

ORVOSI HETILAP



Szerkesztőség:
IX., Knežits-utca 15.

ALAPITOTTA, MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben. FOLYTATTA, ANTAL GÉZA és HÓGYES ENDRE.

Kiadóhivatal*
IX., Knežits-utca 15.

Megjelenik minden vasárnap

SZERKESZTI ÉS KIADJA

Egyes számok kaphatók KILIAN
Frigyes egyetemi könyvkeres-
kedésében (Váci-utca 32 sz.)
Egyes szám ára 2 korona
50 fillér.

LENHOSSÉK MIHÁLY ÉS SZÉKELY ÁGOSTON
FŐSZERKESZTŐ. SZERKESZTŐ.

Küldemények és előfizetések címe

Orvosi Hetilap szerkesztősége és kiadóhivatala Budapest, IX., Knežits-utca 15. sz.

Hirdetések kizárólagos felvétele

Pesti Alfréd "PETŐFI" Irodalmi vállalata, Budapest, VII., Kertész-utca 16. szám.

Előfizetési árak:

1919 novemberétől:

egész évre ... 120 kor

fél évre ... 60 "

negyed évre ... 30 "

Orvostanhalgatók, szigorló

orvosok és a kötelező kórházi

gyakorlatot teljesítők a felét

és a portót fizetik.

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Henszelman Aladár: Közlés a budapesti tudományegyetem belgyógyászati diagnosztikai klinikájából. (Igazgató: báró Kéty László dr., nyilv. rendes tanár.) Újabb adatok a lép, a máj és a vese Röntgen-vizsgálatához. 413. lap.

Remete Jenő: A húgycső transplantációs műtéteiről. 418. lap.

Irodalom-szemle. Lapszemle. Belorvostan. Schiffner: A strychnin használata vérkeringési gyengeségben. — Brugsch: A táplálék fehérjeminimuma. Bohland: A tryptaflavin használata fertőző betegségekből. — Szülészeti és nőorvostan. Warnekros: A ráknak nagyfeszültségű áramokkal való Röntgen-kezelése. — Húgyzervi betegségek. Pratorius: A húgyhólyag papillomák kezelése. 420–421. lap.

Vegyes hírek. 421. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a budapesti tud.-egyetem belgyógyászati diagnosztikai klinikájából. (Igazgató: báró Kéty László dr., ny. r. tanár).

Újabb adatok a lép, a máj és a vese Röntgen-vizsgálatához.

Írta: Henszelman Aladár dr., egyet. tanársegéd.

A lép Röntgen-diagnosztikája első közleményem óta,¹ amely, nem számítva Rautenberg dolgozatát,² először foglalkozott céltudatosan a lép árnyékának a megjelentésével és ennek analizálásával, újabb tapasztalataim révén néhány érdekes adattal bővült. Időközben lett ismertté Goetze-nek³ pneumoperitonealis vizsgálati módszere, a mely, akárcsak



1. ábra.
Rendes nagyságú lép.

Rautenberg-é,⁴ hasonlíthatatlanul nehezebb úton, levegőnek vagy oxygennek a hasüregbe való juttatásával ugyanezt a célt igyekszik elérni. Schmiadt-nek⁵ ítélete, hogy a

¹ Die Röntgendiagnostik der Milz, W. kl. W., 1918 és A lép Röntgendiagnostikája, B. O. U., 1918, 22. szám.

² Rautenberg: Röntgenographie der Leber, der Milz und des Zwerchfells, D. m. W., 1914, 24. szám.

³ Goetze: Die Röntgendiagnostik bei gasgefüllter Bauchhöhle; eine neue Methode. M. m. W., 1918, 46. szám.

⁴ és ⁵ D. m. W., 1919, 8. szám.

Rautenberg-Goetze-módszer képei szebbek, mint az én módszeremmel készültek, nem vonatkozhatik a dolog lényegére, mert a cél nem az, hogy szép képek támadjanak, hanem hogy kevés fáradtsággal állíthassuk fel a diagnosist.

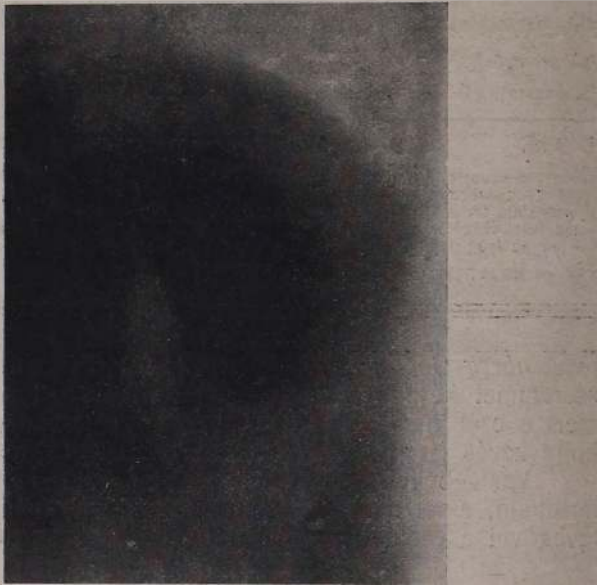
Vastagbél-fűvást, amelyet kezdetben igen fontosnak tartottam, most már alig csinálok. Csak olyankor töltöm meg levegővel a vastagbelet, ha átvilágítással nem látszik a lép-



2. ábra.
Nagy malariás lép.

pólus, mert egyáltalában nincsen gáztartalma a bal vastagbél-hajlatnak, de az esetben is, ha fontosnak ígérkezik az egész medialis contour megjelentése, vagy pedig, ha demonstrabilis lépfelvételt akarok készíteni. Az eseteknek túlnyomó többségében, talán 90%-ban, minden mesterséges contrast-teremtés nélkül is megjelenik már átvilágításkor a léppólus, ha megfelelő sugárirányítást használok és jó fényminőséggel dolgozom (Lilienfeld-Röntgen-cső sugaraival). Ha még oly kevés, de azért majdnem mindig van gáz a vastagbél-hajlatban, amelybe azután a lép polusa belevetődik. Ritkán

készíték lépfelvételt, valóban csak akkor, ha a lelet muscalis értékűnek látszik, vagy ha átvilágításkor nem jelent meg, mert a vastagbélhajlat teljesen gázmentes és ennek dacára sem csinálók bélfelfuvást. A lemezen tudniillik sokszor még ilyenkor is kivehető a lép árnyéka. A puha sugaras időfelvétel radiologicse szebb lesz, de diagnosis céljaira a kemény, contour-pillanatkép is megfelel. Mindenesetre sokkal gyakrabban, élesebben és kontrastozottabban kapom meg a lép, mint a vese képét. Csodálatos, hogy a vesének a Röntgenvizsgálatát mindenki magától értetődőnek tartja, a lép radio-



3. ábra.

Széles, megnagyobodott pangásos lép. (Contrastteremtés nélkül készítve).



4. ábra.

Igen nagy, leukaemiás lép.

logiai vizsgálatával azonban az újabb, *Goetze-Rautenberg*-módszer gyakorlásán kívül senki sem foglalkozik, jóllehet sokkal hálásabbak a viszonyok a lép, mint a vesecontourok keresésében.

A lép a polusával, de néha az egész medialis contourjával majdnem mindig contrastozott környezetben jelenik meg. A gyomorhólyag és főleg a flexura coli sinistra gáztartalma gondoskodik erről. Az utóbbi, ha még oly minimalis is, mindig segítségünkre van. De ha, a mi igen ritkán fordul elő, nyomát sem találjuk ilyen gázfelhalmozódásnak, jóval tömöttebb szerv lévén az üres gyomornál, a levegődús tüdőnél, az üres vastagbélnél, gyakran még így is kiadódik a lemezen az árnyékkülönbség. A lateralis élt az oldalsó has-

falcontour, a felső határt pedig rendszerint a rekesz vonalas árnyéka adja. Csak az esetben, ha süllyedt vagy elvándorolt a lép, fog a felső contour a rekesztől elkülönülve mutatkozni. Vándorlóp esetben a lateralis élt is többé-kevésbé elhagyja az oldalsó hasfal-contourt.

Nem véletlenül mulik, hogy a hasüri parenchymás szervek contourjai mindig éppen a vastagbél gázképebe vetítődnek és nem máshová és hogy ez a gázcontrast mindig ott jelenik meg, ahol erre szükség van. Ellenkezőleg. A gázmennyiségből mindig csak annyit látunk, amennyit belőle a máj és a lép meghagy, illetőleg amennyit el nem



5. ábra.

Megnagyobodott lép influenzában. (Contrastteremtés nélkül fotografálva).



6. ábra.

Hossz- és harántirányban nagyobb lép tüdőgümőkórban.

takar. A megnagyobodott máj és a lép rendszerint dislokálják a vastagbelet, tehát az alsó élt most is csak levegőképben fog megjelenni. *A máj és a lép formálja tehát a vastagbél gáztartalmának az alak- és nagyságbeli viszonyait és nem fordítva.* Ilyen gázfelhalmozódás pedig majdnem mindig van, legalább is a hajlatokban, vagyis a máj és a lép alsó contourjainak megfelelően. Csak ha egyáltalában nem volna és e miatt nem tudnám átvilágítással a polust észrevenni (a lemezen rendszerint még így is megjelenik), vagy, ha például demonstrálás céljából feltűnővé, mindenki által jól észrevehetővé akarnám tenni a lépképet, fogom a contrastot növelni, a végbélen át levegőt befujtatni. A bélfelfuvást alkalmazhatom az átvilágítással egyidőben, amikor is az addig láthatatlan polus egyszerre

csak fürödni kezd a levegő negatív contrastjában. A gyomorhólyagot nem növelem, mert a nagy gyomorhólyag az oldalsó hasfalhoz szorítja a lépét és ezzel látszólag eltünteti. (L. lejjebb).

Minden átvilágításkor, akár mellkas-, akár has-vizsgálatról van szó, megnézem, kikeresem a lép árnyékát és majdnem mindig okukok belőle. Az alak, nagysági és helyzeti viszonyoknak a sokfélesége felette változatos és tanulmányos. E három szempontból tárgyalom az alantiakat.



7. ábra.

Három meszes infarctus a lépben (vitium cordis).



8. ábra.

Vándorlép. (A felső contour a bordaív).

A jó fényminőségen, a levegőcontraston kívül azonban elsősorban a helyes fényirányítás a főkélléke annak, hogy lépárnyékot kapjunk. A helyes irányítás, betegbeállítás az, amelylyel legjobban látszik a lép pólusa. A lépárnyék, durva hasonlattal élve, rendszeren hegyén álló tojásalaknak a hosszanti síkjá függőleges, még gyakrabban ferde, igen ritkán fekvő, horizontális állással. A saggitalis, dorso-ventralis fényirányításkor a lépét rendszerint részint lapjáról, részint éléről látjuk, de ugyanakkor a polus a legplastikusabb, vagyis mély árnyékú, szabályosan lekerekített, éles szélű. „El” alatt értendő a facies gastrica elülső contourja, a „lapja” alatt pedig az oldalsó hasfalnak fekvő széles convex oldal. Egyszóval az egyszerű, legszokásosabb dorsoventralis beállítás igen sokszor egyúttal a leghelyesebb, mert a legplastikusabban jelenteti meg a polust. A nagysági viszonyok meghatározásában pedig a polusnak van a legfontosabb szerepe. A polusterimének és elhelyeződésnek a vizsgálata döntőbb, mint az átmérők értékelése.

Néha azonban a saggitalis beállítás nagyon is lapjáról mutatja a lépét, miáltal a polus túlságosan szétterül, ellaposodik, határozatlan lesz, erősen tompaszögüvé válik a rendszeren hegyes szög helyett és a medialis contourja ferdén futó egyenes vonalú lesz a rendszeren kis mértékben convex él helyett. Ilyenkor korrigáljunk a tartáson; a jobb vállat forgassuk kissé előbbre, mindaddig, amíg a polus tömegesen, plastikusan kibontakozik, amíg valóban polussá válik. Nehány foknyi innen- vagy túlforgatás még nem jelenteti meg a polust, illetőleg már elrontja a képet. Néha viszont éléről jelenik meg a saggitalis fényirányításkor. Ez



9. ábra.

A máj és a lép együttes feltüntetése.



10. ábra.

A máj és a lép alsó contourjai. Hasmenéses állapot a vékonybélben.

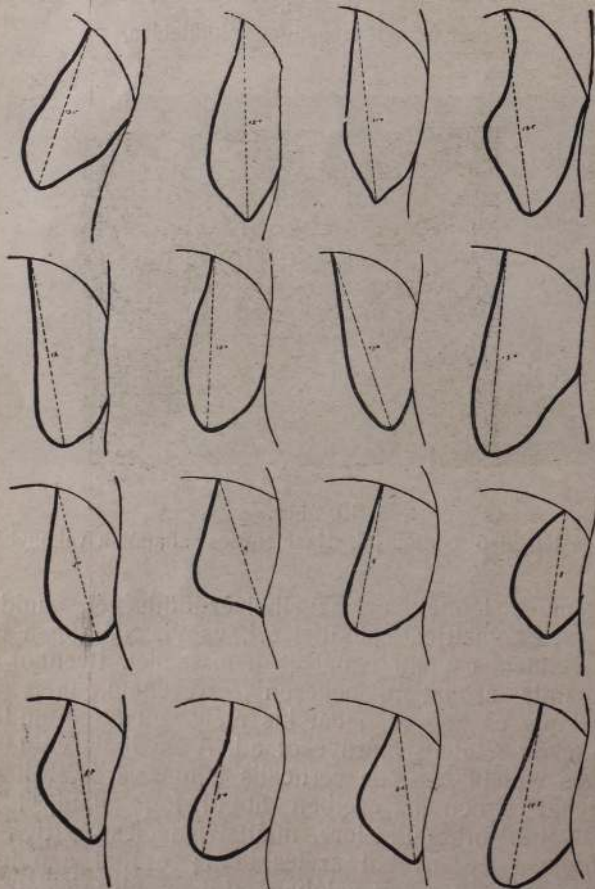
alatt értem a lépnek azt az elhelyeződöttését, amidőn a sugár a facies gastricát parallel éri, vagyis amidőn a facies gastrica vetülete csupán vonal és nem felület. Ilyenkor a lép polusa szinte szokatlan, nehezen, észrevehető, mert túlságosan vékony és hegyes, tehát kis mélységű átmérőjű lévén, nagyon kevésbé intenzív árnyékot ad. A medialis contour itt is egyenes vonalú lesz, de verticalis lefutással. Az állaskorrigálás tehát ebben az esetben abból fog állani, hogy a beteg balvállát forgatjuk előre, miáltal a facies gastrica mint felület fogja a lépárnyékot szélesbíteni; ezáltal a polus is tömegesebb lesz, illetőleg valóban mint „polus” jelenik meg. Alig néhány fokon belül van megadva a lehetősége annak, hogy polust lássunk. A beállítás tehát nem önkényes, nem impressiókon alapuló, hanem mintegy vetületi-anatomiai magyarázaton nyugvó egyetlen lehetőség fog számunkra kínálkozni. De a nagyságviszonyok helyes megítélése szempontjából is jól tesszük, ha mindig ilyen jó polust mutató lépárnyékot vizsgálunk, mert, amint látni fogjuk, az átmérők

pontos meghatározásában, főleg kisebb nagysági eltérések esetén, ez nem mindegy. Teljesen lapjáról is megkaphatjuk a lépet, ha a sugárirányítás a májon át frontálisan, a



11. ábra.

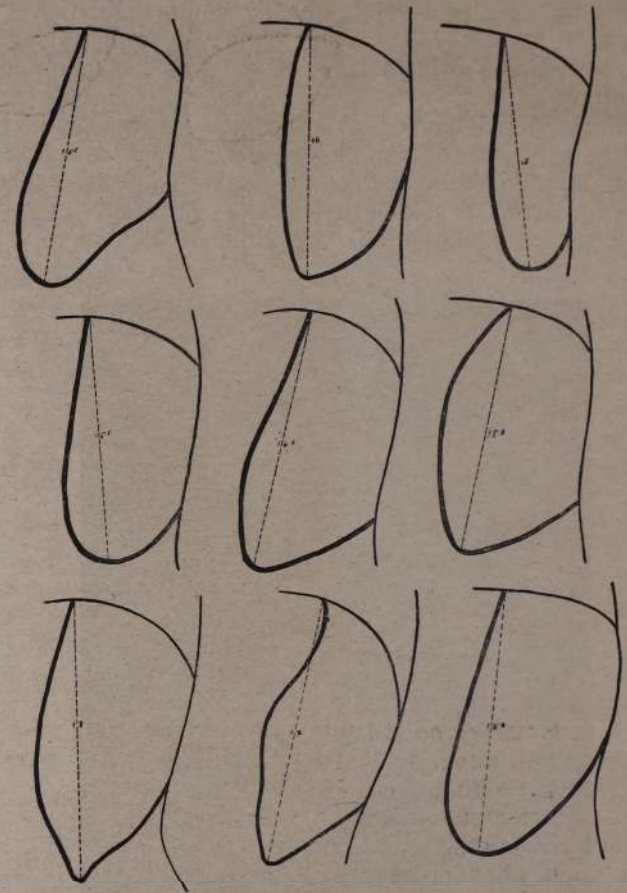
A máj és a duzzadó epehólyag képe.



12. ábra.

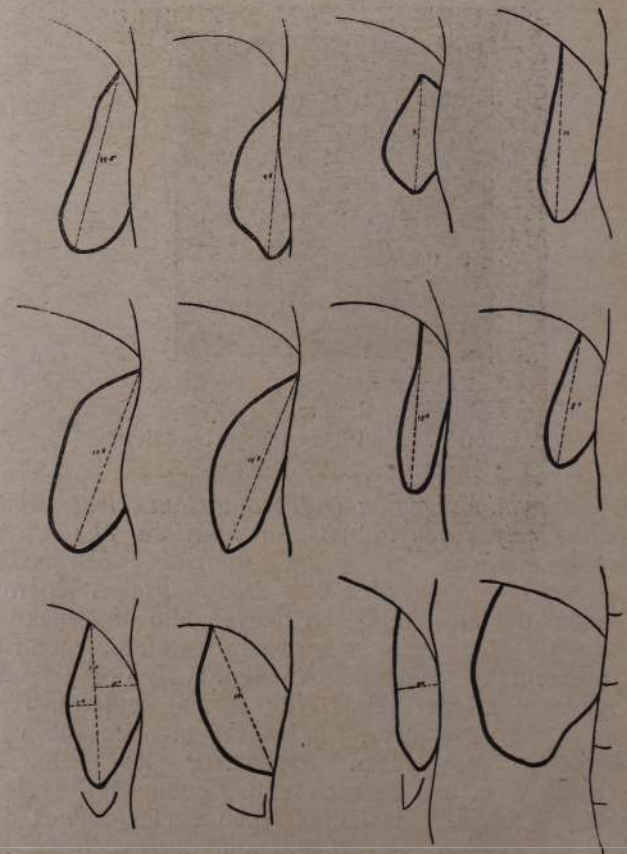
Normalis lépek orthodiagrammjai. A két felső sor férfi, a két alsó női lépre vonatkozik.

hónaljvonalban elhelyezett lemezre, ernyőre történik. Igen érdekes, hogy még így is majdnem minden esetben kiadód-
nak a lép contourjai.



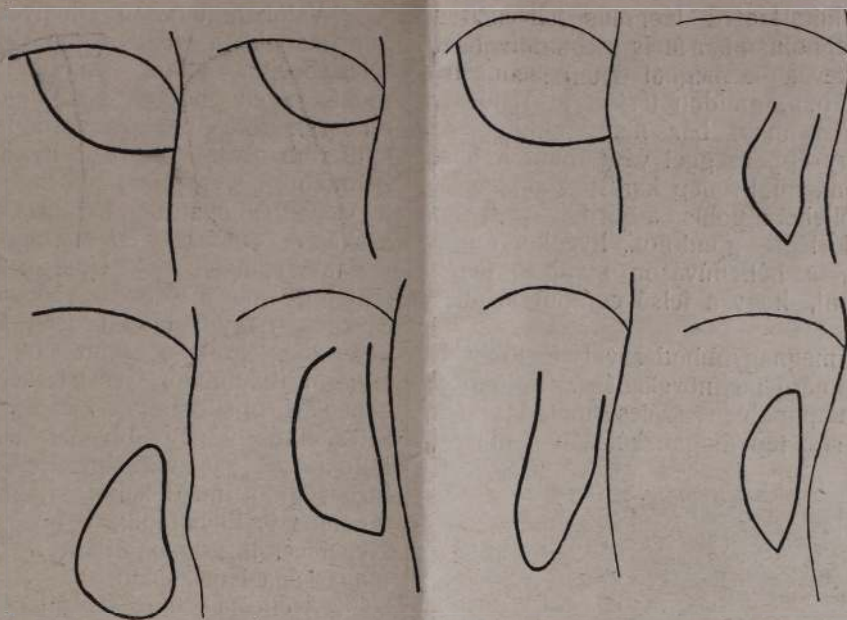
13. ábra.

Malariás, leukaemiás és pangásos megnagyobbodott lépek orthodiagrammjai.



14. ábra.

Astheniás lépek orthodiagrammjai (felső két sor). Plastikus polust mutató, majd lapjáról, azután éléről, végül teljesen frontálisan be-
állított ugyanazon lép orthodiagrammja. A szögérték és a szárazak alakja legalul külön feltüntetve.



15. ábra.
Harántul fekvő és vándorlóporthodiagrammjai.

A malariás lép polusa igen jellemzően tompán lekerekített, széles. Hasonló ehhez a pangásos és a leukaemiás lép kerek, olykor kihegyeződő polusa. Az astheniás feltűnően hegyes. Hegyes polust mutat a vándorló és a süllyedt lép. Az influenzás lép majdnem mindig meteorismustól feltölt, szétterülő. Tüdőgümőkórban, ahol lépmegnagyobbodás úgy a kezdetleges, mint a legelőrehaladottabb alakban igen sokszor látható, hegyes és tompa polusok egyforma számmal találhatók.

Ferdén vagy ritkán harántul a rekesz kupolájának dülő vagy éppenséggel felfüggesztett és legtöbbször hegyén álló

oldalfalán. Ez utóbbi alakváltozást mindig csak erős fűzést használó nőknél találtam. Nagyobb fokú meteorismus teljesen az oldalsó hasfalhoz lapíthatja a lépét, úgy hogy az ilyen lép valóban mintegy él jelenik meg, annyira odasimul a hasfalhoz. Exsudatum vagy más mellkasi elváltozás okozta mélyebb rekeszállás esetén akárhányszor a bordaív alatt jelenik meg a rendes nagyságú lép. Olykor, úgy látszik, nincs lépárnyék, csupán nagy gyomorhólyag, nagy gáztartalom a bal vastagbélhajlatban, amely látszólag „elvilágítja” a lépét. Ez azonban csak azért van, mert a lép a hasfalhoz van lapítva, esetleg csupán egy kicsiny csücsök látható



16. ábra.
Megnagyobbodott, malariás lép



17. ábra.
A máj és lép sagittális vizsgálatának sémája.

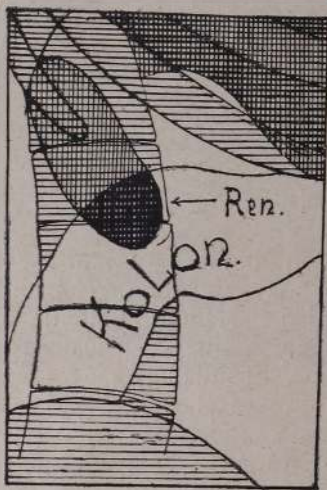
tojásalak jellemzi legjobban a helyzeti viszonyokat is. Amazt, különösen a hossz tengelyével egészen horizontálisan fekvőt, akkor látjuk, ha meteorismus felfelé dislokálja, továbbá kövér egyéneken, inkább férfiakon, ascites vagy hasdaganat eseteiben, vagyis mindamaz esetekben, amidőn a hasüregi nyomás a rendesnél fokozottabb, vagy ahányszor csak harántul fekvő, ökörszarvalakú gyomrot kapunk. A lépét azonban az intraabdominalis nyomás nem fel- és medianfelé, hanem fel- és lateralfelé helyezi. Teljesen függő helyzetben inkább a nők, a sovány egyének és főleg az astheniások lépe van; ugyanilyen a süllyedt és a vándorlóporthodiagrammjai. Nőknél gyakori a függő, tompaszögű háromszögalak is, átfogóval a mellkas

belőle mint a polus csücske, vagy mint a szélességi átmérő legkiugróbb pontja (meteorismus). *Forgassuk ilyenkor a beteget bal vállával előre és a lép mindig megjelenik!*

A nagysági viszonyok keresése, meghatározása praktikus szempontból minden egyébnél fontosabb. A kisebb, klinice még nem érzékelhető megnagyobbodás, vagy az ascites, meteorismus, defense, zsírdús hasfalak egyidejű jelenléte miatt rejtett lépmegnagyobbodás diagnosztikájában a fenti Röntgen-vizsgálatnak lesz a legdöntőbb szerepe. Sokszor én hívom fel a figyelmet például az alig megnagyobbodott, igen tompa polusu lépképe alapján idült, lappangó malariára, a mely feltevés azután akárhányszor valóban bizonyul. A nagysági

viszonyok legegyszerűbb kutatása a léppolus helyének a meghatározása. Beszélék léppolusról, amely a bordaív felett van, ezt eléri, vagy többé-kevésbé meghaladja. A rendesen kisebb lépet látni astheniában, amidőn testszerte rendszeren egyéb astheniás jelek is vannak, bár nem mindig. Az astheniás lép ptosisos, vagy éppenséggel vándorlép. A felső contourt csupán ott kutatom, ahol a lép karcsú alakja megnagyobboldás ellen szól, jöllehet a polusa a bordaív alatt van, vagyis ahol ptosisos-vándorlépre gondolok. Ilyenkor fontos lehet a contrastot növelni, a bélfelfúvason kívül esetleg a gyomorhólyagot is fejleszteni, hogy a felső contour is megjelenjen.

A hosszanti átmérő megnagyobboldásával legtöbbször lépést tart a szélességi átmérő megnövekedése. Különösen szépen mutatja ezt a tompapolusu széles malariás lép. Természetesen a jól tapintható lép diagnosztikájában nincsen



18. ábra.
A vese frontalis vizsgálata.

nagy jelentősége a Röntgen-vizsgálatnak, csupán olyan értelemben, hogy orthodiagrammaival a térfogata változásait a legpontosabban kontrollálhatom. Bármeddig is érjen a lép polusa, mindig készíthetek róla, ha szükségét látom, jó képet, mindenesetre jobbat, contrastozottabbat, mintha a veséről volna szó.

A lép orthodiagrammjaikat következőképp analizálom. Hosszanti átmérőnek veszem a felső contour legkiugróbb pontját a lép polusával összekötő egyenest. Ennek értéke több száz vizsgálatom szerint 7—14 cm. A harántátmérő, ha teljesen elérő vizsgálatom a lépet, tulajdonképpen nem más, mint a facies gastrica közepén vont hosszmetset legnagyobb szélességi átmérője. Minden egyéb irányban vizsgálatkor, tehát „plastikus léppolus” beállításakor is az előbbinek megfelelő harántátmérőt úgy kapom meg, ha a hosszátmérőre a bal, vagyis a hasfali contour legkiugróbb pontjáról, a mely rendszerint a hasfal vonalás árnyéka, merőlegest húzok a hosszátmérőre. Ha ugyanezt jobbról is megtenném, tulajdonképpen a facies gastrica keskenyebb vagy szélesebb vetületének a harántátmérőjét nyerném, a mi természetesen érték nélküli, hiszen változó, a beállítás önkényétől függ e vetület nagysága. Látni való tehát, hogy gyakorlati értéke tulajdonképpen csak a hosszátmérő meghatározásának van.

A lépfelvétel rendszerint álló, ritkábban fekvő helyzetben történik dorso-ventralis, sokszor tisztán saggitalis beállítással, illetőleg azzal az álláskorrigálással, amelynek a szögértékét az előzetes átvilágítással meghatároztuk. Píllanatfelvétel: 8—9 W, tubus, erősítő ernyő, 20—25 M. A.; időfelvétel: 7—8 W, ernyő nélkül, 150—300 M. A.— másodperc. Kemény contourfelvétel is megfelel a célznak.

* * *

A természetes vagy negatív, ú. n. gázcontrast használatosságát azonban nemcsak a lép, hanem más hasüri szervek vizsgálata is igazolja.

Valóban teljesen elhanyagolt fejezete a Röntgen-diagnostikának a tápcsatorna vizsgálata contrastanyag előzetes bevitele nélkül olyannyira, hogy egyáltalában nem is szokás ilyen módon vizsgálatot végezni. Pedig itt a bélrendszer, főleg pedig a vastagbél gáztartalma az, a mi még feltűnőbb contrastot biztosít, mint a mellkasban a tüdő. A béltractus egyes részei jóformán állandóan gázzal teltek; így a vastagbélhajlat, a harántvastagbél, a gyomor cardialis szakasza, sokszor a sigma, gyakran a bulbus duodeni. A hajlatok a májat és a lépet, a harántvastagbél a vízzel megtelített gyomor alsó polusát jelentetik meg, de az utóbbi sokszor az egész nagy hajlatot is jelzi. Meteorismus esetén különösen kedvezőek ezek a contrastok. A bél redőit és hausráit sokszor bámulusos részletességgel láthatjuk. Jól kivehető skybalák obstipatióra, kicsiny hullámzó tócsák és elszört folyadékükrök nagyobb gázfelhalmozódásokkal tarkítva pedig különböző hasmenésekre jellemzők. Ha a gyomorhólyag megszűkülő, majd ismét kitáguló csőhöz hasonlóan a pars mediába is folytatódik, hypo- vagy atóniás alak vehető fel. Hypersecretiós gyomorban a hullámzó gyomornedv-oszlop magassága leolvasható.

Ascitesnek meteorismussal párosult eseteiben, hacsak nem túlkövér egyént vizsgálunk, álló helyzetben az ascites vízszintes felszíne és ennek hullámzása észlelhető.

A máj megnagyobboldása, például pangás, a bordaív alá érő tumor (olykor a rekeszdomborulon is észrevehető) stb. esetén, Röntgennel is diagnosztikálható, ha a májszél a vastagbél levegőképébe vetítődik.

Már babnyi vesekő, különösen ha nagyobb fajsúlyú, fellelhető átvilágítással, szintúgy a vesecontourok is megjelennek, ha bármely csekély levegőcontrast van a környezetben. A „compressiós exponatorom” igen értékes segédeszköz ilyen alkalmakkor. A vese, helyesebben a vese alsó pólusa, Lilienfeld-Röntgen-sugarakkal átvilágítva, néha ugyan saggitalisan is megjelenik, különösen ha kellő gáz-contrastról gondoskodunk, de megkaphatjuk minden esetben, ha frontálisan vizsgálunk, illetőleg ebből kiindulva és kevésbé a ferdebe forgatva a beteget, a colon levegőképébe vetítjük az alsó pólust. A megnagyobboldott vagy tumoros vese különösen jól mutatkozik.

Hangsúlyozni kívánom, hogy módunkban áll bélfelfúvás útján tetszésszerű mennyiségű levegőt juttatni, esetleg az átvilágítás kontrolljával, a megfelelő bélszakaszig. Ragyogóbb contrastok támadnak ezáltal, mint bármely meteorismus mellett.

Ne elégedjünk meg tehát a mellkasi szervek vizsgálatával, a midőn a beteget átvilágítás céljából minden előzetes előkészítés nélkül a Lilienfeld-Röntgen-cső elé állítjuk, hanem világítsuk át a hasüreget is. Annyi mindenfelé kapunk rögtön feleletet, amennyihez más fizikális vizsgálat csak jóval több idő és fáradság árán segíthet bennünket.

Vastagbélfelfúvós módszerem, különösen ha kellő minőségű fényről és fényirányításról is gondoskodunk, a hasüri parenchymás szervek helyzeti, nagysági és alakváltozásainak a legegyszerűbb és legtekélyesebb diagnosztikai eszköze. A hasüri tumorok topikus diagnosztikájának elengedhetetlen és legcélravezetőbb módszere. A klinikán számtalan esetben demonstráltam a legmeggyőzőbb képekkel nem Röntgen-szakértőknek is olyan eseteket, ahol ez az egyszerű, átvilágítási leolvasás tette feleslegessé vagy korrigálta ki a sok lehetőséget szabadon hagyó, tehát bizonytalan értékű klinikai fejtöréseket. Mindenesetre a nehéz és veszélyes Goetze-Rautenberg-módszert teljesen feleslegessé tette.

A húgycső transzplantációs műtéteiről.*

Irta: Remete Jenő dr., kórházi rendelőorvos.

A sebészet modern vívmányai között első helyet foglal el a transzplantatio, a mely, noha egészen fiatal eljárás, már eddig is kiváló eredményekre vezetett. Még alig egy évtizede, hogy a laboratoriumi kísérletek között felbukkant a trans-

* A budapesti Orvosegyesület 1918 november 16.-án tartott ülésén bemutatott eset kapcsán.

plantatio, s ma már egész sora a transplantatiós s főleg az autotransplantatiós eljárásoknak teljes polgárjogot nyert.

Noha a transplantatio gondolata már az ókor sebészeinél is fel-felbukkant, sőt elszórva végeztek is transplantatiós műtéteket, mégis a mi aseptikus aeránk eléggé nem méltányolt eredménye, hogy ezt az eljárást tudományos alapon kiépítette. Mióta a biológusok felismerték, hogy a környezetétől teljesen izolált állati sejt megfelelő kaulálák között megtartja életképességét, sőt bizonyos határon belül szaporodik is, a sebészek rögtön rávetették magukat a kérdésre s csakhamar úgy elméleti, mint gyakorlati irányban kidolgozták. Így jutottak el addig, hogy a transplantatióknak három csoportját különítették el:

I. Heterotransplantatio.

II. Homoiotransplantatio.

III. Autotransplantatio.

Az első formája a transplantatióknak az, midőn a szövetátültetés más fajú állatból történik, például állati szövetet átültetünk emberbe. Ez az eljárás eddig kevés eredményre vezetett, az ilyen transplantatumok úgy viselkednek, mintha holt szövetet implantálnánk.

A másik formája a transplantatióknak, midőn a szövetet ugyanarra a fajra visszük át, például emberről emberre. A transplantatióknak ez a formája már sokkal biztosabb eredményeket nyújt.

A harmadik, eddig legmegbízhatóbb formája a transplantatióknak az autotransplantatio, a mikor a transplantálandó szövetet az individuum saját testéből vesszük. Itt elesik a faj- és testidegen fehérje által kiváltott, a szövet begyógyulását megakadályozó antitestek zavaró hatása.

A sebész tehát a legtöbb bizalommal az autotransplantatiós eljáráshoz fordulhat, a melynek technikáját és methodikáját a háborús sebészeti tapasztalatok szinte nem sejtett biztonsággal alapozták meg.

Az autotransplantatio sikere különböző tényezőktől függ, amelyek közt, nem tekintve az abszolút aseptist, három tényező jut döntő szerephez: 1. a táplálkozási viszonyok az új, transplantált helyen, 2. a transplantatum nagysága és kiterjedése, 3. a transplantatum életképessége (vita propria, Garré).

A mi a transplantatum sorsát illeti, erre vonatkozó ismereteinket Zoepritz és Stich (Garré iskolája), Gergő, Cuturi és Bonn kutatásainak köszönjük, amelyek majdnem egyhangúan arra az eredményre jutnak, hogy a transplantált szövetek és szervek új működésüknek megfelelően teljesen átalakulnak és szövetileg teljesen alkalmazkodnak az új környezethez.

E cikkünk keretében az emberi húgycsőn végzett transplantatiós eljárásokkal szándékozunk foglalkozni, mert ez eljárásoknak casuistikáját nagyon szép esettel sikerült gyarapítanunk.

Az első, a ki a transplantatiót húgycsőműtétekkel használta, Thiersch volt; 1869-ben az általa felfedezett bőrtransplantatióval próbálta az epispadiasis urethraet gyógyítani. Ez még az aseptikus aera előtt történt és nem vezetett eredményre, úgy hogy teljesen feledésbe merült, csak 30 évvel később próbálkoztak újra francia sebészek, hogy a czomb bőrrel pótolják az urethra hiányait meglehetősen bonyolult módon. Az első sikerült esetet 1898-ban Nové-Yosserand lyoni sebészstanár közölte a Revue de Chirurgie-ben. Ez az eljárás, nem tekintve technikájának nehézségét és bonyolult voltát, meglehetősen kevés eredményt adott, úgy hogy nem igen talált követőkre, hisz maga az eljárás felfedezője is négy tényezőben foglalja össze methodusának hibáit:

1. gyakran nem gyógyul be a transplantatum,
2. a transplantált húgycső szűk marad,
3. a transplantatum begyógyulása után is sipolyok maradnak vissza („En effet, presque tous les malades, qui sont opérés par mon ancien procédé, ont conservé une fistule au point de réunion des deux urètres“),
4. nagyon gyakori a transplantatum necrosis.

E kevésse kecsegtető eredmények készítették a sebészeket arra, hogy csőszerű szerv és szövetdarabok transplantatióját kíséreljék meg a húgycsőhiányok pótlására. E célra alkalmazták: 1. az uretert, 2. a processus vermiformist, 3. a vena saphenát.

1. Elméleti szempontokból az első mód volna a legmegfelelőbb, mivel azonban az operálandó egyén steril ureterét e célra felhasználni nem lehet, a feladat autotransplantatiós megoldása a priori elesik; szóba jöhet az ureter megszerzése vagy friss hullából, vagy pedig frissen operált betegből. Mindkét esetben homoiotransplantatiós eljárást végzünk, amely, mint a homoiotransplantatio általában, meglehetősen kevés eredményt ígér. És csakugyan a különböző szerzőktől (Schmieden és mások) közölt esetek nem nagyon biztatók.

2. A processus vermiformisnak az ureterrel szemben az az óriási előnye van, hogy mivel magából az operálandó betegből vehetjük, a műtét autotransplantatiós lesz és mint ilyen sokkal több reménnyel kecsegtet. Hátránya azonban, nem tekintve a nem egészen jelentéktelen művi beavatkozást, melylyel a vakbélnyúlványt kivesszük, főleg az, hogy nem teljesen steril és csakugyan a sikeres eredményekről beszámoló közlemények (Lexer, Sick, Makai, Lobmayer stb.) mellett meglehetősen számmal közölnek rosszul lefolyt, eredménytelen esetet. Mint Lexer mondja: „Wenn es gelingt, ein mit Schleimhaut bereits bekleidetes Ersatzstück einzuheilen, so ist ein überlegener Erfolg zu erwarten“, ezért választotta ő a feregnyúlványt. Azonban a transplantatum postoperativ szövetvizsgálata kiderítette, hogy elsősorban a transplantatumot kibélelő hámszövet esik áldozatul az új helyen a metamorphosisnak, később pedig a transplantatum összes rétegei az új physiologiai functióknak megfelelően átalakulnak (Sick, Cuturi, Bonn, Stich, Zoepritz), ezért a Lexer által annyira kiemelt előny csak ideiglenesen marad meg, miért is,

3. a vena saphena az, a mely abszolút sterilitása, könnyű megszerzése mellett a sima gyógyulásra a legtöbb reményt nyújtja.

Mert, mint főleg Cuturi-nak a transplantatum postoperativ sorsára vonatkozó alapvető szövetani vizsgálataiból tudjuk, az összes húgycsőpótlások tulajdonképpen a húgycső postoperativ kanalizálására csak az alapot, csak a vázat szolgáltatják, a húgycső hiánya tulajdonképpen a húgycső-csonkából pótlódik.

Az eddig elmondottakat egybevetve, könnyen belátható, hogy elméleti szempontokból a húgycső pótlására szolgáló transplantatumok közt első helyen a vena saphena áll és csakugyan a vena saphena autotransplantatiójáról szóló dolgozatok azok, amelyek a legkedvezőbb gyakorlati eredményeket mutatják.

Az első ily esetet Tanton közölte 1909-ben. 3 cm. hosszú vena-darabot transplantált sikerrel. Majd Eiselsbergnek sikerült egy 5, Schäfer-nek egy szintén 5 és nekem, mint a következők mutatják, egy 8 cm.-es venadarabot transplantálni, noha Garré legfeljebb 6—7 cm. hosszú venát tart szigorúan keresztülvitt aseptis mellett autotransplantatióval még átültethetőnek. Esetem a következő:

K. Károly, 23 éves közlegény 19 éves korában a Szt. István-kórházban feküdt az orificium externum sclerosisa miatt. Nyilvánvalóan ennek következményeképp súlyos húgycsőszűkület fejlődött következményes húgyretentióval, a mihez később még kiterjedt húgyinfiltratio járult; az e miatt szükséges műtét a gát és húgycső igen kiterjedt callosus hegesedésére vezetett.

A beteg 1918 január hó 29.-én került a XVII. számú helyőrségi kórház sebész-urologiai osztályára a következő állapotban: Magas termetű, elég jól táplált, középerős férfi. Scrotuma elephantiasis-szerűen megduzzadt, a megnagyobbodás főleg a scrotum baloldalára vonatkozik, de ráterjed a bal lágyéktájékra is. A bal lágyéktájon és a bal herezacskón hatalmas, túltengő, „keloidszerű“ heg, a melynek a közepén papillaris kinövésektől körülvevő tág húgycső-fistula nyílik. Az egész scrotum és a czombok belső felülete ekzemás. A praeputium a mákkal részben összenőtt, a külső húgycsőnyílás hegesen szűkült. A 12-es (Charrière) átmérőjű gombos kutatót még átbocsátja ugyan, de ez már 8 cm. mélységben callusra talál és innen egészen a pars fixa mélyéig a húgycső callosus szövettel látszik kitöltve. Vizeletkor a vizeletnek csak kisebb része ürül a húgycsővön át, nagyobb része a sipolyon keresztül távozik. A beteg $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ óránként vizelet, éjjel is 5—8-szor, gyakori kínzó tenesmus mellett. A vizelet genyes, zavaros, bő üledékkel

Diagnosis: Stricture urethrae maxim. gradus, fistula urethrae, cicatrices urethrae, regionis inguinalis et scroti. Cystitis chronica ammoniacalis, retentio urinae chronica majoris gradus.

Therapia: Mindenekelőtt (belsőleg amphotropint, illetőleg urotropint és diuresises teát adagolva) filiformist próbálunk a húgycsőbe bevezetni és ezzel a szűkületen áthatolni, ez azonban többszöri próbálkozás ellenére sem sikerül, a miért a betegnek a gyökeres műtétet ajánljuk.

Ennek előkészítésére február 20.-án helyi anaesthesiában Witzel-féle suprapubikus hólyagfistulát készítünk, a mikor az erősen tágult hólyagból kb. 2000 gramm residuális vizelet ürül.

A hólyagot állandó draina mellett ezüstkészítmények oldatával szorgalmasan kezeljük, úgyszintén a kiterjedt chronikus ekzemát is. Ez utóbbi gyógyulása után a hatalmas scrotalis és húgycső-infiltratumot kezeljük párakötésekkel. Több heti kezelés után az infiltratum jelentősen visszafejlődik és a húgycsőfistula látszólag zárul.

Miután állandóan folytatott ilyenemű palliatív kezeléssel a hólyag expulsiv erejét csaknem helyreállítottuk, a vizelet is feltisztult és végül ismételtelen végzett bakteriologiai vizsgálattal meggyőződünk, hogy semmi-féle virulens pathogen mikroorganizmust nem tartalmaz, május hó 18.-án morphin-athernarcosisban **gyökeres műtétet** végzünk, a következő technikával:

Először feltárjuk az egész gátat és a herezacskónak alsó felét a középvonalban (raphe), amíg az urethrára, illetőleg ennek callositására bukkanunk. Most a hólyagfistulán keresztül retrograd szondával behatolunk a húgycsőbe egészen addig, míg a callositásban megakad. Ezt a szondát ebben a helyzetben az egyik segéd rögzíti. Meatotomiát végezve, a húgycső stenosisa miatt előlről is bevezetünk egy fémszondát a pars pendulába, amíg csak a callositas, illetőleg a strictura enged, s ezt a szondát is átadom a segédnek. Most kitűnik, hogy a két szonda közti impermeabilis húgycsőrészlet kb. 9 cm. hosszú. Mélyen bemetszve a callosus tömegbe, megpróbáljuk a húgycső lumenét megtalálni, ez azonban csak itt-ott mutatkozik fonalvékonyságban. Ezek után megnyitóm az elülső szonda csúcsánál az urethrárt, kiproeparálom az egész heget egészen az alsó szonda csúcsáig és a heges masszát a vele összefüggő, a gátra terjedő hegköteggel együtt reszekálom. Az ily módon előállított óriási húgycsőhiány még akkor is tátong, a mikor a húgycsőcsonkokat ad maximum mobilizálom, miért is a vena saphena autotransplantációjára határoztam el magamat, mert a hiány kb. 8 cm-nyi marad. A jobb vena saphenának 8 cm-nyi darabját kivéve és meleg konyhasóoldattal leöblítve, felhúzó az előre kikészített kautsuk-katheterre és beillesztem a húgycső defectusába, alul is, felül is Carrel-varrattal rögzítem, és két rétegben periurethralis szövettel borítom a venát. Az alsó sarokba egészen kis, a felső sarokba valamivel nagyobb gaze-síkot helyezek és bőrvarrattal zárom az egész sebet, miután a bal heretájon levő fistulát felrészítettem s a belső epithelialis réteget reszekálom. Itt is kis draint helyezek el és a sebet bevarrom. A hólyagfistulába behelyezett Pezzer-katheterrel a vizelet állandó levezetését újra biztosítom és a beteget megfelelő kötéssel látom el.

A műtét estéjén a hőmérséklet 37.5° C., azután láztalan a lefolyás. Május 23.-án eltávolítom a draineket a sebből, de a fistulában meghagyom. 25.-én eltávolítom a varratokat, mikor is a fistula körül a scrotum bal felében diónyi zárt tályogra bukkanunk, a melynek genyje a bakteriologiai vizsgálattal sterilnek bizonyult és csakugyan nem is zavarta különösen a gyógyulást, csak ennek az üregnek sarjadzás útján kitérdőse, mert a húgycsővel közlekedett, igényelt hosszadalmas utókezelést. Nyolcz nappal a műtét után catheter-csere; az új catheter bevezetése akadály nélkül sikerült, jelétül annak, hogy az implantált vena saphena begyógyult. A fistula kezelése miatt még többször történik catheter-csere, a vizelet levezetése pedig még mindig a hólyag-sipoly útján megy végbe.

Három héttel a műtét után a hólyagfistulát zárom, míg a húgycső-fistula már csak finom rövid járat, mely azonban a húgycső eme részében csekély heges deviatióra vezet.

További két hét alatt teljes gyógyulás. A húgycső 24 sz. Charrière-szondát átbotcsát, a beteg jó sugárban, residuum nélkül vizelet, a rokkant katona szolgálatképes lett.

Az október 2.-án végzett ellenőrző urethroscopia a következő leletet adja: A húgycső és a vena elülső egyesülési helyén kis húgycsődeviatio és itt egy fehéresen csillogó, körkörös heg, mely baloldalt kissé szélesebb, különben 1—2 mm-es fehéres sávot alkot. A húgycső nyálkahártyája rózsaszínű, rendez centralis figurával. Az alsó egyesülési helynek megfelelő helyen a nyálkahártya valamivel halványabb, de nem heges.

Irodalom. Albarran: *Medicine operatoire des voies urinaires.* Paris. — Axhausen: *Über Implantation und Transplantation.* Fortschritte der naturwissenschaftl. Forschung, 1912. — Borst und Enderlen: *Über Transplantation von Gefässen und ganzen Organen.* Deutsche Zeitschrift f. Chir., 1909. — Capelle: *Berliner klin. Wochenschrift*, 1908, 45. szám. — Carrel: *Über Gefäßtransplantationen.* 1905. — Carrel: *Journal of the americ. Med. Assoc.*, 1908. — Carrel: *Transplantation of bloodvessels and organs.* Lissaboni orvosi congressus, 1906. — Doupley: *Sur le traitement chirurgical de l'hypo- et l'epispadias.* Paris. — Garré: *Über Gefäß- und Organtransplantation.* Deutsche med. Wochenschrift, 1904. — Garré: *Über Gefäß- und Organtransplantation.* 1909. — Gouthrie: *Transplantation of Organes.* Journal of the Americ. med. Association, 1910. — Gouthrie: *Venentransplantation.* 1905. — Heller: *Transplantation.* Ergebnisse der Chirurgie und Orthopädie, 1910. — Lexer: *Über freie Transplantation.* Archiv für klin. Chirurgie, 1911. — Lexer: *Der Ersatz eines Harnröhrendefektes durch den Wurm-*

fortsatz. Med. Klinik, 1911. — Legueu: *Chirurgie urologique.* Paris. — Marion: *Traitement moderne des ruptures de l'urètre.* Journal d'Urologie, 1913. — Novè-Josserand: *Sur une nouvelle méthode de restauration uretrale dans l'hypospadias.* Revue d. Chir., 1898. — Novè-Josserand: *Hypospad. perineoscrotal total guéri par le procédé de la greffe autoplastique.* Lyon méd., 1906. — Novè-Josserand: *Hypospadias. perineal.* 1907. — Novè-Josserand: *Traitement des formes graves d'hypospadias. par la tunnelisation avec la greffe dermo-epidermique.* Annal. des malad. gen.-urin., 1909. — Payr: *Gefäßtransplantation.* 1900. — Pels-Lensden: *Über Transformation mit periosttransplanterter Knochenstücke.* Charité-Annalen, 1908. — Reverdin: *Transplantation de peau de grenouille sur les plaies humaines.* Archiv de médec. expérimentale, 1892. — Ribbert: *Beiträge zur Regeneration und Transplantation.* Deutsche med. Wochenschrift, 1904. — Schmieden: *Eine neue Methode zur Operation der männl. Hypospadias.* Archiv für Chirurgie, 1910. — Stich: *Archiv für klin. Chirurgie*, 83. kötet. — Stich-Zoepritz: *Ziegler's Beiträge zur patholog. Anatomie*, 1910. — Stettiner: *Epispadie-Hypospadias.* Ergebnisse der Chirurgie, 1913. — Stilling: *Die Entwicklung transplantierter Gewebsteile.* Verhandl. der pathol. Gesellschaft, 1903. — Stilling: *Versuche der Transplantation.* Beiträge zur path. Anat., 1910. — Tanton: *La transplantation veineuse pour l'autoplasie de l'urètre.* La presse méd., 1909. — Tanton: *Autoplasie urétrale par transplant. veineuse.* Rev. d. Chir., 1910. — Thiersch: *Über Entstehung u. Behandlung der Epispadie.* 1869. — Verebely Tibor: *A sebészi átültetésről.* Természettud. Közlöny, 1912. — Gergő Imre: *A szövetek és szervek transplantációjának mai állása.* Orvosi Hetilap, 1913.

IRODALOM-SZEMLE.

Lapszemle.

Belorvostan.

A strychnin használatáról vérkeringési gyengeségben ír Jagic tanár osztályáról *Schiffner*. A strychnin a vasomotorokra biztosan ható szer s ennek megfelelően főleg azon keringés-zavarokban javalt a használata, a melyekben érhűdés az ok, így operatiós shock, mérgezési collapsus és heveny ferőző betegségek okozta vérkeringési zavar eseteiben. Hatása gyorsan áll be, erős és kellemetlen melléktünetektől nem kísért. A napi adag 3—4 milligramm, legcélszerűbben a bőr alul vagy intravenásan. Heveny esetekben célszerűen kombinálható strophantinnal (1/2 milligramm strophantin és 3 milligramm strychnin). Végül még felemlíti a szerző, hogy *Wenckebach* szerint a strychnin kis adagokban (2 milligramm pro die) belsőleg adva sokszor kitűnő szolgálatokat tesz az extrasystolia megszüntetésére. (Mediz. Klinik, 1919, 39. sz.)

A táplálék fehérjeminimumáról szóló fejtegetésében *Brugsch* tanár arra az eredményre jut, hogy abszolút fehérjeminimum nincs, hanem csak relativ fehérjeminimumról beszélhetünk, a melynek nagysága minden táplálékfehérjére külön állapítandó meg. A közepes munkát végző, 70 kiló súlyú emberre nézve az a fehérjemennyiség tekintendő optimálisnak, a mely körülbelül 70 gramm resorbeálódó fehérjét (75—80 gramm nyers proteint) szolgáltat, calorice elegendő (vagyis mintegy 3000 caloriát adó) táplálékban; a *Voit*-formulában szereplő 118 gramm fehérje már superoptimalis. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1919, 29. szám.)

A trypaflavin használatáról fertőző betegségekben ír *Bohland* tanár (Bonn). Használta influenzában, pneumoniában, a húgyutak heveny coli-fertőzésében és sepsisben, még pedig általában jó eredménnyel. A szájon át adását nem ajánlja, még geloduratcapsulákban sem, mert erős hányást okoz. Legjobb intravenásan adni az 1:200 oldatból 10—40 cm³-t; ez az adag többször is megismételhető, minden káros következmény nélkül. Gyermekek is jól tűrik az említett oldat befecskendezését 5 cm³ mennyiségig. Kizárandók a kezeléssel a heveny haemorrhagiás nephritisben szenvedők. (Deutsche med. Wochenschrift, 1919, 29. szám.)

Szülészet és nőorvostan.

A ráknak nagyfeszültségű áramokkal való Röntgenkezeléséről ír *Warnekros* a Bumm-klinikáról. Az idáig rendelkezésre álló keménységű Röntgen-sugarakkal a túlmélyen fekvő és kiterjedten carcinomás területeket vagy egyáltalán nem, vagy csak a felületes ép szövetrétegek súlyos bántal-

mazása árán tudtuk befolyásolni. Minden igyekevény oda irányult tehát, hogy a Röntgen-sugarak keménysége lehetőleg fokoztassék. A sugarak keménysége egyenes arányban áll a feszültséggel. Az eddig alkalmazott feszültségek, a melyek üzembiztos transzformátorral elérhetőek voltak, 140 és 160 ezer Volt között ingadoztak. Az absorbtíós veszteség centiméterenként 13—16%-ot tett ki. Ily viszonyok mellett mélyen fekvő rákos fészkek kellő eredménnyel nem voltak besugározhatók. *Dessauer*-nek sikerült először olyan magas feszültségű transzformatort konstruálni, melynek üzembe vétele mellett 250 ezer Volttal dolgozhattak volna. Az eddig használatban levő lámpák ezt a nagy megterhelést nem bírták el, míg végre a Weifa-művek által szállított Fürstenau-Coolidge-csővek most már rendelkezésünkre állanak. Ezek a lámpák 220 ezer Voltot nagyon jól elbírnak és mivel az így elért extrém keménységű sugarak absorbtíós vesztesége centiméterenként csak 10—11%, a klinikai követelményeknek teljesen megfelelnek.

Az első próbakísérletet corpus-carcinoma esetében tették, a melyben a tátongó és már rákosan beszűrődött nyakcsatornán keresztül a jelentékenyen megnagyobbodott méh üregének egész terjedelmében való rákos burjánzása jól volt tapintható. Az 53 éves asszony állandóan lázas és a legnagyobb fokban cachexiás. A méh retroflexióban és a környezettel erősen összekapaszkodott. *Warnekros* az eset kapcsán körülményesen leírja az ily nagykeménységű sugarakkal való dolgozás technikáját és még hozzáteszi, hogy tekintettel a beteg nagyfokú anaemiájára, továbbá a várható Röntgen-shockra és ama körülményre, hogy minden intenzív Röntgenbesugárzás a vér összetételében súlyos elváltozásokat idéz elő, kénytelenek voltak a betegben vératómlészt alkalmazni. Négy mező besugárzása után tíz nappal az ichorosus folyást genyes serosus folyás váltotta fel és a nyakcsatorna is teljesen záródott. A nyakcsatornából és a méh üregéből kürettel kihozott szövetdarabkák már nem a carcinoma, hanem az endometritis purulenta képét mutatták. Tekintettel a páratlanul kedvező eredményre, a további besugárzástól elállottak. A nyolcznaponként többször megismételt próbakaparással kihozott szövetdarabkák ezután sem adták a rák képét. A betegnek inoperabilis carcinomája tehát klinikailag gyógyultnak tekinthető. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1919, 32. szám.)

Húgyszervi betegségek.

A húgyhólyag-papillomák kezelésére *Prätorius* néhány év előtt a papilloma-bolyhok nekrotizálását collargoldattal ajánlotta. Technikája röviden a következő: A hólyag kiürítése és érzéstelenítése után Nelaton-katheterrel 5 cm³ 20%-os collargoldatot fecskendezünk a hólyagba két egymást követő napon; az oldat lehetőleg hosszú ideig visszatartandó; utána hólyagöblítés; az eljárás egy hét múlva megismétlendő. *E. Müller* az erlangeni sebklubján jó eredménnyel használta a jelzett eljárást s azért ajánlja olyan esetekben, a melyekben a beteg kora miatt nagyobb operatív beavatkozás lehetőleg mellőzendő, vagy a melyekben a beteg nem vehető rá műtetre. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1919, 26. szám.)

Vegyes hírek.

Kérjük igen tisztelt előfizetőinket, hogy a magyar orvosi kulturát immár 63 esztendeje hiven és önzetlenül szolgáló lapunk további fennállásának lehetővé tételére a folyó évre 20 korona pótdíjat juttassanak el hozzánk. A még mindig elég tetemes számú hátralékos előfizetési díjak beküldését is kérjük.

Kinevezés. *Minich Károly* dr.-t a fővárosi jobbpárti kórházak igazgatójává, *Entz Béla* dr.-t, *Venczel Tivadar* dr.-t, *Scipiadés Elemér* dr.-t, *Kacsvinszky János* dr.-t, *Obál Ferencz* dr.-t, *Adám Lajos* dr.-t, *Szinnyei József* dr.-t, *Tornai József* dr.-t, *Borbély László* dr.-t, *Beck Samu* dr.-t, *Péteri Ignác* dr.-t, *Horváth Ferencz* dr.-t és *Szfrának János* dr.-t a fővárosi kórházakhoz főorvossá nevezték ki.

Kiseb közlemények az orvostudomány köréből. *Kraus* tanár szerint *hypertonia* eseteiben legfontosabb a víz- és sóbevitel korlátozása, továbbá a szűkös koszt; innen a háború kedvező befolyása a

hypertoniára. (Berlin. med. Ges., okt. 29.-i ülés.) — *Emlőrák* 20 esetében *van der Haer* a gyökeres műtét után 2—3 hétig sugaras kezelést használt; közülük 12 a műtét után 3 évvel még recidivamentes; ugyanígy kezelt bélrák 5 esete is recidivamentes maradt. (Tijdschr. voor Geneesk., 1919, okt. 11.) — *Orrplastica* esetét közli *Schloffer*, melyben a homlok bőréből készített orr két évvel a műtét után működésképes, a facialistól beidegzett izomszövetet tartalmazott; a transzplantált bőrelvényen tehát izomzat tapadt, a mely új idegösszeköttetésbe lépett. (Wiener klin. Wochenschr., 1919, 42. szám.) — *A vérkeringés zavarai*ban, főleg szív- és vesebajokban, *Hauffe* az időnkénti hasonfekvés mellett ajánlja, hogy főleg az erek és belek az állandó hátonfekvés mellett reájuk nehezedő nyomás alul időnként felszabaduljanak. (Zentralbl. f. inn. Med., 1919, 43. szám.)

„Praktische Psychologie” címmel új havi folyóirat indul meg *Moede* és *Piorkowski* szerkesztésében, a leipzigzi S. Hirzel-czég kiadásában.

Franciaország népességmozgalma az 1913—1917. évben a következő volt:

Év	Házasságkötések	Születés (élveszületettek száma)	Ha'alozás a polgári lakosság köréből
1913	247.880	604.811	587.445
1914	169.011	594.222	647.549
1915	75.327	387.806	655.146
1916	108.562	315.087	607.742
1917	158.508	343.310	613.148

Tetszhalál esete történt az elmúlt hetekben Berlin lakosságát. 23 éves nő 1.7 gr. morphiumot és 5 gr. veronalt vett be öngyilkossági szándékból a grunewaldi erdőben; az időjárás akkoriban esős, nedves volt, a hőmérsék pedig +1° körüli. A nőt másnap találták meg, némi életjelt még adott, de a szállítás közben látszólag meghalt, úgy hogy hullaházba vitték, a hol az orvos merevséget, halotthalvány-ságot, teljes reflexhiányt állapított meg; légzés, szívhangok nincsenek; a bőre cseppentett pecsétviaszk nem adott bőr-reactiót. Erre nedves ruhában koporsóba helyezték. 14 órával később egy törvényszéki hivatalnok a hulla személyazonosságának megállapítása végett kinyitatta a koporsót, rémületen veszik észre, hogy az orczák kékeszintűvé változtak és a gégefe kiskokban mozog; légzés és érverés most sincs, néhány tompa szívhang azonban hallható. A kórházba szállítva, megfelelő kezelésre egy óra múlva a pulsus érezhetővé kezd válni és 2—3 perccenként egy-egy rövid, lökészerű inspiratio észlelhető; további egy óra múlva a bőr élénkpiros, a pulsus-szám 50—60, a légzés szabálytalan, felületes, csak időnként mélyebb. Másnapra magához tér az illető; ily állapotban az egyébként okvetetlenül halálos morphium-adag felszívódása is nagyon kétségtelenné vált. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1919 46. szám.)

Személyi hírek külföldről. *M. Oberst* sebészt a hallei egyetem tiszteletbeli rendes tanárává nevezték ki. — A marburgi egyetem sebészeti tanszékére *A. Laven* leipzigzi címzetes tanárt hívták meg. — *Hunte-müller* docent a giesseni egyetemen a higiéné és bakteriologia rendkívüli tanárává nevezték ki. — *Schottelius* tanár, az ismert higienikus, a freiburgi egyetem higiéné-intézetének volt igazgatója, szeptember vége óta eltűnt; az eddigi kutatások még nem vezettek nyomra. *Schottelius* november 15.-én ülte volna 70. születésnapját.

Meghalt. *Hallopeau* tanár, a hírneves dermatologus, 77 éves korában Párisban. — *Stierlin* tanár, a müncheni sebklubika főorvosa.

JÁNOS-SANATORIUM I., Városmajor-utca 68. sz. TELEFON: 8-18, 119-89. sz. Szülészeti osztály (bentlakó szülészorvos és két bentlakó osztagos orvossal). Sebészet. Nőgyógyászat. Belgyógyászat. Röntgen- és orvosi laboratórium bejárókna is. Kitérő fekvés. Elsőrangú ellátás. Diätikus- és hidokúrák. Jól működő központi fűtés és melegvízellátás. Villamos megálló: Retek-u. (Trombitásnál).

Dr. JAKAB-féle LIGET-SANATORIUM VI., Nagy János-utca 47. szám. Diätás, diagnostikus és physikotherapiás gyógyintézet bel- és idegbetegek részére. Vegyi és bakteriologiai laboratórium, külső vizsgálatokat is rendszeresen végez. Vizgyógyintézet, inhalatórium, Zander-féle gyögmecanikai osztály bejáró beteg részére is.

Fővárosi Fásor Sanatorium R.-T.

Igazgató főorvos: Dr. Nádasy István. Gyógyintézet igazgató: Fészi József. Budapest, VII., Vár-sligeti fásor 9. Telefon: József 15 26. Igazgató telefonja: József 26—21. Magán-gyógyintézet sebészeti, női és belgyógyászati betegek részére. Teljesen modern új szülészeti és sebészeti osztályal és kórtérmekekkel kibővítté.

Szt. Gellért gyógyfürdő és szálló Budapest A régi nagyhirű Sárosfürdő 47° C forrásal

Termális és fisikoterapiás gyógyintézet. Iszap-, szénsavas fürdők, vizgyógyintézet, pneumatikus kamra, inhalatórium, gépgyógyászat, villam- és fénykezelések stb. Diätas konyha. Belső bajokban szenvedők számára. Laboratórium. Röntgen. Vezető főorvos: Dr. Benczur Gyula, egyet. magántanár. Gépgyógyászat: dr. Erdős Géza. Röntgen-laboratórium: dr. Simonyi Béla.

Kívánatra prospektus.

Kívánatra prospektus.

PÁLYÁZATOK.

1626/1919. i. sz.

A vármegyei közkórházban szeptember 20.-án lejárt pályázat nem intézhető el, minthogy a kérvények nagy része a postaforgalom itteni eddigi hiánya miatt csak nagyon elkésve érkezett.

Ezért az üres két **segédorvosi állásra** új pályázatot hirdetek. Javadalom: lakás, fűtés, világítás, teljes ellátás, továbbá ezidőszerint évi 1600 kor. fizetés, a szabályszerű járulékokkal. Határidő **1919 december 14.** Kérvényhez melléklendő az oklevél hiteles másolata is.

Ki az első pályázatban is most előírt módon résztvett, szíveskedjék fenti időpontig nyilatkozni, ha fentartja ezúttal is kérvényét; ha nem érkezik hozzám ily nyilatkozata, visszaléptetnek fog tekinteni.

S z o l n o k, 1919 november 22.

Az igazgató-főorvos.

5205/1919 szám.

A kilencz községből álló **szügyi körorvosi állásra** pályázato hirdetek. Körorvos székhelye a körön kívüli Balassagyarmat, a községeket havonként egyszer kell beutazni. Illetmények: 1600 kor. törzsfizetés a törvényszerinti korpótlékokkal, 800 kor. lakáspénz, 1.00 kor. útiátalány, 1200 kor. háborús segély és havi 4 0 kor. drágasági pótlék. Kellően felszerelt kérvények f. évi december 30.-áig nyújtandók be, a választást **január 8.-án d. e 10 órakor** hivatalomban fogom megejteni.

B a l a s s a g y a r m a t, 1919. évi november hó 24.-én.

Baross s. k., főszolgabíró.

HIRDETÉSEK.

Szigorló-orvos

(kórházi gyakorlattal), kórházi állást keres. Cím: VIII., Kúntutca 12. szám, IV. emelet, 35. ajtó.

Dr. Pécsi Dani és Dr. Pécsi István

oltóanyag termelő-intézete

a magyar allami serum termelő intézet szétküldő osztálya.

Himlőnyirok

Dyphtheriaserum

Budapest, II. ker., Margit-körut 45.

FLUORIN KISS

Pastillánként 0.5 gr. Zincum Sulfuricum, Natr. Chloratum, Cuprum Sulfuricum és 1.5 gr. Alumen Crudumot tartalmaz.

Fiolákban 20-20 pastilla.

A fluor albus kezelésénél kényelmes és pontos adagolásánál fogva hiányt pótló készítmény.

Kapható minden gyógyszerárban.

Készíti: KISS A. ANDOR GYÓGYSZERÉSZ

Budapest, Fortuna-gyógyszertár

VII., Dob-utca 80. szám. — Telefon József 13-34.

Dr. Pápay-féle oltóanyag- és serum-intézet r.-t.
VI., Teréz-körut 31. Tel.: 20-19.

Alapítási év 1887.

HIMLŐNYIROK

Enyhe, huzamos immunitást kölcsönző, járulékos csiráktól biztosan ment készítmény. Hygienikus istállóztatás. Allatorvosi felügyelet. Borju-oltás előtt tuberculin-próba.

Polyvalens
„Grippe“-serum

septikus bronchopneumoniák kezelésére.

Magas titerű antiinfektívus és antitoxikus serumok:

Dysenteria Skarlát

Streptococcus

Meningococcus

Diphtheria Tetanus

Anthrax

Pneumococcus

fertőzések ellen.

Tuberkulin

Cholera Typhus
oltóanyag.

„Opsogon“

„Opsodermin“

magas immunizáló értékű specifikus vaccinák

gonococcus és

staphylococcus

fertőzésekénél.

Steril, intramuscularis injectióra szolgáló

Tej-készítmény

sycosis, furunculosis, sebfertőzések, erysipelas stb. esetében.

Specifikus diagnostikumok. Specifikus agglutináló és präcipitáló savók. Ingredientiak a Wassermann-reactióhoz

Wassermann-vizsgálóállomás.

Vegy-, bakteriologiai-, serologiai-, szövettani vizsgálatok. Autovaccina-készítés.

Marberger Gyula

orvos gyógyszerészeti laboratoriuma ismét szállítja a már régebben bevált készítményeit:

Maltocol

Maltosucco

Glykomaltin

Arsorobin

Argosol Hydarsol Optocalcil

stb. és a mindennapos gyakorlatban szükséges

subcutan oldatokat phiolákban „PROMT“
szóvédjeggyel.PASTILLA
D'WANDER

FORMALDEHYD KÉSZÍTMÉNY
BELSŐ HASZNÁLATRA.

A SZÁJÜREG, GARAT ÉS TOROK DESINFICÁLÁSÁRA A LEGALKALMASABB.
SZÁJVIZ ÉS TOROKÖBLÖGÉTO OLDATOK HATÁSÁT ÁLLANDÓSITJA.

•PURGO•

az ideális hashajtó
gyermek, felnőttek és fekvő-
betegek részére

MERLUSAN

bevált antilueticum és antigonorrhöicum

EBAGA

zsirtalan kenőcsök
dermatológiai és ophtalmológiai célokra

Dr. Bayer & Co., vegyi gyár
Budapest

Sulfotin

Kalium sulfoguaajacolicum syrup, békebeli minőségben
200 gr-os üvegekben.

Arsotonin

a monomethydnatriumarse-
nat isotoniás oldata steril
ampullákban, subcutan in-
jekciókhoz.
20 és 100 ampulás csoma-
golásban

Domopon

Az összes opium alkaloidia-
kat tiszta állapotban tartal-
mazó készítmény.
Tablettákban, ampullákban
és üvegekben.

Novatropin

Strychnotonin Protal

Cadogel Domargin

Ventrobaryt Retrobaryt



„CHINOIN”

gyógyszer és vegyszeti termékek gyára r.-t.
(Dr. Keresztély és Dr. Wolf)

UJPEST

Ismét kapható!



Vas- és phosphortartalmú tápláló és erősítő szer.

Brom-Fersan-pastillák.

Fersan-por.

Fersan-pastillák.

(à 0.5 g. vagy à 0.25 g.)

Sápkórság, vérszegénység, rachitis, neurasthenia,
gyengeségi állapotok, étvágytalanság és tubercu-
losisnál.

Könnyen resorbeálható vas-acidalbumin, megbiz-
ható és olcsó.

Magyarországi főraktár:

Dr. FILO JÁNOS

gyógyszertára

BUDAPEST, VIII., Mátyás-tér 3.

Kapható minden gyógyszertárban.

Orvosi irodalom és minta kívánatra ingyen.

Sanguiferin

Dr. Pallay

(Elixirium Ferri albuminati Pollatsek)

seu combinationes:

c. arseno mite, c. arseno forte, c. phosphoro

Tonicum

Neuroticum

Haemodynamicum

Stomachicum

Roborans

Anaemia

Chlorosis

Neurasthenia

Idegés kimerültség

Táplálkozási zavarok

Fejlődési visszamaradottság

Gyermekágyas és szoptató nők

vérszegénysége esetében stb.

Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Hoechst Majna m.

NOVOCAIN

ideális
helyi érzéstelenítő

nem mérgező, nem izgató, biztos hatású,
sterilizálható, 0,5–20% suprareninnel.

Eredeti csomagolás:

100 amp. 2% 1, ill. 2 ccm. tabletták
és oldatok különböző adagolásban.

SUPRARENIN

hatalmas
szív- és véredénygyógyszer.

Adstrigens, hämostatikum, tonikum.
0,1–1 ccm. oldat 1:1000, ill. 1 tabl. à 1 mg.

Eredeti csomagolás:

Üvegekben à 10 és 25 ccm.
10 amp. 20 tabl. à 1 mg.

MIGRÄNIN

legjobb
migränellenes szer.

Antineuralgikus, antipyretikus és analepti-
kus hatású, 1–3-szor naponta 1 tablettá
à 1,1 gr.

Eredeti csomagolás:

5 tablettá à 1,1 gr.
21 „ à 0,37 gr.

HYPOPHYSIN

(A glandula pituitaria hátsó lebenyének hatásos alkatrészei, oldat (01:001))

szülőfájdalmaknál és szívtonikum.

Tulajdonságai:

vegytisztá, pontosan adagolt, egyenlő hatású, tartós.

Indicatiók:

Szülészet: gyöngye szülési fájdalmaknál, szülésnél félálomban, sectio caesarea, szülési vérzéseknél, dysmenor-
rhoea, amenorrhoea, stb.

Sebészet: collapsus, műtétek utáni szívbénulás stb.

Belgyógyászat: toxikus vérnyomáscsökkenésnél, diabetes insipidus, asthma (suprareninnel kombinálva), osteo-
malazia stb.

Adagolás:

0,5–1 ccm. szükség szerint ismétlendő.

Belsőleg: 1–2 tablettá.

Eredeti csomagolás:

3, ill. 5, ill. 10 ampulla.

10 ccm. 20 tablettá à 1 mg.

Irodalom és minták az orvos urak rendelkezésére állanak.

MELUBRIN

igen hatásos
antirheumatikum.

Belsőleg és injectiókra jól tűrik.
3–4-szer napjában 1–2 tablettá.

Eredeti csomagolás:

10, ill. 25 tabl. à 1 g.
10 amp. à 2, ill. 4 ccm.

ALIVAL

szerves
jódkészítmény.

Injectiókra, külsőleg és belsőleg, 63% jód,
jól tűrik. Lues, arteriosklerosis stb.

Eredeti csomagolás:

10, ill. 20 tabl. à 0,3 g
5, ill. 10 amp. à 1 g Alival.

NIRVANOL

iznélküli
altatószer.

Megbízható, jól tűrt, ártalmatlan. Belsőleg:
1 tablettá à 0,3 gr., ill. 0,5 gr.

Eredeti csomagolás:

15 tabl. à 0,3 gr., ill. 10 à 0,5 gr.
10 amp. à 4 ccm.

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség:
IX., Knežits-utca 15.

Megjelenik minden vasárnap

Egyes számok kaphatók Kilián
Frigyes egyetemi könyvkeres-
kedésében (Váci-utca 32. sz.)
Egyes szám ára 2 korona
50 fillér.

ALAPITOTTA,

MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

SZERKESZTI ÉS KIADJA

LENHOSSÉK MIHÁLY ÉS SZÉKELY ÁGOSTON

FŐSZERKESZTŐ.

SZERKESZTŐ.

Küldemények és előfizetések címe

Orvosi Hetilap szerkesztősége és kiadóhivatala Budapest, IX., Knežits-utca 15. sz.

Hirdetések kizárólagos felvétele

Pesti Alfréd "PETŐFI" irodalmi vállalata, Budapest, VII., Kertész-utca 16. szám.

FOLYTATTA

ANTAL GÉZA és HÓGYES ENDRE.

Kiadóhivatal

IX., Knežits-utca 15.

Előfizetési árak:
1919 novemberétől:

egész évre ... 120 kor
fél évre ... 60 "
negyed évre ... 30 "
Orvostanhallgatók, szigorló
orvosok és a kötelező kórház
gyakorlatot teljesítők a felét
és a portót fizetik.

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Lorenz Hugó: A labyrinthusmútét javalatai, különös tekintettel a postoperatív labyrinthitisre. 425. lap.
Puhr Lajos: Közlemény a budapesti m. tudományegyetem II. sz. kórboncolástani intézetéből. (Igazgató: Krompecher Ödön dr., egyet. nyilv. rendes tanár.) Atypusos typhus esete, 428. lap.
Safranek János: Az orr- és gégeorvostan fejlődése a gégetülkrozés felfedezésétől napjainkig. 429. lap.
Irodalom-szemle. *Lapszemle. Belorvostan. M. Rosenberg:* A plantaris pont diagnostikai értéke. — *Wörner:* A galaktose-próba jelentősége. — *Neuda:* A súlyos megégések gyógyítása. — *Müller-Deham:* Aorta-aneurysma gyógyítása. — *Sebészet. Perthes:* A plexus

chorioideus daganata. — *Finsterer:* Fedett duodenum-átműködés. — *Stracker:* A rachitises alsóvégtaggörbülések. — *Venereds betegségek. E. Finger:* A nemibajok realis jelentősége és leküzdése. — *Húgyszervi betegségek. Saudek:* Az epididymitis gonorrhoea kezelése. — *Weitz:* Az enuresis. — *Kisebb közlések az orvostudományról. Kopf:* Amylnitrittel kedvezően befolyásolt anosmia. — *Bornstein:* Jodcalciril és bromcalciril. — *F. Rosenfeld:* Heveny izületcsúsz. — *Zernik:* Hiányos táplálkozás. — *Tichy:* Bubo inguinális. — *Nathan és Reinecke:* Heveny pyelitis. — *Wild:* Terhességi hányás. — *Haake:* Szénaláz. — *Zoeppritz:* A gyuladós adnexus-daganatoknak terpenin-befecskendezéssel kezelése. 431—433. lap.

Magyar orvosi irodalom. 433. lap.

Vegyes hírek. 433—434. lap

EREDETI KÖZLEMENYEK.

A labyrinthusmútét javalatai, különös tekintettel a postoperatív labyrinthitisre.

Irta: Lorenz Hugó dr.

A fülbántalmak sebészeti kezelése nem régi keletű. A 80-as években történtek az első lépések főleg sebészeti oldalról, melyek a következőkben a középfülbetegségek műtéti kezelésének eljárásait és javalatait kidolgozták. Az orvosok soká nem merték tovább követni a genyedés folyamatát. Pedig az sok esetben nem állapotodott meg a dobüreg belső falán, hanem a promontoriumon vagy az ívjáratokon áttérjedve inficiálta a belső fület és genyes labyrinthitisre vezetett, mely ismét a nervus acusticus vagy a ductus endolymphaticus mentén a porus acusticus internus, illetve az aquaeductus vestibuli útján általános meningitist okozott. A fülorvosok e tartózkodásának oka részint a belső fül megbetegedéseinek hiányos ismerete volt, melyekbe csak a XX. század hozott világosságot, részint a rendkívül komplikált anatómiai viszonyok. A hátulsó és középső agyödör, a nervus facialis, a sinus sigmoideus, megannyi fontos része a szervezetnek, közvetlen közelében, mondhatni tőszomszédságában fekszenek a labyrinthusnak, melytől gyakran alig milliméternyi vastagságú csonttréteg választja el. A műtét tehát a topographiai viszonyok minutiosus ismeretét és igen biztos kezet igényel. A XX. század első felében végre az otologusok a belső fület is megközelítették. A műtét technikájának kidolgozása körül különösen *Hinsberg, Neumann, Hautant, Jansen, Botey* szerettek érdemeket, ők voltak az úttörők, kik a kórfolyamatot először merték az agyig követni.

A labyrinthusmútét inaugurálását követő első időben a fülorvosok mind sűrűbben alkalmazták azt és a közölt esetek száma mind nagyobb lett. De csakhamar bekövetkezett a reactio. Hangok hallatszottak, még pedig igen jónevű oldalról, melyek a műtétet annyira veszedelmesnek, következményeiben annyira súlyos beavatkozásnak mondták, hogy szerintük a műtét nagyobb veszedelmet hoz a betegre, mint a conservativ eljárás, mely az esetek túlnyomó többségében szintén célravezető. Elmúlt ismét néhány év és a szenvedelmes viták nyomán leszűródött az operatio javalatainak mai álláspontja. Igaz, hogy ebben is vannak még meglehetősen nagy egyéni véleményeltérések, de a kutatók túlnyomó része mégis már meglehetősen közeledett egymáshoz felfogásában. Ha vannak ellenzői, úgy azokat már kevésbé

a műtét nehézségeitől való tartózkodás indítja erre, mind inkább azok az eléggé súlyos kiesési tünetek, melyeket a labyrinthus eltávolítása okoz és az a nagy előny, melyet a beteg részére a műtét elkerülése jelent, főleg ha a labyrinthus a műtét idejében részben legalább még functióképes volt. Azonkívül, hogy a műtét az operáltat teljesen sikerté teszi, sokszor igen hosszú ideig fennálló egyensúly-zavarok járnak a nyomában. Az egyensúly e bizonytalansága ugyan idővel enyhül, de sokszor hosszú ideig, néha az egész életen át, mégis némi bizonytalanságot hagy maga után. Az agyhártyák széles feltárása is hosszú időn át tartó néha igen heves fejfájásoknak lehet kútforrása. A n. facialis gyakran minden vigyázat mellett megsérülhet, sőt ha nem is sérül meg, hosszabb ideig fennmaradó paresisek járhatnak a műtét nyomában. Végül veszélytelennek egyáltalán nem mondható a műtét, mert a középső és hátulsó agyödört elválasztó csonttrézet levésésekor meglehetősen gyakoriak az agyhártyák sérülései és ezen, valamint más sérülések nyomában is meningitist kaphat a beteg. Ezek a körülmények, valamint annak a mérlegelése, hogy műtét nélkül is meggyógyulhat a beteg, indított néhány tudóst arra, hogy még most is lehetőleg elzárkóznak alkalmaztatása elől. Így *Brieger, Röpke, Scheibe*. A radikális álláspontozó való átmenetet képviseli *Alexander*, ki csak akkor tartja javaltnak a műtétet, ha már a meningitis kezdeti tünetei vannak meg. A radikális álláspont képviselői, különösen a bécsi iskola képviselői, *Neumann, Ruttin*, a francziák közt *Hautant*, természetesen szintén csak az esetben operálnak, ha véleményük szerint a műtét elmulasztása a meningitis veszélyét rejti magában.

Ezt az időpontot azonban, sajnos, igen nehéz meghatározni. A labyrinthusmútét inaugurálását követő első időben abból a feltevésből indultak ki az operateurök, hogy minden diffus genyes labyrinthitis a meningitis fenyegető veszedelmét rejti magában, tehát minden ily esetet haladéktalanul meg kell operálni. E felfogásnak két gyöngéje van. Először is, mint erre több oldalról helyesen mutattak rá, igen sok labyrinthusgenyedés műtét nélkül is meggyógyul, amint azt a praxisunkban előforduló gyógyult régi esetek igazolják, hol minden inger iránt teljesen érzéstelen labyrinthust találunk fennálló vagy gyógyult otitis media mellett és ahol nyilván egy labyrinthitisnek kellett előremenni. A másik nem kevésbé fontos ellenérv, hogy igen sok esetben nem tudjuk a genyes labyrinthitis diagnózisát teljes határozottsággal felállítani. Pedig a tünetcsoportja elég gazdag. Tünetei a genyedéstől okozott általánosak: láz, főfájás, levertség; és a labyrinthuskiesés okozta igen kifejezett helyi tünetek, melyek közt a subjectivek közül a teljes sükettség, szédülés, émelygés,

hányás, egyensúly-zavarok emelendők ki, az objectivék közül a nystagmusnak, félremutatásnak és más reactiók mozgásoknak typosus viselkedése. Daczára a körkép e gazdagságának, a szabatos diagnosis mégis nehézségekbe ütközik.

Oka a diffus genyes labyrinthitis hasonlatossága más kevésbé veszedelmes körképekhez, amilyen a circumscript genyes labyrinthitis és a serosus labyrinthitis. Ez alakok részletes leírását az egyes alakoknál követendő eljárással kapcsolatosan tárgyalom részletesen.

A műtét javalatának felállítása körül legtöbb érdeme van *Neumann*¹-nak, a ki mint első adott kimerítő áttekintést. *Neumann* a cochlea és a vestibularis készülék ingerlékenysége, a sipolytünet és a nystagmus irányának figyelembe vétele mellett állította össze felosztását. Minden diffus labyrinthitist, ahol a hallás kimutathatólag ennek következtében ment tönkre, operálandónak tart, a fősúlyt tehát a hallásra helyezi. Nagyjában az ő álláspontját osztja *Hautant*² és *Bourget*.³ Nekem czélszerűbbnek látszott elsősorban a folyamat időtartamát szem előtt tartani és mindenekelőtt azt eldönteni, vajjon acut vagy idősült otitishez csatlakozott-e a labyrinthitis, azután pedig az alanti felosztást követni:

I. Idősült otitishez csatlakozó labyrinthitis.

1) Idősült labyrinthitis:

a) A labyrinthus semmiféle physiologiás ingerre nem reagál.

α) A labyrinthuskiesés már régi és kompenzálódott;

β) még nincs teljesen kompenzálva.

b) A labyrinthus bizonyos ingerekre még reagál.

2) Idősült otitishez csatlakozó acut labyrinthitis:

a) A labyrinthus bizonyos physiologiás ingerekre még reagál, functiója többé-kevésbé megvan (perilabyrinthitis, acut circumscript labyrinthitis).

b) A labyrinthus functiója teljesen megszűnt (acut diffus labyrinthitis).

II. Acut otitishez csatlakozó labyrinthitis.

Ad 1. a) α) Annak eldöntésére, hogy a labyrinthus csakugyan érzéstelen, nem elégséges egyféle reactiót, pl. csupán a caloriás reactiót vizsgálunk, habár mindenestre ez a legfontosabb. Csak akkor, ha a különböző vizsgálati módszerekkel egyöntetű az eredmény, tehát sem caloriás reactiót nem kapunk, sem fistula-symptoma nincs, sem hallásmaradványok nem mutathatók ki, van jogunk annak felvételére, hogy a labyrinthus teljesen tönkrement. Hogy e labyrinthuskiesés hosszú idő előtt történt-e, vagy nem, ennek eldöntésére a forgatási reactiót használjuk *Ruttin* eljárása szerint. *Ruttin* ugyanis azt tapasztalta, hogy labyrinthuskiesés esetén, ha ez a kiesés nem régen történt és a szervezet nem alkalmazkodott még ahhoz, hogy csak az egyik labyrinthus részéről kapja az ingereket mindkettő helyett, nem fogunk forgatásra egyforma hosszú ideig, 10 körülforgatásra körülbelül 15 másodpercig tartó nystagmust kapni, hanem amíg a beteg oldal felé való forgatás alkalmával normális adatokat kapunk, azaz körülbelül 15 másodpercig tartó utónystagmust, addig az egészséges oldal felé való forgatás csak 3—5 másodpercig tartó utónystagmust idéz elő. Idővel azután beáll az alkalmazkodás az egészséges oldal felé való forgatáskor is és kb. 15 másodpercig tartó utónystagmust kapunk ezen az oldalon is. Ha tehát az összes functiók megszűntek és a labyrinthuscompensatio már helyreállt, fel kell vennünk, hogy a labyrinthuskiesés hosszú idő előtt következett már be akár hirtelen genyáttörés, akár lassú functiókiesés révén. Ily esetekben természetesen semmi ok sincs labyrinthusműtétre, ha máskülönben nem kell operálni; ha ellenben megvan a radikális műtét indicatiója, egyszersmind a labyrinthust is vizsgálatnak vetjük alá. Ha kötőszöveti vagy csontos gyógyulást

találunk, természetesen nem bántjuk, ha ellenben nekrotizálva van a labyrinthus, a sequestert eltávolítjuk.

Ad 1. a) β) Ha a labyrinthitis már teljesen lezajlott, sem hallás, sem vestibularis reactio nem mutatkozik, ellenben a labyrinthus-compensatio nem állt még be, vagyis a beteg és az egészséges oldal felé való forgatáskor nagy különbséget kapunk, akkor ez olyan labyrinthitisre enged következtetni, melynél a labyrinthus functiói irreparabilisan elvesztek ugyan, de e labyrinthuskiesés még nem nagyon régen történt. Ily esetben nem tudjuk bizonyossággal megmondani, vajjon teljesen lezajlott labyrinthusfolyamattal van-e dolgunk, vagy pedig valahol lappanganak-e még ki nem gyógyult góczok, melyek a környezet mechanikai izgatása alkalmával újra fellobbanhatnak. Azért ilyen esetben, ha egyébként javulva van a mastoid vagy radikális műtét, ehhez közvetlenül hozzákapcsoljuk a labyrinthusműtétet, de ha nem feltétlen életszükség a műtét, czélszerűbb addig várni, míg a folyamat valószínűleg annyira megnyugodott, hogy a műtétkor nem kell fellobbanásától tartani. Ha nem is lesz többé functióképes a labyrinthus, elvesztése mégsem közömbös a betegre.

Ad 1. b) Még fokozottabban állanak fenn ezek az aggályok abban az esetben, mikor idősült labyrinthitisről van szó, melynél a labyrinthus functiói nem szűntek meg teljesen, hanem többé-kevésbé megvannak. Ilyenkor vagy bizonyos hallásmaradványokat (Hörreste) találunk, rendszeren a hangskála alsóbb részeiben, vagy bizonyos physiologiás labyrinthusingerekkel, forgatási, hőingerekkel szemben reactiót, esetleg fistulasymptomát. Ily esetekben szintén csak olyankor operálok, ha a fenyegető meningitises izgalmi tünetek vagy másféle complicatiók a mastoid operatio javaslatát megadják. Sok szerző, így különösen a bécsi iskola tanítványai, az ilyen eseteket e nélkül is operálandónak tartja, még pedig, ha hallásmaradványok kimutathatók, egyszerű radikális műtéttel, ellenkező esetben labyrinthusműtéttel. Én helyesebbnek tartom, ha az ilyen eseteket, hacsak erős subjectiv panaszok, szédülés, egyensúly-zavarok miatt a beteg maga nem kívánja a műtétet, conservative kezeljük.

E subjectiv zavarok oly erősek lehetnek, hogy a beteg kívánságára, kinek életét a folytonos szenvedés elviselhetlenné teszi, vitalis indicatio nélkül is műtétre szánjuk el magunkat. Természetesen ily esetben a beteget figyelmeztetnünk kell a műtét veszedelmes voltára és arra a körülményre, hogy a labyrinthuskiesés okozta szenvedések a műtét után niég egy ideig fennállanak és csak idővel fog az állapota megjavulni.

Ad 2. Általában a fent elmondottak alapján idősült labyrinthitis esetén elég világos lesz követendő eljárásunk. Sokkal nehezebb az elhatározás azokban az alakokban, hol idősült otitis, vagy annak heveny exacerbatiója folyamán acut labyrinthitis áll be. Az egyszerű radikális műtétet azért nem tartom ajánlatosnak, mert a műtéttel járó rázkódtatás a már jól körülhatárolt szunnyadó folyamatot esetleg újból fellobbanásra bírja. Természetesen itt már sokkal inkább kell individualizálnunk. Míg ugyanis olyan fül esetén, melyen alig van hallás már hosszabb idő óta, könnyebben szánjuk rá magunkat a műtétre, addig oly esetben, melyben a másik fülére is rosszul hall a beteg, sőt esetleg süket, mindent meg kell tennünk a beteg fül hallásának megtartására. E körülményt, melyet rendszeren nem hangsúlyoznak eléggé, fontosnak tartottam kiemelni, és ily esetekben, de csakis ilyenekben, nem zárkozom én sem el egyedül a mastoid műtét keresztülvitelétől labyrinthusműtét nélkül.

Hogy az itt számbajövő alternatívákat megbiráljuk, az acut labyrinthitis lefolyásának tüneteit kell rekapitulálnunk. Sokközépfülgenyedés esetén jelentkeznek a labyrinthus részéről izgalmi tünetek, melyek vagy subjectivék (magas hangok hallásának rosszabbodása, szédülés), vagy objectivék (nystagmus a beteg oldal felé, félremutatás az ellenkező oldalra, a mi azonban sokkal ritkább, eltérés az egyenesből csukott szemmel való járáskor). Ha ezek a tünetek csak kis mértékben vannak meg, nem nagyon kifejezettek, időnkint jelentkeznek csak, akkor jogosítva vagyunk úgynevezett perilabyrinthitist felvenni, mely nem egyéb, mint a labyrinthus reac-

¹ *Neumann*: Über infectiöse Labyrinthiterung. M. f. O., XLV.

² *Hautant*: Annales d'otologic, 1914.

³ *Bourget*: Arch. int. d'otologic, XXXII.

tiója a környezetében lefolyó gyuladási, melyre az vérbőséggel, esetleg leukocytosissal reagál. Ha a folyamat tovább terjed, lassankint uzurálja a labyrinthus csontos falát és a kórfolyamat a csontos labyrinthuson át a hártvány labyrinthusig terjedhet. A labyrinthus anatómiai structurája hozza magával, hogy különösen a félkörös ívjáraton gyakran megállapodik a folyamat. Itt ugyanis a hártvány labyrinthus csak kis részét foglalja el a csontcsatornának, csak az ampulla fekszik hozzá egészen a csontos falhoz és így elég ideje van a szervezetnek gömbsejtes beszűrődés, esetleg kötőszövet-képződés útján a folyamatot lokalizálni. A most leírt kórkép a körülírt, *circumscrip*ta acut labyrinthitis, melynek tünetei ugyanazok, mint a perilyabyrinthitiséi, csak hogy sokkal vehemenesebben jelentkeznek. A hallás hirtelenül megromlik, főleg a magas hangok majdnem teljesen kiesnek, erős spontan nystagmus a beteg oldal felé és ellenoldali félremutatás áll be. A szédülés igen jelentékeny, járáskor, ha egyáltalán lehetséges, a beteg az egészséges oldalra tér el. Gyakori a fistula-symptoma. A perilyabyrinthitis és acut *circumscrip*ta labyrinthitis tünetei közt tehát csak fokozatbeli a különbség és megkülönböztetésük esetleg nehézségekkel járhat. A követendő eljárásra nézve szerencsére ez nem lesz lényeges behatással. Ugyanis mindkét esetben az idősült középfülgyulladás gyógyítása és az elérhető legnagyobb nyugalom lesz kezelésünk irányító elve. Tartózkodnunk kell minden erőszakos beavatkozástól, mielőtt a labyrinthus részéről izgalmi tünetek mutatkoznak. Még pedig nemcsak nagyobb beavatkozásoktól, mint az atticus-fal eltávolítása vagy a hallócsontocskák műtete, hanem kisebb beavatkozást is a leghatározottabban perhorreskálni kell. Igen gyakran fordul elő, hogy a promontorium vagy a belső dobüregfal más részének kaparása, az itt fejlődő granulatióknak mechanikai vagy kémiai szerekekkel való eltávolítása halálos kimenetelű diffus labyrinthitist okoz. Főleg a chromsavnak van ez irányban igen rossz híre, mert elégtelen vagy esetleg egészen elmulasztott utólagos közbősítés nagy kiterjedésű csontnecrosist okozhat még egészséges viszonyok mellett is. A diffus labyrinthitisnek eme úgynevezett postoperatív alakjai sokkal rosszabb indulatúak, mintha spontan fejlődnek, alkalmasint azért, mert a szervezetnek nincs ideje, mint a lassan terjedő nem operatív alakban, hogy védőeszközöket harcba vesse. Egyesek a manifest tünetek elmúlásával radikális műtét végzését ajánlják, abból a feltevésből indulva ki, hogy minden beteg rész eltávolításával későbbi complicatióknak elejét vegyék. E feltevés azonban igen kétélű. Egyrészt nem tudjuk előre, hogy csakugyan tudunk-e minden beteg részt eltávolítani, mert egyes helyeket, például a promontorium táját, ha beteg is, nem szabad bántanunk, ha nem akarunk diffus labyrinthitist előidézni, másrészt minden óvatosság mellett is előfordulhat, hogy a műtét okozta rázkódtatásra a megnyugodott folyamat exacerbál.

A fenn leírt alapelvek szemmel tartása mellett a legtöbb esetben sikerül a *circumscrip*ta labyrinthitisnek generalizálását megakadályozni, de sokszor minden óvintézkedés mellett is tovább terjed a folyamat. Hőemelkedések állnak be, a szédülés, az egyensúly-zavarok mind jobban fokozódnak, a beteg nem tud fennjárni, a hallás teljesen elvész, gyakori hányás következik be, a nystagmus és a többi vestibularis reactio erősödik, mígnem az eddig a beteg oldal felé irányuló nystagmus az egészséges oldal felé át, vele együtt a többi reactio is a labyrinthus teljes kiesését jelző irányváltozást mutat, vestibularis és acustikus ingerekkel szemben minden reactio megszűnik. Gyakran e tünetek típusosan folynak le szemünk előtt, de gyakran sem a nystagmus irányváltozása és még kevésbé a többi vestibularis reactio viselkedése nem adja a leírt klasszikus képet. A nystagmus iránya a szemgolyók középpályaiban változó, oldalnézőkor mindkét oldalon a külső szem irányban üt, a Bárány-reactio az egyes ízületekben nem ad egységes eredményt, gyakran hiányzik, a vestibularis vizsgálatok az igen erős spontan nystagmus miatt nem adnak értékesíthető eredményt. A tünetek több napon át tarthatnak ily módon, míg jellegük tisztázódik és a teljes labyrinthuskiesést

tisztán felismerhetjük. De gyakran a folyamat pár nap múlva megváltoztatja képét, újból kimutatható a hallás, a nystagmus és félremutatás ismét az eredeti irányba tér át és a tünetek intenzitása kezd visszafejlődni. Az először *Alexander*-től leírt serosus labyrinthitisszel volt tehát dolgunk. A két kórkép megkülönböztetése, mint a fentiekből látható, igen nehéz, sokszor csak az idő hoz világosságot. Rendesen azonban a tünetek súlyossága, a genyes alakban sohasem hiányzó, habár nem jelentékeny láz mégis útba fog igazítani, máskülönben meg kell várnunk a kórkép tisztázódását, ami néhány nap alatt be is szokott következni.

Serosus labyrinthitis esetén, vagy kétes esetben természetesen expectative viselkedünk és csupán a beteg teljes nyugalmi helyzetéről gondoskodunk. Ha ellenben diffus genyes labyrinthitisnek bizonyul az eset, előtérbe lép a műtėti beavatkozás kérdése. Minden diffus labyrinthitist megoperálni — mint azt régebben tették — nem fogunk, mert jó részük műtėti beavatkozás nélkül is meggyógyul. Ezért ily esetben eleinte megelégszünk a betegnek ágyba fektetésével és tökéletes mozdulatlanosságával. Még hibásabb lesz azonban addig várni, míg az agyhártyagyulladás tünetei kifejlődtek (tarkómerevség, Kernig, Trousseau, a lumbalpunkciós folyadék alakelemeinek morfológiai változása vagy éppen bacteriumok jelentkezése), bár nincs kizárva, hogy a beteg ebben a stadiumban is még meggyógyul. Tekintve azonban, hogy ezzel a várakozással nagyobb veszélynek tesszük ki a beteget, mintha megoperáljuk, javaltnak tartom a labyrinthus-felvésést, ha a láz 4—5 napon túl áll fenn, az izgalmi tünetek súlyosbodnak, erős főfájás, esetleg deliriumok állnak be, a lumbalpunkciókor fokozott nyomás alatt ürül a folyadék.

A labyrinthusműtét az utolsó években már elvesztette a veszélyesség hírét és tapasztalt operateurától végezve veszélytelenebb, mint a legtöbb nagyobb sebészeti beavatkozás. A bécsi klinika statisztikájában *Ruttin*⁴ 1910-ben már 100 esetről számol be, melyek közt csak 1 esetben volt a halál oka valószínűleg a labyrinthusműtét. Az intercurrens-complicatióknak elhaltakat levonva, 1,5% a halálozás. *Holmgren*⁵ a stockholmi klinika anyagában 30 eset közül egy halálos kimenetelűt talált, ami 3% halálozásnak felel meg, míg a conservatív kezelés 10—30% halálozást mutat. Műtét alatt itt feltétlenül a labyrinthusműtétet értem. A radikális műtétet vagy egyszerű felvésést, melyet egyes szerzők ajánlanak, úgy *circumscrip*ta, mint diffus labyrinthitisnél egyaránt igen veszélyes kísérletnek tartom, minthogy igen gyakran a műtét okozta rázkódtatás széttepi a még igen friss védősáncot és a folyamat gyorsan terjed fel a meningek felé és sok esetben a rögtön megejtett labyrinthusműtét sem tudja már a kimenetelt megmászítani. Meggyőződésem, hogy az úgynevezett postoperatív labyrinthitisek jórésze ilyen, részben fel nem ismert *circumscrip*ta vagy perilyabyrinthitis. Ha tekintetbe vesszük ezeknek aránytalanul nagy halálozását, azt hiszem igazat kell adni, ha itt az „aut omnia, aut nihil“ álláspontjára helyezkedem, mert az, hogy egyes esetek baj nélkül megússzák e műtétet, nem lehet ellenérv. Itt csak nagy anyagon végzett pontos statisztika, a melylyel sajnos nem rendelkezem, bír bizonyító erővel.

Álláspontom igazolására álljon itt két eset, melyeket az utóbbi 3 év alatt a honvéd-helyőrségi kórházban alkalmam volt megfigyelni. Körtörténetük kivonatosa a következő:

K. M. hadnagy, 6 éves korában scarlatinája volt, akkor jobb füle folyni kezdett. A folyás azóta többször ismétlődött, de fájdalmat vagy szédülést sohasem okozott. 1915 júliustól szeptemberig a harctéren volt. 1915 augusztusban gránát vágott le mellette, ekkor eszméletét veszítette. 3—4 óra múlva magához tért, ekkor erős fejfájást, kábultságot érzett, néha szédült. A füle októberben folyni kezdett, zúgott, fájdalma ekkor nem volt. Ez idő óta állandóan kezelte fülét, ennek dacára a folyás mind erősebb lett, a fejfájás nőtt, szédülés jelentkezett, mely azóta egyre fokozódik, nem hányt.

November 12. Status praesens: A jobb dobhártya a felső-hátulsó

⁴ *Ruttin*: Labyrinthiteurung und Labyrinthoperation. Monatschrift für Ohrenheilkunde, 1910.

⁵ *Holmgren*: Nordisk. otolog. Congress, 1912.

fal süppedése miatt csak alsó részében látható. Itt rózsaszínű, felső részében granulál, e helyen bő genyes váladék ürül. A bal dobhártya ép.

W. R. — Sch. + V. ad concham V. 0
+ + 6 meter 6 meter.

Fistulasymptoma, erős befúvásnál észlelhető kistokú spontán nystagmus jobbra nézésnél. Vestibularis reactio nem mutat lényeges eltérést, úgy a forgatási, mint a caloriás reactio jobboldalt fokozott. A facialis ép. A szemmozgások szabadok, a fejmozgások szintén. A koponya sem kopogtatásra, sem nyomásra nem érzékeny. A proc. mast. nem érzékeny.

November 4. Műtét chloroform-narcosisban. Typusos metszés a fül mögött, a lágyékrészek igen vérekenyek, a csont puha, mállekony. Kis granulatiókkal kitöltött antrum. A dobüregben is sok granulatio. Horizontális ivjárat külső oldala elszineződött, de fistula kifejezetten nem látható makroszkoposan. Kitakarítás. Sebzés. Panse-plastica.

November 5. A beteg szédülésről panaszkodik, hányt, feje fáj. Finomhullámú rotatorius horizontális nystagmus mindkét oldal felé. Láztalan.

November 6. A szédülés csekélyebb, erős fejfájás. Rotatorius verticalis nystagmus mindkétoldal felé. Kötésváltás, a tampon nem genyes. Hőmérsék 37.2°.

November 7. Állapot változatlan.

November 8. Szédülés, igen erős fejfájás, különösen jobboldalt. A szemfenéki vizsgálat negatív, a hőmérsék 37.5°.

November 9. Állapot változatlan. Hőmérsék 37.4°.

November 10. Hőmérsék 37.5°. A szédülés változatlan. Nystagmus csupán baloldalt felé áll fenn, balra tekintéskor fokozódik, jobbra tekintéskor megszűnik. Fistula-symptoma negatív. Bárány félremutatása jobboldalt határozatlan, baloldalt typusosan jobbra tér el. Műtét chloroform-narcosisban. Sebfeltárás. Megfelelő sebtágítás a hátulsó és középső agygödör határáig. Eközben a sinus elülső részén megsérül. Tamponade. A horizontális ivjárat megnyitása, tágítása. A labyrinthus megnyitása, a promontorium levésése folytán innen a hátulsó ivjárat felkeresése. Tamponálás.

November 11. Láztalan. A szédülés kisebb. Facialis-paresis az alsó ágban, nystagmus csökkent.

November 13. Kistokú hőemelkedés. Fejfájás. A sebüreg felső részében levő tampon eltávolítása. A sinust védő tampon megmarad. A sebüregben egészséges sarjak. Facialis-paresis fennáll.

November 20. Nagy főfájás, szédülés.

November 30. Félremutatás teljesen megszűnt. Oldalnézéskor mindkétoldalt kistokú nystagmus, mely 1–2 perc múlva megszűnik. Hőemelkedés a műtét óta nem volt. Pupillareactio, pulsus rendben, nystagmus nincs. A sebüreg élénken granulál, csak elül talál a szonda érdes csontra.

Deczember 15. A sebüreg majdnem teljesen záródott, csak elől áll még fenn granulatio. Ambulans kezelésre utalva, mely kétszeri kikaparás után február 10.-én végleges gyógyulást eredményezett.

Sz. T. hadnagy. Fülbaja nem volt, 1915 áprilisban a harcztéren gránátélgnyomás érte, azóta bal fülére nem hall, folyik. Augusztus elején egyszer igen erős szédülés lepte meg, összeesett. Azóta is gyakran szünetes szédülésben, néha erős fejfájása van.

Július 10. A fejmozgások szabadok. Az arczidegekben semmi eltérés. A pupillák egyenlők, jól reagálnak. Spontán nystagmus, félremutatás nincs. Caloriás reactio baloldalt fokozott. A koponya nem érzékeny. Csupán a planum mastoideum fölött erős nyomás-érzékenység. A jobb dobhártya ép. A bal dobhártya hátulsó részén lencsényi, éles szélű átfúródás, melyből a geny lüktetve ürül. A dobüreg belső falán élénk granulatio.

Július 15. Műtét chloroform-narcosisban. Kemény sclerosisos csont, kis antrum. A dobüregben és antrumban bő granulatiók. Sebtakarítás. Panse-plastica, tamponade. Kötés.

Július 16. Igen erős szédülés, fejfájás, horizontális rotatorius nystagmus baloldalt felé. Hőmérsék 37.2°. Kötésváltás.

Július 17. A tünetek enyhülnek.

Július 18. Erős szédülés, fejfájás, nystagmus mindkétoldal felé. Hőmérsék 37.5°.

Július 20. A beteget ezen a napon látom először. Erős horizontális rotatorius nystagmus mindkétoldal, de különösen bal felé. Bárányféle félremutatás a vállizületben mindkét oldalon. Iránya változó, de inkább jobbfelé tér el. Pupillareactio rendben. Reflexek mérsékelten fokozottak. Sem Kernig, sem Trousseau. Hőmérsék 37.3°.

Július 22. Erős fejfájás. Nystagmus és félremutatás mindkét oldal felé, de kifejezettebben az ellenkező oldalra mint eddig. Kistokú tarkómerevség. Hőmérsék 37.6°.

Július 23. Műtét chloroform-narcosisban. Sebfeltárás. A csont széles levésése, a középső és hátulsó agygödör szabaddátételével. Vésés közben az elválasztó csontlemez letörik és a durát megsérti. A labyrinthus megnyitása Neumann szerint. A promontorium levésésekor a fal cariosus.

Július 24. Hőmérsék 37.3°. Fejfájás. Kötésváltás.

Július 26. Nystagmus csökkent. Szabad sensorium. Hőmérsék 37.0°. A tampon szabad.

Ettől kezdve normalis seblefolyás, úgy hogy augusztus 10.-én a seb majdnem teljesen gyógyult, egy helyen még érdes csontot ér a szonda, végre október hó elején a seb teljesen záródik.

Kell hogy még néhány szót szóljak az acut otitisekhez csatlakozó labyrinthus-genyedésekről. Főleg a gyermekkorban jelentkeznek acut infectious betegségek kapcsán, főleg vörheny

után. Általában sokkal ritkábbak, mint az idősült otitishez csatlakozók, lefolyásuk pedig hevesebb és a spontán gyógyulásra rosszabb prognosist adnak. A követendő eljárásra nézve elfogadhatjuk Neumann felosztását, ki az eseteket 3 csoportba osztja: 1. ha a labyrinthitis a középfülgenyedéssel egyszerre áll be; 2. ha pár nappal az otitis jelentkezése után mutatkozik; 3. ha pár héttel a perforatio után áll be még fennálló secretio mellett. Az utóbbi két alakban rögtön beavatkozunk, míg az elsőben várakozó álláspontra helyezkedünk annál is inkább, minthogy nehéz eme alakot egy toxikus neuritistól megkülönböztetni.

Közlemény a budapesti m. tudományegyetem II. sz. kórboncolóstanintézetéből. (Igazgató: Krompecher Ödön dr., egyet. ny. r. tanár.)

Atypusos typhus esete.

Közli: Puhr Lajos dr., egyet. tanársegéd.

Az atypusos typhus-esetek nem tartoznak a nagy ritkaságok közé. Posselt összefoglaló munkájában számos idevágó esetet közöl s kiterjeszkedik az úgynevezett sepsises esetekre is, a mikor a bélben elváltozás alig, vagy egyáltalán nem található. Kiemeli ő is, a mi Wright és Schottmüller vizsgálatai óta ismeretes, hogy a typhus voltaképpen septicaemia és a bélelváltozások csupán a localisatiói.

A következőkben esetet közlök, a mely úgy a betegség lefolyása, mint a különös kórboncolóstanintézet miatt figyelmet érdemel.

A kórtörténetből megemlítem a következőket: S. K., 35 éves férfi szeptember 18.-án jelentkezik a III. sz. belklinikán azzal, hogy bágyadt, a feje fáj, hőemelkedése és székrekedése van. Felvételekor fehérvérsejtjeinek száma mm³-ként 5000; ezek közül neutrophil 60%, basophil 1/2%, lymphocyt 36%, mononuclearis 3 1/2%. Vizeletében a diazo-reactio negatív. A Gruber-Widal-reactio typhusra, paratyphus a- és b-re, valamint a bakteriologiai vérvizsgálat negatív. A következő 4 napon remittáló láza van és főfájásról panaszkodik. Ekkor láza felszökik és 39°–40° között ingadozó continuous-typusú lesz. A pulsus, a mely eddig kifejezett relativ bradycardiát mutatott, ekkor szintén szaporává válik s a lázgörbével keresztesedik. A jobb epigastriumban igen erős érzékenység és spontán fájdalom mutatkozik. Állandóan hányt, csuklik. Szeptember 29.-én a mellkason és hason lencsényi, ujjnyomásra eltűnő foltok jelennek meg. A Weber-reactio negatív. Szeptember 30. án fennálló exanthema mellett a törzsön petechiák jelentkeznek. Ettől kezdve a beteg állapota aggasztó: állandó remittáló, illetőleg intermittáló láz, szapora filiformis pulsus, zavart sensorium, hányás, csuklás. A Widal-reactio typhusra ekkor 1:80 arányban positiv. A bakteriologiai vérvizsgálat negatív. Október 3.-án exitus.

Az október 4.-én végzett boncolás jegyzőkönyvéből a következőket emelem ki: A magas termetű, közepesen fejlett, lesoványodott férfinulla hasüregében körülbelül 150 cm³ lazán alvadott sötétvörös vért találunk. A hashártya lemezei simák, tükrözők. A vér eredetét kutatva, gondosan átvizsgáljuk a hasüri szerveket, de ezekben magyarázó körülmény nincsen. A lép kétszeresére megnagyobbodott, egészen lágy, szétfolyó, de sima, feszes tokján sérülés nyomai nem találhatók. A musculus rectusok kóros elváltozást nem mutatnak (Zenker-degeneratio!). Pontosabban átvizsgálva a fali peritoneumot, feltűnik, hogy a bal csípőtányérban a musculus psoas felett tenyéryni terjedelemben szétszórt gombostüfejnyi vérbeszűrődések látszanak. A vérzések a hashártya alatti laza kötőszövetben foglalnak helyet, az izomzatba seholsem terjednek be, felettük a hashártya sima, tükröző, sértetlen. Hasonló vérbeszűrődések vannak baloldalt is a paravesicalis kötőszövetben és a rekeszizom jobb felének egész homorulatán. Az ileum legalsó részében, közvetlenül a Bauhin-billentyű felett, a haragos-vörös nyálkahártyán egy ezüstkoronányi s mellette egy kétkoronányi terület látszik, mely gyengén kiemelkedik, felülete barnás-zöld száraz pörkkel fedett s mély barázdákat mutat. A colon ascendens nyálkahártyája szintén belövelt s

rajta szétszórtan gombostűfejnyi, félgömbszerűen kiemelkedő sárgás göbök és hasonló apró kerek, egészen felületes, sima alapú fekélyek látszanak. A mesenterialis mirigyek alig tapintathatók, csupán közvetlenül a caecum mellett fekszik egy babnyi megnagyobbodott csomó. A többi szervben talált elváltozások közül megemlítem, hogy a gyomor nyálkahártyáján súlyos hurut és számos pontszerű vérzés, a pharynxban álhártyás gyuladás, a szívben, vesékben parenchymás degeneratio volt.

Az eset érdekessége miatt a lépből bakteriologiai vizsgálatra oltottam és egy csillószerűekkel bíró, mozgó, tenyésztelési sajátágaiban teljesen a typhus-bacillusnak megfelelő törzset kaptam, a mely typhusos vérsavóval jól agglutinált.

Nyilvánvaló, hogy typhussal állunk szemben. Az esetnek érdekességét az kölcsönöz, hogy a betegség a szokott módon, fokozatosan emelkedő lázzal, relativ bradycardiával és típusos Naegeli-vérképpel kezdődött, csakhamar azonban a sepsis képébe ment át: a pulsus-szám szaporodott, a fehér vérszék száma nőtt s a continua-typusú hőmenetet ingadozó intermitáló lázak váltották fel. Ekkor jelentkeznek a peritonealis tünetek mint a lassú hasüri vérzésnek jelzői. Közben megjelennek az exanthemák is, később a bőrvérzések. A kórbonczolástani lelet szintén szokatlan; ez is inkább sepsisre vall. A typhusos bélelváltozások a háttérben állanak s inkább a vastagbélre szorítkoznak. Megemlítesre méltó, hogy jóllehet a betegség harmadik hetének végén tartunk, a vékonybél plaquejai még mindig a pörkös szakban vannak. A mesenterialis mirigyek is, egy kivételével, változatlanok. Ezzel szemben uralkodik a képen a vérzésre való hajlam: bőr-, gyomor-, profus parenchymás hasüri vérzés.

Hogy typhussal kapcsolatban vérzések jelentkezhetnek, ismeretes. *Jochmann* megemlíti, hogy súlyos esetekben orr- és tüdővérzés állhat be. *Huber* 3 esetet ír le, melyekben a betegség folyamán bőrvérzések jelentkeztek, s a háború alatt szerzett járványkórtani tapasztalatok is a mellett szólnak, hogy súlyos typhus-esetekben bőrvérzések előfordulnak. Esetemben egyedülálló a profus hasüri vérzés, amely haemascos kifejlődésére vezetett. Hasonló esettel az irodalomban nem találkozom.

Azt a megállapítást, hogy a sepsis képében lefolyó vérzéses typhus-esetek majdnem kivétel nélkül halálos kimenetelűek, esetem csak megerősíti.

Irodalom. *A. Huber*: Münch. med. Wochenschrift, 1910, 19. sz. — *G. Jochmann*: Lehrb. d. Infektionskrankheiten, 1914. — *Lubarsch-Ostertag*: Ergebnisse, 1895. II. Ueber atypische Typhusfälle.

Az orr- és gégeorvostan fejlődése a gégetükrözés felfedezésétől napjainkig.

Közlő: *Safranek János* dr., egyetemi magántanár.

A természettudományoknak hatalmas fejlődése az elmúlt évszázad második felében az orvostudományra általánosságban, valamint egyes szakmáinak kialakulására lényeges kihatással volt. A sensatiós felfedezések sorra következtek egymást, melyek következtében tudományunk egyes disciplinái bámulatos fejlődésnek indultak.

A kortársak leírása szerint alig elképzelhető a hatás, melyet hat évtizeddel ezelőtt a gégetükrözés felfedezése az orvosi világra, de azonkívül is gyakorolt és a mely felfedezés vetette meg alapját a laryngológiának mint klinikai szakmának. A gége bonczolástanára és élettanára vonatkozó ismeretek ugyan már a laryngoskopia előtti időben is meglehetősen magas fokon állottak, valamint a kórbonczolástani ismeretek is *Morgagni* korától — ki 1704-ben mint első végezte a gége megnyitását hullabonczoláskor — jelentékeny fejlődést mutattak; azonban a gégetükrözés felfedezése előtt nem tudván élő emberen a gégebe betekinteni, a hang- és légzés-zavarok alapján csak a baj székhelyére következtethettek az orvosok, de az elváltozások mibenlétét nem állapíthatták meg s így a gégebajok orvoslása is tisztán csak tüneti lehetett. A következőkben e korszakalkotó felfedezésre s a nyomában támadt bámulatos munkálkodásra kívánok visszaillesztést vetni, mely-

lyel a laryngológiát lelkes művelői a folytonos fejlődés és haladás útján jelen magaslatára emelték s melylyel e szakmának elismerését s az orvostudományban az őt megillető helyet kiküzdötték. Mi különös örömmel és büszkeséggel tekintethetünk az orr- és gégeorvostan kialakulásainak éveire, a mennyiben a laryngoskopia leglelkesebb úttörője, *Czermak*, egyetemünknek volt tanára s az ő, valamint buzgó követőinek nevéhez nem egy maradandó alkotás fűződik.

Ambár már a XVIII. században találkozunk oly törekvésekkel, melyek az emberi test felületére nyíló üregeknek megvilágítással való vizsgálatára irányultak, *Garcia*, egy Spanyolhonban született és Londonban élő énekemester volt az első, a ki 1854-ben előbb napvilágnál, majd mesterséges világításnál egy fogászati tükör segítségével önmagán tett kísérleteket a gége megtekintésére, főképpen az énekhang tanulmányozására. Néhány évvel utóbb *Türck* bécsi neurologus kezdetben hullákon, majd az osztályán fekvő betegeken kezdett a gége tükrözésével foglalkozni egy általa szerkesztett gégetükrő segítségével, napfény igénybevételével, de 1857 őszén félbehagyta kísérleteit. Ezidőtájt *Czermak* Bécsben tartózkodott s mint physiologus a hangképzéssel foglalkozott; tudomást szerezvén *Türck* kísérleteiről, kölcsönkérte tőle gégetükrőt s ezzel önmagán kezdte meg vizsgálatait, napfény helyett azonban mesterséges világítást használt és egy *Helmholtz-Ruete*-féle szemtükröt alkalmazott reflector gyanánt. Hosszas és fáradságos kísérletek után sikerült meglátnia gégejét, miről 1858 márcziusában egy bécsi szaklapban közlést tett, majd ugyanaz év április havában Bécsben az ottani orvosegyesületben demonstrálta is eljárását. Nyomban ezután *Czermak* és *Türck* között heves prioritási vita indult meg, a mennyiben *Türck* kijelentette, hogy a gégetükrőt *Czermak* tőle vette kölcsön s hogy ő már 1856/57-ben végzett gégetükrő vizsgálatokat osztályának betegein s így a prioritást magának tulajdonítja. A vita utóbb mindinkább elmérgesedett, majd döntés végett a párisi tudományos akadémia elé került, mely azonban a prioritás eldöntésébe bocsájtkozni nem akart, hanem mindkét félnek egyenlő tiszteletdíjat és elismerést szavazott meg. Hasonló álláspontot foglalt el 1908-ban a gégetükrözés felfedezésének ötvenéves évfordulója alkalmából Bécsben tartott I. nemzetközi rhino-laryngologiai congressus, mely a prioritás kérdését kikapcsolta és mindkét tudós emléket egy plaquetten örökítette meg.

A *Türck* és *Czermak* közötti versengésnek megvolt az a szakmánkra kedvező eredménye, hogy mindketten lázas buzgalommal, egymással versenyezve igyekeztek terjeszteni és fejleszteni az új eljárást. *Czermak* 1859-ben budapesti tanárkodása alatt 20 gégetükrővel körjelzett esetről referál s ezen közléseiben gégepolypusok, papillomák és lueses fekélyek eseteit ismerteti; egy esetében, melyben tracheotomia végeztetett, a tracheotomia nyílásába vezetett kicsiny fémtükrő segítségével vizsgálta reflektált fény mellett a gége alsó ürét; a lueses esetekben pedig már lokális orvoslást is végzett. 1860-ban „Der Kehlkopfspiegel und seine Verwertung für Physiologie und Medizin“ czímen röpiratot jelentetett meg Lipcsében, mely utóbb francia, majd angol nyelven is megjelent. 1859 őszén Németországban, majd Franciaországban és Angliában tartott előadásokat a gége tükrözéséről és határtalan lelkesedéssel ismertette meg az eljárást. De követte őt *Türck* is, ki időközben szintén áttért a mesterséges fényforrás használatára s a vizsgálatnál ma is használatos situációt alkalmazva, a fényforrás sugarait — *Kramer* ajánlatára — egy szalaggal a homlokra erősített homorú tükörrel reflektálta a vizsgálandó garatjába. Gyors egymásutánban jelentek meg *Türck* közleményei, a bécsi orvosegyesületben számos előadást és bemutatót tartott, 1861-ben pedig Párisban tartott nagy lelkesedéssel fogadott demonstrációkat s kiadta francia fordításban Bécsben már előbb „Praktische Anleitung zur Laryngoskopie“ czímen megjelent művét. Ily módon az új találmány mind szélesebb körben vált ismeretessé, szerte elterjedt a kultúra világában s mind több és több lelkes művelője támadt.

Czermak 1860-ban megvált a budapesti egyetemtől, hol

működésének fénykorát élte. Még itt tartózkodása idejéhez fűződik egy másik nagyfontosságú alkotása, a rhinoskopia posterior megalapozása. Pestről távozva, Prágába ment, utóbb Lipcsében lett az élettan tanára, de már néhány év múltán, 1873-ban, 45 éves korában meghalt. Vetélytársa *Türck*, szerencsésebb körülmények között folytatta munkálkodását, a mennyiben a bécsi „Allgem. Krankenhaus“ betegei igen becses anyagot szolgáltatottak; mind több és több közleménye jelent meg, 1866-ban pedig kiadta klasszikus munkáját: „Klinik der Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre“, melyben a hurutok, a tuberculosis és syphilis okozta elváltozások, a gége idegbántalmi és daganatai tüzetesen és remek illusztrációkkal tárgyalatnak. *Türck* 1868-ban 58 éves korában halt meg; halála az egész orvosi világban mély részvétet keltett, emlékéét a bécsi „Allgem. Krankenhaus“ udvarán ércz-szobor őrzi.

Czermak és *Türck* örökségébe szerte mindenütt lelkes és buzgó követők serege lépett; Bécsben *Schrötter*, *Stoerk* és *Chiari* voltak szakmánk zászlóvivői, míg Budapesten *Czermak* távozása után mint első *Navratil Imre* lépett nyomdokaikba.

*

Előadásom kereteit messze túlhaladná, ha szakmánk valamennyi kimagasló művelőjének munkálkodását részletezném; csupán arra szorítkozhatom, hogy a laryngologia és rhinologia fejlődésének főbb szakaszait jelöljem meg, egyben áttekintést nyújtva az orr- és gégeorvostannak az orvosi gyakorlatban való jelentőségéről és más szakmákhoz való vonatkozásairól.

Az anatómiai, physiologiai és kórbonczolástani ismereteknek fejlődésére nem terjeszkedhetem ki, csupán megemlítem, hogy szakmánk területének anatómiáját főleg *Merkel*, *Luschka* és *Zuckerkanndl* fejlesztette; a physiologiában a post-laryngoskopiás időben tanulmányozott problémák legfontosabbja a gége központi beidegzése volt s itt a sok kutató közül különösen *Krause*, *Semon-Horsley*, *Risien Russel* kísérletes vizsgálatait kell kiemelni; a kórbonczolástánban *Virchow*-nak világhírű munkája a daganatokról és *Eppinger*-nek a gége és légcső kórbonczolástánát tárgyaló munkája vetette meg alapját a további kutatásoknak.

A klinikai laryngoskopiának első fényes diadalai közé tartozott, midőn alig két évvel ez eljárás felfedezése után, 1860-ban a genialis *Traube* gégetükörrel felismert hangszalagbénulásból aorta-aneurysmára következett. Utána *Türck*, *Gerhardt* és *Ziemssen* fejlesztette a gégebénulások ismeretét; 1880-ban pedig *Rosenbach* felismerte, hogy a recurrens törzsének oesophagus-carcinoma okozta compressiója folytán ezen idegnek a hangrést tágító izmot ellátó rostjai szenvednek előbb laesiót s ennek megfelelően a hangrést tágító izom (crico-arytaenoid. posticus) működésében hamarabb áll be zavar s csak utóbb következik be a hangrést szűkítő izmok működés-zavara. Röviddel utána *Semon* megállapította ennek a tételnek törvényszerűségét a mozgó gégeidegek bármely körzeti vagy központi laesiójának eseteiben. Ma már általános ismeretes, hogy a hangszalagbénulások bizonyos nemei a mellkasi szervek kóros elváltozásainak következményei, tudjuk, hogy az aorta-aneurysma első tünetét olykor a hangrést tágító paresise teszi, hogy strumák, a nyaki és az endo-thoracalis mirigyek megbetegedése, mediastinalis daganatok, oesophagus-tumorok, egyes szív- és tüdőbántalmak stb. hangszalagbénulással járhatnak; de ismeretes az is, hogy a központi idegrendszer, az agyvelő és medulla oblongata betegségeire is következtethetünk a gégetükri lelet alapján; így tudjuk, hogy a tabesnek egyik korai tünete a hangszalag-távolítók bénulása, hogy syringomyelia, sclerosis multiplex, hysteria stb. eseteiben mozgás-zavarok mutatkoznak a gégeben. Mindez ismereteknek birtokába a gégetükörzés felfedezése juttatott.

A gége hurutos elváltozásait más kóralakkal együtt klasszikusan írta le *Türck* jelzett alapvető munkájában; e fejezethez adatokat szolgáltatottak: *Semeleder* a laryngitis haemorrhagica, *Gerhardt*, *Rauchfuss* és *Ziemssen* a laryngitis

hypoglottica, *Stoerk* a gége pachydermiája és *Moure* a laryngitis sicca ismertetésével; *Ziemssen*, *Stoerk*, *Massei* a manapság az „acut infectiosus submucosus laryngitis“ gyűjtőneve alá foglalt kóralakokat észlelte és írta le mint acut gyuladós oedemat, phlegmonét és erysipelast; majd tanulmányozás és ismertetés tárgya volt a gégeporczok perichondritise.

Megfigyeltettek az exanthemák (morbilli, variola, scarlatina stb.) és más heveny fertőző betegségek (typhus) kapcsán, továbbá a vérkeringési szervek, valamint a máj, vese és nő nemiszervek betegségei kapcsán a felső légutakban előforduló elváltozások; az utóbbiakhoz mint elsőek egyike nálunk *Lóri Ede* szolgáltatott becses adatokat. *Navratil Imre* trichinosis eseteiben a gége izmaiban talált trichinákat; utóbb a más állati és növényi paraziták okozta elváltozások, valamint a különféle dermatosisok (herpes, pemphigus, urticaria stb.) kapcsán a felső légutakban mutatózó kórfolyamatok is megfigyelés tárgyai voltak.

A gége és légcső croupus (diphtheriás) elváltozásait is érzékelhetővé tette a gégetükör s e tekintetben főleg a gyermekgyógyászati gyakorlatban igen fontos szolgáltatokat tesz a laryngoskopia; számos esetben csak ez úton lehet különbséget tenni a larynx-diphtheria és az úgynevezett pseudocroup, a gyermekek laryngitis subglotticája között s a gégetükri lelet irányítja a therapiában követendő eljárást. 1886-ban *O'Dwyer* New-Yorkban diphtheriás és más heveny gégestenosisok eseteiben az intubatiót alkalmazza s ezzel igen sok esetben feleslegessé teszi a tracheotomiát. A gége tubage-át ugyan már 1858-ban *Bouchut* Párisban alkalmazta, de a párisi orvosi akadémia eljárását mint veszedelmeset elejtette. *Bouchut* balsikere után a gyermekek croupus stenosisaiban ismét csak a tracheotomia volt az egyedüli remedium, míg azután *O'Dwyer* eljárását kifejlesztette. Utóbb *O'Dwyer*-féle tubusokat felnőttek számára is készítettek és alkalmazták idősült stenosisokban is. Az intubationnak fejlesztése és propagálása körül kiváló érdemeket szerzett *Bökay János*.

Az idősült fertőző bajok közül a tuberculosis okozta gégebeli elváltozások a laryngologiának kezdettől fogva dédelgetett fejezetét tették; tekintve ezen kóralaknak gyakoriságát, korai felismerésének fontosságát, nem csupán a beteg orvoslása, hanem a socialis hygiene szempontjából is, a laryngoskopia rendkívüli jelentősége nyilvánvaló. A tuberculosis okozta változatos kórképeknek tüzetes leírását és gyönyörű reproductióját találjuk már *Türck* művében, úgy, hogy e tekintetben a későbbi észlelők nem sok újat produkáltak. Sokat haladt azonban a gégetuberculosis therapiája. Fordulópontot jelentett e tekintetben *Schmidt Moritz* szereplése 1880-ban a milanoi congressuson. Míg azelőtt a gégetuberculosis prognosist a gyógyító kísérletek eredménytelensége miatt a legreménytelenebbnek tartották, *Schmidt* gyógyult esetekkel lépett a congressus elé s ezzel megadta az ösztönzést a gégegümőkór helyi gyógyítására irányuló további kísérletekre. A helyi therapia három irányban alakult ki: a gyógyszeres kezelés, az endolaryngealis műtéti beavatkozás és az extralaryngealis sebészeti eljárás irányában.

Miután kezdetben a legkülönbözőbb desiniciens és antiseptikus szerek alkalmazásával kísérleteztek ecsetelés, befeccskendezés, befúvás és inhalatio alakjában, 1885-ben *Krause* a tejsavat vezette be a gümős gégefekélyek étetésére, néhány évvel utóbb pedig *Rosenberg* a mentholl ajánlotta s ez a két gyógyszer máig is megtartotta szerepét. Midőn a cocainnak mint érzéstelenítő szernek bevezetésével (1884) az endolaryngealis chirurgia élénk lendületet vett, a gégegümőkór orvoslásában is az endolaryngealis beavatkozások nyertek teret: a gümős gégefekélyeknek *Heryng* ajánlotta excochleatiója helyébe utóbb a megbetegedett képleteknek éles kettős csípőfogókkal való excisiója lépett; a galvanocaustika, melyet 1871-ben *Voltolini* vezetett be szakmánkra s melyet utóbb a gégegümőkór orvoslására is ajánlott, 1893 óta *Grünwald* ajánlatára elterjedten alkalmaztatik, különösen az úgynevezett galvanocaustikás mély szűrés alakjában terjedelmesebb beszűrődések elroncsolására. A külső sebészeti eljárások közül a tracheotomia vitalis indicatio alapján már régebben végezte-

tett, a gége nyugalomba helyezése céljából *Bryant* már 1868-ban ajánlotta, 1886-ban pedig *Schmidt* meghatározott esetekben a curatív tracheotomia mellett szállott síkra; az első laryngofissiót gégegümőkór miatt *Billroth* végezte 1870-ben, utóbb *Pieniázek*, *Sarason*, *Hansberg* és mások ajánlották a megbetegedett részletek eltávolításával; majd kombinálták a laryngofissiót galvanocaustikával, forrólégkezeléssel, Röntgen-sugárással stb.; végül a gége féoldalai és teljes extirpációja is végeztetett; az utóbbira *Fränkel B.* tett figyelmessé egy bonczolásra került elsődleges gégegümőkór esetéből kifolyólag, s bár téves diagnosis alapján, *Kocher* már 1880-ban végezte; az esetek szigorú megválogatásával s a technika haladásával az elért eredmények biztatóbbá lettek, így *Gluck* és *Soerensen* 1914-ig 20 esetben végzett totalexstirpációt gümőkór miatt 20% gyógyulással. A physikai orvoslasmódok közül a gégegümőkór helyi kezelésére a radiotherapia, valamint a heliotherapia, a *Sorgo* ajánlotta reflektált napfénykezelés nyert alkalmazást. A helyi kezelésen kívül már régebben nagy súlyt helyeztek az általános terapiára, mely a tüdőgümőkór általános terapiájával nagyjában egyező lévén, ennek kialakulását követte.

(Vége következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Lapszemle.

Belorvostan.

A plantaris pont diagnostikai értékéről ír *M. Rosenberg* (Frankfurt a. M.). A plantaris pontot, vagyis a talp közepének nyomásra érzékenységét, *Bechterew* írta le először 1912-ben és diagnostikai értéket tulajdonított neki a neuritis és poliomyelitis megkülönböztetésében. A szerző szerint azonban ennek a pontnak sokkal tágabb körű használhatósága van, a mennyiben arra utal, hogy a szervezetben valamilyen toxicosis van jelen. Így megvan a plantaris pont érzékenysége kolbásmérgezésben, előrehaladt phthisisben, cachexiában, heveny fertőzőbetegségekből és a terhesség előrehaladott szakában. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1919, 29. szám.)

A galaktose-próba jelentőségéről értekezik *Wörner*. Ez a próba a májműködés vizsgálatára csak annyiban értékesíthető, hogy positiv volta (3 grammnál több galaktose kiválasztása) a májműködés zavarára utal, ha nincsen magas láz és valamilyen neurosisis állapot; a próba negativ eredménye azonban nem zárja ki a májműködés zavart voltát. Nagy jelentőségű a galaktose-próba az icterus catarrhalis és a pangásos (cholelithiasis, cholangitis, daganatok okozta) icterus elkülönítésére, a mennyiben ez utóbbi esetben negativ a próba eredménye. Maga a próba következőképpen ejtendő meg: vizelés után reggel éhómra 40 gramm galaktosót vesz be a beteg 200—300 gramm vízben oldva és utána a 12 óra alatt ürített vizet két 6—6 órás részletben összegyűjtjük és polarimeterrel quantitative meghatározzuk a cukor mennyiségét (az eredmény 0·7-del szorozva adja a galaktose mennyiségét). Az esetek többségében a galaktose kiválasztása az első 6 órában befejeződik; ez idő alatt a betegnek semmit sem szabad ennie és legfeljebb még 200 cm³ vizet fogyaszthat. (Mediz. Klinik, 1919, 45. szám.)

A súlyos megégések ismeretéhez és gyógyításához szolgáltat adatokat *Neuda*. Vizsgálatai szerint a súlyos megégés folytán rövid idő múlva bekövetkező halál a képződött mérgeknek érühidítő hatására vezethető vissza. A megégés okozta szövetszétés eredményeképpen cholin-összeköttetések szabadulnak fel és jutnak a vérbe; ezek a vérbe jutott cholin-összeköttetések okozzák a mérgezést. Ha túlélt izolált békaszíven olyan Ringer-oldatot áramoltatunk át, a melyhez megégett egyén serumából adtunk bizonyos mennyiséget, akkor már rövid idő múlva a pitvar- és kamarpulsatio dissociációja áll be, a kamara csak félannyiszor

húzódik össze; az összehúzódások nehézkesek, erőlködők; egy idő múlva a kamara megáll, a pitvar azonban tovább pulzál, de erősen kitágul, vérrel túltelődik; végül a pitvar, majd a sinus is beszünteti a működését. Atropinnal a jelzett hatás megszüntethető. Ez eredmény alapján a szerző súlyos megégés eseteiben használta az atropint és sikerült vele a korai halált megakadályoznia; összesen 3—3·5 milligrammot adott az első napon intravenásan. Az atropinnal természetesen csak az első veszély van elhárítva; az uraemiára emlékeztető kép (hányás, somnolentia, hasmenés, oliguria, anuria, coma), a melyet a toxikus fehérjeszétéssel szemben elégtelen veseműködés hoz létre, az atropin daczára is megjelenik és megfelelő kezelés mellett is még halálra vezethet. A főveszedelem azonban: a korai érühidéses halál, atropinnal elkerülhető. (Wiener mediz. Wochenschrift, 1919, 45. szám.)

Aorta-aneurysma eseteiben salvarsannal elért kedvező eredményeit ismertette *Müller-Deham* docens a „Gesellschaft der Aerzte in Wien“ november 7.-én tartott ülésén. Az eljárást először *Weintraud* használta, majd *Romberg* és *Schottländer* követte őt e téren, daczára annak, hogy *Ehrlich* ellenzte aneurysma eseteiben a salvarsan használatát. Lényeges, hogy kis adagokat használjunk; a szerző lassan emelkedő kis dosisokat (0·05, 0·1, 0·15) ad; 0·2-nél magasabbra alig emelkedik. — Az előadáshoz fűződött eszmecsereben egyhangúlag nagy óvatosságra intettek a hozzászólók (*Pal*, *Pollitzer*, *Sternberg*, *Singer*), legfeljebb a kis adagokkal való kísérletezést tartják megengedhetőnek. *Singer* 0·1, 0·2, 0·3 grammot ad 8 napos időközökben és előzőleg kénesőkúrárt használtat, hogy lehetőleg elkerülje az intensív Herxheimer-reactiót.

Sebészet.

A plexus chorioideus daganatát, mely az oldal-kamarát kitágította s a környező agyszöveten áttört, sikerrel távolította el *Perthes* (Tübingen). A tünetek alapján agydaganatot vettek fel, a mely valószínűséggel a bal occipitalis lebenyben székel. A trepanatio, a mely helybeli érzéstelenítés mellett a beteg hasfekvésében a bal hátulsó koponyaárokban történt, derítette ki a daganatnak fentebb jelzett localisatióját. A daganat sejtdús sarkomának bizonyult. Eltávolítása óta a tünetek tetemesen javulnak. Hasonló operált eset eddig még nem volt közölve. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1919, 25. szám.)

Fedett duodenum-átfúródás eredményesen operált esetének ismertetése kapcsán *Finsterer* docens felhívja a figyelmet az úgyrevezett fedett átfúródások jelentőségére, a mennyiben, daczára a látszólagos javulásnak, fennáll a veszélye annak, hogy az átfúródást fedő szerv valami csekély okra (felülés, hányás) elemelkedik és diffus peritonitis fejlődik. Ezért okvetlenül mütét végzendő, mihelyt felállítottuk a fedett átfúródás diagnosisát. Hogy a diagnosis a klinikai lelet és az anamnesis pontos mérlegelése mellett nem nehéz, kiténik abból is, hogy a szerző eddigi négy esetében a betegek pontos diagnosissal kerültek mütétre. (Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien, 1919 október 16.-án tartott ülés)

A rachitises alsóvégtaggörbülések egy részében olyan fokú a csontok mészhianyja, hogy az elgörbült csontok kézerővel hajlíthatók. Ezekben az esetekben *Spitzky* tanár osztályán — a mint azt *Stracker* assistens leírja — a manualis redresszálást végzik, többnyire narcosisban, néha azonban nincs is szükség narcosisra, s utána gipszkötést alkalmaznak, a mely csak mérsékeltlen párnázott, úgy hogy a végtag alakja jól látszik. De még biztosabb a redresszálás útján elért helyzetet olyan módon rögzíteni, hogy egy gipszoldalsínt modellálunk az alsó végtaghoz, ezt megmerevedése után eltávolítjuk, az alsó végtagot ezután vékonyan kipárnázzuk, két gipsztúrával körülvevesszük s most a gipsz-sínt néhány további túrával odaerősítjük. Az utókezelés megfelelő táplálásból, levegőről és világosságról gondoskodásból és belső szerek adásából áll. A csukamájolaj jelenleg nehezen

szerezhető be; helyette calcium lacticum és phosphor adható, még pedig nem egyidejűleg, mert *Albu* és *Neuberg* anyagcserevizsgálatai szerint egyidejű adás mellett oldhatlan összeköttetés keletkezik, a melyet a maga egészében kiválaszt a szervezet; ezért 5—7 napos periodusokban felváltva adandó a két szer. Az izomatrophia ellen elektromozás használandó. A gipszkötés revisio végett négy hét múlva eltávolítandó és újjal pótlendő az esetleg szükségessé vált pót-javítás után. Még egy 3. vagy 4., ugyancsak négyhetes idő után megismételt kötészáltással a kezelés be van fejezve. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1919, 42. szám.)

Venereás betegségek.

A nemibajok realis jelentőségéről és leküzdéséről szól *E. Finger* (Wien). Tudvalevő, hogy a nemibajokat még néhány évtized előtt könnyű, alig elkerülhető betegségeknek tartották. A nemibetegségeket csak akkor kezdték mindinkább komoly bántalmaknak tartani, a mikor kiderült, hogy mily súlyos szövödményekkel, illetőleg következményekkel járhatnak. Természetes, hogy csakhamar az utódokra is kiterjedő káros hatásokat is mindinkább felismerték. A nemibetegségek nemzetgazdasági jelentőségére legjobban *Kirchner* mutatott rá, a mikor egyedül Poroszországra nézve kimutatja, hogy az általuk okozott évi károsodás 150 millió márkára tehető. A gonorrhoea ártalmáról igen sok statisztikai adatot ismerünk. Poroszország 20.000 vak egyénének 30—40%-a gonorrhoea következtében vakult meg. A steril házasságoknak pedig mintegy 75%-a ugyancsak a gonorrhoeára vezethető vissza. Azt is kiszámították, hogy a gonorrhoea behatása nélkül egyedül Poroszországban 200.000 gyermekkel több jönne évenként a világra. A syphilis komoly következményei ma már általánosan ismeretesek, sőt kissé túlzottan festettek. Mindenesetre azonban gyakran megrövidítik az életet. *Runeberg* dániai adatai szerint 100 haláleset közül 21 tuberculosissra és 18 syphilisre esik. A syphilis tehát alig marad a tuberculosis mortalitása mögött. Népesedéspolitikailag azért fontos a lues, mert megtizedeli az utódokat s a fajt rontja. A syphilises egyének házasságában sorozatosan mutatkozó vetélések, koraszülések, syphilises gyermekek születése, valamint az előbb-utóbb elpusztulásra ítélt gyermekek eléggé ismeretesek. Enormis a nemi betegségek elterjedése. *Finger* véleménye szerint a kopenhágai adatok körülbelül egyeznek a bécsi viszonyokkal. A kopenhágai adatok értelmében a 20. és 30. életév között lévő férfiak közül gonorrhoeában évenként 20%, syphilisben 2% betegszik meg. A fiatal férfiak a 30. életévükig tehát 200%-ban gonorrhoeában és 20%-ban syphilisben szenvedtek. A nemibajok elterjedése azonban nem egyenletes, nemcsak a kor és nem szempontjából, hanem foglalkozás szerint is. Így Berlinben évenként nemibajossá válnak: katonák 5%-ban, munkások 8%-ban, kereskedők 16%-ban, diákok 25%-ban. Ez alkalommal kiemelhetjük, hogy a pinczérnők aránya 30%. Sajnos, a nemibajok egyre terjedőben vannak. A megbetegedés arányszáma már a háború előtt is mindinkább emelkedett. Ennek megfelelően a paralyssis betegek száma is már régebben állandóan emelkedőben van. Így míg Németország elmeorvosintézetébe 1881—1890 között évenként átlagosan 995 paralyssis férfit vettek fel, addig 1907-ben már 2279 beteg került intézeti kezelésbe. Jellegzetes a háborús viszonyokra, hogy a munkásifjak között nagyon terjedtek a nemibajok. *Finger* összeállításában a háború előtt 1000 nemibajos egyénre egy 15 éves fiú esett, a háború alatt pedig 8. Ez kétségtelenül azzal magyarázható, hogy ezek a fiatal emberek a háború alatt igen magas munkabéreket kaptak, a mi által vonzóbbakká váltak a prostituáltak előtt. *Finger* egy hivatalos beadványában már 1916-ban azt ajánlotta, hogy a fiatal munkások ne kapják ki teljesen bérüket, hanem adják azt jó részben vagy a szülőknek, vagy takarékbba. Ha Bécsben nem is járt eredménnyel ez a beadvány, *Finger* elégtételére Berlinben mégis létrejött ez az üdvös intézmény.

Igen nehéz a nemibajok elleni küzdelem kérdése. A küzdelem évtizedeken át minden városban úgyszólván csakis

a prostitutio reglementációjában állott. Ez az intézkedés egy-magában teljesen elégtelen. Külömben már elég avult is, a mennyiben először Franciaországban 1824-ben rendelték el. Avult különösen azért, mert a nemibajok gyógyulásának és fertőzőképességének kérdése azóta lényeges változáson ment keresztül. Hiszen 1824-ben és még utóbb is az volt a tan, hogy syphilis eseteiben csakis a primaer és secundaer jelen-ség fertőző s az is csak addig, míg hámfosztott és váladékot termel. Ezzel szemben tudjuk ma, hogy fertőzhet a syphilises egyén tünetmentes idejében is, azonfelül pedig minden physiologiás és pathologiás váladéka útján. A gonorrhoeával is csak így állunk; míg azelőtt azt hitték, hogy a váladék megszüntével a fertőzőképesség is megszűnik, addig ma általánosan tudott, hogy a fertőzőképesség a gonococcus jelenlétéhez van kötve, a mely pedig nem mindenkor okoz bővebb váladékot. A legnagyobb baj, hogy a prostituáltot őröző nőknek csak egy kis része áll felügyelet, illetőleg kötelező orvosi vizsgálat és kezelés alatt. Hiszen igen sok nő, a kinek egyébként rendes foglalkozása lehet, csak alkalmi prostituáltot őr. Ezzel az alkalmi, jobban mondva titkos prostituálttal a reglementatio módszere legtöbbször nem tud megbírkózni. A nemibajok terjedésének igazi gócza voltaképpen nem is a prostitutio egymagában, hanem a promiscuitas, más szóval az a tény, hogy rövid időn belül a férfi több nővel s viszont a nő több férfivel nemileg közlekedik. A nemibajok elterjedésének ez az igazi oka. Általában igen aggodalmas körülmény, hogy a nemibajok elleni küzdelem még mindig a rendőrség kezébe van letéve. S valóban mindinkább általános a követelés, hogy más fertőző betegségekhez hasonlóan, a nemibajok elleni küzdelem is egyedül az egészségügyi szervek és hatóságok kezébe kerüljön. Egyébként a nemibetegségek terjedése ellenében a legjobb fegyver a *minél alaposabb kezelés*. E tekintetben — elsősorban a syphilis therapiájában — az utóbbi évek nagy, sőt mondhatni óriási haladást hoztak. A másik igen fontos tényező a nemibajok elleni küzdelemben a fertőző szakban levő nemibetegeknek kezelési kényszere. A kezelési és vizsgálati kényszernek első kelléke azonban a kötelező bejelentés, mert a míg a betegről az egészségügyi hatóság tudomást nem szerzett, addig megfelelő intézkedéseket nem tehet. Kétségtelen, hogy a kötelező bejelentés a legkényesebb pontja az egész kérdésnek. *Finger* éppen ezért csak az erősen korlátolt kötelező bejelentés álláspontján áll. Tehát inkább bejelentési jogról akar beszélni, mely joggal az orvos csak akkor éljen, ha lelkiismeretlen, makacs beteggel áll szemben, a kire más módon hatni nem lehet. Végül a szerző különös súlyt helyez a felvilágosító propagandára, melynek legjobb eszközei közé elsősorban a betegek és egészségesek között szétosztandó magyarázó és oktató lapok (úgynevezett Merkblätter) tartoznak. (Wiener medizinische Wochenschrift, 1919, 22.—23. szám.) *Guszman*.

Húgyszervi betegségek.

Az epididymitis gonorrhoeica kezelését intrascrotalis befecskendezésekkel, a melyeket *Saudek* ajánlott volt a mult esztendőben, a rostoki egyetem dermatologiai klinikáján is kipróbálták, a mint erről *G. Eisel* számol be. A scrotumnak jodtincturával beecsetelése után az alsó póluson a scrotum és a tunica vaginalis közé 10—15 cm³ physiologiai konyhasó-oldatot fecskendeztek be. Erre a fájdalom és nyomás-érzés rögtön megszűnt, a mit úgy lehet magyarázni, hogy a befecskendezés folytán mintegy vízgyába kerül a here. A fájdalom megszűnésén kívül egészen friss (1—2 napos) esetekben a gyuladás is megállapodott és 3—5 nap múlva panaszmentes volt a beteg. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1919, 33. szám.)

Az enuresis létrejöttében *Weitz* szerint lényeges tényező az, hogy a detrusor összehúzódásának érzése, az ú. n. contractiós érzés, csökken s ezért nem váltja ki a nagyagyvelő révén a sphincter-tonus fokozódását. Az enuresis gyógyításakor tehát törekednünk kell a contractiós érzés fokozására, a mi a szerző szerint a következő módon érhető el: a húgyhólyagba vitt vékony rugalmas katheteren át kétszer kiöblítjük

a hólyagot 100 - 200 cm³ argentum nitricum-oldattal s azután még átlagban 150 cm³ oldatot 1/2 óráig visszatartatunk. Az oldat töménysége eleinte 1:4000, majd 1:3000, 1:2000, 1:1500, 1:1000, sőt néha 1:750 koncentrációra térünk át. Az eljárás hetenként kétszer végzendő és az ágybavizelés megszűnte után még három hétig folytatandó. A folyadékfelvétel az esti órákban korlátozandó. Súlyos esetekben egyidejűleg lehetne használni olyan szereket is, amelyek a hólyagösszehúzóadások gyakoriságát csökkentik, elsősorban belladonnát és atropint, a legsúlyosabb esetekben pedig az epiduralis injectiókhoz is folyamodhatunk. (Mediz. Klinik, 1919, 31. szám.)

Kiseb közlések az orvosgyakorlatra.

Amylnitrittel kedvezően befolyásolt anosmia esetét közli *Kopf*. Idősebb, hysteriának semmi jelét sem mutató nőről van szó, a kit évekkal ezelőtt ismételtén operáltak orrpolypusok miatt s a ki mintegy 10 esztendő óta a leg-erősebb szagokat sem érezte. Bronchialis asthma ellen amylnitrit-belégzés rendeltetvén neki, a belégzés után örömmel vette észre szaglása visszatértét; néhány nap múlva a szaglása ugyan ismét csökkenni kezdett, de a belégzés néhány-szori megismétlése után rendessé, sőt kissé túlérzékeny-vált. A hatás módjára vonatkozólag a közlő nem bocsát-kozik fejtegetésekbe. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1919, 42. szám.)

Jodcalciril és bromcalciril néven két új készítmény került újabban forgalomba, a melyek *Bornstein* szerint alkal-masak arra, hogy jelentős szerepet játszsanak mindamaz esetekben, a melyekben jod, illetőleg brom használata javalt. A két nevezett szer nem más, mint jodnak, illetőleg brom-nak összeköttetése egy organikus calciumvegyülettel (digly-kolsavas calcium). Előnyük, hogy sokkal lassabban választat-nak ki a szervezetből, ezért aránylag kisebb adagokkal is hatás érhető el, ily módon tehát a jodismus, illetőleg bromis-mus veszélye is csökken. Ezenkívül a calcium-componens általános erősítő hatást gyakorol a test sejtjeire. A használat módjáról, az adagolásról a dolgozat nem emlékezik meg. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1919, 30. szám.)

Heveny izületcsúz eseteiben *F. Rosenfeld* jó ered-ménnyel használja az eucupint 0.5 grammos adagokban háromszor naponként. Nagyon súlyos esetekben egyidejűleg natrium salicylicumot is ad, 1.0 grammot háromszor napon-ként. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1919, 31. szám.)

Hiányos táplálkozás mellett a gyógyszerek hatása is némileg módosul, a mint azt a mostani időkben már többen jelezték. Újabban *Zernik* hívja fel a figyelmet arra, hogy sok betege, a ki azelőtt minden melléktünet nélkül bírt el sokkal nagyobb adag opiumot, most már 0.5 gramm opiumtinctura vagy egy pantopontabletta után másnap reggel még erősen kábult és a pupillái jellegzetesen szűkültek. Hasonlót tapasztalt az adalinnal és a veronallal is. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1919, 31. szám.)

Bubo inguinalis mindamaz eseteiben, a melyekben a folyamat még nem haladt előre a spontan áttörés fokáig, *Tichy* jó eredménnyel használta a tejinjectiót. A bőr alá vagy a glutaeusokba fecskendez be mindkét oldalon 5—5 cm³ tejet, a melyet 20 percig forralt; a befecskendést 3—4 nap múlva megismételte. A befecskendezés után 5—6 órával a hőmérsék hirtelen emelkedik, de a 40°-ot sohasem éri el; az általános állapot alig szenved. A fájdalom ezután gyorsan csökken, majd megszűnik a periglandularis beszűrődés és a mirigyek is kezdenek visszafejldni. (Medizinische Klinik, 1919, 27. szám.)

Heveny pyelitis eseteiben *Nathan* és *Reinecke* meg-kísérlelendőnek tartja az intravenás neosalvarsan-injectiót 0.15 gramm mennyiséggel 2—3 naponként. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1919, 22. szám.)

Terhességi hányás ellen *Wild* a gyomoröblítést ajánlja. Addig öblíti a gyomrot híg konyhasó-oldattal, míg a kifolyó oldat teljesen tiszta. Valamennyi esetében eredmé-

nyes volt ez az eljárás; az esetek többségében már egyszeri öblítésre véglegesen megszűnt a hányás. Egyidejűleg ágy-nyugalmat és borogatást rendel. (Zentralbl. f. Gynäk., 1919, 32. szám)

Szénaláz eseteiben jó eredménnyel használja *Haike* az optochinum hydrochloricumot. A következő oldattal ecseteli az írr nyálkahártyáját több napon át: Rp. Optochini hydro-chlorici 0.25; Aquae destillatae 25.0; Glycerini 2.0. Néhány napi sünet után újból végez néhány napig ecsetelést. Egyidejűleg ugyanebből az oldatból néhány napig cseppet a conjunctivára is juttat 1%-os holocain-oldattal végzett elő etes érzés-telenítés után. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1919, 25. sz.)

A gyuladós adnexum-daganatoknak terpentin-befecskendezéssel gyógyításáról ír *Zoeppritz* a göttingeni nőbeteg-klinikán szerzett tapasztalatok alapján. Befecskendésre négyszer annyi oleum olivarummal hígított terpentint használnak és ebből 1/2 cm³-t fecskendeznek be a csontig, még pedig a hátulsó axillaris vonalban, 2—3 harántujjnyival a csípőtaraj alatt. Helybeli zavarok nem mutatkoztak, fehérje a vizeletben nem jelent meg. A befecskendezést 4—5 napon-ként ismételték meg; a befecskendezések legnagyobb száma 11 volt. A nem régi genyes adnexum-megbetegedések na-gyobb számában nagyon kedvező volt az eredmény; régen fennálló esetekben kevésbé használt az eljárás. (Zentralblatt für Gynaekologie, 1919, 16. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1919, 35. szám. *Spiegel Béla*: A hasüri heredaga-natokról.

Vegyes hírek.

Kérjük igen tisztelt előfizetőinket, hogy a magyar orvosi kulturát immár 63 esztendeje híven és önzetlenül szolgáló lapunk további fennállásának lehetővé tételére a folyó évre 20 korona pótdíjat juttassanak el hozzánk. A még mindig elég tetemes számú hátralékos előfizetési díjak beküldését is kérjük.

A fogászat (fogorvoslás), illetőleg a fogművesség (fogtech-nika) körébe eső műveletek tárgyában a népegészségügyi minster a következő rendeletet bocsátotta ki: Az 1911. évi 112.026. számú bel-ügyministeri rendelettel kiadott szabályrendelet 1., 2. és 6. §-ában részletesen elhatároltattak azok a műveletek, a melyek egyrészt a fogászat (fogorvoslás), másrészt a fogművesség (fogtechnika) körébe esnek s ezzel megállapítottak azok a műveletek, a melyeket fogműves-nek (fogtechnikusnak) végeznie tilos. A szabályrendelet 6. és 7. §-ában foglalt rendelkezés szerint pedig azok a fogművesek, a kik a rendelet kelte idejében a fogászat körébe eső műveletek végzésével foglalkoz-tak, a szabályrendeletben megállapított vizsgálat sikeres letétele után a fogászati gyakorlatot tovább is folytathatják. A szabályrendelet 19. §-a kimondotta, hogy azok a fogművesek (fogtechnikusok), a kik a rende-letben megszabott határidőig a vizsgálatot bármily okból le nem tették, a fogműves (fogtechnikus) ipar körén kívül eső bármiféle fogászati mű-veletet egyáltalában nem végezhetnek. Ennek daczára az utóbbi időben számos fogműves (fogtechnikus), a ki a fent idézett szabályrendelet 7. §-ában előírt feltételeknek eleget nem tett vagy nem is tehetett, fogbetegek számára rendeléseket tart és a hozzáforduló betegeken fogászati (fogorvosi) műveleteket végez. Ezeknek a közönség testi ép-ségét veszélyeztethető üzelmeknek megszüntetése végett a következőket rendeltem:

1. Az I. fokú egészségügyi hatóságok kötelesek fogászati műve-letek végzésére nem jogosult fogművesmesterek, fogművessegédek és tanoncok tevékenységét hatósági orvosok közbejöttével az illető mű-helyekben váratlanul és ismételtén megejtendő helyszíni szemlék útján ellenőrizni. A mennyiben a helyszíni szemlék vagy a netalán szükség-séssé váló további nyomozások folyamán megállapíthatnák, hogy valamely fogműves anélkül, hogy erre engedélye lenne, fogbetegeken a fogászat körébe eső műveleteket végez, ellene a fent idézett szabály-rendelet 20. §-a értelmében büntető eljárást kell indítani, tilos műve-letek végzésére szolgáló eszközeit, műszereit vagy egyéb felszerelési tárgyait pedig leltár mellett le kell foglalni és az eljárás befejeztéig hatósági őrizetbe kell venni. 2. A midőn egyrészt súlyt kell helyezni arra, hogy ezzel a rendelkezéssel egyes fogművesek visszaéléseivel szemben a közegészségügy érdekeinek a legnagyobb szigorúsággal érvény szereztessék, másrésztől biztosítani kell a fogművesiparnak is azt a védelmet, a mely jogosan megilleti, ezért az 1884. XVII. t.-cikk rendelkezéseihez képest a kereskedelemügyi minster úrral egyetértőleg a következőket rendeltem: a) Az 1912. évi 101.595. B. M. sz. körren-delet b) pontja azzal egészített ki, hogy a népegészségügyi minster az 1911. évi 112.026. B. M. sz. szabályrendelet értelmében a fogműve-sek részére kiadott kivételes engedélyt visszavonhatja akkor is, ha be-igazolást nyert, hogy az illető fogműves ipari munkát saját betegein

kívül üzletszerűen mások számára is végez és evégből segédeket és tanoncokat tart; b) a fogorvos vagy a fogászat keretébe eső műveletekre jogosult fogműves a fogművesipar keretébe eső munkákat csakis a saját maga által kezelt betegek részére készíthet, egyébként azonban a fogművesipar nem folytathatja és sem segédeket, sem tanoncokat nem alkalmazhat; c) a fogorvosok részére kiszolgáltatót iparigazolványok, a mennyiben azok nem az ipartörvényben előírt feltételek alapján adtak ki, mint tévesen kiadottak az illetékes elsőfokú iparhatóság által azonnal visszavonandók. 3. Az 1912. évi 101.595. B. M. sz. körrendelet második bekezdését, a melyben a fogművesek által végezhető fogászati műveletek korlátozása végett az a kijelentés foglaltatik, hogy az 1911. évi 112.026. B. M. szabályrendelet 6. §-ában említett műveletek közül a szájúregnek különösebb sebészi előkészítését feltétlenül kizártnak kell tekinteni, az időközben szerzett tapasztalatok alapján minden további félreértés kikerülése végett kiegészítem azoknak a fogászati műveleteknek felsorolásával, melyekre az idézett rendeletek alapján a vizsgázott fogművesek jogosítva vannak. Ezek a következők: 1. Lenyomat vétele. 2. A fogmű viseléséhez szükséges előkészítő műveletek, mint foghúzás, fogtömés, fogtisztítás, gyökerek vagy élő fogak lecsipése és leköszörülése. 3. A fogmű beillesztése a szájba. Nem szabad azonban különös orvosi képzettséget feltételező előmunkálatokat végezni, mint helyi vagy általános érzéstelenítést (altatás), a szájnak sebészi vagy gyógyszeres előkészítését és fogszabályozási műveleteket. 4. Az ennek a rendeletnek második és harmadik pontjában foglalt rendelkezések hatálya a 2. pontban említett fogműveseken kívül mindazokra a fogművesekre és külföldi fogorvosokra oklevelek tulajdonosaira is kiterjed, a kik királyi kegyelemből vagy bárminő más jogosítvány alapján bírnak fogászati műveletek végzésére kivételes engedéllyel. 5. Az egészségügyi és iparhatóságok, úgyszintén a közvetlen vagy felsőbbfokú felügyelettel megbízott közegek az ellenőrzést a fentemlített szempontból is a legszigorúbban gyakorolni. esetleg az eredményhez képest feljelentést vagy szükséges egyéb intézkedések iránt javaslatot tenni tartoznak.

Az orvosi Nobel-díjat ez évben nem adják ki; a chemiait Haber (Berlin), a physikait Planck (Berlin) és Starck (Greifswald) kapta.

Aronson-alapítvány. Az év elején elhunyt Aronson tanár özvegye 500.000 márkás alapítványt tett a bakteriologia és kísérletező terapia körébe tartozó kutatások elősegítésére.

Személyi hírek külföldről. F. Göppert (gyermekorvostan) és W. Lange (rhino-laryngologia) göttingeni rendkívüli tanárt rendes tanárrá léptették elő. — Penzoldt erlangeni belklinikus 70. születésnapját december 12.-én ünnepelték. — H. Matthes volt strassburgi tanárt a königsbergi egyetem gyógyszerészeti-chemiai tanszékére hívták meg.

Meghalt. L. Brieger tanár október 18.-án 70 éves korában. — E. Pontoppidan dán dermatologus 72 éves korában.

Park-sanatorium VI., Aréna-ut 84.

Sebészeti, nőgyógyászati, urológiai gyógyintézet. Külön szülészeti osztály. Röntgen laboratórium (bejáró betegek részére is). Radium kezelés.

Fővárosi Fásor Sanatorium R.-T.

Igazgató főorvos: Dr. Nádasy István. Ügyvezető igazgató: Fészi József. Budapest, VII., Vársligeti fásor 9. Telefon: József 15 26. Igazgató telefonja: József 26-21. Magán-gyógyintézet sebészeti, női és belgyógyászati betegek részére. Teljesen modern új szülészeti és sebészeti osztállyal és kórtermekkel kibővíve.

Szt. Gellért gyógyfürdő és szálló Budapest

A régi nagy hírű Sárosfürdő 47° C forrásal Termális és fisioterapiás gyógyintézet. Iszap-, szénasavas fürdők, vizgyógyintézet, pneumatikus kamra, inhalatorium, gépgyógyászat, villam- és fénykezelések stb. Diaetas konyha. Belső bajokban szenvedők számára. Laboratórium. Röntgen.

Vezető főorvos: Dr. Benczur Gyula, egyet. magántanár.
Gépgyógyászat: dr. Erdős Géza.
Röntgen-laboratórium: dr. Simonyi Béla.

Ki ánatra prospektus.

Kívánatra prospektus.

PÁLYAZATOK.

5996/1 '19. szám.

Zala vármegye tapolczai járásához tartozó köveskali körorvosi állásra pályázatot hirdetek.

A körhöz tartoznak: Köveskal, Balatonhenye, Monoszló, Mindszentkalla, Szentbékalla, Kővágóórs. Szepezd, Szentantalfa, Tagyon, Zánka, Csicske, Szentjakabfa és Óbudavár községek. Székhelye Köveskal.

Fizetés 160) korona törzsfizetés, ötödéves korpótlék, 500 korona lakbér, 540 korona fuvarátalány és a vármegyei szabályrendelettel megállapított látogatási díjak.

A pályázók az 1908:38. t.-cz. 7. §-ában előírt minősítésüket és eddigi előéletüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket 1919. évi december hó 31.-éig adják be. Az elkésett vagy kellően fel nem szerelt kérvényeket figyelembe nem veszem.

A választást a pályázati határidő lejártakor megállapítandó időben Köveskal községben a községházánál az 1908:38. t.-czikk 6. §-a alapján alakult választógyűlés fogja megejteni.

Tapolcza, 1919. évi november hó 27.-én. A főszolgabíró.

Dr. Pécsi Dani és Dr. Pécsi István

oltóanyag termelő-intézete

a magyar állami serum termelő intézet szétküldő osztálya.

Himlőnyirok Dyphtheriaserum
Budapest, II. ker., Margit-körut 45.

Marberger Gyula

orvos gyógyszerészeti laboratoriuma ismét szállítja a már régebben bevált készítményeit:

Maltocol Maltosucco
Glykomaltin Arsorobin
Argosol Hydarsol Optocalcil

stb. és a mindennapos gyakorlatban szükséges

subcutan oldatokat phiolákban „PROMT”
szóvédjeggyel.

FLUORIN KISS

Pastillánként 0.5 gr. Zincum Sulfuricum, Natr. Chloratum, Cuprum Sulfuricum és 1.5 gr. Alumen Crudumot tartalmaz.

Fiolákban 20—20 pastilla.

A fluor albus kezelésénél kényelmes és pontos adagolásánál fogva hiányt pótló készítmény.

Kapható minden gyógyszerertárban.

Készíti: KISS A. ANDOR GYÓGYSZERÉSZ

Budapest, Fortuna-gyógyszerár

VII., Dob-utca 80. szám. — Telefon József 13-34.



Gloma.
Dr. Wander
száraz-maláifakivonat

Dr. Pápay-féle oltóanyag- és serum-intézet r.-t.
VI., Teréz-körut 31. Tel.: 20-19.

Alapítási év 1887.

HIMLŐNYIROK

Enyhe, huzamos immunitást kölcsönző, járulékos csiráktól biztosan ment készítmény. Hygienikus istállóztatás. Allatorvosi felügyelet. Borju-oltás előtt tuberculin-próba.

Polyvalens
„Grippe“-serum

septikus bronchopneumoniák kezelésére.

Magas titerű antiinfektívus és antitoxikus serumok:

Dysenteria Skarlát

Streptococcus

Meningococcus

Diphtheria Tetanus

Anthrax

Pneumococcus

fertőzések ellen.

Tuberkulin

Cholera Typhus
oltóanyag.

„Opsogon“

„Opsodermin“

magas immunizáló értékű specifikus vaccinák

gonococcus és

staphylococcus

fertőzésekénél.

Steril, intramuscularis injectióra szolgáló

Tej-készítmény

sycosis, furunculosis, sebfertőzések, erysipelas stb. esetében.

Specifikus diagnostikumok. Specifikus agglutináló és präcipitáló savók. Ingredientiak a Wassermann-reactióhoz.

Wassermann-vizsgálóállomás.

Vegy-, bakteriologiai-, serologiai-, szövettani vizsgálatok. Autovaccina-készítés.

Sulfotin

Kalium sulfoguaajacolicum syrup, békebeli minőségben
200 gr-os üvegekben.

Arsotonin

a monomethydnatriumarsenat isotoniás oldata steril ampullákban, subcutan injectiókhoz.

20 és 100 ampulás csomagolásban

Domopon

Az összes opium alkaloidiákat tiszta állapotban tartalmazó készítmény.

Tablettákban, ampullákban és üvegekben.

Novatropin

Strychnotonin Protal

Cadogel Domargin

Ventrobaryt Retrobaryt



„CHINOIN“

gyógyszer és vegyészeti termékek gyára r.-t.
(Dr. Keresztély és Dr. Wolf)

UJPEST

Ismét kapható!

Fersan

Vas- és phosphortartalmú tápláló és erősítő szer.

Brom-Fersan-pastillák.

Fersan-por.

Fersan-pastillák.

(à 0.5 g. vagy à 0.25 g.)

Sápkórság, vérszegénység, rachitis, neurasthenia, gyengeségi állapotok, étvágytalanság és tuberculosissnál.

Könnyen resorbeálható vas-acidalbumin, megbízható és olcsó.

Magyarországi főraktár:

Dr. FILO JÁNOS gyógyszerháza
BUDAPEST, VIII., Mátyás-tér 3.

Kapható minden gyógyszerházaiban.

Orvosi irodalom és minta kívánatra ingyen.

Sanguiferin

Dr. Pally

(Elixirium Ferri albuminati Pollatsek)

seu combinationes:

c. arseno mite, c. arseno forte, c. phosphoro

Tonicum

Neuroticum

Haemodynamicum

Stomachicum

Roborans

Anaemia

Chlorosis

Neurasthenia

Ideges kimerültség

Táplálkozási zavarok

Fejlődési visszamaradottság

Gyermekágyas és szoptató nők

vérszegénysége esetében stb.

Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Hoechst Majna m.

NIRVANOL

iznélküli
altatószer.

Megbízható, jól tűrt, ártalmatlan. Belsőleg:
1 tableta à 0,3 gr., ill. 0,5 gr.

Eredeti csomagolás:
15 tabl. à 0,3 gr., ill. 10 à 0,5 gr.
10 amp. à 4 ccm.

AMPHOTROPIN

belsőleg szedendő
húgyantiseptikum

baktericid, diuretikus, epithelregeneráló.
Cystitisnél stb.-nél 3-szor napjában 0,5 gr.

Eredeti csomagolás:
20 tableta à 0,5 gr.
40 tableta à 0,5 gr.

ALBARGIN

kitűnő
antigonorrhoeicum.

Nem izgató, erősen baktericid, mélyreható.
Prophylaxis: 5–10%. Therapia: 0,1–3%.

Eredeti csomagolás:
20 tabl. à 0,2 gr.
50 tabl. à 0,2 gr.

ALIVAL

(Jod-dihydroxypropan)

Sokfélekép használható
szerves jódkészítmény

Tulajdonságok:

3% jodtartalom, könnyen oldódó, kellemes ízű, igen jól tűrt, belső és külső alkalmazásra,
injecciónra, racionális felszívódás, polytrop.

Indikációk:

lues, arteriosklerosis, asthma, valamint mindazon esetek, melyeknél jó d ajánlalom.

Adagolás:

Belsőleg: Többször napjában 1 tableta à 0,3 g

Külsőleg: 10–25% kenőcsök, 1 gr. kúpok, intra-
venosusan és intramuskularisan 1 ampulla = 1 g.

Eredeti csomagolás:

10 ill. 20 tabl. à 0,3 gr.
5 ill. 10 amp. à 1 ccm, tartalom 1 gr. Alival

Irodalom és minták az orvos urak rendelkezésére állanak.

HEXOPHAN

iznélküli
antiarthritisikum.

Jól tűrik, húgysavoldó, diuretikus.
Belsőleg: 3-szor napjában 1 g; subcutan 0,5 g.

Eredeti csomagolás:
10 tableta à 1 g
20 „ à 1 g.

ANAESTHESIN

helybeli
tartós hatású anaestheticum.

Nem mérgező, nem izgató hatású, belsőleg és
külsőleg gastralgia, sebfájdalmak ellen stb.

Adagja:

Külsőleg: 5–20% vagy substanzában.
Belsőleg: 0,25–0,5 g étkezés előtt.

TUMENOL

kénes
kátránykészítmény.

Szagtalan, nem izgató, viszketést csillapító
és gyulladást gátló szer ekzema ellen.

Adagolása:

1–20% kenőcsök, tinktura, ecsetelések stb.
Legjobb vényforma: Tumenol-Ammonium.

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség:
IX., Knežits-utca 15.

ALAPITOTTA

MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

FOLYTATTA

ANTAL GÉZA és HÓGYES ENDRE.

Megjelenik minden vasárnap

SZERKESZTI ES KIADJA

LENHOSSÉK MIHÁLY és SZÉKELY ÁGOSTON

FŐSZERKESZTŐ.

SZERKESZTŐ.

Egyes számok kaphatók Kállan
Frigyos egyetemi könyvkeres-
kedésében (Váci-utca 32 sz.)
Egyes szám ára 2 korona
50 fillér.

Küldemények és előfizetések czíme

Orvosi Hetilap szerkesztősége és kiadóhivatala Budapest, IX., Knežits-utca 15. sz.

Hirdetések kizárólagos felvétele

Pesti Alfréd "PETŐFI" irodalmi vállalata, Budapest, VII., Kertész-utca 16. szám.

Kiadóhivatal
Knežits-utca 15.
Előfizetési árak:
1919. november 1-től:
egész évre ... 120 kor
feléve ... 60 "
negyed évre ... 30 "
Orvostanulmányok, szigorító
orvosok és a kötelező körhaz
gyakorlatot teljesítők a telet
és a portót fizetik.

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Marcis Árpád: Közlemény az állatorvosi főiskola járványtani intézetéből. (Igazgató: Hutyra Ferencz dr.) Adatok az emberek malleusának serodiagnosishoz. 437. lap.

Andriska Viktor: Közlemény a budapesti tudományegyetem közegészségtani intézetéből. (Igazgató: Liebermann Leó dr., egyet. tanár.) Mi rontja különösen a levegőt a világot gaz egése alkalmával? 439. lap.

Szily Pál és Stránský Hugó: A heveny szemblennorrhoea abortív chemotherapiája. 440. lap.

Safranek János: Az orr- és gégeorvostan fejlődése a gégeükrözés felfedezésétől napjainkig. 442. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Vischer: Zur Psychologie der Übergangszeit. — Új könyvek. — *Lapszemle. Belorvostan. E. Freund:* Ráksejtoldó szerves savak. — Az adrenalin hatása az öregebb korban. — *Sebészet. Eiselsberg:* Tudósebészet. — *E. Kisch:* A sebészeti giümökör kezelése. — *Spitzky:* Giümökörös térdzárlati emphyema. — *Borkortan. Arnstein:* Ipari kátrány-melanoderma. — *Fulorvostan. Adair Dighton:* Nem genyédéses otogen szedülésnek műtettel gyógyított esete. — *Kisebb közlések az orvostanról. Fleisch-Thebesius:* Rosszul sarjadzó sebek gyógyítása. — *Gerber:* Tüdőveszesek izzadása. — *Kosminski:* Tenosin. — *Koche:* Az intravenás injectio technika. — *Reese:* Trichophytiasis. — *Rittmeyer:* Spasmalgin. — *Lindig:* A casein mint gyógyszer. — *Vogl:* Léplene-sepsis. 443—445. lap.

Magyar orvosi irodalom. 445. lap.

Vegyes hírek. 445. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény az állatorvosi főiskola járványtani intézetéből.
(Igazgató: Hutyra Ferencz dr.)

Adatok az emberek malleusának serodiagnosishoz.

Irta: *Marcis Árpád* dr., állami főállatorvos.

Az emberek malleusa, éppen úgy mint az egypatásoké, acut vagy chronicus lehet. Az acut malleus könnyen össze-
teveszthető a typhussal, sepsissel, polyarthritissel, erysipelas-
sal, a chronicus pedig a syphilissel és tuberculosissal, ezért
nagyon ajánlatos kétes esetekben a klinikai vizsgálaton kívül
más diagnostikai módszereket is igénybe venni. A bakterio-
logiai eljárások és a kísérletes állatoltás nem mindig vezet-
nek pozitív eredményre; a serodiagnostikai próbák sokkal
jobb eredményeket adnak és előnyük, hogy az orvosnak a
fertőzött individuumból csak vért kell vennie. A praecipitációs,
az agglutinációs, a complementumkötési, a conglutinációs stb.
próbák többféle állati betegség körjelzésénél, de különösen
az egypatások malleusánál kitűnően beváltak (malleus, abor-
tus enzooticus, variola ovina). E próbákat az emberek mal-
leusának felderítésére csak elvéve alkalmazták. *Dejulin* és
Foulerton észlelte legelőször a malleusban szenvedő embe-
rek vérenek agglutináló képességét. *Gabriélides* és *Remlinger*
az agglutinációs próbával végzett kísérletek folyamán meg-
állapította, hogy egészséges ember vére 1:15-szörös higitas-
nál magasabban nem agglutinálja a malleusbacillusokat, míg
a takonykóros emberek vére 1:20—50 higitásban is aggluti-
nálja őket. *Wischelewsky*, a ki maga idősült malleusban szen-
vedett, saját véret vizsgálta meg a complementumkötési pró-
bával; az eredmény pozitív volt. *Pfeiler* közlése szerint
Schubert egy chronicus malleusban szenvedő 20 éves férfi
véret vizsgálta két ízben a complementumkötési próbával; első
ízben pozitív, másodikban negatív eredménnyel. Ugyancsak
Pfeiler szerint *Schenk* Brombergben egy acut malleusban
szenvedő ember vérenek agglutinációs értéke gyanánt 1:2000 t
kapott és a complementumkötési próbánál 0.02 cm³ serum-
mal teljes kötéset észlelt. *Gildemeister* és *Jahn* egy chronicus
és két acut malleusban szenvedő ember véret vizsgálta meg
az agglutinációs, a complementumkötési és a conglutinációs
próbakkal. A chronicus esetben a betegség 31. és 32. napján
az agglutinációs érték 1:1000 volt, a 48. napon azonban le-
szállt 1:200-ra. Az egyik acut esetben a betegség 16. nap-
ján 1:4000, a 18. napon pedig 1:16.000, a másikban a
betegség 11. napján 1:1000, a 14. napon pedig 1:4000 volt

az agglutinációs érték. A complementumkötés eredménye a
chronicus esetben három ízben, még akkor is, a mikor az
agglutinációs érték 1:200-ra szállt le, erősen pozitív volt. Az
acut esetek közül az egyikben a betegség 16. napján vett
vérről a complementumkötés gyengén pozitív, a 18. napon
vett vérről azonban már kifejezetten pozitív eredményt adott. A
chronicus és az egyik acut esetben a szerzők a próbát 0.1—0.001
cm³-nyi serummenyiségekkel hajtották végre. Minthogy a
másik heveny esetben a complementumkötés csak 0.05—0.001
cm³ serummenyiségekkel volt végrehajtható, azért az ered-
mény csak gyengén pozitívnek mutatkozott. A conglutinációs
próbát mind a három esetben csak egy ízben végezték a
szerzők; az eredmény a chronicus és az egyik acut esetben
gyengén pozitív, a másik acut esetben ellenben erősen posi-
tív volt. Ennél a próbánál az alkalmazott vérsavómenyisé-
gek 0.1—0.001 cm³ voltak. Négy normalis embervérrel egy-
idejűleg végrehajtott conglutinációs próba negatív eredményre
vezetett.

A szerzők ellenőrzés céljából 103, részben egészséges,
részben más betegségben szenvedő ember véret is megvizs-
gálták malleusbacillus-extractum jelenlétében a complemen-
tumkötéssel és azt találták, hogy 8 vérpróba 0.2 cm³ meny-
nyisége részben lekötötte a complementumot (ezek közül
kettőnél ez önkötés volt), míg a többi 95 vérpróbanál ugyan-
azon mennyiségekkel complementumkötés nyomokban sem
volt észlelhető. Az agglutinációs próbát a szerzők 78 egész-
séges és 29 typhusban és vérhasban szenvedő ember vérevel
hajtották végre. Tapasztalataikat összegezve, a következőket
állapították meg:

Az agglutinációs, a complementumkötési és a congluti-
nációs próbák értékes eljárások az emberek malleusának fel-
derítésére, s ezért nagyon ajánlatos a bakteriológiai vizsgálá-
tok mellett ezen eljárásokat is igénybe venni. A complemen-
tumkötést 0.2—0.01 cm³, a conglutinációs próbát pedig
0.1—0.01 cm³ vérsavóval kell végrehajtani. A complementum-
kötés különösen chronicus esetekben ad jó eredményt. Az
agglutinációs próbánál 1:400-nál kisebb érték malleus ellen,
1:400-as érték malleus gyanuja mellett, 1:800-as titer a leg-
nagyobb valószínűséggel, ennél nagyobb érték pedig két-
ségtelenül malleus mellett szól.

Újabban *Wolff* 13 ember vérenek vizsgálatáról számol
be, a kik közül négyet a serológiai vizsgálatok eredménye
alapján malleusos fertőzésre gyanusnak minősített. E négy
emberi vérnek 1:500, 1:600 és két esetben 1:1500 volt az
agglutinációs értéke. A complementumkötés egy esetben 0.1
cm³, két esetben 0.02 cm³ serummal teljes volt, míg egy

esetben a serumnak nem volt complementumkötő sajátága. E serumnak 1:1500-as agglutinációs értéke azonban a fertőzés gyanuját megerősítette. A szerző a 13 eset tapasztalatai kapcsán felteszi, hogy az egészséges emberek seruma 1:200-nál nagyobb hígításban már nem agglutinálja a malleusbacillussokat.

Gildemeister és *Jahn*-nak az agglutinációval szerzett tapasztalatait *Pfeiler* kritika tárgyává tette és figyelmeztette a szakembereket, hogy 1:400—800 agglutinációs értékekből nem tartja tanácsosnak malleusos fertőzöttségre következtetni; noha az emberi vérnek általában kisebb a normalagglutinintartalma, mint az egypatások véreinek, ő az emberi és az állati vér agglutinintartalma között mégsem tételez fel nagy értékbeli különbséget. Hasonlóképpen *Miessner* is kétségesnek tartja, hogy 1:400—800 agglutinációs értékekből malleusra lehessen következtetni.

1915 április hó 14.-én a budapesti XVI. helyőrségi kórházból *L.* állatorvos vérének küldték vizsgálatra az állatorvosi főiskola járványtani intézetébe azzal, hogy az illető malleusra gyanús. A complementumkötési próba a kérdéses vérsavó 0.2—0.01 cm³-nyi mennyiségeivel negatív eredményt adott, az agglutinációs érték pedig 1:400-nak bizonyult. Ezen leletek alapján az illetőt, tekintettel az egypatás állatok vérvizsgálatainál szerzett tapasztalatainkra, malleustól mentesnek mondtuk. Feltevésünk helyességét a beteg teljes gyógyulása igazolta. Ezzel az esettel kapcsolatban felmerült az a kérdés, vajjon a malleus-szal nem fertőzött, tehát az egészséges vagy más betegségekben szenvedő emberek vérsavója általában milyen magatartást tanúsít malleusbacillus-extractum jelenlétében a complementumkötési próba folyamán és milyen az ilyen emberi vérsavóknak a malleusbacillusokkal szemben a normalagglutinintartalma. Minthogy erre nézve az irodalmi adatok nem teljesen kielégítőek, szükségesnek tartottam néhány egészséges és különböző betegségekben szenvedő ember vérének e vizsgálatoknak alávetni. Erre a célra a pénzügyi hadikórházából *Manninger Vilmos* egyetemi magántanár, a kórház parancsnoka útján kaptam a vérpróbákat, a kinek szíveségét ezúton is hálásan köszönöm. A beérkezett 41 vérpróba közül 32-t vizsgáltam meg a complementumkötési próbával, az agglutinációs próbát pedig 41-gyel hajtottam végre.

A complementumkötési próbát *Schütz* és *Schubert* módszere szerint végeztem. Complementumnak a tengerimalacz vérsavójából azt a legkisebb mennyiséget használtam, mely 5 cm³ összefolyadékban két egység haemolysinnek és 0.01 cm³ malleusbacillus-extractumnak jelenlétében 1 cm³ 5%-os birkavérsejtemulsiót oldott. A vizsgálandó vérsavót 56—58°-os vízfürdőben 1/2 órán át inaktiválva alkalmaztam. Az inaktivált vérsavó az antigennel és a complementummal keverve 20 percze, majd a haemolysinnel és a birkavérsejtekkel ugyancsak 20 percze 40°-os vízfürdőbe került. A complementumkötést akkor bíraltam el, mikor azokban a controlcsövekben, melyekbe a vizsgálandó vérsavót és a haemolytikus systemát, illetőleg az antigent és a haemolytikus systemát mértem, az oldódás már bekövetkezett.

A 32 vérpróbának complementumkötéssel való vizsgálatkor azt tapasztaltam, hogy a vizsgálandó vérsavónak a próbánál alkalmazott legnagyobb mennyisége, a mint azt *Schütz* és *Schubert* az egypatások véreinek vizsgálatok is megállapította, legfeljebb 0.2 cm³ lehet, mert ez a mennyiség a vizsgált esetek közül csak kettőben, tehát csak kivételesen gátolta kis fokban a vérsejtek feloldását. A két vérsavónak ez a sajátága malleusbacillus-extractum hozzáadása nélkül is megvolt, úgy hogy itt a serumok önkötő képessége zavarta némileg az eredmények elbírálását. A 0.2 cm³-nél nagyobb serummennyiségek (0.3, 0.4, 0.5 cm³) önkötő képessége — a vörös vérsejteket még teljesen oldó legkisebb complementummenyiség alkalmazása mellett — oly gyakran és kifejezetten jelentkezik, hogy ilyen mennyiségekkel céltalan dolog a próbát végrehajtani. *Miessner*, *Trapp*, *Marcis* és *Bauer* malleusban szenvedő állatok vérsavóival megállapították, hogy magasabb hőfokon (60—64°) való inaktiválás eliminálja a nem specifikus és az önkötést előidéző anyagokat, ellenben a

specifikus malleus-ellenanyagokat érintetlenül hagyja. Ezen tapasztalatok alapján feltehető, hogy az emberi vérsavóknak malleusra való vizsgálatokor is igénybe lehet venni a magasabb hőfokon való inaktiválást, mert ezzel a malleus körjelzésének biztossága nem szenved s a mellett a 0.2 cm³ serumnál esetleg jelentkező zavaró önkötést ki lehet küszöbölni. Az emberi serumok önkötő anyagainak magasabb hőfokkal való eliminálását nem kísérelhettem meg, mert eseteimben nem állott elég serum rendelkezésemre.

Vizsgálataim továbbá igazolták, hogy typhusban vagy paratyphusban beteg, illetőleg e betegségekben átesett, valamint typhus és cholera ellen immunizált emberek vérsavója semmi hatással sincs a malleusbacillus-extractum jelenlétében végrehajtott complementumkötésre. Ugyancsak agály nélkül vizsgálható luesben, sepsisben, genyessedő sebekben, phlegmone emphysematosában szenvedő emberek, valamint terhes asszonyok vére is.

Malleussal fertőzött ember vérének eddig még nem volt alkalom vizsgálni, erre nézve csak *Wischelewsky*, *Schubert*, *Schenk*, *Gildemeister* és *Jahn*, valamint *Wolff* adataira támaszkodhatom, a kik megállapították, hogy malleusban szenvedő emberek 0.2—0.1 cm³-nyi, sőt még ennél kisebb mennyiségű vérsavója is malleusbacillus-extractum jelenlétében teljesen lekötötte a complementumot.

Az agglutinációs próbát *Schütz* és *Miessner* szerint végeztem. Az ezen próbához szükséges malleusbacillus-emulsiót oly bacillustörzs tenyészetéből készítettem, melyet 36—48 óras bő fejlődés után két órán át 60°-ra melegítéssel előltem, majd physiologiás konyhasóoldattal lemostam. Az emulsió sűrűségét egy már kipróbált és az agglutinációs tünetény előidézésére alkalmasnak bizonyult emulsió sűrűségére állítottam be. Az így elkészült emulsióból és a vizsgálati serumból 1:10, 1:20, 1:40, 1:50, 1:80, 1:100, 1:200, 1:400, 1:500, 1:600, 1:800, 1:1000, 1:1500, 1:2000 és 1:4000 arányú hígításokat készítettem. A bacteriumemulsióval ilyen arányokban hígított serumot megfelelő kis eprouvettákban 10 percze thermostatba tettem, majd ismét 10 percze olyan centrifugába helyeztem, mely perczenként 1600 fordulatot tesz; a centrifugálás után a folyadékot nyugodtan állni hagytam és 12 óra múlva az eredményt leolvastam. Positiv agglutinatio esetén az eredetileg egyenletesen elszórt bacteriumok csomókba verődnek, majd az edény aljára süllyednek és egyenetlen szélű, fátyolos üledéket formálnak, miközben a felettük lévő folyadék feltisztul. A midőn az agglutinációs tünetény nem következik be, a folyadék zavaros marad, részben pedig az edény aljára süllyedt nem agglutinált bacteriumok kerek, lencsealakú, simaszélű, sűrű üledéket alkotnak.

A 40 vérpróbával végrehajtott agglutinációs próba eredményei azt igazolják, hogy az emberi vérsavók normalagglutinintartalma általában kisebb, mint az állati vérsavóké. Az agglutinációs érték 11 esetben 1:100-on alul, 19 esetben 1:100—200, 10 esetben pedig 1:400—800 érték között volt. Az alábbi táblázat esetenként tünteti fel a vérpróbák agglutinációs értékeit.

Agglutinációs érték	1:100-on alul	1:100	1:200	1:400	1:500	1:600	1:800	1:1000
Hány esetben	11	9	10	5	2	1	2	—

Közismert dolog, hogy az agglutinációs próba eredménye elsősorban a technikai kivitelől függ; sűrű bacteriumemulsió alkalmazása kisebb, híg emulsió alkalmazása pedig nagyobb értéket szolgáltat. Ezért kívánatos, hogy a serologus a *Schütz* és *Miessner*-féle technikát kövesse, a melynél a malleusbacillus-emulsió sűrűségét több ismert titerű malleusos és egészséges ló vérsavójával szokás beállítani. *Pfeiler* a *Gildemeister* és *Jahn* felállította szabályokat az emberek malleusának agglutinációs próba útján történő megállapításánál kifogásolja. Szerinte, ha az emberi vérsavók normalagglutinintartalma az esetek többségében alacsony is, azért kivételesen magasabb is lehet és az 1:800-as értéket is elérheti. Ugyanezen

a véleményen van *Miessner* és ezt igazolják az én vizsgálataim is, a melyek közül két esetben 1:800 volt a normal-agglutinációs érték. Ha tekintetbe veszem még azt is, hogy a két vérsavó az 1:1000-szeres hígításban is agglutinálta részben a malleusbacillusokat, feltehetem, hogy kivételesen 1:1000-es titerű normalis vérsavóra is akadhatunk. Vizsgálataim tehát *Wolff* feltevését is megerősítve, azt igazolják, hogy az egészséges emberek serumai között, ha ritkábban is, mégis akadnak olyanok, a melyek 1:200-nál nagyobb hígításban is agglutinálják a malleusbacillusokat. Ezért teljes mértékben osztom *Pfeiler* és *Miessner* azon felfogását, hogy az emberi vérsavók 1:400—800-as értékéből — a mennyiben a *Schütz* és *Miessner*-féle methodikát alkalmazzuk — nem lehet malleusos fertőzöttségre következtetni. *Gildemeister* és *Jahn*, *Wolff*, valamint *Schenk* adataiból arra is következtethetünk, hogy a malleusos emberi és állati vérsavók agglutinációs értékei között nincsen lényeges különbség; *Gildemeister* és *Jahn* ugyanis három malleusos embernél 1:1000, 1:4000 és 1:16.000, *Wolff* két embernél 1:1500, *Schenk* pedig egynél 1:2000 értéket állapított meg; ezek az értékek egyeznek a malleusos lovak véreinek értékeivel. *Gildemeister* és *Jahn* adataiból az is megállapítható, hogy az embernél, éppen úgy mint az egypatás állatoknál, a malleus idősülésével az agglutinációs érték a normalis értékre is csökkenhet a nélkül, hogy a complementkötő anyagok is eltűnének.

Ugyancsak az ő heveny eseteiben a betegség előrehaladásával az agglutinációs érték 1:1000-ról 1:4000-re emelkedett, a kétes eredményű complementumkötés pedig pozitívá vált. Ezért ez a körülmény felhívja figyelmünket az *incubációs időre* is. Lovakon végzett vizsgálataim szerint a praecipitinek a fertőzés után 3 nappal, az agglutininek 5—7 nappal, a complementumkötő anyagok pedig 6—10 nappal szaporodnak meg annyira a vérben, hogy azokból a malleusos fertőzöttség megállapítható. Ezen tapasztalatok nagyjában bizonyára az emberre is állnak és ezért nagyon tanácsos gyanus esetekben az első negatív eredményű vizsgálat után néhány nap múlva újabb vizsgálatot végrehajtani.

Agglutinációs vizsgálataim szerint különböző betegségekben szenvedő, továbbá typhuson, paratyphuson átesett, valamint typhus és cholera ellen immunizált emberek véreinek normal-agglutinintartalma ugyanakkora, mint az egészséges ember vééré.

Mások és magam tapasztalataim okulva, az emberek malleusának a vérvizsgálatokkal való megállapításakor a következő szempontokat ajánlom figyelembe venni:

Malleus-szal fertőzött az az ember, a kinek vérsavója 0.1 cm³-nyi mennyiségben teljesen megköti a complementumot (a *Schütz* és *Schubert*-féle complementumkötési eljárás szerint). Fertőzött az az egyén is, akinek vérsavója 1:1500-nál és annál nagyobb hígításban agglutinálja a malleusbacillusokat (*Schütz* és *Miessner* agglutinációs technikája szerint).

A kinek 0.1 cm³-nyi vérsavója részben, vagy 0.2 cm³-nyi vérsavója teljesen vagy csak részben köti meg a complementumot, az fertőzésre gyanus. Ugyancsak fertőzésre gyanus az is, a kinek vérsavója 1:1000-es hígításban agglutinálja a malleusbacillusokat.

Malleustól mentes az az egyén, a kinek vérsavója 0.2 és 0.1 cm³-nyi mennyiségben nem köti meg a complementumot és a kinek vérsavója 1:800-nál nagyobb hígításban nem agglutinálja a malleusbacillusokat.

Mint hogy az incubációs időben a vérvizsgálatok negatív vagy esetleg csak kétes eredményre vezetnek, ajánlatos a vérvizsgálatokat néhány nap múlva megismételni.

A körjelzés biztosítása céljából szükséges, hogy a complementumkötési próbával egyidejűleg az agglutinációs próbát is végrehajtjuk, mert az egyik a másik hibáit korrigálja (különösen áll ez az egészen friss és a chronicus esetekben).

Irodalom. *Wladimiroff*: Handbuch der path. Mikroorganismen, 1913, 1063. l. — *Pfeiler W.*: Zeitschr. für Infektionskrankheiten der Haustiere, 1910, 328. és 465. l. — *Pfeiler W.*: Mitt. Inst. f. Landw.

Bromberg, 1914, 227. lap. — *Gildemeister és Jahn*: Berliner klinische Wochenschr., 1915, 627. l. — *Pfeiler W.*: Berliner klin. Wochenschr., 1915, 1022. l. — *Schütz és Schubert*: Arch. f. wissenschaftl. und prakt. Tierheilk., 1909, 44. l. — *Miessner és Trapp*: Zentrabl. f. Bakteriologie, Orig. 1909, 115. l. — *Marcis*: Közlemények az összehasonlító élet- és kortan köréből, 1917, 162. l. — *Marcis*: Allatorvosi Lapok, 1912, 495. l. — *Bauer*: Közl. az összeh. élet- és kortan köréből, 1919, 23. l. — *Schütz és Miessner*: Arch. f. wissenschaftl. u. prakt. Tierheilk., 1905, 353. l. — *Miessner*: Deutsche tierärztl. Wochenschr., 1915, 198. l. — *Wolff*: Deutsche tierärztl. Wochenschr., 1919, 436. l.

Közlemény a budapesti tudományegyetem közegészségtani intézetéből. (Igazgató: Liebermann Leó dr., egyet. tanár.)

Mi rontja különösen a levegőt a világító gáz égése alkalmával?

Irta: *Andriska Viktor* dr., egyetemi tanársegéd.

Mostanában sok a panasz, hogy a világító gáz égése rontja a levegőt. Mi is meggyőződünk róla, hogy zárt helyiségekben égő gázlámpák, gázfűzők és kályhák általános rosszullétet, fejfájást, a felső légutakban és a garatban kellemetlen szúrós érzést stb. okoznak, s hogy a fémtárgyakat megtámadják. Rézedények feketésbarna réteggel vonódnak be. A hiányos szellőztetés, mely a fűtőanyag-hiánnyal is kapcsolatos, még fokozza az említett ártalmat.

Jóllehet a priori is feltehető volt, hogy a jelzett bajt főleg az okozza, hogy a budapesti gázgyárak külföldi gázzal hiányában kénytelenek sokkal több kén-tartalmú belföldi szénfélekkel használni, s hogy a mostani nehéz viszonyok között talán az előállított, sok kénvegyületet tartalmazó gáz tisztítása is nehézségekbe ütközik, úgy hogy az égési termékek között főleg a kén oxygen-vegyületei játszanak szerepet: mégis kívánatosnak tartottuk az ártalmasnak talált levegőnek, habár egyelőre csak a praxis legsürgősebb igényeihez mért megvizsgálását.

A *qualitativ* vizsgálat, melyet több ízben végeztem olyan konyha levegőjével, melyben egy rendes nagyságú gázfűző (réchaud) égett (egy-egy alkatrészre való kémlelésre körülbelül 15 liter levegőt használva, úgy a gázfűző közvetlen közeléből, mint a helyiség ettől távolabb eső részeiből), arra az eredményre vezetett, hogy *ólomfeketítő kénvegyületeket*, *kénsavat* és *ammoniakot* a levegő csak oly csekély mennyiségben tartalmaz, hogy ártalmas hatásukat ezekből nem lehet megmagyarázni. Ólomacetattal itatott és a levegőben felfüggesztett papírszeletek ugyan megbarnultak, de nem gyorsan és 15 liter levegő kevés ólomoldattal összezárva, ezt csak gyengén színezte.

Megvizsgáltam a levegőt szénoxid-tartalmára is, gondolva arra, hogy talán a csövezeték hiányossága vagy a világító gáz szénvegyületeinek tökéletlen elégeése folytán ez nagyobb mennyiségben lehet a levegőben. De ezt sem tudtam kimutatni. Ellenben aránylag sok volt a *kénsav*, valamint azon nitrogen-vegyület, a *nitrogen-trioxyd*, illetőleg *salétromsav* mennyisége is, mely a levegőben lefolyó minden égési folyamatnál képződik.

A *quantitativ* vizsgálatok az előbb röviden ismertetett eredmények után a kénsav és salétromossav meghatározására szorítkoztak, de, sajnos, a nélkül, hogy a mostani súlyos, a laboratoriumi tevékenységet bénító viszonyok között mindazt megtehettük volna, a mit megtenni kívántunk.

Egy 33.6 köbméter űrtartalmú zárt kis szobának az ajtóval szemben levő sarkában csak két Bunsen-éget gyújtottunk és 10 óráig tartottunk égve. Ezalatt a kulcslyukon átvezetett gummicsővön keresztül, melynek vége körülbelül embermagasságban a szoba közepén volt és egy tölcserrel volt el látva, az ajtón kívül elhelyezett aspirátorral lassú áramban folyton szívattunk levegőt közbeiktatott — összesen 500 cm³ destillált vizet tartalmazó — négy absorptiós edényen keresztül.

Ezen 500 cm³-ben a kénsavat baryumsulfat alakjában gravimetric, a salétromossavat pedig Griess-Ilosvay-féle reagenssel colorimetric határoztuk meg, úgy a mint ez vizek vizsgálásakor az itteni laboratóriumban szokás.¹

¹ Lásd: Magyar Chemiai Folyóirat, 1915, 9. sz. — Orvosi Hetilap, 1916, 27. sz.

Egy másik kísérletben meghatároztuk a szóban levő két alkatrész mennyiségét egy Bunsen-láng közvetlen közeléből — töle $\frac{1}{2}$ méternyire — vett levegő 15 literében és végre más kísérletben olyan gázkeverékben, melyet egy Bunsen-láng felett elhelyezett üvegharangból szívattunk.

Az eredmények a következő kis táblázaton vannak összeállítva:

Kísérlet	A kísérlet alkalmával talált	Egy köbméter levegőre átszámított			
		milligramm			
		H ₂ SO ₄	N ₂ O ₃	H ₂ SO ₄	N ₂ O ₃
1.	A 33·6 köbméter ürtartalmú szoba levegője 2 Bunsen-láng égésekor (100 liter levegőben vizsgálva)	2·21	2·12	22·1	21·2
2.	Egy Bunsen - égő közvetlen közelében levő levegő (15 liter levegőben vizsgálva)	1·70	0·44	113·39	29·35
3.	Egy Bunsen - égő égéstermékai üvegharang alatt összegyűjtve (15 liter levegőben vizsgálva)	13·50	0·40	900·45	26·68

Ha tehát valaki olyan helyiségben tartózkodik egy óráig, melynek ürtartalma megfelel annak, melynek levegőjét vizsgáltuk és a hol csak 2 Bunsen-láng ég, a levegővel körülbelül 11 milligramm H₂SO₄-at szív be (percenként 16 lélekzést s egy lélekzésre 500 cm³ levegőt számítva). De ha közvetlenül a lángok mellett van dolga, már tízszer annyit is beszívhat. Természetesen jelentékenyen szaporodik a kénsav mennyisége, ha még hosszabb ideig tartózkodik ilyen helyiségben, vagy ha több láng vagy gázfűző ég abban a helyiségben. Hozzájár még ehhez a nitrit, melyből egy óra alatt körülbelül 10 milligrammot szívhat be a levegővel.

Hogy a levegőbe került kénsav milyen hatást gyakorol az ember szervezetére, erre nézve saját már említett tapasztalatainkon kívül *Fr. Kirstein*-nek² az accumulator-formáló és töltőkamrák levegőjének kénsavtartalmát vizsgáló dolgozatából nyerhetünk adatokat. Ezen accumulator-töltő helyiségek levegőjében acidimetriás úton köbméterenként 75—130 mg. kénsavat talált. Ennyi kénsavat tartalmazó levegőben az ott tartózkodó egyének rögtön köhögés-, tüsszentés-ingert kapnak. Az orr, száj, garat és gége nyálkahártyája szenved legjobban s az ilyen helyiségben tartózkodó emberek náthások lesznek. Hosszabb tartózkodás után, vagy ha a kénsavtartalom nagyobb, fogfájás (különösen a metszőfogakban) következik be.

Sprenger véleménye szerint, melyet *Kirstein* idéz, „bizonyos, hogy a levegőben lévő kénsavnak nem jelentéktelen része a tüdőbe jut, s mivel a kénsav nem gázalakú test, tehát kilélekzés útján onnan nem távozhatik el“, ennél fogva a tüdőt is megtámadja.

Kirstein véleménye szerint azonban a gyakorlati tapasztalatok a mellett szólnak, hogy a kénsav mennyisége, mely a tüdőbe jut, oly kicsiny, hogy ártalmas hatást nem gyakorol rájuk.

A dolgozatomban említett kísérleti szobában, a hol csak két Bunsen-láng égett, a kénsav és salétromossav együttes mennyisége köbméterenként 43 mg.-ot tett ki. Abban a kísérletünkben pedig, melyben az egy Bunsen-lángtól $\frac{1}{2}$ méternyire levő levegőt vizsgáltuk, a kénsav és salétromossav együttes mennyisége 142·7 mg. volt; ebből 113·39 mg. esett

a kénsavra. Ártalom tekintetében pedig a salétromossav nem áll a kénsav mögött.

Kirstein adatai és tapasztalatai az accumulator-kamrák levegőjének hatásáról az emberre meglehetősen egyeznek azokkal, melyeket a sok kénvegyületet tartalmazó gáz használata alkalmával megállapítottunk, illetőleg szereztünk.

Mit tehetünk ezen ártalom ellen? Sajnos, a mai körülmények között aligha sokat. Kívánatos volna a helyiségek gondos szellőztetése. Erre szolgáló berendezések azonban, kivált a magánlakásokban, alig vannak, az ablak- és ajtónyitástól pedig a legtöbben tartózkodni fognak, nehogy az oly nehezen szereshető melegtől még jobban megfosztassanak. A fogak, száj és garat védelmére néhány százalékos ketted szénsavas natrium-oldattal való gyakori száj- és toroköblögetést, az orr nyálkahártyájának védelmére pedig kis laza vattatamponokat lehetne ajánlani, a mire némelyek talán rávehetők. Gyökeres segítséget azonban csak a világítógáz jobb tisztításától várhatunk és nem is kételkedünk abban, hogy a nagy nehézségekkel küzdő gázgyárak ezt, mihelyt lehetséges, meg is fogják tenni.

A heveny szemblennorrhoea abortiv chemotherapiája.

Irta: *Szily Pál* dr. kórházi laboratorium vezető főorvos és *Stransky Hugó* dr. szemorvos.

1913-ban *Szily Pál* kísérletei bebizonyították, hogy nagy adagú homolog vaccinának a bőr alá adása útján acut szemblennorrhoea esetén teljes abortio eszközölhető. (Budapesti Orvosi Ujság, 1914, 18. szám.)

Ugyanez a szerző a budapesti orvosgyesület 1915 februári ülésén közölte, hogy heterolog vaccinák adagolása útján hasonlóképpen teljes abortiv gyógyító eredményeket lehet elérni. Ez alkalommal egyidejűleg kiemelte, hogy ezen abortiv hatásoknál a parenteralis úton ártalmason alóli adagban bevezetett nem specifikus méreg hatás általános elvéről van szó, miért is az ilyenkor bekövetkező shockszerű állapotváltozások az ismeretes immunitas-jelenségekkel semmiféle vonatkozásba sem hozhatók.

Ezen eszmemenet továbbfejlesztéseképpen *Szily* szerzetlen, nem colloid méreganyagok adagolása útján további abortiv kísérleteket végzett. A Gyógyászat 1918. évi 5. és 6. számában öt acut szemblennorrhoea- esetet sorol fel, melyek Hg, As és J egy oldatban való anorganikus összetételének subcutan alkalmazására abortive meggyógyultak.

Az *L. Müller*-től később ugyanerre a célra ajánlott intramuscularis tejadagolás a szerző nézete szerint a heterovaccinával szemben semminemű haladást sem jelent.

Az erre vonatkozó okokat *Szily* a Budapesti Orvosi Ujság 1918. évi 40. számában fejtette ki.

További kísérletünk megokolására nézve utalunk *Szily*-nek idevonatkozó közleményeiben kifejezett felfogására, melylyel a kérdéses abortivhatások keletkezését magyarázza. (Budapesti Orvosi Ujság, 1917 és 1918.)

Ezek szerint a sejtprotoplasmának, mint colloidalis rendszernek, bizonyos neki megfelelő nem specifikus duzzadási állapot felel meg. Minden ettől való eltérés, akár a duzzadás fokozása vagy pedig annak csökkenése irányában, tehát minden dispersitasváltozás az életműködés megváltozására vezethet: a munkaképesség fokozására, vagy zavarására.

Mint ismeretes, egy egész sorozat méregnek a hatása azoknak a sejtnedvben való oldhatóságától függ és az élő szervezet duzzadási állapotának befolyásolásában leli magyarázatát. A sejtnedvben való oldhatóság fokozásával a méreg hatás gyakran rendkívüli módon fokozható, valamint chemiai variációk (helyettesítés, komplexképződés, eszterezés stb.) útján a méreghatást tetszés szerint enyhíteni lehet.

Ennek folytán nyilvánvaló, hogy a szövetek áthangolásának kiváltásakor a bevezetett antigen toxikus értéke a mérvadó; továbbá pedig kétségtelen, hogy megfelelő proto-

² *Fritz Kirstein*: Die Beschaffenheit der Luft in den Lade- und Formierräumen von Accumulatorbatterien und ihre hygienische Beurteilung. Deutsche Vierteljahrschrift f. öffentliche Gesundheitspflege. 34. k. (1902), 309. l.

plasma-mérgek kombinációja útján a nem specifikus gyógyhatást fokozni lehet.

Ily szempontból feladatunkká tettük, hogy egy egész sor nem colloid protoplasmamérget abortív hatására nézve kipróbáljunk.

A következőkben azokat az eredményeket soroljuk fel, melyeket elsősorban a $\text{NaCl} + \text{CaCl}_2$ elektrolytcombinációval való kísérletezéssel értünk el. Tudvalevő, hogy tiszta physiologiai osmotikus nyomással bíró konyhasóoldat is mérgehatást fejt ki, mint azt Jacques Loeb, Lillie, Overton és mások megtermékenyített fundulustojásokon, lárvákon, csillókon és izomrostokon kimutatták; kitűnt azonban az is, hogy valamely több vegyértékű kationnal bíró só csekély mennyiségének hozzáadásával ezt a mérgehatást meg lehet szüntetni.

Olyan anyagok, melyek önmagukban nagymértékben mérgezők, ilyen körülmények között a konyhasó-oldat mérgező voltát megszüntetik.

A gyógyászatban eddigelé Eppstein használt konyhasó-chlorcalcium-befecskendéseket belső vérzések elállítására. (Münch. med. Wochenschrift, 1917, 25. sz.) E végből 10% konyhasót és 0.02% calciumchloridot tartalmazó oldat 5 cm^3 -ét alkalmazta.

Mi heveny szemblennorrhoea eseteiben abortio elérésére számos kísérletünk alapján jelenleg a következő oldatot használjuk:

Rp. Natr. chlor. 30:00
Calc. chlor. 1:00
Aqu. destill. 100:00
Solve!

Ezen oldatból négy egymást követő napon $5-8 \text{ cm}^3$ -t fecskendeztünk be részben a farizmokba, részben a mellizmokba.

Ámbár egy esetben már $5 \text{ cm}^3 \text{ NaCl} + \text{CaCl}_2$ -oldatnak a farizmokba való kétszeri fecskendezésére teljes abortio állott be, mégis általában amaz eljárás bizonyult leghatásosabbnak, amikor 4 konyhasódepot-t alkalmaztunk a következő séma szerint: az első napon 8 cm^3 -t az egyik oldali, a második napon ugyancsak 8 cm^3 -t a másik oldali farizmokba, a harmadik napon 5 cm^3 -t subcutan az egyik oldal melltájékán, a negyedik napon ugyancsak 5 cm^3 -t megfelelően a másik oldalon.

Tapasztalatainkat ennek dacára ezidőszerint még nem tekintjük lezártaknak.

Kezeltünk összesen 18 heveny szemblennorrhoea-esetet; a betegek 18-32 év között voltak és a kezelés kezdetén a betegség 2-8 napos volt. A betegek közül 8-nak egyidejűleg húgycsőkankója volt, 14 egyidejűleg idősült trachomában szenvedett, melylyel a heveny szemblennorrhoea kitörésekor a kórház trachomaosztályán kezelés alatt állottak. Mind a 18 eset 32 megbetegedett szemmel (közülük négy egyoldali volt) kifejezetten súlyos volt: a szemhéjak nagyfokú megdagadása és pírja volt jelen, úgyannyira, hogy a betegek szemüket maguktól felnyitni nem tudták, továbbá a kötőhártya hatalmas chemosisa, mely egyes esetekben vastag duzzadás alakjában teljesen elfedte a szaruhártyát, három esetben fibrines lepedék a szemhéji kötőhártyán, vastag genyes váladék telve gonococcusokkal; három szemén a szaruhártya részben vagy egészen diffus módon beszűrődött volt, egy esetben sarlószerű beszűrődés a szaruhártya szélén, két szemén szélső állású fekélyképződés progressív alakban, egy szemén kis központi állású fekély, 6 szemén a szaruhártya egy része szétesett és átlukadt, valamint szivárványhártyaelőesés volt megfigyelhető.

A befecskendések eredménye a következő volt: kimondott abortív gyógyulás 5 betegen 8 blennorrhoeás szemmel (három beteg 2-2 szemmel és 2 beteg 1-1 szemmel).

Az első befecskendés után a fájdalom megszűnt, a kötőhártya és a szemhéjak duzzanata csökkent, ugyanannyira, hogy a betegek szemüket maguktól ki tudták nyitni, a genyképződés csökkent; a második befecskendés után a daganat

és a genyképződés még inkább csökkent, a két utolsó befecskendés után a tágra nyitott szemek nyálkás nedvben úszva már csak egy szemhurut, vagyis inkább az idősült trachoma képét nyújtották, melyben már a blennorrhoea előtt szenvedtek. Gonococcusok többé nem voltak találhatóak. Hat napi kezelés után e 8 szemet a blennorrhoeából teljesen gyógyultnak lehetett tekinteni. Az egyik szemükre megbetegedettek másik szeme ép maradt.

A többi 13 betegen 24 blennorrhoeás szemmel a hatás nem nyilatkozott ilyen meglepő alakban, mindamellett ezeknek a javulása is nagyfokú volt és feltűnő gyorsan állott be, kivéve egy esetet, melyben a betegség szokásos elhúzódó jellegét megőrizte: a feszülten dagadt szemhéjak 2-3 nap alatt maguktól felnyitak és elhalványodtak, a kötőhártya duzzanata 4-8 nap alatt lelohadt, három esetben a fibrinás lepedék két nap után nagyrésztben, három nap után teljesen eltűnt, a váladékképződés sokkal gyorsabban csökkent, mint a tisztán conservatív kezelés mellett, a két félszemére megbetegedettnek másik szeme védőkötés nélkül is ép maradt.

Különösen a szaruhártya viselkedése volt feltűnő. A hol a kezelés kezdetén ép volt, minden esetben továbbra is sérletlen maradt. A három diffus szaruhártyabeszűrődés 1-2 nap alatt szigorúan elhatárolódott és további 2-3 nap alatt meggyógyult, kettő alig látható folttal, egy pedig minden maradvány nélkül; a szélső állású sarlóalakú beszűrődés, mely felül és belülről képződött, a második napon nagyrésztben, a harmadik napon pedig teljesen visszafejlődött. Egy központi állású kis fekély két nap után megtisztult s a negyedik napon egyáltalán nem volt többé látható. Két szélső progressív fekély egy nap múltán át volt törve és a szivárványhártya egy kis része kirekesztődött, a rákövetkező második napon a szivárványhártyaelőesés teljesen megtisztult, további két nap múlva úgyszólván teljesen meggyógyult és körülötte a szaruhártya átlátszó maradt. A hat nagy fekély egy esetben sem fejlődött tovább, gyorsan feltisztult és 8 napon belül hegesedésbe ment át, mely a későbbi optikai iridektomia céljára több-kevesebb szaruhártya-részletet szabadon hagyott.

Megjegyzendő még, hogy láz egyetlen egy esetben sem állott be, még amaz esetekben sem, melyekben fájdalmas farizombeszűrődés volt, vagy, mint egy esetben, farizom-tályog támadt.

Mind a 18 betegen alkalmazott összesen 36 farizombefecskendés alkalmával 5-ször történt beszűrődés a farizomba, mely 4 esetben kataplasma alkalmazására visszafejlődött és egy esetben tályogképződésre vezetett.

Az ugyanazon betegeken 30 esetben a melltájéka történt bőr alá való fecskendés minden reactio nélkül folyt le.

Feltűnő volt e mellett, hogy az 5 farizombeszűrődéses (1 tályogképződéses) eset közül négy azok közül való volt, melyek abortive meggyógyultak.

Összefoglalva tehát közölhetjük, hogy a 18 súlyos szemblennorrhoea közül, melyeket 30%-os konyhasó-oldat befecskendezésével kezeltünk, 5 kimondottan abortive meggyógyult, 12 pedig feltűnően jóindulatú és gyorsan gyógyuló folyamatba ment át.

Megemlítjük még, hogy ezen esetek egyikében sem mellőztük a szokásos conservatív kezelést.

Kísérleteink eredményeképpen a következőket mondhatjuk:

1. Egyszerű elektrolytcombinatio útján megfelelő méreginger létesíthető, mely parenteral alkalmazás útján gyuladós állapot eseteiben nem specifikus abortiót idéz elő.

2. Az említett hatások magyarázata felfogásunk szerint tisztán colloid-chemiai alapon adható.

3. Amaz eljárásunkat, mely szerint 30%-os konyhasót + 1% chlorcalciumot tartalmazó oldat parenteralis bevezetésével nem specifikus abortiót idézünk elő, mindamaz esetekben kipróbálandónak véljük, ahol mindeddig ugyanerre a célra proteinek, különösen pedig tejet alkalmaztak.

Az orr- és gégeorvostan fejlődése a gége-tükrözés felfedezésétől napjainkig.

Közlő: *Safranek János* dr., egyetemi magántanár.

(Vége.)

Tekintve a *gengesyphilis* gyakoriságát s különösen azon súlyos következményeket, melyekkel az idejekorán fel nem ismert és nem orvosolt tertiaer elváltozások járhatnak, ú. m. a nagymérvű destructiókat és consecutiv heges stenosisokat, a laryngoskopia kiváló jelentősége világos. A gége syphilises elváltozásai a gégetükrözés felfedezése után csakhamar gondos észlelés tárgyává tettek; condylomákat a gégében először *Gerhardt* és *Roth* írt le 1861-ben, ulceratiókról *Czermak* és *Türk* már 1860-ban tett közléseket, *Türk* jelzett művében pedig a syphilis okozta változatos kórképek tökéletes leírását találjuk, úgy hogy e tekintetben a későbbi kor újat nem igen produkált. A syphilidologia nagy jelentőségű tudományos felfedezései, melyek az utóbbi évek folyamán a syphilis pathológiája és therapiája problémáinak tanulmányozásában új irányt szabtak, kihatottak a laryngológiára is s e szakma művelői is fokozott tevékenységet fejtettek ki úgy a tudományos buvárkodás terén, mint gyakorlati irányban és a felső légutak syphilisét tárgyaló számos értékes közleményt szolgáltatottak, ezekben általános vonatkozású becses adatokat is.

A laryngoskopia bevezetése után tanulmány tárgyává tették a többi specifikus fertőzés okozta gégebeli elváltozásokat is: *malleus* esetében mint első *Korányi Frigyes* észlelt fekélyeket a gégében és légcsőben; majd leírták a *skleroma*, az *actinomycosis* és a *lepra* kórképét is.

A lueses heges gégeszűkületek, valamint a scleroma és más lobos folyamatok, sérülések után keletkező *gége-légcsőszűkületek* rendszeres kezelése körül kiváló érdemeket szerzett *Schrötter*. A gége és légcső szűkületeinek gyógyítása a gégébe, illetve a légcsőbe vezetett csöveknek segítségével még *Hippokratés* idejére nyúlik vissza; rugalmas kathereteket, ezüstcsöveket és hasonló műszereket már jóval a gégetükrözés előtti időben bevezettek a gégébe és légcsőbe a szájon át ujjvezetés mellett, kezdetben főleg asphyxiás újszülötteken, később chloroform-asphyxia, croup, hangrés-görcs stb. eseteiben; a gégének katheretizését kivételesen manapság is végzik váladékoknak, membranáknak kiszivattyúzására. A stenosisok rendszeres dilatációval való orvoslás-módjának kiépítése *Schrötter* nevéhez fűződik; ő volt az első, ki a mult század helvenes éveiben a heges gége-légcsőszűkületeket katheretek, bougiek, önczövek és kemény kaucsuk-csővek bevezetésével rendszeresen orvosolta. Az *O'Dwyer*-féle tubusoknak chronikus stenosisok eseteiben való alkalmazását már említettük. Kivülök *Pieniazek*, *Stoerk*, *Chiari*, *Navratil Imre*, *Schmiegelow*, *Mikulicz*, *Sargnon*, *Thost*, újabban *Brüggemann* és mások különféle modificatiók és új műszerek szerkesztésével fejtettek ki eredményes munkálkodást szakmánknak ezen fontos terén, melyen a mélyben székelő stenosisok eseteiben lényeges haladást jelentettek a közvetlen tracheo-bronchoskopiás eljárások. A per vias naturales végzett beavatkozásokon kívül alkalmazzák a külső sebészi eljárásokat is: laryngofissiót a hegek kiirtásával, laryngo-tracheostoma készítésével, utóbb ennek plastikai zárásával; a most lezajló világháborúban elszenvedett súlyos gége-légcsősérülések, nemkülönben a typhus következtében fejlődő perichondritisek utáni súlyos stenosisok a külső sebészi beavatkozások és plastikai műtétek számára bőséges alkalmat nyújtottak. Mint történelmi érdekességű tényt rögzítem, hogy az ú. n. „plastique par double” első alkalmazása a gégében nagy sebészünknek, *Balassá*-nak nevéhez fűződik.

Eminens jelentőségű volt a gégetükrözés felfedezése a *gége jó természetű daganatainak* körjelzésében. A leggyakrabban előforduló polypusokon kívül felismertettek a papillomák, cysták, angiomák, lipomák, adenomák és chondromák. Valóságos forrongást idézett elő az orvosi világban, midőn híre ment, hogy *Bruns Viktor* Tübingenben 1861-ben

saját fivéréen per vias naturales gégetükrözés használatával mellett sikerrel távolított el egy gégepolypust. Míg a laryngoskopia előtti időben a gégedaganatok operálása csak külső műtéttel volt lehetséges, melynek functionalis eredménye sokszor igen rossz volt, a gégetükrözés elterjedésével mindinkább szaporodott az endolaryngealis operatiók száma. De felettébb zavarólag hatott e műtétek alkalmával a torok- és gégeképletek reflexingerlékenysége, úgy hogy egy hangszalag-polypusnak eltávolítása csak hosszú, heteken-hónapokon át tartott begyakorlás után volt lehetséges. Korszakalkotó volt e téren a cocainnak mint érzéstelenítő szernek a gégegyógyászatba bevezetése; *Jellinek* Bécsben volt az első, ki 1884-ben barátjának, *Koller* szemorvosnak ajánlatára e szert a felső légutakban alkalmazta és ezzel egy felettébb fontos és becses segédeszköz birtokába juttatott. Jótermészetű gégedaganat eseteiben, ritka kivételeket leszámítva, jelenleg a cocain-anaesthesia által felette megkönnyített intralaryngealis műtéti eljárás alkalmaztatik, akár a gégetükrözés mellett történő ú. n. közvetett úton, akár a *Kirstein*, *Killian* és követőik által kidolgozott közvetlen laryngoskopia, avagy a *Killian*-féle függő gégetükrözés útján.

Vitalis jelentőségű a laryngoskopia a *gége malignus daganatainak*, a carcinomáknak és a ritkábban előforduló sarkomáknak korai felismerhetősége szempontjából. Míg a gégetükrözés felfedezése előtti időben a gégerák leggyakoribb localisatiójának, a hangszalagcarcinomának korai tünetét, a rekedtséget rendszerint hurutos természetűnek tartották s mint ilyen orvosolták, természetesen eredménytelenül, ma módunkban van gégetükrözés segítségével a bajt már korai szakában felismerni s korai műtéttel a beteget meggyógyítani. A különféle műtéti eljárások tárgyalására nem terjeszkedhetem ki, csupán mint történelmi adatot kívánom rögzíteni, hogy az első teljes gégekiirtást carcinoma miatt 1873-ban *Billroth* végezte Bécsben; a beteg a műtét után közel még egy évig élt s egy *Gussenbauer* által szerkesztett műgégét viselt. Az első teljes kiirtást követő gégekiirtások szerencsétlen kimenetele egy ideig bátorlalanítólag hatott s ezért a kevésbé veszélyes extralaryngealis eljárások léptek előtérbe: részleges kiirtás thyreotomia, illetve laryngofissio útján és féloldali exstirpatio, sőt egy időben az endolaryngealis műtétnek akadtak szószólói (*Fränkel B.*), de utóbb a gégeorvosok között is mind többen, főleg *Semon* és *Koschier*, foglaltak állást a gégerák gyökeres műtéte mellett s a sebészi technika tökéletesedésével mind jobb sikereket értek el. Ma a *Gluck*-eljárással végleges gyógyulás érhető el oly esetekben is, melyeket két évtizeddel ezelőtt mindenki inoperabilisnak tartott volna.

A gége fejlődési anomaliái, sérülései, de különösen a *gégébe jutott idegen testek* körjelzése és therapiája tekintetében is igen fontos szolgáltatásokat tett a gégetükrözés. A laryngoskopia előtti időben a gégébe jutott idegen testek körjelzése csupán az anamnesisen és a stenosisos tüneteken alapult, eltávolítása pedig tracheotomia vagy a gége felhasítása útján volt lehetséges, míg a gégetükrözés felfedezése után az esetek legnagyobb részében a körjelzés könnyűvé s az eltávolítás endolaryngealis beavatkozásokkal lehetővé vált. Így már *Schrötter* 37 eset közül 36 esetben megállapította az idegen test jelenlétét és néhány eset kivételével endolaryngealisan távolította el. Az aspirált idegen testeknek ijesztően nagy halálozási százaléka a laryngoskopia utáni időben felényire szállott le.

* * *

A laryngológiának újabb, fényes és szinte csodás sikereket felmutató korszaka kezdődött a mult század utolsó tizedében a *direct laryngo-tracheo-bronchoskopia* bevezetésével. Megelőzte ez eljárást egy rokon methodus, az *oesophagoskopia*.

A gégetükrözés felfedezése után a laryngoskopiás technikának a nyelőcsőre átvitelével s az oesophagus felső zárt részét szétterpesztő speculumoknak alkalmazásával számos kísérlet történt a nyelőcső megtekintésére; így már 1860-ban

Voltolini, majd Semeleder és Stoerk, azután Mackenzie és Löwe kísérletezett ez irányban, míg 1870-ben Waldenburgnak Berlinben sikerült az oesophagoskopia ma használatos módjával, egyenes merev fémcsőnek bevezetésével az oesophagus diverticulumának ocularis diagnosisa. Előtte ugyan már Kussmaul, a gyomorszonda feltalálója is hasonló módon járt el, de sem ő, sem Waldenburg nem tökéletesítette eljárását, minthogy pedig Stoerk, ki Waldenburg nyomdokain haladva már egy tökéletesebb oesophagoskopot szerkesztett s ezt nem csupán diagnostikai, de therapiiai czélokra — idegen testek extractiójára — is felhasználta, észleleteit nem publikálta, az oesophagoskopiának mint klinikai methodusnak megalapítása Mikulicz nevéhez fűződik, ki 1880-ban az oesophagusba bevezetett merev fémcsőbe tolt rúdra erősített s villamos áram által izzóvá tett platinkacs világítása mellett vizsgálta az oesophagust, míg azután Leiter bécsi műszerész egy elektroskopot szerkesztett, mely a megvilágítást a cső felső vége felől tette lehetővé.

Az oesophagoskop alkalmazásakor többször megtörtént, hogy a vizsgáló a csővel az oesophagus helyett a gégébe jutott; egy ily incidens vezette Kirstein-t a direct laryngoskopiára, vagy mint ő nevezte autoskopiára: a beteg hátrahajlított fejtartása mellett egy lapocczal a nyelvgyököt erősen le- és előrefelé szorítva s a cocainnal érzéstelenített gégefőt is előrehúzza a lapocczal, ennek vajúlata mentén bepillantunk a gégébe és légcsőbe. Világításul Kirstein villamos homloklámpát, majd a lapocczra illesztett Casper-féle elektroskopot használt, a lapoccz helyett pedig utóbb egy csövet alkalmazott. A direct laryngoskopia, melyet Killian és Brünings tökéletesített, igen jó szolgálatot tesz úgy diagnostikai, mint therapiiai czélokra; különösen a gyermekeken nehezen végezhető indirect laryngoskopia helyett igen jól használható a gége vizsgálatára, de műtéti beavatkozásokra is, így segélyével elkerülhető a gyermekkorban gyakori papillomák külső sebészi úton való eltávolítása.

Kirstein eljárása adta meg az impulsust Killian-nak, ki akkor a freibürgi egyetemen volt a laryngologia tanára, hogy egy elektroskoppal megvilágított s a szájon át bevezetett egyenes merev fémcsővel a gégén át a légcsőbe hatoljon; majd miután anatómiai vizsgálataival meggyőződött arról, hogy a szög alatt elágazó főhörgöket és ezek legközelebbi elágazásait egyenesre lehet nyújtani, a tubust ezekbe is bevezette és így láthatóvá tette őket. Eljárását, melyet tracheo-bronchoskopia superior-nak nevezett, 1899-ben Münchenben, a természetvizsgálók gyűlésén demonstrálta.

A tracheoskopia inferior, a légcsőnek a tracheotomia nyílásán át való megtekintését Neudörfer Bécsben alkalmazta először, Schrötter és Pieniazek pedig tölcseket és hosszabb fémcsöveket vezetett a tracheába, melynek belsejét ilyen módon a szem és műszerek számára hozzáférhetővé tette.

Killian eljárását Brünings s utána még sokan tökéletesítették, alkalmasabb csövek, jobb világító eszközök stb. szerkesztésével. A tracheo-bronchoskopia nemcsak diagnostikai, hanem therapiiai tekintetben is megbecsülhetetlen szolgálatokat tesz. Diagnostikailag lehetővé teszi nem csupán a légcső és hörgők kóros állapotainak közvetlen megszemlélés útján megállapítását, de tájékoztat a szomszédos szervek bajairól is; így peritrachealis daganatok, aorta-aneurysmák, peribronchialis mirigybeszűrődések okozta compressiósi tünetekből vonhatunk le következtetéseket; de magának a tüdőnek daganatai is körjelezhetők olykor ez úton, így Killian mint első körjelzett tüdőrákot bronchoskopiával. Therapiai tekintetben a légcsőhöz és hörgőkhöz közvetlen hozzáférést nyerve, egyrészt gyógyszereknek helyi alkalmazására, másrészt per vias naturales történő műtéti beavatkozásokra nyújt módot a tracheo-bronchoskopia. Az előbbi kezelésmóddhoz tartozó eljárások közül az időskült bronchitisnek, valamint a bronchialis asthmának endobronchialis kezelését Ephraim szerint említem meg; a légcső és hörgők heges szűkületeinek tracheo-bronchoskopiás úton való kezeléséről már fentebb volt szó; a trachea és bronchusok jótermészetű daganatai ez úton gyökeresen operálhatók, míg rossztermészetű daganat esetei-

ben könnyebbéséget szerezhetünk a betegnek. Legfeltűnőbb sikerei a tracheo-bronchoskopiának az aspirált idegen testek eseteiben vannak; az ezret immár meghaladja az idegen testek száma, melyeket ez úton sikerült eltávolítani, míg azelőtt a légszűrés s az ennek nyílásán át vaktában való extractio volt az egyedüli remedium, illetőleg a bronchusokba jutott idegen test esetében a kívülről való megnyitás, a thoracotomia útján. Az idegen testek eseteiben a direct tracheo-bronchoskopiával elért fényes sikereket legjobban illusztrálja az az adat, hogy a halálozási százalék 52%-ról már 1911-ben 9%-ra csökkent s azóta is állandóan csökkenően van.

* * *

Nagy vonásokban ecseteltem a laryngologia gyakorlatilag legfontosabb fejezeteinek tüneményes fejlődését a gégetükrözés felfedezése óta elmult hat évtized alatt. A felsoroltak korántsem nyújtják teljes képét szakmánk bámulatos teljesítményeinek és még sok jelentős haladásról lehetne szólni, így a hang- és beszédzavarok, a harcztéri idegbántalmak fejezetében, a laryngológiának a nagysebészet körébe vágó eljárások fejlesztése körüli szerepéről stb. A gégetükrözés felfedezése után az egész művelt világ orvosainak figyelme fokozott mérvben fordulván a gége megbetegedései felé, a gégén és légcsőn végzett külső sebészi eljárások is mindinkább tökéletesedtek, ezeket a gégeorvosok közül is mind többen végezték és fejlesztették, a minnek illusztrálására csupán egy adatot említek: Navratil Imre 50 évi működése alatt ezernél több gége-légszűrészt végzett! A régi eljárásoknak sok módosítása, új műszerek és más segédeszközök származnak gégeorvosoktól, a minthogy a laryngologia, mely kezdetben mintegy mellékága volt a belorvostannak, mindinkább a sebészethez kapcsolódott, úgy, hogy manapság feladata magaslatán álló laryngologus sebészi előképzettség nélkül el sem képzelhető.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Vischer: Zur Psychologie der Übergangszeit. Basel, Kober kiadása, 1919. 79 l. 8°. Ára 2 fr. 50.

A szerzőnek e lapban ismertetett régibb füzete a drót-sövénnybetegséget, a hadifoglyok neurosisát ismertette. A mostani munka a Svájcba került beteg internáltakon tett megfigyeléseket közli, a kiknek életmódja átmenet a hadifogoly és szabad ember élete közt. Ennek kapcsán az az átmeneti állapot is megbeszélés tárgya, a mely a háború óta politikai megnyilatkozásokban mutatkozik. A nagy nyomorúságok nyomán a történelemben többször általános lett a meggyőződés, hogy megváltásnak kell következni (Messiaswahn). Ebből keletkeztek máskor is, most is kudarcba fulladó megváltó kísérletek, mint a milyen a bolsevizmus. Ezeknek az a közös jellemző tulajdonságuk, hogy az emberi psychologia minden ismerete nélkül valók, pedig a politikának nemcsak gazdasági, hanem psychologiai alapja is van. Kollarits Jenő dr.

Új könyvek.

Walkhoff: Biologische Studien über das Wesen der Zahnkaries. Leipzig, G. Thieme. 6 m. — **W. Hellpach:** Die Neugestaltung des medizinischen Unterrichtes. Wien, Urban und Schwarzenberg. 5 m. — **O. Lubarsch:** Zur Frage der Hochschulreform. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 3.60 m. — **E. Stemplinger:** Sympathie und Sympathiekuren im Altertum und Neuzeit. München, O. Gmelin. 5 m. — **P. Schrumpf:** Klinische Herzdiagnostik. Berlin, J. Springer. 12 m. — **H. Strauss:** Magenkrankheiten durch Kriegseinwirkungen. Berlin, A. Hirschwald. 8 m.

Lapszemle.

Belorvostan.

Ráksejtoldó szerves savakra vonatkozó vizsgálódásairól számolt be **E. Freund** tanár a „Gesellschaft der Aerzte in Wien“ október 17.-én tartott ülésén. Egészségesek seru-

mában és normalis szövetekben egy telített zsírsav van, a mely a normalis szövetekre nem hat, a ráksejteket ellenben elpusztítja; ezt a savat az előadó röviden normálsavnak nevezi. Rákos betegek serumában és rákos szövetekben egy telítetlen zsírsav mutatható ki, a mely az előbbivel ellentétes hatású és megvédi a ráksejteket a normálsav ellen; ezt az előadó röviden ráksavnak mondja. A ráksav sokkal erősebb hatású, mint a normálsav; 1 cm³-e 10 cm³ normálsavat közömbösít. Minthogy a normálsav csak igen kis mennyiségben és nehezen állítható elő, ezenfelül nehezen is tartható el: az előadó valami pótléka után kutatott, még pedig a dicarbonsavak sorában, mint a hová a normálsav tartozik; hatásosnak találta a borostyánkősavat, még hatásosabbnak a parafasavat és leghatásosabbnak a dekamethylendicarbon-savat; ez utóbbinak 10/100-s oldata, natrium bicarbonicummal közömbösítve, prompte oldja a ráksejteket. Végül még fel- említi az előadó, hogy *Kaminer*, a kivel együtt végezte a vizsgálódásokat, a thymusból vont ki olyan anyagot, a mely még hatásosabbnak bizonyult.

Az adrenalin hatásáról az öregebb korban tartott előadást *Schlesinger* tanár a „Gesellschaft der Aerzte in Wien“ november 14.-i ülésén. Ismeretes, hogy öreg embereken adrenalin bőr alá fecskendezésére gyakoriak a stenocardias rohamok; ez annyiban sajtáságos, mert hiszen az adrenalin az állatkísérletek tanúsága szerint a szív koszorúereit kitérít. Talán az vehető fel, hogy az atheromás koszorúerek perverse reagálnak, a mint ez a végtagok verőereiről meg- erőltetés után az öregkorban ismeretes. Egy további rend- ellenes reactio az öregkorban a vérnyomás csökkenése adre- nalin befecskendezése után; collapsusról itt nem lehet szó, mert ennek a tünetei hiányzanak, a pulsus sem szaporodott; magyarázata talán az, hogy az adrenalin az idősebb korban erősebben hat az értágítókra, mint az érszűkítőkre; része lehet benne az öregedő szervezet mérszegenységének is, a mint ezt kísérletek igazolták. 20 eset közül adrenalin befecskendezésére bradycardia állott be a vérnyomás változatlan volta mellett. 0.3—0.8 milligramm adrenalin bőr alá fecskendezése után 50 egyén közül csak 5 kapott glykosuriát.

Sebészet.

A tüdősebészet körébe tartozó esetet ismertetett *Eiselsberg* tanár a „Gesellschaft der Aerzte in Wien“ no- vember 7.-én tartott ülésén. Röviden vázolván a tüdőgümőkór sebészeti kezelése körüli eddigi próbálgatásokat, bővebben tér ki a tüdőüregek plombálására. *Schlange* jodoform-tam- ponnal végezte a plombálást, *Tuffier* a beteg lipomájából eredő zsírszövetet használt. *Beer* használta először a 75% 58° olvadáspontú és 25% 50° olvadáspontú paraffinból álló keveréket bismuthum carbonicum és vioform hozzáátételével; ez az anyag hosszas főzéssel sterilizandó. Ezzel az anyaggal plombálta az előadó is egyik betegét 1913-ban. A műtét helybeli anaesthesiában történt; a pleura leválasztása után a jobboldali csücs cavernát plombálta. Utána a beteg álla- pota javult, testsúlya gyarapodott, a bacillusok eltűntek az erősen megkevesbedett köpetből. Az illető később (5 év után) vasúti szerencsétlenség kapcsán fejlődött meningitis tuberculosában pusztult el. Adott esetben a plombálás min- denesetre előnyben részesítendő a némelyek által ajánlott kiterjedt bordaresectióval szemben, mert ez az utóbbi irre- parabilis állapotot teremt, míg a plomba szükség esetén el-ávolítható.

A sebészeti gümőkór kezelésére *E. Kisch* docens, *Bier* tanár segédje, a pangásos és jod-kezeléssel kapcsolatos napfénykezelést ajánlja. Lényeges ebben a napfény hyper- aemizáló hatása; a szerző nagyszámú kísérlettel kimutatta, hogy a napfény félórás behatására átlag a kétszeresére emel- kedik a vérrel való átáramoltatás. A hyperaemizáló hatást már most fokozza a pangásos kezelés. A napfény hiánya pótol- ható készülékekkel, a melyek ugyanolyan meleg-intenzitást létesítenek, mint a napsugarak, vagyis körülbelül 68—70° sugárzó hőmérséketet. A jódot jódnatrium alakjában kapják a betegek. Rögzítő kötéseket az ízületekre nem használunk,

mert ezek — a mint erre *Bier* már majdnem 30 év óta ismételtelen figyelmeztetett — az ízületek megmerevedését elő- segítik. A jelzett kombinált eljárással a kezelés nem tart tovább, mint a magaslati helyeken végzett kezelés; ízületi gümőkór eseteiben a functionalis eredmény is nagyon jó. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1919, 45. szám.)

Gümőkóros térdizületi empyema eseteiben *Spitz* tanár osztályán jó eredménnyel használnak újabban egy kombinált eljárást: a kóros gócot megnyitják, kiürítik és utána üveg-drain vezetnek az üregbe; a granulatiók a leg- szorgosabban kimérendők; ezután gipszkötéssel rögzítik a térdizületet, két ablakot készítve a kötésen: az egyiket a gócnak megfelelő helyen, a másikat vele szemben; öt nap mulva megkezdik a napfénykezelést és Röntgen-mélybesugár- zást. Az üvegdrain 8 nap elteltével távolítják el. A kötést 8—10-naponként változtatják; a secretio csekély szokott lenni, a fistula körülbelül két hónap alatt szokott záródni. Az eredmény az eddig ily módon kezelt 15 esetben jó: az ízület alakja rendes, mozgása részben megtartott, subjectiv zavarok nincsenek. (Gesellschaft der Aerzte in Wien, 1919 október 24.-i ülés.)

Börkórtan.

Ipari kátrány-melanodermia eseteit mutatta be *Arn- stein* a „Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheil- kunde in Wien“ október 30.-án tartott ülésén. Az esetek szárazelemek készítésével foglalkozó gyárból valók; az ele- meket kátrányréteggel zárják el légmentesen és ilyen módon az egyik munkahelyiségben állandóan vannak bőségesen kátránygőzök. Az itt foglalkozó 6 nő közül 5-ön volt melano- dermia megállapítható. Az esetek klinice nagyon emlékeztet- nek a *Riehl* által leírt és alimentaris károsodásra visszaveze- tett „háborús melanosis“ eseteire. A ruházattól fedetlen test- részek (arc, nyak, alkarok, kezek) sötétbarna színűek, a bőr erei helylyel-közzel kissé tágultak, úgy hogy barnásvörös színárnyalat áll be. A bőr elszíneződése a nyakon és az alkarokon fokozatosan megy át a normalis bőrszínbe. A test többi részén, úgyszintén a nyálkahártyákon nincs elváltozás, még a physiologic pigmentáltabb helyeken sem szaporodott meg erősebben a pigment. Hyperkeratosisek és comedók nem láthatók, a megtámadott bőrrészeket régebbi lobosodá- sára utaló adatok nem kaphatók. A pigmentált területeknek atrophia való hajlandósága fennforogni látszik. A belső szervek normalisak, a vizeletben rendellenes alkotórészek nem mutathatók ki. A vérben kifejezett eosinophilia (6—8%). Hogy ez esetekben csakugyan kátrány-melanodermiáról van szó és nem alimentaris megkárosodásról, kitűnik abból, hogy az illetők hozzátartozói, a kik azonos alimentaris viszonyok között élnek, nem mutatják a rendellenes pigmentatiót és hogy a megbetegedés kezdete a jelzett foglalkozás megkez- désének időpontjával egybeesik.

Fülörvostan.

Nem genyedéses otogen szédülésnek műtéttel gyógyított esetéről számol be *Adair Dighton* liverpooli fülörvos. Az 55 éves kikötő-felügyelőnek 1910 végén volt az első szédülésrohama. Tíz perc alatt kétszer is elesett, de öntudatát nem veszítette el. Néhány hónap mulva ismétlőd- tek a tengeri betegséghez hasonló rohamai. 1913-ban két nagyobb rohama volt gyakori kisebbfokú szédülés mellett. Ezen idő óta erősen csengett a füle is. 1914-ben az utcán esett össze. 1914 szeptemberében 11 napon át naponként volt rohama, 1915 októberében pedig 6 napon át. Ez idő alatt állandóan orvosi kezelés alatt állott. Hat specialista kezelte minden eredmény nélkül. A mikor a beteg a szerző- höz került, a középfül hurut okozta elváltozásai mellett leg- feltűnőbb volt a labyrinthus fokozott érzékenysége. A hallás- vizsgálatra vonatkozólag közölt adatok nem elegendők arra, hogy biztos képet alkossunk a bántalom helyéről, de az bizonyos, hogy valamely okból a labyrinthus egyensúlyozó részének fokozott ingerlékenysége volt jelen a hallás csökke- nése mellett. *Adair Dighton* (1915-ben) megoperálta a bete-

get és pedig két szakaszban. Október 27.-én radikális műtétet végzett a bal fülön, október 29.-én pedig Janson-Neumann módszere szerint kiirtotta a labyrinthust. A beteg 3 hónap után elfoglalta állását a kikötőben. Három év múlva jelentkezett ismét teljes erőben és elmondotta, hogy a háború alatt tetemesen megnövekedett munkáját fennakadás nélkül látta el. Szédülése, fejfájása, fülzúgása azóta nem volt. A bal fül teljesen siket és calorikus ingerekre nem reagál. *Courteney Yorke* a Brit. Med. Journ.-ban közölt egy nagyon hasonló tünetek miatt műtéttel gyógyított esetet.

Eddig a labyrinthus eltávolítását csakis a genyes középfülgyulladás szövődményeképpen előállott megbetegedés esetében végeztük és ilyen módon — fertőzött területen dolgozva — a műtét mindenkor nagy kockázattal járt. (The Journal of laryngology, Rhinology and Otology 1919 febr.)
Rejtő Sándor dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Roszul sarjadzó sebek gyógyítására jó eredménnyel használta *Flesch-Thebesius* a suprarenint a következő kenőcs alakjában: Sol. suprarenini ($\frac{1}{1000}$) 10·0, Ungu. liq. alum. acetici vel Ungu. borici (2%) 90·0. (Zentralblatt für Chirurgie, 1919, 28. szám.)

Tüdővészések izzadása ellen *Gerber* nagyon dicséri a cukorbefecskendezést 50%-os nádcukoroldatot használ 2 $\frac{2}{100}$ novocainnal. Ebből az oldatból 10 cm³-t fecskendez be intraglutaealis, mire a hyperhidrosis többnyire hetekre megszűnik. (Münchener med. Wochenschrift, 1919, 24. sz.)

A tenosin (β -imidoazolyaethylamin és paraoxyphenyl-aethylamin kombinációja) *Kosminski* szerint ártalmatlan, de azért rendkívül hatásos szer a gynaekologia körébe tartozó, bármily aetiologiájú vérzés eseteiben. Még olyan esetekben is látta a hatását a szerző, a melyekben más stypticumok hatástalanok maradtak. Adható a szájon át naponként 3-szor 20 csepp mennyiségben, avagy bőr alá fecskendezés alakjában: 1 cm³ 1—3-szor naponként. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1919, 30. szám.)

Az intravenás injectio technikájához szolgáltat adatot *Koche*. Minthogy finom canule használata ajánlatos, ez azonban vérrög által könnyen eldugaszthatik: azt ajánlja, hogy a befecskendezendő folyadék felszívása előtt fecskendezzük át a canule-t paraffinum liquidummal, a mivel elejét vesszük a véralvadékképződésnek. Embolia elkerülése végett természetesen minden fölös paraffint el kell távolítanunk a fecskendőnek levegővel többször átfecskendezése segítségével. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1919, 30. szám.)

Trichophytiásis nagyszámú esetében *Reese* jó eredménnyel használta az aolan nevű tejfehérjekészítmény bőr alá fecskendezését. A kezelés átlagos tartama 21·4 nap volt. 10 cm³-t fecskendez be 6—8 napos időközökben; többnyire elegendő volt 3 befecskendezés. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1919, 27. szám.)

Spasmalgin néven egy új gyógyszer-összetétel kerül forgalomba egyrészt tabletták alakjában, másrészt ampullákban. A tabletták egyenként 0·01 pantopont, 0·2 papaverint és 0·001 atrinalt (atropinkénsavester) tartalmaznak. Az ampullákból hiányzik a papaverin. *Rütimeyer* szerint a spasmalgin kedvező hatású a sima izomzat görcse okozta fájdalmak ellen, főleg a gyomorbeltractusban. (Schweizer Korr.-Blatt, 1919, 24. szám.)

A casein mint gyógyszer. *Lindig* azt hiszi, hogy az újabban annyira elterjedt tejinjectiók terapiában a casein az az anyag, a melyre a hatás visszavezetendő. Minthogy a tiszta casein befecskendezése nem jár azokkal a kellemetlen mellékhatásokkal, mint a tej befecskendezése: casein-oldatot fecskendez be intravenásan mindazon betegségekben, a melyekben a tejinjectió eljárás eddig bevált. Az 5%-os oldatot, a mely kevés natrium bicarbonicumot is tartalmaz, steril 1 cm³-es ampullákban a Heyden-gyár hozza forgalomba. Az első adag $\frac{1}{2}$ cm³, a második két nap múlva 1 cm³; ugyanez a mennyiség fecskendezendő be azután még 2—3

napos időközökben 2—3-szor. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1919, 33. szám.)

Lépfene-sepsis esetét közli *Vogt*, a melyben a szerző megengedte a betegnek a csecsemője szoptatását, anélkül, hogy az utóbbin a legcsekélyebb kóros tünet jelentkezett volna. Az anya is meggyógyult. Az eset mutatja, hogy a lépfene-sepsis egymaga még nem ellenjavallja a szoptatást, feltéve, hogy a nő általános állapota elég jó s az emlőkben nincsenek vérzések és metastasisos tályogok. (Berliner klin. Wochenschrift, 1919, 30. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1919, 36 szám. *Oláh Andor*: Adatok az influenza-járvánnyal kapcsolatos elmezavarok aetiologiájához és casuistikájához. *Faragó Kornél*: Adatok az arteriosclerosisnak, meg a korai és hirtelen előregedésnek kóroktanához.

Vegyes hírek.

Kérjük igen tisztelt előfizetőinket, hogy a magyar orvosi kulturát immár 63 esztendeje hiven és önzetlenül szolgáló lapunk további fennállásának lehetővé tételére a folyó évre 20 korona pótdíjat juttassanak el hozzánk. A még mindig elég tetemes számú hátralékos előfizetési díjak beküldését is kérjük.

Kisebb közlemények az orvostudományok köréből. *Stettner* azt hiszi, hogy a hiányos hosszúságbeli növekedés a fej röntgenezésével kedvezően befolyásolható, a mi nyilván a hypophysisre gyakorolt hatás útján áll be. (Münch. med. Wochenschr., 1919, 46. szám.) — Mindkét here eltávolítása után egy 6 $\frac{1}{2}$ hónap után meghalt egyén boncolásakor az ondóhólyagokban még jól festődő spermatozoonok voltak kimutathatók *Schmalfluss* esetében; a termékenyítés a castratio után egy ideig tehát még lehetséges. (Aerztl. Sachverst.-Zeitung, 1919, 21. szám.) — Idősült malaria több súlyos esetét jó eredménnyel kezelte *Wolff* a máj és a lép röntgenezésével. (Strahlentherapie, 9. kötet, 2. füzet.) — Az úgynevezett hypnarcosisal kezdenek nagyon foglalkozni; a mióta *Gückel* a „Münchener med. Wochenschrift“ ez évi 35. számában felhívta a figyelmet arra, hogy hypnosis útján létesített narcosisban nagy műtétek is végezhetők, már egész sora az idevonatkozó közléseknek látott napvilágot. — *Glas* megfigyelései szerint nem csupán a torok- és garatmandulák, hanem a Waldeyer-féle garatgyűrű más részei is kiinduláspontjai lehetnek sokszor súlyos és makacs megbetegedéseknek (kryptogenetikus sepsis). (Wiener klin. Wochenschr., 1919, 34. szám.)

Meghalt. *A. Werner*, a chemia tanára a zürichi egyetemen, a stereochemia megalapítója, a Nobel-díj nyertese, 53 éves korában. — *B. Baginsky* tanár, ismert berlini fülorvos, 72 éves korában, november 30.-án.

Lapunk mai számához a *Dr. Pápay-féle oltóanyag- és serum-intézet r.-t. Budapest, VI., Teréz körút 31.*, valamint kórtani és vegyi laboratóriumának prospectusa van mellékelve.

Fővárosi Fásor Sanatorium R.-T.

Igazgató főorvos: *Dr. Nádasy István*. Ügyvezető igazgató: *Fézi József*. Budapest, VII., Városligeti fásor 9. Telefon: József 15-26. Igazgató telefonja: József 26-21. Magán-gyógyintézet sebészeti, női és belgyógyászati betegek részére. Teljesen modern új szülészeti és sebészeti osztállyal és kórtermekkel kibővítve.

JÁNOS-SANATORIUM I., Városmajor-utca 68. sz. TELEFON: 8-18, 119-89. sz.

Szülészeti osztály (bentlakó szülészorvos főorvossal és két bentlakó osztályos orvossal). Sebészet. Nőgyógyászat. Belgyógyászat. Röntgen- és orvosi laboratórium bejáróknak is. Kitérő fekvés. Elsőrangú ellátás. Diätikus- és hízókúrák. Jól működő központi fűtés és melegvízellátás. Villamos megálló: Retek-u. (Trombitásnál)

Dr. JAKAB-féle LIGET-SANATORIUM

VI., Nagy János-utca 47. szám. Diétás, diagnosztikus és physikotherapiás gyógyintézet bel- és idegbetegek részére. Vegyi és bakteriológiai laboratórium, külső vizsgálatokat is rendszeresen végez. Vizgyógyintézet, inhalatórium, Zander-féle gyógymechanikai osztály bejáró betegek részére is.

Szt. Gellért gyógyfürdő és szálló Budapest

A régi nagy hírű Sárosfürdő 47^o C forrásai Termális és fisikoterapiás gyógyintézet. Iszap-, szénsavas fürdők, vizgyógyintézet, pneumatikus kamra, inhalatórium, gépgyógyászat, villam- és fénykezelések stb. Diaetas konyha. Belső bajokban szenvedők számára. Laboratórium. Röntgen.

Vezető főorvos: *Dr. Benczúr Gyula*, egyet. magántanár.
Gépgyógyászat: *dr. Erdős Géza*.
Röntgen-laboratórium: *dr. Simonyi Béla*.

Kívánatra prospectus.

Kívánatra prospectus.

Pécsi Dani és Pécsi István dr.-ok oltóanyagtermelő intézete, a magyar állami serumtermelő intézet szétküldő osztálya, mely évtizedek óta Budapest, II., Margit-körút 45. szám alatt volt elhelyezve, 1920 január 1.-én Budapest, IV., Eskü-út 6 (Klotild-palota) alá költözik. Új telefonszáma 58—97.

Orvosok

kik kérdőívünket nem kapták meg, méltóztassanak telefon vagy levelező-lap útján reklamálni.

Magyarország Orvosainak Évkönyve
Budapest, VII., Kertész-u. 16.
Telefon József 106-47.

T. Orvos Urak figyelmébe!

Mindenféle idomra és orvosi készülékre készítünk villamos melegítő testeket. Melegítő készülékeket, vasalókat szolidan javítunk

Vértés és Tsa, elektromérnöki iroda VI., Vörösmarty utca 53-59.
Telefon: 169-81.

Máté Mihály orvosi műszerész

értesíti az összes kórházakat és orvos urakat, hogy külföldi bevásárló útjáról hazaérkezett és az összes műszereket, gummiárukat, betegápolási cikkeket

békeminőségben

azonnal szállíthatja.

Orvosi butorok, cystoscopok, villamos készülékek, szülészeti műszerek, Hege r Laminaria stb.

FLUORIN KISS

Pastillánként 0.5 gr. Zincum Sulfuricum, Natr. Chloratum, Cuprum Sulfuricum és 1.5 gr. Alumen Crudumot tartalmaz.

Fiolákban 20-20 pastilla.

A fluor albus kezelésénél kényelmes és pontos adagolásánál fogva hiányt pótló készítmény.

Kapható minden gyógyszerertárban.

Készíti: **KISS A. ANDOR GYÓGYSZERÉSZ**
Budapest, Fortuna-gyógyszertár
VII., Dob-utca 80. szám. — Telefon József 13-34.

„FAGIFOR“-sirup (Sirupus kreosoti comp.)

A legkiválóbb, jóízű kreosot-készítmény. Bronchitis, pneumonia, influenza, tüdőcsúcshurut és tüdő-tbc. esetén naponta 3 kávéskanállal.

Kreosot-calcium-menthol-organ. vas tartalommal.

Gyártja: „CITO“ gyógyszer. vegyészeti gyár
Budapest. Aarburg.

Ismertetéssel készséggel szolgál:
Szalai Béla gyógyszerész Budapest, VIII., Baross-utca 4. szám.
Kapható a gyógyszerertárakban, vagy a főraktáron: Thallmayer és Seitz
Budapest, V., Zrínyi-utca 3.

Dr. Pécsi Dani és Dr. Pécsi István

oltóanyag termelő-intézete

a magyar állami serum termelő intézet szétküldő osztálya.

Himlőnyirok **Dyphtheriaserum**
Budapest, II. ker., Margit-körút 45.

1920. január 1-től **IV., Eskü-út 6.** Klotild-palota. Új telefonszám 58-97.

Sulfotin

Kalium sulfoguaiajolicum syrup, békebeli minőségben
200 gr-os üvegekben.

Arso-tonin Domopon

a monomethydnatriumarsenat isotonias oldata steril ampullákban, subcutan injekciókhoz.
20 és 100 ampulás csomagolásban

Az összes opium alkaloidiákat tiszta állapotban tartalmazó készítmény.
Tablettákban, ampullákban és üvegekben.

Novatropin
Strychnotonin Protal
Cadogel Domargin
Ventrobaryt **Rectrobaryt**



„CHINOIN”

gyógyszer és vegyészeti termékek gyára r.-t.
(Dr. Keresztély és Dr. Wolf)
UJPEST

Értesítés!

Teljes **Röntgen, Lilienfeld-pótberendezés**, egyen- és váltakozó áramra
Lilienfeld és közönséges **Röntgen-lámpák**, **Röntgen-lemezek** minden nagyságban,
erősítő ernyők, kazetták, universalis kapcsoló készülékek (galván, farad, endoskopia és kaustikára), **vibrációs készülékek, hajlékony tengelyek, elektródák** stb. raktárról **azonnal szállíthatók.**

Mindennemü Röntgen és villamos orvosi készülékek javítását pontosan és szakszerűen végezzük.

ERICSSON MAGYAR VILL. R.-T. ezelőtt Deckert és Homolka

BUDAPEST, Gyári raktár: VI, Izabella-utca 88 / Gyár és Irodák: VI, Vörösmarty-utca 67 / Telefon: 28-09, 89-64

Raktárunkon nem lévő készülékekre megrendeléseket rövid szállítási időre vállalunk.

Sanguiferin

Dr. Pallay

(Elixirium Ferri albuminati Pollatsek)

seu combinationes:

c. arseno mite, c. arseno forte, c. phosphoro

Tonicum

Neuroticum

Haemodynamicum

Stomachicum

Roborans

Anaemia

Chlorosis

Neurasthenia

Ideges kimerültség

Táplálkozási zavarok

Fejlődési visszamaradottság

**Gyermekágyas és szoptató nők
vérszegénysége esetében stb.**

Ismét kapható!

Vas- és phosphortartalmú tápláló és erősítő szer.

Brom-Fersan-pastillák.

Fersan-por.

Fersan-pastillák.

(à 0.5 g. vagy à 0.25 g.)

Sápkórság, vérszegénység, rachitis, neurasthenia, gyengeségi állapotok, étvágytalanság és tuberculosishoz.

Könnyen reszorbeálható vas-acidalbumin, megbízható és olcsó.

Magyarországi főraktár:

Dr. FILO JÁNOS gyógyszerháza

BUDAPEST, VIII., Mátyás-tér 3.

Kapható minden gyógyszerházaiban.

Orvosi irodalom és minta kívánatra ingyen.

Dr. Pápay-féle oltóanyag- és serum-intézet r.-t.
Budapest, VI., Teréz-körút 31. sz.

Dysenteria-serum

**St. eptococcus-serum Meningococcus-serum
Skarlát-serum**

Tétanus-serum Himlőnyirok Diphtheria-serum

„Opsogon” gonococcus fertőzéseknél
„Opsodermin” staphylomykosisoknál
polyvalens specifikus vaccinák

Orvosi diagnosztikai laboratórium
Speciális kurzusok a laboratóriumi diagnostika,
oltóanyag- és serum-termelés minden szakából

Autovaccinae | Tuberkulin | Diagnostica

Vaccinae prophyl. et curativ. pro usu hum. et vet.

Sera polyvalent. pro usu hum. et veterin.

Marberger Gyula

orvos gyógyszerészeti laboratóriuma ismét szállítja a már régebben bevált készítményeit:

Maltocol

Maltosucco

Glykomaltin

Arsorobin

Argosol Hydarsol Optocalcil

stb. és a mindennapos gyakorlatban szükséges

subcutan oldatokat phiolákban „PROMT”
szóvédjeggyel.

Ovomaltine

a legjobb tápszer

melyhez a kellő mennyiségű nyersanyag Svájc-ból beérkezett.

Korlátlan mennyiségben ismét kapható!

Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Hoechst Majna m.

ALIVAL

szerves
jódkészítmény.

Injectiókra, külsőleg és belsőleg, 63% jód,
jól tűrik. Lues, arteriosklerosis stb.

Eredeti csomagolás:

10, ill. 20 tabl. à 0,3 g
5, ill. 10 amp. à 1 g Alival.

SUPRARENIN

hatalmas
szív- és vérredénygyógyszer.

Adstrigens, hämostatikum, tonikum.
0,1—1 ccm. oldat 1:1000, ill. 1 tabl. à 1 mg.

Eredeti csomagolás:

Üvegekben à 10 és 25 ccm.
10 amp. 20 tabl. à 1 mg.

MIGRÄNIN

legjobb
migränellenes szer.

Antineuralgikus, antipyretikus és analepti-
kus hatású, 1—3-szor naponta 1 tablettá
à 1,1 gr.

Eredeti csomagolás:

5 tablettá à 1,1 gr.
21 „ à 0,37 gr.

TUMENOL

(kénes kátránytermény).

Az

ekczematherapia

nélkülözhetetlen gyógyszere.

Tulajdonságai:

Szagtalan, nem izgató, redukáló, gyuladást gátló, viszketegséget csillapító.

Javalatok:

Ekczema, ulceratió, rhagada, parotitis, dermatitis, prurigo, pruritus,
viszkető bőrkütegek, égések.

Adagolás:

1—20%-os kenőcs, ecsetelés, tinctura, hintőpor stb.

Legkényelmesebb vényforma:

Tumenolammonium.

Készletben:

Tumenol-Sulfon (Tumenol-olaj) és Tumenol-Sulfonsav (Tumenol-por).

Irodalom és minták az orvos urak rendelkezésére állanak.

ANAESTHESIN

helybeli
tartós hatású anaestheticum.

Nem mérgező, nem izgató hatású, belsőleg és
külsőleg gastralgia, sebfájdalmak ellen stb.

Adagja:

Külsőleg: 5—20% vagy substanciában.
Belsőleg: 0,25—0,5 g étkezés előtt.

HYPOPHYSIN

bevált
uterustonikum.

Állandóan hatásos, steril oldata injectióra
és belső használatra.

Eredeti csomagolás:

Ampullák à 0,5 és 1 ccm. dobozokban
3, 5 és 10 darab. Üvegben 10 ccm.

TRIGEMIN

kitűnő
analgetikum.

Szívre nem hat. Fejidegzetre, trigeminus-
neuralgiáknál kiváló hatású stb.

Eredeti csomagolás:

10, ill. 20 capsula à 0,25 g.
1—3-szor napjában 2—3 capsula à 0,25 g.

ORVOSI HETILAP



Szerkesztőség:
IX., Knežits-utca 15.

ALAPITOTTA MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben. FOLYTATTA ANTAL GÉZA és HÓGYES ENDRE.

Kiadóhivatal
IX., Knežits-utca 15.

Megjelenik minden vasárnap

SZERKESZTI ÉS KIADJA
LENHOSSÉK MIHÁLY ÉS SZÉKELY ÁGOSTON
FŐSZERKESZTŐ. SZERKESZTŐ.

Egyes számok kaphatók Kilián
Frigyes egyetemi könyvkeres-
kedésében (Váci-utca 32 sz.)
Egyes szám ára 2 korona
50 fillér.

Küldemények és előfizetések czíme
Orvosi Hetilap szerkesztősége és kiadóhivatala Budapest, IX., Knežits-utca 15. sz.

Előfizetési árak:
19.9 novembertől:
egész évre ... 120 kor
fél évre ... 60 "
negyed évre ... 30 "
Orvostanhaligatók, szigorló
orvosok és a kötelező kórház
gyakorlatot teljesítők a felét
és a portót fizetik.

Hirdetések kizárólagos felvétele
Pesti Alfréd "PETÓFI" irodalmi vállalata, Budapest, VII., Kertész-utca 16. szám.

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Szénásy József: Közlemény a budapesti állami bábaképző intézetből. (Igazgató: Lovrich József dr., egyetemi magántanár.) A Baum-ballon alkalmazása a szülészetben. 449. lap.

Kubányi Endre: Közlemény a budapesti egyetem I. számú női klinikájáról. (Igazgató: Bárony János dr., egyet. ny. r. tanár.) A medenczedőlés mint praedispositívó teremtő tényező a méhretrodeviatiók kifejlődésében. 455. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Jörger: Psychiatrische Familiengeschichten. — Új könyvek. — Lapszemle. Belorvosstan. Hirschfeld: A lép szerepe az anaemia perniciososa kórszámzásában. — Lüdin: A külső melegalkalmazás befolyása a gyomorműködésre. — Börbajok. Helm: A német lupus-bizottság ülése Berlinben. — Kiseb közlések az orvosgyakorlatra. Sieben: Enuresis nocturna. — Bier: A Bergel-féle fibrin. — Schilling: Oxyuriasis. — Waetzold: A multanin, 456--457. lap.
Magyar orvosi irodalom. 458. lap.
Vegyes hírek. 458. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti állami bábaképző intézetből. (Igazgató: Lovrich József dr., egyetemi magántanár.)

A Baum-ballon alkalmazása a szülészetben.

Irta: Szénásy József dr., bábaintézeti tanársegéd.

1915-ben az „Orvosi Hetilap“-ban és a „Gynaecologische Rundschau“-ban „Eljárás művi koraszülés megindítására“ címmel 4 szülés részletes történetét közöltük. A közölt 4 kóros szülést glicerinnel töltött ballonnal kezeltük. Az eljárás Baum-tól, a breslauer bábaiskola tanárától származik, a ki glicerinnel töltött állati hólyagok használatát ajánlotta mindazon szülés-esetekben, a melyekben a ballon-therapia javalt. Az említett közleményt annak idején ezekkel a szavakkal végeztük: „Jól tudjuk, hogy 4 eset kapcsán végleges következtetést levonni arra, hogy egy eljárás jó és teljesen veszélytelen-e, nem lehet; az impressziók azonban, melyeket e 4 eset kapcsán nyertünk, annyira kedvezők, hogy ezen még kevesse ismeretes eljárást tiszta szívvel ajánlhatjuk, fenntartva magunknak a jogot, hogy a jövőben, ha több eset kapcsán s biztosabb észlelésünk lesz, azokat újból közölhessük.“ Azóta eseteinknek száma, a már közölt 4 esetet is beleszámítva, 38-ra emelkedett. A kedvező impressziók minden tekintetben valóra váltak, elannyira, hogy amióta a Baum-ballonokkal dolgozunk, intézetünkben a Champetier, Braun, Barnes és mások gummiballonjai a használatból végleg kikerültek. Baum-ballonnal kezelt eseteinket a legnagyobb körültekintéssel válogattuk meg, értve ezalatt azt, hogy csak ott alkalmaztuk a ballont, a hol igazán szükséges volt. Innen van az, hogy kerek 6 év leforgása alatt mindössze 38 esetet sikerült összegyűjtenünk egy olyan szülészeti osztályon, a melynek szülési összforgalma 6 év alatt kerek számban 3500 volt.

Baum steril állati hólyagot (disznó-, borjú- vagy birkahólyagot) vezet be a méhbe és azt glicerinnel tölti meg. Az állati hárttyák permeabilisak lévén, osmosisos folyamat indul meg a ballon tartalma és az azt körülvevő szövetnedvek között. Az osmosisos folyamat következtében glicerint jut ki egyenletes lassúsággal a méh üregébe, viszont a méh üregéből folyadék diffundál a ballonba. Minthogy a glicerinnél osmosisos coefficientense nagyobb, mint a szövetnedvéké, világos, hogy a ballontól kevesebb mennyiségű glicerint ömlik ki, mint a mennyi szövetnedv diffundál beléje. Ennek természetes következménye az, hogy a méh üregében el-

helyezett ballon állandóan duzzad, tágítja a méhszájat, miközben az egyenletesen leadott glicerint fájást keltő hatást fejt ki. Az eljárás tehát tulajdonképpen szellemes egyesítése a fájást keltő hatásáról ismeretes ballon-therapiának és az ugyancsak fájást keltő hatásáról ismert glicerinnel. A fájást keltés céljából alkalmazott ballon a szülés bevezetését célzó eljárások között mint eröművi inger szerepel, a glicerint pedig mint vegyileg ható eljárás ismeretes. A két fájást keltő tényező egymással egyesítve biztosítja a ballon-therapia összes előnyeit, kiküszöböli annak hátrányait, anélkül, hogy a glicerint mérgezést okozna. A fájást keltés céljából a méh üregébe fecskendezett glicerint mérgező hatásáról már sokat írtak. Baum irodalmilag ismertett közel 300 esetben glicerint-mérgezést sohasem észlelt. Már most hangsúlyozom, hogy a glicerines ballontól mi sem láttunk legkisebb mérgezésre valló tünetet sem.

Glicerines ballonnal összesen 38 szülést kezeltünk. A könnyebb áttekintés kedvéért az eseteket 6 csoportban tárgyaljuk. És pedig:

1. Baum-ballon mesterséges vetéléseknél; 7 eset.
2. Baum-ballon mesterséges koraszüléseknél, csak az anyát érintő javalat alapján olyan különféle megbetegedésekben, a melyek a terhesség művi félbeszakítását követelték; 7 eset.
3. Baum-ballon mesterséges koraszüléseknél szükmedence indicatiójából, élő magzat érdekében; 2 eset.
4. Baum-ballon kiviselt terhességeknél, úgymint: túlhordás megelőzésére prophylaxisból; idő előtt elfolyt víznél prophylaxisból; idős primaparákon ugyancsak prophylaxisból s; összesen 7 eset.
5. Baum-ballon keresztfevések kezelésére; 5 eset.
6. Baum-ballon placenta praevias szüléseknél; 10 eset.

Mesterséges vetélésnél 7 esetben szorultunk az eljárásra. A 7 eset közül hatban az anyának olyan súlyos megbetegedése adta a terhesség félbeszakítására az indicatiót, a mely megbetegedés a terhesség további fennállása mellett az anyai életet veszélyeztette volna. Így egyszer súlyos terhességi toxicosis miatt, egyszer anaemia gravis miatt, egyszer vitium okozta incompensatio miatt, egyszer vitium cordissal párosult tüdőtuberculosis miatt, egyszer myodegeneratio cordis miatt és végül egy esetben eklampsiás görcsökkel súlyosított nephritis gravidarum miatt kellett a terhességet sürgősen félbeszakítani. Hetedik esetünkben a már hosszú ideje fennálló erős vérzés készített a beavatkozásra. Ebben az esetben molára gyanakodtunk, mert a méh aránytalanul nagyobbak látszott, mint amekkoráinak

a bemandott terhesség hónapszáma szerint találnunk kellett volna. A szüléskor derült ki, hogy tulajdonképpen trigemini-abortussal volt dolgunk. Mind a 7 vetélés a természetes szülőerőkkel fejeződött be. Mint már előző közleményünkben egy vetélési esetet tárgyalva említettük, az intézetünkben uralkodó elv szerint vetélések alkalmával activ therapiát csak akkor követünk, ha erre a semmi más módon nem csillapítható vérzés kényszerít. Nyugodt exspectatio mellett chininrel kapcsolatosan adott hypophysis-készítményekkel ritka kivétellel minden vetélést spontan befejeződésre tudunk bírni. A 7 vetélés közül négyszer a ballon megszületését csakhamar követte a petének és mellékreszeinek a megszületése. Három esetben hosszú ideig tartott, a míg a méh tartalma a ballon megszületése után kiürült. Mind a három esetben, bár a ballonhatás következtében jól átjárhatóvá vált méhszáj minden feltételt kezünkbe adott az activ therapiára, mégis elvi álláspontunk értelmében a gyógyszeres eljárást választottuk. Ezért tartott az egyik vetélés összesen 121 óráig, a másik 154 óráig és végül a harmadik 73 óráig. A kifogástalan gyermekágyak megnyugtattak arról, hogy a vetélések ilyen elhúzásával legkevésbé sem ártottunk betegeinknek. Három hónapnál fiatalabb terhességnél a ballon-therapiát csak egyszer kíséreltük meg. Minthogy nem tapasztaltuk azt, hogy korai terhességeknél, olyanoknál, melyek még a második terhességi hónapon belül vannak, a ballon-therapia a terhesség félbeszakítására szolgáló más ismert eljárások fölött különösebb előnyt nyújtana, a *Baumm*-eljárást egészen korai terhességekben végzett mesterséges vetéléseinknél többé nem alkalmaztuk. A korai terhességekben fejletlen még a méh izomzata és kiadós méhmunkára nem igen számíthatunk. Ezért a ballontherapia korai terhesség eseteiben más eljárások elé nem helyezhető. Úgy látszik, a *Baumm*-ballon észszerű alkalmazásának az alsó határa a terhesség betöltött IV. hónapjára állapítható meg, vagyis arra az időre, a mikor már kifejlődött lepényre számíthatunk.

A következő csoportban azokat a mesterséges koraszüléseket tárgyaljuk, a melyeket kivétel nélkül csakis az anyát érintő javalat alapján kellett végeznünk. Ilyen esetünk volt 7. A 7 közül háromban rendkívül súlyos vesegyuladás adta a javalatot. Két vesegyuladásos esetben súlyos papilloretinitis albuminurica is volt mind a két szemben. A harmadik vesegyuladás-esetben ez a szövödmény a gyermekágyban fejlődött ki. Egy esetünkben gonorrhoea okozta állandó láz kényszerítette a terhesség félbeszakítására. A szülés perczétől kezdve a láz tüstént megszűnt, sőt legnagyobb örömről a gyermekágy is láztalanul folyt le. Egy másik esetünkben vérzés miatt kellett a szülés megindítása céljából beavatkozni. Ez az asszony azért vérzett, mert VI—VII. hónapban terhes méhével súlyos traumát szenvedett és következtében. Az erős vérzést a trauma miatt részlegesen levált lepény okozta. Inkompensált szívbaj miatt kétszer kellett sürgősen művi koraszülést végeznünk. Egyik esetünkben teljes eredménnyel járt beavatkozásunk, a mennyiben a szülés simán folyt le és a 11 napos gyermekágy alatt megfelelő belgyógyászati kezelésre az incompensatio tünetei rohamosan visszafejlődtek. Másik ilyen esetünk, melyről végül e csoportban be kell számolnunk, az anyára szerencsétlenül végződött. Ezt a szegény asszonyt a terhesség IX—X. hónapjában súlyos incompensációval szállították be. A szívbántalom mellett még időszült vesegyuladása is volt. A legnagyobb sietséggel megindított és aránylag könnyű lefolyású szülés sem tudta az anya életét megmenteni. A gyermekágy 4. napján a szívgyengeség következtében támadt bronchopneumonia gyors halálra vezetett. A genitálékban semmi elváltozás sem volt a bonczoláskor.

Mesterséges koraszülést szűk medenczénél az élő magzat érdekében kétszer végeztünk. Mindkét eset elsőfokban szűk medenczére vonatkozik. A szüléseket a terhességnek pontosan kiszámított 36. hetében indítottuk meg. Az egyik szülés a megindítástól számítva összesen 32 óra alatt, a másik szülés 9 óra alatt folyt le. Az egyik esetünkben a ballon behelyezése után 5 perc múlva, a másikban 10 perc

múlva már fájások indultak meg, melyek csakhamar rendszeres szülőtevékenységgé fokozódtak. Az élve született egészséges, fejlődésképes magzatok, a szülések rendkívül gyors megindulása, a szülési folyamatoknak aránylag rövid tartama és a minden tekintetben kifogástalan gyermekágyak nagy reményekre jogosítanak a szűk medencze indicációjából végzendő mesterséges koraszülések terén. Sajnos, reményeinket egyelőre csak két esetre tudjuk alapítani. De a két esetben elért eredmények és tapasztalások annyira kedvezőek, hogy — legalább e két eset kapcsán — a szűk medencze indicációjára alapján végzendő mesterséges koraszüléseknek technikai problémája *Baumm*-módszerével megoldottnak látszik. A mesterséges koraszülést a szűk medenczék therapiájában ma már a legtöbb iskola elfogadja, kiválóan azokban az esetekben, a melyekben az idejekorán szülési észlelés alá kerülő szűkmedenczés a relativ indicatio alapján végzendő császármetszést visszautasítja. A technikai kivitelre vonatkozólag azonban a legtöbb szakember, a mint ez a tankönyvekből is kitűnik, megegyezik abban, hogy az eddig rendelkezésünkre álló eljárások nem vezettek minden esetben a kívánt célhoz. Igy *Bumm* szerint a koraszülés síma lefolyása szempontjából a méh ingerlékenysége bir a legnagyobb fontossággal. Mint tankönyvében hirdeti, sok esetben a méhre gyakorolt erős és tartós ingerléssel sem sikerült szabályos szülőtevékenységet felkelteni; napok telnek el anélkül, hogy a szülés megindulna és csak akkor szűnik meg a méh renyhése és ad helyet erélyes szülőtevékenységnek, a midőn a szülőcsatornában való sok manipulatio már bomlást és felszívódásos lázat idézett elő. *Kézmárszky* szerint mesterséges koraszülésnél az anya sorsa legelsősorban a fertőzés veszedelmétől függ. Az infectio veszedelmét fokozza az a körülmény, hogy a szülés igen gyakran renyhén folyik le és napokig elhúzódik. Hasonlóképpen nyilatkozik *Runge* is, a ki őszintén bevallja, hogy a mesterséges koraszülés megindítására szolgáló egyik eljárás sem ideális. A hazai szerzők közül *Scipiades* „A szűkmedenczés szülések kezeléséről” című monographiájában, melyben a II. sz. női klinika 10 esztendő szűkmedenczés anyagát öleli fel, a művi koraszülést jogosult beavatkozásnak tekinti; olyannak, a mely a kultiválásra érdemes; de mint állítja, a mesterséges koraszülés megindításának tökéletes eszközével ma még nem rendelkezünk; hogy az ajánlott eljárások melyikével és miként érünk célhoz, az — nézete szerint — kevésbé a választott eljárástól, mint inkább a méh ingerlékenységi állapotától függ. Az általunk közölt két mesterséges koraszülés idealisan demonstrálja, hogy előrehaladottabb terhességnél az intact méh *Baumm* módszerével mily gyorsan munkára serkenthető és az egyszer már felkeltett szabályos méhtevékenység fertőzési eshetőség nélkül, normalis időtartamon belül való szerencsés szülést eredményezhet. Ha két szűkmedenczés eset teljes bizonyítékul állításunk megingathatatlanságára nem is szolgálhat, mindenesetre joggal hivatkozhatunk azokra az ugyancsak feltűnő gyorsan megindult és lefolyt mesterséges koraszülésekre, melyeket az anyák különféle megbetegedései adta indicatio alapján végeztünk és a továbbiakban tárgyalandó azokra az esetekre, melyekben kihordott terhességnél, gyakran idős primiparákon, intact méheket, mint látni fogjuk, rendkívül rövid idő alatt szabályos munkára birtunk serkenteni és szülésre bírni. Hangsúlyozom, hogy az a benyomásunk, hogy *Baumm* glycerines ballonjával a szűkmedenczések mesterséges koraszülése megindításának technikai kérdése meg van oldva.

A következő csoport 7 esettel a kiviselt terhességnél, tehát a terhesség X. hónapjában végzett *Baumm*-kezeléseket tárgyalja. A terhesség megszakítása négyszer túlhordás megelőzésére történt. Mind a 4 esetben teljesen normalis medenczével volt dolgunk. Ezek közül két multiparán a megelőző szülések rossz tapasztalásainak az oka abban a térránytalanságban volt megtalálható, a melyet a habitualisan túlságosan nagyra kifejlődött magzatok okoztak. Sajnos, egyikében ezen esetünknek a szépen fejlett élő fiúmagzatot egy napos korában agyonnyomás következtében előállott eklampsiában el-

vesztettük. A ballon kiesése után itt a fej sehogysem akart a medenczgyűrűbe beigazodni. A szülést ezért belső lábrafordítással és ezt követőleg extractióval oldottuk meg. A fejnek a medenczgyűrűn való gyors keresztülhúzása úgy látszik elegendő insultus volt arra, hogy az agnyomás kifejlődjék. Másik ilyen módon kezelt szülésünk teljes eredményével mindenben igazolta a terapiánkhoz fűzött várakozásunkat. Eredményeiben még sokkal szebb ezen csoportba tartozó két idős primiparánknak a szülés-története. Mindketten 38. életévvel kerültek első szülésre. Ezek egyikén kezdődő túlhordás volt megállapítható, másikán a terhesség 40. hete kiszámíthatóan be volt már töltve. Élő érett magzatot szült mind a kettő; az egyik összesen 10 óra 10 perc alatt, a másik, kinek szülése renyhe fájásokkal folyt, összesen 76 óra 15 perc alatt. Rendszeres szülőtevékenység az első esetben 2 óra, a másodikban 2 óra 30 perc multán jelentkezett a ballon behelyezése után. Meggyőződésünk, ha sorsára hagyjuk ezt a 4 terhest, és nem avatkozunk be idejében, mindenesetre olyan helyzetek állottak volna elő, mint a milyenekkel szűkmedenczés szüléseknél szoktunk találkozni. Ez a prophylaxisos indicatio tehát azonos a szűkmedenczknél a magzat érdekében végzett mesterséges koraszüléseknek az indicatiójával. Ha a szűkmedenczék indicatiójából végzett két mesterséges koraszülés és az imént tárgyalt 4 prophylaxisos indicatióból túlhordás megelőzésére végzett szülések történetét tanulmányozzuk, azonnal szembeötlenek azok az előnyök, a melyeket a *Baum* glycerines ballonja biztosít. Arra célozok ezzel, hogy mind a 6 szülést a glycerines ballon minden esetben rövid időn belül és biztosan megindította, és a szülésnek legtöbbször rendkívül gyors lebonyolítását tette lehetővé. *A megindításnak és a rendszeres szülőtevékenység felkeltésének technikai kivitele tehát különösebb tekintet nélkül a méh ingerlékenységére mindenkor biztosan kezünkben volt.* Kihordott terhességnél végzett másik 3 esetünkben kétszer ugyancsak prophylaxisos indicatióból avatkoztunk be a terhesség végén, illetve a szülés kezdetén. Egyszer farfekvésnél idő előtt elfolyt magzatvíz mellett, a mikor a szülés magától sehogy sem akart megindulni és az anyát a fertőzés veszélyétől féltettük; és egyszer koponyafekvésnél 3 nappal előbb elfolyt vízzel szülőszobánkra került szülőnőn. Sajnos, ez utóbbi szülőnőket fertőzés következtében a gyermekágy 20. napján elvesztettük.

Ennek az esetnek részletes története a következő:

A 26 éves telefonhivatalnoknő 3 napja állandóan csorgó magzatvízzel rendszeren végezte teendőit a telefonközpontban, míg végre mégis szükségesnek tartotta intézetünkben jelentkezni. A felvételkor az érverés és hőmérsék normalis volt. Minthogy a szülőszobán sem indultak jó fájások, a fej pedig magasan fenn kissé kitérve volt tapintható, prophylaxisból *Baum* ballon-therapiáját tartottuk szükségesnek. A behelyezés után 3 órával már fájások indultak, a behelyezés után 10 $\frac{1}{2}$ órára pedig a ballon már megszületett. Ekkor a méhszáj 2 ujj számára átjárható volt. A továbbiakban rendkívül elhúzódo tágulás következett, renyhe, elégtelen méhmunkával. Ez az állapot két napig tartott a nélkül, hogy akár az anya, akár a magzat részéről olyan körülmény merült volna fel, a mely a szülés befejezését követelte volna. A harmadik napon az anya normalis hőmérséklete mellett a fej végre az üregbe száll, tűnőfényben lévő méhszáj mellett. De már ekkor a magzatvíz erősen meconios, a szívhangok bizonytalanok. Magunk részéről enyhe perforációval szerettük volna a minden bizonynyal fertőzött szülést megoldani, az anya azonban követeli a magzat megmentése érdekében teljesen el nem tűnt méhszájnál a fogóműtét megkísérlését. Ez meg is történt, a hátraforgott kis kutacsnak megfelelően *Scanzoni* szerint. A gyermeket már szívűködés nélkül kaptuk. A gyermekágy IX. napján rázóhidegek jelentkeztek. Már-már azt hittük, hogy az anyát megmenthetjük, a midőn a XX. napon hirtelen phlegmasia támadt mindkét alsó végtagon, ugyane nap estéjén pedig a gyermekágyas tüdőembolia következtében fél óra alatt szemünk láttára fulladt meg. *A bonczoláskor sepsises thrombosis és tüdőemboliát találtunk és körülírt eudometritis diphtheriticát a méh részéről.*

Végül kihordott terhességnél végzett ballon-kezeléseink csoportjában be kell számolnunk egy olyan szülésről, a melyben megelőző 8 eclamptiás görcsroham 12 $\frac{0}{100}$ fehérjével a vizeletben adta a beavatkozásra az indicatiót. Erről az esetről röviden csak annyit említek meg, hogy a glycerines ballon segítségével a szülés összesen 11 $\frac{1}{2}$ óra alatt szerencsésen befejezhető volt. A gyermekágyas 16 nap alatt teljesen meggyógyult.

Keresztfekvést 5 ízben kezeltünk *Baum*-ballonnal. Az öt eset közül kettő azért különösebben érdekes, mert ha eltekintünk attól, hogy mind a két asszonynak első partusa korai abortus volt, 40—40 éves korukkal terhességüket kiviselve, idős elsőszülőknek voltak tekinthetők. Az egyik kórkepet még súlyosította az a körülmény, hogy az asszonynak florid kankója volt. Mind az öt szülés rendkívül hamar volt a glycerines ballon segítségével lebonyolítható. A legrövidebb időt 5 óra 18 percben, a leghosszabb időt 11 órában jegyezhetjük fel, mely időközön belül a keresztfekvéses szülések lebonyolíthatók voltak. Ezek mindenesetre olyan időtartamok, a melyek a legnagyobb figyelmet érdemelik.

Placenta praevia 10 esetében dolgoztunk *Baum*-ballonnal. Kivétel nélkül az anyák erős vérzése miatt vitalis indicatióból kellett beavatkoznunk meg nem indult szülésnél, tehát akkor, a mikor a méhszáj a szülés gyors befejezését előkészítő műtetre, a fordításra még nem volt elég tág. Meg kell jegyezni, hogy ez a 10 eset kivétel nélkül csak partialis placenta praevia volt. Centralis placenta praeviát azért nem kezeltünk *Baum*-ballonnal, mert már évek óta magunkévá tettük placenta praevia bizonyos eseteinek megoldására az activ sebészeti irányzatot is. Biztosan fertőzött és teljesen kivérzett esetekben *Pfannenstiel* indicatióját követjük a terhes méhnek *Chrobak* szerint való csonkolásával; már arra alkalmas, felvehetőleg nem fertőzött eseteket *Sellheim* és *Krönig* corporalis császármetszései oldunk meg. Ha pedig olyan placenta praevias kerül szülőszobánkra, a ki kivérzettség tekintetében jó állapotban van, a kin a lepény hibás tapadása csak olyan fokú, hogy conservativ megoldás mellett is az anyai életet előreláthatólag nem veszélyeztetjük és kin az elég tág méhszáj a vérzést csillapító fordítási műtétet biztosan a kezünkbe adja, ezeket, és csakis ezeket, kezeljük a régi conservativ módon. Minden egyes placenta praevias esetet tehát külön bírálunk el és választjuk a megoldásra azt a műteti módot, a melyet legjobbnak tartunk az anyai élet megmentésére, a nélkül, hogy elvileg kötnénk magunkat az activ sebészeti therapia minden esetben való végzésére, vagy a régi conservativ műteti módok elvetésére. A közölt 10 eset ilyen válogatott eset a szüléseknek ama szakaiából, a midőn a méhszáj még félig-meddig zárt, de kivérzettség tekintetében az állapot jó volt és a lepény hibás tapadása sem volt olyan fokú, hogy conservativ műtéttel az anyai élet megmentése ne lett volna várható. Mint e tíz eset is bizonyítja, választásunk szerencsés volt, a mennyiben egyetlen anyát sem veszítettünk el elvérzés következtében. Örömrünk mégsem lehet teljes, mert két anyát mégis elvesztettünk. Ezek egyike a gyermekágy XI. napján általános sepsisben halt meg. A terhesség IX.—X. hónapjában inkompenzáladott vitium, általános furunculosis (!) és még hozzá placenta praevia a kedvezőtlen körülmények összetalálkozásának olyan torlódásai, a melyek minden klinikust skeysissel töltenének el az anyai élet prognosizálásának megítélésakor. Ebben az esetünkben pedig ezekkel a complicatiókkal állottunk szemben. A szülés maga még szerencsésen folyt le, a gyermekágy 4. napján azonban láz jelentkezett, a folyás az 5. naptól kezdve bűzös volt. A 9. napon általános furunculosis támadt, a mi teljes pyodermiába ment át. A 11. napon exitus letalis. Sajnos, a mindent felderítő bonczolást az úri-asszony férjének kérésére el kellett engednünk.

Halálosan végződött másik placenta praevias esetünk azért különösen érdekes, mert a lepény hibás tapadásának kórkepe a szülés alatt jelentkezett eklamptiával szövődött. Az első görcsroham a megelőzőleg *Baum*-ballon hatására 4 $\frac{1}{2}$ óra alatt 2 ujjnyira tágult méhszájon keresztül végzett Braxton-Hicks szerint való fordítás alatt érte utól a szerencsétlen szülőnőt. Ez a görcsroham annyira súlyos volt, hogy csak 1 $\frac{1}{2}$ órai sylvesterezéssel tudtuk a kimaradt légzést fenn tartani. A beteg a gyermekágy első óráiban kapta a második, végzetes kimenetelű, ritka súlyosságú görcsrohamát, a melyből sylvesterezéssel sem tudtuk az életnek visszatartani. A bonczoláskor kezdődő degeneratio parenchymatosa renis és a szív izmának elfajulása, vérzésekkel az endocardium alatt

volt található. A bonczolás lelete szerint a kisfokú vérszegénység a halál bekövetkeztére befolyással nem volt.

A 10 placenta praeviás eset közül ötben sikerült a magzati életet is megmentenünk, 5 ízben pedig a magzat áldozata lett a szülés súlyos complicatiójának. Az 5 élveszületett közül két magzat veleszületett gyengeség következtében az első életnapokban meghalt.

Az összes 38 eset általános eredményeit, az anyai és magzati mortalitást és morbiditást a következőkben közöljük, megjegyezve, hogy százalékszámokat azért nem adunk, mert 38 eset sokkal kevesebb annál, hogy megközelítőleg is helyes százalékszámokat kaphassunk.

A 38 közül 6 év szülészeti anyagára esik, vagyis 38 ballonkezelés kerek számban 3500 szülésre.

A 38 esetből leszámítva a 7 vetélést, marad 31 esetünk. Ezek közül egy esetben ikrekkel volt dolgunk. Így a 31 szülés összesen 32 magzatot eredményezett. A 32 magzat közül élve született 21, halva született 11. A 21 élve született közül még az intézetben meghalt 8 magzat. Élő, egészséges, fejlődésképes gyermeket vittek ki 13 esetben. Felvehetőleg sepsises esetben 5 ízben alkalmaztuk a ballont, asepsises esetben 32 ízben. A ballonnal kezelt valamennyi szülőnő közül a gyermekágyban meghalt 4. És pedig: egy placenta praeviás a gyermekágy 11. napján általános sepsisben, a mely furunculosisból, illetőleg pyodermiából fejlődött. Egy másik placenta praeviás eklampsiás görcsrohamban a gyermekágy első óráiban. Továbbá egy szülőnő, a ki kihordott terhességével 5 nappal előbb elfolyt magzatvízzel szült, a gyermekágy 20. napján sepsises tüdőembolia következtében és végül egy idősült nephritissel társult, inkompenzált szívbajos asszony szívgyengeség következtében előállott bronchopneumoniában a gyermekágy 4. napján.

A gyermekágyi morbiditás megítélésére a következő mértéket alkalmaztuk: Lázasnak ítéltük azt a gyermekágyat, a melyben a hőmérőzés legalább kétszer 38 fokon felül való hőmérsékletet mutatott. Subfebrilnek ítéltük azt a gyermekágyat, a melyben legalább kétszer 37,5° feletti, de különben mindig 38° alatti hőemelkedés mutatkozott. Normalisnak ítéltük azt a gyermekágyat, melyben a hőmérsék állandóan 37,5° alatt volt. És végül ideális gyermekágy elnevezéssel jeleztük azokat a gyermekágyakat, melyekben a hőmérsék egyetlen egyszer sem haladta felül a 37,0 fokot. Ezen megállapítások szerint a 38 eset közül ideális volt a gyermekágy 4 esetben, normalis 23 esetben, subfebrilis 4 esetben, lázas 6 esetben. A 4 subfebrilis gyermekágy közül három placenta praeviára vonatkozik. Mind a három esetben a subfebrilitás genitális eredésű volt. Ez a nagyfokú anaemia következtében előállott gyengült ellenállással könnyen magyarázható. A 4 subfebrilis gyermekágyat harántfekvés után észleltük. A szülés megindulása előtt elfolyt magzatvíz a subfebrilitás okát értetetővé teszi.

A hat lázas gyermekágy közül kétszer kifejezett genitális sepsis okozta a lázat. Mindkét megbetegedés halálra vezetett. A sepsis az egyik esetben az idő előtt elfolyt víznek volt a következménye, a másik esetben furunculosisból placenta praeviánál fejlődött. Placenta praeviánál még egy genitális eredésű lázat láttunk. Ez az asszony néhány napos elég magas láz után 22 nap alatt teljesen gyógyult. Lázat okozott egy esetünkben szívgyengeség következtében fejlődött bronchopneumonia a gyermekágy 4. napján exitussal. Egy másik esetünkben mastitis volt a láznak okozója és végül egyszer chronicus nephritisnél kaptunk enyhén lázas gyermekágyat anélkül, hogy genitális részről a láznak oka megállapítható lett volna.

A közölt adatok alapján felmerül ama kérdés eldöntésének szükségessége, vajjon a lázas és subfebrilis gyermekágyak keletkezésében a glycerines ballonnal való therapiának része lehetett-e. Más szóval a glycerines ballonnal való therapia a sterilitás szempontjából kifogásolható-e vagy sem? Lázás és subfebrilis gyermekágyainkat gondosan tanulmányozva azonnal kiderül, hogy genitális eredésű subfebrilitást 3-szor kaptunk placenta praeviánál, ugyancsak egyszer ha-

rántfekvésnél idő előtt elfolyt magzatvíz következtében. Genitális lázat kaptunk ugyancsak két ízben placenta praeviánál, az egyik esetben furunculosisból fejlődött halálos végű sepsissel. Végül egyszer genitális eredésű láz halálos végű sepsises emboliával fejlődött 5 nappal a szülés előtt burokrepedéssel szövődött esetünkben. A többi lázas gyermekágyban a genitális eredet teljes biztossággal ki volt zárható. A 7 genitális eredetű hőemelkedés közül tehát 5 placenta praeviás szülésre esik. Vagyis olyan szövödménnyel súlyosított szülésekre, melyeknek gyermekágyi morbiditása éppen a szövödmény különös sajátossága következtében közismert. Hogy ez esetekben a fertőzéssel a ballontherapiánk nem vádolható, valószínű. Épp így nem a ballonunk okozhatta azt a fertőzést sem, a melyet abban az esetünkben láttunk, melyben 5 nappal a szülés előtt elfolyt víz mellett kellett ballonunkkal prophylaxis céljából beavatkoznunk. Valamint nem okozhatta a ballontherapia azt a subfebrilitást sem, a melyet egyik harántfekvés-esetünkben idő előtt elfolyt magzatvíz következtében észlelhetünk. A genitális megbetegedés szempontjából kifogásolható 7 gyermekágyat szembeállítva a genitális szempontból kifogástalan 30 gyermekágygyal, csakis arra a meggyőződésre juthatunk, hogy a glycerines Baumballon a sterilitás szempontjából — feltéve, hogy az applicatio és egyáltalában az egész műtét a kellő asepsissel történik — kifogástalan.*

Az elmondottak után áttérünk a méh ingerlékenységének a kérdésére, arra a kérdésre, a melyet a szűk medencze javalata alapján végzett mesterséges koraszülések tárgyalásakor már érintettünk. Itt általában minél előrehaladottabb a terhesség, annál könnyebben ingerelhető munkára a méh. Ez könnyen érthető, mert hiszen fejlettebb izomzattól nagyobb munkaképesség várható. Ugyalászik tehát, a terhesség hónapszáma, illetve a méh izomzatának fejlettsége egyenes arányban áll a méh ingerlékenységével. A tapasztalás azt mutatja, hogy a sepsisesen fertőzött méh kivétel ezen tétel alól. A sepsisesen fertőzött méh tudvalevőleg, függetlenül a terhesség hónapszámától, kiadós és rendszeres szülőfájásokra többnyire képtelen, tehát egykönnyen munkára sem ingerelhető. A méh ingerlékenysége egyébként egyénenként változó. Mint ismeretes, egyes asszonyok terhességét nagyon kell óvni, főként a korai hónapokban, mert aránylag csekély insultusokra a terhesség félbeszakadhat. Más asszonyok viszont minden lehető insultust elkövetnek, hogy terhességüket félbeszakadásra bírják, a nélkül, hogy céljukat elérnék. Tudunk esetekről, a melyekben terhes úrinők minden terhességüknek ártani akaró szándék nélkül megerőltető sportokat űztek, a nélkül, hogy ez a terhességnek legcsekélyebb ártalmára lett volna. Ismeretes, hogy szegénysorsú, vagy munkásasszonyok nehéz testi munkát végezhetnek terhességük legcsekélyebb zavara nélkül. Az is gyakorlati megállapítás, hogy a terhes méh abban az időben különösen ingerlékeny, a mely egybeszik a havisztulás idejével. A méh ingerlékenysége tehát, úgyalászik, rendkívül sok körülménytől függ. Eseteinket az ingerlékenység szempontjából tanulmányozva, kiderült, hogy a korai terhességi hónapokban aránylag hosszabb időre volt szükség, míg a glycerines ballon hatására a méh munkára volt ingerelhető. Az individualitas mellett szól, hogy az egyes időtartamok ugyanazon terhességi hónapokban is rendkívül változók. A X. terhességi hónapban volt például esetünk, a mikor a ballon behelyezése után azonnal rendszeres fájások indultak, míg ugyanezen terhességi hónapban más esetekben csak 3 óra eltelte után keltek rendszeres fájások. Korai terhességeken legkorábban 38 perc múltán indult meg a méhmunka, de volt esetünk, a melyben a terhesség IV.—V. hónapjában csak 10 óra eltelte után sikerült fájásokat kapnunk. Általában véve mondhatjuk, hogy a IV. terhességi hónapon túl aránylag rendkívül rövid az az idő, a mely alatt a méh Baumballonnal munkára ingerelhető. Nem egyszer már

* Egy gyermekágyról a gyermekágy első óráiban történt halálozás miatt nem referálhatunk, így a 7 genitális szempontból kifogásolható gyermekágy csak 30 genitális szempontból kifogástalan gyermekágygyal állítható szembe.

5—10 percz eltelté után élénkülő rendszeres szülőfájásokat láthattunk. A leghosszabb idő előrehaladott terhességben 5 óra volt. Olyan esetet, a melyben a méh ne lett volna munkára ingerelhető, nem láttunk. Az összes 38 esetünk kapcsán nyert tapasztalatok alapján tehát állítható, hogy glycerines ballonnal a terhes méh — nem számítva a korai hónap-számú terhességeket, a melyek a glycerines ballontherapiára nem alkalmasak — mindenkor biztosan munkára ingerelhető. Ha tekintetbe vesszük a leghosszabb időt, 10 órát, a mely alatt a méh munkára volt ingerelhető, még akkor is állíthatjuk, hogy az az idő, a melyen belül a terhes méh glycerines ballon hatására munkába hozható, rendkívül rövid.

Azokat a hatásokat, melyeket a ballon a behelyezéstől a megszületésig a méhszáj tágasságára gyakorolt, a következőkben adhatjuk:

A mint a méh ingerlékenysége tekintetében rendkívül nagy az individualitas befolyása, ugyanez állapítható meg a ballonnak a méhszájra gyakorolt hatása tekintetében is. A korai terhességeknél, a mint ezt a vetélések tárgyalásakor már jeleztük, a ballonhatás mindenkor elegendő volt arra, hogy a vetélések activ befejezésére a méhszájat alkalmassá tegye. Hogy az activ therapiát, a manualis vagy a curette-tel való befejezést egynéhány olyan esetben, melyben a ballon kiesését a méhtartalom kiürülése csakhamar nem követte, nem használtuk, annak okait már részleteztük. Előrehaladottabb terhességeknél, hacsak valami technikai hiba, mint a ballon megrepedése vagy idő előtt való kicsúszása közbe nem játszott, a méhszáj minden esetben legalább 2 ujjnyira tágult. Ez pedig igen fontos, ha tekintetbe vesszük, hogy szükség esetén 2 ujjnyi méhszáj mindig elegendő tág arra, hogy *Braxton-Hicks* szerint fordítsunk, ha a szülés gyors ellátása kívánatos (például placenta praevia, fenyegető vagy már meglévő eklampsia esetén stb.). Sok esetben a ballon kiesése után a méhszáj 3—4 ujjnyi is volt, sőt kétszer tűnőfélben találtuk a méhszájat. Az idő, a meddig a ballon a méhben pihent, rendkívül változó. A leghosszabb időt 47 óra 35 perczben jegyezhetjük fel, a legrövidebbet pedig 2 óra 33 perczben. Eseteink legtöbbszörében ez az idő átlag 5—8 óra között váltakozott.

Munkánk teljessége kedvéért még néhány adatot közlünk arról, hogy ballonjainkat eredetileg mennyi glycerinnel töltöttük meg, mennyire duzzadtak meg, míg hatásukat kifejtették, vagyis hogy mennyi volt a telődési többlet és néhány esetben (grammokban kifejezve) mennyi volt a kidiffundált glycerin mennyisége. Sajnos, ez utóbbi adatokat csak 3 esetben tudjuk számszerűleg pontosan kimutatni azért, mivel a háború okozta munkatorlódás valamennyi eset pontos chemiai analysisében megakadályozott. Az, hogy ballonjainkat mennyi glycerinnel töltjük, a szerint alakul, hogy mekkora ballont használunk. A kereskedésben 3 nagyságú ballon van forgalomban. És pedig kicsiny, közép és nagy jelzésű. A kicsiny ballon korai terhességek megindítására való, irtartalma 100—120 cm³-nél nem igen több. A közép-nagyságú ballon irtartalma 200—250 cm³ és úgy koraszülések mint kihordott terhességek kezelésére egyformán alkalmas. A nagy jelzésű ballon akár 500—600 cm³ folyadékot is magába fogad és különösen hibás helyen tapadó lepények kezelésére alkalmas. A legkisebb glycerinmennyiség, a mit ballonjaink töltésére felhasználtunk, 39 cm³, a legnagyobb 500 cm³ volt. Átlagban a töltés 100—200 cm³ között váltakozott. Ugy a telődési többlet, valamint a kidiffundált glycerin mennyisége rendkívül változó. Ugy látszik függ 1. attól az időtartamtól, a meddig a ballon a méhben pihen és 2. a ballon falának vastagságától és permeabilitásától. A telődési többlet minimuma 10 cm³-t, maximuma 300 cm³-t tett ki. Átlagban a telődési többlet 50—100 cm³ között váltakozott. A kidiffundált glycerin mennyisége a chemiailag analizált esetekben egyszer 16.3 gr.-ot, egyszer 35 gr.-ot, sőt egyszer 78 gr.-ot tett ki.

Ha tekintetbe vesszük a telődési többlet számadatait, arra a következtetésre kell jutnunk, hogy a kidiffundált glycerin mennyisége nem egyszer igen tekintélyes lehetett. Leg-

kisebb mérgeztüntetet ezen tekintélyes glycerinmennyiségek ellenére sem láttunk egyetlen egy esetünkben sem. Pedig sok súlyos nephriticát kezeltünk glycerines ballonnal és sok többé-kevésbé kivérzett, csökkent ellenállóképességű placenta praevias szülőnt. Olyan esetünk is volt több, a melyben a ballon a méh üregében, tehát intrauterine megrepedt és így egyszerre nagy mennyiségű glycerin öntötte el a méh üregét. Mérgezést vagy annak csak legkisebb jelét is, ismétlem, egyetlen egy esetünkben sem láttunk. A glycerin mérgező hatásáról a vélemények egyébként rendkívül ellentmondók. A szerzők egy része a szülészetben fájáskeltés céljából alkalmazott glycerint teljesen ártalmatlannak mondja. Más szerzők viszont óva intenek használatától. A glycerinellenesek legexponáltabb képviselője *Pfannenstiel*, a ki intrauterin befecskendezések után kellemetlen mérgezéseket látott. A glycerinmérgezés nagyjából hasonlít a savmérgezésekhez. Tünetei: collapsus, vér megjelenése a vizeletben, methaemoglobin, infarctus a vesében. A *Baum*-ballonról 4 eset kapcsán megelőzőleg közreadott munkánkban részletesebben kiterjeszkedtünk a glycerinmérgezés kérdésére. Az ott közöltekre hivatkozva, felidézük akkori véleményünket, a mely szerint a glycerin mérgező hatásának kérdésében az ellentmondó tapasztalásokat két körülmény okozhatja. Az egyik az, hogy a forgalomba kerülő glycerin nem mindig vegytiszta, savat, esetleg lúgot tartalmazhat, tehát nem közömbös vegyhatású, a mint azt a pharmacopoea előírja, a másik ok az esetleges hibás technikában található meg. Hibás technikával nagyobb mennyiségű glycerint a méhüregbe fecskendezve, az a petevezetőkön keresztül a hasüregbe juthat és collapsusszerű állapotokat okozhat. Ez az utóbbi eshetőség semmiképpen sem írható a glycerin rovására, hiszen teljesen közömbös folyadék is ilyen hibás eljárással bajt okozhat, a mint erre *Baum* is joggal hivatkozik. A mi az első esetet illeti, hangsúlyozzuk, hogy vegytiszta glycerintől egyetlen egy esetünkben sem láttuk a legkisebb mérgezésre valló tünetet sem. Ugyancsak nem látott mérgezést *Pelzer* sem, a ki pedig sok esetben alkalmazta a glycerint. *Baum* idáig irodalmilag közölt eseteinek száma megközelíti a 300-at, anélkül, hogy egy mérgezést is észlelt volna, pedig, mint említ, többször megtörtént, hogy a ballon intrauterine megrepedve, nagyobb mennyiségű glycerin öntötte el hirtelen a méh üregét. Ez a complicatio velünk is többször megtörtént a mérgezés legkisebb következménye nélkül. Tapasztalásaink a glycerin intrauterin alkalmazásától félők megnyugtatóására különben azt mutatják, hogy az így a méh üregét előntő glycerin legnagyobb része a nyakcsatornán keresztül kicsorog. Még ha nem is reped meg a ballon, akkor is állandóan nedves a ballonozott szülőnt, olyan, mintha a burok megrepedt volna és a magzatvíz állandóan szívárogná. Csak a ballon kiesése után megejtett vizsgálat alkalmával vehetjük észre, hogy a burok ép, sértetlen maradt a ballon felvezetésekor. Ez a tapasztalás is amellet szól, hogy a kidiffundáló glycerin nem marad a méh üregében, hanem a nyakcsatornán keresztül állandóan kicsorog. Erre a tüneményre már *Baum* is felhívta a figyelmet. A magunk részéről ezt mindenben megerősíthetjük. Tulajdonképpen tehát sok glycerin helyes technika mellett felszívódásra nem is igen juthat. Ha még ismételtelen közlöm *Dujardin-Beaumont* és *Audige* azon adatait, a melyek szerint kísérleti alapon megvizsgálva a glycerinmérgezés kérdését, azt találták, hogy állatokba subcutan adva glycerint, a halálos dosis 8.5—9.0 gr. kilogrammonként, akkor a vegytiszta glycerin helyes technikával való alkalmazásakor nincsen mitől félnünk.

Végezetül a *Baum*-ballon alkalmazásának a technikáját óhajtjuk közölni. Magától értetődik, hogy ballon csak olyan esetben alkalmazható, a hol annak felvezetését az elől fekvő résznek nagyfokú mozgékonyasága megengedi. A hol az elől fekvő rész, fej, far vagy váll, a bemenetre ráigazodik, ott ballont alkalmazni tilos. A felvezetés technikája egyszerű. A megfelelően praeparált, alkoholban tartott, a kereskedésből teljesen használatra kész állapotban kapott ballont kiválasztva, a hozzá való fémcsőre reaktívjuk és fecskendővel

ürtartalmát kipróbáljuk. A ballont most kiürítve a fémcsőbe vezetjük a felvezető pálczikát, a melynek rugalmas vége a ballon belsejébe ér és a ballont így hosszában kifeszíti. Az így felszerelt ballon a felvezetésre teljesen kész. A felvezetés



1. ábra.



2. ábra.

tükrök között történik, golyófogóba rögzítve a portiót, a melyet megelőzőleg jodtincturával szoktunk desinficiálni. A felvezetésre kész ballon annyira vékony köteget alkot, hogy a méhszájat, illetve a nyakcsatornát előzetesen Hegar szerint tágítani csak igen ritkán szükséges. A felvezetéskor az a

fontos, hogy az egész ballon a méhüregbe kerüljön. (I. ábra.) Ez azért szükséges, mert különben a nem teljesen töltött ballon homokóra módjára idő előtt megszületik. (II. ábra.) (A hibásan bevezetett ballont a III. ábra illusztrálja.) A ballont sohasem szabad glycerinnel egészen megtöltenünk, mert ha megindul az osmosis-folyamat, a ballon feltétlenül megreped. Mi a magunk részéről arra jöttünk rá, hogy legjobb a ballont csak ürtartalmának feléig glycerinnel megtölteni, de magasra fel, teljesen a méh üregébe helyezni. Az így elhelyezett ballonnal kapjuk a hatás optimumát. A felvezetéskor kettőre kell ügyelnünk. Először arra, hogy a ballon egészen a méh üregébe toljuk fel, másodszer arra, hogy a felvezetés alkalmával burkot ne repesszünk. Ha a felvezetést



3. ábra.

gyengéden eszközöljük, úgy ez a szükségtelen complicatio mindig elkerülhető. A mikor a ballon kellő magasan fent van, egyszerűen visszahúzzuk a felvezető pálczikát és a nyélen keresztül a ballont a már kipróbált folyadékmennyiség felével megtöltjük, majd a nyél csapját zárjuk. Hogy a ballon nyele a hüvelyben ide-oda ne fityegjen, vioformgaze-csikkel a nyelet lazán körül tamponálhatjuk.

Összefoglalva a 38 eset kapcsán nyert tapasztalásainkat, elmondhatjuk, hogy *Baumm* glycerines ballonjában egy rendkívül hálás és szép, főként biztos eljárást tanultunk megismerni, olyan eljárást, a mely az idáig használatos összes ballonfajtákat feleslegessé teszi, azokat hatásában messze felülmúlja és a felvezetés technikáját azokhoz képest végtelenül egyszerűsíti. A ballon hatása úgy látszik mindenkor biztos. A ballonnal megindított szüléseink időtartam tekintetében mindenkor megközelítették a természetes úton megindult szülés időtartamát. Ez főként a mesterséges koraszülések kivételében óriási nyereség, a mely szüléseknél, hogy mesterünk, *Késmárszky* szavait idézzem, „az infectio lehetőségét fokozza az a körülmény, hogy a szülés igen gyakran renyhén folyik le és napokig elhúzódik“. A mi tapasztalásaink szerint úgy a mesterséges koraszülések, mint az időre való szülések megindításának technikai része *Baumm* eljárásával teljesen meg van oldva. De biztos az eljárás placenta praevias szülések ballonkezelésre alkalmas eseteiben is. Ha az elmondottakhoz még hozzáfűzzük azt, hogy a vegytiszta glycerinnel töltött *Baumm*-ballon alkalmazása a mér-

gezés szempontjából teljesen veszélytelen, a sterilitás szempontjából teljesen kifogástalan eljárás, akkor hasznos szolgálatot vélünk teljesíteni, a midőn használatát minden szakembernek ismételtelen legmelegebben ajánljuk.

A szerző utólagos megjegyzése: Jelen dolgozat egy év előtt rövidebb terjedelemben előadás alakjában hangzott el az Orvosegyesület gynaekológiai szakosztályának tudományos ülésén. Sajnos, az egymást gyorsan követő forradalmi események által kiváltott materialis és culturalis nehézségek a nyomtatásban való megjelenést lehetetlenné tették. Így a kézirat kerek egy évig pihent az O. H. szerkesztőségének az íróasztalán, míg végre megjelenhetik. Nyomdatechnikai nehézségek miatt az áttekintést lényegesen megkönnyítő táblázatokat még így is kellett hagynunk.

Az elmúlt egy év alatt a budapesti bábaképzőben ismét néhány olyan Baum-balonnal kezelt szülést volt alkalmunk észlelni, melyek az eljárásról táplált jó véleményünket mindinkább megerősítették. Az utóbbi év kísérletei annyiból is érdekesek, mert a készen kapott ballonok helyett nagyrészt teljesen házilag praeparált birka-hólyagokat használtunk. Ugyanis a külföldi gyógyszer- és műszer-importja teljesen megszűnve, nem állt többé módunkban kifogyóban levő, gyárilag praeparált ballon-készletünket felfrissíteni. Megszokott kedvencz műteteinket nélkülözni nem akarván, saját erőnkől kellett hozzálátnunk a vágóhídról frissen szerzett birka-hólyagoknak házilag való praeparálásához. A részletesen közölt 38 esethez az újabbakat hozzászámítva, már körülbelül 50 állati hólyaggal kezelt szülési esetünk van. Az utóbbi esetek nagyrészt szűkmedence indiciójából végzett mesterséges koraszülések és idős primiparáknak a terhesség kiszámított végén túlhordás megelőzésére prophylaxisból megindított szülési esetei. Az újabbban elért eredmények minden tekintetben épp annyira kifogástalanok, mint a megelőzők, úgy hogy régebbi megállapításainkon és állításainkon az újabb esetek kapcsán sem kellett változtatnunk. A házilag praeparált ballonjainkat részint száraz, részint nedves eljárással sterilizáltuk. Itt be kell vallanunk, hogy korántsem tudtunk annyira tökéletes ballonokat előállítani, mint a milyenek a külkereskedelemben forgalomban levő készítmények. Házilag praeparált ballonjaink egy része ugyanis az erős desinficiáló eljárások következtében törékennyé vált és nem egyszer két-három példányt is el kellett dobnunk, míg végre használatra alkalmasra akadunk. Bár a használatra alkalmas, házilag praeparált hólyagokkal az eredményeink épp oly jók voltak, mint a kereskedelemből származottakkal, mégsem merjük a házilag való praeparálás általunk fözött módjait közismertté tenni mindaddig, míg a teljesen biztos és megbízható eljárásra gyakorlatilag reá nem jövünk. Am reméljük, hogy a Baum-balloonok házi praeparálására nem soká lesz szükség; a nemzetközi kereskedelem helyreállításával hisszük, hogy bevált ballonjainkat újból csakhamar viszontlátjuk.

Közlemény a budapesti egyetem I. számú női klinikájáról. (Igazgató: Bársony János dr., egyet. ny. r. tanár.)

A medenczedülés mint praedispositiót teremtő tényező a méhretrodeviációk kifejlődésében.

Írta: Kubányi Endre dr.

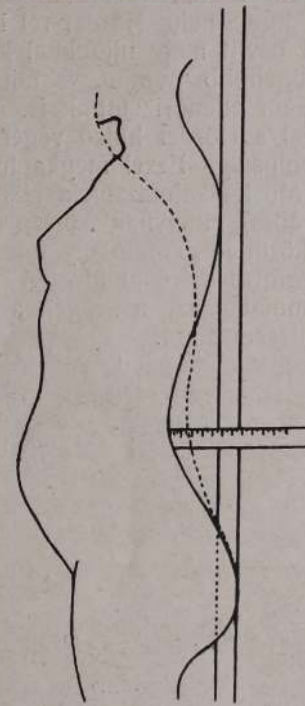
A méhretrodeviációk létrejöttének anamnesisében okként leggyakrabban a gyermekágyi subinvolutio, a roszszul kezelt gyermekágy, a felszálló kánkó vagy a gyermekágyi fertőzés után visszamaradt odanövések, a súlyos betegségek alatti gyors lesoványodás, a méh hiányos fejlődése s az e mellett gyakori onania szerepel. Mindezen kórok oly módon vonhatnak maguk után retroflexio-versio uterit, hogy a méh függesztő és támasztó készüléke az ellazulás folytán egyensúlyát veszti. A felsorolt kórokokon kívül azonban a nők bizonyos százaléka hajlammal is bír a retrodeviációra. A méhretrodeviatio és a medenczedülés közötti összefüggés éppen ez utóbbi okból lehet vizsgálat tárgya, a mikor is kutatni kívánjuk, hogy a medenczedülésnek a normalistól eltérő foka mennyiben rejt magában praedispositiót a retrodeviatio keletkezésére.

Medenczedülésnek nevezzük azt a szöveget, a melyet a conj. vera és a vízszintes alkot. E szög nagyságát a medenczét alkotó csontok közül legnagyobbbrészt a keresztcsont dőlése szabja meg. A rendesnél kisebb a medenczedülés, ha a keresztcsont alapja kevésbé került le, előre, kevésbé közelít a symphysishez; nagyobb, ha a keresztcsont alapja inkább le, előre tekint, közelít a symphysishez.

Rendes medenczedülés mellett az intraabdominalis nyomás eredői a promontorium előtt futnak és a symphysis hátlapjába ütköznek, úgy hogy ezeknek csak kisebb komponensei hatnak a méhre; kisebb medenczedülés mellett az intraabdominalis nyomás eredői a symphysis mögé esnek, a mi

által a nyomás legnagyobb része nem a symphysis hátlapjára, hanem hátrább, az excavatio vesicouterinára irányul. Ennélfogva kisebb medenczedülés esetén az intraabdominalis nyomásnak a méhre való hatása sokkal nagyobb mértékben érvényesül.

A. Sturmdorf (Newyork) a medenczedülés kisebb fokának lényeges befolyást tulajdonít a retrodeviációk keletkezésére, szerinte a veleszületett retroflexio-versio uteri direct következménye a medence kisebb fokú dőlésének. A. Sturmdorf a medenczedülést külső méréssel határozza meg, akként, hogy álló helyzetben vonalzót helyez a gerincoszlop két legkiemelkedőbb pontjára, a mi által a VI. nyakcsigolya és a keresztcsont legkiállóbb részét összekötő egyenest nyer. Az utolsó ágyékcsgigolya, illetve a keresztcsont alapja magasságában, ott, a hol a gerincoszlop íve leginkább eltávolodik az egyenestől, leméri a távolságot (1. ábra). Sturmdorf méré-

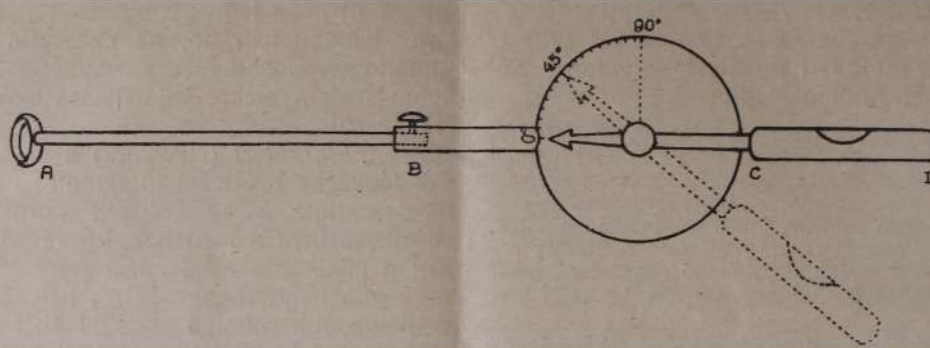


1. ábra.

sei alapján indexet határozott meg, a melyet 2,5 centimeternek talált. Szerinte mindazon nők, a kiken kényelmes álló helyzetben végzett méréskor a gerincoszlopra helyezett vonalzónál és a derék legbeszögellőbb pontja közötti távolság 2,5 centimeternél kisebb, a normalisnál kisebb medenczedülésűek és ez esetben a retrodeviatio a kisebb medenczedülés következménye.

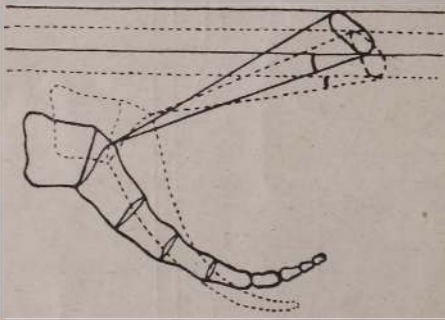
A medenczedülésnek Sturmdorf ajánlotta külső mérése labilis eredményeket ad, a minek főoka, hogy ő álló helyzetben végzi a mérést, ez pedig annyira nem fix helyzet, hogy centimeteres ingadozások jönnek létre, a szerint, a mint a nő kényelmes, avagy katonás állásba helyezkedik. E labilis eredményeket adó külső méréssel szemben a belső mérés céljára egyszerű eszközt készítettem, melylyel könnyű módon juthatni pontos adathoz. Ez eszköz egy szögmérő, melynek segítségével megkapom azt a szöveget, a melyet a conj. diagonalis a vízszintessel alkot; ezt nevezem *diagonalis szögnek*. A diagonalis szöveget alkotja a conj. diagonalis (a promontorium legbeszögellőbb és a symphysis alsó polusa között húzott vonal) és a vízszintes. A medenczedülés pedig az a szög, a melyet a conj. vera (a promontorium legbeszögellőbb pontja és a symphysis belső legkiállóbb pontja, körülbelül a közepe között húzott vonal) alkot a vízszintessel. A diagonalis szög és a medenczedülés szöge csak igen kis mértékben tér el egymástól. Ez a kis eltérés itt, minthogy csak az összehasonlítás célját szolgálja, elhanyagolható.

A mérés végzése: A vizsgáló asztal háttámasztóját le-bocsájtjuk, úgy hogy az asszony egészen vízszintes asztalra



2. ábra.

helyezkedik. Az asztal vízszintes helyzetét libellával ellenőrizzük. A szemérem szabályos széttárásával a műszerből sterilizációs céljából kiszedhető Hörder-rel behatolunk a hüvelybe. A Hörderrel bevitt nagy ujjunkkal kitapintjuk a promontorium legbeszögellőbb pontját, a mit külső kezünkkel a hason át legtöbbször ellenőrizhetünk is. A mikor ez megvan, külső kezünkkel a Hörder külső végét feltoljuk egészen a symphysis alsó polusáig. Ezzel megkaptuk a pontos conjugata diagonalist. Most alkalmazzuk a Hörderre a diagonális szögmérőt (2. ábra), melynek körlapja fok-beosztású s a közepén tengely körül forgatható oly mutató van, melynek hosszabb szára vízszintes mérővel bír. A mutató rövidebb szára számokban mutatja azt a szöveget, a melyet a conjug. diagonalis a vízszintessel alkot.



3. ábra.

A rendesenél *kisebb* (3. ábra) medenczedőlésről a diagonális szög nagyobb volta tesz bizonyosságot. Az intraabdominalis nyomás eredőjének iránya a symphysis hátlapja mögé, a normalisnál hátrább kerül, a nyomás nagyobb súlylyal nehezedik a méhre, illetőleg annak függesztő apparatusára, a minek következtében a méh normalis helyzetéből hátra tér s így létrejön a retroflexio-versio uteri.

A rendesenél *nagyobb* medenczedőlés esetén a diagonális szög kisebb, az intraabdominalis nyomás eredőjének iránya a symphysis hátlapjába ütközik, a nyomás fősúlyja is ide nehezedik, a méh függesztő apparatusa meg van kímélve a túlsúlytól.

A diagonális szög mérésének célja az összehasonlítás. Az e végből végzett mérésekkor összehasonlítás tárgya a normalis nagyságú és *helyzetű* méhvel bíró nő diagonális szöge és a normalis nagyságú *retrodeviált* (nem szült, nem vetélt) nő diagonális szöge. (Csakis a nem szült, nem vetélt, retrodeviációval bíró egyének adatai jöhetnek ebből a szempontból tekintetbe, mert ez esetekben tehető fel egyedül, hogy a retrodeviatio nem a szülés avagy vetélés utáni szövődmény következménye.)

Eddigi méréseim alapján kimutathatóvá vált, hogy teljesen egyenlő mérési eljárás mellett a diagonális szög igen kis eltérést mutat akkor, a mikor normalis helyzetű és nagyságú méhvel bíró nők diagonális szögét hasonlítjuk össze egymással, és eltérő számokat kapunk, a midőn normalis nagyságú és helyzetű méheket hasonlítunk össze normalis nagyságú, retrodeviált helyzetű méhekkel. Eddigi méréseim

alapján a normalis nagyságú és helyzetű méheknél a diagonális szög 35° körül van, a normalis nagyságú retrodeviált méhnek (nem szült, nem vetélt) pedig 42° körül, vagy ennél is több. Feltehető tehát, hogy a medenczedőlés kisebb foka folytán az intraabdominalis nyomás oly irányban érvényesül, hogy a méh függesztő és támasztó készülékének egyensúlya felbomlik, kiváltképpen akkor, a mikor más körülmény, az említett körök valamelyike is befolyással bír. A praedispositiót a kisebbfokú medenczedőlés rejtheti magában, a retrodeviatiót végeredményben a kór-ok idézi elő. Megállapítást nyert, hogy a medenczedőlés azonos mérési eljárás mellett más és más nőknél különböző fokú. Lehet a normalistól annyira eltérő (kisebb), hogy egymagában is elegendő, hogy kórokként szerepeljen, s a nélkül, hogy a nő szült vagy más különösebb kór-ok befolyásolta volna — telt bél, telt hólyag egymásra hatása —, elegendő, hogy deviatio jöjjön létre. Lehet az eltérés kisebb, s ez a gyakoribb, a mikor a kisebbfokú medenczedőlés csak a praedispositiót rejti magában.

A medenczedőlés kisebb vagy nagyobb voltának megmérése gyakorlati szempontból annyiban bírhat fontossággal, hogy oly retrodeviatio eseteiben, melyek nagyobb diagonális szöggel bíró, tehát kisebb medenczedőlésű egyének okoznak panaszokat, a gyűrű-therápia nem vezethet eredményre, tudniillik a míg a gyűrű benn van, a méhet a helyén tartja, a mint azonban el lesz távolítva, a méh megint visszatér a hibás tartásába. Oly retrodeviatio eseteiben viszont, a melyek kisebb diagonális szögű, tehát nagyobb medenczedőléssel bíró egyének okoznak panaszokat, a gyűrű-therápia is célra vezethet, mert az intraabdominalis nyomás eredőjének iránya a symphysisbe ütközvén, ez a nyomás a gyűrű kivétele után a visszashoktatott méhnek is a hátulsó falára fejti ki inkább a hatását és nem az excavatióra, vagyis a méh elülső lapjára.

A diagonális szögmérő útján tehát eldönthető volna az a kérdés, hogy mely panaszokat okozó retrodeviatio igazítható ki gyűrűvel s mely esetben kívánatos a műtét. A pontos válasz adásában most megakadályoz az, hogy a mérésekkel párhuzamosan alkalmazott gyűrű-therápia eredményeiről a statisztika gyűjtése — gyűrűhiány miatt — ma kivihetetlen.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Jörger: *Psychiatrische Familiengeschichten*. Berlin, J. Springer, 1919. 116 lap, 8^o.

Jörger ebben a munkában a két graubündeni kóborló Zero- és Markus-család történetét ismerteti. Példás buzgalommal gyűjtötte össze 1886 óta 1919-ig, tehát több mint három évtizedig az adatokat ehhez a könyvhöz, a mely *valóságos unikum a családi kutatás történetében*. El nem képzelhető, hogy a könnyelműség, szegénység, alkoholizmus, morális és ethikai gyengeelméjűség mit művelt ebben a két családban. A Zero-család kikutatása az 1551. évvel veszi kezdetét kitünő emberekkel, a kik az „Ammann“ tisztségét

viselték falujukban és hegyi völgyeikben. A tragoedia, az elfordulás a józan svájci paraszttypustól, idegen kóborló asszonyokkal való házassággal kezdődik. A józan atyai német törzs jó tulajdonságai elmerültek az üstfoltozó olasz asszonyok döntő befolyása alatt és a község, a hova ez a züllött fajta tartozott, 1885—1895-ig 13.600 frankot fizetett ki „polgárai” támogatására, a kik közül 1877-től 1881-ig három testvér 147 lopást követett el. A Markus-családot Ausztria ajándékozta Svájcznak (a 18. században). A mai ágak őse 1807-ben született és 1915-ben 371 utóda verekedett, lopott, ivott a kis ország minden kantonjában és az illetékes falu szegényházat volt kénytelen építeni, a mely 10 év alatt 53 Markus-ivadékot gondozott falai közt.

A churí kiváló elmeorvos könyve kincsesbánya a szakembernek, talpraesett stílusával élvezetes, tanulságos olvasmány minden orvosnak és nem nélkülözhető forrásmunka a kriminalistának épp úgy, mint a fajnemesítésre törekvő kutatóknak.

Kollarits Jenő dr.

Új könyvek.

G. Knauer: Winke für den ärztlichen Weg aus zwanzigjähriger Erfahrung. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 4.80 m. — L. Koeppe: Die Diathermie und Lichtbehandlung des Auges. Leipzig, F. C. W. Vogel. 16 m. — F. Schieck: Grundriss der Augenheilkunde. Berlin, J. Springer. 9 m. — O. Bumke: Die Diagnose der Geisteskrankheiten. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 34 m. — A. Pappenheim und H. Hirschfeld: Morphologische Hämatologie. Band I. Leipzig, W. Klinkhardt. 36 m. — A. Niemann: Kompendium der Kinderheilkunde, mit besonderer Berücksichtigung der Säuglingskrankheiten. Berlin, S. Karger. 17 m.

Lapszemle.

Belorvostan.

A lép szerepéről az anaemia perniciosa kórszármaszásában ír Hirschfeld a berlini Moabit-kórházban észlelt 15 eset alapján, a melyekben splenectomiát végeztek. Az esetek közül 4 még a műtét napján, illetőleg 2—5 nappal utána halt meg; 4 beteg 5 hónapon belül pusztult el; a többi beteg két évnél hosszabb ideig maradt életben, közülük egy 5 $\frac{1}{2}$ évvel a műtét után még élt. Valamennyi nagyon súlyos eset volt. Gyógyulás egy esetben sem következett be, a vér megtartotta az anaemia perniciosára jellemző viselkedését. A lép működés rendellenessége tehát nem lehet az oka a szóban levő betegségnek; a lépkiirtásnak sok esetben mutatkozó kedvező hatása a csontvelőre gyakorolt izgató hatásában keresendő. (Zeitschrift f. klin. Medizin, 87. kötet, 3. és 4. füzet.)

A külső melegalkalmazás befolyását a gyomorműködésre tanulmányozta Lüdin. Vizsgálódásainak eredménye a következőkben foglalható össze: A gyomornedv összetételét a külső melegalkalmazás semmiképpen sem befolyásolja. Normalis gyomormotilitással bíró egyének gyomrának kiürülését a külső meleg gyorsítja. Organikus pylorusstenosisban szenvedők gyomrának kiürülése, dacára a fokozott peristalticának, nem következik be gyorsabban, ellenben pylorus-spasmus eseteiben a gyomor kiürülése tetemesen gyorsabban áll be külső melegalkalmazásra. (Korrespondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1919, 29. szám.)

Bőrbajok.

A német lupus-bizottság ülésezett legutóbb Berlinben. Az ülésen elsősorban Helm számolt be a bizottság 10 éves működéséről. Az első 10 esztendő folyamán összesen 2026 lupusos beteget kezeltek a lupus-bizottság támogatásával. A bizottság a felmerülő költségekhez 77.393 márkával járult. A 10 év alatt a teljesen felszerelt lupusgyógyintézetek száma 30-ról 48-ra emelkedett. A gyógyítóeredmény a beszámoló szerint igen jó volt, sok beteg teljesen meggyógyult. A bizottság működése a lupus tanának tudományos kiépítésére is irányult. Koch Róbert régebbi tanácsát követve, a bizottság tagjai lupusos anyagot küldtek be az „Institut für Infektionskrankheiten” című intézetbe annak a megállapítása céljából, hogy a gümöbacillusnak a human, avagy a bovin törzse fordul-e elő inkább a lupusban. Az eddigi adatok sze-

rint 10 eset közül 7-ben human, 2-ben bovin s 1 esetben mindkét bacillus-faj találtatott.

Ezután Jadassohn (Breslau) referált a bőr- és nyálkahártyalupus fertőzőképességének és a betegek elhelyezésének kérdéséről. Szerinte a lupusbetegeket nem kell okvetlenül kórházakba vagy lupus-otthonokba helyezni, mert más elhelyezésük alig rejt magában másokra nézve veszedelmet. Jadassohn lupusos betegeit nem a klinikán, hanem más erre a célra kijelölt házakban tartja s onnan járnak kezelésre. A fertőzés veszedelmére vonatkozó kórkérdésére 75 szakorvos válaszolt, a kik közül úgyszólván egyetlen egy sem tartja a lupusos betegeket másokra veszedelmesnek. Természetes azonban, hogy a fekélyes bőrfelületeket gondosan be kell kötni. Tüdőcomplicatio eseteiben magától értetődően különös figyelemmel kell lenni.

W. Rost (Freiburg) a lupusnak általános fényfürdővel és kombinált fénykezeléssel való gyógyításáról referál. A kombinált sugaras kezelésnek híve. A kékfényen kívül a Röntgen-kezelést is alkalmazza, utóbbinak különösen a mély hatása fontos. Fontos a fény- és sugaras kezelésben, hogy a lupusos beteg egyidejűleg bőven és zsírosan táplálkozzék. W. Schindler (Hanau) a lupus photo-chemo- és specifikus terapiájának haladásáról és problémájáról értekezik. Törekvése odairányult, hogy fémmoldatok használatával a fény- és sugaras hatás fokozódjék. Fontos hatása van az ezüst-salvarsannak. Ez gyakran már magában is erős reactiv hyperaemiát létesít a lupusos góczok táján. De ez nem elegendő, hanem szükséges még a sugarazás is. Zumbusch (München) e kérdés tárgyalása folyamán a zsírnak a lupusra való jó hatását emeli ki. Ezen alapszik az a tapasztalás, hogy a csukamájolaj lokálisan alkalmazva gyógyítóan hat. Hoffmann (Bonn) a kikaparás után alkalmazott Paquelin jó hatására hívja fel a figyelmet. Felveti a kérdést, nem jobbe a quarzlámpánál a szénívfény. (Lupus-Ausschuss des Deutschen Zentral-Komitees zur Bekämpfung der Tuberkulose, Berlin, 16. Okt. 1919; Deutsche mediz. Wochenschrift, 1919, 46. sz.)

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Enuresis nocturna ellen Sieben a vízbevitel korlátozását ajánlja. 24 óránként legfeljebb 600—800 gramm folyadék bevitelét engedi meg és ezt a mennyiséget is a reggeltől délután 4 óráig terjedő időben fogyasztatja el; délután 4 órától kezdve semmiféle folyadékot sem szabad használnia a betegnek. Ezenkívül tekintettel van arra is, hogy az étkezések idején fölvett folyadék felszívódása lassú és ezért a kiürítése is későn következik be. Sémája ezek figyelembevételével a következő: reggel 200 cm³ folyadék; egy órával a déli étkezés előtt 200—350 cm³; délután 3 és 4 óra között 200—250 cm³. Emellett még bromot és valerianát is használtat. (Medizinische Klinik, 1919, 28. szám.)

A Bergel-féle fibrin erős vérzéscsillapító hatását észlelték Bier tanár klinikáján egy esetben, melyben az in-hüvelygyulladás miatt végzett metszett sebből ismételt nagyfokú vérzés indult meg; a beteg nyilván haemophiliás volt. Egy ampullányi fibrinnek (0.3 gramm) a sebre hintése és odaszorítása után csakhamar megszűnt a vérzés. (Berliner klin. Wochenschrift, 1919, 30. szám.)

Oxyuriasis ellen Schilling a következő kúrát ajánlja:

1. nap: reggel és délután hashajtó (calomel, jalapa ana 0.25);
2. nap: a reggeli után 2 órás időközökben 2—3 santonin-vagy naphthalin-por (0.1), délután beöntés vagy ricinusolaj;
3. nap: ugyanaz; 4. és 5. nap: reggel és délután bélöblítés és befejezésül teljes fürdő. Az egész idő alatt pépes diaeta. Eredménytelenség esetén a jelzett ötnapos kúra 1—2 hét múlva megismétlendő. (Therapie der Gegenwart, 1919, 5. füzet.)

A multanin (aluminium subannicum) Waetzoldt tapasztalata szerint egyenrangú a többi használatos tannin-készítménnyel. Naponként 3—10 darab $\frac{1}{2}$ grammos tabletta veendő be. (Therapie der Gegenwart, 1919, 5. füzet.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1919, 37. szám. Nagy Tivadar: A choralis sejtek invasiójáról. Oláh Andor: Adatok az influenza-járvánnyal kapcsolatos elmezavarok aetiológiájához és casuistikájához.

Vegyes hírek.

Tisztelettel kérjük az előfizetés sürgős megújítását. Tekintettel a papirhiányra és az előállítás költségeinek magas voltára, fölös számú példányokat nem nyomathatunk s azért azoknak, a kiknek lapunk küldését az előfizetés díjának két héten belül be nem érkezése miatt kénytelenek leszünk beszüntetni, az elmaradt számokat utólagosan nem küldhetjük meg. Az előfizetés díja 1920 január 1.-étől egész évre 120 korona, negyedévre 30 korona.

Kisebb hírek az orvostudomány köréből. Zangemeister lapos medence esetét közli, melyben a symphysis-cristának a terhesség alatt levésével sima szülést tudott biztosítani. (Zentralblatt f. Gynäkologie, 1919, 45. sz.) — A hypnotikus előadások eltávolításának szükségességéről írt nagyon megízlelendő cikket E. Schultze a „Berliner klin. Wochenschrift“ ez évi 47. számában. — Pleuritis exsudativa tuberculosa esetiben Stuhl nagyon jó eredménnyel használja a tuberculint nagyon kis adagokban. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1919, 49. szám.) — Enuresis nocturna 125 esete közül 72-ben spina bifida occulta volt röntgenologice kimutatható. W. Hoffmann szerint a Röntgen-kép néha az egyedüli segédeszköz, a melylyel a spina bifida occulta felismerhető. (Fortschr. d. Röntgenstr., 26. kötet, 4. és 5. füzet.)

A 32. német belgyógyászati congressust 1920 tavaszán tartják; a congressus helye és időpontja még nincs véglegesen meghatározva; főtárgya lesz a fertőző betegségek immuno- és chemotherapiája. Előadások bejelentendők Weintraud tanárnál Wiesbadenben.

A drezdai állami nőbeteg-klinika december 1.-én ünnepelte százéves fennállását.

Meghalt. Johan Béla dr., Baranya vármegye tiszti főorvosa, 66 éves korában Pécsen.

Orvosok

kik kérdőívünket nem kapták meg, méltóztassanak telefon vagy levelező-lap útján reklamálni.

Magyarország Orvosainak Évkönyve
Budapest, VII., Kertész-u. 16.
Telefon József 106-47.

Park-sanatorium VI., Aréna-ut 84.

Sebészeti, nőgyógyászati, urológiai gyógyintézet. Külön szülészeti osztály. Röntgen laboratórium (bejáró betegek részére is). Radium kezelés.

Fővárosi Fásor Sanatorium R.-T.

Igazgató főorvos: Dr. Nádasy István. Ügyvezető igazgató: Fészli József. Budapest, VII., Városligeti fásor 9. Telefon: József 15-26. Igazgató telefonja: József 26-21. Magán-gyógyintézet sebészeti, női és belgyógyászati betegek részére. Teljesen modern új szülészeti és sebészeti osztályal és kórtermekkel kibővítvé.

Szt. Gellért gyógyfürdő és szálló Budapest

A régi nagyhirű Sárosfürdő 47° C forrással Termális és fisikoterapiás gyógyintézet. Iszap-, szénsavas fürdők, vizgyógyintézet, pneumatikus kamra, inhalatorium, gépgyógyászat, villam- és fénykezelések stb. Diätas konyha. Belső bajokban szenvedők számára. Laboratórium. Röntgen. Vezető főorvos: Dr. Benczúr Gyula, egyet. magántanár. Gépgyógyászat: dr. Erdős Géza. Röntgen-laboratórium: dr. Simonyi Béla.

K vánatra prospektus.

Kívánatra prospektus.

PÁLYÁZATOK.

3168/1919 kig. sz.

Pest-Pilis-Solt-Kiskun vármegye nagykáta járásához tartozó Tápiógyörgye községben lemondás folytán megüresedett községi orvosi állásra pályázatot hirdetek.

Ezen állás javadalmazása: 1. Törzsfizetés évi 1600 korona; 2. lakbér évi 400 korona; 3. a látogatási, halottkémlelési és fuvardíjakra nézve az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. rendelkezései irányadók.

Megemlítem, hogy az állami gyermekmenhely tápiógyörgyei telepén a községi orvos kezelése alatt mintegy 300 gyermek van.

Felhívom a pályázókat, hogy az 1883. évi l. t.-cz. 9. §-a, továbbá az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában előírt minősítésüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket 1920 január hó 14. napjáig hozzám küldjék be.

A választást 1920 január hó 15.-én délután 2 órakor tartom meg Tápiógyörgye községében.

Nagykátá, 1919 december 17.

A főszolgabíró.

11.658/1919. szám.

Az alulírott központi igazgatóság alá tartozó diósgyőri állami vas- és acélgépgyár tartozékát képező perczesi kőszénbányatelepen lemondás folytán megüresedett második gyárorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen állással az állami vasgyárak tisztviselőire nézve érvényes, az államvasúti tisztviselőkével azonos VIII. fizetési osztály 1. fizetési fokozatának megfelelő évi 2900 korona kezdőfizetés, évi 200 korona fűtési átalány, természetbeni lakás, ezenkívül további kormányintézkedésig évi 2200 korona háborús segély és havi 400 korona drágasági segély élvezete van egybekötve. Az állás egy év tartamára ideiglenesen töltetik be. Egy év letelte után, megfelelő szolgálat esetén, a kinevezett orvos változatlan illetményekkel és fokozatos előléptetés kilátásával véglegesíttetik.

Felhívjuk azon egyetemes orvostudorokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy oklevelük hiteles másolatával, születési és egészségi bizonyítvánnyal, valamint eddigi működésüket igazoló okmányokkal kellelően felszerelt folyamodványukat, családi állapotuk megjelölésével, a diósgyőri állami vas- és acélgépgyár igazgatóságához (Diósgyőri vasgyár) 1920. évi január hó 15.-éig nyújtsák be. Az állásra, megfelelő lakás hiányában, csak nőtlen orvosok pályázhatnak. Elkésve érkezett, vagy kellelően nem okmányolt kérvények nem vétetnek figyelembe.

Budapest, 1919. évi december hó 10.-én.

Állami vasgyárak központi igazgatósága.

Máté Mihály orvosi műszerész

értesíti az összes kórházakat és orvos urakat, hogy külföldi bevásárló útjáról hazaérkezett és az összes műszereket, gummiárakat, betegápolási cikkeket

békeminőségben

azonnal szállíthatja.

Orvosi butorok, cystoscopok, vilamos készülékek, szülészeti műszerek, Heger Laminaria stb.

T. Orvos Urak figyelmébe!

Mindenféle idomra és orvosi készülékre készítünk villamos melegítő testeket. Melegítő készülékeket, vasalókat szolidan javítunk

Vértes és Tsa, elektromérnöki iroda VI., Vörösmarty-utca 53-59.

Telefon: 169-81.

Dr. Pécsi Dani és Dr. Pécsi István

oltóanyag termelő-intézete

a magyar állami serum termelő intézet szétküldő osztálya.

Himlőnyirok

Dyphtheriaserum

Budapest, II. ker., Margit-körut 45.

1920. január 1-től IV., Eskü-út 6. Klotild-palota. Új telefonszám 58-97.

„FAGIFOR“-sirup (Sirupus kreosoti comp.)

A legkiválóbb, jóízű kreosot-készítmény. Bronchitis, pneumonia, influenza, tüdőcsúcsurhut és tüdő-íbc. esetén naponta 3 kávékanállal.

Kreosot-calcium-m. n. thol-organ. vas tartalommal.

Gyártja: „CITO“ gyógyszer. vegyészeti gyár

Budapest.

Aarburg.

Ismeretével készséggel szolgál:

Szalai Béla gyógyszerész Budapest, VIII., Baross-utca 4. szám.

Kapható a gyógyszertárakban, vagy a főraktáron: Thallmayer és Seitz Budapest, V., Zrínyi-utca 3.



Gloma. Dr. Wander száraz-malátakivonat

FLUORIN KISS

Pastillánként 0.5 gr. Zincum Sulfuricum, Natr. Chloratum, Cuprum Sulfuricum és 1.5 gr. Alumen Crudumot tartalmaz.

Fiólákban 20—20 pastilla.

A fluor albus kezelésénél kényelmes és pontos adagolásánál fogva hiányt pótló készítmény.

Kapható minden gyógyszerárban.

Készíti: **KISS A. ANDOR GYÓGYSZERÉSZ**

Budapest, Fortuna-gyógyszertár

VII., Dob-utca 80. szám. — Telefon József 13—34.

Ismét kapható!

Fersan

Vas- és phosphortartalmú tápláló és erősítő szer.

Brom-Fersan-pastillák.

Fersan-por. Fersan-pastillák.

(à 0.5 g. vagy à 0.25 g.)

Sápkórság, vérszegénység, rachitis, neurasthenia, gyengeségi állapotok, étvágytalanság és tuberculosishál.

Könnyen resorbeálható vas-acidalbumin, megbízható és olcsó.

Magyarországi főraktár:

Dr. FILO JÁNOS gyógyszerész
BUDAPEST, VIII., Mátyás-tér 3.

Kapható minden gyógyszerárban.

Orvosi irodalom és minta kívánatra ingyen.

Marberger Gyula

orvos gyógyszerészeti laboratóriuma ismét szállítja a már régebben bevált készítményeit:

Maltocol

Maltosucco

Glykomaltin

Arsorobin

Argosol Hydarsol Optocalcil

stb. és a mindennapos gyakorlatban szükséges

subcutan oldatokat phiolákban „PROMT”
szóvédjeggyel.

Értesítés!

Teljes **Röntgen, Lilienfeld-pótberendezés,** egyen- és váltakozó áramra **Lilienfeld** és közönséges **Röntgen-lámpák,** Röntgen-lemezek minden nagyságban, erősítő ernyők, kazetták, universalis kapcsoló készülékek (galván, farad, endoskopia és kaustikára), vibrációs készülékek, hajlékony tengelyek, elektródák stb. raktárról azonnal szállíthatók.

Mindennemű Röntgen és villamos orvosi készülékek javítását pontosan és szakszerűen végezzük.

ERICSSON MAGYAR VILL. R.-T. ezelőtt Deckert és Homolka

BUDAPEST, Gyári raktár: VI, Izabella-utca 88 / Gyár és Irodák: VI, Vörösmarthy-utca 67 / Telefon: 28-09, 89-64

Raktárunkon nem lévő készülékekre megrendeléseket rövid szállítási időre vállalunk.

PURGO

az ideális hashajtó
gyermek, felnőttek és fekvő-
betegek részére

MERLUSAN

bevált antilueticum és antigonorrhöicum

EBAGA

zsirtalan kenőcsök
dermatologiai és ophtalmologiai célokra

Dr. Bayer & Co., vegyi gyár
Budapest

Dr. Pápay-féle oltóanyag- és serum-intézet r.-t.
VI., Teréz-körút 31. Tel.: 20-19.

Alapítási év 1887.

HIMLŐNYIROK

Enyhe, huzamos immunitást kölcsönző, járulékos csiráktól bizto-
san ment készítmény. Hygienikus istállóztatás. Allatorvosi
felügyelet. Borju-oltás előtt tuberculin-próba.

Polyvalens „Grippe“-serum

septikus bronchopneumoniák
kezelésére.
Magas titerű antiinfektívus és
antitoxikus serumok:

Dysenteria Skarlát

Streptococcus
Meningococcus
Diphtheria Tetanus

Anthrax
Pneumococcus
fertőzések ellen.

Tuberkulin

Cholera Typhus
oltóanyag.

„Opsogon“

„Opsodermin“

magas immunizáló értékű spe-
cifikus vacinák
gonococcus és
staphylococcus
fertőzéseknel.

Steril, intramuscularis injectióra szolgáló

Tej-készítmény

sycosis, furunculosis, sebfertőzések, erysipelas stb. esetében.

Specifikus diagnostikumok. Specifikus agglutináló és prä-
cipitáló savók. Ingredientiak a Wassermann-reactióhoz.

Wassermann-vizsgálóállomás.

Vegy-, bakteriologiai-, serologiai-, szövettani vizsgálatok.
Autovaccina-készítés.

Sulfotin

Kalium sulfogujacolicum syrup, békebeli minőségben
200 gr-os üvegekben.

Arsotonin

a monomethydnatriumarse-
nat isotonias oldata steril
ampullákban, subcutan in-
jectiókhoz.
20 és 100 ampulás csoma-
golásban

Domopon

Az összes opium alkalodiá-
kat tiszta állapotban tartal-
mazó készítmény.
Tablettákban, ampullákban
és üvegekben.

Novatropin

Strychnotonin Protal

Cadogel Domargin

Ventrobaryt Retrobaryt



„CHINOIN“

gyógyszer és vegyészeti termékek gyára r.-t.
(Dr. Keresztély és Dr. Wolf)

UJPEST

Sanguiferin

Dr. Pally

(Elixirium Ferri albuminati Pollatsek)

seu combinationes:

c. arseno mite, c. arseno forte, c. phosphoro

Tonicum

Neuroticum

Haemodynamicum

Stomachicum

Roborans

Anaemia

Chlorosis

Neurasthenia

Idegés kimerültség

Táplálkozási zavarok

Fejlődési visszamaradottság

Gyermekágyas és szoptató nők
vérszegénysége esetében stb.