtérben, a 2. csoportban az aorta-elégtelenség (részben aneurysmával kapcsolatban) található s a 3. csoportban az aneurysma tünetei. Szövődmények az idegrendszer részéről 40%-ban voltak kimutathatók; 30%-ban az idegrendszer syphilises vagy postsyphilises megbetegedésének tünetei voltak jelen. A prognózis általában nagyon kedvezőt-

len; az 1911. év végéig észlelés alá került esetek közül már 68% végződött halálosan, az 1909 végéig észlelés alá kerültek közül pedig 84%. A halált 9 esetben az aneurysma megrepedése, 5 esetben stenocardiás roham okozta; a többi esetben hosszas senyvedés után állott be a halál. A szóban levő betegségben erélyes és tartós antisiphilises gyógyítás folytató, a melynek hasznát az előadó statistice és egyes esetek ismertetésével bizonyítja.

PÁLYÁZATOK.

Az északmagyarországi egyesített köszénbánya és iparvállalat r.-t. mizserfai bányagondnokságánál megüresedett a **bányaorvosi állás**, melynek betöltésére ezennel pályázat hirdettetik.

Az orvos javadalmazása 3600 K évi fizetés, 10% drágasági pótlék, szabad lakás, fűtés, világítás és újkor kettős havi fizetés.

Pályázni szándékozók felhivatnak, hogy kérvényeiket **mielőbb** nyújtsák be.

*Északmagyarországi egyesített köszénbánya
és iparvállalat r.-t. társádati elnöksége
Baglyasalja, u. p. Salgótarján.*

949/1913. sz.

Besztercebánya sz. kir. városnál a **rendőrorvosi állás** megüresedvén, arra ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen 35 évi szolgálat után teljes nyugdíjra igényt adó állás az 1912. évi LVIII. t.-cz.-hez csatolt C. illetménytáblázat szerinti X. fizetési osztály 3. fokozatában megállapított javadalmazással, nemkülönben 30 úrköbméter kemény hasábfának előállítási áron megvételére való jogsultsággal van egybekötve.

Felhívom azokat, a kik ezen állásra pályázni akarnak, hogy az 1912. évi LVIII. t.-cz. 22. §-ában megszabott kellékeket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket 1913. évi február hó 23.-áig hozzám nyújtsák be.

Az elkésve beadott kérvények nem vétetnek figyelembe.

Besztercebányán, 1913. évi február hó 3.-án.

Répási Mátás dr., alispán.

217/1913. szám.

Abauj-Torna vármegye tornai járásában a **szini körorvosi állás** véglegesen, illetve esetleg egy évi időtartamra kinevezendő állandó helytességgel töltendő be.

Az orvosi kör székhelye **Szin község** (728 lakossal), a körhöz 16 község (összesen 7232 lakossal) tartozik.

A körorvos, illetve az állandó helyettes orvos állandó javadalmá 1600 korona fizetés, 500 korona lakbér és 400—600 korona fuvarátalány.

Ezen állás elnyerése iránti, megfelelő okiratokkal (orvostudori oklevéllel) felszerelt kérvények 1913. évi márczius hó 1.-éig Abauj-Torna vármegye alispánjához nyújtandók be.

Kassa, 1913. évi január hó 30.-án.

Az alispán.

2268/1912. szám.

Biharvármegye **vaskóhi**, valamint az újonnan rendszeresített **kisszedresi körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állások javadalmazása:

1. Egyenként 1600—1600 K törzsfizetés, a mely összegek az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 15. §-ában megállapított korpótlékkal emelkednek.

2. Egyenként 600—600 K lakbér.

3. Egyenként 800—900 K fuvarátalány.

4. Belügyminister úr által engedélyezett egyenként 1200—1200 K helyi pótlék.

5. Szabályrendeletileg megállapított mellékilletmények.

Megjegyzem, hogy úgy a lakberek, mint a fuvarátalányok jelenleg rendezés alatt állanak, azonban a fent jelzett összegekre biztos kitűlés van.

Külön kiemelem, hogy a kisszedresi körorvosi állás betöltése esetén az illető körorvos mellékes javadalmazásként számíthat még a körorvosi székhelyen levő Willgerodt-művek erdőiparvállalattól szabad lakásra, fűtésre, villanyvilágításra, az iparvasuton ingyen utazásra (mialta a fuvarátalány majdnem teljes összegében megtakarítható) s ezenkívül ugyancsak a nevezett cégtől minimum 1000—1300 K készpénz mellékjövedelemre.

Felhívom mindazokat, kik ezen állások bármelyikét elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában körülírt képesítésüket igazoló okmányaikkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám folyó évi február hó 20. napjának d. u. 5 órájáig nyújtsák be.

A választás határidejét a pályázatok beérkezése után fogom kitűzni.

Vaskóh, 1913. január 20.

Tempeleán Dezső, fősztolgabíró.

4483/1912. sz.

Az Orvosi Hetilap múlt év 52. és folyó év 1. és 2. számában az alvinczi **körorvosi állásra** vonatkozólag közzétett pályázat határidejét folyó évi február hó 28.-áig meghosszabbítottam.

Alvincz, 1913. január 31.

Pongrácz, fősztolgabíró.

63/1913. sz.

A vezetésemre bizott Ugocsa vármegyei „Perényi“-közkórházban márczius hó 1.-jével megüresedő **alorvosi** és április hó 1.-jével megüresedő **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: nyugdíjjogosultsággal egybekötött: alorvosnál évi 2000 kor., segédorvosnál évi 1400 kor. fizetés, mindkét állásnál egyszobás bútorozott lakás, ételmezés, fűtés, világítás, mosás.

Az állásra csakis az egy évi kórházi gyakorlatot igazoló orvos-doctorok pályázhatnak.

A kinevezettek — az első segélyt leszámítva — magángyakorlatot nem folytathatnak.

Pályázók kérvényeiket *Becsky Emil* főispán úr nevére — Nagyszöllős — címezve, hozzám 1913. évi február hó 15.-éig beküldjék, mert később érkezőket figyelembe nem veszem.

Nagyszöllős, 1913. január 24.

Nagy Kálmán dr., operateur, igazgató-főorvos.

HIRDETÉSEK.

:: ELSŐRANGU GYÓGYVIZ ÉS DIAETETIKUS ITAL ::

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

a Bór és Lithion tartalmu GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

a kontinens legelő orvosi szaktekintélyei által kitűnő sikerrel használtaték.
Kiváló óvszer a vörhenynél (scarlatina) fellépő vesebántalmaknál.

E forrás kiváló tulajdonságai:

Húgyhajtó hatása.

Kellemes izü. Teljesen tiszta.

Könnyen emészthető.

Vasmentes. Állandó összetételü.



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

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

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

Dr. MOLNÁR JÁNOS kórházi főorvos

Családi otthona

kedély- és idegbetegeknek

☐☐ Sátoraljaújhely. ☐☐

Serravallo

Kina-bora vassal.

Üdülőknek és vérszegényeknek orvosi szaktekintélyek által legjobban ajánlva.
Kitűnő íze miatt főleg gyermekek és nők szívesen veszik.
Egészségügyi kiállítás Wien, 1906: Állami díj és díszoklevél, nagy aranyérem. Legmagasabb kitüntetés.
Többszörösen kitüntetve. — Több mint 8000 szakvélemény.
Orvos urak kívánatra mintát ingyen és bérmentve kapnak.
J. Serravallo, cs. és kir. udv. szállító, Triest-Barcola.

MARGIT GYÓGYFORRÁS

(BEREGMEGYE)

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

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

7065

MERAN

(Meran, Obermais, Untermais, Gratsch) klimatikus gyógyhely Német-Déltirolban, száraz levegőjével, tiszta égboltozattal és majdnem teljes szélcsenddel őszkor és télen.

Saison: szeptember – június. 1911/12 évi forgalom 31.502 vendég.
Városi gyógy- és fürdőintézet, Zanderterem, vízgyógyintézet, szénsavas és mindennemű gyógyszeres fürdők, temperálható úszómedence, lég- és napfürdők, pneumatikus kamra, teljes belégzési terapia, radiumemanatorium. — Szőlőkúrák, ásványvíz-ivókúrák, terepkúrák, szabad légkúrák. Javalatok: szív- és edénybajok, a légzőutak megbetegedései, idegbajok, vesebajok, lábbadozási időszak.

Csatornázás, 4 hegyi ivóvízvezeték. Új gyógyház belorvosi, sebészeti és szemesztálylyal. Sanatoriumok. 20 elsőrendű szálloda, számos pensio és kiadó villák. Színház. Sport. Hangversenyek.

Prospectusokat díjmentesen küld a KURVORSTEHUNG.



Pankreon

Németbirodalmi szabadalom
128419
és külföldi szabadalom

Dieteticum, roborans, bevált minden pankreas- és emésztési betegségeknek.

Rp. Pankreon in tabul. 0.25. (Nr. 25, 50, 100, 200).

S. 3-szor naponta 2-4 tabl. szétzúzni és étkezés közben bevenni.

Javalta a gyomorbéltractus, az epeutak (icterus catarrhalis) a pankreas minden megbetegedése, a resorptio fokozására; kachexiánál (tuberculosis carcinoma ventriculi), lábbadozásnál aggkorban, tej- és hizlálókúráknál. Arteriosklerosisnál, morbus Basedowii, angina pectoris, hemigrania gastrica-nál az emésztés szabályozására és a diatahábókból folyó következmények elkerülésére.

Csecsemők részére: Rp. Pankreon pulv 0.1-0.5 minden étkezési adaggal felázandó.

Mindennemű hasmenés, atrophia és emésztési zavaroknál.

A súlygyarapodás előmozdítására.

Irodalom és minták díjtalanul.

Akt.-Ges. Chemische Fabrik Rhenania, Aachen.

Raktár: Vereinigte Drogen-Grosshandlungen

G. & R. FRITZ-PEZOLDT & SÜSS A-G., WIEN, I. Bräunerstrasse 5.

Eladás csak gyógyszeráraknak.

Budapesti Szanatóriumok és Gyógyító Intézetek Egyesülete

Intézet belakó betegeknek.

Dr. Pajor sanatorium és vízgyógyintézet Budapest, Vas-utca 17.

Bel, diietetikai és sebészi osztályokkal. Röntgen, Radium, póstyéni iszap, Pneumatikus kamara, Inhalatorium stb.

Dr. Batizfalvy-féle szanatorium Vízgyógykezelés, szénsavas fürdők, villanykezelés.
VI., Aréna-út 82. :: Bejáróknak is. ::

Dr. ROTH Cukor és diéta | Ideg- | Testgyógyászati
osztály consiliáriusai
Stefánia-úti Sanatoriuma | Dr. Szerb Zsigmond | Dr. Hajós Lajos | Dr. ROTH
Stefánia-út 71. | kórh. főorvos. | egyet. m.-tanár. | igazg. főorvos.

Intézet bejáró betegeknek.

Budapesti gyógyszermechanikai ZANDER-INTÉZET 1913. május hotól
Museum-körút 2. Igazg.-orvos: IV., Semmelweis-utca 2. szám.
dr. Reich Miklós. (Kossuth Lajos-utca sarkán.)

Dr. JUSTUS Sugaras gyógyítás. Röntgen. Radium. Forró légekészülék. Fürdők. Kozmetikai műtétek.
bőrbajokat gyógyító és szépségápoló intézete
IV., Ferencz József-rakpart 26.

All-Radium-Inhalatorium Részleges Fango-göngyöles. Radium-inhalatio. Massage. Villamosítás. Fango-eladás.
és Fango-Gyógyintézet
Erzsébet-körút 51. Vezető-orvos: Vándor Dezső dr.

Dr. Hoffmann Jenő Röntgen-rádium-elektrotherapia (galvanisatio, faradisatio, sinusoidális áramok, Leduc-áram, magas feszültségű áramok, diathermia, ionisatio és az elektrotherapia többi összes modalitásai), massage, fény- és hőtherapia
Physikotherapiás intézete
VI., Váci-körút 51. sz.

Asthma-gyógyintézet Egyedüli Bulling-Inhalatorium
Pneumatikus-kamra, tüdőgymnasztika stb.
VI., Andrássy-út 87 (körönd). Vezető orvos: Dr. Glüek Tibor

Guajacetin - Migrol -

Tuberculosis, bronchitis pulmonis, pneumonia, catarrhus intestini et ventriculi stb.

Legalkalmasabb antipyreticum és antirheumaticum.

Peptannol Sullacetin

Sósavas tanninkészítmény gyomormegbetegedések ellen.

Bronchitis, pertussis stb., 20 tabletta K 1.25.

Dr. Franz Fehlhauer & Co. G. m. b. Berlin-Weissensee

Vezérképviselő Ausztria-Magyarország részére:

Adalb. Hradetzky, Wien, XVIII/1, Währinger Gürtel 57.



Mily vaskészítmények alkalmasak hosszasan tartó használathoz? Csak azok, melyek a fogakat nem támadják meg, a gyomrot nem terhelik, könnyen assimilálódnak, melyeket a betegek jól tűrik meg és szívesen veszik be. — Mindezen sajátosságokkal rendelkezik a HAEMATICUM GLAUSCH, mely ezért az összes vaskészítmények közt az első helyet foglalja el és e miatt az összes országok orvosai évek óta, mint a legracionalisabb, legolcsóbb vaskészítményt étvágytalanság, vérszegénység, chlorosis, neurasthenia és az összes gyengeségi állapotoknál, valamint súlyos bajok után üdülés idejére rendelik. Fél üveg ára 230 gr. tartalommal 1.50 korona, egész üveg 500 gr. 2.60 korona. A Haematicum Glausch minden gyógyszerárban, valamint az ausztria-magyarországi főraktárban:



Adler Apotheke S. E. Klewein, Kremsbën, Wien mellett beszerezhető.

Orvos uraknak kísérleti minták ingyen és díjmentesen állnak rendelkezésre.

A Zoltán-féle csukamájolaj

Ára K 2.—

kapható minden gyógyszerárban.

Ára K 2.—

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Lenhossék Mihály: Végbélápolás. 117. lap.

Müller Vilmos: Indokolt-e a terhesség megszakítása tuberculosis eseteiben? 119. lap.

Pólya Jenő: Közlemény a szent István-kórház. III. sebészeti osztályáról. A duodenalis fekélyről. 122. lap.

Erdős János: Adatok a purgo hatásához. 124. lap.

Koós Aurél: Tengermelléki kórházak Olaszországban. 125. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. A. Neisser és E. Jacobi: Ikonographia dermatologica. — S. Jessner: Lehrbuch der Haut- und Geschlechtsleiden, einschliesslich der Kosmetik. — Új könyvek. — Lapszemle. Belorvostan. Bergmann és Strauch: Finoman

megőrölt, szárított főzelék- és gyümölcsliszt. — *Sebészet. H. Oppenheim*: A sebvarrat technikája. — *F. Wolff*: Az epeutak perforációja nélkül keletkezett epés peritonitis. — *Szülészeti és nőorvostan. Zubrzycki és Wolfsgruber*: Az anaemia kezelése defibrinált embervérrel. — *Gyermekorvostan. H. Dupuy*: A chronikus gégeszűkület kezelése módosított O'Dwyer-féle tubussal. — *Veneréus betegségek. E. Klausner*: A syphillis kezelése Richter-féle „kontraluesin“-nel. — *Hügyészervi betegségek. Jorge Gouvea*: Neurasthenia sexualisnak a hügyecső kezelésével meggyógyított esete. — *Orr-, torok- és gégebajok. Denker*: A gége gyors megnyitása fulladás veszélye esetén. — *Kisebb közlések az orvostudományról. Umber*: Tüdővérzés. — *Gudden*: Adamon. — Postoperatív meteorismus. 126—129. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 129. lap.

Végyes hírek. 130. lap.

Tudományos társulatok. 131—133. lap

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Végbélápolás.

Irtta: *Lenhossék Mihály* dr., egyetemi ny. r. tanár.

Van-e elterjedtebb nyüge az emberiségnek annál a sokféle kisebb-nagyobb kellemetlenségénél, a mit a közönség az aranyeres bajok gyűjtőneve alatt szokott összefoglalni? A tudomány a kóros jelenségek e sorozatát különböző alakokra osztályozza, proctitisről, fissurákról, külső és belső aranyeres csomókról szól, de az egy gyűjtőnév alá való összefoglalásnak megvan a maga jogosultsága, mert úgy látszik, ezek az alakok egymásba átmehetnek, egyik a másiknak a fejlődési fokozata. Egy részük csak kis szekatura: tűszúrások, a miket az úgyis sok bajjal küzdő ember morogva ugyan, de valahogy csak elvisel; de gyakran komoly bajjára mérgesednek el, a vérvesztések révén a szervezet tápláltsági állapotában nagy kárt tesznek, sebészi beavatkozást tesznek szükségessé, sőt a bonyodalmak révén még az életet is veszélyeztetik. Úgy látszik, különleges emberi betegség ez: talán következménye az egyenes testtartásnak s az ezzel járó vérsüllyedésnek.

Szerepe lehet e bántalom keletkezésében az ülés specialis emberi szokásának is. Mindenki tudja, hogy az ülő életmód elősegíti a képződését, bár nagyon gyakran kerülnek ilyen panaszokkal az orvos elé olyan emberek, a kik foglalkozásuk szerint keveset ülnek. Így például különösen gyakori az aranyeres bántalom az örökösen álló-járó vasúti forgalmi alkalmazottakon; *Gant*¹ szerint 75%-uk szenved benne. Hogy mennyire elterjedt ez a baj, azt többek között abból is következtethetjük, hogy Amerikában külön szakorvosok, „proktologusok“ foglalkoznak a végbélbántalmak gyógyi-

tásával, sőt egyik-másik amerikai orvosi tanintézetben még külön tanszéket is szerveztek e tárgyból.

A therapia ezen a téren eddigelé nem nagy sikereket ért el. Vagy magától meggyógyul a baj egy kis pihenés és rendes és lágy székürülésről való gondoskodás mellett, vagy nem gyógyul meg a sok hashajtás, fűrésztés, kenegetés, kúpozás ellenére sem, s ilyenkor az ultima ratio: a sebész kéze hozza meg a gyógyulást — ha ugyan meghozza, mert még ez sem biztos. A sebészek gyakorlatában ezek a műtétek nem kis szerepet játszanak; a betegeknek rengeteg fájdalmat és nagy költséget okoznak.

Magam is ebben a bajban szenvedtem valami öt év előttig, habár kisebb mértékben. Hogy teljesen megszabadultam tőle, azt egy általam kieszelt eljárásnak köszönöm. Elméleti okoskodások mesgyéjén haladva jutottam reá s a gyakorlat beigazolta okoskodásom helyességét, nemcsak magamon, hanem több ismerősömön is, a kiknek a dolgot elmondottam s a kik tanácsomat megfogadták.

Előbb közölttem volna már eljárásomat, de szentül meg voltam róla győződve, hogy az ilyen egyszerű és felszínen fekvő dolog ismeretes kell, hogy legyen már az orvostudományban és orvosi gyakorlatban; csak utóbb győződtem meg arról, hogy bizony nyoma sincs sehol, még a végbélbántalmakkal foglalkozó szakmunkákban sem, s hogy az én ötletem egészen új dolog.²

Eljárásom abból a vezérlő gondolatból indul ki, hogy itt is, mint sok más téren, elsőben is a tisztaság elvének gyakorlati alkalmazásával kell megpróbálkoznunk az emberi szervezet vis medicatrix-ának a támogatására. A végbél alsó szakaszát csak egy szennyezés éri: a bélsár részéről való. Ettől a szennyezéstől kell lehetőleg megóvnunk a végbél alsó részét. Erre azonban nem elegendő a végbélnyílás külső

¹ S. G. Gant: Die Erkrankungen des Mastdarms und des Afters. Nach der 2. Aufl. übersetzt von Dr. A. Rose. München, 1904, pag. 78.

² Eljárásomat először németül közöltem a következő címen: Zur Aetiologie und Prophylaxis der Haemorrhoiden. Deutsche med. Wochenschrift, 1912, Nr. 22.

megtisztítása a székelés után bármily módon, akár fürdő alakjában is, hanem ehhez elkerülhetetlenül szükséges a végbél pars analisának a kiöblítése minden egyes bélürülés után.

A végbél legalsó részlete valami 3 cm. hosszú darabon teljesen zárt csatorna: két körizomnak, egy harántcsíkossal s egy simának a tonusa tartja zárva. Az angol anatómusok *Symington*³ nyomán ezt a legalsó szakaszt helyesen canalis analisnak is nevezik. Csak feljebb tágul ki a végbél, előbb lassan, majd erősebben, az ampulla recti alkotva. A végbélnyílás bántalmi szempontjából leginkább az alsó zárt darab s a közvetlenül felette levő érdekel bennünket, szóval az, a mit az anatómiában pars analis rectinek neveznek. Ezen a belső boríték minősége szerint három részletet különböztetünk meg. 1. A pars cutanea a végbélnyílás tölcészerű bemenetét béleli, de részben betérjed a maga finom szőreivel, faggyú- és verejtékmirigyekkel az analis csatornába is; a sphincter externusnak felel meg. Ezen a darabon csupa finom ráncot látunk, sugárirányban összefutókat. 2. A pars intermedia már egészen a zárt csatornában foglal helyet. Aránylag sima, félig-meddig már nyálkahártyaszerű terület ez; a musc. sphincter internusnak felel meg. Ha felvágjuk s magunk elé terjesztjük a végbélet, a belső felszín itt egészen simának mutatkozik, vagy legföljebb igen finom haránt-ráncokat észlelünk rajta. De az élön ezen is hosszanti ráncokba van szedődve a nyálkahártya, valami 8–10-be, s nemcsak az élön, hanem még a holttesten is, addig a míg a végbél a maga helyén van. A fagyasztott tetem nyílirányú középső átmetszeten láthatjuk ezt legszébben.⁴ 3. Következik felette a pars columnaris, az ismert Morgagni-redők (columnae rectales) területe. Néhány cm.-nyi hosszanti ráncok ezek, valami 8. Alul egy csipkézett, ajakszerűen kiemelkedő harántvonaltól indulnak ki. A tövüket, a mely néha szemölcszerűen domborodik ki, ivalakú redők kötik össze; így keletkezik az említett guirlande-szerű harántredő, a linea sinuosa analis. Ez a vonal néha igen erősen duzzad ki; félhordalaku darabocskáit már egy régi, 17. századbeli angol anatómus, *Glisson* valvulae semilunaresnek nevezte. E félhordalaku redők felett, a hosszanti ráncok között a nyálkahártya sekély gödröské, a *Morgagni*-féle sinusokká (sinus rectalis) mélyed s ezekben néha még másodlagos, a hügyöcs lacunáira emlékeztető gödröcskéket, sőt valóságos csatornaszerű, vakon végződő, néha a mélységben még el is ágazódó járatokat találunk. Ezeket a másodlagos hámbetüremkedéseket már *Morgagni*, ez a kitűnő megfigyelő is ismerte és „canaliculi“ néven le is írta; de egy részük csak a mikroszkopos metszeten látható. *Herrmann*⁵ „depressions“, *Braun*⁶ „Sinuositäten“ néven foglalkozik velük.

Ezeket az anatómiai részleteket azért mondtam el, hogy bemutassam, mennyire alkalmas a végbél analis darabja a maga hosszanti és haránt redőivel és gödröcskéivel arra, hogy a szűk csatornán átnyomuló bélsárosszlopból egyes felszínes részleteket visszatartson. Igaz, hogy a csatorna tágulásával a redők elsimulnak, de csak részben; még a petyhüdt hullakészítményen is marad valami belőlük, sőt egy részük még az ilyen készítménynek erősebb kifeszítésével sem simítható el egészen; áll ez különösen a Morgagni-sinusok másodlagos gödröcskéire és canaliculusaira.

De felesleges a sok elméleti okoskodás, többet ér az empiria. Ha az ember a székelés után kifecskendezi a végbéle alsó részét, nincs eset, hogy a megint kibocsátott folyadék bélsárrészletekkel ne volna szennyezve. Igen gyakran nagyobb darabok is távoznak el még ilyenkor, de ez nem állandó. Hanem mindig kijön a vízzel sok apró szemcse- és fonalalakú bélsárrög: öntvénye az analis részlet gödröcskéinek és barázdáinak. A kifecskendezés nélkül ezek a rögök jórészt bentmaradnak a végbélben s ott rothadnak tovább a következő bélürülésig, a mikor új bélsárrögök foglalják el a helyüket; egy részüket észrevétlenül kiszorítja még utólag magából a végbél sphincterének összehúzódásaival, beszenyyezve a fehéreneműt.

S vajjon közömbös-e a végbél alsó részére az, hogy finom nyálkahártyáját állandóan apró rothadó bélsár-részek lepik el? A legtöbb emberen úgy látszik egészen közömbös ez, de sok emberen nem. Ennek a különös érzékenységnek nyilván többféle oka lehet, de a végeredmény egy: az analis

rész nyálkahártyája érzékenyebb lesz a visszamaradó bélsárrögök mechanikai és chemiai izgató hatásával szemben. Meglobosodik, fájdalmassá lesz, hámja fellazul s a keményebb bélsár hatására könnyen felsebződik s kifelélyesedik; a gyuladás már a folyamat elején áttérjedhet a nyálkahártyaalatti réteg dús gyűjtőeres fonataira, s ezeknek a phlebitisével s bennük a vérnek pangásával előáll az aranyeres bántalom képe.

Nem mondom, hogy ez az egyedüli módja a proctitis és aranyeres csomók keletkezésének, de hogy az esetek nagy részében ilyen a bántalom genesisé, az szilárd meggyőződésem. Az én eljárásom sikeréből lehet erre következtetni.

Hogy ezekre a kóros elváltozásokra a bélsárcsatornának csakis ez a rövidke végső darabja hajlandó, azt az analis csatornának szűk voltán s nyálkahártyájának redősségén kívül leginkább a hámboríték mikroszkopi viselkedéséből magyarázom. A pars analis recti szövettani viszonyainak alaposabb megvizsgálásával, mivel a histológiának ez a fejezete eddigelé meglehetősen fogyatékos volt, egyik tanítványomat bíztam meg.⁷ Hosszabb ideje ismeretes már, hogy a bél e legalsó szakaszát, eltérően a bélsárcsatorna többi részétől, nem hengerhám, hanem rétegzett hám borítja. Az intézetemben végzett vizsgálatok azt tanúsítják, hogy ez a rétegzett hám felterjed még a Morgagni-oszlopok területére is s csak ezeknek a felső vége felé, tehát valami 4 cm.-rel a végbélnyílás felett megy át a bél jellemző hengerhámjába. A hengeres bélsárcsatorna úgy látszik bőven fel van ruházva valami védő berendezéssel a rothadó bélsár káros hatása ellen, épp úgy, mint a hogy a gyomor hámja is védekezni tud a gyomornedv emésztő hatásával szemben. Rendes viszonyok közt úgy látszik az analis csatorna rétegzett hámjának is megvan ez a becses tulajdonsága, de már itt ez a védelmi berendezés nem olyan megbízható; különböző körülmények meggyengítetik s így támadnak azután az előbb említett kóros jelenségek. Lehet, hogy ennek a kisebb ellenálló képességnek az az oka, hogy ez a rétegzett-hámos terület a fejlődésben eredetileg külső testfelszín („ektodermatikus kloaka“) s csak másodlagosan vették fel a végbél alsó részébe; mintha a természet ezt a darabot az ember fejlődésének alaptervében nem szánta volna bélnek s azért nem is szerelte volna fel a védekezésnek olyan biztos eszközeivel, mint a bélsárcsatornának feljebb eső részeit.

Ezekből az elméleti fejtegetésekből szinte magától adódik a gyakorlati következtetés. Ha azt akarjuk, hogy a fentebb említett káros hatások ne érvényesüljenek, elejét kell annak vennünk, hogy a végbélnyílás belső nyálkahártyáján hosszabb ideig tapadjanak bélsárrögök. Ezt könnyű szerrrel elérhetjük azzal, ha a végbél legalsó részét minden egyes bélürülés után kisebb fajta fecskendővel alaposan kitisztítjuk. A külső letisztítás, akár spongyával vagy fürösztéssel is, nem elegendő, mert a nyálkahártya szennyezett területe már a sphincteren belül esik s ilyen külső eljárással el nem érhető.

Hogy az újszülöttnak nevet adjak, eljárásomat *anicure*-nek kereszteltem el, a kézápolás francia nevének (*manicure*) mintájára.

Ennek az *anicure*-nek a technikája pedig a következő. 100–120 köbcentiméter folyadékot magába foglaló ballonnfecskendőt használunk: a 6-os vagy 5-ös számút. Igen fontosnak tartom, hogy a fecskendő illesztése, a mely akár vulkánizált kaucsukból, akár üvegből lehet, 4 cm.-nél hosszabb ne legyen, azért nem, mert ha ennél hosszabb, évekre terjedő, nap nap után való használat mellett előbb-utóbb megsérti a végbél érzékeny nyálkahártyáját a pars perinealis és sacralis közti szöglet elülső falán, míg ilyen hosszúság mellett éppen átmegy az analis csatornán s végével a végbél nyitott lumenének közepén szabadon áll. Az illeszték a vége felé olivaszerűen megvastagszik, de legföljebb 8 mm.-re s elől lehetőleg legömbölyödve végződik. Az egy darabból való fecskendő nem olyan jó, mint az illesztékes, már csak azért sem, mert a vizet hamarabb szívhatjuk fel a ballonba, ha előbb leveszük az illesztéket.⁸

A ballont langyos vízzel töltjük meg; az állott hideg víz sem árt, de nem olyan kellemes, mint a langyos. A székelés után, miután megtörültük a végbélnyílásunkat klozet-

⁷ A. v. *Szent-Györgyi*: Zur Anatomie und Histologie des Teguments der Analöffnung. Anat. Hefte, herausgeg. v. Fr. Merkel und R. Bonnet, 1913. (Sajtó alatt.)

⁸ Az ilyen fecskendőt megrendelésre bármely műszerész elkészítheti. Több fővárosi műszerész már készletben is tartja.

³ *J. Symington*: The rectum and the anus. The Journal of Anat. and Physiology. Vol. 23, 1888, pg. 106.

⁴ Lásd *Fr. Merkel*: Lehrbuch der topographischen Anatomie, 1907, Bd. 3, pg. 162.

⁵ *G. Herrmann*: Sur la structure et le développement de la muqueuse anale. Journal de l'Anatomie et de la Physiologie. 1881, pg. 443.

⁶ *W. O. Braun*: Untersuchungen über das Tegument der Analöffnung. Inaug.-Diss., Königsberg, 1901.

papírossal, óvatosan beviszszük a fecskendő illesztékét s a végbélbe üritjük a ballon tartalmát. Azután kieresztjük a mindig bélsárrészekkel szennyezett vizet s megtisztítjuk végbélnyílásunkat s a fecskendőt, az utóbbit legczélszerűbben nedves vattával. Ha azt hisszük, hogy kemény székünk lesz, czélszerű már a székelés előtt alkalmazni a fecskendőt; így azután biztosra vehetjük, hogy a bélsároszlop nem sérti meg kemény, érdes felszínével a finom nyálkahártyát. Az ilyen előzetes befecskendezéshez czélszerű vaselinnel sikamlóssá tenni a fecskendő illesztékét, míg a székelés utánihoz nem szükséges ez. A ki nagyon óvatos, az illesztéket állandóan valami gyenge fertőtlenítő oldatban tarthatja.

De ennek az eljárásnak csak akkor lesz meg a haszna, ha következetességgel élünk vele, vagyis ha lehetőleg soha sem mulasztjuk el a végbél kitisztítását az ürülés után. A kinek hajlandósága van nodusokra, fissurákra, az fel kell hogy vegye ezt a tisztasági műveletet mindennapi szokásai közé, akárcsak a száj kiöblítését az evés után. Hasznát fogja látni, mert nyugton marad az aranyeres bántalom kellemetlenségétől, ha pedig már kisebb nodusai vannak, megszabadul tőlük. S a rendszeresen üzőtt anicure nem is olyan nagy áldozat, mint az ember hinné. Az ember csakhamar hozzászokik, még pedig olyannyira, hogy rövid idő múlva inkább csak azt érzi kellemetlennek, ha néhanapján nincs módjában, hogy a székelés után azonnal kifecskendezze a végbelét. Az eljárás alig igényel néhány percet s inkább kellemes, mint kellemetlen. Utána üde tisztasági érzése van az embernek a végbélnyílása körül s a ki megszokta, már a tisztaság okából sem lehet el nélküle.

Nélkülözhetetlen az anicure a nyálkahártya berepedései esetén. Ezek a kis fájdalmas erosiók nem egyszer nehezen gyógyulnak, mert a bélürülések alkalmával újra meg újra szennyeződnek s e mellett a bélsároszlop érdes felszíne minduntalan felszakítja a gyógyuló sebet. Itt a befecskendezés, a székelés előtt és után alkalmazva, souverain eljárás: a székelés előtti vízréteggel veszi körül a bélsároszlopot s ezzel mechanikailag védi a sebet, a székelés utáni pedig megtisztítja s a fertőzéstől óvja azt.

Évekig üzhetjük bátran ezt az eljárást, annak semmi kárát sem látjuk. Nagyobb mennyiségű folyadékknak hosszabb időn keresztül folytatott beöntése a végbélbe azzal a veszedelemmel járhat, hogy kitágítja s ezzel atóniássá teszi a végbél és medenczefenek izomzatát, a minek székrekedés a következménye. Az én eljárásomnál ettől nem kell tartanunk; az ilyen „mikroklysma“ csekély vízmennyiségének nem lehet ilyen káros hatása, sőt ellenkezőleg, úgy veszem észre, hogy az anicurenek a székürülések rendes bekövetkeztére is a legjobb hatása van, sőt valóságos gyógyító eljárása a székrekedés ama gyakori fájának, a melynek oka a sigmabél és végbél atóniája.

Indokolt-e a terhesség megszakítása tuberculosis eseteiben?

Irta: Müller Vilmos dr. operateur, a tátraházai tüdőbeteg-sanatorium igazgató-főorvosa.

Súlyosabb, felelősségteljesebb helyzetbe ritkán kerülhet az orvos, mint a mikor a felett kell döntenie, hogy engedje-e kiviselni a gümőkóros nő terhességét, vagy pedig félbeszakítsa?

A sanatoriumunkban ápolt tuberculosis nők aránylag szokatlanul nagy száma akaratlanul is ráterelte figyelmünket erre a nagyfontosságú kérdésre. Négy év alatt huszonnégy grávida volt az intézetben.

Harmadik hónapon felül lévő terheseket nem szívesen vesznek fel a sanatoriumok. Sőt nagyon sok olyan intézet is van, a mely a 2—3 hónapos gravid tuberculosis előtt is bezárja kapuit. A tartózkodás észszerű okát nehéz fellelni. Természettudományi gondolkozástól át- és átshatott korban, mint a milyen a miénk, csak nem lehet szeméremértő a gravid nő látása. Sőt — mert éppen két emberletről van szó —

szerény véleményem szerint mindenképpen azon kellene igyekezni, hogy a tuberculosisban szenvedő gravid nőbeteg okvetlen sanatoriumi kúrának vesse magát alá.

Ennek a felfogásnak köszönhetem, hogy az intézetben 22 gravid nőbeteg lett elhelyezést és hogy támaszkodva a legexactabb módon és a lehető legnagyobb pontossággal észlelt empiriás és kísérleti tényekre, hozzászólhassak a czím-ben megjelölt kérdéshez.

A kérdés eldöntésekor a modern gynaekologia elveit tartottam szem előtt: vizsgálataim keretében *elsősorban az anya érdekét kerestem*. Azt néztem, mi haszon származik az anyára, ha terhességét művi uton szakítjuk meg. *Évek óta figyelem tuberculosisos nőbetegeink állapotát a szülés lefolyása után* és úgy ezt, mint a szülés alatt és után beálló complicatiókat sorba véve, vonatkoztattam a tuberculosis szülés előtti állapotára. Több esetben sikerült az anyától a szülés után vizsgálat céljából tejet kapnom és azzal a később leírandó állatkísérleteket végeztem.

Ezt a sokszor kissé hosszantartó, betegeinknek az országban való szétszórtsága miatt nehezen is keresztülvihető eljárást azért tartottam szükségesnek, mert kérdésünk eldöntésekor még sokszortább szószerint kell vennünk a modern gynaekologiai tanítást, hogy *ha az anya és csecsemő élete között kell választanunk, legelső sorban és minden gondolkodás nélkül az anya életének megmentése a főczél*. Még olyan kényes esetben is erre az álláspontra kellett helyezkednem, a midőn egyik gravid tüdőbetegünk férje, a ki a nő sokáig tartó sterilítása miatt feleségétől már válni akart, folyton a születendő gyermek életéért aggódott és feleségét másnak, mint gyermekszülő mediumnak nem tekintette.

De nem kevésbé fontos a felvetett kérdés a gyermek szempontjából is. Mert tagadhatlan, hogy a terhesség esetleges megszakításának indiciójára lényeges befolyással van a születendő gyermek congenitalis tuberculosisának biztos megállapítása. Az kétségtelen, hogy sokkal könnyebben határozónok el magunkat a tuberculosis graviditásának megszakítására, ha *biztosan* tudnók, hogy a tuberculosis szülőktől, illetőleg a tuberculosis anyától származó gyermek mindenképpen tuberculosis, vagy pedig olyan súlyos fertőzést hord magában, a mely későbbi életképességét komolyan veszélyezteteti.

Mіндеzen szempontokat figyelve, vizsgáltuk gravid tuberculosisos betegeink állapotát 1. a *terhességben*, 2. a *szüléskor* és 3. a *szülés lefolyását követő* időben.

A *terhesség ideje alatt* tuberculosisos betegeink részben még otthonukban, de legnagyobbbrészt már intézetünkben tartózkodtak. Ezen idő alatt állapotukban lényegesebb pathologiai jelenségeket nem észleltünk. Bár némelyiknek kiterjedt tüdőaffectiója volt, a bántalom progrediálását a terhesség ideje alatt nem észleltük. Időnként jelentkezett lázak jelezték a kór-képet, a melyek azonban sem intenzitás, sem tartam tekintetében azon az átlagos határon túl nem léptek, a melyet más, körülbelül hasonló stadiumbeli betegeinken észlelni szoktunk.

Haemoptoë a terhesség ideje alatt egyetlen esetben mutatkozott csak. A gravid tuberculosisos ekkor terhességének hetedik hónapjában volt. Egyike volt a legkönnyebben megbetegedetteknek, a kit hozzátartozói orvosi tanácsra csak azért internáltak intézetünkbe, mert hosszú ideig tartó, lázzal járó pleuritises folyamat indult meg nála, a mely után kevés exsudatum és kis dyspnoë maradt hátra. A folyamat specifikus jellegét már az intézeten kívül kimutatott positiv bacterium-lelet és az intézetbe való érkezésekor megejtett és ugyancsak kifejezett positiv reactiót szolgáltató Pirquet is mutatta. A gravid nőbeteg subfebrilis hőmenete rövid néhány hét alatt normalisra szállott és minthogy temperamentuma különben is derűre hajló volt, betegeink között subjective és objective is a legkedvezőbb prognosist sejtető esetnek declaráltuk.

A praeventív tonometriás mérések, a melyeket a terhes tuberculosisos nőknél kettős gonddal végeztünk, az említett nőbetegén egyszerre csak successive *emelkedő vérnyomást* mutattak. Hiábavaló volt minden óvatosság, nyugalom stb. és mert

erélyes belső szereléshez a foetus élete miatt nem lehetett folyamodni, 130 mm. Hg. magasságú vérnyomás mellett haemoptoë állott be. Érdekesnek tartom megemlíteni, hogy a haemoptoë ideje a rendes menstruatio idejére esett, a mit köztudomásúlag szokatlanul gyakran találunk tüdőbeteg nőknél (vikariáló vérzések). A haemoptoë két napig tartott lázas emotio nélkül. A grvida egy héttel a haemoptoë után elhagyta az ágyat. További terhessége normalis lefolyású. A szülés — jelentéktelen gátrepedést leszámítva — rendes. Az anya felől — negyedik éve — állandóan jó híreket kapok.

Szokatlanul nagy mértékben észleltünk gravid tuberculosus nőknél *izzadást*, mely főleg idősebb gravidákon jelentkezett és a terhesség későbbi idejében a gravidáknak majdnem egyedüli panaszja volt.

Az *étvágy* a legtöbb esetben megnövekedett, némely gravidában pedig olyan mértékűt öltött, hogy folytonos éhségérzetről panaszkodtak.

Különösen feltűnt, mennyire megváltozott a terhesség ideje alatt a *székletét consistentiája*. Némely gravidának, a kin azelőtt minden kis diaetahiba, vagy egy pohár tej már erős hasmenést váltott ki, az egész terhességi idő alatt rendes összeállítású széke volt, sőt voltak olyanok, a kiknek hasajtót kellett rendelniük, bár graviditásuk előtt makacs hasmenésben szenvedtek.

Külön megemlítést érdemel a terhes nőknél fokozottabb mértékben tapasztalt *dyspnoë* is. Gravid tuberculosus nőknél, a kiknek tüdőbeli állapota a terhesség alatt határozott javulást mutatott, a kik graviditásuk előtt a nehézlégzés nyomát sem érezték, a terhesség előrehaladásával kifejezett *dyspnoë* mutatkozott, a mely egy esetben (a nőnek kétoldali régi pleuritise is volt) szokatlanul intensíve jelentkezett, de a mely a mozgás korlátozása, néhány oxygen-inhalatio és belső szerelés után (oxaphor) alábbhagyott.

Ezekhez az objectív tünetekhez még egy nagyon is feltűnő *subjectív változás* is társult. A gravid tuberculosus nők hozzátartozói külön is felhívták figyelmünket arra a szokatlan *lelki átalakulásra*, a melyen azok terhességük első hónapjaiban átmentek. A legtöbbje azelőtt vidámabb, élénkebb temperamentumú volt, míg terhességük ideje óta emberkerülővé, melancholiássá lettek. Az egyikben ez az állapot már-már psychosis-szerű búskomorságba ment át, a mi miatt elmeorvoshoz is fordultak.

Ezek a lelki átalakulások gravid nőkben tudvalevőleg különben is elég gyakoriak. A graviditás sok esetben formalisan is megcseréli a lélek karakterét, derűs kedélyűeket komolylyá formál és megfordítva, a mint ezt az idevágó szakmunkák részletesen felemlítik (*Olshausen*). De a mi bennünket különösen érdekelt, az volt, hogy a hozzánk került és bizonyára tüdőmegbetegedésük miatt komorrá lett gravidák lelkéről mint hámlott le lassan a sötét szín és miként adott lassan derűsebb életfelfogásnak helyet, a mint más gravid tuberculosus nőket is láttak és „szerencsétlenségüket“ nem egyedülállónak ösmerték meg.

A terhesség ideje alatt talált fönti észleleteket még a *köpet mikroskopi vizsgálatával* egészítettük ki. Sem diagnostikai, sem therapiás célú oltásokat gravid tuberculosus nőknél nem végeztünk, a mint hogy a legvégső lehetőség szerint kerültük gyógyszereknek a szervezetbe való bevitelét, nehogy a foetus életét veszélyeztessük. A *mikroskopi köpetvizsgálatok* az esetek 50%-ában a bacteriumok teljes eltűnését mutatták. 40%-ban a bacteriumok számaránya (*Gaffky-skála*) sem növekedést nem mutatott. 10%-ban egyik heti vizsgálat egy-két Gaffkyval többet, máskor kevesebbet adott. Ez utóbbi esetekben második stadiumbeli tuberculosus nőkről volt szó, a kiken subfebrilis állapot erősen kifejezett lázas időszakokkal (38°0—38°20) váltakozott.

A 22 gravid nőbeteg közül négyen *abortus* következett be. Még pedig két esetben — ha szabad magunkat így kifejezni — minden előrelátható alkalmi ok nélkül, az egyikben a graviditás harmadik, a másikban az ötödik hónapjában. Az első két nőbeteg hónapok óta láztalan volt és semmi sem árulta el az abortus esetleges bekövetkezését.

Természetesen fokozott gondossággal vettük körül a gravid tuberculosus nőket. Minden olyat távoltartottunk tőlük, a mi akár lelkileg is kizökkenthette volna őket egyensúlyukból. Hozzá tartozóiktól csakis kellemes híreket kaptak. Az intézetben pedig lehetőleg minden és mindenki simulni igyekezett könnyen izgatódó lelki világukhoz, nehogy psychés megrázkódtatások abortust váltsanak ki. Kiszabott sétájukat mindig ápolónő kíséretében végezték, nehogy útközben bármi baj érhesse őket.

Az abortus mindkét nőt hirtelen jelentkezett, alig volt annyi időnk, hogy az éppen sétáló betegeket hazaszállítsuk. Különösen gyorsan zajlott le az abortus a harmadik hónapos terhesen, a kin néhány erősebb fájás után sua sponte fejeződött be. Alkalmi okot, a mely az abortus hirtelen létrejöttét megmagyarázta volna, a leggondosabb kutatás sem tudott felderíteni. Psychés izgalom nem érte a beteget. Hozzá tartozói is megnyugtattak bennünket ezirányban. Traumát nem szenvedett a beteg. Ezt a beteg maga is tagadta. Ellenben feltűnt a belső vizsgálat alkalmával az uterus erős *retroflexiója*, a mely miatt már jóval a terhessége előtt pessariumot hordott. Ez a retroflexio — mint a beteg hozzátartozói mondták — a kezelőorvos véleménye szerint oly nagyfokú volt, hogy az „összenövésnek“ miatt operatív beavatkozásról is szó esett, mely azonban éppen azért maradt el, mert a nőbeteg teherbe esett. A retroflexio pedig tudvalevőleg lehet oka az abortusnak, főleg ha a retroflexio folytán származó és később a retroflexiót fenntartó gyuladós összenövés a terhes méh kiemelkedését a kis medenczéből nem engedik meg és ezáltal mechanice a foetus elpusztulásának közvetlen okozói is lehetnek.

A második gravid tuberculosus, a kin abortus jelentkezett, terhességének ötödik hónapjában volt. Már azelőtt is endometritis miatt kezelés alatt állott, a mely a terhesség egész ideje alatt fluor albusban mutatkozott. Bármilyen biztató volt is egyébként az állapota graviditásának teljes tartama alatt, mégis annyival inkább tarthattunk az abortus bekövetkezéséről, mert előzetes kétszeri graviditása is abortussal fejeződött be. Endometritis eseteiben — mint tudjuk — a gyuladós méhnyálkahártya vált ki egyrészt sokszor időelőtti uteruscontractiókat, másrészt pedig a méh gyuladós jellegénél fogva nem tágulhat ki kellőképpen és ezért pusztul el a foetus.

E két abortus okát tehát egyrészt a méh pathologiai helyzetváltozásában, másrészt magának a méhnek gyuladós megbetegedésében lelhetjük fel. Teljesen elhibázottnak tartanám, ha e két esetben az abortust a tuberculosis rovására írónk.

Sokkal fontosabb következtetéseket vonhattunk le specialis megfigyeléseink alapján a *másik két abortusból*, a mely mindkét esetben a második stadiumban levő lázas tuberculosus nőn jelentkezett. Mindkét nőbeteg első ízben volt teherben. Az egyik már leánykorában erősen anaemiás volt, majd „meglepetésszerűleg“ nagy vérhányáson ment keresztül magas lázakkal. Szükségesnek tartom megjegyezni, hogy a leány akkor zárdában volt és már évek óta ott nevelték. A beteg állapota akkor annyira javult, hogy hat év után (22 éves korában) férjhez ment. Még csak egy éve volt férjénél, a mikor újból erős haemoptoë jelentkezett és e közben 38°50-ra is felszökött a hőmérséke. Kellő időtartamú gyógyintézeti kúra után az asszony állapota annyira javult, hogy három év óta, leszámítva az apró hőemelkedéseket (szájban 37°2—37°30), semminemű tünet sem zavarta a beteg nyugalomát. Ezen nyugalmi állapot közben lett a nő gravidá. A terhesség első és második hónapja teljesen zavartalan volt, A harmadik hó közepén azonban olyan erős *hányásinger* és *hányás* mutatkozott, hogy már akkor e miatt művi abortus volt tervbe véve. Ez a heteken át tartó és a terhesség negyedik hónapjának második felében megszűnt rendkívüli hányásinger, a mely a beteg kimondása szerint olyan erős rohamokban jelentkezett, akár csak az asthmás köhögési attackok és a mely miatt az asszonyt heteken át csakis a végbélen át lehetett táplálni, valószínűleg a fokozott nyomásviszonyok következtében az eladdig latens tuberculosis fellobbanására

vezetett. Lázas állapot jelentkezett és ez indította a beteget arra, hogy sanatoriumot keressen fel. A magas hőemelkedések az intézetben körülbelül 1 fokkal alá is szállottak, de a betegnek állandóan később is 38^o-os szájhőmérséke volt, a mely mellett azonban subjective feltűnően jól érezte magát. A folytonos láz a beteg táplálkozását is lecsökkentette, úgy hogy a foetus életén kívül az anyáé is komoly veszedelembe került. A művi abortusba a nőbeteg semmiképpen sem akart belegyezni, sőt a legfurfangosabb cselekhez kellett folyamodnunk, hogy a magas lázak elleni antipyreticumokat a nő tudtán kívül csempészszük ételekbe, mert a nő nem akart különben gyógyszereket szedni, nehogy születendő gyermekének élete veszélyeztessék. A hőmérséket sikerült 37·4—37·6^o-ra leszállítanunk és a nőbeteg jó közérzete mellett biztatón várhattuk a graviditás előhaladását. A 6. hónap első felében egészen váratlanul egyszerre csak szokatlanul vehemens hányásinger lepte meg a nőt, még pedig olyan intenzitással, hogy a beteg egy-egy roham után alétan, mély apathiában feküdt órák hosszat. A hyperemesises rohamokat csak subcutan adott nagy adag pantopon enyhítette. A rohamok közötti szünetekben lehetőleg mindent kipróbáltunk: a *Günther* ajánlotta állandó villanyáramot, a portio vaginalis edzését, a cervix tágitását, az eleddig javaslatba hozott régebbi és új gyógyszerek egész skáláját, de mind eredménytelenül.

Egy ilyen roham közben, a hasprés óriási felfokozott működése mellett bekövetkezett azután az abortus. Gynaekologiai szempontból még csak annyit tartok szükségesnek hozzáfűzni az esethez, hogy a nő — mint már említém — leánykorában nagyfokú anaemiában szenvedett, vagyonszülők egyetlen gyermeke lévén, nagyon elkényeztetett, különcködő volt, hysteriás karakterrel, úgy hogy hyperemesi-sét neurosisos természetűnek kell minősíteni. Ezt annál inkább felvehettük, mert az abortus a nőbetegen olyan lelki depressiót váltott ki, hogy napokon keresztül öntudatlanul feküdt, hallucinációi voltak, hőmérséke 39·5—40·2^o között változott. Maga az abortus objective ennek az oka nem lehetett, mert a méhben residuum nem maradt, a méh involúciója a normalis keretekben zajlott le. Bár bizonyosak voltunk ebben a föltevésben, óvatosságból nem mulasztottunk el — sepsises fertőzést gyanítva — electrargol-injectiókat alkalmazni. A nőbeteg az abortus után egy hónapig teljes apathiában volt, a végélen keresztül tudtuk csak táplálni. Lassan kapott csak erőre. Láza — Spenglert is adagoltunk — successive leszállottak, úgy hogy az intézetből való távozásakor — 2½ hónappal az abortus után — 37·6^o maximalis szájhőmérséke volt és köpetében csak többszörös vizsgálat (sedimentált köpet mellett) tudott elszórtan 10—15 látóterenként 1—1 bacteriumot találni.

Huszonkét esetünk közül a *negyedik abortus* a terhesség hatodik hónapjában, a harmadik stadiumban lévő, állandó hektikus lázakkal, nagy cavernával bíró, terhelt beteg állott be. Az abortust ezen esetben majdnem bizonyossággal előre vártuk. A nőbeteg többszörösen terhelt családból származott. Anyja és két nővére tuberculosisban halt el, atyai ágon két nagybátyja hasonló bántalomban szenvedett. Egyik nővérét önfeláldozóan ápolta, vele több sanatoriumban együtt is volt és különben is törekeny szervezetébe ezenközben férközött a betegség. A habitus phthisicus nem mindig találó megnevezése igazán reáillett. Nővére halála után nem sokkal benne is jelentkezett a bántalom és elég lényegtelen tünetekkel került egy tenger melléki gyógyhelyre. Itt láza hirtelen fokozódott (37·8—38·2^o); a lázat — kimondása szerint — úgy kezelték, hogy folyton hajókézre küldötték. A lázak nem szüntek, úgy hogy három hó múlva állandóan 38^o-os lázakkal került haza. Két év előtt került első ízben intézetünkbe, a hol láza sem gyógyszeres, sem hydrotherapiás, sem specifikus methodusok alkalmazása után nem szállottak alá. A beteg köpetének gyakori vizsgálata közben azonban feltűnt, hogy a relative kisszámú Koch-bacillusok mellett tömeges mennyiségű strepto- és staphylococcus van. Eme objectiv lelet mellett a hőmenet állandóan magas, majdnem nap-nap után

egyenletes kilengése azt a gyanút ébresztette bennünk, hogy itt nem is annyira *egyedül* a Koch-bacteriumok okozta infectióról, hanem súlyos vegyes fertőzésről (Mischinfection) van szó. Minthogy a nőbeteg állapota napról-napra súlyosabbá vált és sok veszíteni valónk nem volt, megpróbáltunk az antistreptococcus-serummal. Hosszas és fárasztó kezelés után nagysokára sikerült a hőmérsékletet 37·8—38^o-on tartani az azelőtti állandó 39—39·5^o-ú hőmérsékekkel szemben. A közben alkalmazott atoxyl-injectiók, a nőbetegeken különösen forcirozott és intézetünkben állandóan adagolt zabliszt-tápanyagok (Quacker-Oats-levesek, tészták) is segítettek abban, hogy intézetünket hat hónapi kúra után elég jó erőben hagyhatta el.

A nőbeteg, hozzátartozói határozott ellenzése daczára, 8 hónappal az intézetből való távozása után férjhez ment. Még ekkor is fennállott lázait úgy hozzátartozói, mint férje előtt is titkolta, a melyek pedig — mint ezt később elmondotta — 38 fokot is elértek és a melyek ellen állandóan titokban orvosságokkal is élt. Ezenközben esett teherbe és terhességét a negyedik hónapig elég jól viselte. A titokban szedett gyógyszerek mellett hőmérséke 37·8—38·1 fokot is elért. A hirtelen beállott és súlyos jellegű haemoptoé végre a hozzátartozók szemét is felnyitotta, a kik, mihelyt a nőbeteg transportabilissá lett, intézetünkbe hozták. Tartós láza, melyek időnként a 38·8 fokot is elérték, majdnem parancsolólag követelték a művi abortust. De a szokatlanul erélyes nőbeteg öngyilkossággal fenyegetődött, ha életének egyetlen reményétől megfosztják. Így azután formalisan exspectativ szerepre voltunk kényszerítve, eltekintve attól, hogy minden rendelkezésre álló módon symptomatice és specifikus kezeléssel (*Beranek*) igyekeztünk javítani a beteg helyzetén.

A nagy tüdőbeli elváltozások mellett ezt a törekvést nem koronázta teljes siker. De annyit mégis elértünk, hogy a folyamat nem progrediált és hogy a beteg subjective is — 37·8^o maximalis hőmérséklet mellett — elég tűrhetően érezte magát.

A terhesség ötödik hónapjának második felében a nőbeteg arról panaszkodik, hogy nem érez magzatmozgásokat. Ezt az észleletet a vizsgálat is megerősítette és a bekövetkezett vérzés is arra mutatott, hogy az abortus nem késhe-tik sokáig. És az igaz, hogy szándékosan sem tettünk volna ellene semmit, de meg a foetus halála miatt is inkább csak annak siettetése volt indikált. Nagyobb vérzéssel le is zajlott, a nélkül, hogy — leszámítva a nőbeteg gyötrő kétségbeesését — a különben is súlyos tüdőbeli állapotot akár pro, akár contra befolyásolta volna.

A nagyfokú vérvesztés után hypodermoklysis alkalmaztunk és két héten át gelatina-injectiókat adtunk, a melyektől organotherapiás befolyást is reméltünk. A nőbeteg még két hónapot töltött az intézetben, azután 8 hónap múlva meghalt.

Kétségtelen, hogy ebben a negyedik esetben az abortust a folytonos lázak váltották ki, még pedig tudvalevőleg vagy azáltal, hogy a magas hőmérsék öli meg a foetust, vagy pedig mert — mint azt *Runge* kimutatta — a lázas vér thermikus ingere méhcontractiókat vált ki.

Joggal felvethető tehát ezek után az első fontos kérdés: *gyakorol-e valamelyes befolyást a tuberculosis a terhességre?* Még mielőtt az állatkísérleteimből leszűrt észleleteinkre áttérnék, tisztán az intézetben ápolt 22 gravid tuberculotica vizsgálata alapján azt kell mondanom, hogy *az egyébként is biztató prognosist nyújtó tuberculosis a terhességet nem alterálja.*

A négy abortus közül háromnak oka a tuberculosison kívül volt keresendő. Ebben a három esetben az abortus *tuberculosis nélkül* is bekövetkezett volna, a mint hogy vice-versa a terhességet a tuberculosis daczára is kiviselték volna az illelők, ha retroflexio, endometritis és a harmadik esetben a nagyfokú hyperemesis nem gátolta volna következményesen a magzat fejlődését.

A negyedik abortus oka tagadhatlanul a tuberculosis

volt. De itt már nagyfokú cachexia kísérte az évek óta tartott súlyos megbetegedést, és az — mint minden cachexiás állapot — a szív működés insufficienciája miatt a foetus halálára vezetett.

(Vége a jövő számban.)

Közlemény a szent István-kórház III. sebészeti osztályáról.

A duodenalis fekélyről.

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

(Folytatás.)

IV. Lefolyás, következmények, szövödmények.

Az ulcus duodeni meggyógyulhat. Ezt bizonyítják azok a hegek, melyeket a duodenumban — nem éppen ritkán még nyílt duodenalis vagy gyomorulcusokkal kapcsolatban — a kórboncolás alkalmával találtak. A szerzők általában hangsúlyozzák, hogy ez a duodenalis hegesezés ritka, sőt *Hansemann* egyáltalán tagadta, hogy a duodenalis ulcus teljesen meggyógyulhat.⁷⁰

Gruber ezt az álláspontot bizonyos fokig érthetőnek találja, a mennyiben makroszkopice ulcushegnek imponáló képlet mikroszkopos vizsgálata alkalmával a látszólagos heg centrumában nyílt ulcust talált, de azért ő is határozottan állítja, hogy teljes hegesezést is észlelt duodenalis ulcusok után. Áttekintve azon szerzőket, a kik számszerű adatokat nyújtanak, a heges gyógyulás aránya duodenalis ulcusok esetében a következő:

<i>Gruber</i> (88 eset)	2·2 ^o / _o
<i>Krauss</i> (80 eset)	2·5 ^o / _o
<i>Oppenheimer</i> (174 eset)	4 ^o / _o
<i>Collin</i> (252 eset)	8·7 ^o / _o
<i>Vigyázó</i> ⁷¹ (<i>Genersich</i>) (91 eset)	17·6 ^o / _o

A szt. István-kórházi prosectura adatai szerint tehát a duodenalis ulcus heges gyógyulása sokkal gyakrabban következik be, mint azt az irodalomban szereplő többi adat mutatja.

Gruber különösen kiemeli, hogy a duodenalis ulcus hegesezése aránytalanul ritkább, mint a gyomorulcusé. Míg ulcusok tekintetében a duodenum és a gyomor úgy aránylnak mint 1:2·9, hegek tekintetében az arány 1:53·5 és míg 82 duodenalis fekélyre 2 duodenalis heg esett, addig 238 gyomorulcusra 107 ulcus utáni heg; adatai körülbelül meg egyeznek *Dietrich*-éivel, a ki szerint a gyomorulcusok $\frac{1}{3}$ -a heges, a duodenalis ulcusok hegesezése ellenben szerfelett ritka.

A hegesezés természetesen még nem jelent klinikai értelemben vett gyógyulást. Egyfelől a heg által okozott szűkület, a szomszédsághoz való odanövés vezethet többé-kevésbé súlyos zavarokra, másfelől, mint ezt már említettem, a heg mellett másik fekély lehet jelen, mely perforatióra, vérzésre is vezethet.

*Moynihán*⁷² szerint éppen nem ritka az, hogy frissebb ulcus mellett 2—3—4 régebbi heget talál az ember.

A másik klinice fontos kérdésre vonatkozólag, hogy t. i. az esetek minő számarányában vezet a duodenalis fekély halálra, a kórboncolástani adatok szintén eltérnek egymástól. Hogy csak egyes újabb statisztikákat hasonlítsunk össze, a boncolás alkalmával talált duodenalis ulcus halálok volt:

<i>Paus</i> (22 eset) szerint az esetek	68·2 ^o / _o -ában
<i>Dietrich</i> (35 eset) " " "	42·8 ^o / _o "
<i>Vigyázó</i> ⁷³ 91 eset) " " "	38·4 ^o / _o "
<i>Gruber</i> (140 eset) " " "	25·5 ^o / _o "
<i>Petrivalski</i> 71 eset) " " "	21·4 ^o / _o "

⁷⁰ Cf. *Gruber* l. c. p. 521. Ezzel szemben *Codman* (Public. of the Massachusetts gen. hosp. 1910. Ref. Zbl. f. Chir., 1911) azt állítja, hogy a duodenalis fekélyek teljesen nyomtalanul meggyógyulhatnak. Egy duodenalis fekély perforatiója miatt operált esetben, mely egy évvel utóbb volvulus miatt sectióra került, a perforatio helyét a duodenumon nem bírták megtalálni.

⁷¹ 91 eset közül 15 szűkületet nem okozó, 1 szűkületet adó heg.

⁷² The duodenal ulcus, II. kiadás, 1912, p. 272.

A duodenalis ulcus következményei közül főleg a fekély átfúródása és a belőle származó vérzés az, mely a beteget súlyos és gyors halálos kimenetellel fenyegető veszedelembé dönti; ezenkívül azonban a duodenum megszűkülése, a choledochus elzárása, összenövés, diverticulum jöhet létre és a rákképződés veszedelme is fennáll.

A mi elsősorban a perforatiót illeti, azt különösen a régebbi szerzők oly gyakorinak s a kórfolyamatra oly jellegzetesnek tartották, hogy a bántalmat mint ulcus perforans, ulcus corrosivum duodenit írták le.

A perforatiók aránya a különböző szerzők szerint a kórboncolási leletek alapján a következő:

Régibb gyűjtőstat. ⁷⁴	{	<i>Collin</i> (262 eset)	69 ^o / _o
		<i>Oppenheimer</i> (79 eset)	48 ^o / _o
		<i>Chvostek</i> (63 eset)	42 ^o / _o
Legújabb stat.	{	<i>Paus</i> (22 eset)	40·9 ^o / _o
		<i>Dietrich</i> (35 eset)	20 ^o / _o
		<i>Vigyázó</i> ⁷⁵ (91 eset)	19·7 ^o / _o
		<i>Gruber</i> (135 ^o eset)	17 ^o / _o

Hogy a régebbi statisztikákban aránylag sokkal nagyobb számban szerepelnek a perforatiók, mint a legújabbakban, annak az oka nagyrészt valószínűleg abban rejlik, hogy a perforatióra vezető ulcusok a dolog természeténél fogva kevésbé kerültek el a figyelmet, mint azok, a melyek perforatiót nem okoztak.

A gyomorfekély perforatióját általában jóval ritkábbnak tekintik, mint a duodenumfekélyét. *Lieblein* és *Hilgenreiner*⁷⁶ összeállítására szerint a legtöbb szerző (*Brinton*, *Gerhardt*, *Debove*, *Remond*) 13^o/_o-ra becsüli a gyomorfekély perforatiójának gyakoriságát, csak *Habershon* 18^o/_o-ra és *Lebert* és *Welch* 3—6^o/_o-ra.

Gruber, *Dietrich* és *Paus* statisztikája szerint, melyekben úgy a gyomor-, mint a duodenalis fekélyek össze vannak gyűjtve, a gyomorfekélyek perforatiója sokkal kevésbé gyakori, mint a duodenumfekélyeké. *Weil*⁷⁷ számítása szerint a duodenalis fekély legalább kétszer oly gyakran perforál, mint a gyomorfekély.

A *Genersich*-féle szt. István-kórházi prosectura adatai szerint a különbség a gyomor- és a duodenalis fekélyeknek perforatióra való hajlamosságában nem ily nagy. A legújabb statisztikák összegezése azonban körülbelül megerősíti a *Weil*-féle számítást, mint azt a következő táblázat mutatja.

Szerző	Gyomorfekélyek		Duod. fekélyek		Arányszám a gyomor- és duod.-perf. ^o / _o -a között
	száma	perf. ^o / _o	száma	perf. ^o / _o	
<i>Paus</i>	83	19·3	22	40·9	1:2·12
<i>Dietrich</i>	99	7	35	20	1:2·86
<i>Gruber</i>	408	5·6	135	17	1:3·04
<i>Vigyázó</i>	145	15·2 ⁷⁸	91	19·7	1:1·3
Összesen	735	9·2	283	20·1	1:2·2

⁷³ A táblázatnak „klinikai tüneteket okozott“ csoportjába tartozó esetekben 5 kivétellel az ulcus és következményei, illetve az általuk okozott nehézségek miatt végzett műtét volt a halál oka.

⁷⁴ Cf. *Laspeyres* l. c.

⁷⁵ 18 eset; 3-ban a perforatióval együtt vérzés is volt jelen. A perforatio 14 esetben a szabad hasürbe történt, 2-ben subphrenicus, 1-ben subhepaticus és 1-ben a bursa omentalisban képződött eltökolt tályog volt jelen. A perforatiót szenvedett egyének közt 14 férfi, 4 nő volt; kor szerint következőképp oszlottak meg:

21—30 év közt	4
31—40 " " "	6
41—50 " " "	4
51—60 " " "	2
61—70 " " "	2

⁷⁶ Deutsche Chirurgie, 460. kötet, 127. oldal.

⁷⁷ Cf. *Brunner*: Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 69. kötet, 106. oldal.

⁷⁸ 22 eset.

A fekély perforációját, úgy mint a fekélyt magát, leggyakrabban a duodenum első részében észlelték, még pedig annak elülső (anatomic helyesebben jobb) falán.

Brunner összeállítására szerint a perforált fekély a duodenum I. részében székelt 62, az I. és II. rész határán 1, a II. részben 6, a III. részben 3 esetben. Az első részben székelt perforált fekélyek közül 38 az elülső és felső falon, 9 a hátulsó falon székelt, 15-ben nincs a fekély helye megadva.

A többi szerző (*Collin, Oppenheimer, Petry* és *Shaw, Sheild, Wanach, Moynihan* stb.) szerint is a perforált fekélyek túlnyomó része a duodenum első részében és többnyire ennek elülső falán székelt.

Az *ulcus átfúródását* valamely külső trauma, köhögés, nevetés, tüsszentés, szorítás, hirtelen mozdulat, nehéz teher emelése, túlbő étkezés siettetési, illetve közvetlenül kiválthatja. *Moynihan* említi, hogy 2 esetben a műtetre való előkészítésként történt gyomorszondával való manipulatio váltotta ki a perforációt. *Brunner* szerint pedig a perforatio gyakrabban következik be télen, mint nyáron.

A perforatio történhetik a szabad hasüregbe, vagy valamely előzetes összenövések folytán eltökolt üregbe, illetve penetrálhat valamely szomszédos szervbe (leginkább máj és pankreas); ezeket azonban nem szokták a perforáló *ulcusok* közé számítani, pedig *Schnitzler*-nek a legutolsó berlini sebészcongressuson tartott előadása szerint ezek a penetráló *ulcusok* oly módon keletkeznek, hogy a fekély eleinte a szabad hasürbe perforál s csak aztán jó létre hirtelenül összetapadás a fekély széle és a máj, pankreas, elülső hasfal stb. között.

A perforatio következményei elsősorban a gyomor és duodenum teltségi állapotától, a perforatio nagyságától, az előzetes összenövésektől stb. függenek; ha a gyomor és duodenum üres, a perforatio igen kicsi, ha előzetes összenövések történtek, vagy a fekély hozzátapad a májhoz, pankreashoz, vagy egy darab cseplesz vagy az epehólyag elfedi az átfúródás nyílását, akkor a duodenumfekélyperforatio egyszerű penetrációt vagy eltökolt hashártyagyuladást okoz. Ha ilyen eltökölés nincs, akkor többé-kevésbé foudroyans lefolyású peritonitis keletkezik; természetes azonban, hogy a fennebb említett kedvező viszonyok folytán keletkezett eltökolt tályogok utóbb a hasürbe törve, secundaer általános genyes vagy eves hashártyagyuladást idézhetnek elő. De még a hashártyainfectio elkerülése tekintetében legszerencsésebb esetekben is, a melyekben összetapadás jött létre, vagy a környezetben hatalmas lobgát keletkezett, ezek az összenövések az epehólyag, choledochus, gyomor, duodenum, colon kiürülését gátolhatják és ily módon a legkülönbözőbb, appendicitisből, vesekőből (*Robson*), epeköből (*Kehr*) stb. eredőnek imponáló nehézségeket hozhatnak létre, máskor nagy lobos *ulcustumorok* keletkeznek (*Axel Blad, zum Busch* stb.), melyek malignus tumor gyanúját kelthetik.

Ritka következménye a duodenumperforationak a hasi zsirszövetnecrosis, melyet a duodenum tartalmát alkotó pankreasnedvnek s az annak hatékonyságát jelentékenyen előmozdító epének a perforációs nyíláson át a hasürbe való jutása okoz.

Egy ilyen esetet már régebben leírtam,⁷⁹ hasonlókat közölt *Benda, Beneke* és újabban *Richter*.⁸⁰

Az eltökolt tályogok többnyire a duodenum felső haránt szára körül, a máj alsó felszíne és a mesocolon transversum között székelnék, tehát ú. n. subhepatikus tályogok, de nem ritkák a rekesz alatti, a máj és rekeszdomborulat közt fekvő tályogok sem, sőt kivételesen baloldali rekeszalatti tályogok is előfordulhatnak. Kivételesen a bursa omentalisba is belétörhet a duodenumfekély s ott *circumscrip*t tályogot (*Gruber*, a *Vigyázó* által a *Genersich*-féle prosecturából gyűjtött esetek között is van egy ilyen) hoz létre. A subphrenikus abscessus azután áttörhet a mellhártya üregébe vagy a tüdőbe (egy ilyen eset műtéti gyógyítását *Robson* írja le), vagy a diaphragma nyirokpályáin át inficiálhatja a pleuraüreget. Máskor a hasürbe tör-

ténik sülyedés s az ileocecalis tájon, a medenczében képződhetnek tályogok. Végül az elülső hasfallal összekapaszkodva, annak különböző helyein (jobb bordaív alatt, köldöktájon, inguinalis tájon stb.) törhetnek át és így duodenalis fistulákat létesíthetnek.

Ha a duodenalis fekélyek áttörése a retroperitonealis kötőszövetbe történik, az így képződött tályogok a vesetájrara és a hátra, sőt a nagy erek mentén a nyakra is sülyedhetnek, mint az *Perry* és *Shaw* sokszor citált esetében történt, és ezen tályogoknak a bőrön való áttörése folytán ilyenkor ezen helyeken is képződhetnek duodenalis fistulák.

Ilyen peptikus fekély áttöréséből származó külső duodenalis fistulákat *Cackovic*⁸¹ gyűjtött először 4-et az irodalomból; *Melchior* szerint kb. 12 szerepel az irodalomban, újabban *Telford* és *Radley, Borszék*y ismertettek ilyeneket.

Ezen fistulák a köldöktájon, a jobb hypochondriumban, az ágyéktájon, a háton, a mellkason stb. nyílnak és a folytonos epe- és pankreasnedvesztés s a tápláléknak kifolyása miatt inanitio veszedelmével járnak. Megjegyzendő, hogy nemcsak spontán, hanem műtétek után, eltökolt tályogok megnyitása után is keletkezhetnek.

A duodenalis fekélyek által okozott tályogok nemcsak kifelé és a hasürbe, hanem a szomszédos üreges szervekbe (epehólyag, gyomor, colon stb.) is belétörhetnek; ily módon is, még inkább azonban magának a duodenalis fekélynek ezen szervekbe való direct áttörése folytán bimucosus fistulák állhatnak elő egyfelől a duodenum, másfelől az epehólyag, choledochus, haránt remese (egy ilyen eset a szt. István-kórházi prosecturán is észleltetett), sőt a jobb vesemedence (*Koch*⁸²) között.

Hogy a gyomor és duodenum között észlelt ilyen bimucosus fistulák közül valamelyik duodenalis eredetű volt-e, azt biztossággal eldönteni nem lehet (*Moynihan*).

A fekélynek áttörése a szomszédos nagy erekbe rendszerint halálos vérzéssel jár, máskor azonban az illető ér thrombotizál és a thrombus infectioja idéz elő súlyos megbetegedéseket. Ilyen esetet írt le *Warfringe*, a hol a fekély a vena mesenterica superiorba tört be és genyes *pylephlebitist* okozott;⁸³ *Brunner* pedig *Beck* egy esetét citálja, a hol a duodenalis fekélyből származó tályog áttörése okozott genyes *pylephlebitist* metastasisos májabscessusokkal. *Gruber* egy esetében a pankreasba tört duodenalis fekély a léparteria thrombosisát, secundaer lépinfarctusokat és pankreasnecrosist hozott létre.

Látjuk az elmondottakból, hogy a duodenalis fekély átfúródása mily változatos körképeket tud létrehozni és mily számos úton-módon fenyegeti a beteg életét. Hozzá kell még ezekhez fűznünk, hogy megtörténhetik az is, hogy egymásután több duodenalis fekély fúródik át vagy a duodenalis fekély gyomorulcus perforációjával kombinálódik, még pedig vagy egyszerre, vagy röviddel egymásután, úgy hogy a beteg, a kinek egyik fekélyperforációját sikerült sebészileg ellátni, egy másik, észre nem vett fekély perforációjának eshetik áldozatul. Másfelől a perforatio vérzéssel is kombinálódhatik s a vér a hasürbe folyhatik, mint a hogyan a *Vigyázó* által összeállított szt. István-kórházi esetek egyikében megtörtént. A perforatio és vérzés egy-ugyanazon fekélyből származhatik, vagy az is megeshetik, hogy az egyik fekély vérzik s a másik fúródik át. Ilyen esetet közölt legutóbb *Bystrow*,⁸⁴ a hol két, a duodenum elülső és hátulsó falán ülő, éppen egymással szembenéző fekély (*Moynihan* ezen fekélyeknek a „contact ulcers” és „kissing ulcers” = csókolódzó fekélyek nevet adta) volt s ezek közül az elülső átfúródott az epehólyag felé, a hátulsó pedig arrodált egy a pankreasban fekvő arteriát.

Praktikus szempontból fontos kérdés az, hogy mennyi ideig kell a duodenalis fekélynek fennállania, hogy perforálódjék. Az égések után keletkezett fekélyek bizonyítják, hogy

⁸¹ Archiv für klinische Chirurgie, 69.

⁸² Van Roojen-nél 7. számú eset. Archiv für klinische Chirurgie, 91.

⁸³ Cf. *Moynihan*, l. c., p. 304.

⁸⁴ Ref. Zentralblatt für Chirurgie, 1912, p. 370.

⁷⁹ Lásd Orvosi Hetilap, 1905, 16. szám.

⁸⁰ Ref. Zentralblatt für Chirurgie, 1911.

a perforatio igen rövid idő alatt bekövetkezhetik, rendszerint 1—2 hét aiatl, de néha még hamarabb is beáll. Viszont észlelték a fekély átfúródását oly esetben is, melyben a fekély már 40 esztendő óta okozott tüneteket (*Moynihan*). *Brunner* szerint az ulcussymptomák ulcus duodeni eseteiben átlag $5\frac{1}{2}$ éve állottak fenn a perforatiót megelőzőleg és az esetek $\frac{5}{6}$ -ában egy évnél régiebbek voltak.

Brunner összeállítása szerint a szabad hasüregbe való perforatiót 61 eset közül 34 esetben többé-kevésbé ulcusra valló gyomortünetek előzték meg, homályos hasi nehézségek 8 esetben voltak előzőleg, 8 esetben potust vallott be a beteg és semmiféle anamnesis tőpont sem volt 11 esetben. Az eseteknek majdnem felében tehát (27 eset) előzetes gyomortünetek hiányoztak. Ezzel szemben *Moynihan* azt állítja, hogy ha az anamnesist gondosan felveszszük, alig lesz eset, melyben előzetes gyomorpanaszok ne volnának kimutathatók. Az irodalomban azonban egész sor újabb eset (*Boeckel, Lecène, Lagoutte* stb.) és saját 20. sz. esete is bizonyítja, hogy igenis vannak duodenalis fekélyek, melyek hirtelen, minden előzetes tünet nélkül törnek át a szabad hasüregbe.

Egy további súlyos complicatiója a duodenalis fekélynek a vérzés. A vérzések igen különböző súlyosságúak lehetnek; minimalis, hosszú időn át elhúzódó vérzésektől a foudroyans módon halállal végződő vérzésektől a legkülönbözőbb formában jelentkezhetnek ezen haemorrhagiák. A vérzések gyakoriságára nézve a vélemények eltérők, a különféle szerzők szerint az esetek egy harmadában (*Krauss, Oppenheimer, Perry és Shaw*), felében (*Mayo*) jelentkeznek vérzések. *Paus* 30%-ra, *Moynihan* 37.6%-ra, *Fenwick* 40%-ra becsüli a vérzések gyakoriságát; azonban azt hisszük, hogy *Robson*-nak van igaza, a ki azt mondja, hogy kevés olyan duodenalis fekély van, mely fennállásának valamely időpontjában ne vérzett volna. Azonban csak a bőségebb vérzések, és ezek is többnyire csak akkor, ha vérhányás formájában jelentkeznek, jutnak a beteg tudomására. Kisebb vérzések, melyek a székletéhez keverednek, gyakori megisméltődésük által súlyos anaemiára, perniciosus anaemiához hasonló állapotra vezethetnek a nélkül, hogy a beteg környezetének tudomására jutnának. Ezen kérdésekkel különben később a tünettán tárgyalása alkalmával bővebben fogunk foglalkozni, most csak két tényt akarunk konstatálni:

1. hogy halálos vérzések — leszámítva a sepsises eseteket — aránylag ritkák,
2. hogy azok a fekélyek, melyek súlyos vagy éppen halálos anaemiára vezetnek, rendszerint a hátulsó falon ülnek.

A mi a halálos vérzések gyakoriságát illeti, az ilyen vérzés *Perry és Shaw* szerint az esetek 13%-ában, *Collin* szerint csak 3 $\frac{1}{2}$ %-ában következik be.⁸⁵

A legújabb statisztikák idevágó adatait — összehasonlítva a halálos vérzések gyakoriságát gyomor- és duodenalis fekély eseteiben — a következő tábla mutatja:

Szerző	Gyomorfekély		Duodenalis fekély		Arány a gyomor- és duodenalis fekélyek vérzéseinek gyakoriságában
	szám	vérzések %	szám	vérzések %	
<i>Paus</i> ...	83	12	22	13.6	1:1.13
<i>Diétrich</i> ...	99	3	35	11.4	1:3.8
<i>Gruber</i> ...	408	3.6	135	4.4	1:1.22
<i>Vigyázó</i> ⁸⁶ ...	145	14.5	91	12	1:0.83
Összesen ...	735	6.6	283	8.1	1:1.23

⁸⁵ Cf. *Laspeyres* és *Melchior* munkái nyomán.

⁸⁶ 21 gyomorvérzés, 11 duodenalis fekélyből való vérzés. A duodenalis fekélyből való vérzés 3 esetben perforatióval volt kombinálva. A vérzés 8 férfit és 3 nőt illetett, a kik közül

21—30 év közt volt	1
31—40 " " "	3
41—50 " " "	3
51—60 " " "	2
61—70 " " "	2

Ebből látjuk, hogy a statisztikai adatok a vérzés arányára nézve meglehetősen ingadozóak és hogy nagyjában azt mondhatjuk, miszerint a vérzés veszedelme tekintetében a duodenalis fekély és a gyomorfekély közt lényeges különbség nincsen.

Hogy a duodenum hátulsó (anatomic helyesebben bal) falán székelő fekélyek praedisponálnak a súlyos vérzésre, az könnyen megérthető abból a körülményből, hogy a duodenum ezen fala az, mely a szomszédos nagyobb erekkel érintkezik, a belőle kiinduló ulcusok penetrálnak az érűs és nagy értörzsekkel szoros anatómiai viszonyban álló pankreasba. Természetes azonban, hogy nemcsak nagy erek arrosiójából, hanem egészen apró erecskékből is jöhetnek létre súlyos, sőt halálos vérzések

Azon erek, melyeknek arrosiójától leggyakrabban látták a halálos vérzést, a gastroduodenalis törzse vagy ágai, a pancreatico-duodenalis sup. és a gastroepiploica dextra. Leggyakrabban a pancreatico-duodenalis arrosióját észlelték.⁸⁷ Azonban az art. hepatica (*Broussais, Gruber*), az art. lienalis (*Geniaz*), az aorta (*Stich, Grünfeld*), a vena portae (*Haber-shon, Rayer*) arrosióját is észlelték.

Moynihan a halálos vérzés magyarázatokor különös súlyt helyez ama körülményre, hogy az arrodált arteria be van ágyazva a fekély rigid falába és azért sem összehúzódni, sem visszahúzódni nem tud.

Néha az is hozzájárul a vérzés létrejöttéhez, hogy az ér aneurysmaszerűleg kitágul (*Perry és Shaw*), mint a tüdőcavernákban futó erek. Hogy külső traumák, a hasprés hirtelen erős működése, a gyomor túlságos megtöltése hozzájárulhat a vérzés létrejöttéhez, azt bővebben nem is kell fejtegetnünk.

(Folytatása következik.)

Adat a purgo hatásához.

Írta: *Erdős János* dr.

E közkedveltségnek örvendő szer nagyobb adagokban való hatásáról nem igen olvastunk még; ennél fogva nem tartom érdektelennek az alábbi eset ismertetését.

S. N. 5 éves, erőteljes, jól fejlett fiúgyermek, szüleinek előadása szerint az előző napokban elrontotta a gyomrát, a miért egy rózsaszínű purgo-tablettát adott neki. A gyermek, körülbelül egy óra múlva, rendkívüli izgatottság vett erőt, a melynek okát kutatva, rájöttek, hogy a gyermeknek a tablettá annyira ízlett, hogy az éjjeli szekrényen hagyott tablettákból még nyolcz darabot fogyasztott el. Odaérkezésemkor a beteg teljesen zavart volt; arcza duzzadt, kipirult, pulsus vágtató; öklöndözik; fájdalmában ordít, a fejére tett hideg borogatást ledobja; nem lehet szavát venni.

Apomorphin nem volt kéznél, a gyógyszerár pedig távol volt; hányató beadására gondolni sem lehetett, ennél fogva gyomormosáshoz készültem. A szükséges langyos víz elkészültéig az állapot mitsem változott. A beállott bőséges hányás azonban feleslegessé tett minden további beavatkozást és a beteg rövid negyedóra alatt lecsillapodott. Hányadéka híg, zöldes-sárga, zavaros volt; ételmaradékot nem tartalmazott.

A purgo (phenolphthalein) tudvalevőleg vízben és savakban oldhatatlan és csak a belek lúgos közegében oldódik. A szer azonban ez esetben talán mégis már a gyomorban feloldódott és hatását részben már ott kifejtette a hányás előidézésével; ennek okát abban gondolom megtalálni, hogy a hirtelen gyomorban a gyomorsav hiányzott, sőt annak tartalma esetleg alkális volt. Nem lehetetlen az sem, hogy a szer a gyomrot már elhagyta, de erős izgató hatása folytán a duodenumot ellenkező irányú peristaltikás mozgásra bírva, regurgitált a gyomorba.

⁸⁷ A *Genersich*-féle szt. István-kórházi prosecturának *Vigyázó* által gyűjtött eseteiben 5-ször az art. gastroduodenalis, 3-szor a pancreatico-duodenalis, 1-szer az art. gastroepiploica egy ágacskaájának arrosiója okozta a halálos vérzést. Kétszer, a hol a vérzés a perforatióval egyidejűleg következett be, nagyobb arrodált ér nem találtatott.

Megfelelő esetben antidotum gyanánt gyenge sav — ecetes vagy citromos víz — volna helyénvaló.

A tanulság pedig az, hogy a purgót ne hagyják szabadon gyermekek előtt.

Tengermelléki kórházak Olaszországban.

Irta: *Koós Aurél* dr., a Stefánia-gyermekkorház rendelő orvosa.

Most, a midőn hazánk társadalmának figyelmét oly sok oldalról hívják föl gyermeksanatoriumok létesítése céljából, nem találok érdektelennek Olaszország hasonló célú intézményeinek röviden vázolt történetét és legújabb sanatoriumának ismertetését közölni.

Az olasz nemzet volt az első az angol után, mely a beteg és üdülésre szoruló gyermekek részére tengermelléki kórházakat, üdülőházakat, tágabb értelemben vett sanatoriumokat épített. A legtöbb igen szerény keretek közt létesült és ebből fejlődött az intézmény mai nagyságára, csaknem kizárólag magánosok, gyakran pénzintézetek jótékony adományaiból. Az első intézetet *Via Reggio*-ban építette a szomszédos *Lucca* városa 1842-ben a városi lelenchez részére, ez az intézet magja a jelenleg is főnálló és 1876-ban lényegesen (170 ágyra) kibővített *Ospizio Marino Provinciale Umberto I.*-nak. A tengermelléki kórházak létesítésének fáradhatatlan harczosa volt *Barrellai Giuseppe* dr. (1814—1884), ki életének jórészét e célnak áldozva föl, lelkesen agitált ily kórházak fölállítására érdekében. Kitaró fáradozásainak fényes eredménye is volt, mert túlnyomó részben neki köszöni Olaszország a partjain elhelyezett szép számú és áldásos működést kifejtő tengermelléki kórházát. Jelenleg több, mint 40 ily intézet küzd a gyermekhalandóság ellen s ezek közt négy télen-nyáron megszakítás nélkül van üzemben, míg a többi csak a 4 nyári hónapban; ezen időszakos sanatoriumok egyrésze is úgy épült, hogy esetleg a kellő anyagi segítséggel egész éven át üzemben tartható legyen. Érdekes különben a tengerparti kórházak számának állandó növekedése. *Bókay János* tanár 1902-ben közzétett, pontos adatokkal bíró „A tengermelléki kórházakról“ szóló ismertetésében 16 ily intézetet említ meg Olaszországban 1650 ágygyal, míg ma 43 tengermelléki kórház kb. 7000 ágy fölött rendelkezik.

Az olasz tengerparti sanatoriumok közül első sorban említendő a *palermói* „*Ospizio Marino Enrico Albanese*“, a *porto d'anzio-i* „*Ospizio Jolanda*“, a *via reggio-i* „*Ospizio Marino Umberto I.*“ és a legújabb és legmodernebb, a *rimini-i* „*Ospizio Marino Provinciale Bolognese*“, mint a melyek egész éven át működésben vannak, bár a téli hónapok alatt csak csökkentett beteglétszám mellett. A nyári idény alatt e négy sanatorium összesen 1100 ágygyal rendelkezik. A nagyobb, de csak nyáron nyitott tengermelléki kórházak elhelyezése a következő: *Celle Ligure*-ban két kórház van összesen 820 ágygyal, *Fano* 350, *Loano* 250, *Venezia* 450, *Voltri* 300 ágygyal, *Riccione* 4 kórháza 1200 és *Rimini* a bolognai kórházon kívül még 900 ágygyal rendelkezik másik 3 sanatoriumában. Ezen nagyobb intézeteken kívül 100—180 ágygyal ellátott tengermelléki kórházak vannak a következő helyeken: *Bocca d'Arno*, *Cesenatico*, *Fontespina*, *Giulia Nova*, *Porto San Stefano* és *Sestri-Levante*-ban.

Mindezen tengermelléki kórházakban a gyógykezelés lényege a tengeri fürdőből és az általában nem nagyon gondosan alkalmazott napkúrából áll (gyakran igen súlyos égési sebeket láttam e miatt). E gyógytényezők mellett még nagy súlyt helyeznek az intézetek vezetői az állandó szabad levegőn való tartózkodásra és jó táplálkozásra. A nagyobb intézetekben gyakran még szakszerű orthopaediai kezelést, ritkábban sebészi, támogatja a természeti gyógytényezőket.

A napirend valamennyi sanatoriumban ugyanaz: Reggel 6-kor fölkelés, 7-kor reggeli (tej és kenyér), 8-kor séta a tengerparton, 9-kor fürdő, 10-kor orvosi visit, 1/2 11-kor torna, játék, 1/2 12-kor ebéd (3 tál étel), utána pihenés, délután 2-kor

ismét a tengerpartra mennek a gyermekek (3-kor a nagyobbak ismét fürdenek), 4-kor pohár tejet kapnak, utána séta, játék, 7-kor vacsora (főzelék, tejes étel), 8—1/2 9-kor lefekvés. Rossz idő esetén a legtöbb sanatoriumban e célból épült földött csarnokokban tartózkodnak a gyermekek. A télen is nyitva tartott sanatoriumokban rendszeren külön épült fűthető és melegített tengervízzel ellátható fürdőházak állanak rendelkezésre.

A tengermelléki kórházakba fölvevett gyermekek korának alsó határa a 3., felső határa legtöbb helyen a 16. életév. Több intézet a fiúk felső korhatárát 14—15 évben állapítja meg, míg a leányokét 17—18 évben.

A tengermelléki kórházakban eltöltendő idő nagy átlagban 30 napban megállapított, de van oly intézet is, mely csak 2 hetet juttat ápolójainak s van olyan is, de csak igen kis számmal, mely 60 napot, sőt korlátlan hosszú időt töltet el az arra reászoruló kis beteggel áldásos hatású tengerpartján. Mindenesetre ez utóbbi intézetek vezetői inkább állanak a modern állásponton, a midőn kevesebb egyénen segítve, statisztikájukban kisebb számokat mutatnak ki, de gyógyult és teljesen fölüdült betegek arányszáma lényegesen nagyobb. A tengermelléki kórházak évkönyvei vagy kimutatásai szerint a nyári hónapok alatt kb. 20—22 ezer gyermek részesül a tenger gyógyító és erősítő hatásában.

A tenger jótékony hatását ismerve a gyermek szervezetére s a kedvező földrajzi fekvést fölhasználva, még számos oly intézményt látunk az olasz tengerparton, melyeknek mind az a céljuk, hogy minél több időt töltsenek az arra szoruló gyermekek a tengerparton. Így a nagy tengermelléki kórházak mellett látunk egész kezdetleges kis fabódékat, melyek csak napközi tartózkodásra szolgálnak, ide reggel jönnek ki egy-egy iskola, árvaház vagy lelencház növendékei s a kellő felügyelet mellett itt töltik egész napjukat; fürdés, sütkérezés, játék és tanulás a napi program, napi ennivalójukat legtöbbször magukkal hozzák, vagy az intézet gondoskodik valami szerényebb ebédről, vagy esetleg egy szomszédos tengermelléki kórház látja el ebéddel őket megfizetésből vagy megfelelő ellenszolgáltatásért. (Igy van ez a velencei Lidón.) Este azután hazavezetik a gyermekeket az intézetbe vagy szülőikhez bocsátják őket. Ha a város a tengerparttól messzebb esik, gyakran látjuk, hogy a megfelelő közlekedési eszközöket is fölhasználják a gyermekek ki- és beszállására (Riminiben a lövonat különkocsijait veszik igénybe minimális összegért.) Gyakran látunk egész egyszerű kis épületeket a tengerparton, melyek alig állnak 4—5 helyiségből s a melyek arra szolgálnak, hogy egyes árva- vagy lelencházak gyengébb, vérszegény növendékeit a tenger erősítő hatásának tegyék ki. Szerény eszközökkel, kis anyagi áldozattal aránylag igen sok jót tesznek ez intézmények, melyek természetesen nem szerepelnek a tengermelléki kórházak közt, de jótékony hatásuk kétségtelenül számottevő.

A legtöbb tengermelléki kórház állami felügyelet alatt áll és az állam vagy egyes városok hatóságainak támogatásában részesül. Igen sok jót tesznek ez úton nagyobb pénzintézetek, melyek fölső jövedelmükből gyakran juttatnak bő adományokat e nemescélú intézményeknek, sőt nem egy pénzintézet évente járul nevezetes összeggel egy-egy sanatorium fentartásának költségeihez. Így a *via reggio-i Umberto I.* sanatoriumot egy *Lucca* városi takarékpénztár, a *rimini-i Sanatorio Provinciale Comasca*-t a *Cassa di Risparmio di Lombardio* tartja fenn jórészben. A *Riminiben* legújabbban fölépült sanatorium építési költségeire egy bolognai takarékpénztár az olasz királyság 50 éves jubileuma alkalmából 50.000 lirát adott. A *porto d'anzio-i hospice* céljaira az állam vásárolt meg 1870-ben egy megfelelő épületet, ezt *III. Victor Emánuel* Jolanda hercegnő születése alkalmából 100.000 lira költséggel kibővítette. E példák természetesen vonzanak s magánosok és jótékony egyesületek is tartanak fenn ily intézeteket; ez magyarázza meg viszont azon körülményt, hogy egy-egy sanatorium a bevett jövedelem vagy adományok szerint az egyik évben több, a másikban kevesebb gyer-

meket tud ellátni; ebből érthető meg az is, hogy néha kellő jövedelem híján megszűnik egy-egy sanatorium.

Igen sok sanatorium lassan fejlődve és bővülve, nem áll egységes épületrészekből, hanem az idők folyamán, pénzügyi viszonyai javulásának megfelelően épült ki. Ilyen módon létesült a legrégebb olasz tengerparton lévő kórházak egyike is, a *via reggio-i Ospizio Fiorentino Emanuele II.*, mely a *Barrellai* által alapított első kórház a tengerparton. 1856-ban csak kis épület volt, 1861-ben a tartomány által ajándékozott szép telken, mely a tengertől 50 m.-nyire van, épült a jelenleg is álló és a sanatorium törzsepületét alkotó tömör, egyemeletes épület. Ehhez később nagy szárnyépületeket építettek, úgy hogy most 300 gyermeket tud befogadni egyszerre. A hálótermek impozáns nagyságúak s nagyjából az emeleten elhelyezettek, a földszinten éttermek, konyha, mosókonyha, irodahelyiségek és az igazgató lakása vannak elhelyezve. Igen szép és árnyékos kert tartozik az épülethez, melynek egyik elkülönített részében 4 igen modernül épített és berendezett izoláló-pavillont építettek újabban.

A legnagyobb és legmodernebb sanatoriumok egyike a *Riminiben* 1911-ben épített „*Ospizio Marino Provinciale Bolognese*“, melynek megalapításában nagy szerepe volt *Barrellai* lelkes agitatori képességének (1864). Az adriai tenger enyhe lejtőjű partján egy 25.000 négyszögöles telken épült föl e minden tekintetben modern tengerparton lévő kórház. A tervek elkészítésekor nagy figyelmet fordítottak az izolálás esetleges szükségességére, a mit a tervezők a pavillonrendszer segítségével értek el. A sanatorium maga fiúk-lányok részére szimmetriásan elhelyezett épületrészekből, melynek középpontja a gazdasági épület, a konyha, iroda, felvételi, orvosi rendelő, az igazgatói és a személyzet részére szükséges helyiségekkel, e mellett jobbra és balra vannak elhelyezve külön fiúk és lányok részére a nagy éttermek (200—200 gyermek részére), mellettük a mosdó-termek és edényraktárak. Az éttermeken túl jobbra és balra az eddig említett épületrészekkel közvetlen összefüggésben van 2—2 hálóterem-épület (kétemeletes), melyek közt két kisebb pavillon áll; ezek egyemeletes épületek és földszintjük arra szolgál, hogy a gyermekek télen vagy hűvösebb esős napokon tartózkodási helyül használják. E nappali tartózkodó termek két oldalról óriási ablakokkal megvilágítottak s kedvező fekvésük miatt e célra igen alkalmasak; fölöttük az emeleten egy-egy 24 ágyra berendezett hálóterem van. A hálóterempavillonok kétemeletesek s a gyermekek részére mindegyik épületben az első emeleten és földszinten 1—1 igen nagy hálóterem van 32 gyermek részére, mellette van a mosdószoba, klozet, egy orvosi kezelőszoba (esetleg műtő-szoba) és egy szoba a személyzet részére. Mindegyik hálóterem 3 oldalról kap világosságot és levegőt a bőven elhelyezett szép nagy ablakok segítségével. A második emeleten az ápoló- és cselédszemélyzet van elhelyezve, itt vannak a laboratórium- és Röntgen-helyiségek is s ezek mellett van még jó egynéhány helyiség, melynek egyelőre nincs határozottabb célja, csak előrelátásból tartatott fenn mint disponibilis helyiség. Összesen 8 nagy és 4 kisebb hálóterem van, melyekben 352 beteg helyezhető el, ezenkívül még 18 betegnek van helye a különálló kórházi pavillonokban és kb. 30 helyezhető el kisebb helyiségekben, melyek különzobáknak felelve meg, megfelelően is díjazottnak. E kisebb helyiségek a központi épület első emeletén vannak elhelyezve a közös éttermek fölött. E pavillonrendszernek előnye az, hogy az épülettömeg mindegyik részlete könnyen és teljesen elzárható a többitől, a minnek különösen nagy fontossága van egy esetleg behurczolt ragályos betegség jelentkezésekor.

A főépület északi oldalán, vele egy homlokzaton van a fürdőház, melyben két nagy fürdőmedence van édes- és tengervíz számára, hogy a tengeri fürdőket a téli időszak alatt is használhassák az intézet ápolottjai. E mellett még jól felszerelt vízgőgyintézet van a fürdőépületben a megfelelő öltöző-helyiségekkel, fehérneműraktár és water-closetek.

A főépület déli oldalán, szintén a tengerparton, van egy 12 gyermek részére berendezett kis kórház-épület, mely az

esetleges belgyógyászati betegségekben szenvedők részére szolgál, mögötte van a kápolna elhelyezve, csinosan parkirozott környezetben. Ezen épületektől délre a mosókonyha nyert elhelyezést egy külön épületben, mely teljesen modernül berendezett s megfelelő ruhasterilizáló kazánnal is felszerelt. Az 500 méter hosszú parttal bíró teleknek legszélsőbb részén (dél felé) van végre az esetleges fertőző betegek részére épített izoláló pavillon, mely minden tekintetben teljesen elkülönített a főépülettől; nemcsak a gyermekek, de ápolók is teljesen elkülönítve élnek e kis, csak 6 betegre berendezett pavillonban, mely minden szükséges berendezéssel bír, így külön fürdői vannak a betegek és az ápolók részére, külön konyhája van stb.

Az építészeti rész ily czélszerű és tetszetős voltához illők az egyéb hygienés berendezések is, így elsősorban megemlítendő az egész épület-csoport kitűnő csatornázása és a szennyvíz czélszerű és ártalmatlan elvezetése. Az ivóvizet Rimini város vízvezetékéből kapják, melyet idevezettek, de e mellett egy artézi kút fúrását is tervbe vették. Az összes épületek villamos világítással ellátottak.

Az egész sanatorium a modern hygiene követelményeinek megfelelően igen gondosan épült; a helyiségek mind igen tágasak és magasak (a hálótermekben 1—1 gyermekre 32,75 köbméter levegő jut!), az ablakok mindenütt nagyok, a padló kőből vagy cementből van, a falak simán festettek, könnyen tisztíthatók. Az egész sanatorium úgy berendezésével és beosztásával, mint működésével igen kedvező benyomást kelt és a modern thalassotherapie és heliotherapia méltó otthonának tekinthető.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

A. Neisser és E. Jacobi: Ikonographia dermatologica. Atlas seltener, neuer und diagnostisch unklarer Hautkrankheiten. Fasc. VI. Tab. XLIV—LI. Urban u. Schwarzenberg, Berlin—Wien, 1912.

A kiválóan szerkesztett s fontos feladatot teljesítő internationalis dermatologiai atlaszról az előbbi füzetek megjelenésekor már több ízben tettünk említést. A jelen füzetben a nyolcz táblán adott 11 színes ábra csaknem kivétel nélkül igen jól sikerült s az egyes reprodukált bőrbajok magyarázó szövege gondosan, bár a célnak megfelelően röviden van megírva. A leírt és reprodukált bőrbajok sorrendje e füzetben a következő: sporotrichosis dermica et epidermica, dermatitis nodularis necr. suppurativa et ulcerosa, malleus acutus, granuloma nodul. et confluens, ulcus rodens morphoeiforme, hemisporosis cutis, atrophia cutis cum hyperkeratosi symmetr. palm. et plant., granuloma multiplex benignum. Az atlasz természetesen főként a dermatologusoknak van szánva, a kiknek szinte nélkülözhetetlen forrásmunka. A VI. füzet ára: 9 K. 60 f. *Guszman.*

S. Jessner: Lehrbuch (früher Compendium) der Haut- und Geschlechtsleiden, einschliesslich der Kosmetik. I. Band: Hautleiden und Kosmetik. 4. sehr erweiterte Auflage mit 33 Abbildungen auf 31 farbigen Tafeln und 7 Abbildungen im Text. Würzburg, Curt Kabitzsch. 1913.

A szerzőnek általánosan kedvelt compendiuma most sokkal díszesebben, tartalomban meggazdagodva s magasabb igényekre is támaszkodva tankönyv alakjában jelent meg. A *Jessner*-féle füzeteknek minden jó tulajdonsága: könnyű áttekinthetőség, nagy gyakorlati érzék s kellemes tárgyalási módor ebben az új tankönyvben is föllelhető, a mi egymagában is biztosítja a mű további sikerét és kelendőségét. A munkának most megjelent I. kötete az egész dermatológiát s vele kapcsolatosan a kozmetikát öleli föl s úgy terjedelmre (25 ív), mint tartalomra nézve főként a gyakorló orvos igényeinek igen jól megfelel. Használhatóságát fokozza, hogy függelékkel receptformulák is vannak bőséges számban

jól és ügyesen csoportosítva. A II. kötet a közeljövőben fog megjelenni s a venereás bajokat (syphilis, kankó, lágy fekély) öleli majd föl. Külön kell kiemelnünk a munkának gyönyörű, tanulságos színes táblás reproductióit, melyek az előbbi 3. kiadásban még hiányoztak s a mostani 4. kiadás értékét jelentékenyen emelik. A teljes, két kötetes munka ára kötve 16 korona lesz.

Guszman.

Új könyvek:

Th. Meyer-Steinig: Krankenanstalten im griechisch-römischen Altertum. Jena, G. Fischer. 1:50 m. — *P. Höckendorf*: Der Kohlehydratstoffwechsel und die innere Sekretion. Berlin, A. Hirschwald. — *F. Fromme* und *O. Ringleb*: Lehrbuch der Kystophotographie. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 15 m. — *E. Sonnenburg*: Pathologie und Therapie der Perityphlitis (Appendicitis). 7. Auflage. Leipzig, F. C. W. Vogel. 6 m. — *F. Blumenthal*: Handbuch der speziellen Pathologie des Harns. Wien, Urban und Schwarzenberg. 15 m. — *E. A. Gödt*: Die sanitär-pathologische Bedeutung der Insekten und verwandten Gliedertiere, namentlich als Krankheitserreger und Krankheitsüberträger. Berlin, Friedländer und Sohn. 9 m. — *A. Leppmann*: Der Minderwertige im Strafvollzuge. Berlin, R. Schoetz. 240 m. — *H. Piéron*: Le problème physiologique du sommeil. Paris, Masson et comp. 10 fr. — *Harvey Cushing*: The pituitary body and its disorders. London, J. B. Lippincott. 18 sh. — *A. E. Hertzler*: A treatise on tumours. London, J. and A. Churchill. 30 sh. — *R. Mc Carrison*: The etiology of endemic goitre. London, Bale, Sons and Danielsson. 10/6 sh

Lapszemle.

Belorvostan.

Finoman megőrölt, szárított főzelék- és gyümölcs-liszt physiologiás és diatás jelentőségét fejtegeti *Bergmann* és *Strauch*. A főzelék szárítása és liszté őrlése oly nagymennyiségű növényi táplálék bevitelét teszi lehetővé, a mely másképp el sem képzelhető: az őrlés megszünteti a cellulose által okozott mechanikai ingerlő hatását a növényi tápláléknak s úgy a növényi fehérje, mint a cellulose az emésztő nedveknek s a bacteriumos enzimáknak könnyebben hozzáférhetővé s így jobban emészthetővé válik.

A főzeléklisztek kellő helyet érdemelnek a köszvényes beteg purinszegény étrendjében; *ulcus ventriculi* mellett is — minthogy mechanikailag nem izgatják a fekélyes gyomor-nyálkahártyát — sikeresen alkalmazhatók, csakúgy, mint *colitis*, sőt *typhus* eseteiben is.

Görcsös jellegű székrekedés, nemkülönben *dyspepsia* val járó fokozott bélbeli rothadás esetén (*intestinale Gährungs-dyspepsien*) a főzeléklisztet különösen jól tűrik s jól kihasználják a betegek.

A főzelékpor kitűnő kihasználása lehetővé teszi a beteg egész napi caloriaszükségletének növényi táplálékkal való fedezését; így pl. könnyű szerrel fogyaszt el a beteg 24 óra alatt 300 gr. főzelékport, a mi 3000 gr. zöld főzeléknek felel meg.

Hyperchlorhydria eseteiben, nemkülönben *czukorbeteg*ek „főzelékes napjai”-nak helyettesítésére is jó sikerrel alkalmazhatók a főzeléklisztek, melyeknek íze is teljesen megfelel az illető zöldfőzeléknek. (*Therap. Monatsh.*, 1913. 1. f.)

Halász Aladár.

Sebészet.

A sebvarrat technikájára vonatkozólag *H. Oppenheim* a tovaftó intracutan varratot, vagy a *Michel*-kapcsokat tartja legjobbnak simaszélű, asepsises sebekre. Előnyük: a seb gyors elzárhatása, a heg szilárdsága, a széleknek spontán adaptációja, megakadályozása annak, hogy csírák kerüljenek a sebbe, fájdalomtalan alkalmazása a varratnak, a fonal átvágásának kizárása, szűrőcsatornák nélkül való sima, szép heg képződése. (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1912, 50. sz.)

Ifj. Hahn Dezső dr.

Az epeutak perforációja nélkül keletkezett epés peritonitistről értekezik *F. Wolff*. Az irodalomban talált eseteket saját 3 esetével összevetve, arra a conclusióra jut, hogy a sértetlen epehólyagon keresztül epe juthat a hasürbe oly esetekben, a midőn az epehólyagnak valamely megbetegedése van jelen. Ily esetekben azonban valószínűleg az

epehólyagnak valamely sajátos elváltozása kell, hogy kifejlődjék, a milyen a *Luschka*-féle járatok diverticulumszerű kitágulása, a mi által az epének átfiltrálódása könnyebben mehet végbe. Megerősíti ezen feltevést ama tény, hogy ilyen esetekben a filtrálás következtében a hasürben világos-sárga epe, míg az epehólyagban sötét-zöld epe található. Az epehólyagnak acut catarrhalis vagy idősült gyuladással elváltozása nem lehet az epe ily módon való átjutásának oka, mert akkor sokkal gyakrabban kellene találnunk epés peritonitist. A szerző az ily esetekben annak lehetőségét sem zárja ki, hogy a lobosan elváltozott máj felületéről is történhetik a hasürbe epés secretio. Sokan előző *typhust*, mások az epeutakba beékelődött követ és ezáltal az epehólyag túlságos teltségét gondolták a hasürbe jutott epe okául. A szerző ezt sem tudja éppen ezen betegség ritka előfordulása miatt az említett kóros elváltozásokkal nexusba hozni. Ha a hasürben nagyobb mennyiségű epét találunk, mindig gondolnunk kell arra is, hogy perforált epehólyagból, avagy a duodenumból, esetleg a gyomorból jutott oda. (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1912, 50. sz.)

Ifj. Hahn Dezső dr.

Szüléset és nőorvostan.

Az anaemia kezelését defibrinált embervérrel ajánlja intramuscularis injectiók alakjában *Zubrzycki* és *Wolfsgruber* a *Wertheim*-klinikáról. A vért *Wassermann*-negatív terhesektől veszik, *Erlenmayer*-féle lombikokban üveggolyókkal összerázva kezelik s egyszerre 20—30 cm³-t fecskendeznek be intramuscularisan. 6 esetet közölnek, melyek mindegyikében pontos vérvizsgálattal ellenőrizték az eredményeket. Az egyik ismertetett esetben 1 $\frac{1}{2}$ hónap alatt a haemoglobin 25%-ról 35%-ra, a vörös vörsejtek száma 1,500.000-ról 3,800.000-re emelkedett. Másik esetükben a haemoglobin 15% volt, 30 nap alatt 35%-ra emelkedett; a vörös vörsejtek száma pedig ugyanazon idő alatt 1,888.000-ről 3,420.000-re szaporodott. Az időbeli correlatio az injectiók és a vér sejt alakelemeinek megsaporodása között nyilvánvaló volt a többi esetben is, de arra vonatkozólag, hogy milyen chemiai-biológiai befolyásokra vezethető ez vissza, a szerzők nem tudnak nyilatkozni. Az bizonyos, hogy tapasztalásaik alapján melegen ajánlják ezt az eljárást; ha szigorú asepsissel dolgozunk, semmiféle kellemetlen melléktünnettől sem kell félnünk. (*Wiener klinische Wochenschrift*, 1913, 3. szám.)

Scherer dr.

Gyermekorvostan.

A chronikus gégeszűkületnek módosított O'Dwyer-féle tubussal való kezeléséről közöl adatokat *H. Dupuy* (*New-Orleans*). Cikkében kiemeli, hogy a diphtheria után beálló gégeszűkületek okául nem fogadhatja el minden esetre *O'Dwyer*-nek azon tételét, mely szerint ezeknek létrejöttkor mindig az intubációs trauma, t. i. sérülés vagy hosszas tubusfekvés okozta decubitus játszik szerepet. Emlékeztet arra, hogy az ilyen szűkületek a praeventuációs időben nem voltak nagyon ritkák és gyakran hosszas kanülviselést tettek szükségessé. *Dupuy* azon meggyőződésének ad kifejezést, hogy némely gégeszűkület a diphtheriás megbetegedés egyenes következménye s egy a nyálkahártyának hypertrophiás megvastagodását előidéző folyamat által van feltételezve, a mely folyamat a diphtheria-bacillusok által előidézett álhártyás kiizzadás szaka után indul meg s közvetlenül ezáltal provokáltatik, de már kétségtelenül nem a diphtheria specifikus előidézői által. Hogy miért jön létre ezen másodlagos diphtheriás elváltozás a diphtheria laryngisnak csak némely s nem minden esetében, az nyílt kérdés. *Dupuy* a gégegyálkahártyának ezen elváltozásait tracheotomizált betegein a műtét seben keresztül jól látta. A gégegyálkahártya főleg a subglottis és mélyebben fekvő trachealis tájékon bársonyosan fellazult és megvastagodott s a megvastagodás mérve szerint kisebb és nagyobb lumenszűkületet okozott. E szűkületek kezelésekor souverain eljárásnak tartja az *O'Dwyer* által javasolt prolongált intubációt és teljesen elveti a secundaer tra-

cheotomiát, mely szerinte csak a szűkület fokozódását vonja maga után s mindig hátráltatja a gyógykezelés befejezését.

A prolongált, illetőleg rendszeres intubálás nagy hátránya azonban az autoextubálás állandó veszedelme. Ennek kikerülése vetette fel a tubusfixálás eszméjét, melyet a szerző és *de Poorter* már 6 év előtt megvalósított az alul kiszélesedő tubusok segítségével. E tubusok egyébként a rendes *O'Dwyer*-típusú tubusok voltak, de az alsó harmadban erős kihasasodással. Még biztosabb és az autoextubálást teljesen kizárja az általuk szerkesztett *tűs tubus*. Az ilyen tubus rendes ebonit-tubus, melyet arannyal bélelnek ki; elülső felszínén az alsó harmad kezdetének magasságában vékony csavarmenet van fúrva, melybe ezüst tű csavarható. A tubus fixálása úgy történik, hogy az intubálás után kis hosszmetrészt ejtünk a tracheán s ezen keresztül megkeresünk a tubuson lévő nyílást s ebbe belecsavarjuk a tűt, a mely fölött és alatt a bőrsébet néhány öltéssel egyesítjük. Így a tubus a tű kicsavarása nélkül ki nem húzható a gégből, ott tetszés, azaz szükség szerinti ideig maradhat s bármikor eltávolítható és könnyen visszahelyezhető.

Az ilyen tubusokkal tett tapasztalatai 6 esetre vonatkoznak. Egy eset kivételével 3 éven alóli gyermekekről volt szó és ez egy eset kivételével postdiphtheriás szűkületekről. A 6 eset közül 4 gyógyult, 2 meghalt; az egyik véletlen accidens, a másik bronchopneumonia következtében. Az intubálás ideje 1 hó és 1 év között váltakozott. Egy esetben az alul kihasasodó tubust alkalmazta, a többiben a tűs tubust.

Conclusiójának összesége, hogy az idősült gégeszűkületek helyes kezelése a prolongált intubálás, mely mindig csak *ebonit*-tubussal végeztessék (decubitus és sérülés kikerülése végett), ha szükséges: fixálható tubussal. A *secundaria tracheotomia* teljesen elvetendő.

A *Dupuy* előadását követő vitában *H. L. Lynch* (Newyork) kifejti, hogy a diphtheria után keletkező szűkületek nem vezethetők vissza mindig egy s ugyanazon okra. Ő 6 csoportot különböztet meg: 1. Szűkületek, melyek laryngospasmustól feltételezettek. Ilyenkor a tubus alig húzható ki a gégből s az extubálás után azonnali teljes (spasmusos) stenosis keletkezik, mely rögtön reintubálást tesz szükségessé. 2. A spasmusos típusú szűkületek, melyek esetén az abductorok működésének hosszas kizárása ezeknek inaktivitását s az adductorok túlsúlyra jutását okozza. 3. A polypoid típusú szűkületek, melyekben polypoid növedékek vannak az epiglottis alapján, melyek extubálás után összeesve, elzárják a lument s azonnali reintubálást tesznek szükségessé. E három csoportban a dyspnoë mindig inspirációs és narcoticumok hatása alatt a stenosis elkerülhető, de visszatér, ha ezeknek hatása megszűnik. 4. A laryngitis subglottica hypertrophica csoportja. A dyspnoë a be- és kilégzésre egyaránt vonatkozik s a szűkület a cricoidalis gyűrű táján jelentkezik, de néha a larynx teljes lumenét elfoglalja. 5. A cicatrizáló szűkületek, melyeket sérülés, illetőleg sebészi beavatkozás (tracheo-laryngotomia) hoz létre. 6. Az atrophias szűkületek, midőn prolongált dilatatio következtében a nyálkahártya és a porcok tönkremennek és a larynxból puhafalú cső lesz. Ez esetekben a prolongált intubatio ulceratiót, necrosist és a porc sorvadását vonja maga után. Ez utóbbi esetekben az intralaryngealis kezelés, még pedig a dilatatio, nem a laryngotomia, helyénvaló; a többi formánál nincs haszna.

B. R. Shurly-t (Detroit) hosszú tapasztalatai e téren ellentmondásra készítetik *Dupuy*-nak azon állításával szemben, mely szerint az intubatiós traumának nincs nagy fontossága és szerepe a szűkületek létrejöttében. 500 diphtheria laryngis után 17 esetben nem tudta a tubust eltávolítani. Ez esetek jórészt abban az időben fordultak elő, midőn még fémtubusokat használt. A fémtubusok pedig a trauma szempontjából kétségtelenül veszedelmesek. 17 esete közül 16 gyógyult timsóval impraegnált tubusok alkalmazása mellett. A stenosisok létrejöttében az intubatiós trauma mind nagyobb

szerepet játszik, mert kevés a croup laryngis s így mind kevesebb lesz a tapasztalt és biztos kezű intubáló.

E. Mayer (Newyork) figyelmeztet arra, hogy az eredeti *O'Dwyer*-féle tubusokon nem szabad változtatni, mert azonnal a legrosszabb eredményeket lehet észlelni. Csak egészen különös és ritka esetekben lesz szükség arra, hogy a tubus formáján változtatást végezzünk.

H. Dupuy zárószavában kijelenti, hogy az acut (diphtheriás) stenosis megszüntetésére kétségtelenül ma is az *O'Dwyer* tubusai a legjobbak az eredeti formájukban, de laryngitis hypertrophica eseteiben különös és specialis körülményekkel állunk szemben, melyeknél az autoextubálás veszélye a tűs és hasas tubusok használatát teljesen indokolja. (The Journal of the American Med. Ass.)

Bosányi Andor dr.

Venereás betegségek.

A syphilisnek a *Richter*-féle „kontraluesin“-nel való kezelését kísérte meg *E. Klausner* (Prága). A kérdés nagy fontosságát és kiváló hatását a lues therapiájában mi sem bizonyítja jobban, mint az, hogy a salvarsankezelés sem bírta nélkülözhetővé vagy másodrangú gyógyszeré tenni. Sőt egy alkalmas és erélyes hatású kénészítmény használata a salvarsan esetleges alkalmazása mellett is épp oly szükséges, mint annakelőtte. A *Richter*-féle „kontraluesin“ nevű készítmény nem más, mint fémkénésőnek vízben való igen finom, ú. n. molekuláris elosztódása. Természetes, hogy ez a finom elosztódás bizonyos körülményesebb eljárás útján jön létre. A vizes oldat sozodol-chinin-salicyl-vegyületet is tartalmaz, melynek *Richter* szintén tulajdonít antibacteriumos, illetőleg antilueses hatást. *Richter* a távalyi római intern. dermatologiai congressuson számolt be először készítményéről, azóta pedig 200-nál több syphilisesetben próbálta ki új szerét. A szerző mintegy 50 esetet kezelt a készítménnyel *Kreibich* prágai klinikáján. A kezelés intramuscularis injectiók alakjában történik, átlag olyképpen, hogy a beteg naponként kap egy-egy ampullányi (0.15 Hg 1 cm³ suspensió folyadékban) mennyiséget. Az injectio végzésekor több körülményt kell figyelembe venni, a mi kissé körülményessé teszi a kezelést. A legfontosabb, hogy a tűnek, a fecskendőnek vízzel nem szabad érintkezésbe jutnia. *Klausner* a syphilisnek legkülönbözőbb alakjait és nyilvánulásait vette kezelés alá s azt találta, hogy a „kontraluesin“ nemcsak igen erélyes és biztosan ható antilueses készítmény, hanem kellemetlen mellékhatásokat sem okoz. Az injectiókat állítólag még beszűrődések sem követik. Hatásos voltát különösen néhány hyperkeratosisos (tenyer és talp) papulás eset bizonyítja jól, mert tapasztalás szerint az ilyen esetek rendszerint igen renitensek a kezeléssel szemben. Egyik ilyen esetében a beteg előzően 0.5 gr. salvarsant kapott, minden hatás nélkül. Mindezek alapján a szerző egyelőre csak azt hangsúlyozza, hogy a „kontraluesin“ nevű kénészítmény igen jó, hatásos és teljesen veszélytelen antilueses gyógyszer, mely a további kipróbálást megérdemli. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1913, 2. sz.)

Guszman.

Húgyszervi betegségek.

Neurasthenia sexualisnak a húgycső kezelésével meggyógyított esetéről ír *Joige de Gouvea*. Férfiban elég gyakran a hátulsó húgycsőrészt bizonyos kóros állapota az oka a sexualis neurastheniának, mert a többnyire kankós fertőzés után visszamaradt sérülések leginkább az ondódomb körül lokalizálódnak, mely, a mint tudjuk, igen gazdag ideggyökökben. Ilyen esetben tehát az endoskopen keresztül biztosan megláthatjuk azokat a sérüléseket, melyek a neurastheniára jellegzetes általános panaszokat okozzák és a midőn ezeket a szem ellenőrzése mellett észszerű módon kezeljük, egyúttal módunkban áll az említett sérülések s ezzel együtt az általános panaszok eltüntetése is.

Ezek igazolására a szerző a következő esetét közli:

Egy 40 éves katonatiszt typosos sexualis neurastheniás panaszokkal jött a rendelésére s többek között azt is eladta, hogy a bon jour cseptől nem bír szabadulni. Ha néhány napig fecskendezett hypermangannal, akkor a reggeli csepp elmarad, de a legkisebb excessusra ismét jelentkezik. Jelenleg nagyon sokszor kell vizelnie, de minden alkalommal csak kis mennyiséget ürít ki magából. A vizelés közben csipős fájdalmat, de főképp forróságot érez különösen a húgycsőgyökön s a gáton; a vizelés után pedig mindig erős merevedés következik. Nagyon gyakran van pollutiója és közösküléskor időelőtti s fájdalmas az ejaculatio. A beteg az utolsó időben nagyon lefogyott és feltűnő ideges lett.

Minthogy a legkülönbözőbb kísérletek eredménytelenek maradtak, a szerző húgycsőtükron át vizsgálta meg a beteget s megállapította azt, hogy a betegség fészke az ondódombon van, a mely duzzadt s málnaszerű élénkvörös vegetációkkal teli.

A szerző igen vékony galvanokauteres tűvel elroncsolta a vegetációkat és az ondódombot jodtincturával megcsepetelte. Egy hét múlva ezt az eljárását megismételte. Ezentúl aztán minden második nap alaposan megmasszálta a prostatát és $\frac{1}{2}\%$ -os légenysavas ezüstoldatot cseppentett a hátulsó húgycsőrészletbe.

A beteg mindjárt a kúra elején feltűnő javulást érzett. Három hónapos kezelés után könnyen vizel s nem érzi azokat a kellemetlen tüneteket, melyekről ezelőtt panaszkodott. A húgycsőtükron át konstatálni lehetett a volt ondódombos sérülések gyógyulását. A reggeli csepp végleg elmaradt.

Hat hónap múlva a szerzőnek volt alkalma arról is meggyőződnie, hogy a gyógyulás tartós és a közérzet az egész idő alatt nagyon jó maradt. (La Clinique, 1912, 49. sz.)

Drucker.

Orr-, torok- és gégebajok.

A gége gyors megnyitására fulladás veszélye esetén ír *Denker* tanár (Halle a. S.). Minthogy a „tracheotomie d'urgence“-nak nevezett crico-tracheotomia, melylyel tudvalevően a ligamentum conicum beszúrva, a gyűrűporczot és a felső tracheaporczokat átmetszszük, gyakran jelentékeny hátrányokkal jár a hangképzésre és a respiratióra, *Botey* tanár (Barcelona) czélszerűbb eljárást ajánlott helyette, az ú. n. intercricothyreotomiát. A hanyattfekvő beteg fejét erősen hátrahajlítva, kitapintjuk a ligamentum conicum táját s meggyőződve a gyűrűporcz helyzetéről, kétélű késsel közvetlenül a gyűrűporcz felső szélén haránt irányban a gége lumenébe szúrunk be; a fej extenziója folytán a seb erősen tátong és a mandrinnal ellátott kanül könnyen bevezethető. A csak néhány másodperczig tartó beavatkozás útján a larynxstenosis által feltételezett életveszély rögtön megszűnethető. Számos hullakísérelt útján meggyőződött, hogy ezen eljárással sem az arteria cricothyreoidea, sem a gége hátulsó fala, sem a musculus cricothyreoideus, sem a musculus sternohyoidei meg nem sérülnek, de ügyelni kell, hogy a transversalis beszúrás pontosan tangentialisan a cartilago cricoidea felső szélén eszközöltessék. A kés szélességét és vastagságát a bevezetendő kanül nagyságához kell mérni; ezen arányokat empirice állapította meg négyféle nagyságban és az általános használatban lévő kanüloket megfelelően módosította (az intercricothyreotomiához való instrumentariumot az F. Baumgartel-czég, Halle a. S., készíti). Az intercricothyreotomia mindenek előtt larynxstenosis okozta fulladás veszélye esetén indikált, nem pótolja az intubatiót és tracheotomiát, hanem rögtönös beavatkozás szükségessége esetén a cricotracheotomia helyett alkalmazandó; javalva van továbbá, ha narcosis közben a légzés hirtelen megáll s a mesterséges légzés célra nem vezet, ilyenkor a leírt beavatkozást elvégezve, a kanült egy illeszték útján gummicsovel köthetjük össze és ezen keresztül levegőt insufflálhatunk; ha larynxstenosis eseteiben a narcosisban jelentékeny zavarok mutatkoznak, az intercricothyreotomiát gyorsan elvégezve, a kanülon át folytathatjuk a narcosist. *Botey* szerint larynxextirpatio és thyreotomia eseteiben is jobb a leírt eljárás, mint a tra-

cheotomia; továbbá strumectomia alkalmával a trachea jelentékeny compressiója esetén megkönnyíti a műtétet; bronchoskopia kapcsán beálló súlyos spasmus glottidis esetén, továbbá különösen gyermekeken olykor a bronchoskopia után mutatózó subglottis oedema, valamint a tracheoskopia kapcsán beálló súlyos suffocatiós tünetek esetén, végül a gégebe beékelten idegen testek eseteiben tehet a leírt eljárás jó szolgálatot. Mindezek alapján *Denker* szerint az intercricothyreotomia könnyen vegezhető és veszélytelen beavatkozás, melylyel számos operatio elvégzése lényegesen megkönnyíthető és a mely gyakran életmentő; ezért a végzéséhez való instrumentariumnak sterilizetben készletben tartása kórházakban stb. czélszerűbb lehet, mint a tracheotomiás készleté. (Medizinische Klinik, 1913, 1. szám.)

Safranek dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A tüdővérzésről írt cikkében *Umber* tanár sorra veszi ama eljárásokat, a melyeket a következő három cél elérésére igénybevehetünk: 1. a sérült ér összehúzódásainak elősegítése, 2. a vér alvadékképességének fokozása és 3. a képződött thrombus leszakadásának megelőzése. Az első czélt szolgálja az illető mellkasfél nyugalomba helyezése, homokzacskó és jégtömlő felrakása, konyhasó adása, atropinbefecskendezés, a végtagok leköttetése; a secale cornutum és az adrenalin hatástalan, illetve észszerűtlen. A vér megalvadásának elősegítésére a méz hatástalannak bizonyult, jó hatású azonban a gelatina, még pedig legczélszerűbben bőr alá fecskendezés alakjában; a *Merck*-féle sterilizett gelatinából 1—2 tubusnyi (egyenként 40 cm³ tartalommal) fecskendezendő, lehetőleg a vérzés oldalán, a mellkas elülső-felső részének bőre alá; egyidejűleg belsőleg és a végbélen át is adható a gelatina. A képződött thrombus leválásának megakadályozására szigorú testi és szellemi nyugalom szükséges; e célból a beszéd teljesen eltiltandó, esetleg narcoticum adandó. (Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung, 1912, 20. szám.)

Az adamon nevű brom-valeriana-készítményre hívja fel a figyelmet *Gudden* tanár. Általános ideges zavarok, neurasthenia és hysteria eseteiben használta főképpen, de ideges szívdzavarok, valamint a női nemi szervek részéről kiváltott ideges zavarok és kényszerképzetek ellen is nagyon jól hat. Hypnosis hatása nincs. Nagy előnye, hogy az íze közömbös, az emésztőszerveket nem bántja és hogy a nevérol nem tudják meg a betegek, hogy bromot és valerianát kapnak. $\frac{1}{2}$ grammos tablettákban kapható, a melyekből naponként 3—4 veendő be az étkezések után gyenge tea vagy meleg citromos víz kíséretében; esetleg este a lefekvés előtt adandó egyszerre 3 tableta. (Medizinische Klinik, 1913, 4. szám.)

A postoperatív meteorismus ellen a giesseni nőbeteg-klinikán nagyon jó eredménnyel használják a *peristaltint* bőr alá fecskendezés alakjában; esetleg 3—4 óra múlva beöntés is végezhető. Néha a *physostigminnek* ($\frac{1}{2}$, ritkán 1 milligrammos adagban) még jobb a hatása, ez azonban nem egészen megbízhatóan áll be; úgy látszik, hosszabb állás folytán gyengül; kellemetlen továbbá a gyakran észlelhető, rendkívül fájdalmas bélösszehúzódás és bélmerevedés, melyet a physostigmin kivált. A peristaltin steril ampullákban jön forgalomba, egyszerre egy ampullányit kell befecskendezni. (Zentralblatt für Gynäkologie, 1912, 40. szám.)

Általános nagyfokú bőrvizenyő eseteiben a scarificatiót következő módon végzik a würzburgi klinikán: a bőrt tisztára mossák, de nem kefélik és nem végeznek rajta fertőtlenítést, hanem csak néhány órával a scarificatio előtt ungu. argenti colloid.-vel bedörzsölik; a bemetszést a kenőcsrétegen át ejtik és steril kötést alkalmaznak. (Ref. Münchener mediz. Wochenschrift, 1913, 2. szám.)

A tinctura ferri Athenstaedt nevű vaskészítmény, a mely arsenattartalommal is kapható, kedvező tulajdonságai miatt már régóta nagy kedveltségnek örvend. Minthogy azonban használata az aránylag nagy alkoholtartalma miatt sok eset-

ben (gyermekkor, szívbajok, idegbajok) ellenjavalt, újabb alkohol nélkül is készítik. E készítmények Athénsa és Arsen-Athénsa néven kerülnek forgalomba ugyanazon vas- illetve arsen-tartalommal, mint a régebbi készítmények. Az új készítményekkel ideg- és elmebaj eseteiben szerzett jó eredményeiről nemrégiben *Topp*, a berlin-weissenseei József-gyógyintézet vezetője számolt be. (Fortschritte der Medizin, 1912.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1913, 6. szám. *Tóth Gyula*: A hő alkalmazása a gyakorlatban. *Sztanojevits Lázár*: Egy kóros családi kényszer-öngyilkosságról.

Orvosok lapja, 1913, 7. szám. *Szabó Zsigmond*: A trachoma gyógykezeléséről. *Tafner Vidor*: A diaethylendiamin hatása a húgysavra.

Budapesti orvosi ujság, 1913, 7. szám. *Körmöczy Emil*: A megalospleniával szövődött haemolytikus icterusról. „Szülészet és nőgyógyászat” melléklet, 1. szám. *Nádory Béla*: Az újszülöttek köldökzsinór-csonkjának egyszerű sebészi ellátása.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Gönczi Adolf* dr. szikszói orvost a magyar kir. államasutak tanácsadó orvosává, *Gottlieb Márkus* dr.-t Beregvármegye felvidéki járásának orvosává, *Nagy Andor* dr. mezőkászonyi körorvost tiszteletbeli járásorvossá, *Schmidt János* dr.-t az aradmegyei közkórházhoz alorvossá, *Deutsch Dávid* dr.-t a komáromi közkórházhoz segédorvossá nevezték ki.

Választás. *Takáts Sándor* dr.-t Adonyban, *Fried Izidor* dr.-t Vámosgyörkön körorvossá választották.

A budapesti egyetem I. számú női klinikáján januárban 188 szülés folyt le. A nőbeteg-osztályon 51 beteget kezeltek. A klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinika segélyét 149 esetben vették igénybe 115 műtéttel.

A budapesti egyetem II. számú női klinikájával kapcsolatos szülészeti poliklinika januárban 146 esetben nyújtott segítséget; a műtétek száma 104 volt.

Egyetemi alkalmazások a budapesti egyetem orvosi karán. Megválasztott: az elme-kórtani klinikához: *Schuster Gyula* dr. 2. tanársegédnek, *Vértes Lajos* dr. 3. tanársegédnek, *Pákozdi Károly* dr. díjas gyakornoknak; az I. sz. szemklinikához: *Davidovics József* dr. díjas gyakornoknak; az I. sz. anatómiai intézethez: *Gyenes Ernő* díjas gyakornoknak; a közegészségtani intézethez: *Andriska Viktor* dr. tanársegédnek.

A Budapesten megtartandó tiszti orvosi vizsgák május hó 13.-án kezdődnek. Az előkészítő tanfolyam április 14.-én kezdődik s a Szt. Gellért-kórházban (Gyáli-út 7) tartatik meg. A felszerelt kérvények *Bölcz Gyula* min. tanácsos úrnak címzendők s oda nyújtandók be (Budapest, I. Vár, Belügyministerium). A 60 korona vizsgadíj *Hajdu Imre* dr. közegészségi felügyelő címére (Budapest, I. Vár, Belügyministerium) küldendő be. A kérvény a következőkkel szerelendő fel: keresztlevel, diplomamásolat, honossági, illetőségi és erkölcsi bizonyítvány, valamint sajtókezüleg írott önéletrajz. Bővebb felvilágosítást ad *Kaiser Károly* dr., Budapest, Gyáli-út 7.

Meghalt. *Dózsa Lajos* dr., Csanád vármegye közkórházának igazgató-főorvosa, királyi tanácsos, február 5.-én 51 éves korában. — *G. Vassale* dr., az általános kórtan tanára Modenában, a belső secretio tanának terén ismert tekintély. — *M. Albanese* dr., a gyógyszer-tanára Paviában, 46 éves korában. — *Lord Ilkeston*, eredeti nevén *Walter Foster*, régebben a birminghami egyetemen a belorvostan tanára, január 31.-én 73 éves korában. Az elhunyt a lord-rangot politikai szerepléseért kapta. — *W. Podwyssozky*, a szt.-pétervári császári kísérleti kórtani intézet igazgatója, azelőtt az általános kórtan tanára a szt.-pétervári katonai orvosi intézetben.

Kisebb közlemények az orvostudomány köréből. *Prochownik* több esetben észlelt halálosan végződött *acut tuberculosis* gynaekologiai beavatkozások után, noha ezek néha nagyon egyszerűek voltak. (Zentralblatt für Gynäkologie, 1913, 1. szám.) — A *Tornai-féle módszerrel* (gyűjtőeres pangás létesítése a végtagokban) szívbetegeken elért kedvező eredményekről számolt be *Engel* a berlini orvosegyetel január 22.-én tartott ülésén. — A *dioradint Kahn* állatkísérletekben teljesen hatástalannak találta. 4 tüdőbetegben szintén eredménytelen maradt a dioradin-kezelés. (Zeitschrift für Tuberkulose, 19. kötet, 5. füzet.) — *Nephritis* 2 esetében nagyon kedvező eredményt ért el *J. F. Percy* pajzsmirigykivonattal, a melyet a jelenvolt struma miatt adott az illetőknek. (Journ. of the Amer. med. assoc., 1912, nov. 9.) — *Coma diabeticum* több esetében használta *Hanssen* a 3-5%-os natrium bicarbonicum-oldat intravenás befecskendését, de csak egy esetben látta múló hasznát, a többi esetben 10 órán belül bekövetkezett a halál. Több esetben az infusio után görcsök állottak be s a boncoláskor az agyban, főleg az agyburkokban vérezéseket találtak, a melyeket a szerző a natrium bicarbonicum-befecskendezésnek tulajdonít. (Zeitschr. f. klin.

Med., 76. kötet, 3. és 4. füzet.) — *Eklampsia* két esetében *Wallace* 25%-os magnesiumsulfat-oldatnak intraspinalis befecskendésével tett kísérletet azon kedvező eredmények alapján, a melyeket ezen módszerrel tetanus eseteiben értek el; mindkét eset gyógyulással végződött s a született gyermekek is életben maradtak. (Lancet, 1912, december 7.)

Személyi hírek külföldről. A prágai német egyetemen a belorvostan tanszékét *R. Schmidt* tanár foglalja el, a kit csak nemrég neveztek ki Innsbruckba. — *Noorden* tanár Bécsben visszavonhatatlanul beadta lemondását s ősszel Frankfurtba költözködik. — A lipcei egyetem két magántanára: *E. Stadler* dr. (belorvostan) és *G. A. Laewen* dr. (sebészet) rendkívüli tanár lett. — *G. Turner* dr. Londonban a „Sir” címet kapta, jutalmul a délafrikai járványok tanulmányozása körül szerzett érdemeiért. E kiüntetés csak kevéssé kárpótolhatja őt azért a szerencsétlenségért, hogy tanulmányai közben leprával fertőzte magát. — Rendes tanár lett: *G. Perez* dr. Paviában (sebészet), *R. Galeazzi* dr. Milanóban (orthopaedia); rendkívüli tanár lett: *V. Putti* dr. Bolognában (orthopaedia), *A. Ovidalli* dr. Cagliariában (törv. orvostan), *Pacchioni* dr. Genovában (gyermekorvostan), *R. Dalla Vedova* dr. Romában (orthopaedia).

Mai számunkhoz az *E. Merck, Darmstadt* cég „*Stypticin*” című prospectusa van mellékelve.

Lapunk mai számához „*Saint Raphael-bor*” című prospectus van mellékelve. Főraktár: Apoth. zum Heil. Geist, Wien I., Operngasse 16.

Mai számunkhoz a *Max Kermes, G. m. b. H., Hainichen (Sachsen)* cég *Varicosan-pólya* című prospectusa van csatolva.

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

A Liget- és Park- Orvosi laboratoriuma
— **SANATORIUM**
mindennemű vegyi, górcsővi, bakteriologiai, serologiai és histologiai vizsgálatot végez. A laboratorium vezetője: **Dr. Detre László** egy. m.-tanár. Kívánatra részletes tájékoztatást küldünk. **VI., Nagy János-u. 47.** — Telefon 106—00.

Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet
Budapest, VII., Hungária-út 9. (István-út sarok.) Telefon 81—01.
Röntgen-laboratorium. Vezetője: **Dr. Alexander Béla**, egyetemi magántanár

Dr. Mátrai Gábor és Dr. Sas Bernát Orvosi laboratoriuma
VI., Andrassy-út 38. Telefon 26—96.

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

Dr. Doctor Kossuth Lajos-utca 3. sz. (Telefon 697.) Orvosi laboratoriumában az összes diagn. vizsgálatokon kívül autovaccin előállításával is foglalkozik.

Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA BUDAPEST, VÁROSLIGETI FASOR 13—15. Felvételnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal. A betegek kezelőorvosukat maguk választhatják.

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

Dr. GARA GÉZA, Meran. Sanatorium. Ujjonnan átalakítva. Prospectus.

Ujtátrafüred magaslati gyógyhely. Egész éven át nyitva. Vízgyógyintézet. Sanatorium. — Modern kényelem, közp. fűtés, villanyvilágítás. Prospectus. Vezető orvos **Dr. Szontagh Miklós.**

Dr. GÁMÁN BÉLA Diaetás Intézete Volosca-Abbaziában
gyomor- bélbetegek, vesebajosok, cukorbeteg, vérszegények, tesoványodottak, lábbadozók, ideggyöngék, kimerültek részére. Diét és physik. kezelés. Radiumlaboratorium.

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. —
Védjegy. Javításokat elfogad. (Alapítva 1892.) Telefon 583.

MATTONI-FÉLE LÁPKIVONATOK
fürdőkhöz.
: LÁPSÓ :
száraz kivonat
ládákban a 1 kilo
LÁPLUG
folyékony kivonat
üvegekben a 2 kilo

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya (II. ülés 1912 november 21.-én.) 131. I. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 133. I.

Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(II. ülés 1912 november 21.-én.)

Elnök: **Kuzmik Pál.**

Jegyző: **Lobmayer Géza.**

Carcinoma miatt végzett hólyagresectio gyógyult esete.

Alapy Henrik: A hólyag nyirokutai kevésbé activak; a hólyag álképletei ez okból éveken át helybeliek maradnak és csak a kiirtás technikájától függ, hogy a gyökeres gyógyulás kilátásai jók legyenek.

A 45 éves férfibeteg kórelőzménye 15 évre nyúlik vissza; ekkor jelent meg az első vérvizelés, mely genyvizeléssel és dysuriával együtt azóta fennáll. Felvételekor az igen kivértett, sovány, sápadt férfi $\frac{1}{4}$ óránkénti kínos vizelési ingerben szenvedett, vérzése hetek óta nem szünetelt.

A hólyagtükör nagyobb bolyhos álképletet mutatott a hólyag bal oldalán.

Hólyagresectio május 8.-án. Harántmetszés. Extraperitonealis behatolás. A levegővel felújított hólyag kiproeparálása után kitért, hogy a falain át tapintható álképlet igen nagy, ráterjed a hashártyával borított felületre. A hashártyaredő visszatolása egy darabon sikerült, aztán mégis meg kellett nyitni; két gyermektenyérynnyi felület maradt peritoneummal borítva. A hashártya sebének összevarrása. A hólyag felmetszése. Kis ökölnyi bolyhos rák, mely szabadon hagyja úgy a húgycső belső nyílását, mint az ureterek beszájadását. A hólyag összes rétegein áthatoló resectio 1 cm.-re a tumor határára túl. A hólyag $\frac{3}{5}$ -ét kellett feláldozni. Kétrétegű hólyagvarrat: az összes rétegeken áthatoló *Connell*-féle varrat (tovafutó matracz-varrat) vastag catguttal, második rétegben tova-futó *Cushing*-féle varrat vékony selyemmel. Nemcsak a cavum Retzii-nek, hanem óvatosságból a hólyagmögötti tájnak is drainézése. Sipoly támadt, mely hetekig ürített vizeletet.

Ma az illető meg van gyógyulva, sipolya elzáródott, meghízott, 2—2 $\frac{1}{2}$ óránként vizel, vizelete nem véres; az utóbbi időben végzett cystoskopiás vizsgálat azt mutatja, hogy recidivának nyoma sincs.

A hashártya üregének megnyitása ez esetben incidentaliter történt. Azóta végzett hólyagresectióinál a bemutató áttért arra a módszerre, melyet a 80-as években *Rydygier* ajánlott, s melyet módszerré *Mayo* fejlesztett ki. T. i. hacsak különös helyi viszonyok nem ellenjavallják, a priori, tervszerűen, *intraperitonealisan* hatolunk be. Ennek a behatolásnak két előnye szembeeszkö. Az egyik az, hogy azonnal tájékozódunk, nincs-e már metastasis a májban vagy a hashártyán. Ha volna, a műtétet azonnal befejezzük. A másik az ureterekkel való elbánás. Ha a rák áttér az ureterek nyílására, akkor az extraperitonealis behatolásnál nem tudunk magunkon segíteni. Míg a hashártya üregéből az ureterek resectiója és implantációja egyszerű dolog. A hashártyával borított hólyag sebének zárása pedig oly biztos, hogy a bemutató újabb eseteiben a hashártya sebtét drainézés nélkül zárja.

Ilyés Géza: Tavaly a sebészcongressuson hasonló esetet mutattam be. 40 éves férfi hólyagjának bal oldalán ötökronányi, felhánt szélű fekély ült, mely egy almányi ráknak felső része volt. A peritoneumba is beledomborodott. Magas hólyagmetszés a középvonalban és azon oldalon, a hol a rák ült, a rectust is bemetszettem harántul és jó betekintést kaptam. A behatolás extraperitonealisan történt.

Más alkalommal a peritoneum lefejtése a hólyagról könnyen sikerült. Ez azért fontos, mert megtakarítjuk vele a peritoneumvarratot. A fentemlített esetben az ureter és a baloldali vese is betegnek látszott. A hólyag falát eltávolítottam, az uretert kivarrtam a hasfalba, hogy hozzáférjek a vesemedencéhez öblítésekkel. És ha a vese rendbejön, második műtéttel bele akartam varrni a hólyagba az uretert. A hólyag alakja hosszas szivaralak volt, kapacitása 200 gr. A pyelonephritis miatt azonban kénytelen voltam kiirtani a vesét. A beteg meggyógyult. 8 kilót hízott.

Papillomák esetében elég a nyálkahártya resectiója a muscularis egy részével, de ha széles kocsányon ül a papilloma, jobb a teljes hólyagresectio.

Alapy Henrik: Oszítja *Ilyés* nézetét, hogy a minden rétegre kiterjedő resectiónak előnyt ad még egyszerű papilloma esetében is, azon okból, mert a papilloma jóindulatú voltáról táplált optimista véleményünk az utóbbi években nagyon alászállott.

Ellenben nem tartja előnynek a hashártya lehamozását a hólyagról. A peritonizált hólyagseb annyival jobban gyógyul, hogy újabban még a hólyag elülső részére is ráhúzza a varrás alkalmával a hashártyát, hogy sipoly nélkül érjen el gyógyulást.

A cartilago semilunaris luxatiója miatt végzett térdarthrotomia.

Alapy Henrik: A 27 éves férfi két év előtt sérült oly módon, hogy 500 kg. súlyú láda esett a jobb térdére. Öt heti fekvés után fölkelve, járni tudott ugyan, de azóta naponként megismétlődik rajta az a tünet, hogy járásközben térde „kiugrik“, a mikor azonnal le kell ülnie, mert jobb lábára állani képtelen, míg 10—20 perczig tartó nyomogatással, hajlítási kísérletekkel sikerül „helyére nyomni“.

Felvételekor a térd nem duzzadt, de nyomásra érzékeny, teljesen nyujtani nem tudja, hajlítása még korlátozottabb, csak biczegve tud járni. A Röntgen-képen semmi eltérés.

A körjelzés már az előzményből is biztos. A beteg belső C-porcfcizamodást szenvedett, melynek más objectiv tünete, mint a felsoroltak, nincs. Tapintani a leszakadt C-porcot csak a legkritább esetekben lehet, árnyékot pedig a porc nem vet.

Szeptember 24.-én arthrotomia, lefelé ívelt 10 cm.-es harántmetszéssel, mely a térdkalács-szalag medialis szélén kezdődve, a tibia izvonala fölött $\frac{1}{2}$ cm.-rel halad hátrafelé. Ez a magasság lényeges. Mert ha a metszés csak fél centimeterrel fut följebb vagy lejjebb, az ízületbe való betekintés nagyon meg van nehezítve.

Az ízület megnyitásakor a következő kép tárul elénk: A belső C-porc elülső tapadásáról le van szakadva, vége szabadon áll be az ízületbe, annál szabadabban, mert egyúttal szabad élével párhuzamos hosszrepedést is szenvedett. A porc fényét vesztette, kissé sárgás színű és felrostozott.

Az ilyen porc visszavarrásának megkísérlése sikertelen és fölösleges. A mennyire keskeny, hosszú szárú Cooper-ollóval el volt érthető, kimetszettünk és így eltávolítottunk egy 34 mm. hosszú, legszélesebb középrészén 18 mm. széles és kb. 7—8 mm. vastag porcot. A C-porc benmaradt része rögzített és helyét a térd mozgatása közben nem változtatja. Három rétegű sebvarrat.

A seb per primam gyógyult. A massaget és mozgatást a 10. napon kezdtük meg, a 12. napon a beteg hazament.

Azóta biczegés nélkül jár, nyujtása tökéletes, a hajlítás 80°-ig lehetséges, fájdalom nincs és az azelőtt naponként tapasztalt kibicsaklás a műtét óta többé nem fordult elő.

Bélsipoly elzárása.

Pólya Jenő: K. I. 39 éves nőt 3 évvel ezelőtt operáltam egy forintnyi gyomorfekély átfúródása folytán támadt 24 órás peritonitis miatt. Mivel a nagy hiányt a gyomron megbízhatóan elzárni nem tudtam, a jejunum egy magas kacsán *Witzel*-féle sipolyt készítettem s a beteget 24 napig kizárólag ezen át tápláltattam. Ezen idő alatt a gyomorfekély teljesen begyógyult, úgy hogy a kathetert 37 nappal a műtét után végleg eltávolíthattam. Azonban a sipolyból bőven folyt bétartalom, ezért már 2 nappal a katheter eltávolítása után, 1909 december 11.-én, megpróbáltam bevarrni a sipolyt. A varrat azonban nem tartott s a felfrissített sipolyszélek szétválása után nagy defectus keletkezett a bélen. Ezért december 18.-án felszabadítva a belet a környező összenövésektől, a sipoly széleit kimetszettem és az ezáltal keletkezett, majdnem circularis defectust kétsoros varrattal zártam el. A varrat felett

a hasfalat egyesítettem, de teljesen elzárni mégsem mertem és egy csikot tettem alája. A varrat nagyjában tartott, azonban egy helyen kis fistula keletkezett, mely eleinte csak hajszálvékony volt és kevés béltartalmat engedett át (ilyen állapotban mutattam be a beteget az Orvosegyesületben 1910 január 29.-én), később azonban mind több és több béltartalom ömlött ki rajta, a mi a hasfalon súlyos és kínzó eczemát okozott s állandó kötözést, kezelést tett szükségessé.

A betegnek többször ajánlottam műtétet, de ebbe csak ez év október folyamán egyeztettem bele. A sipoly most gombostűfejnyi volt s körülötte és alatta a hasfal bőre erősen eczemás, helyenként hámtól fosztott. Az esetet alkalmasnak gondoltam a *Hacker* által a „Zentralblatt für Chirurgie“ f. évi 23. számában közölt methodus kipróbálására, melyet némi módosításokkal f. évi október 14.-én végre is hajtottam. A sipoly körül hosszirányban ovalis metszéssel felrészítettem a bőr és a nyálkahártya sebszéleit. A sebszéleket szétpraeparálva, nagy, görbe Schröder-tüvel két U alakú silköltést vezettem jobbra és balra a sipoly körül, még pedig oly módon, hogy beszurva a bőrön a baloldali sebszéltől $1\frac{1}{2}$ cm.-nyire a tőt, a sipoly jobb oldala körül vezettem s ezután újra kiszúrtam a bőrön $1\frac{1}{2}$ cm.-nyire a bal sebszéltől; azután hasonlóképpen járva el a másik oldalon, a két silkvarratot 1—1 gazehenger felett csomóztam. Ezután a bőr sebszéleit néhány csomós silköltéssel egyesítettem. A bőrvarratokat 8, a mélyvarratokat 10 nap múlva szedtem ki. A seb per primam egyesült, a sipoly teljesen el van zárva. Az eczema már majdnem teljesen meggyógyult.

Alapy Henrik: Számos bélsipolyt volt alkalma elzárni, minthogy a diffus peritonitis gyógykezelésében gyakran alkalmazza az enterostomiát; módszere 20—30 eset közül egyben sem hagyta cserben. A sipolyt körülvevő eczemától nem fél. Ha előzetesen xeroform-pastával védjük a bőrt, akkor a bőrnek ezen nem annyira eczemája, mint inkább elemészetsége szűk korlátok közt marad.

Módszere abból áll, hogy a sipolyt ovalis metszéssel körülmetézi, a bőrt egy darabon alápraeparálja. A második (izmos-bőnyés) réteget ugyanígy praeparálja. Eközben a hashártya néha megnyitattik, néha nem. Ez nem lényeges. A fődolog az, hogy a sipolyt körülvevő bélfalzat mobilis legyen, hogy feszülés nélkül lehessen varrni. Most következik az egyesítés a következő rétegekben: 1. Vékony catgutból átöltő bélvarrat. 2. Vékony selyemmel befordító serosa-varrat. 3. Bőnye-izomvarrat. 4. Bőrvarrat. A seb két zugába 2—3 napra vékony gázecskék. Ennek kihúzásakor és még utána is 1—2 napig gyakran van egy csepp bélsárszagú geny, de ez hamar megszűnik. Nagy sipolyokon néha ismételní kell a műtétet, a legtöbb sipoly azonban az első kísérletre begyógyul.

Fischer Aladár: A bemutatott eljárást csak kis sipolyra lehet alkalmazni, *Alapy* eljárását nagy sipolyra. Hüvelykujját befogadó sipolyt egyesítettem így.

Pólya Jenő: Eczema azért képződött, mert magas bélrészletről van szó, a hol a pancreas és az epe felmarja a bőrt. Eppen a kis sipolyok elzárása nehéz.

Kuzmik Pál: Nagy sipolyok elzárására mégis legjobb a laparotomia és resectio azon oknál fogva, mert ilyen nagy sipolyok összevarrása után strictura képződik.

Teljes állkapocs-ankylosis, osteotomia, gyógyulás.

Fischer Aladár: Az állkapocs-ankylosisoknak pseudarthrosis készítésével való gyógyításának eszméje a múlt század első felébe nyúlik vissza. *Berard* már 1838-ban vetette föl ezen ideát, a gyakorlati kivitel azonban csak húsz évvel később *Esmarch*-tól és *Rizzoli*-tól valósított meg. *Esmarch* az angulus mandibulae táján ajánlotta az osteotomia végzését, egy az állkapocs alapján végzett metszésből. Az ilyképpen operáltak ugyan tudták nyitni a szájukat, azonban az állkapocs mobillá lett része mihamar hátracsúszott, a fogak articulatioja megszűnt és e mellett a betegek arca legnagyobb mértékben eltorzult. Az *Esmarch*-féle eljárás ezen hátrányai a műtét különféle módosításaira vezettek. Így az állkapocs-fejecs resectioja, a csontnak magasabban, a felhágó száron való átmetszése ajánlott. Az állkapocs-fejecs resectioja természetesen csak akkor felel meg, ha az ankylosis tisztán arthrogen és a processus coronoideus nincs rögzítve, a mi a ritkább esetek közé tartozik, úgy hogy véleményem szerint tanácsosabb a műtétet azonnal mint a felhágó száron végzendő osteotomiát kezdeni. Hogy az osteotomia után a pseud-

arthrosis-képződés biztosítva legyen, már *Helferich*, *Mikulicz* és *Rochet* nyeles lágyrészelebekeket helyeztek a csontvégek közé.

Az állkapocs-ankylosisok operálásakor két feladatot kell megoldanunk: 1. mobillá és használhatóvá kell tennünk az alsó állkapocsot; 2. tekintettel, hogy a műtét az arczon történik, a beteget eltorzítanunk nem szabad. Ezen két feladatnak úgy felelhetünk meg, ha a facialis-ágakat megkíméljük és ha a csontból nem távolítunk el sokat. A facialis-ágak elmettszése éppen úgy eltorzítja az arcot, mintha a csontból sokat reszekálunk, minthogy ilyen esetben az egész állkapocs és az arcz alsó része megrövidül; e mellett a megrövidült felhágó ágakon tapadó izmok működése is kérdésessé válik és a csontvégek egymás mellett való elcsúszása és ennek következtében a fogak hibás articulatioja is könnyen bekövetkezik.

Mindezeket a hibákat sikerült alább közlendő esetemben elkerülni.

A 7 éves leány arczát három év előtt tehén megrúgta. Akkor állítólag állkapocsa kificzamodott és orvos által repónáltatott. Egy évig semmit sem vettek észre rajta, de mintegy két év óta száját mind hiányosabban nyitja, míg végre a mostani állapotig jutott.

A jól fejlett, egészséges gyermek alsó állkapocsa a fej nagyságához képest kicsi, az áll hegyes, asymmetriás, balra van áttolva. A gyermek metszőfogait csak mintegy 2—3 mm.-nyire tudja távolítani. 1912 augusztus 8.-án operáltam meg. Hogy a facialis-ágakat kimélgem, a behatolásra azt a helyet választottam, a hol az orbito- és fronto-facialis rostok a naso- és labio-facialis rostoktól elválaszthatók; a metszés egy cm.-nyire kezdődött a külső hallójárat előtt és egy cm.-rel az arcus zygomaticus alatt evvel párhuzamosan a járomdombig haladt. Átmetszettem a bőrt, a fascia parotidomassetericát és a masseternek az arcus zygomaticushoz való tapadásának elülső részét. Most könnyű volt hajlított elevatoriummal az állkapocs felhágó ágát lecsupaszítani és azután éles vésővel előlről hátrafelé átmetszeni. Az átmetszés után még mintegy 3 mm.-nyi csontállományt távolítottam el vésővel. Hogy a pseudoarthrosis-képződést biztosítsam, a komplikált *Helferich*-, *Mikulicz*- stb. eljárás helyett egyszerűen a masseterből és az arcz zsírszövetéből vett szabad lebenyeket tömtem a csontvégek közé. Ezután pontos izom-, fascia- és bőrvarrást végeztem. Természetesen mindkét oldalon kellett végezni a műtétet.

Az elért eredmény mindenben teljesen kielégítő és a fenn jelzett követelményeknek mindenben megfelel. A gyermek könnyen és jól nyitja száját, fogai jól artikulálnak, az állkapocs állása kifogástalan, sőt az asymmetria is megszűnt. A facialis-beidegzés mind a két oldalon teljesen sértetlen és a bőrheg alig látható.

Verebély Tibor: Az ideai esztendőben 3 gyermekkorú teljes ankylosis került kezelésem alá, a melyek mindegyike kétségtelenül arthrogen eredetű volt. Minthogy aetiologiájuk különböző s minthogy a műtét eljárás is mindhárom esetben más és más volt, röviden ismertetem őket.

Az egyik kis betegem $1\frac{1}{2}$ hónapos csecsemő volt, a kit azzal a panaszszal hoztak be a *Stefánia*-kórházba, hogy száját nyitni születése óta nem tudja; táplálása mesterségesen úgy történik, hogy az egyik oldalon kissé szétálló alveolaris nyúlványok közé vékony gummicsovét illesztnek s ezen át öntik beléje a tejet. A gyermek arca sajátos féloldaliságát mutatott: az egyik mandibulafél mintha közelebb állott volna a maxillához, mintha rövidebb és egyúttal laposabb szögletű volt volna; a kisebb állkapocsfél csaknem egyenes vonalban húzódtott le az állcsúchoz s egyúttal mozgathatatlanul volt a koponyaalappal összeforrva. A műtétet az izülettáj kpraeparálásával kezdtem; kiderült, hogy izületnek semmi nyoma sincs, hogy a mandibula éppoly szervesen összefüggő, csontos nyúlványa a koponyának, mint akár az arcus zygomaticus. Ezt a nyúlványt subperiostalan kifejtve, belőle $\frac{3}{4}$ cm. darabot reszekáltam közvetlenül a basis alatt, mire a mozgathatóság helyreállott; a támadt részbe a masseter hátulsó részéből vett köteget hajtottam be s rögzítettem a pterygoideushoz. A gyógyulás zavartalan volt; a kis beteg a 7. naptól kezdve jól szopott üvegből. Hazavitele után 4 hónappal értesítettek, hogy jól fejlődik, száját jól mozgatja s foga jön. A baj eredetét illetőleg magyarázatot adni nem tudok; hasonló esetet leírva nem találtam.

A második eset 6 éves fiúcska volt teljes ankylosissal, mely csak két foghiányon át engedte meg a folyadékkal való táplálkozást. A baj eredetére nézve atyja azt adta elő, hogy a gyermek 2 évvel azelőtt

scarlatina kapcsán fájdalmas daganat támadt a jobb arcfélen, a melyhez csakhamar szájjár társult; a daganat lassan elszórt, a gyermek azonban száját nyitni többé nem tudta. Fül-folyása sohasem volt. Az ankylosis csontos lévé: pyogen arthritisből származó összecsontosodást vettem fel. Az állkapocs nyakán haránt osteotomiát végezve, a mozgékonyt csakugyan helyreállt; a fejecnek megfelelő dudort a koponya-alapról óvatosan kivéstem, körülbelül $1\frac{1}{2}$ cm. átmérőjű, $\frac{3}{4}$ cm. mély árkot vájtam, a nyakat ledomborítottam s az egész üreget lazán kitamponáltam. A gyermek a műtét utáni naptól kezdve rágott; a tampont fokozatosan, lassan távolítottam el, úgy hogy a seb 25 nap alatt gyógyult be. A mozgások egyre kiadóbbak lettek, úgy, hogy mikor a kis fiú 2 héttel a begyógyulás után hazament, bőségesen $2\frac{1}{2}$ cm.-re tudta a két fogcsortát távolítani.

Harmadik betegem $4\frac{1}{2}$ éves fiúcska volt, kin fül-folyás kapcsán olyan ankylosis fejlődött, hogy a táplálkozás csupán a kitért négy metszőfog nyílásán át volt lehetséges. A jobb fül mögötti műtét heg az anamnesis nélkül is a fültre és az ezen oldali izületre irányította a figyelmet. A kis betegem éppúgy jártam el, mint előbb; collaris osteotomia után a fejecset kivéstem s ezután a proc. condyloideust a fascia lata-ból vett kettős lebennyel burkoltam be. A seb per primam gyógyult; a gyermeket tegnapelőtt, $2\frac{1}{2}$ hónappal a műtét után láttam újra. Functioja kifogástalan, a szájátás azóta is fokozódott, bőségesen $1\frac{1}{2}$ cm.-t tesz ki; a gyermek húst is jól rág. Az eredmény azonban a mozgás kiterjedését illetően az előbbieknél maradt, úgy gondolom azért, mert a fascia lemeze inkább megengedte a csontos felszínnek egymáshoz szorítását kezdetben, mint akár a masseter, akár a tampon; kevesebb kötőszövet termelődött a két metszési felület közt. Mert úgy gondolom, nem a közbehelyezett szövet minősége, hanem mennyisége itt a döntő. Sarjszövet s ebből heg fejlődik, akár tampont teszünk be, akár izomszövetet vagy fasciát. Annak a hegszövetnek kell bőségesnek, lazának lennie. A fontos az ilyen ankylosis-esetben úgy látom az, hogy egyszerű osteotomia helyett $\frac{1}{2}$ –1 cm.-nyi resectiót végezzünk s az így támadt üreget a sarjzárásra bizzuk; a hegszövetet kezdettől fogva mobilizálni kell.

Fischer Aladár: Esetemben a baj traumás eredetű. Tehén rúgta meg a gyermeket, állkapcsa kificcamodott, orvos helyretette. Egy héttel jól volt, azután kezdődött a merevség. A Röntgen-kép semmit sem mutatott.

Subcutan bélepedés.

Jenny Géza: A beteg f. é. július hó 26.-án reggel 8 órakor azon panaszszal jelentkezett, hogy lova reggel 5 órakor hasbarúgta és azóta hasában fájdalmakat érez.

Vizsgálatkor a középtermű, jól fejlett férfibeteg arca halvány, az érlökés középtelt, száma 90. A hő $37\cdot6$. Külső sérülés nyomai a testen nem láthatók, a has feszes, nyomásra érzékeny, a májtompulat rendes határu.

A has felett változatosan dobos kopogtatási hangot kapunk.

Mindannak daczára, hogy a beteg teljesen nyugodt, nem csuklik, nem hány, nyelve nem lepedékes, nedves, érlökése nem változott, de mert a has feszessége nem javult, sőt talán némi meteorismus volt kimutatható, két órai észlelés után *Kuzmik* tanár beavatkozásra határozta magát.

A hasüreg a köldök felett ejtett metszéssel lesz megnyitva. Az előlfekvő beleken sérülés nyomait nem látjuk, a vékonybeleknél eldőlésakor azonban, a flexura duodenojejunalistól kb. 10 cm.-re, a vékonybélnek egy kissé vérezen beívódott helyén a serosa mintegy 1 cm. hosszúságban meg volt repedve. Tovább haladva a beleken, az előbbi sérüléstől kb. 15 cm.-nyire egy $1\cdot5$ cm. hosszú, a bél összes rétegein áthatoló, egyenetlen szélű folytonosság-megszakítást találunk, a bél többi része ép. A sérült bélrészletek szabályos ellátása után metszésünket, a hasüreg alaposabb áttekintése végett, lefelé meghosszabbítva, a kismedenczében kevés serosus exsudatumot és pépes ételmaradékot találunk, melynek száraz kitörlése után a hasfalat zárjuk. A további lefolyás teljesen zavartalan volt, leszámítva az első két nap többször ismétlődött hányást, a mely azonban gyomormosásra megszűnt. A beteg a kórházat 10 nap után gyógyultán hagyta el.

A kórtörténetből láthatjuk, mennyire indokolt volt korai beavatkozásunk, daczára annak, hogy a hasfal kemény tapintatán kívül egyéb tünet nem volt; de a sérülés utáni első órákban ez a legfőbb tünet, mert a többi tünet, ú. m. a hányás, az érlökés és a kopogtatás eltérése, a beteg elesettsége, a hőmérséklet emelkedése, részint a shock elmúltával javul, részint pedig akkor jelentkezik, a mikor a peritoneum súlyosabb elváltozása van már jelen.

Ha nézzük a statisztika adatait, melyek szerint az első 12 órában operáltaknak a *halálozása*, a 24 óra múlva operáltak-

nak pedig a *gyógyulása* tesz ki $5\frac{0}{10}$ -ot, önként arra a következtetésre jutunk, hogy a mai fejlett technika és asepsis mellett mindazon esetben, a midőn trauma után a hasüri sérülés fennállását biztosan kizárni nem tudjuk, inkább tegyük ki betegünket egy esetleg felesleges módon végzett műtét esélyeinek, mint hogy habozásunkért életével fizessen meg.

(Folytatása következik.)

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Magától meggyógyult Basedow-kór esetéről számolt be *Grober* a jenai orvosegylet egyik utóbbi ülésén. A 36 éves nőbetegen 6 évvel ezelőtt kezdődött a Basedow-kór és fejlődött gyorsan tetemes fokig. 2 évvel ezelőtt tüdőbaja (alkalmasint gümőkór) kezdődött és ezzel egyidőben javulásnak indult a Basedow-kórja, úgy hogy most már csak nagyon szorgos vizsgálattal állapítható meg némi maradványa; e javulással párhuzamban azonban a tüdőbaja fokozódott. Lehetséges, hogy az egyik baj javulása és a másik baj rosszabbodása között valami szorosabb kapcsolat áll fenn. (Ref. Münchener mediz. Wochenschrift, 1912, 2703. lap.)

PÁLYÁZATOK.

717/BH. szám.

A bosny.-hercz. országos szolgálatban Sarajevóban egy **sero-bakteriológiai és sero-bakteriológiai vizsgálati intézeti vezetői állás** kerül betöltésre.

Ezen állás a bosny.-hercz. országos tisztviselők VIII. rangosztályába van sorozva és 3600 korona fizetés és 1380 korona ténylegességi pótlék, összesen 4980 korona élvezetével, valamint az egészségügyi tisztviselők létszámában való előmenetelre való igénynyel jár.

A pályázati kérvények **1913. évi márczius hó 20.-áig** a sarajevói bosny.-hercz. országos kormányhoz nyújtandók be és azokhoz az életkorra, egészségi állapotra, a katonai szolgálat teljesítésére, illetőleg az attól való mentességre, családi állapotra, a doktori fok elérésére, a végzett szaktanulmányokra, különösen a figyelembe jövő tudományokra és az oltóanyagok készítését illető ismeretekre vonatkozó okmányok csatolandók. Pályázóknak továbbá valamely szláv nyelvet kell birniök, illetőleg kötelezniök magukat arra, hogy a szerb-horvát nyelvet 1 év alatt elsajátítsák.

Az alkalmaztatás egyelőre ideiglenesen történik és 1 év lefolytával véglegessé lehet, mivel azután a bosny.-hercz. országos tisztviselők összes jogainak élvezete jár.

Már közszolgálatban álló pályázók kérvényüket felettes hatóságuk útján tartoznak benyújtani.

A kérvény 1 koronás bosny.-hercz. bélyeggel, a mellékletek pedig ugyanilyen 20 filléres bélyeggel látandók el, avagy a megfelelő összeg készpénzben melléklendő.

Bosnia és Herzegovina országos kormánya.

144/1913. szám.

A vezetésem alatt álló kir. orsz. letartóztatási intézetnek áthelyezés folytán megüresedett **főorvosi állásának** betöltése végett a nagyméltóságú m. kir. igazságügyministerium folyó évi január hó 20.-án kelt és 62 421/1912. I. M. VII. sz. magas rendelete alapján ezennel pályázatot hirdetek.

A megüresedett állás csakis törvényszéki orvosi képzettséggel bíró orvossal és pedig a X. fizetési osztályban fog betölteni évi 2000 korona fizetés, természetbeni lakás vagy szabályszerű lakpénz és az intézeti gyógyszerár kezeléseért évi 800 korona tiszteletdíj élvezete mellett.

A sajátkezüleg írt, szabályszerűen bélyegzett, az életkort, törvényszerű képzettséget, nyelvismeretet, testi épiséget, családi és hadkötelezettségi viszonyt, erkölcsi, büntetlen előéletet, eddigi állását tanúsító okmányokkal felszerelt folyamodvány a nagyméltóságú m. kir. igazságügyministeriumhoz címezve, alulírt igazgatóságnál **folyó évi február hó 25.-éig** bezárólag benyújtandó. Ezen határidőn túl érkezett vagy kellőleg fel nem szerelt folyamodványok figyelembe nem vétetnek.

Márianosztra, 1913 február hó 10.-én.

A kir. orsz. letartóztatási intézet igazgatósága.

A *Schwartzter-Sanatoriumban* az egyik **intézeti orvosi állás** betöltendő. Felkértenek azon orvosdoktor urak, a kik ezen állást elfoglalni hajlandók, hogy okmányaikkal az intézet igazgatóságánál (I. kerület, Kékgolyó-utca 5) a déli órákban jelentkezzenek. Az ideg-elmekörtanban járatosak és németül is beszélő pályázók előnyben részesülnek.

B u d a p e s t, 1913 február hó 10.-én.

Az igazgatóság.

HIRDETÉSEK.

:: ELSŐRANGU GYÓGYVIZ ÉS DIAETETIKUS ITAL ::

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

a Bór és Lithion tartalmu GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

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



E forrás kiváló tulajdonságai:

Húgyhajtó hatása.

Kelelmes ízű. Teljesen tiszta.

Könnyen emészthető.

Vasmentes. Állandó összetételű.

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

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

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

HALÁSZ P. JÁNOS

Telefon 83-28. ORVOSI MŰSZERÉSZ Telefon 83-28.
BUDAPEST, IX. KER., ÜLLŐI-ÚT 5. SZÁM.

Kriegner-féle Tokaji China-Vasbor

valódi 5 puttonos tokaji borból készítve.

Chlorosis, anaemia stb. eseteiben, továbbá **reconvalescentiában** bevált kitűnő erősítő szer.

Nagy üveg K 6.—, kis üveg K 3.20

Kapható gyógyszerárakban és a készítőnél:

KRIEGNER-gyógyszertár, Budapest VIII., Kálvin-tér.



Legjobban ajánlhatom önműködő zárrakkal ellátott és a Pharmacopoea Hung. III-nak megfelelő

Dr Thilo-féle Chloroethyl

készítményemet. Az önműködő üvegek újra töltetnek meg. Prospektusok rendelkezésre. **MR. C. RAUPENSTRAUCH** em. Apotheker. WIEN II. Castellezg. 25.

Walthers' Elixir Condurango peptonat. 'Immermann'.



Kiváló stomachicum.

Kitűnő hatásának elismerve mindennemű gyomorbántalomban, emésztési zavaroknál, dyspepsiánál stb. Ajánlja számos hírneves szaktekintély által.

Stöhr titkos tanácsos, Kissingen a következőket írja: "... A mindennapos praxisban a lehető legnagyobb becsű különösen öregebb egyéneknek és olyanoknak, kik idült bajban szenvednek."

Csak gyógyszerárakban kapható. A hol nincs raktáron, kérem annak hozatalát sürgetni. Miután készítményeim ismételtlen utánozva lesznek, igen kérjük ezeket **Eredeti Walthert** alatt rendelésnél külön megemlíteni.

Irodalom és próbaüvegek mindenkor szívesen állnak rendelkezésre.

Egyedüli készítő

F. WALTHER, Chem.-pharm. Laboratorium
STRASSBURG, Elsass, Rheinzielgstr. 12.

Nagybani raktár Magyarország részére **Török József** gyógyszerésznél Bpsten.

MALTOCOL GLYKOMALTIN

A Tüdő bántalmak speciéduma
Guajacol praeparatum

Tartalmaz: Kal, Sulfoquajacol, natr. camphor.
Calc. et Natr. Gl. ceerophosphat.
Heterolevas n. alistas orpb-n.

Ideget erősít, testet táplál.
Száraz, porított maláta

G yceerophosphat és Kola
tartalommal.

MALNUTRIN MALTOSUCCO

vegytisztá maláta kivonat
Hízaló kuráknál
Szoptatásnál nélkülözhetetlen.

Maláta-kivonat - Kal. carbonic.
Malátaleves csecsemőknek
emésztési zavaroknál, lényos
fejlődésnél

IRODALOM és MINTA INGYEN

MARBERGER GYULÁ MALÁTA, GYÓGY-és TÁPSZERKÉSZÍTMÉNYEK VÁLLALATA

ORVOS-GYÓGSZERÉSZETI LABORATORIUM

BUDAPEST, VÁCI ÚT 25 SZ.

SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. D. EGGER

Indicatioi: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhachitis.
Kapható minden gyógyszerárakban.

TUBERCULOSIS EMPHYSEMA

IDEALIS GUAJAKOLKÉSZÍTMÉNY



FÖRAKTÁR SZENT-HERMINA GYÓGSZERTÁR

EGY ÜVEG ÁRA 2 KOR. 50 FIL.

BUDAPEST VII THÖKÖLY UT 28.

TARTALMA: KAL. SULFOGUAJACOL, NATR. TELLURIC. COGNAC AQUA NAPHAE SYRUP COFFEAEE. MEGBIZHATÓ ES OLCŐSŐ GYÓGSZERE A LEGZŐSZERVEK BETEGSÉGEINEK. MEGSZÜNTETI AZ ÉJJEI IZADÁST (NATR TELLURIC.)

KISÉRLETI ANYAG DIJTALAN

INDICALT:

ASTHMA, BRONCH. CHR. ELLEN

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.

Picker Rezső: A húgyhólyag syphilitikus megbetegedései. 135. lap

Ország Oszkár: A tüdőtuberculosis gyógyításának mai állása. 140. lap.

Müller Vilmos: Indokolt-e a terhesség megszakítása tuberculosis eseteiben? 143. lap.

Pólya Jenő: Közlemény a szent István-kórház III. sebészeti osztályáról A duodenalis fekélyről. 144. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Jean Lorédan: Un grand procès de sorcellerie au XVII-e siècle. L'Abbé Gaufridy et Madeleine de Demandolx (1600—1670). — *Lap-szemle. Belorvosan. Fr. Port:* Hypertensio és hyperglycaemia. — *H. Stursberg és H. Schmidt:* Testi munka után végzett vérnyomásmérések. — *Sebészet. H. Küttner:*

A struma suprarenalis cystica haemorrhagica kórtana és mütéte. — *Szülészeti és nőorvosn. Veit:* Az eclampsia kezelése. — *Börkörtan. Bugarszky J. és Török L.:* Az eczémának cadogelgel való gyógyítása. — *Venerás betegségek. E. Hoffmann:* A syphilitikus contagiositásának tartama és a házassági engedély megadása. — *Húgyszervi betegségek. Zuckerkandl:* A prostatectomia eredményei. — *Kisebb közlések az orvostudományról. Pagliaro:* A bronchusok megbetegedései. — *Vignolo-Lutatti:* Kankós mellékheregyulladás. — *Jochem:* Arsenitferrin. 146—148. lap.

Magyar orvosi irodalom. [Gyógyászat. — Orvosképzés. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 149. lap.

Végyes hírek. 149. lap.

Tudományos társulatok. 150—153. lap

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A húgyhólyag syphilitikus megbetegedései.*

Irta: **Picker Rezső** dr., műtőorvos, a húgyszervi bántalmak szakorvosa.

A húgyhólyag syphilitikus megbetegedései határozottan a ritkábban észlelt húgyszervi bántalmak közé tartoznak, melyek felismerése és kezelése élőben csak az újabb és legújabb idők vívmánya.

Egyik főoka ennek azon körülmény, hogy noha ezen megbetegedésnek valóban előfordulásáról már meglehetősen régi idők óta (*Moigagni*) van biztos tudomásunk, a syphilitikus bántalmak és az urologusok legnagyobb része vagy nem ismerte ezen tételes leheteket vagy nem akart róluk tudomást venni. Ily módon érthető, hogy a régebbi és újabb, a syphilitikus tárgyaló tan- és kézikönyvekben csak elvétve találunk megjegyzéseket e bántalomra vonatkozólag és így ezen betegség fogalma az orvosok nagy többsége előtt ismeretlen maradt.

Kaposi (1881) munkájában röviden foglalkozik az irodalomban eddig közölt egynéhány esettel és arra az eredményre jut, hogy azon fekélyeket és jellegzetes hegeket, a melyeket a férfi- és női húgycső mélyebb részeiben találtak, részint joggal, részint azonban csak valószínűséggel származtatták szétsejt gummákból.

Fournier (1899) könyvének I. kiadásában teljesen átsiklik a húgyszervek syphilitikus elváltozásain.

Finger (1901) tankönyvében csak azon megjegyzésre szorítkozik, hogy nem számítva azon ritka eseteket, a melyekben lueses hólyagfekélyekről van szó, ismeretlen a hólyagnak syphilitikus megbetegedése.

Fournier II. kiadásában (1906) *Nogués* párisi urologus,

* A Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztályában 1912 december 5.-én tartott előadás.

a régi irodalom eseteit nem fogadja el és csak néhány újabbkori észlelést tart valóban lueses természetűnek.

Max Joseph (1909) tankönyvében éppen csak hogy megemlékezik a szóban forgó bántalmak lehetőségéről.

Zeissl (1906) „Die luetischen Erkrankungen des Urogenitalapparates“ című közleményében a hólyag lueses bántalmairól csak annyit ír, hogy aránylag ritkák.

A syphilitikus elváltozások közül egyedül **Neumann** ír részletesebben könyvének második kiadásában (1899) a hólyag lueséről általában és azon hólyagbeli megbetegedésekről, melyek a lues másodlagos szakában jelentkeznek. Leírja a végbél és hüvely lueses bántalmához másodlagos úton csatlakozó para- és pericystitist és egy hólyaggumma-esetet is közöl.¹

Róna (1894) csak a vesék amyloid elváltozását ismeri, mint a lues ritka, a húgyszerveken előforduló szövődeményét; felemlíti a herék és mellékherék syphilitikus elváltozásait is.

Sellei (1904) a hólyag syphilitikusról mint igen ritka megbetegedésről emlékezik meg. Az irodalomból **Chrzeltzer** és **Margouliès** eseteit ismeri.

Az urologusok műveikben épp oly röviden intézik el ezen betegséget, mint a syphilitikus bántalmak.

Guyon (1894) híres „Előadásai a húgyszervek megbetegedéseiről“ ezeket mondja: „Általánosságban, és pedig joggal, azt hiszik, hogy a húgyszervek a syphilitikus hatása alatt nem betegszenek meg“. Az ő véleménye szerint a lues csakis a vesékre hat.

Az **Oberländer-Zuelzer**-féle „Klinisches Handbuch der Harn- und Sexualorgane“-ban (1894) **Horovitz** a hólyagsyphilitikus pár sorban tárgyalja le. **Virchow** és **Tarnowszky** eseteit rövidesen említi. Újabb, klinikailag is igazolt eseteket nem ismer.

¹ Ezen eset gummás mivoltát **Asch** nem ismeri el és a **Neumann** által leírt jelenségeket secundaer stadiumbeli condylomák által okozottnak tartja. Itt említem meg azt is, hogy ezt a történeti bevezetést részben **Asch** igen kimerítő tanulmánya nyomán írom meg.

A *Zuckerlandl-Frisch*-féle hatalmas „*Handbuch der Urologie*“-ban (1904—1906) még csak szó sincs a hólyag lueses bántalmairól.

Nitze (1907) tankönyvének II. kiadásában azt mondja: „Cystoskoppal mindeddig a hólyagban nem kórjeleztek syphilitikus elváltozást“.

Casper (1903) a „*Lehrbuch der Urologie*“-ban csak a gummáról és az ennek nyomán keletkező fekély lehetőségéről ír; a cystoskopiáról irt tankönyvének I. kiadásában (1898) csak *Fenwick* egy idevágó kórbonczolástani észleletéről számol be. Ugyanezen munka III. kiadásában (1911) azonban már néhány 1902 körüli esetet is közöl kivonatossan és azonkívül az *Engelmann*-féle (1911) eseteket is felemlíti. Ő maga még nem látott élőben syphilitikus hólyagbajt.

Ramon Guiteras (1912) nagy „*Urology*“-jában szó sem esik a hólyag lueses megbetegedésének lehetőségéről; *Legueu* és *Michon*-nak (1912) a hólyag és penis betegségeiről írott monographiájában felemlítve sincs a lues, mint valamely hólyagbaj okozója.

Az ügyek illetően való állása mellett azt hiszem, hogy nem végzek haszontalan munkát, ha megkísérlem ismertetni a syphilitikus hólyagmegbetegedéseket, egyrészt az irodalmi adatok, másrészt az általam felismert és gyógykezelt eset kapcsán. Annál is inkább gondolom, hogy ezt megtehetem, mert *Haberern* röviden közölt bemutatásán és egy lapszemlén kívül (*Engelmann* esetei) a hólyagluesről e lap hasábjain még nem volt szó. Pedig az észleléseknek az újabb szakirodalomban való szaporodása oda mutat, hogy e bántalom mégsem annyira ritka, mint a hogy ezt hiszszük. És habár a bántalom aránylag ritka, a betegek érdekében azonban mégis nagyon fontos, hogy adott esetben lueses hólyagbajuk valódi természetét kiderítsük, mert hisz alig van betegség, mely, ha jókor felismerjük, a megfelelő gyógyszeres kezelés által oly gyorsan és oly alaposan volna gyógyítható, mint éppen a lues minden megnyilvánulása. Viszont pedig éppen ezek az esetek azok, a melyek, ha valódi természetüket nem ismerjük fel, mindennemű más antibacteriumos helyi és általános kezelésnek legmaka-csabbul ellenállanak. Ezt mutatja a kivonatossan közlendő irodalom áttekintése is.

A hólyaglues ismeretének történetében három szakot lehet megkülönböztetni:

1. Azt az időt, a mikor a bántalmat csakis a bonczolóasztalon ismerték fel;

2. azon periodust, a melyben a syphilitikus egyéb jellemző és jelenlévő tünete egy fenforgó húgyszervi bántalom lueses természetére engedett következtetni és a mikor a specifikus kezelés sikere a „hólyaglues“ kórjelzést utólag igazolta;

3. azt az időt, a melytől kezdve már cystoskoppal ismerték fel valamely hólyagbaj syphilitikus természetét.

A mint már említettem, a legrégebb kórbonczolástani leírás *Morgagni*-tól (1767) való. Jellegzetes roncsolásokat ír le a gégefőn; a nyelv fekélyes; a makkon pigmentált hegek vannak és e mellett a hólyagban is talál fekélyeket. Az általános diagnosist luesre teszi. *Virchow* (1852) egy öreg, életében biztosan syphilitikus (ozaena) nő bonczolása alkalmával a hólyagnyakon egy hegkőteget ír le, mely az erősen megrövidült heges húgycsőbe terjed. A húgyhólyagban az ureterek szájadékai között egy lobos nyálkahártyával fedett kidomborodást és számos apró „tárgult mirigy“-et talál palaszürke udvarral és vérömlenyekkel. Az orrban és torokban nagy roncsolások voltak. *Asch* azonkívül még *Ricord* (1851) két esetét is hosszasan leírja, a melyekről a „*Clinique iconographique*“-ban képeket is közölt *Ricord*. Mindkettőben gyorsan halálra vezető húgyszervi luesről van szó férfiben, heves tünetekkel a húgyszervek részéről. A baj természetét csak a bonczolás derítette ki: a hólyagban több kerek, éles szélű fekélyt találtak, melyek a lueses fekély jellegzetes képét mutatták és a nyálkahártyát teljesen elroncsolták. *Asch* ezen eseteket „*syphilitis précoce maligne*“-nek, *Nogués* pedig gümőkórosnak tekinti. *Vidal de Cassis* (1853) esete azért érdekes, mert a beteg, kinek bonczolásleletét is közölve találjuk, halála előtt

3 évvel tipikus kemény fekélyben szenvedett volt, mely annak idején spontán gyógyult és következmények nélkül maradt. Gonorrhoeája is volt 1½ évvel azután. Midőn a kórházba került, 5 napja már alig bírt vizelni és erős fájdalmai voltak alhasában. A frenulumon kemény alapon ülő fekély volt, mely a húgycsőbe is beleterjedt és ennek makkai részét erősen szűkítette. Vékony katheterrel 1½ liter vizeletet bocsájtottak ki; másnap bevágták a húgycsövet és vastagabb szondával ismét 1 liter bűzös vizeletet ürítettek. A következő napon a műtéti seb „sankér“-külsőjévé vált, a beteg egyre gyengült és ötödnappra meghalt. Bonczoláskor általános peritonitist találtak, mely egy a hólyag jobb oldalán ülő fekély átfuródásából indult ki. Ezen fekély szélei kerek, éles, mintha lyukasztóvasal vágták volna; körülötte lobos udvar volt, melyben fehéres, submucosus plaqueok látszóttak. A hólyag többi részében is számtalan ily szemölcs volt. *Tarnovszky* (1872) egy négy éves gyermek kórrajzát közli, kit dajkája száján syphilitissal fertőzött volt. Általános súlyos bujakórral, borzasztó állapotban hozták a kórházba, a hol 11 nap mulva általános gyengeségben meghalt. Vizelni a gyermek a nagy fájdalmak miatt alig mert és csak kínok között bírt. Bonczoláskor a torok és szápadlás fekélyes papulákkal volt ellepve, a máj syphilitikusnak találtatott. A húgycső és részben a hólyag nyálkahártyáján is találtak felületes lueses fekélyeket.

27 év múlik el ezen teljesen meggyőző észleléstől a következő közlésig. Az 1899 óta közölt esetekben a betegséget *in vivo* ismerték fel és gyógyították meg specifikus kezeléssel.

Grizow 1899-ben két esetet ír le. Egy 42 éves nő 2½ év óta hol vizelési fájdalmakban, hol gyakori vizelési ingerben, hol pedig retentióban szenved, baja semminemű szokásos kezelésnek nem enged. A symphysis felett és per vaginam is érezhető egy vaskos golyószerű képlet, melynek nagysága a vizelés után sem változik. A vizelet barnás zavaros, genyet tartalmaz, gonococust nem; tuberculosist és carcinomát a szerző kizártnak tart, mert a baj hosszú fennállása ellenére a beteg általános állapota igen jó. 3½ hónapos eredménytelen, sablonos gyógykezelés után beható általános vizsgálat alkalmával lueses anamnesis derül ki és *Grizow* súlyos visceralis (máj) gummás syphilitist fedez fel. 10 hónapig részesül a beteg erélyes specifikus kezelésben, melynek 5. havában a vizelési zavarok lassanként csökkennek, az eleinte érzett tumor is kisebbedik. 7 hónap mulva a vizelet teljesen tiszta; az antilueses kezelés végén a tumor majdnem teljesen eltűnt. *Grizow* is beismeri, hogy nem is gondolt a hólyagbaj syphilitikus voltára, csak a kezelés sikere alapján teszi a kórjelzést cystitis lueticára. A közölt lelet és a kórlefolyás alapján azonban gummát kell felvinnünk a hólyag falában, a mi teljesen hasonlítana a máj tertiaer-lueses megbetegedéséhez.

A második esetben 30 éves férfi 4 év óta fennálló, makacs, szintén minden kezelésnek ellentálló „cystitiséről“ van szó, a mely 2 évvel jelentkezett az immár hatéves lues kitörése után. Ez a hólyagbaj a syphilitikus súlyos, újabb keletű nyilvánulásai ellen 6 hónapon át foganatosított erélyes jod- és kéneskezelésre meggyógyult. *Grizow* megjegyzi, hogy e hólyagbántalmat biztosan gyorsabban lehetett volna meggyógyítani, ha előbb ismerik fel természetét. Véleménye szerint ez esetben az alpbántalom későbbi súlyos megnyilvánulásai (gumma a szápadláson stb.) is elmaradtak volna.

Egy véletlenül kezelés közben keletkezett és helyesen felismert *herogummának* köszönheti *Chrzeltzer* (1901) 45 éves beteget, hogy hólyagbajából is kigyógyult, melyet egy 25 év előtti kankóból származtatott *Chrzeltzer*. Egy év előtt a beteg vizelete hirtelen elállott és csak csapolással lehetett rajta segíteni. Azóta állandóan vannak hólyagzavarai, vizelete gyakran véres, a vizelés gyakori és fájdalmas. A manifest lueses toroktünetek és mirigyduzzadás ellenére, minthogy a prostata is kemény volt és genyes váladékot lehetett belőle kinyomni, továbbá, mert a húgycső elülső részében kezdődő heges szűkületet talált, cystitis catarrhalisra tette *Chrzeltzer* a kórjelzést. Ennek alapján hónapokig kezelte a beteget szondázással és

mosásokkal eredmény nélkül, míg végre a közben fejlődött lueses hereelváltozás helyes útra terelte a gyógykezelést, melynek kapcsán a hólyagzavarok minden helyi kezelés nélkül engedtek és a vizelet teljesen megtisztult. Minthogy a beteg ily szerencsésen meggyógyult, *Chrzeltzer* nem kételkedik, hogy *gummás hólyagelváltozással* állott szemben. *Noguès*-sel ellentétben *Asch* ezen észlelésben a syphilitis bebizonyítottnak tekinti és felemlíti, hogy a kérdés eldöntése végett cystitis 3 esetében (1 gonorrhoeás, 2 coli) minden helyi kezelés mellőzésével a betegekkel, kiknek biztosan nem volt luesuk, 4 héten át a *Fournier*-féle hydrargyr. jodat. flav. labdacsokat szedette, minden eredmény nélkül.

Egy évvel előbb, 1900-ban, *Matzenauer* mutatott be először élő lueses húgycső- és hólyagelváltozást. A 22 éves nő 4 évvel előbb szerezte volt syphilisét, a bemutatás alkalmával az urethra felső falán endoskoppal egy szalonnás fekély látszik, mely a hólyagig terjed. A hólyag sphincterén számos papillosus kinövés ül; *Asch* éppen ezek miatt nem tartja luesesnek a fekélyt sem.

1901 óta, *Mac Gowan* közlésétől számítva, valamennyi esetben hólyagtükri vizsgálatnak vetették alá azon betegeket, kiknek a baját syphilitisnek minősítették. Hogy mennyire nem ismerték a lueses hólyagbántalom képét, azt mi sem mutatja jobban, mint az, hogy két betegen tumor diagnózissal magas hólyagmetszést végeztek (*Mac Gowan* [1901], *Gräff* [1906]); egy harmadik beteg pedig csak úgy menekült meg a sebészi beavatkozástól, melyet *Margouliès* (1902) a hólyagvérzések és a cystoskoppal látott három babnyi, széles alapú „újképlet” miatt ajánlott, hogy a műtétbe bele nem egyezett. Ekkor vették figyelembe a sok éves súlyos syphilitis anamnesist és nagy jodadagok nyújtása után 6 hét alatt teljesen visszafejlődtek az újképletek, úgy hogy a gyógyulás után végzett cystoskopia alkalmával már csak fehér heg jelezte helyüket. *Mac Gowan* ugyan a cystoskoppal is látta a körben álló fekélyeket, melyeknek széle kemény és infiltrált volt és melyek alapját szétesett szövet alkotta, de azért mégis csak megnyitotta a hólyagot és kikaparta a fekélyeket. A gyógyulás kénesekezelésre következett be, miután a cystoskopiát megelőzőleg sem a kistökü szűkület tágítása, sem a sok éven át fennálló hólyaghurut kezelése a szokásos antisepsis mosásokkal és belső gyógyszereléssel eredményt nem adott volt. *Gräff* (1906) esetében az 56 éves beteg hólyagvérzések miatt került *Kraske* tanár klinikájára. 35 év előtt gonorrhoeája és fekélyei voltak penisén, jelen baját pár hó óta veszi észre. Vizelet nehézségei és fájdalmai vannak vérzések mellett. Kisfokú szűkületet találtak rajta és a *herék* mérsékelt duzzadását. Midőn a vérzések az alkalmazott hólyagmosások folytán megszűntek és a zavaros vizelet, melyben sem a szokott közönséges kórokozókat, sem gümöbacillust nem lehetett kimutatni, némiképpen feltisztult, a cystoskopia a hólyagfunduson egy tumorszerű képződményt mutatott szétesett középpel. Minthogy e képződmény szélein szemölcszerű burjánzások voltak láthatók, „papilloma” diagnózissal került műtétre a beteg. Műtétkor a hólyag fundusán mélyen az izomzatba terjedő lepedékes fekélyt találtak, melynek valódi természetét, a kétoldali hereduzzadással egybevetve, már most felismerték. A fekély kiégetése után a hólyagot bevarrták. A hólyagseb simán meggyógyult. Jodkaliumra a herék duzzadása visszafejlődött, a vérzések megszűntek; a vizelet feltisztult és a beteg 6 hét alatt teljesen meggyógyult. A műtét alkalmával kimetszett tumorrészt a hólyagfal elhalt szöveteleiből állónak bizonyult.

Az irodalomban közölt esetekről összefoglalólag azt lehet mondani, hogy a leírásokból leginkább jellemző tünetekként emelkednek ki: a vizeletkor jelentkező fájdalmak és a hólyagvérzés. Teljes retentiót is említenek néhányszor. Rendesen már hosszabb ideig állottak kezelés alatt hólyaghurut és hólyagvérzés diagnózissal azon betegek, kik az előbb-utóbb a szokásos kezelés sikertelensége és az anamnesisből előkerülő lues a cystoskoppal lelettel egyetlen a diagnózis felállítását lehetővé tette. A *specifikus kezelés sikere igazolja minden esetben a kórjelzés helyességét*. A mi a cystoskoppal leletet illeti, az esetek legnagyobb részében a

hólyagfunduson székel a lueses elváltozás, melynek képe a félreismerhetetlen éles vágott szélű, necrosisos közepű, *kis fekélytől* (*Asch* 1. és 3. esete) változik a hólyag mélyebb rétegeibe is behatoló, *kiemelkedő, lobosan burjánzó* szélekkel körülvevő *nagy* kiterjedésű *anyaghiányig*, a melyet nem egy esetben néztek cystoskoppal vizsgálatkor rossztermészetű bolyhos képződménynek.

Még *Engelsmann*-ban (1911) is valamely újképlet gyanúját ébresztette fel az az elváltozás, melyet első esetében látott, úgy hogy eleinte ő is műtéttel hozakodott elő, melyet azonban később, midőn figyelme a beteg régi luesére terelődött, feleslegesnek tartott. Ezen tumorszerű elváltozások mellett elég gyakran találkozunk kis helyen (körben) együttálló, apró fekélyek leírásával, legtöbbször a hólyag alsó és oldalsó részében, az ureterizom közelében.

Antilueses kezelésre a gyógyulás, vagy legalább is a javulás mindenkor igen gyorsan beállott, a fájdalmak igen hamar engedtek, leggyorsabban jodkali nagy adagjaira; salvarsantól (intravenosusan) és Hg.-injecciónktól is sok szép eredményt láttak. A gyógyulás menetét minden esetben cystoskoppal vizsgálattal követték. Igen szemléltető volt e tekintetben *E. R. W. Frank* vetítéses demonstratiója a II. német urológiai congressus alkalmából (1909). *Frank* 17 képen mutatta be az általa észlelt két eset gyógyulásának mozzanatait. Míg a kisebb méretű elváltozások nyom és heg nélkül eltűnnek, a súlyosabb, mélyebbre terjedő, nagy ulcerosus és gummás laesiók vaskos, fehér, többé-kevésbé mélyre terjedő hegek hátrahagyásával szoktak gyógyulni. Természetes, hogy ilyen nagy méretű lueses elváltozások végleges meggyógyulása 6 hétnél hosszabb időt is igénybe vehet, de a beteg panasza: a vérzések, a vizeletkor érzett fájdalmak és a retentio mindenkor már a specifikus kezelés első heteiben szűntek meg. Ezt követte a vizelet feltisztulása és csak legvégül a lueses laesio teljes meggyógyulása.

Az *Asch* által összeállított leírásokban találni néhány olyan esetet is, a melyben a vizelet zavarok mellett tabes, illetve myelitis syphilitica volt jelen. Ha ezen esetekben hatással volt is a kénese egyrészt a hólyagbántalomra és a hólyag működésére, másrészt a gerinczvelő elváltozására, mégis csak azon eseteket szabad biztos hólyagluesnek minősítenünk, a melyekben cystoskoppal vizsgálat segítségével a jellegzetes elváltozást sikerült megtalálni. Így például *Margouliès* harmadik esetében hiányzik ezen megállapítás. A beteg hólyagvérzéseit 6 hetes ergotinszedéssel nem lehetett megszüntetni, szapora vizelet ingere volt éjjel-nappal egyformán. E mellett lábai oedemások voltak, vizelete $4\frac{0}{100}$ fehérjét tartalmazott. Tabes biztos tünetei mellett *Margouliès* syphilitisnek vélte a hólyagzavart és kénese jodkali kombinált használatára 10 nap múlva a vérzés és a szapora vizelet inger lényegesen csökkent, 20 napos kezelés után a vizelet tiszta volt és a cystoskopia csupán *trabecularis hólyagot mutatott*.

Hasonlóképpen hiányzik a cystoskoppal diagnózis *Towbien* (1904) észleléséből; a kórképen itt is a gyakori vizelet, vérzések és fájdalmak uralkodnak. Minthogy a szokásos kezeléssel nem lehetett eredményt elérni, antilueses kezelést kezdett *Towbien*, a melyhez az indicatiót az anamnesis említtette régi lues és a húgycsőnyíláson újonnan keletkezett szét-eső gumma adta. Ezen az alapon sublimatbefecskendésekkel kezelték a beteget, kinek fájdalmai és gyakori vizelet ingere javultak ugyan, de retentio állott be. Végleges gyógyeredmény nincs említve, csupán javulás.

A helyesen és mindjárt jelentkezésük felismert esetek aránylag gyérek; ilyen *Haberern*, *Asch* esetei, *Engelmann* és *Margouliès* két-két esete. *Le Für* a markáns cystoskoppal lelet dacára a hólyagvérzést prostata-eredetűnek vélte és csak a lueses torokjelenségek vezették a helyes nyomra.

Míg a lues *tertiar* megjelenései a hólyagban, különösen a súlyos és igen súlyos alakok — a vázolt kórtörténetek is ilyenekről szólnak — elég nagy számban és jól vannak leírva, a *másodlagos* luesnek a hólyagban való megjelenéséről, a syphilitis maculosus és papulosus eruptiójával a köz-

takarón egyidejűleg mutatkozásáról csak kis számban találhatók közlések.

A legelső ilyenfajta eset *Asch*-é (1911). A fiatal, 28 éves nő 1 év óta állítólag gonorrhoeás hólyaghurutban szenved, mely az összes szokásos kezelési methodusokkal és gyógyszerekkel dacol. Mikor a beteg *Asch*-t fölkeresi, napközben 10 perczes, éjjel $\frac{1}{2}$ óras vizeleti szünetei vannak; *Asch* a fájdalmas vizelés és terminalis haematuria miatt tuberculosisra gondol. A zavaros vizelet kulturalis vizsgálata mindenféle banalis bacterium és gonococcus hiányát mutatja, az állatkísérlet negatív. Öt napos morphiumpkezelés után a cystoskopia 60 gr. kapacitás mellett diffus lobos hólyagnyálkahártyán 12 apró, alávájt szélű, nekrosisos alapú nyálkahártyadefectust mutat, melyek teljesen megfelelnek a secundaer stadium plaques muqueuses-jeinek. Ekkor derült ki *Asch* kérdésére, hogy $1\frac{1}{4}$ év előtt az egyik labium majuson egy kis fekélyke volt, mely spontan gyógyult. A lágyékmirigyek még duzzadtak voltak. Specifikus kúrára két hét múlva lényeges enyhülést érez a beteg; a vizelet tisztul; a negyedik héten a cystoskopos vizsgálat enyhe lobos nyálkahártyán kevés, fehér lepedékkel bevont helyet mutat, a hatodik hét végén teljes a gyógyulás.

Pár hónappal később jelent meg *Pereschivkin* (1911) közlése. Három esetet közöl igen tanulságos ábrákkal. Mindhárom betegének kezeletlen a friss luese, az összes másodlagos tünetek jelen vannak, azonkívül mind a három vizeleti zavarokat érez; kettőnek egyáltalában nem volt gonorrhoeája, egynek 7 év előtt. A vizelet zavaros, szapora, a betegek fájdalmas vizelésről panaszkodnak. A cystoskopos kép valamennyi betegben ép hólyagnyálkahártyán apró, kerek, kiemelkedő, infiltrált szélű, piros közepű anyaghiányokat mutat, csupán egy esetben élénkebb a vérerrajzolat a fekélykék körül. Specifikus kezelésre mind a három beteg a hólyagelváltozás nyom nélkül gyógyul és a vizeleti zavarok igen gyorsan elmúlnak.

Mucharinsky (1912) a hólyagluas oly esetét írja le, melyben az infectio kitörése óta 1 év múlt el. A beteget nem kezelték syphilis ellen; teljes retentio állott be két héttel a szerzőnél történt jelentkezése előtt. Mechanikai ürítési akadály nincs; a cystoskopia alkalmával a hólyagban diffus kékes-vöröses hyperaemia látszik; a prostata középső lebenye megnagyobbodott. A funduson egy húszfillérsnyi, csipkés, erősen hyperaemiás szélű fekély látható, melynek alapja vérömleny. Első két hetében a kezelésnek, mely nagy adag jodkalium szedéséből és Hg. salicylicum-injectiókból állott, a retentio még változatlan; a második kéneső-injectio után a vizelet tisztul, alig van residuum, ugyanekkor cystoskoppal a hólyag nyálkahártyája már halványabb, a fekély kisebb, a pír körülötte enged. Két havi kezelésre teljes gyógyulás, a fekély helyén a hólyagnyálkahártya fehérebb, mint a többi részen.

Michailoff (1912) betege 5 év óta szenved időközönként beálló hólyagvérzésekben, 15 év óta fáj a dereka. A vérzések 2 év óta mind gyakrabban, 2—3 heti szünetekkel jelentkeznek, ilyenkor az oldalfájások szünetelnek. A beteg igen halvány és gyenge, vizeletének napi mennyisége 5—600 cm³, fehérjét nyomokban tartalmaz, zavaros, meglehetősen sok leukocytával. A cystoskopia alkalmával a collum és trigonum nyálkahártyája nagy fokban hyperaemiás, a bal ureter nyílása tágult. Mindkét ureter nyílása körül, a fundusban, valamint a hátulsó hólyagfalon sárga, pörkkel fedett, apró kör alakú pörsenések látszanak igen nagy számban, melyek a hólyag nyálkahártyája fölé emelkednek és málnapiros, keskeny szegélytől övezettek. Ezen szegély mögött hirtelen következik az ép nyálkahártya. A hólyag felső és elülső részében csoportos elrendezésben oly képződmények látszanak, mint a milyenek a bőr papulák kivirágzásai.

E kép alapján, valamint a vérvizsgálat positiv eredménye után erélyes kéneső- és jodkúrához fogtak. Ennek során, mint az ismételt cystoskopia mutatta, az eleinte látott laesiók mindinkább fogytak. A pörsenések sárga teteje levált és helyükön málnavörös foltok látszóttak; a papulák szépen meggyógyultak. E mellett a vizelet napi mennyisége is szaporodott

1000—1500 grammig. Minthogy azonban még mindig vereses volt, a kezelés tizedik napján vesevizsgálatot végzett *Michailoff*. A jobb veséből majdnem teljesen normalis vizelet ürült, a balból vereses váladék, mely fehérjét tartalmazott, üledékében leukocyták és vörös vérsejtek csoportokban voltak láthatók. Gonococcus, gümöbaccillus vagy valamelyes banalis bacterium nem volt található. A kéneső- és jodkezelés további folytatása mellett egy hónapon belül újabb vérzés nem állott be, a vizelet feltisztult. Az ekkor újból végzett cystoskopia alkalmával a hólyagot is lényegesen javult állapotban találta. A felső fal papulák elváltozásainak már a nyoma sem látszott, az alsó részeken ülő súlyosabb laesiókból halvány málnásszínű körök maradtak meg.

Michailoff ezek után a diagnosist következőképpen állapítja meg: pyelitis luetica dextra et praecipue sinistra chronica; papulae, roseolae et impetiginosae mucosae vesicae urinae. A bántalmat a syphilis másodlagos megnyilvánulásának nézi; a vesevérzést nézete szerint papillacsúcsokon és a vérerek körül székelő papulák okozták.

A secundaer syphilis hólyagelváltozásainak a kórképét tehát — noha kevés a közölt eset — alaposan ismerjük a leírások pontosságánál fogva és azért is, mert igen fiatal eseteket is közöltek a szerzők (*Pereschivkin*). Evvel szemben azt találjuk, hogy a tertiaer lues kapcsán jelentkező hólyagbántalom kórképe nem olyan teljes, mert az eddigi közlésekben *fiatalabb* keletű esetről egyáltalában *nincs szó*, az észlelések mind *regi*, súlyos roncsolások által jellemzett esetekre vonatkoznak. Ezt a hiányt pótolja alant közölt esetem.

1912 május 9.-én keresett fel M. A. 44 éves férfibeteg igen heves hólyagpanaszokkal. Napközben folytonos vizsketés gyöttri hólyagját; gyakori vizelése fájdalmakkal jár. A fájdalmak a vizelés vége felé fokozódnak, megerősítésébe azonban nem kerül a vizelet ürítése. Az éjszakát átaluszsza.

Előadja, hogy 25 évvel ezelőtt luese és gonorrhoeája volt. Luesét mintegy 4 évig kezelte, 15 inunctió kúrát használt és gyógyultnak gondolja magát. Gonorrhoeája igen hosszadalmas volt, jobboldali epididymitissel járt. Azóta 3—4 évenként csekély folyás mutatkozik, ezt azonban 3—4 hét alatt elállítja a kis fecskendővel való kezelés. Mostani kellemetlenségei körülbelül 10 nap óta állnak fenn, 3 nap óta szenved erősebben. Jobb vesetájékát szintén azóta fájditja.

A zömök, testes férfi mellkasi és hasüregi szervei nem mutatnak kóros elváltozást.

A *nemi szervek vizsgálata*: A sulcus coronarius glandis közepén pigmentált, sugaras heg látható. A hügcsonnyítás rendes, az elülső hügcsőben számos beszűrődés tapintható. $\frac{1}{2}$ óras vizeleti szünet után görcsös fájdalommal mintegy 20—30 cm³ zavaros vizeletet ürít. Ezután 20 Charr. számú selyemkathetert vezeték a hólyagba: ellenállásra nem találók, residuumként néhány csepp zavaros vizelet ürül. A prostata és az ondozó hólyagok rendes nagyságúak és puhák, nyomásra elég sok, világos, hig szürke váladék ürül részben normalis, részben azonban szürkés sagszemcsék kíséretében; a nativ készítményben elég sok, de lazán, szétszórtan fekvő leukocytát találók.

Két órával később újból meglátogat a beteg a hólyagtükrözés megejtése céljából: a vizelet I. része ekkor sűrűn zavaros, II. része tisztább, de vannak benne foszlányok. Az utóbbiakban elég sok gennysejt és kevés pálcikát találók a mikroszkopi vizsgálat alkalmával.

A cystoskopia alkalmával kiderül, hogy a hólyag befogadó képessége nem szenvedett. A trigonum és a fundus kivételével épnek látszik a hólyag nyálkahártyája. E helyeken azonban egész terjedelmében duzzadt, vaskos redőket vet és sajátságosan livid (vörösen kékes) színe van. A duzzanat a jobb ureterredő medialis oldalán a legkifejezettebb, azon a tájon, ahol a fossa retroureterica kezdődik. Az ureternyílásokból ürülő vizelet tisztának látszik és erős löveléssel ürül.

Ezen lelet alapján nem tudtam hamarosan eligazodni, végleges diagnosissal felállításával vártam és a betegnek, kit hivatalos ügyei néhány napra hazaszóltattak, belsőleg helmifolt rendelttem.

Május 13.-án jelentkezett ismét a beteg. Pyuriája és hólyagzavarai még megvoltak, melyek az egész idő alatt bántották. A végbéllet és a massage-váladék semmit sem változott. A cystoskopos lelet is változatlan. Délben állandó kathetert helyezek a hólyagba.

Május 14. Az állandó kathetert kitűnően tűri, éjjele nyugodt volt. A két óra óta a kacsában összegyűlt vizelet tiszta, alig van benne egy-két finom szálcacska.

Május 15. D. e. 11 órakor eltávolítják az állandó kathetert. Két óra múlva a spontan ürített vizelet I. része nyálkásan zavaros, kevés foszlánnyal, a II. részlet tiszta, néhány igen apró foszlánnyal.

A cystoskopos lelet teljesen ugyanaz, mint első két ízben: ugyancsak megvan a fundus táján a sajátságos vörösen kékes livid elszíneződés a nyálkahártya erős, vaskos duzzadásával együtt, a mely most is a jobb ureter medialis oldalán látszik legerősebben. Az orificium internum szintén duzzadt. Az ureternyílásokból tiszta vizelet ürül. A

hólyag kiürítése és alapos kimosása után végbélvizsgálatot végzek: a prostatán és ondóhólyagokon a leg gondosabb vizsgálat ellenére sem találók tapintható elváltozásokat, váladékuk sem mutat semmi különösebb lobos elváltozást, a festett készítményben bacteriumot nem találók.

Május 17. és 18. Az állandó kathetert és a tegnap rendelt 1%-os lapisöblítéseket nem tűri a beteg; a vizelet erős fájdalmak között leginkább a katheter mellett ürül, erősen zavaros. 18.-án magam megkísérlem igen óvatosan a hólyagöblítést, a betegnek azonban akkora görcsei támadnak, hogy a kathetert el kell távolítanom. Ezután azonban — noha a hólyag teljesen üres volt — újabb, szerfelett erős görcsök lepték meg, a melyek csak protrahált langyos fürdőben multak el és élénken emlékeztettek a sphincteren székelő papilloma beszorulásakor jelentkező fájdalmakra. Az állandó katheter elmarad, estére nincsenek már görcsei, vizeletét könnyen tartja vissza, a vizelet II. részlete tiszta.

Látván a helyi therapia teljes sikertelenségét, az anamnesisben említett luesre gondoltam. Elálltam a hólyag helyi kezelésétől és csak jodkalit rendeltem (8:160 pro die) belsőleg.

Május 19. Két napon át elmult éjszakán. A vizelet I. része nyálkás, a II. tiszta, a vizelet nem fáj. A cystoskopia azt mutatja, hogy a hólyag fundusa egész terjedelmében duzzadt és hogy a duzzanat a jobb ureter körül a legkifejezettebb. A duzzanat éles határ nélkül megy át a szomszédos alsó és oldalsó részek kissé trabeculás nyálkahártyájába. Az orificium internum kártyaszív alakú, baloldalt két kiemelkedés van rajta, jobb fele sima, de erősebben infiltrált, mint a bal.

A leg gondosabb keresés ellenére gummát vagy fekélyt nem bírok találni.

Május 20. A tegnapi cystoskopia után megint hólyagörcsei voltak, ezek azonban hamarosan elmultak meleg ülőfürdőben.

Május 21. A vizelet teljesen tiszta, vizelet ingere nincs. A Wassermann-féle reactio negativ eredményt ad.

Május 22. Két napon érzi magát, panasza nincs. A vizelet teljesen tiszta.

Május 25. Panasza nincs; vizelete ma is teljesen tiszta.

Cystoskopia: A trigonum és a sphincter szélének a duzzanata határozottan csökkent. A jobb ureternyílás medialis oldalán azonban mitsem változott a duzzanat és most is vöröses livid színezésű; a leg gondosabb keresés ellenére sem látok azonban fekélyt vagy daganatot.

Az ureterek papillaszerűen szájadzanak a kiemelkedő, jól kivethető ureterredők elülső végén, a mi által a bas-fond erősen kifejezett; az ureterszájadékokból erős sugárban ürülő vizelet tisztának látszik.

A beteg 8 napra elutazik, meghagyom neki, hogy szorgalmasan szedje a jodkalit.

Június 4. Az egész idő alatt nem volt kellemetlensége, most is jól érzi magát. A vizelete tiszta.

A cystoskopia alkalmával ismét kártyaszív szerűnek mutatkozik az orificium. A fundus teljesen sima, halvány-sárga. Az ureterredők egész lefutásukban jól láthatók. Az ureternyílások a redők elülső végpontjain ülnek apró, papillaszerű emelkedéseken. A vizelet mindkét oldalon lövéssel ürül. A fundus hátulsó határánál, a jobb torus uretericus közelében egy körülbelül korona mekkozaságú kiemelkedés látszik, a melyet keskeny, vörösen livid szegély vesz körül. Ez éles határ nélkül megy át a szomszédos környezetbe. A kiemelkedő képlet világos-sárga színű, a livid szegély felé éles karélys széle van, a mely 5 veseszerű, kifelé gyengén convex segmentumból tevődik össze. Az emelkedés közepén sárgás-fehéres pörkkel fedett kb. fillér nagyságú mélyedés látszik, mely az emelkedés karélyozott körvonalával párhuzamos határvonalat mutat.

A képlet alakját leginkább árvácskához hasonlítanom.

A jodkalit tovább is szedi a beteg.

Július 16. A beteg két napon érzi magát. Vizelete teljesen tiszta, a jodkalit két hónap óta szedi. A cystoskopi lelet normalis: a karélys fekély helyét a leg gondosabb kereséssel sem találtam meg. A trigonum és bas-fond nyálkahártyája ugyanolyan színű, mint a hólyag egyéb részéé, halvány sárgás-vörös, mindenütt sima.

A beteg luese felől a syphillidologus, kinek tanácsát kikértem, következőket volt szives velem közölni:

1909 márcziusában járt nála a beteg himveszszéjének egy feldörzsölésével. Spirochaetát nem sikerült ekkor kimutatni; ugyanekkor tett említést a beteg régi lueses infectiójáról is, de ennek semmiféle nyomát sem sikerült találni.

Augusztus 19.-én újra felkeresett a beteg. Vizelet ingere nincs, vizelete tiszta. Bal hónaljában és a felkar szomszédos részein gombostűfejnyi viszkető, vörös csomója van. A bőrgyógyász folliculitist diagnoskált.

A jodkali szedését beszünttettem.

Az anamnesisben említett lueses fertőzés és az antilueses kezelés eredményessége alapján hólyagsyphilisre tett diagnosisom helyessége — noha negativ volt a Wassermann-féle reactio — esetemben teljesen beigazolódott. Úgy mint az irodalom többi idevágó, azaz gummás elváltozással járó esetében, úgy az én esetemben is az ex juvantibus et nocentibus felállított diagnosis helyesnek bizonyult. A klinikai képből ez alkalommal teljesen hiányzott a rendelkezésemre álló irodalom csaknem valamennyi esetében említett haematuria. Egyfelől a

tiszta vesevizelet, másfelől a hátulsó húgycső mirigyes függelékeinek normalis tapintási lelete és azok váladékainak csekély fokú lobos elváltozása oly folyamatra utalt, a mely csakis a hólyagra szorítkozik. Ugyancsak ezt derítette ki később a cystoskopia is, a mennyiben sikerült megtalálnom az egész megbetegedés középpontjában álló késői, a syphilis megnyilvánulásaira jellemző, solitaer laesiót.

Teljesen újnak és szokatlannak tűnt fel előttem a leginkább megtámadott hólyagfalrészleteknek vörösen kékes, livid színezete, a mely semmiben sem hasonlított a bármily heves, bacteriumos gyuladás által előidézett élénk vörös, dús érrajzollattal járó belöveltséghez. Nem is tudtam azonnal pontos diagnosit felállítani és tekintettel a vizelet rossz állapotára, a vizelet ingere és a hólyag gyuladással elváltozására, helyénvalónak tartottam az állandó katheter és lapisöblítések alkalmazását. A mikor azonban az állandó katheter és a helyi lapiskezelés következtében határozottan rosszabbodás állott be, már az észlelés *negyedik napján syphilisre gondoltam* az anamnesisben említett lueses infectio alapján. *Diagnostikai fellevelemnek* máris igazat adott az a körülmény, hogy noha negativ volt a Wassermann-féle reactio, valamennyi tünet és panasz csaknem teljesen elmult, mihelyest jodkalit kezdtem adni a betegnek. Kétségtelenül igaznak azonban csak két héttel utóbb bizonyult be fellevelem, a mikor is sikerült megtalálnom a jellegzetes, valószínűleg több apró szétesett gümme összefolyásából keletkezett, még eléggé felületes, karélys, tertiaer-lueses laesiót. Valószínű, hogy az előbbi hólyagtükrözések alkalmával a duzzadt hólyagfalazat magas redői eltakarták az aránylag kis gummákat, vagy az ezeknek megfelelő gümme fekélyt, úgy hogy a cystoskopia alkalmával nem lehetett megtalálni.

Cystophotographiai fölvételt, sajnos, nem készíthettem, mert nem voltak lemezeim Freudenberg-féle fényképező hólyagtükrömhöz és a beteget nem tudtam rábírní a hosszabb budapesti tartózkodásra. Az idevágó közleményekhez csatolt reproductiók közül talán *Engelmann* ábrája az, a mely leginkább érzékíti az általam észlelt és a fentebbi sorokban leírt livid kékes-vörös beszűrődés színárnyalatát.

Azt hiszem, nem tévedek, ha a leírt kórképet a *késői hólyaglues* nem előrehaladt vagy éppenséggel *igen fiatal* esetének tartom. E mellett szól egyrészt a syphilies elváltozás kis kiterjedése és felületes volta és e miatt a vérzések hiánya, másrészt a gyorsan bekövetkezett gyógyeredmény, melyet a többi szerző régi és mélyreható fekélyek esetén csak több havi erélyes kezelés után tudott elérni, és végül a minden heg nélkül való gyógyulás.

* * *

Az elmondottakból pedig, mint a *praxisra fontos következtetés* az szűrhető le, hogy *idősült, vérzéssel, gyakori és fájdalmas vizelet ingerral, esetleg retentióval is járó hólyagbetegség* esetén *ne csak stricturára, tuberculosisra és álképletre gondoljunk*, ha a tünetek még oly világosan látszanak is az egyik vagy másik bajra mutatni, *hanem érdeklődjünk syphilis iránt* is. Ugyanezt kell tennünk akkor is, ha a cystoskopos vizsgálat alkalmakor — mely pedig a fentebbi gyanuokok fenforgása esetén feltétlenül javallott — valamely fekélyesedő képződményt látunk esetleges papillaris burjánzásokkal a széli részeken, és még inkább akkor, ha tuberculosis és más bacteriumos infectio a pontos bakteriologiai vizsgálat alapján kizárható. *A két, esetleg három hétig tartó antilueses kezelés által okozott halasztás, ha a syphilis az előzményekben megtalálható, a csakugyan meglevő álképlet műtéti prognosist nem rontja annyira, hogy azt adott esetben meg ne kísérelhetnők*, viszont e kezelés sikere kétes esetben *határozottan a beteg javára fordíthatja a prognosist*, nemcsak azért, mert egy műtéti beavatkozástól és az esetleg evvel járó veszélyektől óvhatjuk meg, hanem azért is, mert *a kellő gyógyszeres kezelés folytatásával idealis gyógyeredményt érhetünk el*.

S végül még kiemelném azon sajátos cystoskopos képet, mely az általam észlelt esetben eleinte látható volt: azon livid, pirosas-kék, szederjes színű vaskos be-

szűrődésre hívom fel a figyelmet, mely kezdő esetben az esetleg könnyen felismerhető elváltozást takarhatja, s melyet *Engelmann* és *Mucharinszky* is nyomatékkal felemlít. Hogy a negatív Wassermann-féle reactio nem bizonyít lues ellen, azt szintén mutatja esetem. Lues és a diagnosis helyes volta mellett pedig legjobbban tanuskodik a specifikus kezelés sikere.

Irodalom. *Kaposi*: Pathologie und Therapie der Syphilis. Deutsche Chirurgie, Stuttgart, 1881, S. 293. — *Fournier Alfred*: Traité sur la syphilis. I. kiadás. Paris, 1899. Legújabb kiadás. Tome II, fascicule II. p. 662, Paris, 1906. — *Finger*: Die Syphilis und die venerischen Krankheiten. Leipzig, 1901, 146. oldal. — *Joseph*: Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Leipzig, 1909. — *Zeissl*: Die luetischen Erkrankungen des Urogenitalapparates und ihre Behandlung. Wiener medizinische Presse. 1906, 2. sz. — *Isidor Neumann*: Syphilis. II. kiadás. Wien, 1899. Nothnagel's spezielle Pathologie und Therapie, XXIII. kötet, 683. oldal. — *Róna*: A bűja vagy nemi betegségek Budapest, 1894. — *Selleti*: A bőr- és veneréas betegségek tankönyve. Budapest, 1904. — *Guyon*: Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires. 1894. Tome I. 14. oldal. — *Oberlaender-Zuelzer*: Klinisches Handbuch der Harn- und Sexualorgane. Leipzig, 1894. — *Asch*: Die syphilitischen Erkrankungen der Harnblase. Zeitschrift für Urologie, 1911, V. kötet, 504. oldal. — *Zuckerkanndl-Frisch*: Handbuch der Urologie, 1904—1906, 3. kötet. — *Nitze*: Lehrbuch der Zystoskopie. I. kiadás 1889, Wiesbaden. II. kiadás, 1907. — *L. Casper*: Lehrbuch der Urologie. Berlin-Wien, 1903, 223. oldal. — *Fenwick*: lásd *Casper*-nél: Handbuch der Zystoskopie. Leipzig, 1898, 133. oldal. — *Engelmann*: Ein Beitrag zur Kenntnis der Syphilis der Harnblase. Folia urologica, V. köt., 472. old. — *Ramon Guiteras*: Urology: The diseases of the urinary tract in men and women. New York-London, 1912. — *Legueu et Michon*: Nouvelle Chirurgie. Paris, 1912. — *Haberern*: Zystoskopische Diagnose der Blasensyphilis. Zentralblatt für Chirurgie, 1911, 19. sz., és Orvosi Hetilap, 1911. — *Morgagni*: De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis. Lovanni 1767, 4. IV. *Asch* után citálva. — *Virchow*: Zur pathologisch-anatomischen Kasuistik. Verhandlungen der physikalisch-medizinischen Gesellschaft in Würzburg, 1852, III. kötet, 366. oldal. Sitzung vom 22. Mai, Beobachtung 4. — *A. Vidal* (de Cassis): Traité des maladies vénériennes. Paris, 1853, 169. oldal. — *Tarnowszky*: Vorträge über venerische Krankheiten. Berlin, 1872, 199. oldal. — *Grivzow*: Beitrag zur Kasuistik der aussergewöhnlichen Lokalisation der allgemeinen Syphilis. Monatsberichte für Krankheiten der Harn- und Sexualorgane, 1899, 449. oldal. — *Chrzeltzer*: Ein Fall von Cystitis luetica. Zentralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane, 1901, 6. oldal. — *Matzenauer*: Gumma urethrae et vesicae. Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft. Archiv für Dermatologie und Syphilis, 1900, 112. oldal. — *Mac Gowan*: A case of gummatous ulcer of the bladder. Journ. of cutaneous and genito-urinary diseases. 1901, VII. *Margouliès* után. — *Gräff Karl*: Ein Fall von Gumma der Harnblase. Beitrag zur Kenntnis des Blasensyphilis. Inaug. Diss. Freiburg in Br., 1906, ugyanerről *Kraske*, Chirurgenkongress, 1904. — *Margouliès*: Syphilis de la vessie. Annales génito-urinaires, 1902, 384. oldal. — *Frank R. W. Ernst*: Demonstration zystoskopischer Bilder von Blasensyphilis. Verhandlungen des II. Deutschen Urologenkongresses. Berlin, 1909, 356. oldal. — *Towbien*: Ueber einen Fall von mutmasslicher syphilitischer Affektion der Harnblase. Wratschebnaja Gazetta, 1904, Nr. 9. Referálva Monatsberichte für Urologie, 1904, 494. oldal. — *Le Fur*: Ulceration syphilitique de la vessie. Association française d'urologie 1902. Annales génito-urinaires, 1902, 1519. old. és 1911, 151. oldal. — *Pereschivkin*: Zur Frage der Syphilis der Blase. Zeitschrift für Urologie, 1911, V. kötet, 9. fűzet, 731. oldal. — *Mucharinszky*: Zur Frage der Harnblasensyphilis. Zeitschrift für Urologie, VI. kötet, 5. fűzet, 376. oldal. — *Michailoff N. A.*: Syphilis der Harnblase und der oberen Harnwege. Zeitschrift für Urologie, 1912, VI. kötet, 3. fűzet. — *Nogués*: Lásd *Fournier*-nál. — *Ricord*: Traité complet des maladies vénériennes. Clinique iconographique de l'hôpital des vénériens. Paris, 1851. Planche VIII.

A tüdőtuberculosis gyógyításának mai állása.*

Előadta: *Ország Oszkár* dr., az Erzsébet királyné-sanatorium osztályos főorvosa.

A tüdőtuberculosis gyógyításának kérdéseit követve, feltűnő az a nagy ellentét, mely a gyógyítás módjainak értékelésében az orvosok között ma is fennáll. Láthatjuk a teljes nihilismus mellett a legnagyobb hiszékenységet s csak aránylag ritkán az arany középúton járó józan kritikát és gondolkozást. Csodálatos, hogy ma, mikor már teljesen nyilvánvaló, hogy a tüdőgümőkór gyógyítható betegség, még igen sokan vannak, a kik a tüdőgümőkór diagnosisában halálos ítéletet látnak s az „aliquid fecisse“ elvének követésé-

* Előadatott a Magyar Orvosok és Természetvizsgálók Veszprémben tartott vándorgyűlésén.

ben merülnek ki. Ezzel szemben viszont látjuk azt is, hogy tapasztalt orvosok is hajlandók bizalmukkal oly készítményeket megajándékozni, melyeknek hatása tudományosan észlelve és megállapítva nincsen s melyeknek alkotórészei kísérleti ismereteink szerint nem fejthetnek ki a betegségre gyógyító hatást. E tényeknek okát abban látjuk, hogy a tüdőgümőkór lefolyásában és tünettanát illetőleg sajátságosan polymorph képet adó betegség. Hiszen ismeretesek oly esetek, melyekben minimalis anatómiai elváltozások nagyszámú és súlyos tünettől járó megbetegedés kórképét idézik elő, viszont vannak súlyos elváltozások is, melyek tüneteket alig okoznak, melyekkel a beteg él, a nélkül, hogy tudomása volna a betegségéről. A tünetek s a lefolyásnak sokféle klinikai formája az oka annak, hogy ma sem rendelkezünk oly megbízható felosztással, mely a tüdőgümőkór különböző formáinak klinikai megkülönböztetését tenné lehetővé.

Látszólag egyenlő természetű kórfolyamatok lefolyása is különböző, ezért oly nehéz tüdőgümőkóros egyéneknek prognosist megállapítani. *Turban* szerint: „Je erfahrener man als Phthiseotherapeut wird, desto vorsichtiger wird man in der Stellung der Prognose“. *Goldstein* viszont őszintén bevallja: „Auf dem Boden der mir zur Verfügung stehenden Methoden und Systeme war ich nicht in der Lage die Prognose meiner Fälle von Lungenschwindsucht zu stellen.“ Láthatunk látszólag jó prognosistú eseteket gyógyíthatatlanná válni, viszont rossz prognosistú eseteket ugyanoly kezelésmód mellett megjavulni és meggyógyulni. Ezeknek a körülményeknek a tekintetbevételét feltétlenül szükségesnek tartom akkor, midőn a tuberculosis gyógyításának kérdésével foglalkozunk.

Előadásomban főleg azokról a gyógyeljárásokról fogok szólni, a melyek a tuberculosisos alapbántalommal foglalkoznak, röviden kitérek azonban egyes tünetek orvoslására is.

A tüdőtuberculosis gyógyítása, mint ismeretes: gyógyszeres, specifikus, klimás, hygiéno-diaetás, sanatoriumi s újabban sebészeti úton történik. Nagy elterjedtségénél fogva első helyen emlitem meg a farmakoterapiát. Se vége, se hossza nem volna mindazon készítmények felsorolásának, melyekkel a tuberculosis gyógyítását megkísérelték s csak azokat említem fel, melyekkel az utóbbi években aránylag a legtöbbet foglalkoztunk. A kreosot-készítmények mindinkább háttérbe szorulnak, bár vannak orvosok, a kik e készítmények hatását főleg a beteg roborálása szempontjából dicsérik; meg kell vallanunk, hogy azok a hosszas tapasztalatok, melyeket ezekre vonatkozólag szerezhettünk, használhatóságuk ellen szólnak.

Fontosnak tartom ennek hangsúlyozását, mert e készítmények egyike-másika drága, hosszú időn át tartó rendelkezéssel meglehetősen igénybe veszi a beteg anyagi képességét.

A jód és jodoform rendelése már régen kísért azon vonatkozásánál fogva is, hogy a nem gyógyítható betegségekben is előbb-utóbb megkíséreltetnek. E készítményeknek hatástalan volta bebizonyítást nyert s oly intézetekben, a melyekben a beteget gondosan megfigyelik, a jód már csak mint köptető jön alkalmazásba. De azért minduntalan ismét felszínre kerül rendszerint más készítményekkel kombinálva. Természeteszerűen vannak oly esetek, melyek a jódkezelés mellett, valamint nélküle is javulást mutatnak. Az „Erzsébet királyné-sanatorium“-ban levő osztályomon sok beteg próbálkozott meg hosszabb időn át tartó adagolásával, azonban eredmény nélkül. Hasonlóképpen nem láttam eredményt a menthol- és kámforkúrától sem. Ez utóbbinak jogosultságot az ad, hogy a beteg közérzetét lényegesen javítja, élénkítőleg hat magára a szív működésre, a jó szív működés pedig, mint tudjuk, a phthisis gyógyulásának alapfeltétele, másrészt csökkenti a beteg izzadását. Az alapbántalomra vonatkozólag azonban gyógyító hatást nem láttam. Jogosult megfélelő esetekben az arsennek s különösen a kakodylsavas natriumnak rendszeres alkalmazása; bár az arsenről magától tuberculosisos beteget meggyógyulni nem láttunk, mégis el kell ismerni jó hatását, a beteg anaemiájának csökkentése, táplálkozásának javítása révén indirecte alkalmassá teszi a

szervezetet a betegséggel való megküzdésre, másrészt nem zárható ki annak a lehetősége sem, hogy a vérképző szervekre gyakorolt hatása révén esetleg azoknak antitestgyártó képességét is fokozza. Jó hatását azonban csak oly esetekben láttam, mikor a szervezetnek reakcióképessége megtartott, nem állnak fenn hectikus lázak, a betegség nem nagyon előrehaladott. A calciumkúrák nem teljesítették azokat a várakozásokat, melyeket a gümőkóros szervezet demineralisációjának ismerete alapján hozzájuk fűztek, úgy hogy mindinkább feledésbe merülnek. Ujabban nagyon sokat lehetett hallani a radiumkezelésről is. Egy a „Zeitschrift für Tuberkulose“-ban megjelent dolgozatban számoltam be ezirányú kísérleteimről. Tapasztalataim szerint a radiumtól gyógyeredmény nem látható, sőt az intensive kezelt betegeket a haemoptoë veszélyének teszi ki. A tuberculosis radiumkezelésének különben *Inues* kísérletei szerint semmi alapja sincsen.

Nem rendelkezünk tehát oly gyógyszerrel, mely a tüdővész gyógyításában bevált volna. Ujabban, mióta *Ehrlich* a chemotherapiát ismét előtérbe juttatta s mióta a serologiai törekvések elégtelen eredményei mindinkább a köztudatba jutnak, ismét újabb vegyszerekkel történnek kísérletek, sajnos minden eredmény nélkül.*

Kétségtelen, hogy a tuberculinok a beteg góczokat befolyásolják. Nem térek ki e helyen a tuberculinkezelés történetére és magyarázására, csak mint sajátos körülményt említem fel, hogy e kezelés értékéről 20 év alatt nem tudott az orvosi világ teljesen észlelni a képet alkotni s még ma is ellentétes véleményeket hallunk róla. A klinikusok túlnyomó része azonban tagadhatatlanul értékeli és alkalmazza. Különösen az utóbbi években, mióta a kezelés kis dosisokkal, tapogatódzva s szigorúbb indicatiók szemmel tartásával végzetik. Sokat vitatták a kérdést, hogy mely készítményeket alkalmazzunk. Az évek folyamán nagy számmal készültek újabb és újabb tuberculinok, a nélkül, hogy a gyakorlatban elterjedtek volna.

Leggyakrabban alkalmazott a *Koch*-féle alttuberculin maradt. Kivüle a bacillusemulsio, a *Spengler*-féle PTO s a *Beranek*-féle tuberculin vált ismertebbé. Az újabb készítmények előállításakor egyrészt hatásosságuk fokozására, másrészt toxikus mellékhatásuk kiküszöbölésére törekedtek. E törekvéseknek köszönheti az endotin, a *Rosenbach*-tuberculin és *Koch* legutolsó készítménye, a TAF is keletkezését. Ugyanis készítményéből az albumosekat megfelelő táptalaj alkalmazásával kizárta, s ezért kevésbé erős reakciókat és mellékjelenségeket okoz, mint az alttuberculin.

Nézetem szerint felesleges a sok új tuberculin, minthogy az alttuberculinnal is elérhetjük a tuberculin-kezelés céljait. Egy legutóbb a „*Brauers Beiträge zur Tuberkulose*“-ben megjelent dolgozatban azonban a TAF alkalmazását mindazon esetekben ajánlottam, melyekben az alttuberculin kellene alkalmaznunk. Ugyanis a TAF nem okoz oly heves helyi, lázas és általános reakciókat, mint az alttuberculin. Tuberculin-kezelést oly esetekben szoktunk alkalmazni, a melyek az első vagy második stadiumban vannak, nem mutatnak nagyfokú szétesést, kielégítő szívműködés mellett kisebb fokban subfebrilisek, vagy láztalanok. Legjobban szeretem a subfebrilis betegek kezelését, vagy azokét, a kiknek napi ingadozásai normalis maximalis temperatura mellett is nagyok. Gyakorta láthatjuk tuberculin alkalmazása mellett a láznak megszűnését, az állapotnak javulását, a hízást. Hangsúlyozom azonban, hogy betegeink sanatoriumi életmódot követtek, melynek szerepe a beteg állapotának javulásában tekintetbe veendő.

Megoszlanak a vélemények abban a tekintetben, hogy adjuk-e ambuláner a tuberculin. Míg *Petruscky* és *Bandelier-Roepke* a legliberalisabb alkalmazás mellett foglal állást, *Schroeder* ellenzi, minthogy a tuberculin még kísérletezés alatt álló szernek tekinteti. A magam részéről azt vélem, hogy a tuberculin elsősorban csak zárt intézetekben jöjjön alkalmazásba,

hol a beteg pontos hőmérőzés és ellenőrzés alatt áll. Ambuláner csak oly egyéneken végezzük a kezelést, a kik nem lázasak, folyamatuk nem hajlandó szétesésre, nem neurosisosak s zárt intézetekben nem helyezhetők el. Az ambulans kezelésre alkalmas aránylag kis számú eset gondos körültekintés után választható csak ki. Az ambulans tuberculinkúrával továbbá esetleg elvonjuk a beteget a klimás vagy intézeti kezeléstől.

A passiv immunizáló szerek tekintetében nem látható haladás. A *Spengler*-féle IK, mely a budapesti kir. orvosegyesületben is oly heves vitákra adott alkalmat, Németországban már a feledés homályába kezd merülni. Megvallom, hogy Davosban *Spengler* magánbetegein sem láttam IK-től megfelelő eredményt.

A tuberculosis gyógyításának legrégebb és legértékesebb gyógymódja a klimás és a hygiéno-diaetás, mint az már *Celsus*-nak irataiból kitűnik. Bámulatos az a zavar, mely a klimás helyek megválasztása és értékelése tekintetében még ma is fennáll. Nem tagadható, hogy megfelelő esetekben a magaslati klima, a tengerpart és a délvidék jó hatást gyakorol, azonban semmi jogosultsága sincsen oly kijelentésnek, a mely például Davost vagy Egyiptomot mint határozottan egyedül gyógyító hatású helyet említi.

A tüdővész gyógyításában nem annyira a hely fontos, mint az az életmód, melyet a beteg ott követ. A klima nem bírja kárpótolni a beteget a rendszeres életmód jó hatásáért. Hogy az alföldön is jó eredmények érhetők el a tuberculosis gyógyításában, azt a német sanatoriumok és az Erzsébet-sanatorium statisztikái élénken mutatják. Tudvalevőleg a németek határozottan ellenzik a davosi német sanatorium kibővítését is. Vannak esetek, melyekben a magaslati klima élénkítő hatása szükséges a beteg állapotának megjavítására, azonban ezek az esetek mint kivételek választandók ki, tekintetbe véve a betegek anyagi körülményeit, minthogy igen jó eredményt érhetünk el a középhegyekben is s a davosi tartózkodás eredménye nem áll arányban mindazzal az áldozattal, a melyet sokszor még szegény családok is hoznak a beteg érdekében. A délvidéket, tengerpartot főleg gégebajosoknak ajánlom s olyanoknak, a kiknél az ott-tartózkodás időtartama nem játszik szerepet. Az enyhébb éghajlat alatt való tartózkodás jó hatással lehet meghűlésre hajlamos egyénekre, gyógyító hatása főleg a napfény hatásán alapszik. Maguk az egyiptomi orvosok propagandát fejtenek ki az ellen, hogy a tüdőbetegek oda tóduljanak s hangsúlyozzák, hogy klimájuk nem gyógyítja meg a tüdővést, holott nálunk az a hit van elterjedve, hogy Egyiptom a betegre jó hatással van s ezért sok szegényebb ember is meghozza a nagy áldozatot. Az adriai partvidék hatására vonatkozólag mint érdekes statisztikai tény említem fel, hogy Magyarországon a legnagyobb tuberculosis-halálozást Fiume mutatja, a melynek halálozása az országos átlagnak szinte a kétszerese. A délvidék ellen szól az a körülmény, hogy a legtöbb helyen nem elég szigorú a kúra, a betegek nem állnak elég szigorú felügyelet alatt, ezért aránylag kevesebb az eredmény, mint máshol, a hol a hygiéno-diaetás kezelést szigorúan viszik keresztül. A betegek elküldésekor kétségtelenül igen fontos kérdés, milyen a beteg jelleme és temperamentuma, milyen a fürdőhelyen a betegek fegyelmzése, ki az orvos s nem merül-e fel a beteg edzésének a szükségessége?

A tüdővész gyógyításában a legértékesebb gyógymód az úgynevezett hygiéno-diaetás therapia maradt, melynek segítségével kórházakban, sőt alkalmas körülmények között bármely jó levegőjű helyen kiváló eredményeket lehetett elérni. Így Oroszországban ú. n. házi sanatoriumokban a betegek falusi otthonukban rendszeres kúrát végeznek. E gyógymód legideálisabban azonban sanatoriumokban vihető keresztül, úgy hogy a sanatoriumi kúra fogalma magában foglalja mindazt, a mit a hygiéno-diaetás és hydriatikus kezelés bír csak produkálni. S minél több a csalódás az újabb készítmények használhatósága tekintetében, annál határozottabban vált ismertté, hogy a tüdővész gyógyításában a sanatorium szolgáltatja a legjobb eredményeket. Példaképpen ideiktatok néhány statisztikai adatot: A német birodalom munkásbiztosítása által

* A legújabb cuprum-methylenkék-kezelés értéke eddig bebizonyítva nincsen.

kezelt betegek közül a kezelés befejezése után 82% találatot munkabíróknak. A kezelési évet követő év végéig 64%, a harmadik év végéig 50% s az ötödik év végéig 43% őrizte meg a munkabírását. A látszólag eredménytelenül kezelt betegek közül utóbb megismételt sanatoriumi kúra után 17—29% gyógyeredmény volt megállapítható, a mi a később történt vizsgálatok alapján vált ismeretessé. Azonban ne a statisztikák alapján alakítsuk meg véleményünket, hiszen azokat az előrebocsátottak alapján a német alaposágnak dacára sem tarthatjuk abszolút megbízhatóknak. Vegyük csak tekintetbe azt, hogy a sanatoriumba felvett betegek nagy része ott-tartózkodásának ideje alatt láztalanodik, hízik, panaszai megszűnnek, állapota javul, sokszor gyógyult állapotban hagyja el az intézetet. Ez egyének közül számosan még évek múltán is munkabírók. Nálunk a baj az, hogy kevés a sanatorium s ezáltal kevesen részesülhetnek annak jótéteményeiben, másrészt a betegek anyagi körülmények folytán nem tölthetnek kellő időt a sanatoriumban. S így sokszor az aránylag rövid ideig tartó kúra eredménytelennek bizonyul. Különösen a német tapasztalatok alapján mindinkább fért hódít az a fel-fogás, hogy a síkságon épült sanatorium épp annyira bírja feladatát teljesíteni, mint a hegyes vidéken épült. A sanatoriumok teljesen beváltották azokat a várakozásokat, melyeket hozzájuk fűztek, de még értékesebb eredményeket adnának, ha a betegek ellátásának anyagi kérdése rendeztetnék, mert sokszor még a középosztály betegei sem tudják az előírt minimális 3 hónapi kúra-időt az intézetben eltölteni. Nálunk tehát nemcsak a sanatoriumok szaporítására, hanem a betegek ápolási költségeinek fedezésére is gondolni kellene, másrészt lehetővé kellene tenni azt, hogy a sanatoriumokból távozott betegek ne legyenek kénytelenek azonnal egészségtelen és fáradságos hivatásukat újból megkezdeni.

A tüdővész gyógyításának legújabb fejezete a sebészeti gyógykezelés. Nem szándéksom e helyen azokról a régebben megkísérelt műtétekről megemlékezni, melyek veszélyességükben s elégtelen eredményeikben fogva már szinte feledésbe merültek. A tüdővész sebészeti kezelésének újjászületése *Forlanini* nevéhez fűződik, a ki tudvalevőleg nitrogengázt bocsátott be a beteg tüdőfél felett levő pleuraürbe s ezáltal a tüdőnek összenyomására törekedett. Nálunk *Brauer* előadása révén vált különösen ismeretessé az úgynevezett pneumothorax-kezelés, a ki tudvalevőleg *Murphy* nyomdokain haladva, nem szúrás, hanem a pleuraig terjedő metszés útján iparkodott a pleurát megközelíteni s az embolia veszedelmét elkerülni. A *Brauer*-féle műtét javalatait az Erzsébet királyné-sanatoriumban szerzett tapasztalatok alapján *Scharl* a következőkben foglalta össze:

Egyoldali kiterjedt széteső gümös folyamatok, midőn a másik tüdőfélben activ góczok nem mutathatók ki. Egy lebenyre (vagy kisebb területre) terjedő széteső jellegű folyamatok, ha azok más kezeléssel nem befolyásolhatók, vagy a külső körülmények (társadalmi és anyagi helyzet) más kezelést kizárnak.

Ellenjavallat: kiterjedt gümös gégebetegség, szivbántalmak, veselob; egyéb szövődmények esetén az általános orvosi bírálat mérvadó.

A műtét feltétele: reakcióképes szervezet, kielégítő szív-működés, továbbá szabad pleuraür. Teljesen összenyomómentes pleuraürt az eseteknek mintegy 5%-ában találtunk. A csúcsok felett leggyakoribb az összenyomás, gyakoriság tekintetében második helyen áll a rekesz belső harmadának megfelelő tüdőréssz rögzítettsége. Teljes összenyomása (compressio) és visszahúzódása (collapsus) a tüdőnek ezek szerint csak ritkán sikerül. A részleges összenyomás is teljes eredményre vezethet.

Ha sikerült pneumothoraxot készítenünk, gondoskodni kell időnként annak utántöltéséről, a mely egyszerűen punctiós eljárással történik.

A pneumothorax hatása nyilvánul a hegeképződés serkentésében, nyirok- és vérbőség előidézésében a tüdőben.

A pneumothorax rendszerint 6 hó—2 évig tartatik fenn, ha előzetesen nem merültek fel akadályozó körülmények; ez

idő letelte után a kollabált tüdő ismét tágulni bír. Ha az indiciók felállítását szigorúan végezzük, gyakran jó eredményeket látnatunk az eljárástól, még oly esetekben is, melyekben előreláthatólag rossz volt a prognózis. A pneumothorax-kezelésnek nagy hátránya azonban, az, hogy a tüdőbetegeknek aránylag csekély részén végezhető. *Volhardt*-nak állítása szerint 789 súlyos gümőkóros egyén közül 64 esetben kerülhetett szóba a pneumothoraxkezelés, tehát az esetek 7.8 százalékában. Az esetek közül 22 esetben nem sikerült a műtét a pleura összenyomása miatt. Ezek levonásával tehát csak 4.3%-a a betegeknek kezelhető pneumothorax-szal s ezek közül számosan kétoldali tüdőgümőkórjuk miatt nem végezték mind jó eredménnyel kúrájukat. Az Erzsébet királyné-sanatoriumban a III. stadiumbeli betegek 6%-án volt a műtét végezhető. Midőn tehát el kell ismernünk, hogy a pneumothoraxkezelés sok súlyos betegségbe esett egyéneknél jó eredményt adhat, fájlalnunk kell azt, hogy mint általános gyógyeljárás a tüdővész gyógyításában nem jöhet számításba; egyes esetek gyógyításában ellenben elsőrendű jelentősége lehet. Nagy értékét kell látnunk abban is, hogy felhívta a figyelmet arra, hogy a beteg tüdő nyugalombahozása által a gyógyulás útjára vezethető. Bizonyítéka annak, hogy a fekvőkúrával a nyugodtan fekvő beteg tüdejét nyugalomba hozva, nemcsak empiriás, hanem természettudományi magyarázattal támogatott gyógyeljárást folytattunk, másrészt kiindulása lehet oly újabb műtéteknek, melyek tisztán ezen a tudományos igazságon épülnek fel. A *Friedrich*- és a *Wilms*-féle műtéteknek a végzése azon esetekben kerülhet szóba, a melyekben a pleura összenyomása a pneumothorax-kezelést lehetetlenné teszi. A *Friedrich*-féle műtét radicalisabb, a mennyiben a beteg bordákat nagy kiterjedésben eltávolítja. Ennél sokkal kiméletesebb a *Wilms*-féle műtét, mely a gerincoszlop és a szegycsont mellett csak kisebb darabkákat távolít el a bordákból s ezáltal lehetővé teszi a tüdő összeesését a nélkül, hogy a mellkas fala védelem nélkül maradjon. Nálunk tudtommal *Wilms*-féle műtétet még alig végeztek. Valóban kívánatos, hogy a műtét értékéről minél előbb meggyőződést szerezzünk. Egyes sebészek egyelőre állatkísérletekben megpróbálták a beteg tüdő arteriáinak vagy venáinak lekötését; emberen végzett ilyen műtétekről azonban még nincsenek tapasztalataink.

A tüneti kezelés haladását csak néhány sorban iparkodom összefoglalni: a köhögés csillapítására a szokásos opiatumokon kívül a pantopon is igen jó hatásúnak mutatkozott, melléktüneteket ritkábban okoz, mint a morphiium. A láz ellen a pyramidon vált be legjobban; azokban az esetekben, melyekben izzadás, bágyadság követi, a pyramidon camphoratum. Vegyes fertőzésű esetekben a salicylkészítmények és a chinin is jó szolgálatot tesznek. A tüdővérzéssel szemben többé-kevésbé még mindig tehetetlenek vagyunk. Sem az adrenalin, sem a digitalis, sem a vaschlorid és morphiium nem bizonyult hatásosnak, a gelatina-injectiók sem adtak kielégítő eredményt, a lóserum-befecskendések is kétes értékűek. Elég jó eredményeket láttam oxygeninhalatióktól és konyhasóinfúzióktól, melyek aránylag még legbiztosabban szüntették meg a vérzést.

A gümőkóros hasmenések ellen jó hatású az uzara, a mely tablettákban és cseppekben adagolható s a bél idegrendszere útján fejti ki csillapító hatását. A mirigy-tuberculosis ellen kiváló hatású a napkúra. A tüdőgümőkórban előforduló tünetek és complicatiók orvoslása teljesen a belgyógyászat körébe vág, úgy hogy szinte minden fejezetének ismerete szükséges ahhoz, hogy rendszeres phthiseotherapiát űzhessünk.

Összefoglalva tehát a tuberculosis therapiájának mai állását, látjuk, hogy a legáltalánosabb és a legértékesebb gyógyeljárás a sanatoriumi gyógykezelés, melynek jótéteményeiben a betegek túlnyomó része — orvosi szempontból — részesülhet s a mely sokszor oly esetekben is gyógyulást eredményez, melyekben semmiféle más eljárás nem alkalmazható. Kivüle számításba jöhet még a tuberculin-kezelés, azonban elsősorban mint a sanatoriumi kúra kiegészítője s

csak kivételesen mint önálló gyógy mód. A sebészeti kezelés szép eredményeket adhat, azonban csak az eseteknek kis részében alkalmazható; eredmények gyorsabban érhetőek el vele látszólag gyógyíthatatlan esetekben is. A phar-mako- és serumtherapia mindeddig eredménytelennek bizonyult. A tuberculosis gyógyítása tehát látszólag még mindig a régi nyomokon halad, azonban nem stagnált s most különösen a sebészeti kezelési módok mindinkább növekvő elterjedtsége és ismertté válása mutatja, hogy van haladás e téren is.

Indokolt-e a terhesség megszakítása tuberculosis eseteiben?

Irt: Müller Vilmos dr. operateur, a tátraházi tüdőbeteg-sanatorium igazgató-főorvosa.

(Vége.)

A 22 eset áttekintése után egész határozottsággal megállapíthatjuk, hogy *csakis súlyosan megbetegedett és ilyen állapotban teherbe esett nőbetegen lehet az esetleges abortust a tuberculosis causalis összefüggésbe hozni és hogy viszont a terhességet még a subfebrilis gümőkóros nő is jól kiviselheti, a nélkül, hogy az abortus veszélye a tuberculosis miatt fenforogna.*

Eme empiriás tapasztalatok mellett, a melyek a felvetett kérdés eldöntésére nézve már egymagukban is irányadók lehettek volna, állatkísérletekkel igyekeztem a tuberculosis befolyását a terhességre bebizonyítani.

Terhes tengeri malaczkokat részben tuberculosis-bacterium-kulturákkal, részben pedig positiv bacteriumleletet adó köpettel inficiáltam. A míg egyrészt magam is megállapíthattam azt az egyidőben sokat vitatott, de most már általánosságban elfogadott tény, hogy a tuberculosis szülőktől származók születésük első idejében teljesen mentesek a tuberculosistól, addig másrészt minden kétséget kizárólag két tényre utalhatok:

1. Ugyanazon erősségű virussal inficiálva terhes és nem terhes tengeri malaczkokat, azt találtam, *hogy a terhes állatokban a tuberculosis sokkal lassabban progrediál, mint a nem terhesekben és hogy a halálos kimenetel is sokkal gyorsabban következik be a nem terhes, mint a teherben levő állatokon.*

2. Jóval a szülés előtt inficiált tengeri malaczkok mind-egyike életképes állatot hozott a világra.

Az abortus tehát nem zavarta meg a tuberculosisú állatok terhességét, úgy hogy az állatkísérletekből levont következtetések teljesen födik a kóragnál talált észleleteket.

A mikor ezeket a tényeket leszögezem, lehetetlen ki nem térnem, bár csak röviden, arra a két egymástól teljesen ellentétes állásfoglalásra, a melynek útvesztőjéből csak a nőorvosoknak legutóbb Münchenben lezajlott congressusa vezetett ki.

Régebben ugyanis az a nézet uralkodott, hogy *a terhesség a tuberculosis lefolyására directe kedvezően hat és sokszor ajánlották is ezért egyébként súlyosan megbetegedett gümőkóros nőknek mint egyedüli árkánomot a férjhez menést, illetőleg a szülést, mint olyant, a mely a tuberculosisra gyógyítólag hat (Baumes, Rosier, Collen stb.).* Majd az ezzel teljesen ellentétes állásfoglalás következett, a mely *a terhességet a gümőkóros nőre nézve a legnagyobb veszélynek jelentette ki és klinikai beteganyagból gyűjtött statisztikával bizonyította ezen állítása helyességét (Kaminer, Gerhardt, Leyden, Schauta stb.).*

Az igazság azonban sem az egyik, sem a másik végletben nincs. A minthogy illusorius az, hogy a terhesség directe gyógyító volna a tuberculosisra, éppen úgy nem lehet apodiktice állítani, hogy a graviditás a tuberculosis végét is jelenti egyúttal. Ellenben igaz az, *hogy ha a terhes tuberculosis a rendes hygienés-diaétás kúrát végzi, tuberculosis javulásával a terhesség nem jelent reá nézve mást, mint rendes physiologiai folyamatot, a mely szervezetét károsan*

nem befolyásolván, a tuberculosis, *ha az a terhesség előtt nem volt még túlságosan előrehaladott, sem pro sem contra nem érinti.*

Ezért csatlakozhatom, a mi szerény észleleteink alapján is, *Veit-nek* a müncheni congressuson hangoztatott ama kijelentéséhez, hogy *az esetben, ha a terhes gümőkóros nők terhességük ideje alatt megfelelő hygienés-diaétás gyógyintézetbe kerülnek, a terhesség nem káros rájuk.*

Ha tehát az eddigieket összefoglaljuk, az alanti következtetésekre jutunk:

1. A tuberculosis folyamat a terhességre káros befolyást nem gyakorol;

2. a tuberculosis a terhesség alatt, hacsak már a *terhesség előtt* nem volt súlyos a megbetegedés, progressiót nem mutat;

3. a tuberculosis bántalom javulását a terhesség alatt csakis a rendszeresen keresztülvitt sanatoriumi kezelés mellett érhetjük el.

A terhes tuberculotícának helye tehát mindenképpen a sanatoriumban van. Ha onnan kizárjuk őket, ne csodálkozunk, hogy a magára hagyott, kellő gyógyeljárásban nem részesülő beteg állapota napról-napra rosszabbodik, *a mint hogy bizonyára akkor is rosszabbodott volna, ha nem jutott volna teherbe.*

A némely észlelő által említett feltűnő gyakori abortus, a letális kimenetelű puerperium bizonyára elmaradna, ha a tuberculotica kellőidőben gyógyintézetbe kerül, a hol az összes életműködési javítását célzó methodusokkal, szervezetének megedzésével a szüléssel szemben kellőképpen ellentállóvá tesszük.

Ezek az elvek vezettek, a mikor a gravid tuberculosis nőket egyrészt terhességük majdnem legutolsó perczéig tartóttam az intézetben, másrészt pedig a szülést vezető gynaeologushoz fordultam ama kérelemmel, hogy azon esetben, *ha a hazabocsátott betegen a szülés kitolási időszaka kelleténél hosszabb tartamú lenne, fogóműtéttel fejezze be a szülést.*

A szülés gyors befejezését fogóműtéttel, még akkor is, midőn annak indicatioja egyébként nem forog fenn, azért tartom szükségesnek, hogy *a gümőkóros nőket megóvjuk mindazon káros ártalmaktól, a melyek őket a hosszú tartamú szülés közben fenyegetik.*

A tuberculosis nőket a szülés egyes periodusai közben a következő ártalmak érhetik:

a) a szülőfájdalmak, a melyek főleg a kitolási időszakban válnak legintenzívebbé, a hasprés fokozott működése mellett *vérnyomás-emelkedést* hoznak létre. Már a „Zeitschrift für Tuberkulose“-ben (XVI. kötet, I. füzet. 1910, Berlin) részletesen kifejtettem, milyen veszedelmet involvál tuberculosis egyénre nézve a fokozott vérnyomás. Már ott reámutattam, hogy a tüdővérzésnek mindig vérnyomásemelkedés az előfutárja.

b) A szülőnőt azonban a vérnyomás fokozásával kapcsolatban nemcsak az esetleges haemoptoë veszélyezteli, hanem *a hasprés heves működését követő mély belégzések folytán a „tuberculosis tüdőgócokból az eladdig intact tüdő-részekbe tuberculosis sputum aspiráltatik és ezúton széles tüdőterületeket bacteriumok járnak át és inficiálnak“ (Cornet).*

Ezt a két ártalmat kell tehát, a mennyire csak lehetséges, vagy teljesen eliminálni, vagy hatásában csökkenteni. Erre pedig csakis egyetlen mód: *a szülés lehető gyors befejezése.*

Köztudomású ugyanis, hogy a fogóműtét célja: *a hasprés működésének helyettesítése, tehát éppen annak az ártalomnak elkerülése, a mely a szülő tuberculosis nőre nézve a legimminensebb veszélyt rejti magában.*

A megfigyelésünk alatt levő 18 szülőnő közül tizenkettőn — fenti indicatióm alapján — fogóműtéttel fejezték be a szülést.

A másik hat szülőnő közül négyen olyan prompt folyt le a szülés, hogy fogóra nem is lehetett, de nem is kellett gondolni. Mind a négy esetben multiparáról volt szó.

Két tuberculosus nő hozzátartozói nem egyeztek bele a fogóműtétbe.

A jelzett 18 esetben a megbetegedés kiterjedtsége a következő volt:

1. Hat első stadiumban levő. A köpetlelet positiv. Láztalanok.

2. Hét második stadiumbeli. Hőemelkedések 37°-ig. Köpetlelet Gaffky III—VI-ig.

3. Öt harmadik stadiumban. 38°-on túl emelkedő lázzal. Kimutatható cavernák. Egy esetben tuberculosus fistula ani, egy másodikban struma mint szövödmény.

A fogóműtétet három első, öt második és négy harmadik stadiumban levő betegen hajtották végre.

Könnyű volt a fogóműtét két első és két második stadiumban levő betegen.

Medenczeszűkület komplikálta a fogóműtétet egy első és egy harmadik stadiumbeli betegen.

Tizenhat szülőnőn — eltekintve a kisebb-nagyobb mérvű gátrepedésektől — a tüdők részéről a szülés alatt szövödmény nem mutatkozott.

Egyetlen esetben — egy fogó nélkül gyorsan szülő tuberculosicán — tapasztalt csak a kezelő orvos két hétig 38—38°-os hőemelkedést, a mely a kezelőorvos szerint valószínűleg a vaginában levő nagyobb szövetroncsolások okozta fertőzés következménye volt. Kellő jodtincturás ecsetelésekre a lepedékes exoriatiók feltisztultak, a hőmérsék is alábbszállott.

Annál szomorúbb volt a hosszasan húzódó két szülés közül az egyik szülőnőnek sorsa, a kin, még pedig a harmadik stadiumbelin, a szülést követő második napon erős haemoptoë, magas lázak jelentkeztek, úgy hogy a beteg a szülést követő hatodik héten meghalt.

Intézetünkbe 17 nőbeteg közül a szülést követő 6—8 hét múlva 15 került vissza. Még pedig a fogóműtétet kiállott 12 beteg közül 11, a gyorsan szült 4 beteg közül 3 és az egy életben maradt nehezen szülő. Két beteg — dacára utána-kérdézősködésünknek — elveszett észlelésünk elől.

A betegek visszaérkezésük után 3—4 hónapig tartózkodtak az intézetben, tehát bő megfigyelésre adhattak alkalmat annak a kérdésnek eldöntésére, hogy vajjon a szülés milyen befolyással volt tuberculosisukra?

Az észleletek azt mutatták, hogy a fogóműtétet keresz-tülment tuberculosus nőknél — tekintet nélkül megbetegedésük stadiumára — a szülést követő 4.—6. hónapban a tuberculosus progrediálását nem lehetett észlelni.

A szülést tudvalevőleg négy harmadik stadiumban levő nőbetegünkön fejezték be fogóval, a kiken legelső sorban lehetett volna akár a szülés közben, akár a szülés után valamelyes szövödménytől tartani. De még ezeknek az állapota sem mutatott intézeti tartózkodásuk idejében olyan tüneteket, a melyeket szülésük előtt nem észleltünk volna.

A fogóműtétet kiállott és az intézetbe visszakerült tuberculosicákon tehát a szülés minden káros következmény nélkül zajlott le.

A (fogó nélkül) gyorsan szülő és az intézetbe visszajött három nőbeteg is megvizsgáltuk visszaérkezésük után és a szülés előtti vizsgálati lelettel összehasonlítást tettünk. De sem a physikalís tünetek, sem más objectív lelet (köpet mikroszkópi képe, Pirquet) nem mutattak arra, hogy a szülés a tuberculosus progressióját okozta volna. Egyik nőbetegen a visszaérkezése utáni második hónapban mérsékelt haemoptoë állott be ugyan, de ennek időpontja egybeesett a szülés után akkor először jelentkezett menstruatialis vérzéssel. Meg kell azonban jegyezni, hogy ezen a nőn a szülés előtt is mutatkozott vikariáló vérzés a menstruatia idejében. A mérsékelt haemoptoë most is csak 2 napig tartott és a következő menstruatióig nem is mutatkozott, a mikor újból véres volt néhány köpet.

De feltűnő rosszabbodást találtunk azon az egy nőbetegen, a kin a szülés hosszú lefolyású volt (fogó nélkül), a ki szülése előtt az intézetből I. stadiumbeli megbetegedéssel, teljesen láztalanul, negatív köpetlelettel és 54 kgr. súlyal

távozott. Szülése után hat héttel került vissza az intézetbe, miután már odahaza is állandóan 38°-os lázai voltak, erősen izzadott és intestinalis zavarai (majd székrekedés, majd hasmenés) voltak. Visszaérkezésekor a tüdőbeli folyamat a harmadik borda felső határáig terjedt, az azelőtt érdes-sejtes légzés helyébe kifejezett bronchovesicularis légzés lépett és az annalelőtte alig hallható néhány száraz szörtyzörejt az egész jobboldali tüdőfelre kiterjedő kishólyagú, nedves szörtyzörejek helyettesítették, a melyekhez még crepitatio is járult.

A súly 46 kilóra szállt le; a köpet positiv (Gaffky III), a hőmérsék 38—38°², 1—1°⁵ napi amplitude-del, atypusos reggeli maximumokkal.

A nőbeteg 6 hónapot töltött az intézetben, előírt kúráját szokatlan pontossággal végezte.

Távozásakor súlya 52 kgr. volt, hőmenete subfebrilis, köpete Gaffky I., a physikalís vizsgálat azonban a szülés előtti állapothoz képest határozott visszaesést mutatott.

Ezt a nőbeteg egy év múlva, egy déli gyógyhelyen eltöltött téli kúra után újból felvettük az intézetbe, de lázait teljesen megszüntetni ekkor sem sikerült és bár erős hízásnak indult (62 kgr.), az infiltrált terület feltisztulását nem lehetett tapasztalni.

Ha már most ez esetek kapcsán következtetéseket tesszünk, akkor kitűnik, hogy szülő tuberculosus nőről — tekintet nélkül a megbetegedés stadiumára — csak akkor lehet rossz prognosist felállítani, ha először a szülés maga hosszú lefolyású volt, és másodsor, ha a nő szülése után nem helyezik el mihamarabb megfelelő intézetbe.

Ellenben jó prognosist mondható, ha a szülő tuberculosus nőn a fennebb részletezett káros ártalmak kiküszöbölésére fogóműtétet végzünk és ha a szülés után a tüdőbeteg nő hygienés-diaétás gyógymódnak veti alá magát.

A rendelkezésünkre álló egész anyag áttekintése után tehát a következőkben összegezhetem észleleteimet:

1. Tuberculosus folyamat a terhességet sem pro, sem contra nem befolyásolja.

2. A terhesség alatt a tuberculosus csak akkor progrediál, ha a tuberculosus egyébként is rossz prognosist adott volna.

3. Terhes tuberculosicákat okvetlen sanatoriumi kezelésben kell részesíteni.

4. Megfelelő, elég hosszú tartamú sanatoriumi gyógy-mód után tisztán csak tuberculosus miatt a terhesség művi megszakítása nem indokolt.

5. A szülést tuberculosus nőknél gyorsan, fogóműtéttel kell befejezni.

Közlemény a szent István-kórház III. sebészeti osztályáról.

A duodenalis fekélyről.

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

(Folytatás.)

Mig az ulcus duodeninek eddig tárgyalt szövödményei az ulcus progressiója folytán, vagyis annak következtében támadtak, hogy a fekély mind mélyebbre hatolva, átmarja a duodenum falát s azokat a szomszédos szerveket, vérereket, melyeket tovahaladása közben ér, a complicatiók egy következő sorozata az ulcus gyógyulási hajlamának, az ulcussal járó hegesezési folyamatoknak következtében áll be.

Ezen hegesezésnek leggyakoribb következménye a duodenum megsűkülése; mivel a typosus duodenalis ulcus közvetlen a pylorus alatt fekszik, az általa okozott szűkület a pylorus-szűkülettől nemcsak klinikai tüneteire nézve nem fog különbözni, hanem attól a műtőasztalon is nehezen különböztethető meg, annál is inkább, mivel a hegesezés és a heg körüli összenövések elmosás a normalis contourokat és az amúgy sem absolute megbízható pylorikus vena rajzolatát is, úgy hogy egyszerű megtekintés és tapintás által éppen stenosis-esetekben sokszor egyáltalán nem tudunk dönteneni a felett, vajjon a hegesezés pylorikus, vagy infrapylorikus elhelyezésű-e. Egyik példája ennek 4. számú esetem, melyben egy igen ki-

váló sebészcollegám előzőleg „pylorusstenosis“-diagnosissal végzett gastroenterostomiát. Egy másik eset, melyben a pylorus-hegesedés teljesen elfedte a műteti biopsia alkalmával a duodenalis fekély kórképét, a következő:

S. M., 48 éves férfi. Felvételt 1911 április 8.-án a szt. István-kórházba *Hochhalt* főorvos osztályára. 7 hó óta beteg. Étkezés után pár órával nagy tömegeket hány. Hányadék véres, fekete nem volt, széke sem volt véres. Étvágya jó. Erősen soványodott.

Status praesens: A nyelv kissé bevont. A tüdők felett kopogtatási, hallgatódzási eltérés nincs. A szívtompulat rendes, a szívhangok tiszták. A máj, lép rendes.

A has puha, nyomásra sehol sem érzékeny, resistentia benne nem tapintható.

A szék kevés, kemény. Éhgyomorra néhány cm³ tiszta, szabad HCl-t tartalmazó gyomornedvet kapunk.

Április 10. Próbareggelire ételrészeket tartalmazó gyomornedvet kapunk, mely tejsavat nem tartalmaz. A szabad sósav 45, az összaciditás 75.

A vizeletben fehérje, cukor nincs. *Röntgen-felvétel* 1911 április 12.-én. Mérsékelt ptosis, abnormisan tárgult gyomor, melynek alsó polusa a jobb csípőtányérban van és a melynek telődése minden akadály nélkül történik. A peristaltika igen renyhe, a pylorustájton, a kis curvaturának megfelelőleg némi resistentia tapintható. A gyomor kiürülése feltűnően lassú: még ételfelvétel után 24 órával is csak a bismuth fele hagyta el a gyomrot, a másik fele még mindig a gyomor alsó részében látható. Még egy feltűnő körülmény van: míg az alsó polus tegnap határozottan a jobb csípőtányérban volt látható, ma a középvonalban van (gyomortonus szünetelése). (Szent István-kórházi Röntgen-laboratorium.)

Röntgendiagnózis: Stenosis pylori cum ectasia consecutiva. Ezen tünetek alapján a beteget *stenosis pylori* diagnosissal 1911 április 12.-én osztályomra tették át, hol távollétemben 1911 április 18.-án akkori segédem, *Földes Dezső* dr. megoperálta. Aethernarcosis. Bemetszés a köldök felett a középvonalban; az igen tárgult gyomrot előhúzzák, a pyloruson csillagalakú heg van. A pylorus teljesen átjárhatatlan. Gastroenteroanastomosis retrocolica posterior.

A műtét után sem hányás, sem csuklás nem jelentkezett. A has absolute nem volt érzékeny. Már a műtét utáni napon csekély bronchitise volt, e mellett azonban teljesen láztalan, jó pulsus és közérzet április 22.-éig. Ekkor délben hirtelen 39.1 C^o-ra ment fel a hőmérsék, állapota rohamosan romlott. Április 23.-án d. e. 4 órakor meghalt.

A boncolás, melyet *Guersich* tanár végzett, a következőket derítette ki: *Ulcus digestivum duodeni immediate infra pylorum magnitudinis filleris cicatrisatum et ulcus cicatrisatum ventriculi magnitudinis lentis, supra pylorum. Stenosis pylori. Dilatio ventriculi. Catarrhus gastro-intest. chr. Bronchopneumonia. Atrophia, anemia universalis. Gastroenteroanastomosis retrocolica posterior.*

Egy másik régebbi esetemben éppen ellenkező irányban tévedtem, t. i. ilyen peripylorusos összenövések mellett, melyek a pylorust és a duodenum első szakaszát a máj alsó felszínéhez rögzítették, duodenalis ulcust vettem fel; a beteg félévvel később intercurrentis okból elhalt s a sectio ulcus pylori nyomait mutatta. Az eset röviden a következő:

F. V. 37 éves napidíjas. Felvételt a szt. Margit-kórházba 1907 július 24.-én. A mióta emlékszik, gyöngye volt a gyomra, két hó óta mindent kihány. *Status praesens*: Erősen lesoványodott beteg, a hasban csekély májmegnagyobbodáson kívül objectiv eltérés nincs. Próbareggeliben a szabad sósav positiv, a tejsav negativ.

Műtét augusztus 6.-án. Bemetszés a jobb rectuson át. Erős összenövések a máj, a pylorus és a duodenum kezdete között. Az epehólyag ép. *Duodenalis ulcust* vesztül fel s az összenövéseket nem bolygatjuk. Gastroenteroanastomosis retrocolica posterior.

Teljesen sima gyógyulási, a seb per primam egyesült, a hányás a műtét után teljesen megszűnt, a beteg mindent tudott enni, hizott és augusztus 27.-én gyógyulva távozott.

Otthon másfél hónapig jól volt, akkor erős köhögést kapott, azóta állapota romlik, étvágytalan. Minthogy állapota folyton rosszabbodott, 1908 január 26.-án újra a szt. Margit-kórházba jött. Felvételének éjjelén súlyos haemoptoét kapott és január 27.-én meghalt. A sectio (prosector *Minnich* dr.) a következőket mutatta:

Haemorrhagia letalis gravis verosimiliter per arrosionem rami art. pulmonalis. Phthisis pulmonum extensa cum pneumonia interstitialis lobi superioris dextri. Endocarditis acuta ad valvas semilunares aortae. *Ulcus rotundum sanatum partis pyloricae ventriculi cum perigastritide fibrosa*. Gastroenteroanastomosis sex menses ante obitum facta. Anaemia maximi gradus. Emaciatio.

Ezen esetek meggyőzték arról, hogy ilyen erős hegesedések és kiterjedt összenövések esetében a sértetlen zsiger egyszerű külső megtekintése alkalmával biztonsággal dönteni a felett, hogy a fekély pylorikus-e vagy duodenalis, sokszor nem lehet, és azért, bár sokszor volt az az impressióm, hogy az ú. n. heges pylorusstenosis tulajdonképpen duode-

nalis fekély okozta heg folytán jött létre, ezeket az eseteket, mivel biztos nem voltam a dologban, nem soroltam a duodenalis fekélyek sorába. Másfelől azonban meggyőződés, hogy a klinice és műtét alkalmával heges *pylorusstenosis*-nak diagnoskált esetek egy egész sorában ilyen duodenalis fekély folytán létrejött infrapylorikus hegesedéssel állunk szemben.

Ritkán megtörténik, hogy az infrapylorikus hegen túl néhány cm.-nyire még egy heg van, mely a duodenum lumenét körkörösön megszükiti, ilyenkor a két heg közti rész kitágult tömlőt alkot. Ezt az állapotot *Moynihan* és *Mayo* észlelte s mint *homokóraduodenumot* írta le.

A duodenum mélyebben fekvő helyein levő ulcusok természetesen szintén okozhatnak szűkületeket és ha e szűkületek a papilla Vateri alatt fejlődnek ki, az általuk okozott kórkép az epe- és a pankreasnedvnek a gyomorba való re-gurgitációja folytán természetesen más lesz, mint a tipusos infrapylorikus fekély hegesedése után. Ilyen szűkületek azonban, tekintve azt, hogy a duodenalis fekély e helyeken mily ritka, csak kevésszer keletkeznek s az irodalomban is mindössze egynéhány ilyen eset *Collin*, *Boas*, *Rervidzow* etc.) szerepel.

A fekély hegesedése által okozott duodenalis stenosis következményeképp elsősorban gyomortágulás és hypertrophia áll be. Ha a szűkület nem a duodenalis fekély tipusos helyén, a pylorus alatt ül, hanem mélyebben, a duodenum is jelentékenyen kitágulhat és *Robson* egy esetében, a hol a szűkület a duodenum második részében ült, a duodenum első részének nagyfokú tágulata, kapcsolatban a gyomor nagyfokú tágulatával, a klinikai vizsgálat alkalmával homokóragyomor képét keltette. A két tárgult képletet összekötő befűződés helye a különben szintén kitágult pylorus-gyűrű helyén volt.

Azt is meg kell jegyeznünk, hogy abból, hogy a duodenum szűkült, nem következik, hogy csak heg van jelen, s a fekély maga már begyógyult, mert igen sokszor a még be nem gyógyult fekély okoz stenosis.

A stenosisok számaránya *Collin* nagy gyűjtőstatisztikája szerint kb. 10%-ra tehető; a szt. István-kórházi prosectura 91 esetében *Vigyázó* 10-szer, tehát az esetek 10.9%-ában, *Dietrich* esetei 11.4%-ában, *Gruber* esetei 5%-ában talált szűkületeket a duodenumban.

A duodenalis ulcus hegesedése folytán szűkület állhat be a ductus choledochuson is és pedig nemcsak akkor, ha a fekély a papilla Vaterin ül (*Krauss*, *Herzfelder*, *Forster*, *Perry* és *Shaw* 4 eset, *Buddel*, *Zoia*, *Mackenzie*, *Fenwick*,⁸⁸ *Kühn** *Kehr*⁸⁹), hanem akkor is, ha a choledochust lefutásában a duodenum felső szélén, a duodenum hátulsó fala mögött szoritja össze valamely itt fekvő duodenalis ulcusból kiinduló hegesedés (*Moynihan*, *Trier*, *Swensson*, *Marchiafava*, *Morgan*, *Packard*, *Harrington*,⁹⁰ *Kehr*). Ilyen esetekben súlyos sárgaság, esetleg az epeutak infectiója fenyegeti a beteg életét.

Ilyen esetet nekem is volt alkalmam észlelni.

E. R. 36 éves nő 1911 szeptember 1.-én vétetett fel a szt. István-kórházba. Szülei egészségesek; 2 testvére is. Jelen bajáig mindig egészséges volt. Havibajával rendben van. Egy iker- és egy normális szülése volt. Naponta 1/2 liter bort és böven sört is ivott. 4 év előtt gyomorfájása és sárgasága volt; 3 hétig feküdt vele. *Jelen baja 1911 július végén kezdődött gyomortáji fájdalommal, étvágytalansággal*. Néhány nap múlva bőre sárga lett. Nagy fájdalma, láza nem volt.

Status praesens: A nagy mértékben legyengült, igen rosszul fejlett s táplált nőbeteg bőre s conjunctivája sötét-sárga. A bõralatti zsírszövet igen megfogyott; izomzata is nagyon csekély térfogatú. Bõrén minde-nütt vakarásból eredő, beszáradt vérrel fedett hámfosztott helyek vannak.

Mellkasa hosszúkas. A kulcs feletti árkok, főleg a jobb, bestüpedtek. Kétoldali costa X. fluct. A jobb kulcs felett rövidült a kopogtatási hang, különben tiszta éles, nem dobos. A tüdőhatár normalis. A légzés sejtés. A szív: relativ tompulat a bimbóvonalig, absolut tompulat a bal szegyszéltől 3 ujjnyira. A csúcslövés V—VI.-ban a bimbóvonalon belül 1 ujjal. Szívhangok: a systolés hang homályos. A pulsus középtelt; egyforma s egyenletes. A máj felső határa VI. felső, VI. alsó,

⁸⁸ Összegyűjtve *Moynihan*-nál The duodenal ulcer., II. ed. p. 282.

⁸⁹ Münch. med. Wochenschr., 1912, p. 1309.

* Deutsche med. Wochenschr., 1911.

⁹⁰ Összegyűjtve *Moynihan* l. c. 284.

VII. alsó szélén van a 3. kopogtatási vonalban, alsó, kissé legömbölyített kemény széle a köldökig ér le, kissé fájdalmas. A lép nem tapintható, tompulatának felső határa a VIII. borda alsó szélén a középső hónalj-vonalban. Vizeletben sok epefesték, albumen nyomokban.

Chronikus choledochus-elzáródás diagnózisával, melyet köves eredetűnek véltünk, 1911 szeptember 2.-án megoperáltam.

Bemetszés a jobb rectuson át. A máj igen duzzadt, az epehólyag és epeutak igen tágak, a duodenumban a papilla Vateri táján kemény resistenciát tapintunk, melyet carcinomának véltünk és az epepangást ebből magyarázzuk. Mivel az epehólyagot megpungálva, abból tiszta epe ürül, ezért cholecysto-gastrostomiára határozzuk el magunkat. Az epehólyagban egy olaszmagyarázó követ találunk, a melyet eltávolítottunk. Teljes réteges hasfalvarrat. A beteg a műtétet elég jól állotta ki. A műtét utáni napon, szeptember 3.-án azonban hirtelen súlyos vérhányást kap és délután 5 órára meghal.

A bonczolási lelet (Gensich tanár): *Ulcus duodeni.* A pylorus alatt vagy 7 cm.-nyire, a Vater-féle billentyű felett vagy 2 cm.-nyire egy 20 fillérszerű kerekded fekély, puha, czafatos szélekkel, a melynek alapja az odanőtt pancreasfej. A fekély közepe táján a bél kerülete 7 cm. A fekély környékén levő heges szövet a ductus choledochust összenyomta, úgy hogy ennek kerülete itt csak 1 cm., holott 2 cm.-rel följebb a ductus choledochus 3-5 cm. kerületű. *Compressio ductus choledochi et calculosis vesicae felleae, icterus, cholecystogastrostomia, gastro- et enterorrhagia* (a gyomorban 600 gr., a belekben 400 gr. vér), anaemia universalis.

A ductus cysticus szűkülete is beállhat duodenalis fekély hegesevése folytán s az epehólyag hydroposos kitágulását vonhatja maga után (*Moniet*).⁹¹ *Kehr*⁹² szerint az epehólyagynak vagy a ductus cysticusnak a duodenumhoz való odanövése igen gyakori, csak hogy ez adhaesio rendszerint nem a duodenumból, hanem az epehólyagból indul ki s ha aztán egyszer létrejött, az epehólyagban pangásra, az epehólyag kitágulására vezet s annak atoniáját hozza létre.

Egy további képlet, mely a duodenalis fekély hegesevése folytán szűkületet szenvedhet, a ductus Wirsungianus, s ez a szűkület a pancreas sorvadására vezethet. *Mayo-Robson*⁹³ egy esetében ez a complicatio idézte elő diabetes és acetonaemia révén a halált.

Végül 3 eset (*Trier, French, Frerichs*)⁹⁴ szerepel az irodalomban, a hol duodenalis ulcus hegesevéseinek folyamán a vena portae elzáródása és thrombosisa következett be.

A duodenalis fekély hegesevéseinek sajátos következményét írja le *Borszély*,⁹⁵ a kinek egy esetében a duodenalis fekély hegesevése idézte volna elő a foramen Winslowi tágulását, tátongását és ezáltal előmozdította az ezen esetben észlelt cseplesztömlősérvé képződését.

Utolsó csoportjába tartoznék a duodenum-fekély complicatióinak a *duodenumfekély rákos elfajulása*. Ez igen ritka, az e téren legnagyobb tapasztalattal bíró *Mayo* csak 4-szer, *Moyghan* csak 2-szer látta s ezeken kívül az irodalomban csak egyes elszórt esetek találhatók. Az azonban *Mayo* szerint megtörténhetik, hogy a duodenalis fekélynek a pylorusba nyúló részletéből gyomorrák indul ki.

Az ulcusok következtében létrejött *diverticulumok*, mivel nagyobb praktikus jelentőséggel nem bírnak, csak éppen megemlítjük.

Ha most áttekintünk az ulcus duodeni által okozott szövődményekeken, látjuk, hogy e baj a legkülönbözőbb módokon fenyegeti a beteg életét és egészségét. Néha évek hosszú során át fennáll és az általa vagy a körülötte létrejött adhaesiók által okozott fájdalmak révén késérik el a beteget; máskor a szabad hasürbe való átfúródás vagy vérzés által hirtelen és váratlanul vet az életnek véget; megint máskor körülírt hasüri tályogok, májbeli genyedés (melynek oka lehet pylephlebitis, choledochus-elzáródás, a fekélynek az epehólyagba vagy a májba való áttörése által létrehozott cholangitis) következtében elhúzódó sepsist hoz létre; ismét máskor duodenalis szűkület, duodenalis fistulák képződése révén

inanitióra vezet, vagy súlyos chronikus anaemia, sárgaság, avagy diabetes előidézésével rontja le a beteget és végül bizonyos ritka esetekben rák képződésének vetheti meg az alapját.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Jean Lorédan: Un grand procès de sorcellerie au XVII^e siècle. L'Abbé Gaufridy et Madeleine de Demandolx (1600—1670). D'après des documents inédits. Paris, Perrin, 1912, XIV + 436 l. 16°. Ára 5 frank.

Gaufridy abbé egyszerű, tudatlan, babonás, erős, rusztikus ember volt. Szerette a tréfát, pl. ebéd közben tálból ivott, mint az állat az itatóból, kitűnően utánozta az állati hangokat, tejeles sajtot hajigált a hölgyekre, mikor vendégük volt. Nem csoda, hogy bolondultak érte és megostromolták gyóntatószékét. De útjába került a kis vézna, sápadt, törékeny *Madeleine de Demandolx*, beléjekapaszkodott visszautasított hysteriás gyűlölet-szerelmével, összetörte és máglyára hurcolta boszorkánymesterség vádjával. Pör indult. Az abbé eleinte csak nevetett, de a mikor tudós orvosok konstataáltak rajta az ördögi stigmákat, a bőrének szúrásra érzéstelen és nem vérző helyeit, maga is belátta a vád igaz voltát, bevallotta, hogy az ördöggel paktált, sültgyermekeket evett a Sabbath-on, és 52 pontban mindent helybenhagyott, a mit akartak tőle. *Madeleine* okosabb volt, jobban járt, az abbé máglyahalálakor csodásan meggyógyult és az orvost, a ki még stigmát akart rajta találni, fölpofozta. Később ugyan börtönre ítélték boszorkányság miatt, de megmenekült és 77 éves koráig élt, kolostort is épített. *Lorédan* könyve részletesen közli a pörökét és szóról-szóra az abbé vallomását.

Madeleine hysteriája erősen nemi jellegűnek látszik. Már 8 éves korában meztelenül járt „önsanyargatásból“. Látomásaiban az ördögök „luy représentaient . . . même l'objet et la face dud. *Gaufridy*“. Rohamaiban a ördög végeztet vele „diverses actions grandement sales“. „Et estant en tet etat (elle est) surprise d'un remuement extraordinaire . . . représentant l'acte vénerien avec grand mouvement des parties inférieures du ventre“. (Azt hittem, hogy a hysteriás roham ilyen jelképezése modern dolog.) Érdekes, hogy *Gaufridy* abbé a hysteriát helyesen értelmezte, mondván, hogy a leányok, a kiket ördögtől megszállottnak mondtak, „n'étaient travaillées, que de leur imagination“.

Mindez régen volt, de tőtjaink még egynéhány éve is agyonverték egy „ördögöt“. Vajjon gondolt-e ilyenekre az a szakjában nagyon érdemes tudósunk, a mikor úgy nyilatkozott, hogy az „Ostwaldok“ természettudományi egyoldalúságát ellensúlyozni kell hazánkban. Ilyen körülmények közt érdemes írni és olvasni olyan könyveket, a minő *Lorédan* munkája. Azon át jól be lehet látni ennek a régi kornak a pszichológiájába.

Kollarits Jenő dr.

Lapszemle.

Belorvostan.

A **hypertensio s hyperglykaemia** közti összefüggés kérdését vizsgálta *Fr. Port. Neubauer* volt az első, a ki magas vérnyomással járó nephritis-esetekben a vér szőlőcukortartalmát megsaporodottnak találta. A hypertensio fokával kb. arányosan nőtt a hyperglykaemia. Ezzel szemben *Weiland*, éppúgy *Hagelberg* acut vagy chronikus nephritis eseteiben normalis értékeket talált; hyperglykaemia csak azon esetekben volt kimutatható, a midőn a nephritist complicatiók kísérték, így apoplexia, uraemia, graviditas, eklampsia. A szerző szintén azt találta, hogy a hypertensio s a hyperglykaemia nem szükséggéppen összetartozó tünetek, s így a *Neubauer*-féle hyperadrenalinaemia sem lehet e kettős

⁹¹ Revue de Chirurgie, 32, p. 964.

⁹² L. c.

⁹³ The British med. Journ. 1907, febr. 2, p. 252.

⁹⁴ Összeállítva *Moyghan*-nál l. c.

⁹⁵ Orvosi Hetilap, 1911.

tünet okozója. Úgy látszik — *Port* szerint —, mintha a vér-cukortartalmának megszorodása kezdődő vagy fenyegető uraemia tüneteként volna felfogható.

A legalacsonyabb vércukortartalom morbus Addisonban találtatott, míg a legmagasabbak — diabetes eseteit nem számítva — tumor cerebri s lues cerebri eseteiben fordultak elő. Ezen esetekben a vizeletben a szokásos eljárások segítségével cukrot kimutatni nem sikerült. Hyperglykaemia glykosuria nélkül előfordulhat diabetes, pneumonia crouposa eseteiben, s egyéb infectiosus megbetegedésekben is. (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, 2. sz.) *Galambos dr.*

Testi munka után végzett vérnyomásmérések alapján állapítja meg a munkaképesség fokát *H. Stursberg* és *H. Schmidt*. Vizsgálati eredményeik szerint: oly beteg, a ki jelentéktelen testi munka végzése után jelentékeny vérnyomásemelkedéssel reagál, nehéz munkát nehezebben tűr el, mint oly beteg, a kiben hasonló munka végzése után a vérnyomás nem emelkedik, vagy csak igen kis fokban. Különös kiméltre szorulnak oly betegek, a kiken a pulsusnak s a vérnyomásnak könnyen beálló s nagyfokú labilitása, ingerlékenysége észlelhető. A munkaképesség fokának megállapításakor, különösen traumás neurosis eseteiben, de egyéb megbetegedésekben is, ezen körülményekre súly fektetendő. (Münch. med. Wochenschrift, 1913, 4. sz.)

Galambos dr.

Sebészet.

A struma suprarenalis cystica haemorrhagica kór-tanáról és műtétjéről értekezik *H. Küttner*. A mellékvese megbetegedései igen ritkán tárgyai a sebészi beavatkozásnak, a minnek oka egyrészt a gyakran nehezen megállapítható diagnózis, másrészt pedig az a körülmény, hogy a műtétekkel elért eredmények nem nagyon kecsegtetők. A *Virchow*-tól struma suprarenalisnak, *Birch-Hirschfeld*-től hypernephromának nevezett, mások szerint pedig adenomának tartott daganatok alatt a mellékvesékben keletkező csomós hyperplasiákat értjük, a mely hyperplasiás csomókba történő vérzés következtében, avagy cystás degeneráció folytán néha cysták jönnek létre. A szerző esete 43 éves nőbetegről vonatkozik, a kin kb. emberfejnyi nagyságú tumor képződött, mely felfelé a bordaívok alá volt követhető, lefelé a köldökig, hátrafelé pedig a vesetájig terjedt és a hasfalak felé nyomva fluctuatiót mutatott. A bőrnek színeváltozása nem volt észlelhető. A műtét alkalmával kitért, hogy a daganat retroperitonealisan feküdt és kifejtése csak punctio után sikerült. A histológiai vizsgálat mellékvese-daganatot mutatott ki. A mellékvese működési zavarából származó Addison-betegség *Henschen* szerint legtöbbször rossztermészetű mellékvesetumor esetén észlelhető; a benignus esetekben — a milyenek a szerző is tekinti esetét — a bőrnek bronz-színe hiányzik. A betegben időközben jelentkezett intenzív fájdalmakat a cystába történt vérzések okozták, a melyeknek intenzitását a mellékvese tokjában található dúcsejtek fokozhatták. A daganatnak a thorax felé való növekedése következtében a tüdő compressiója és a sziv kihelyezése jött létre, a miből keringési és légzési zavarok származtak. A gyomorbeltractus eltolódásának következménye volt a betegnek észlelt dyspepsia és obstipatio. (Beitr. z. klin. Chirurgie, LXXXII. köt., 2. füzet.) *Ifj. Hahn Dezső dr.*

Szülészeti és nőorvostan.

Az eclampsia kezeléséről ír *Veit* tanár. Feltétlenül szükségesnek tartja eclampsia esetén a szülésnek gyors befejezését operatív úton. Kitér az újabban *Zweifel-Lichtenstein* ajánlotta conservatív eljárásra is, a melynek lényege a vérbocsátás (500—600 gr.) combinációja narcoticumok adagolásával (morphium és chloralhydrat *Stroganoff* szerint). *Veit* szerint ezen utóbbi eljárás méltánylást érdemel ugyan, de csak úgy, ha azt a szülés gyors befejezésével kapcsoljuk egybe. Ha eclampsiasat hoznak a klinikára, első dolog legyen a szülés gyors befejezése s ha műtét alatt kevés vért veszített a beteg, műtét után venaepunctiót kell rajta végezni, továbbá

morphiumot és chloralhydratot adagolni *Stroganoff* receptje szerint. Csak kivételesen, ha az eset nem látszik közvetlenül fenyegetőnek, végezzünk első sorban venaepunctiót s csak ha ennek dacára újabb roham jelentkezik, fogjunk hozzá a műtéthez. (Ref. Klin. Wochenschrift, 1913, 4. sz.)

Scherer dr.

Bőrkórtan.

Az eczemának cadogellel való gyógyításáról ír *Burgarszky J.* és *Török L.* Általánosan ismeretes, hogy az eczema gyógyításakor mily nagy szükség van a kátránynak. Sajnos azonban, hogy a kátrányos készítményeknek meglehetősen kötött az indicatiója, mert nagyfokú bőrizgalom és nekrosis esetén nem alkalmazható s még a kevésbé acut jellegű eczemák ellenében is csak igen nagy óvatossággal adható. Pedig a kellő időben alkalmazott kátránynak rendszerint meglepő jó a hatása, a viszketés lényegesen csökken, a gyuladós pir és a beszűrődés meg alábbhagy. Ez a jó hatás az, mely már sok vizsgálatot indított arra, hogy oly kátránykészítményt állítson elő, mely ritkábban találkozik a bőr intoleranciájával, a mi által lényegesen nagyobbodnék a kátránynak indicatiós köre. A *cadogel* nevű kátránykészítmény, a melyet a szerzők állítottak elő először, úgy látszik teljesen megfelel azon sajátosságoknak, melyeket egy igazán alkalmas kátránypraeparatumnál megkívánunk. Az új szer egy colloidos készítmény, melynek főalkotórészei egy nagy molecula-súlylyal bíró összetett aether, mint szilárd halmazállapotú dispersio-közeg és egy bonyodalmas szerkezetű, magas forrponjú polyterpen, mint dispers-phasis. A szernek főtulajdonsága, hogy igen csillapítóan hat az idegvégződésekre, tehát a viszketést csökkenti és megszünteti. A csillapító hatást rendszerint megelőzi egy rövid ideig tartó gyöngye izgalmi szak. A szer gyorsan szünteti a bőr gyuladós reactióit is. Mivelhogy az acut folyamat ellen is adható sikerrel, indicatióinak köre jóval tágabb, mint a többi kátránykészítményé. Néhány napon belül szokott megszűnni a nedvezés és rövid idő alatt csökken a hyperaemia és a vizenyő is. Ez az utóbbi hatás a vérerekre való befolyást bizonyítja. Kiváló hatása a *cadogel*nek az is, hogy a hámréteg restitúcióját és a normalis szarusodást gyorsítja. Mindezek alapján a szerzők tapasztalása szerint a szer igen alkalmas a legkülönbözőbb intenzitású és stadiumbeli eczemák kezelésére. Tapasztalásuk szerint egyedül az erősen beszűrődött eczemaplaqueok ellen van a szernek csekély gyógyítóhatása, de a viszketést ilyenkor is lényegesen csökkenti. Genyedéssel járó eczemák ellen nem ajánlatos a *cadogel* használni. A *cadogel* sörteccsével kell a bőrön szétkengetni, a mire azután több rétegben steril gaze kerül. Legtöbbször elegendő, ha a szert napjában egyszer alkalmazzuk, de lehet olykor kétszer is használni. A *cadogel* a gyártó cég (*Kereszty dr., Wolf dr.* és társa vegyészeti gyár r.-t.) nemcsak tisztán, hanem 66%-os és 33%-os hígításban is forgalomba hozza. Ennek következtében a legtöbb esetben a *cadogel*nek kenőccsel való hígításától eltekinthetünk. A szerzők a készítményükkel már 14 hónap óta kísérleteznek s így ők egymagukban is már igen bő tapasztalást szereztek. Számos észlelésük közül 34 esetnek részletes körrajza a közlemény befejező része. A 34 eset főként olyan viszonyokat tár föl, a melyeknek főforgása a kátrányt eddig kontraindikálta. („Bőr- és bujakórtan“, 1913, 1. sz.)

Guszman.

Venereás betegségek.

A syphilis contagiositásának tartamáról és a házassági engedély megadásáról nyilatkozik *E. Hoffmann* (Bonn). Az utolsó évek nagy fölfedezései a syphilodologia terén nemcsak tudományos tekintetben gyarapították ismereteinket, hanem a gyakorlatban is éreztették hatásukat. Igen nagy haladásnak kell ugyanis tekintenünk, hogy immár igen korán fölismerhető a baj s így a gyógyítás is sokkal hamarabb indítható meg, mint annakelőtte. Nemkülönben nagy jelentőségű, hogy most már nem siklanak el oly könnyen a latens lueses esetek a kezelés elől, mint azelőtt, a Wasser-

mann-reactio ismerete előtt. Mindezek bizonyos fokig megváltoztatták az eddigi meggyökeresedett nézeteket s így nem csoda, ha a contagiositas és a házassági consensus kérdése körül némiképp zavarok támadtak a gyakorlóorvosok körében. A míg ugyanis bizonyos állatkísérletek eredményei és a régi luesesek serologiai vizsgálata túlsötétre festhetné a baj contagiositasának kérdését, addig másfelől a salvarsan megint éppen ellenkezőleg túlvértes reményeket ébreszthet némely orvosban. A valóság pedig nyilvánvalóan ezekben a kérdésekben is a középúton halad.

A syphilis contagiositasára vonatkozóan azt kell mondanunk, hogy a gyakorlatban leginkább a másodlagos jellegű száj- és genitális tünetek azok, melyek leginkább adnak alkalmat fertőzésre. A megfelelően kezelt betegek ezen tünetei rendszerint a 3. év körül megszűnnek s így az egyén fertőző képessége ez időtől fogva igen lényegesen csökken. Igaz ugyan, hogy főként *Fournier* figyelmeztetett azon általa tardivnek nevezett másodlagos tünetekre, melyek akár még a 10. évben is támadhatnak s mert másodlagos jellegűek, bővebb spirochaeta-tartalmuknál fogva fertőzők is. Szerencsére azonban aránylag igen ritkák ezek a jelenségek s úgy látszik, hogy idejében végzett erélyes kénesőkúrával legtöbbször elháríthatók. A sperma állapotokra oltva fertőzőképesnek, a legtöbb esetben azonban avirulensnek mutatkozott. A gummás elváltozásokról s általában a harmadlagos jellegű elváltozásokról ismeretes ma már, hogy virulens anyagot tartalmaznak, az a nézet tehát, hogy a késői tünetek nem ragályosak, veszedelmes tévtannak bizonyult. Mindemellett azonban a gyakorlatban csak kevés ilyen fertőzés fordul elő (gyér spirochaeta-tartalom). A positiv Wassermann-reactio a szerző véleménye szerint is azt látszik bizonyítani, hogy a szervezetben még spirochaeták vannak, de hogy hol s minő mértékben van jelen a lueses folyamat, arra a reactio nem ad választ. A salvarsant a szerző főként igen erélyes kénesőkúrával, különösen kenőkúrával kombinálva becsüli sokra. A tünetek visszafejlődését (különösen a szájban) igen hatásosan mozdítja elő, de a baj végleges gyógyulásának gyorsítását nem lehet vele megigérni.

A Wassermann-reactio viselkedése nem adhat fölvilágosítást a fertőzőképességre s így egymagában sohasem lehet döntő a házassági consensus megadásában sem. Tudjuk, hogy — főként a kezelés után időszakosan — a reactio negativ lehet már a korai stadiumban is, a mikor a lueses egyén fertőzőképessége kétségtelen, s viszont lehet a reactio positiv akár évtizedek után is, a mikor a gyakorlatban általában fertőzésről már nem lehet szó. A reactio tehát az illető egyén saját állapotáról adhat fölvilágosítást, de nem a házasság megengedésére vagy tiltására vonatkozóan. Mindezek után azt mondhatni, hogy a syphilidologia újabb haladása ellenére is leghelyesebb, ha a házasság kérdése körül az orvos még a régi, elfogadott állásponton marad, a mi nagy általánosságban a körül fordul meg, hogy a legtöbb esetben nem tiltakozhatik az orvos a házasság ellen, ha a lueses egyén legalább 5—6 kiadós kénesős kúrát végzett (salvarsannal kombinálva talán kevesebb kénesős-kúra is megteheti), egy-két év óta tünetmentes s ha a syphilises infectio óta 3—5 év elmúlt. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1913, 1. sz.)

Guszman.

Húgyszervi betegségek.

A prostatectomia eredményeiről tartott referatumban *Zuckerlandl* az alábbi következtetésekre jut. Hogy a prostatectomia teljesítőképességét helyesen ítélhessük meg, ahhoz a műtét lefolyásának, a vágott sebnek és gyógyulásának legpontosabb anatómiai ismerete szükséges. Tekintettel arra, hogy a hypertrophia mindig a prostatának csak egy jól körülhatárolt részére terjeszkedik ki, a prostatectomia alkalmával a prostatából mindenkor csak egy bizonyos darabkát metszenek ki. A prostata azon részeit, úgymint az oldallebenyeket, az innenső s a hátulsó commissurákat, melyeknek nincs részük a hypertrophiában, a prostatectomia alkalmával megkíméljük. Ezen részekkel összefüggésben a pars prostatica

urethrae az ondódomb környékén mindig ép marad. Az exstirpált rész tehát a prostata egy bizonyos részének, nevezetesen a középlebenyének felel meg, mely nem más, mint a prostatának a húgycsövet körülfogó centralis zonája. A typosus prostatectomia alkalmával tehát a ductus ejaculatoriit, az ondódombot, a húgycső prostatás részét, a colliculustól számítva az oldallebenyeket és a prostatának innenső s hátulsó commissuráit feltétlenül épnek, illetőleg sértetlennek hagyjuk meg. A prostatectomia által okozott hiányok úgy gyógyulnak, hogy a húgyhólyagnyalkahártya, mely a defectusokba betűrődik, a húgycső elpusztított részletét is pótolja.

A referatum klinikai része 94 saját megfigyelésű esetre támaszkodik. Óvatos válogatás után a húgyretentio mindenféle alakjai kerültek műtetre. A 94 operált közül 16 halt meg. A perineumos prostatectomia halálozási aránya 8·5%, a sectio altával elért legcsekélyebb mortalitás az utolsó évek eseteiben 18·7%-ot tett ki. A gátműtéttel operált betegek bizonyos hányada súlyosan szenved a sipolyképződés és húgyretentio következtében. A nemi képességet a suprapubis műtét semmiképp sem károsítja, sőt az is megeshetik, hogy az előbb gyenge potentia éppen a műtét következtében erősödik. A perineumos műtét után a potentia az esetek bizonyos hányadában megmarad ugyan, de ez a hányad jóval kisebb, mint a sectio alta után. Egyes esetekben azonban a perineumos prostatectomia időpontjától számítva a potentia teljesen megszűnt.

Heges szűkületek a prostatectomia után a legnagyobb ritkaságok közé tartoznak és mindig atypusos kihámozásnak a következményei. A prostatectomia után a prostatás húgycső, a hólyagnyak s a trigonum oly praecise restaurálódik, hogy a tükörvizsgálat alig talál eltérést a physiologiai viszonyoktól. A prostatahypertrophia által okozott húgykiürülési zavarok, a vizeletretentio összes alakjai, a dysuria és a fájdalmas mictio a műtét által teljesen, tartósan megszüntetnek. Recidivát eddig nem észleltek, úgy hogy ezek alapján a prostatectomiát manap a prostatismus teljesen megbízható s egyedül radicalis gyógyító eljárásának mondhatjuk. E mellett ez a műtét feltétlenül konzerváló is, mert csak a beteg részt távolítja el, az egészséges szöveteket meghagyja s mindegyik résznek teljes gyógyulását engedi remélni. Ugy anatómiai tekintetben, mint az elért eredmények szempontjából a suprapubis prostatectomia, a nagyobb mortalitás ellenére is, előnyösebbnek mondható, mint a perineumos műtét. (Beitr. zur klin. Chir., LXXVI. köt.)

Drucker.

Kisebb közlések az orvogyakorlatra.

A bronchusok megbetegedéseiben *Pagliano*, a római belklinikai segéde szerint nagyon jó eredménnyel használható a *Famel-féle lacto-kreosotsirup*, a melynek kellemes az íze, nincsen meg a kreosot izgató hatása s ezenfelül aconitum-és codein-tartalma miatt a köhögés ellen is hat, calciumphosphat-tartalma pedig a szervezet ellenálló képességét növeli. Az étvágyat nem rontja, sőt javítja. Felnőtteknek naponként 3-szor adandó evőkanálnyi mennyiségben.

A kankós mellékheregyulladás gyógyítására már többen ajánlották az electrargolt. Újabban *Vignolo-Lutatti* közöl 8 esetet, melyben a nevezett szer befecskendezésére a mellékherébe 1—2 hét alatt gyógyulás állott be. Többnyire 1—1½ cm³-t fecskendezett be. Két esetben már egy befecskendezés elegendő volt a gyulladás visszafejlesztésére; négy esetben másnap, egy esetben harmadnap és egy esetben hatodnap végzett újabb befecskendezésre állott be a visszafejlődés. (Bolletino delle Cliniche, 1912, 9. szám.)

Az arsenferrint *Jochem* nagyon jó eredménnyel használja anaemia, scrophulosis eseteiben, nemkülönben súlyos betegségek után fennálló és ideges eredetű gyengeségi állapotokban. Étkezés után ½ órával adja naponként 3-szor, még pedig gyermekeknek 1 tablettát, felnőtteknek 2 tablettát. Különösen kiemeli a szernek étvágyjavító hatását. (Aerztl. Mittheilungen, 1912, 50. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1913, 7. szám. *Géber János*: Spirochaeta-extractummal végzett diagnostikai intracutan reakciók klinikai értéke. *Hochstätter Vilmos*: A vioformról.

Orvosképzés, 1913, 1. és 2. szám. *Korányi Sándor*: A vérkeringés acut hanyatlásának therapiája. *Benedikt Henrik*: Az epeköbetegség kör- és gyógytanának néhány kérdéséről. *Bálint Rezső*: A soványító kúrákról. *Herzog Ferenc*: A neuralgiák körjelzéséről és gyógyításáról. *Bencze Gyula*: Az idült vesegyulladás és a veseinsufficiencia gyógykezelése. *Engel Károly*: A bél alsó részletének tükröl való megtekintéséről. *Jancsó Miklós*: A malaria kör- és gyógytana.

Orvosok lapja, 1913, 8. szám. *Moskovitz Ignác*: A spontán fellépő orrvérzés egy leggyakoribb oki tényezője. *Szabó Zsigmond*: A trachoma gyógykezeléséről.

Budapesti orvosi újság, 1913, 8. szám. *Hruby Ede*: Kétoldali rendellenes vastagbélfixúra-fixatio. *Kertész Béla*: Megjegyzések egy vörhenyjárványról. *Gergely Jenő*: A chinocol a tüdőtuberculosis therapiájában. „Füüd- és vízgyógyászat” melléklet, 1. szám. *Lenkei Vilmos Dani*: Klimatologiai tanulmányok.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Sági Samu* dr.-t Bácsmegeye főorvosává, *Gottlieb Márkus* dr.-t a felvidéki járás orvosává, *Miklós Endre* dr. és *Gárdos Andor* dr. győmegyei orvosokat tiszteletbeli járásorvossá nevezték ki.

Választás. *Pogány Gerő* dr.-t Nagymihályon városi orvossá, *Egri Miksa* dr.-t a miskolci Erzsébet-kórház elmeosztályához orvossá, *Nemecsek Gyula* dr.-t Kéthelyen, *Surányi Márton* dr.-t Nagyatádon, *Buxbaum Jenő* dr.-t Nagyhárságyon, *Guttman Lipót* dr.-t Nagymihályon körorvossá választották.

Az orvosi továbbképzés központi bizottsága *Tóth Lajos* minisiteri tanácsos elnöklésével február hó 16.-án tartotta második rendes közgyűlését. Az 1912. évben a budapesti tanfolyamokon 147, a vidékieken 79 orvos vett részt, úgy hogy 1912-ben 226 orvos részesült továbbképzésben, közülük 68 anyagi támogatással. A bizottság 6000 korona, a törvényhatóságok és községek 8500 korona segélydíjat adtak. A bizottság kiadásában megjelenő „Orvosképzés”-ben 50 dolgozat jelent meg egyetemi tanárok tollából. A kiadások fedezésére elsősorban a vallás- és közoktatásügyi ministerium subventiója szolgált. Az 1913. évi program az első években rendezett tanfolyamokhoz új típusokat csatolt s a régieket részben reformálta. A 4 hetes tanfolyamokon kívül, melyek egy-egy tárggyal való alaposabb foglalkozást engednek meg, Budapesten különböző időben 5 kéthetes tanfolyam lesz az egyes kórházakban csoportosítva; Kolozsvárt, Pozsonyban, Szegeden, Temesvárott, Nagyváradon, Gyulán ez évben is megtartják a tanfolyamokat. Új típus az egyhetes tanfolyam, a csecsemőorvoslás, a bujakór, a belgyógyászati therapia, az ipari és baleseti betegségeket tárgyaló tanfolyam. A program 6500 példányban jelent meg s minden Magyarországon gyakorló orvosnak megküldik.

Meghalt. *Feja Ferenc* dr., Zólyom vármegye nyugalmazott főorvosa, február 11.-én. — *M. M. Mc Hardy*, régebben a szemészet tanára a londoni Kings College-en.

Keleti frazeológia czímmel a budapesti keleti akadémia tanárainak közreműködésével *Kúnos Ignác* dr. nagyon aktuális kis füzetet szerkesztett, a melyben magyar, bolgár, görög, orosz, román, szerb és török nyelven találhatók meg azok a kérdések, a melyek az első segélynyújtáskor tekintetbe jöhetnek. Az ügyesen összeállított, összesen egy ívre terjedő füzetet a pesti könyvnyomda-részvénytársaság adta ki. Magyar helyett francia vagy német szöveggel is kapható.

Kisebb közlemények az orvostudomány köréből. A *Basedow-kórban előforduló bántumokról* írt cikkében *Kolb* felhívja a figyelmet arra, hogy a therapiának makacsul ellentálló hasmenés esetén, a melynek oka nem mutatható ki, gondolnunk kell kezdődő Basedow-kórra. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1912, 49. szám.) — *Az aortarendszer veleszületett szűkülete esetén az operatív beavatkozások javulatának felállításakor Melchior* szerint nagyon óvatosnak kell lenni, mert a szóban levő rendellenességben szenvedők már csekély vérvesztést is nagyon rosszul tűrnek. (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, 4. szám.) *R. Stockard* és *M. Craig* érdekes vizsgálódásokat végeztek az alkohol hatásáról a magzatok fejlődésére; alkohollal kezelt tengeri malacok 42 párosodásának eredményeképpen 18 állat született s ezek közül csak 7 maradt életben; alkohollal nem kezelt állatok 9 párosodása ellenben 17 fiatal állatot eredményezett, a melyek mind életben maradtak. (Archiv für Entwicklungsmechanik, 35. kötet, 3. füzet.) — *Az epekövek oldhatóságáról* tartott előadást *Hansemann* a berlini orvosegyesület egyik utóbbi ülésén. Fejtegetéseiben a súlyt nem arra helyezte, hogy állapotkérdésekben sikerült kimutatni, hogy az epekövek — talán a pigment- és a nagyon ritka tiszta mészkövek kivételével — meglehetősen gyorsan oldódhatnak, hanem arra, hogy az epekövek oldódása nagyon gyakori jelenség. (Berliner klin. Wochenschrift, 1913, 7. szám, 320. lap.) — *A retinaleválás operatív kezeléséről* értekezett *Fehr* a berlini szemészeti társa-

ság november 21.-én tartott ülésén. 47 eset közül 30%-ban tartós eredmény állott be és 36%-ban javulás; 33%-ban az állapot változatlan maradt.

Személyi hírek külföldről. Rendes tanár lett: *A. Bietti* (szemészet) és *O. Fragnito* (elmekórtan) Sienában, rendkívüli tanár *E. di Mattei* (törv. orvostan) és *A. Tilia* (gyermekorvostan) Sassariiban, *F. Micheli* (belorvostan) Sienában, *J. N. Bystrenin* (gyermekorvostan) Saratowban. — Mult számunkban tévesen írtuk, hogy *Wessely* tanár a nyugalomba vonuló *Hess* tanár utódja lett a würzburgi szemészeti tanszéken. *Hess* tanár nem megy nyugalomba, hanem a müncheni tanszékét foglalja el.

Az amerikai orvosdoktori oklevelek értékehez jellemző adatot szolgáltat egy prágai orvosi lap a következő eset ismertetésével. A Wilmingtonban (Delaware) székelő Carnegie-egyetem fényes kiállítású brosürát küldözget szét, a melyben az orvosdoktori cím adományozására való állami jogosultságát hangoztatja. Az American Medical Association egy választmányi tagja álnév alatt írásban jelentkezett az egyetem vezetőségénél a doktori cím elnyerésére, de azzal a kikötéssel, hogy a doktori vizsgát csak írásban hajlandó letenni. Erre a következő három kérdést kapta fel: 1. Mi a szövegtan? 2. Mi a fejlődéstan? 3. Mi a váltóláz oka és milyen a gyógyítása? A doktorjelölt e kérdésekre szándékosan a következő zagyva feleleteket küldte be: 1. A szövegtan az emberi test anatómiájának és élettanának története. 2. Fejldéstan alatt az újszülöttről és ápolásáról szóló tudományt értjük. 3. A váltóláz olyan betegség, a mely délvidéken és mocsaras tájékokon fordul elő. A gyógyítása abban áll, hogy a beteg gerincoszlopát és hasát megmasszáljuk, az utóbbit a bélsár eltávolítására. A beteget száraz vidékre kell vinnünk. Erre a pompás feleletre csakhamar megjött az egyetem válasza, a melyben értesítik a jelöltet, hogy kitünően megfelelt a kérdésekre s ezennel a mechanotherapia doktorává avattatik. Az oklevelet 50 dollár beküldése után megkaphatja.

Lapunk mai számához *Dr. Schleyen K.* „Tapasztalatok az arsoferrin-tekolettes therapeutikus hatásáról” című különnyomata van mellékelve.

Lapunk mai számához *Richter Gedeon* vegyi gyár, Budapest, prospektusa van mellékelve.

Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet

Budapest, VII., Hungária-út 9. (István-út sarok.) Telefon 81—01.
Legmodernebbül berendezett magángyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati, bel- és idegbetegtek részére. Igazgató-főorvos: *dapsai Dapsy Viktor dr., operateur.*

Orvosi laboratorium Vezető: *Dr. VAS BERNÁT*, Poliklinika. Szövetség-utca 14—16. Telefon József 16-03.

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

Dr. Doctor Kossuth Lajos-utca 3. sz. (Telefon 697.) **Orvosi laboratoriumában** az összes diagn. vizsgálatokon kívül *autovaccin* előállításával is foglalkozik.

Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA BUDAPEST, VÁROSLIGETI FASOR 13—15. Felvétetnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal. A betegek kezelőorvosukat maguk választhatják.

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

Dr. GARA GÉZA, Meran. Sanatorium. Ujonnan átalakítva. Prospektus.

Ujtátrafüred magaslati gyógyhely. Egész éven át nyitva. Vízgyógyintézet. Sanatorium. — Modern kényelem, közp. fűtés, villanyvilágítás. Prospektus. Vezető orvos *Dr. Szontagh Miklós.*

Dr. GÁMÁN BÉLA Dietétás Intézete Volosca-Abbaziában

gyomor-bélbetegek, vesebajosok, cukorbetegség, vérszegények, lesoványodottak, lábbadozók, ideggyöngék, kimerültek részére. Diét és physik. kezelés. Radiumlaboratorium.

Orvosi laboratorium: *Dr. Salgó*. Vez. orvos *Dr. Bihari*. Üllői-út 21. Telefon 62—94.

Dr. RÉH Elektromágneses gyógyintézete. VII., Városligeti fasor 15. Az összes modern villamos gyógymódok. Röntgen-laboratorium. Álmatlanság, neurosisok, neuralgiák, arteriosclerosis stb. ellen

Az orvosidajkavizsgáló-intézetben (Sztiv-u. 28. sz., Telefon 93-22.)

Dr. Neumann M. vezetése mellett — a dajkák állandó orvosi vizsgálat és felügyelet alatt tartatnak. Az intézet minden egyes dajkán az eredeti Wassermann-féle vérvizsgálatot végezi. *Dr. Neumann M.* az eredeti — nem egyszerűített — Wassermann-féle vérvizsgálathoz szükséges vérvételt bárkitől lakásán (VII., Erzsébet-kört 14) d. u. 3 4 óra között veszi. A vérvételhez szükséges steril ívecsét és használati utasítást kívánatra vidékre is küldünk. Egy vérvizsgálat díja 20 korona.

Kopits Jenő dr. orthopaediai intézetében VII., Nyár-u. 22. sz. fekvő betegek is felvétetnek.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Magyar Tudományos Akadémia (III. osztály ülése 1913 február 17.-én.) 150. l. — Budapesti Kir. Orvosegyesület (XXIV. rendes tudományos ülés 1912 december 7.-én.) 150. l. — Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya (II. ülés 1912 november 21.-én.) 153. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 153. l.

Magyar Tudományos Akadémia.

(III. osztály ülése 1913 február 17.-én.)

Elnök: **Entz Géza.**

Titkár: **König Gyula.**

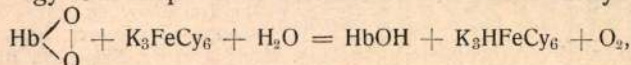
Az orvostudomány körébe vágó előadások voltak a következők:

1. **Tangl Ferencz** r. t. bemutatja *Berczeller László*-nak „Sók hatása oldatok felületi feszültségére” című, a budapesti tud.-egyetem kórtani intézetében készült dolgozatát. Sókat a felületi feszültséget csökkentő anyagok oldataihoz adva, a felületi feszültségnek még nagyobb fokú csökkenését lehetett észlelni. Ezen hatás chemiailag igen különböző anyagokon van tanulmányozva. A *Gibbs-Thomson*-féle tétel szerint minél jobban csökkenti valamely anyag a víz felszíni feszültségét, annál jobban koncentrálódik a felszínen; ha még sót adunk hozzá, ez úgy hat a felszínfeszültségre, mintha az eredeti anyag sómentes oldata koncentráltabbá válnék, vagyis mintha vizet vontunk volna el a só hozzáadásával az oldatból. A jelenség ezen magyarázatát támogatja az is, hogy az oldékonyság csökkenését is hasonló megfontolásokkal igyekeztek magyarázni. A felületi feszültség és oldékonyság változása között itt is azonos összefüggés vehető észre, a mi különösen bizonyos anyagok élettani hatásának magyarázatakor fontos.

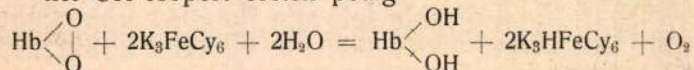
2. **Udránszky László** l. tag bemutatta *Reinhold Béla* dolgozatát: **Adatok a methaemoglobin szerkezetének ismeretéhez.**

Az irodalomban eddig közölt adatok nem állapítják meg kellő határozottsággal az oxyhaemoglobin és methaemoglobin chemiai szerkezetének különbségét. Az eddigiek szerint annyit tekinthető bizonyosnak, hogy a methaemoglobin a haemoglobinnak az oxyhaemoglobinnál nem felsőbb, hanem alsóbb fokban oxydált származéka. Valószínű, hogy az oxyhaemoglobin laza oxygenjének helyén egy vagy két OH-csoport van. Ez a feltevés jól összeegyeztethető az oxyhaemoglobin és a ferricyankalium között történő reakcióval, melynek folyamán az oxyhaemoglobin O_2 felszabadulása közben methaemoglobinná lesz, a ferricyankalium pedig ferrocyaniummá redukálódik. Ennek a reakciónak quantitativ folyásáról *Zeynek* vizsgálataiból annyit ismerünk, hogy a ferricyankalium fölöslege 1 mol. oxyhaemoglobinnál 1 mol. O_2 -t tesz szabaddá. Az oxyhaemoglobin és a ferricyankalium között levő stöchiometriás viszony megállapításából annak a kérdésnek eldöntését lehetne várni, hogy a methaemoglobinban az oxyhaemoglobin „laza” oxygenjének helyén egy vagy két OH-csoport van-e?

Egy OH-csoport esetén a stöchiometriás viszonyt



két OH-csoport esetén pedig



egyenlettel lehet kifejezni.

A szerző e stöchiometriás viszony megállapítását két úton törekedett elérni.

1. Nagyobb mennyiségű véroladat Hb_0 -tartalmát spectrophotometerrel megállapítván, e véroladatot elégtelen mennyiségű ferricyankaliummal kezelte, a reactiokeverékben az oxyhaemoglobin és a methaemoglobin mennyiségét spectrophotometerrel megállapította és a keletkezett methaemoglobin, illetve az átalakult oxyhaemoglobin mennyiségét az alkalmazott ferricyankalium mennyiségével viszonyba állította.

2. Fölös mennyiségű oxyhaemoglobint tartalmazó véroladatot elégtelen mennyiségű ferricyankaliummal kezelt és a felszabaduló O_2 térfogatát meghatározván, ezt az alkalmazott ferricyankalium mennyiségével viszonyba állította.

Az első kísérletcsoport arra az eredményre vezetett, hogy 1 mol. ferricyankalium $\frac{1}{2}$ mol. Hb_0 -nál több Hb_0 -t (0.72—0.95) változtat methaemoglobinná, a miből következik, hogy a kérdéses stöchiometriás viszony a fennebbi hypothesises egyenletek elsejének felel meg. Még határozottabban kitűnik ez a kísérletek második csoportjából, melynek eredménye szerint 1 mol. ferricyankalium az oxyhaemoglobin fölöslegéből 0.85—1.06 (közéértékben 0.95) mol. O_2 -t szabadít fel.

E kísérleti eredmények a Hb_m szerkezetének kérdésében *Küster* felfogásának javára szólnak, mely szerint a methaemoglobinban az oxyhaemoglobin laza oxygenjének helyén egy OH-csoport van.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(XXIV. rendes tudományos ülés 1912 december 7.-én.)

Elnök: **Szontágh Félix.**

Jegyző: **Fáykiss Ferencz.**

Multiplex májechinococcus gyermekben.

Finály György: Az echinococcusok a gyermekkorban sokkal ritkábbak, mint felnőttekben. Bár a fertőzés valószínűleg rendszerint a fiatal korban történik, a tömlő nagyobb mérvű növekedése által okozott tünetek többnyire a gyermekkoron túl jelentkeznek. *Peiper* összeállítása szerint 134 esetből 13 volt 15 éven alóli. A Stefánia-gyermekkorházban az utóbbi 10 év alatt 180.000 betegre 14 echinococcus esett, ebből 12 májechinococcus volt. Esetünk 14 éves leányra vonatkozik, kinek hasa 1 év óta nagyobbodik. Kutyájuk volt éveken át. Három hó óta állandóan genitális vérzése van. Az elég jól fejlett leánygyermek hasa az epigastrium táján nagyobb, a hol a feszes hason át jó ökölnyi, gömbölyű, sima tapintatú daganat érezhető, a mely összefügg a májjal. A daganattól jobbra a bordaív alatt 4 ujjal van a megnagyobbodott máj széle. A daganatra helyezett kéz az első vizsgálatkor határozottan érezhető rezgést vett észre. A feszes hasban más részletet tapintani nem lehet. A diagnosis ezek alapján echinococcus hepatitis. A műtét alkalmával kiderül, hogy a tapintható daganat csakugyan jó ökölnyi echinococcus-tömlő, melynek kiürítése után kitűnik, hogy a máj bal lebenyében van még egy csecsemőfejnyi tömlő, az elsőtől igen vékony májszövetrel elválasztva, valamint ugyanilyen a jobb lebenyben is. Ezenkívül a jobb lebeny jobb hátulsó sarkában egy almányi tömlőt nyitunk meg az előbbin keresztül. A máj domborulatán, a szélhez közel, három dió-mogyorónyi obsolet gócz van, melyeket teljesen kivágva, a májsebet elvarrjuk. Ezután betapintva a kis medenczébe, a folytonos vérzés okát keresvén, előgördítünk egy csecsemőfejnyi tömlőt, mely a máj szélében ülve, azt kivongálja és belóg a kis medenczébe. Ezt is kiirtjuk, úgy hogy a kocsányán mintegy amputáljuk. A műtét végén a májon 2 seb van. Egy a középtájon a lig. suspensor. mellett, a másik a máj szélén, kissé jobbra a középtől. Ezeket kivarrva a hassebbe, 2 nyílást kapunk a drainezéshez. A lefolyás rendes volt. Az esetet a genitális vérzést okozó belógó tömlő teszi érdekessé és mutatja, hogy ilyen távoli szervvel is juthat a májechinococcus oly vonatkozásba, hogy a szerv részéről tünetek váltódnak ki.

Jelenleg a beteg 2 nyílással a hasfalán még kezelés alatt van. Az epefolyás minimalis.

Kétoldali látóidegsorvadásnak intravenás salvarsan-injectiók után gyógyult esete.

Goldzieher Vilmos: *Szily Pál*-nak két hét előtt tartott bemutató előadásán, a melyen nem lehettem jelen, a discussio alkalmával a következő állítás hangzott el:

„A szemorvosok egész serege, magam is, a salvarsant a látóidegsorvadás minden stadiumában határozottan ellenjavaltnak tartja, mert a salvarsan a degeneratív folyamatot nem hogy megállítaná vagy lassúbb tempóra készítené, hanem határozottan siettetni.“

Kötelességemnek tartom ezen állítás ellen óvást emelni, mert a therapia szempontjából károsnak tartom, ha egy ilyen hatékony antisiphilises gyógymódot éppen a látóidegbajokban akarnak kirekeszteni, a melyekben minden késés vészes következményeket vonhat maga után.

Hogy mennyire *nem* igaz ez a fent idézett állítás, a következő pontosan észlelt köreset bemutatásával vélem bizonyíthatni.

A 25 éves nő f. é. június 6.-án vették fel a Rókus-kórházba. Egy év óta van férjénél. Hat hét előtt egészséges gyermeket szült. Azt mondja, hogy az utolsó időben romlik a látása. Most már semmit sem lát. Egy nagyobb intézetben tegnap volt, a hol visszautasították, mert gyógyíthatatlan és idegostályra utalták.

Nagy fejfájásokban is szenved. A belső szervezetben nincs elváltozás.

A szemvizsgálat a következőket deríti ki.

Bal szem: A szemteke lobtalan, a közegek teljesen épek. A pupilla tág, fényre nem reagál. Kifejezett atrophia nervi optici, a pupilla fehér, a kisebb erek eltűntek, a nagy erek szűkültek. A fényérzés határozatlan, a projectio bizonytalan.

Jobb szem: A lelet ugyanolyan, azzal a különbséggel, hogy a sorvadé papilla nasalis szélén egy neuritises háló van, mely igen könnyű sávos homályba megy át.

Minthogy az anamnesis akkor teljesen negatív volt (csak később tudtuk meg, hogy a férjének 14 év előtt ulcus duruma volt), megejtettük a Wassermann-próbát, mely erősen pozitív volt. Erre elhatároztuk a salvarsan-medicatiót.

Június 13.-án kapta az első, 0.5 grammos, 20.-án a második, 0.4 grammos intravenás infúziót. Már a legelső napokban határozott javulás állott be, a mennyiben a beteg azt állítja, hogy a kezeit a szeme előtt látja. Azután erélyes kéneső-kúrát rendeltünk, 125 gr. kénesőt használt fel, később még néhány corrosolinjectiót kapott és belsőleg arsen-cseppeket. A visus állandóan javult, míg a mai statust érte el: bal oldalon $V=5/20$; jobb oldalon $V=5/60$. A látótér jellegzetesen szűkült, míg a bal szemben a centralis látás intact, a jobb szemben a külső nagy látóhiány a centrumig terjed.

Egy tünetny még nagyon makacs volt, még pedig a kínzó főfájás, melyet a kéneső-kúra alig befolyásolt. A beteg határozott kívánságára egy harmadik (0.4 gr.) intravenás injectiót adtunk két hét előtt, mire a főfájások is elmúltak.

Ha jelenleg megvizsgáljuk a beteget, mindkét szemén kifejezett látóideg-atrophiát találunk. Az eredeti lelettől csak annyiban különbözik a mostani, hogy a nagyon finom neuritises háló a jobb papilla körül eltűnt.

Ha összegezem az esetünkben tett észleléseket, azt kell mondanunk, hogy egy igen gyorsan lejárásodó, a látóideg sorvadására vezető folyamattal volt dolgunk, mely a látást már annyira tönkretette, hogy majdnem teljes megvakulás állott be. Az egyetlen értékesíthető aetiologiai momentum a Wassermann-reactio eredménye szerint a syphilis volt. Ennek következtében az antilueses kezelést foganatosítottuk és direkte a leghatásosabb szerhez folyamodtunk, az intravenás salvarsan-injectióhoz, mert az eset súlyosságát tekintetbe véve, a legerélyesebb szert kellett használnunk. Az eset bizonyítja, hogy a látóideg teljes degenerációja nemcsak hogy megállapítható, hanem még életképes idegrostnyalábok is megmenthetők a salvarsannal. Végül még hangsúlyozom, hogy salvarsannal kezelt atrophia-eseteimben a kezelés még egyetlen egyszer sem ártott.

Donáth Gyula: A fényes eredmény, melyet a bemutatott esetben salvarsannal elértek, igazolja ennek alkalmazását a szem mindenféle syphilises bántalmában és pedig első sorban gyors hatása miatt. Salvarsannal kezelt betegek már többször figyelmeztettek a látás javulására. Ugyanezt mondhatom az acusticus syphilises megbetegedéseiről.

Egy ilyen etben, mely fiatal erős ügyvédjelöltet illetett, labyrinthitis specifica volt jelen hosszantartó erős szédüléssel és hányással; a beteg osztályomon feküdt és csak intravenás salvarsan-infúzióra gyógyult. Egy másik esetben a fiatal ember lues miatt egy másik collegától 0.45 gramm neosalvarsant kapott intravenásan; neurorecidiva állott be baloldali facialis-bénulással, ugyanazon oldali süketiséggel, erős szédüléssel és hányással; új adag neosalvarsant sürgettem, mely egy hét múlva alkalmaztatott teljes sikerrel. Egy harmadik esetben lueses hemiplegia ellen adott salvarsan-infúzióra a bal fülön teljes süketiség állott be, mely 1 hét alatt magától teljesen eltűnt. Manapság mindinkább elismerik, hogy a salvarsan után mutatkozó acusticuslaesiók neurorecidivák, melyek erélyesen és gyorsan kezelendők antilueses és ha valakinek a salvarsan ellen ilyen esetben aggálya van, legalább erélyes kénesőkezelést alkalmazzon. Hasonlóképpen áll a dolog initialis tabes és paralysis esetén. Itt is az erélyes antilueses kezelés indikált (legjobb a salvarsan kombinálva kénesővel) nemcsak az izgalmi tünetek ellen, hanem a reflexek szempontjából is: a pupilla-, patellar- és Achilles-inreflexek is visszaterhetnek. Mert a reflex eltűnése még nem jelenti annak pusztulását, a mint az világosan látható, ha hemiplegia hozzájárulására a hiányzó térdtünetek egyszerre csak fokozottá válnak. De minthogy valamely functio kiesésekor még nem tudhatjuk, hogy nagy fokban gyengült vagy elpusztult-e, azért az activ kezelés a betegség elején megkísérelendő. Speciálisan a paralysisben célszerű a salvarsannak combinatioja natr. nucleinicummal.

Grósz Emil: Hangsúlyozni kívánja, a mi különben a bemutató előadásából is kiderül, hogy az adott esetben nem atrophia nervi optici simplexről van szó, hanem neuritises atrophiáról. A rossz látást ilyenkor csak részben okozza a rostok degenerációja; a perineuritis okozta nyomás is részt vesz benne. Ez utóbbi alul felszabadulva a látóideg, a látásjavulás érhető. Egészen másképp áll a dolog az atrophia nervi optici simplexnél, a midőn ascendáló degeneratio van jelen. Ilyen esetben a salvarsantól sem várható javulás.

Igen súlyos myopia miatt 15 év előtt sikeresen operált beteg bemutatása.

Goldzieher Vilmos: 43 éves nőt mutatok be, ki 17 év óta áll szemorvosi észlelés alatt. Akkor a jobb szem legálább 10 dioptriás rövidlátása volt, a bal szem azonban akkori becslésem szerint még rövidlátóbb volt, legalább is 25 d.-n túl. Azonkívül igen elterjedt chorioretinitises góczok és atrophiák állottak fenn mindkét szemfenéken, a minők rosszindulatú myopia eseteiben szoktak előfordulni. Hogy az ilyen myopiát nem lehet üvegekkel korrigálni, az világos; a látóélesség igen rossz volt, különösen a bal szemben, a melynek visusát semmiféle üveggel sem lehetett $1/10$ -nél többre fokozni. Az egyén tehát munkaképtelen volt és 15 év előtt ő maga sürgette az operatív eljárást. Az operatív beavatkozásokat én 1897-ben június 23.-ától július 31.-éig hajtottam végre, mire a kórházból elbocsátottam. 1897 októberében mint gyógyult beteget az orvosegyesületnek is bemutattam.

A nő azóta mint fodrásznő keresi kenyerét, tehát olyan foglalkozást üz, mely különösen jó látást igényel, azonkívül a délutáni órákban kézimunkával foglalkozik. Én csak a rosszabbik (bal) szemét operáltam, mely akkor 2 méterről olvasott ujjakat, míg a nem operált jobb szem ma sokkal rosszabb, mint akkor volt; a bal operált szem visusa közepes (2–5 D.-s) concavüveggel $6/36$, közönséges könyv- és újságnomást szabad szemmel minden correctio nélkül olvas. A szemfenék az operatio óta nem változott.

Az eset súlyosságát tekintetbe véve, az elért eredmény fényesnek mondható. A 15 évvel ezelőtt elért látáseredmény semmiképp sem rosszabbodott, sőt még javult; a rossz következmények, a melyeket jószoltak az operált myopiásoknak, teljesen elmaradtak.

A myopiaellenes operatióknak keletkezésekor rajongói és skeptikusai voltak. A skeptikusok nem ártottak neki, de a rajongói igen, minthogy avatatlan kezekkel nekimentek az operatióknak, úgy hogy pár év alatt az eljárás diskreditálva volt. De erős a meggyőződése, hogy oly operatív kezelésnek, mely a bemutatotthoz hasonló tud felmutatni, még fényes jövője van.

Grósz Emil: A rövidlátás operálásának kérdése érdemes a felújításra. Kezdetben túlságosan nagy volt a lelkesedés, a mit azután a másik véglet követett: a műtét teljes elejtése. Egyik véglet sem jogosult s szólónak nincs oka e helyen 14 év előtt kifejtett álláspontján változtatni, a mely abban áll, hogy nem szabad 16 dioptrián alul operálni, a szemfenéken látható friss gyuladással jelenségek a műtét halasztását teszik szükségessé s sohasem vállalkozik olyankor az operálásra, a mikor a betegnek egy látó szeme van. A műtét ugyanis korántsem veszélye-

len, sőt kockázatosabb, mint a hályogoperálás. Ilyen korlátolt indiciók mellett a műtétet a maga részéről is jogosultnak tartja.

Két éven túl megfigyelt, salvarsannal kezelt és gyógyult lues congenita-esetek.

Bókay János. Eredeti közléseink során egész terjedelmében hoztuk.

Polyposis intestinalis szövödményes esete.

Bókay Zoltán. Eredeti közléseink során egész terjedelemben hoztuk.

A váll-lapoczi kiirtása a felső végtag megtartásával.

Dollinger Gyula: 24 éves férfibeteget mutat be, a kinek egy esztendő alatt a bal váll-lapoczkája sarcomásan elfajult. A daganat elpusztította az egész lapoczkát, a fovea glenoidalisal együtt, úgy, hogy csupán a processus acromialist lehetett megtartani. A periostealis burkot a daganat még nem törte át. Miután meggyőződött felőle, hogy a daganat a hónaljmirigyekre, idegekre és erekre még nem terjedt reá, elhátározta, hogy a végtagot megtartja. A m. subscapularist, supra- és infraspinatust a daganat ráterjedése miatt el kellett távolítani, de inaik megmaradtak és ezeknél fogva felvarrta a felkát a levator scapulaehez. A m. deltoideus leválasztott részeit összevarrta a m. trapeziussal, a m. serratus anticus majort pedig a m. serratus posticus superiorral és rhomboideussal. A seb per primam meggyógyult. A vállizület mozgása korlátolt, de a végtag jól van felfüggesztve. A felső végtag beidegzése teljes. A könyök, a kéz és az ujjak ízületei teljes erővel működnek. A műtét óta még csak 6 hét telt el és ezért remélhető, hogy a vállizület mozgásai is még szabaddá fognak válni.

(Folytatása következik.)

Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(II. ülés 1912 november 21.-én.)

Elnök: Kuzmik Pál.

Jegyző: Lobmayer Géza.

(Vége.)

Epiduralis haematoma miatt végzett trepanatio.

Lobmayer Géza: A 19 éves gyári munkás fejére szeptember 17.-én reggel munkaközben nehezebb vastömb esett. Észméletét nem veszítette el. Munkáját abbahagyva, a kórházba jött, ahol igen nagy fejfátsról és fülzúgásról panaszkodott. Az egyébként teljesen egészséges férfi koponyáján, a hajas fejbőrön, a jobb falcsont elülső széle mellett körülbelül 2½ cm hosszú, zúzott szélű, mérsékeltén vérző, az egész fejbőrön áthatoló folytonosság megszakítás látszik, mely körül a fejbőr alatt kis almányi duzzanat van. A seb alapja véralvadékkal kitöltött, úgy hogy a koponyacsont nem látható. A hőmérsék felvételkor 37,5, az érverés 68. A pupillák szűkültek, fényre, alkalmazkodásra kissé renyhén reagálnak. A sensorium tiszta. Kérdésekre pontos feleletet ad, kissé vonfatottan beszél, szédülésről panaszkodik, hányásingere van. A fej sebének szokásos ellátása, jégtömlő a fejre, ágynyugalom. A beteg állapota délutánra rosszabbodik, igen izgatott lesz, ágyában hánykolódik, olykor-olykor felkiált, a hozzáintézett kérdésekre nehezen válaszol, feleletei részben összefüggéstelenek, a hőmérséklete változatlan, érverése ellenben 56, igen telt. A légzés 14, mély, olykor horkoló, a pupillák tágak. Ugyanez az állapot a következő 10 napon, csupán az eszméletlenség még mélyebb, a mennyiben egyáltalán nem reagál. Légzése lassú, hörgő, az érlökés 42. A bal testfélén hűdés mutatkozik. 19.-én chloroform-aethernarcosisban Wagner-féle osteoplastikás koponya-resectiót végzünk a jobb falcsont fölött, az arteria meningea media sérülését gyanítva. A lebeny felhajtása után gyermektenyérszerű vértelést találunk, ezt eltávolítjuk; mivel vérzés nincsen, a lebenyt visszahajtva, a lágyrészeket kellő drainézis után egyesítjük. A beteg pulsusa az agnyomás megszűntével azonnal 80-ra emelkedik, baloldali bénulása megszűnik. Az altatási bódulat megszűntével öntudata is visszatér. A véresen

beszűrdött galea elgenyed, úgy hogy több-kisebb ellennyílás készítése válik szükségessé, melyeken keresztül higan folyó geny ürül. Az illető október 10.-án kis sarjadzó sebbel gyógyultan hagyta el a kórházat.

Acut appendicitist utánzó gümös folyamatok a caecalis tájon.

Fischer Aladár: A gümös tumor ileocoecalisról általánosan ismert, hogy egyes esetekben könnyen összetéveszthető idősebb lefolyású appendicitissel és periappendicitissel. Összenövéséből, tályogmaradványokat letokoló kérgesedésekből könnyen keletkezhetik dudoros, tömött, a gümös tumor ileocoecalisához hasonló tumor. Specialisan a gyermekkorban az ileocoecalis tuberculosis hypertrophias, tumort alkotó alakja aránylag ritka; ellenben maga az appendix elég gyakran betegszik meg a gyermekkorban gümösen, a mikor azután zsugorodott és sclerosisos lehet, vagy más esetben a folyamat characterere szerint inkább duzzadt, kitágult. A gümös csomók azután a mucosa felől a subserosáig és a serosáig hatolhatnak. Ily esetekben természetesen a megkülönböztetés az appendix nem gümös, időszült gyuladásaitól igen nehéz vagy lehetetlen.

Ritkábbak és kevésbé ismertek azok a folyamatok, melyek a caecalis tájon, gümös aetiologiai alapon, hirtelen, acut tünetekkel jelentkeznek. Az idetartozó esetek két csoportba foglalhatók. Az első csoportba tartozó esetekben peritonitis tuberculosa, főleg a caecalis tájra lokalizálva, jelentkezik igen heveny tünetekkel. Az idetartozó eseteket főleg idősebb (12—15 éves) gyermekeken észlelték, nagy caecalis-táji fájdalommal, lázzal, hányással járnak, úgy hogy az acut appendicitis kórképéhez nagyon hasonlítanak. A további lefolyásban a gümös peritonitis megtartja acut jellegét és gyorsan halálra vezethet, vagy pedig a megszokott időszült formába mehet át.

A második csoportba tartozó esetekben a lappangva fennállott gümös bajhoz csatlakozik hirtelen olyan complicatio, mely a caecalis táj acut gyuladásának, tehát az acut appendicitisnek képét adja. A megkülönböztető körjelzés ilyen esetekben jóformán lehetetlen, mert hiszen az acut appendicitis ismert kórképe nem a féregnyúlványra jellegzetes symptomákból tevődik össze, hanem a caecalis tájon lefolyó, többé-kevésbé heves gyuladást által hozatik létre. A caecalis táj kisebb-nagyobb terjedelmű érzékenysége, az izomrigiditas, a peritonealis izgalmi tünetek, az általános tünetek mind illetéknéppen magyarázhatók és hogy mégis ezen tünetek alapján specialisan appendicitisre teszszük a diagnosist, az azért van, mert a tapasztalás megtanított bennünket arra, hogy ezen gyuladást folyamatok az esetek túlnyomó többségében az appendixből veszik eredetüket és így az appendicitis-diagnosist tulajdonképpen a statisztikai valószínűség alapján állítjuk fel és az a legtöbbször be is válik. Lehet azonban a caecalis táj acut gyuladást folyamatnak más forrása is, mint az appendix. Így gyermekeken az alsó ileumkacsban, a coecumban vagy a colon ascendensben levő, áttörni készülő vagy áttört gümös fekély vagy pedig a peritonealis üreg felé kiürülni készülő vagy már kiürült gümös mirigy hozhatja létre a gyuladást tüneteket a coecum táján, szóval utánozhatja az acut appendicitis kórképét.

Az elmondottak illusztrálására szolgáljon a két alábbi eset:

1. A 9 éves leány, leszámítva azt, hogy többnyire étvágytalan, mindig egészségesnek érezte magát. Három nap előtt hirtelen nagy fájdalmak jelentkeztek hasa jobb oldalában és azóta többbizben hányt. Megvizsgálva a gyermeket, a következőket találjuk: gracilis csont- és izomrendszerű gyermek, arczkifejezése fájdalmas, szeméi beesettek, karikásak. A has mérsékeltén elődomborodó, legkifejezettebben a caecalis tájon; izomrigiditas és nagyfokú érzékenység a vakbél táján úgy a mélyben való tapintáskor, mint pedig a bőr felületen érintésekor. Az érzékenység a Mac Burney-pont körül a legnagyobb. A hőmérsék 37,7, a pulsus 120.

Az esetet a fenti tünetek alapján acut appendicitisnek tartottam és rögtöni műtétre határoztam el magamat. A hasat az általam ily esetekben alkalmazni szokott Lennander-féle

metszéssel nyitottam meg. A has megnyitása után rögtön a coecumra jutok és az appendix tűnik elő, a mely teljesen egészségesnek látszik. Felfelé azonban, a colon ascendens kezdeti részének megfelelően, lobos daganat érezhető. Feltárva e helyet, kitűnik, hogy itt a colon ascendens külső oldalán a serosa belővelt, megvastagodott és egyik helyen mogyorónyi lobos cseplesz van odatapadva. Ez az odatapadás laza, igen könnyen leválasztható. A csepleszrészlet leválasztása után a bél falon fél lencsényi nyílást találunk, mely körül a bél fal tömöttebbnek és megvastagodottnak mutatkozik. Az átfúródott helyet 2 étage sero-serosus varrattal jól elsüllyesztve elzárjuk, a lobos csepleszrészletet reszekáljuk, valamint a műtét területén levő appendixet is eltávolítjuk. A hasfalak rekonstrukciója. Ideális lefolyás után a gyermek primára gyógyult sebbel hagyja el a kórházat. Állapota azóta is igen jó, étvágya megjavult, jelentékenyen meghízott.

Jelen esetben a lappangva fennállott, az étvágytalanságon kívül semmi kellemetlen tünetet sem okozott bélfekély átfúródása a colon ascendens kezdeti részén hozta létre az acut appendicitis megszokott tünetcsoportját. Hogy a perforált fekély gümös volt, a mellett szól a perforatio szélének szürkés-túrós lepedéke, valamint az, hogy hasonló előzmények és körülmények mellett másra, mint tuberculosus fekélyre, nem is gondolhatunk.

2. A 4 éves leányka 5 nap előttig egészségesnek érezte magát; ekkor hasa hirtelen megfájdult és fájdalmai azóta több-kevesebb intenzitással fennállanak. A hasfájáshoz gyakori vizelés-inger is járult és szülei kimondása szerint láza is volt.

A vizsgálat a következőket mutatja: Korához képest elég jól fejlett, zsíros gyermek. A has kissé puffadt. A has bal fele, valamint jobboldalt a regio epigastrica puha, nem érzékeny. Jobboldalt a regio mesogastricában érzékenység kezdődik, a mely lefelé fokozódik, úgy hogy a coecalis tájon kifejezett érzékenység és izomrigiditas van. Az érzékenység a Mac Burney-pontnak megfelelően a legnagyobb; resistentia a hasfal vastagsága és az izomrigiditas miatt nem érezhető. A hőmérsék 37°, a pulsus 100. A diagnosist ebben az esetben is a tünetek alapján appendicitisre tettem és műtétet ajánlottam.

Műtétkor a hasür megnyitása után rögtön a coecumra jutok. A coecum és a legalsó ileumkacs medialisán van elhúzva és medialis oldalukon resistens lobos daganat érezhető, a mely a coecumból, néhány vékonybélkacsból és a mesenterium lemezéből áll. A szabad hasürt igen gondosan izoláljuk és az összenövéseket szétválasztjuk. Kitűnik, hogy egy tuberculosus mirigy van a mesenteriumban, a mely kis nyílással a mesenterium peritoneumán áttört és belőle sajtos tömegek ürülnek. A mirigyét gondosan kitakarítjuk, ügyelve, hogy valamilyen mesenterium-eret meg ne sértsünk és azután a mesenteriumban levő üreget és fölötte a mesenterium peritoneumát gondosan összevarrjuk. Reszekáljuk az appendixet is, a mely lobos tüneteket nem mutat, és rövid mesenteriummal majdnem subserosusan fekvő a coecum külső oldalán foglal helyet. Ezután a hasfalakat rekonstruálva, a hasürt teljesen zárjuk. A műtét utáni betegséglefolyás kifogástalan. Prima sebgyógyulás. A kis leány jelenleg teljesen jól érzi magát.

Ezen esetben áttörni készülő, szétesett gümös mirigy, a mely tünetek nélkül állott fenn, hozta létre az acut appendicitis tüneteit.

A megkülönböztető kórjelzés az ilyen esetekben jóformán lehetetlen; a pontos diagnosist csak a műtét alkalmával tehetjük meg. Másrészt ezek az esetek igazolják, hogy az acut gyuladós tünetek által adott sürgős műtéti indicatio betartásával még oly esetekben is kitűnő eredményeket érhetünk el, a hol a folyamat kiinduláspontja nem appendicitis, hanem másféle kórfolyamat.

Alapy Henrik: Néhány év előtt akkori alorvosa, Szécsi közölt néhány hasonló esetet. Valóban lehetetlen őket a vakbélgyulladás heveny rohamától megkülönböztetni. Ez nem nagy baj, mert a műtét a

szóban forgó eseteket is kedvezően befolyásolja. Baj az volna, ha a gyermekkori heveny vakbélgyulladás egyik-másik esete a kedvező korai szakban operálatlan maradna, attól való féltünkben hogy a kórjelzésben talán tévedünk és esetleg gümökóros peritonitissal állunk szemben. Hangsúlyozandónak tartja, hogy az ileocoecalis tájékon lefolyó minden heveny gyuladás azonnal operálandó, még annak tudatában is, hogy egyik-másik ritka eset gümökóros eredetű lehet.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A chorea kezeléséről salvarsannal tartott előadást *Pierre Marie* a párisi „Académie de médecine“ december 3.-i ülésén. 25 esetben használta a salvarsant, 20—35 centigrammot fecskendezve be intravenásan nyolc napos időközökben. A gyógyulás többnyire a 3. vagy 4. befecskendezés után állott be. Kellemetlensége sohasem volt. Minthogy a salvarsannak kedvező hatása alapján az a gondolat vetődött fel, hogy a chorea talán syphilitis eredetű betegség: 8 esetben Wassermann-reactiót végzett, de egy esetben sem kapott positiv eredményt.

Kiirtott rákos méhet demonstrált *Bumm* tanár Berlinben 1912 október 25.-én a gynaekologiai társulatban. Ugyanezt a beteget májusban mint inoperabilisat elutasította, hogy Röntgen-fénnyel kezeljék. Októberben felülvizsgálva a beteget, a méhet mozgathatónak találta, a carcinomás infiltratio visszafejlődött, meg is operálta a beteget sikeresen. Ezen eset értelmében a Röntgen-fény erős hatással lehet a carcinomás méhre, bár mikroszkoposan sem *Bumm*, sem *R. Mayer* sclerosison kívül más Röntgen-hatást nem tudott megállapítani. (Berliner klinische Wochenschrift, 1912, 46. szám.)

A hypertoniás cukoroldatok intravenás befecskendezését, a melynek diuresis hatását a physiologia már régebben ismeri, 7 betegen kísérlette meg *Enriquez* és *Gutmann*. Eredményeiket a párisi „Société de biologie“ január 11.-én tartott ülésén ismertették. Eseteik toxikus és infectiosus eredetű anuriára, illetve oliguriára vonatkoztak, a szokásos cardiacumokra és a vesékre ható szerekre nem reagáltak, glukose hypertoniás oldatának intravenás befecskendezésére ellenben aránylag bőséges diuresis állott be és az általános állapot, valamint a szív ereje is tetemesen javult.

A Sydenham-chorea kezeléséről szolt *Comby* a párisi „Société medicale des hopitaux“ február 7.-én tartott ülésén. Arsent használ, még pedig előszeretettel adja a Boudin-folyadékot, a melyből az első napon 5, a másodikon 10, a harmadikon 15, a negyediken 20 és az ötödiken 25 grammot vétet be; ezután naponként 5 grammal csökkenti az adagot a kezdő adagig. Az arsen adása tehát 9 napot vesz igénybe. E mellett ágyban tartja a beteget és tisztán tejdiatét vagy lactovegetarius diatét rendel 15 napra; ugyanennyi időre relative izolálja a beteget. 545 ilyen módon kezelt betege közül csak egyen állott be az alsó végtagok polyneuritises paralysise; a többi beteg átlag 28—30 nap alatt meggyógyult.

PÁLYÁZATOK.

Jómódú magyar vidéken igen jó **körorvosi állás** töltenő be mielőbb. Értesítést ad **Dobsa Sándor**, gyógyszerész, **Álmosd, Bihar megye.**

26/1913. sz.

A pcszonyi állami kórházban egy **másodorvosi állás** megüresedvén, annak betöltésére a vallás- és közoktatásügyi minster úrnak f. évi február hó 9.-én kelt rendelete alapján pályázatot hirdetek.

Felhívom azon orvos urakat, kik ezen 1600 kor. fize és, 1. oszt. élelmezéssel, szabad lakással, fűtéssel, világítással díjazott ideiglenes jellegű, két évi időtartamra szóló állást elfoglalni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában megkivánt minősítést igazoló okmányokkal felszerelt és a vallás- és közoktatásügyi minsterhez címzett folyamodványaikat folyó évi február hó 27.-én déli 12 óráig nyujsák be hozzám.

Pozsony, 1913. évi február hó 14.-én

Pantocsek József dr., igazgató-orvos.

1125/1913.

Nádasdladány székhelyvel Jenő, Sárkeszi és Inota községekből újonnan alakított közegészségügyi körben a **körorvosi állásra**, miután az előbbi pályázat meddő maradt, új pályázatot hirdetek.

Felhívom mindazon orvostudorokat, kik ezen állásra pályázni óhajtanak, hogy orvosi gyakorlatra jogosító tudori oklevelüket, vagy azok hiteles másolatát, eddigi működésüket, magyar honosságukat igazoló okmányaikat szabályszerű kérvénnyel felszerelve f. évi márczius hó 10.-éig terjeszszék be hozzám.

A választást márczius hó 15.-én d. e. 9 órakor fogom Nádasdladány községében megtartani.

Javadalmazása 1600 korona törzsfizetés, ötödévenként 800 koronáig emelkedő és nyugdíjba is beszámítandó 200 korona korpótlék, 500 korona lakbér és 530 korona fuvarátalány, valamint a vármegyei szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak.

A megválasztott körorvos köteles községeit hetenként egyszer — a község előljáróságával közösen megállapított napon — meglátogatni, a községek fizetésektelen betegeit díjtalanul kezelni s állását április hó 1.-éig elfoglalni.

S z é k e s f e h é r v á r, 1913 február 18.

A főszolgabíró.

593/1913. sz.

A pécsvárosi közkórház A) belgyógyászati osztályán megüresedett **főorvosi állásra** és az esetleges előléptetés folytán megüresedő **másodorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

A kinevezendő főorvos javadalmazása 2600 K. kezdőfizetés, 800 K. lakbér. A másodorvosé 1200 K. fizetés, 400 K. lakbér és I. oszt. élelmezés.

Felhívom a pályázni kívánó orvosdoktorokat, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz.-ben előírt minősítésüket igazoló, valamint egészségi bizonyítvánnyal felszerelt pályázati kérvényüket méltóságos *Visy László* dr. úrhoz, Pécs sz. kir. város főispánjához címezve, alulírt kórházigazgatóságához legkésőbb f. é. márczius hó 6.-áig nyújtásuk be.

Megjegyeztetik, hogy kellő minősítésű pályázó hiánya esetén a másodorvosi állásra ideiglenesen kötelező kórházi évét töltő orvosgyakornok is nyerhet alkalmazást.

A kinevezendő másodorvos helyét csak a lemondástól számítandó 4 hét letelte után hagyhatja el.

P é c s, 1913. évi február hó 15.-én.

A pécsvárosi közkórház igazgatósága.

1848/1913. sz.

A munkácsi állami gyermekmenhelynél megüresedett **másodorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: évi 1200 korona fizetés, természetbeni lakás, fűtés, világítás és I. oszt. élelmezés.

Felkérem azon orvosdoktorokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy képzettségüket és eddigi működésüket igazoló okmányaik hiteles másolatával felszerelt és a belügyminister úrhoz címzett, egykoronás bélyeggel ellátott kérvényüket hozám 1913 márczius hó 15.-éig küldjék be.

Gyermekkórházakban vagy más gyermekvédelmi intézetben szerzett gyakorlattal bírók előnyben részesülnek.

M u n k á c s, 1913 február 18.

csatári Nuszer Lajos dr. s. k., igazgató-főorvos.

Körorvos kerestetik azonnal *Etéd* székhelyvel. Javadalmazás: háromezerháromszáz korona, halottkémlés, húsvágás, magángyakorlat külön. Ötszobás úri lakás, 1½ hold kert. Tiszta székely magyarok, gazdag 12 község. A kérvények mielőbb beadandók a főszolgabíróhoz Székelykeresztúron. Bővebb felvilágosítást az etédi gyógyszerész ad.

HIRDETÉSEK.

Ifj. Miklós Béla tulajdonát képező s több nyugateurópai államban szabadalmazott

vizen úszó nyugágy

szabadalma, vagy annak gyártási engedélye készpénzfizetés mellett eladó. Bővebb felvilágosítással szolgál

Eiserth István mint ifj. Miklós Béla árva-székileg kirendelt gondnoka **Sátoraljaiújhely.**

Mint a diót

csak kalapáccsal lehet a különböző vaspilulákat és a más készítésű tablettákat feltörni, míg **az ujj szelid nyomására hullanak szét a**

Tabl. Ferri Protoxalati Dr. Deér

sine et cum arsen.

A készítmény tisztasága, szerencsés és állandó összetétele czélszerű alakban biztosítják a sikert chlorosis, anaemia és az általános gyöngeség eseteiben.

Minden gyógyszerárban kapható.

Eredeti csomagolásban 100 drb. ára 2 K.



■ **HALÁSZ P. JÁNOS** ■
Telefon 83—28. ORVOSI MŰSZERÉSZ Telefon 83—28.
BUDAPEST, IX. KER., ÜLLŐI-ÚT 5. SZÁM.

FURUNKULIN

Törv.
védve.

**Rég bevált, tartós
élesztőkészítmény**

Kiválóan erjedőképes, tartós élesztő, kitűnő hatással, emésztőgyengesség, gastrikus zavarok, obstipatio, valamint furunculosis, acne, eczemák, urticaria és hasonló bőraffectiók ellen.

Adag: 3-szor naponta 1 evőkanálnyi por vagy 2 tableta.

Ára: Furunkulin-por (doboz) K 2.50
" -tableta (csövecske) " 1.50
" -szappan (darab) " .60
" -pasta (tuba) " .75

□ Minták és irodalom díjmentesen áll rendelkezésre. □

CHEMISCHE FABRIK ZYMA, A.-G.

St. Ludwig (Elsass).

Aigle (Schweiz).