

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markuszovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA Tóth István szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEG-
KÓRTAN Babarcsi Schwartz Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3—4 szám. UROLOGIAI SZEMLE Haberern Jonathan
Pál és Illyés Géza szerkesztésében 4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

- Stiller Bertalan:** Észrevételek a gyomor sósavhiányának oktanához. 860. lap.
- Horváth Mihály:** Közlés a budapesti egyetem I. sz. női klinikájáról. (Igazgató: Bársony János tanár.) Vérvizsgálatok a szülészeten és nőorvosstanban. 861. lap.
- Királyi Géza:** Közlés a brüsszeli Pasteur-intézetből (igazgató: prof. Bordet) és a brüsszeli egyetem anatómiai intézetéből (igazgató: prof. Brachet). Adatok a pneumococcus pathológiájához. 885. lap.
- Halász Aladár:** Közlés a budapesti kir. tudomány-egyetem I. sz. kórbonczolástani intézetének vegyi laboratóriumából (igazgató: Genersich Antal dr., udvari tanácsos, ny. r. tanár) és a szent István-kórház idegosztályáról (főorvos: Donath Gyula dr. egyetemi tanár). A különböző czukorfajok felszívódása és biológiai viselkedése a vastagbélben. 887. lap.

Markuszovszky-féle jubiláris előadások. 890. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. *Buday Dezső:* Az egyke Baranya vármegyé-

ben. — *Lapszemle.* *Belorvosstan.* *Albu:* A növényi diatával való soványítás. — *Ebstein:* Albuminuria és cylindruria idült székrekedés esetén. — *Idegkórtan.* *Brissaut:* A balesetből származó idegzavarok fajainak körjelzése. — *Sebészet.* *Karowski:* A tüdőtuberculosis sebészi orvoslásának újabb módszerei. — *Gyermekorvosstan.* *Bösling:* A garatnőgötti tályog műtéti kezelése. — *Bőrkórtan.* *Sand:* Közvetlen átvitel útján történő lepra fertőzés. — *G. Sticker:* A lepra aetiológiája. — *Fizikai és diatikai gyógyításmódok.* *Pick:* A gyermekkori ezeema gyógyítása. — *Fülörvosstan.* *Muck:* Kétoldali középfültuberculosis. *Mayer:* Otitis media purulenta és malaria együttes előfordulása. — *Mayer:* Az ostium pharyngeum tubae endoskopiája. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.* *Guinsbourg:* Furunculosis és ideges eredetű pruritus gyógyítása. — *Tumminia:* Szer nephritis ellen. — *Liebl:* Epilepsia gyógyítása veronallal. — *Herringhaus:* Oxygenbelégzés bronchiectasia esetében. 890—894. lap.

Magyar orvosi irodalom. Klinikai füzetek. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság. 895. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 895. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 896—900. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Észrevételek a gyomor sósavhiányának oktanához.

Irta: *Stiller Bertalan* tanár.

IsmereteseK *Kelling* azon számos és értékes vizsgálatait, melyeket a gyomor élet- és kórtanának területén tett. Egy újabb dolgozatában¹ statistikai úton kísérli meg a sósavhiány okait nyomozni. Megtalálta a sósavhiányt fertőző betegségekben, különösen gümőkórban, rák, közsvény, epekő és taenia eseteiben; *túlnyomólag azonban idegesekben.* De bevallja, *nem tudja, hogy itt tulajdonképpen mi történik.* Mert betegeiben egy tünetet sem birt felfedezni, a mely csupán sósavhiánykor van jelen és erre jellegzetes. Azt találja, hogy eme elválasztási zavar ugyanabban az életkorban leggyakoribb, mint a hyperaciditás. S azért valószínűnek tartja, hogy mindkettő ugyanazon okból származik. Véleménye szerint talán anyagcsere-, különösen fáradsági termények szerepelnek az előidézésükben.

Én azt hiszem, hogy a kérdést sokkal jobban meg lehet közelíteni. Mert én egész pontosan bírom megmondani, hogy a sósavhiányt és az achyliát milyenféle idegeseken lehet megtalálni. Sikerült ugyanis a neurastheniát két élesen elváló csoportra osztanom, melyek jellegzetes boncz-, élet- és kórtani különbségek által felismerhetők.

A neurastheniások egyik osztálya sajátos testalkattal bír, vékony csontgerendázattal, lesüllyedt paralysises mellkassal, szabad 10. bordával. Ezen külső habitus csak mutatója a belső hiányos constitúciónak, a mely az összes szövetek petyhüdttségével, satnya vérvérképzéssel és táplálkozással, atóniás loesogó gyomorral, a haszervek lesüllyedésével, a szív- és vérerek hypoplasiájával, jellegzetes dyspepsiás zavarokkal és csekély okokra aránytalanul nagy táplálkozási hanyatlással jár. Szóval az e fajta idegbetegek mind

astheniások; neurastheniájuk csak egyik részünete az astheniás alkati betegségnek.

A második osztály magában foglalja a neurasthenia összes többi alakját: az agyi, gerinczagi, cardiális, sexuális és algiás alakokat. Azon betegek ezek, a kik minden rendbeli fájdalmak és nosophobiák által kizoztatnak; nehézlégzésben, szívdobogásban, arythmiában vagy sexuális rendellenességekben szenvednek s a mellett viruló külsejűek, gyakran erős testalkatúak és minden panaszuk, szenvedésük ellenére igen jól lakomáznak. Morális nyomoruk gyakran éles ellentétben áll hatalmas testi megjelenésükkel. Ezt az alakot irritativnak nevezem, ellentétben az astheniással, a melynél az ideges zavarok és panaszok nyugodtabb, enyhébb színezetet mutatnak.

Az első pillanatra szembeszökő különbsége a két osztálynak, a melyekben különben vegyes alakokat is észlelünk, az astheniás szervezetnek sajátosságában rejlik. Ennek egyik lényeges vonása a has-sympathicus részvétele az alkati astheniában. Ebből ered ama számos functionális eltérés az emésztés terén, nézetem szerint nemesak a gyomorban, hanem valamennyi emésztési mirigyben, sőt az assimilatio szerveiben is; ebből támad további lefolyásban a jellemző soványság és vérszegénység, ebből továbbá a belső splanchnikus ingerek előtérbenyomulása és döntő befolyása a közérzetre. Itt találjuk nyitját azon jellegzetes emésztési zavaroknak, melyeknek összege alkotja az ideges dyspepsiát, a melyet a gyomornak atóniája és sülyedése korántsem magyaráz meg. Ezen vegetativ sympathiás vagy dyspepsiás neurastheniában találjuk kulesát azon feltűnő súlyvesztéseknek, melyek súlyos ideges dyspepsia képében csekély okokra támadnak még erős alkatú és jól táplált egyéneken is, kiken csupán a bordajel mutat arra, hogy az astheniások keretébe tartoznak.

A hassympathicusnak működés-zavara forrása egyszersmind azon elválasztási eltéréseknek, melyeket az astheniás idegbetegekben találunk, de soha a másik osztályba tartozókban. Ezen eltérések éppen úgy, mint a gyomor motorius zavarai, sajátos képet adnak. Míg ugyanis a szerves gyomorhajók mindegyike hozzátartozó, többé-kevésbé állandó elválasztás-zavart mutat: a fekély hyperaciditást vagy hypersecretiót, az idült gyomorhurut hypaciditást, a

¹ Archiv für Verdauungskrankheiten. 15. kötet, 5. füzet.

rák anaciditást, az aglandulia achyliát, addig az astheniában mind-ezen eltérések megtalálhatók, az egyik betegen az egyik, a másikon a másik; sőt némely egyéneken a különféle eltérések gyors változását is látjuk, vagyis heterochyliát.

Leggyakoribb azonban a sósav túlermelése, a mely egyetemben a gyomorfallal hiányos összehúzódásával és az összes szövetek trophikus gyengeségével, az astheniások kifejezett hajlamát a gyomorfekélyre magyarázza. Ezen oktatni viszony az asthenia és fekély közt még csak alig ismert az orvosok előtt. Még *Elsner* sem említi, a ki pedig új jeles tankönyvében a gyomorbetegségekről az asthenia tanát oly kimerítően méltatja, a mint az eddig még nem történt. Felhívom a szaktársakat, hogy figyelmüket e tárgyra irányítsák; meg fognak győződni, hogy a fekélyes betegek túlnyomó száma az asthenia külső alkatát és egyéb sajátosságait viseli.

Kelling gyanítja, hogy az an- és hyperaciditás ugyanazon forrásból ered, mivel mindkettő ugyanazon életkorban fordul elő leggyakrabban. Gyanítása helyes; de tüzesebben okolandó meg az által, hogy közös gyökerük az astheniában keresendő, melynek emésztési zavarai főleg az élet virágkorában jutnak kifejlődésre. Ha tehát öregben találunk anaciditást, inkább szervi, mint ideges bajra kell gondolnunk. *Kelling* említi, hogy a hyperaciditás gyakoriságáról különféle városokban egyes szerzők fokozatokat állítottak fel; ezen százalékokban kifejezett táblák tulajdonképpen csak az asthenia gyakoriságát fejezik ki, melynek a hyperaciditás csak egyik tünete.

Hogy az ideges vagy astheniás dyspepsiában, a szerves gyomorbetegségekkel ellentétben, a sósavtermelés minden lehető fokai előfordulnak, azt a tapasztalat bizonyítja. Ezen tapasztalati tény pedig, úgy hiszem, egész tisztán meg is lehet okolni. A szervi gyomorbetegségekben ugyanis a helybeli bántalom egyenesen és helybelileg hat a gyomormirigyekre, melyeket a rák, a gastritis, az aglandulia egyenesen megront, a fekély pedig izgat; úgy hogy a gyomor minden egyes szervi betegsége egy hozzá tartozó jellegzetes secretiót idéz fel. Másképpen áll a dolog az astheniában, a hol tisztán ideges befolyások igazgatják az elválasztást. Ezen befolyások, a melyek az astheniás sympathicusból indulnak ki, az egyikben izgatólag, a másikon gátlólag hatnak a mirigyekre, míg egy harmadikban az idegbefolyás váltakozva majd gyarapítólag, majd csökkentőleg hat a savtermelésre, a mit heterochyliának nevezünk. Hiszen egészen hasonló értelemben az egyik astheniáson inkább izgékony, a másikon inkább nyomott hangulatot találunk, míg egy harmadikban mindkettő gyorsan váltakozik, a szerint ugyanis, a mint a neurastheniában vagy izgékony gyengeségben az izgalom vagy a gyengeség kerül túlsúlyra. Azért is semmi értékkel sem bír azon törekvés, külön nyomozni az ideges anaciditás okait, minthogy teljeséggel ugyanazok, mint a hyperaciditási.

Az éppen mondtaknak igen érdekesen illusztrálja két betegség, a melyben *Kelling* statistikája szintén sósavhiányt állapított meg, tudniillik az epekő és a galandféreg. Az a kérdés támad, vajjon ezen bántalmak viszonya a secretióhoz ugyanaz-e, mint a szerves gyomorbetegségekben, vagyis sajátlagos, hozzájuk tartozó elválasztást idéznek-e elő, vagy sem? Biztosan állíthatjuk, hogy a sósavhiány e bajokban nemesak nem kizárólagos lelet, hanem, hogy a hyperaciditás még sokkal gyakrabban található; teljesen éppen úgy, mint az ideges vagy astheniás dyspepsiában. *Hemmeter* epekő esetében majdnem 70%-ban talált erősebb sósavtermelést; a taeniára vonatkozólag nem tudnék százalékos arányra hivatkozni, de több szerzőnél találom említve a hyperaciditást, mint az ellenkezőjét. A mirigyeknek ezen viselkedése éppen úgy magyarázható, mint a megfelelő az astheniában. Ezen betegségek ugyanis szintén csak ideges befolyás által hatnak a mirigyekre, még pedig reflex által, mely a környéki ingerből a sympathikus pályán átesap a ganglionokra, innét pedig hasonló pályán a gyomor mirigyeire.

Még egy utolsó megjegyzést vagyok bátor tenni. *Kelling* a fertőző betegségeket, különösen a gümőkört is említi mint a sósavhiány egyik talaját. A mi már most a gümőkört illeti, tapasztalati tény, hogy e bajban a hyperaciditás még sokkal gyakoribb, mint az anaciditás. Ezen körülmény kizárja azt a feltevést, hogy a sósavhiány itt toxinhatásnak volna az eredménye; mert egy mérge csak egy irányban hathat, és nem hozhat elő két ellentétes befolyást. Egészen másról van itt szó. Az astheniáról szóló munkámban kifejtettem, hogy a phthisikus alkattal bíró tüdőbetegek mind astheniások. Ugyanaz a habitus, megvan a szabad 10. borda, mindennaposak

az emésztési és ideges zavarok, melyek teljesen azonosak az astheniás idevágó eltérésekkel, hajlandók enteroptosisra, gyomoratonniára, locsogásra; a szív- és vérerek hypoplasiája is megvan. Mert a phthisis habitus tulajdonképpen és mindenekelőtt az astheniás, vagyis az astheniás szervezet a tüdőgümőkór legtermékenyebb talaja. A gümősök legnagyobb része astheniás; de az astheniásoknak csak csekély száma tüdőbeteg; a tágabb fogalom tehát az asthenia. Ennélfogva a gümősök gyomorsecretiói viszonyainak azonosnak kell lenniük az astheniásokéival, és a tapasztalat ezt teljes mértékben igazolja.

Közlés a budapesti egyetem I. sz. női klinikájáról. (Igazgató: Bársony János tanár.)

Vérvizsgálatok a szülészetben és nőorvostanban.

Közlő: *Horváth Mihály* dr., tanársegéd.

A vérnek mikroszkopi vizsgálásával, a vörsejtek megszámlálásával az orvosok már régóta foglalkoznak. Már a nagy Virchow (1848) arra a megfigyelésre jutott, hogy a terhesség alatt a fehérvörsejtek megsaporodnak és hogy a sepsis leukocytosisal jár. Ezzel szemben Donders (1851) azt tapasztalta, hogy nem minden sepsis jár leukocytosisal, és hogy éppen az a súlyos alak, melyben a fehérvörsejtek nincsenek megsaporodva vagy számuk igen magas. Hayem (1875), Patrigeon (1877), Tumas, Bockmer, Jaksch, Limbeck (1892) stb. fertőző betegségeken leukocytosist találnak; Bowit vörhenyre, hagymázra a fehérvörsejtszaporodás elmaradását látja jellemzőnek.

Curschman (1901-ben) a vérvizsgálásnak új irányt adott; ő tudniillik azt találta, hogy a fehérvörsejtek száma és a szervezetben dúló gyuladós folyamat, illetve annak elgenyedése közt összefüggés van. Szerinte ha egy mm³ vérben többszöri vizsgálat alkalmával legalább 20,000 fehérvörsejtet találunk, úgy ez, feltéve, hogy más fertőző betegség, mint pl. tüdőgyulladás kizárható, a geny jelenlétének biztos jele. A gyuladások legelején találhatunk magas, 1 mm³ vérben a 20,000-et is elérő fehérvörsejtszámot, de tapasztalása szerint nem genyes vakbélgyuladásban a következő nap már alacsonyabb lesz a leukocyták száma; ha azonban mindjárt a folyamat elején 25,000-et meghaladó számot kapunk, ez elgenyedésre való hajlamot mutat. Előfordult, hogy a vakbélgyulladás genyes volt, de sem a beteg hőmérsékletéből, sem az általános állapotból genyre következtetni nem lehetett, azonban a fehérvörsejtszám akkor is rámutatott arra. Ezekből látta Curschmann, mily kitűnő és érzékeny körjelző segédeszköz a fehérvörsejtek számlálása. Azt is tapasztalta, hogy a geny kibocsátása után a leukocyták száma azonnal esik, retentióval csak kissé száll alá, esetleg még emelkedik. Röviden összefoglalva: a genyes vakbélgyuladást a nem genyestől, a geny teljes kiürülését a retentiótól a vörsejtszámlálással tudta megkülönböztetni; a beavatkozásra való indiciót a fehérvörsejtek számából meríti. 1902-ben Schnitzler, Küttner, Wassermann, Coste, Kühn stb. csak pozitív leletnél ismerik el a fehérvörsejtek számát körisméző jelnek, mert rájöttek arra, hogy abban az esetben, ha a geny jól körül van tokolva, nincs, vagy csak igen kisfokú a leukocytosis. Beavatkozásra indikálnak a vörsejtszámolás eredményét egymagában nem tartják elégségesnek, hanem az általános körképet is tekintetbe veszik. Steril műtét alatt annak tartamával arányosan a fehérvörsejtek megsaporodva találják, a szaporodást hashártya izgalomnak tulajdonítják. Zangemeister és Wagner (1902) geny nélküli műtét után nem tapasztaltak leukocytosist, terhesség alatt pedig csak mérsékeltet; szerintük szülés alatt a fehérvörsejtek száma annak tartamával arányosan nő, burokrepedésnél is emelkedést látnak, szülés után a leukocyták száma azonnal esik. Düttmann (1902—1903) szerint myoma, rák, méhen kívüli terhesség, gümőkóros elváltozás, eltokolt geny eseteiben nincs leukocytosis; kanós gyuladás mérsékelt, genyes izzadmány, adnexdaganat, túl nagy vagy csavarodott kocsányú petefészek tömlő erős leukocytosisal jár; kétes esetben a vörsejtszámlálás mellett még a jodreactiót is használja; eklampsiában, sepsisben a nagy leukocytosis jó jel; magas láznál a fehérvörsejtek fogyása, vagy hidegrázás után a szaporodás elmaradása rossz jel és operációt követel; az egyszerű vizsgálatból való következtetéstől óva int. Laubenburg

(1902) súlyos sepsisben a vörösvérsejtek tetemes fogyását, a neutrophil leukocyták 90%-ig való emelkedését látja. Weiss, Waldstein és Fellner (1903) szerint 16,000 fehérvérsejt genyet jelent; gyógyuló gyulladásos folyamatokban azt tapasztalták, hogy a hőmérsék előbb szál a rendesre, mint a fehérvérsejtek száma. Nagy vérzéssel járó myoma, megrepedt extrauterin terhesség eseteiben posthaemorrhagiás leukocytosist észleltek. Széteséses rák, elgenyedt haematocele eseteiben fehérvérsejtszaporodást találtak. Pankow (1904) a női nemi részek megbetegedéseit ismételtelen talált 10,000 feletti fehérvérsejtszámmal genyesnek tartja azon esetben, ha az illető máskülönben egészséges. A 10,000 alatti szám nem szól geny ellen; szerinte közvetlen a szülés után még nő a fehérvérsejtek száma; foudroyans hashártyagyulladásnál nem észlelt leukocytosist. Federmann (1904) rossz jelnek tartja súlyos kórkép mellett a fehérvérsejtek mérsékelt szaporodását. Carton szülés alatt az eosinophilok eltűnését, a gyermekágyban ezeknek újbóli megjelenését, a magzat intrauterin elhalása esetén a polynuclearisok kevesbedését konstalálja; sepsisben a fertőzés súlyossága arányos a leukocytosis fokával. Patton (1904) genyes gyulladásban a vörösvérsejteket megfogyva találja. Rehn, Kirchmayer (1903) vizsgálataik alapján a fehérvérsejtszámból vont következtetéseknek nem tulajdonítanak reális értéket. Klein (1905) a myomának specifikus vérmegrontó hatást tulajdonít, mert a vörösvérsejtek és a haemoglobin nagy vérvesztés nélkül is tetemesen meg lehetnek fogyva, ezért minden myoma operálása előtt megkívánja a vérvizsgálatot, mely esetleg a műtét elhalasztását vonhatja maga után. Leisewitz (1905) a női genitáliák különböző megbetegedéseiben a fehérvérsejtekén kívül a vörösvérsejtek és haemoglobin viselkedését is megfigyelte s azzal végzi, hogy minden gynaekologiai esetben a vért teljesen meg kell vizsgálnunk, mert a vérkép beavatkozás mellett, vagy pedig ellene szólhat. Ehrlich, Buchner, Metschnikoff a fehérvérsejtekben a szervezet védő erejét látja, mely minden pillanatban kész az öt megtámadó ellenfél, a kóros mikrobák ellen csatát vívni akár az által, hogy egyenesen megeszi, bekebelezi a bakteriumokat, akár úgy, hogy mások gondolják, hogy oly anyagokkal látja el a vérsavót, melyek bakteriumölők, illetve a bakteriumok mérgeit megkötni tudják. Potocki, Lacasse (1905) azt tapasztalta, hogy fertőzés betegségben az eosinophilok jelenléte jó jel, eltűnésük a kórjóslatot rosszabbá változtatja.

Arneht (1904) a fehérvérsejtek legnagyobb 0%-át kitevő neutrophil leukocytákat a magszám illetve magalak szerint 5 fő osztályba sorozta. Általában elfogadott nézet, hogy a neutrophil leukocyták a csontvelő myelocytáiból származnak; a myelocytákból polymorph magvú átmeneti sejtek, ezekből kerek magvú, vagy kisebb-nagyobb behuzódást mutató egy magvú leukocyták képződnek. A fejlődés további során ezek több magvúvá lesznek és Arneht szerint mennél több magva van a leukocytának, annál érettebb, fejlettebb és erősebb katonája a szervezetnek. Infectiosus betegségben első sorban ezek a jól kiképzettek küzdenek és esnek el. A szervezet reakciója pótolja az elesettek számát, de a pótlás nem oly fejlettségű fehérvérsejtekkel történik, hanem fiatalokkal, szóval a hadsereg számszerint — kvantitatív számítás — ugyanakkora marad, de értékben csökken, ezt mutatja a neutrophil vérkép balra tolódása, mely Arneht szerint a fertőzés súlyosságával arányos. Ő a fiatal leukocytákat gyengébbnek tartja és csak mérsékelt baktericid, antitoxikus értéket tulajdonít nekik. Az egymagvúak erős szaporodását, a myelocyták megjelenését, melyek az egészségesek vérében nem, csak gyermekekben (Zelenszky-Cibulsky szerint) fordulnak elő, a csontvelő insufficienciája jelének tekinti. Ha a szervezet az elesettek számát meghaladólag pótolja, hyperleukocytosis jön létre. A betegség gyógyulásakor a fehérvérsejtek száma a rendesre száll alá. Fertőzés betegségben már most a hyperleukocytosis megszűnését Arneht csak akkor tartja jó jelnek, ha a vérkép az összetételében nem romlik. Arneht a vérképet a terhesség alatt mérsékeltten, a szülés alatt erősen balra tolódva találja; a punctum maximum a szülés idejére esik; a gyermekágyban a vérkép visszatolódását észleli. Az utána vizsgálók — Pollitzer kivételével — a vérképre való észleleteit igazolják.

Ranvier, Flemming, Arnold, Metschnikoff és utánuk Hiller (1905), Neumann, valamint Bourmoff és Brugsch (1907) a többmagúságot, illetve polymorphismust nem tartják érettségi foknak, hanem amoeboid mozgásnak, Pappenheim (1907) azonban az érettséggel járónak tartja; az amoeboid mozgást is elfogadja, de tagadja, hogy a

már polymorph leukocytá ismét vissza változhatik egyszerű alakúvá, és azt is, hogy lymphocytákból — mint Erb, Uskoff, Askanazi és Grawitz állítja — neutrophil leukocyták keletkezhetnek. Pollitzer (1906—7) elveti Arneht tanát és azt állítja, hogy a leukocytáknak a fertőzés betegség alatt annyi magjuk van, mint rendes viszonyok közt, csak hogy a magok chromatin-szerkezete duzzadt, rosszul festődik, ezért a külön magvak nehezen ismerhetők fel, vagyis más szóval a balratolódás szerinte téves kép, melyet a magot rosszul festő triacid festés okoz. Pollitzer végzetes hibáját Arneht, abban látja, hogy magvizsgálatait igen erős nagyítással végezte s hogy őt az egyes rétegekben levő chromatinfonalak vezethették tévuttra. Pauliček (1907) egy esetben azt találta, hogy a vérkép folytonosan javult s a beteg mégis meghalt, továbbá ugyanazon betegségben különböző vérképeket, egyenlő vérképpel különböző betegségeket látott, ezért kimondja, hogy Arneht vérképét sem diagnostikailag, sem prognostikailag használni nem merné. Arneht természetesnek tartja, hogy ugyanazon fajta betegségben különböző vérképet és ugyanazon vérkép mellett más-más betegséget találhatunk, mert különböző az inficiáló vírus ereje, tömege, más úton halad a fertőzés, individuális az ellenállás, kór, stb; a kvalitatív véranalysist, mint bármely más kórjelző segédeszközt, csak bizonyos cautelák mellett használhatjuk; először meg kell figyelni, hogy a betegségnek van-e egyáltalán hatása a vérképre, mert ha van, akkor a betegséggel párhuzamosan a vérkép is változni fog, de ha nincs, a vérképből a beteg állapota felől nem tájékozódhatunk. Kownatzky (1906) gyermekági lázasokon eszközölt vérvizsgálatai Arneht állításaival egyezők, de ő a fehérvérsejtekén kívül még a vöröseket és az eosinophilokat is figyelte. Burkard (1906) sepsisben Paltauf-féle savóval kísérletezett; adagolása után hyperleukocytosist és balratolódást észlelt; a balratolódásból arra a következtetésre jut, hogy a több magvú neutrophil leukocyták szétesése a szervezet önvédelme, mert a belőlük felszabaduló complement az ő eseteiben a savó, fertőzés betegségeiben a vírus megkötésére szolgálhatott; a savóval való kezeléstről — minthogy a vérképet rontja — az a véleménye, hogy előrehaladott esetben káros hatású lehet.

Wolff A. (1906) Arneht tanát azáltal módosítja és egyszerűsíti, hogy nem állít fel osztályzást, hanem száz neutrophil leukocytá magvait számolja meg és az így nyert szám nagyságából következtet a kórjóslatra. Blumenthalnak (1906) az a véleménye, hogy ha a vizsgálatot kórjelző segédeszköznek akarjuk felhasználni, annak valamennyi ágára terjeszkedjünk ki, mert különben értékét gyengítjük; az így nyert eredmény igen fontos adatokat szolgáltat, feltétlenül helytálló prognostikai értéket azonban nem tulajdonít nekik; az Arneht-féle vérképet nem fogadja el, mert a kiindulás-pontja, illetve basisa ingatag és bebizonyítva még nincs. Blumenthalnak az a meggyőződése, hogy ha egyszerű vérvizsgálat alkalmával 10,000feletti fehérvérsejtszámot kapunk, melynek legalább 70%-a neutrophil leukocytá, ez genyképződést, nem geny jelenlétét mutatja oly gyulladásos folyamatokban, a melyekben a szervezetben más leukocytosist keltő baj nincs. Albrecht (1907) sem fogadja el az Arneht-Wolff-féle vérképet, mert nincs bebizonyítva, hogy a fiataloknak nevezett sejtek valóban gyengébbek-e a többmagvúaknál, nem tudjuk, hogy mennyi idő alatt érnek ezek erőteljessé, valamint azt sem, hogy a többmagvúság nem sérült, tehát kórosan befolyásolt leukocyták tulajdonsága-e; Blumenthalnak a genyre vonatkozó megkülönböztetését is elveti, mert e számok nem mutatnak egyebet, mint a szervezet reakcióját a kórokózo ellenességgel szemben; kvalitatív vérvizsgálataiban nemcsak a relatív százalékszámokat, hanem a százalékszámoknak 1 mm³ vérben megfelelő absolut számokat is meghatározza; súlyos fertőzésben az eosinophilok és hizósejtek eltűnnek, a neutrophilok százaléka a fertőzéssel arányos; ha a szervezet reakcióképes, a százaléknak megfelelő az absolut szám; javuláskor a neutrophilok százaléka az absolut számmal karöltve esik, eosinophilok jelennek meg, a lymphocyták szaporodnak; rossz jel, ha a neutrophilok százaléka magasán marad, vagy emelkedik, mikor az abszolutszám erősen fogy; legrosszabb ha a lymphocyták absolut száma hirtelen esik. Albrecht szerint a kvantitatív vérvizsgálat bizonyos cautelák mellett magában is jó diagnostikai segédeszköz, melyet a kvalitatív kiegészít és a kórjóslatot illetőleg hasznavehetővé tehet. Himmelheber-nek (1907—8) végkövetkeztetése az, hogy a fehérvérsejtvizsgálatból biztos prognos-

sist mondani nem lehet; bepillantást enged ugyan nekünk a szervezetben dúló küzdelemben, de hogy melyik fél javára fog eldőlni a harc, azt előre nem tudja meg, mert az egyedül a szervezet ellenállóképességétől függ, melyet legjobban az érlökés görbéje mutat. Graefenberg (1908), ki Arneith-Wolff tanát helyesli, fontosnak tartja a nagy lymphocytáknak a kicsinyektől elkülönítését, mert szerinte jó jel a kis lymphocyták nagy száma, rossz a nagyok szaporodása, legrosszabb, ha a nagyok túlszámolják a kisebbeket; ennek meghatározására sorozatos vizsgálatot kíván. Boehenski (1909) a teljes vérvizsgálathoz beleérti a bakteriologiait is; legrosszabbnak tartja annak a gyermekágyi folyamatnak a kórjósát, melyben a vérből nagyszámú bakterium-telep tenyészhető ki.

Zangemeister és Ganz (1909) a Münchener med. Wochenschrift folyó évi 16. számában a kvalitatív vérvizsgálásnak oly hibájára figyelmeztet, mely annak összes eddigi eredményeit kérdéses értékűvé teszi. A hiba abban rejlik, hogy azokat az elváltozásokat, melyek az egyes leukocyták százalékaiban jelentkeznek, az egész vérkép összetételét illetőleg mértékül használják; pedig a leukocyták egyfajtajának százalékváltozásai a valódi tényállást sohasem mutatják meg, miért is az egyes leukocytafajták értékingadozásainak felismerésére szerintük csupán az abszolút, 1 mm^3 vérről vonatkozó számok használhatók. Ugyanez áll Arneith vérképére, és Wolff magyszámaira. Még ezek az abszolút számok is relatívek részben, mert függnek a szervezet összes vérmennyiségétől; az abszolút számokat Ehrlich óta Blumenthal és Albrecht is értékesítették, de ők e mellett a relatív százalékszámoknak is tulajdonítanak kórjelző jelentőséget, a mi hibás. Zangemeister és Ganz streptococcuskultúrával fertőzött majmokon végeztek vizsgálatokat, abból a célból, hogy a vérképben támadó elváltozásokból oly tünetet nyerjenek, mely korán — lehetőleg az első 24 órán belül — a fertőző betegség lefolyását tudja megjósolni, és azt találták, hogy a mononucleáris neutrophil-leukocyták a könnyű, közepes és súlyos fertőzésben a fertőzés minőségére mindenkor jellegzetesen viselkedtek, úgy hogy ebből a folyamat lefolyását előre meg lehetett jósolni. A polynucleáris neutrophil-leukocyták nem viselkedtek oly következetesen, miért is nem tartják őket magasabb rangúnak az egymagvúknál, hanem inkább hajlandók ezeket mint Albrecht is, nyomorékoknak tekinteni; Arneith vérképét azáltal egyszerűsítik, hogy az öt osztályt kettőre redukálják és csak egy- és többmagvú neutrophil fehérvérsejteket különböztetnek meg.

Kothe, úgyszintén Zelenski és Kostlivi már 1908-ban észlelte a fertőző befegségeknek az egymagvú neutrophil-leukocytákra gyakorolt hatását, és Arneith vérképe helyébe ezen fehérvérsejtek százalékszámát állította. Ezen relatív százalékszámok a Wolff-féle magyszám-görbével arányosan változnak és szerinte a fertőző betegség súlyosságát sokkal pontosabban mutatják meg, mint a Zangemeister és Ganz által újabban oly nagyra becsült abszolút számok.

A magyar orvosi irodalomból Chudovszky Mórész dr. vizsgálatait kell felemlítenem, a ki 1894-ben Réczey tanár klinikáján a daganatoknak a vérről való hatását figyelte meg s vizsgálatainak eredményét — melyet a Magyar Orvosi Archivumban közölt — a következőkben foglalja össze:

1. A rosszindulatú álképleteknél általában a haemoglobintartalom és a vörösvérsejtek száma esőknél;
2. azoknál vagy a polynucleáris leukocyták, vagy a lymphocyták meg vannak szaporodva;
3. a műtét után végzett vérvizsgálat világot vet arra, vajjon műtétünkkel gyógyulást értünk-e el, vagy nem.

* * *

Talán egyetlenegy téren sem haladt annyira a laboratoriumi munkásság, mint éppen a vérvizsgálat terén. Új irányt hozott nemcsak a methodikába a vizsgálat keresztülvitelének mikéntjében, hanem a diagnostikába is. Laboratoriumi vizsgálatok csak úgy és akkor válnak használhatóvá, ha a gyakorlati élet követelményeinek megfelelnek, ha a gyakorlati élet szükségleteit kiegészítik, tökéletesítik. Így vagyunk a vérvizsgálattal is. A mint az elmondottakból láthatjuk, az eddigi szerzők vizsgálatáiból még a szakember sem tud mindenben eligazodni; az eredmények annyira ellentmondók az egyes részletkérdésekben, hogy nemcsak a gyakorló orvos, de a klinikus sem találja meg mindig a helyes kivezető utat.

Feladatomból tűztem ki annak megvizsgálását, hogy a vérvizsgálat eredménye a klinikai praxisban mennyiben válik használhatóvá. Vizsgálataimat kiterjesztettem egészséges és beteg asszonyokra, terhesekre, nem terhesekre; vizsgáltam őket kezelés közben és a mikor nem voltak kezelve. Az eredményeimet bátorodom az alábbiakban ismertetni. Minthogy azonban az ily vizsgálatok nemesak óriási anyagot, hanem sok időt is kívánnak, és minthogy a vizsgálatok látszólagos csekély eredményei is csak évek hosszú során szerzett tapasztalásokból szűrődnek le, csak eddigi vizsgálataim eredményét közlöm, a nélkül hogy belőlük ezúttal végérvényes következtetéseket akarnék vonni.

A rendelkezésemre álló nagy klinikai anyagon végeztem vizsgálataimat: vizsgáltam pedig quantitative a teljes vért, és kerestem qualitative — az egyes fehérvérsejtek százalékszámát. Ez utóbbiaknak minden esetben kiszámítottam az egy (1) köbmilliméter vérről eső abszolút számát; meghatároztam továbbá az Arneith-féle neutrophil vérképet és a Wolff-féle magyszámot.

Első sorban egészséges nők vérére figyeltem meg, hogy ebből a saját vizsgálataimhoz mértékül szolgáló normál vérképet megkapjam. Mert nézetem szerint csak úgy lehet a vizsgálat alkalomával nyert vérképet értékesíteni, megbírálani, ha azt a saját vizsgálataink alapján talált normál átlagszámmal hasonlítjuk össze, nem pedig idegen szerzővel; mert mindenki másképpen vizsgálja a vért, mindenki hibát követ el, és két szerző vizsgálata, bár ugyanazt a vért vizsgálják is, teljesen sohasem fedik egymást, szóval a vérvizsgálás individuális. Minthogy azonban ugyanaz a vizsgáló mindig ugyanazokkal a hibaforrásokkal dolgozik, azért az ő adatai egymáshoz arányitva értékesek lesznek, míg más szerző adataival nem állíthatók szembe.

Az egészséges nők normál vérképe vizsgálataim alapján a következő (Lásd I. tábla.)

Vörösvérsejtek	4.600,000
Fehérvérsejtek	7,000
Haemoglobin (Sahli szerint)	92%

A fehérvérsejtek kvalitatív aránya:

Neutrophilok	68% = 4,760
Lymphocyták	29% = 2,030
Eosinophilok	3% = 210

A fehérvérsejtek többi alakja csak elvétve fordul elő, ezeket mindig külön tüntettem fel. Arneith a neutrophil vérkép alatt a neutrophil granulatiójú fehérvérsejteknek magyszámát, illetve magalakja alapján való osztályozását érti. Ő ezen fehérvérsejteket öt főosztályba sorozza, és a szerint, hogy magasabb vagy alacsonyabb számú osztályba tartozik valamelyik, nagyobb vagy kisebb fejlettséget és antitoxikus erőt tulajdonít neki. Vizsgálataim szerint egészséges nőknél a neutrophil fehérvérsejtek ezen 5 osztályban következőképpen oszlanak el:

$20\% = 95$. $19\% = 905$. $57\% = 2733$. $20\% = 952$. $2\% = 95$.

Fertőző betegségben már most az elosztásban változás áll elő olyképpen, hogy az I. és II. osztályok számai nagyobbodnak a magasabb osztályokéival szemben. Ezt nevezi Arneith a neutrophil vérkép balra tolódásának. A Wolff-féle kép 100 neutrophil leukocytá magyszámának az összege. Ez átlagban egészséges nőknél 322, vagyis abszolút mértékben 15,327 az 1 mm^3 vérben foglalt neutrophil fehérvérsejtekre vonatkozólag.

A vörösvérsejtszámlálást a vérnek 100-szoros, a fehérvérsejtszámlálást 10-szeres felhígítása után, Bürker módosította Zeiss-féle kamarában végeztem, megszámlálva mindig 100 kis koczkában foglalt vörösvérsejtet, illetve 3-szor, vagy többször, akár 10-szer is 400 koczkában található fehérvérsejtet. Ez utóbbiakat azért oly nagy arányban, hogy pontosabb átlagszámot kapjak. A haemoglobin meghatározását Sahli-féle haemometerrel eszközöltem. A vérvizsgálatokat délelőtt, 10—11 óra közt végeztem, az illető betegek eddig reggelit nem kaptak; kivétel csak a sepsises betegeknél (ezeknél például hidegrázás után), vagy haldoklóknál történt. Qualitative a vérvizsgálat céljaira a vérkészítményeket Leishmann módosította Romanowski-eljárással, Giemsa-féle festékekkel festettem. A százalékarányt úgy kaptam meg, hogy az egymás után jövő 100 fehérvérsejt között meghatároztam: hány volt neutrophil, lymphocytá, eosinophil. Az Arneith-féle vérkép céljaira 100 egymást követő neutrophil leukocytát soroztam magyszám, illetve magalak alapján

A quantitativ vérkép							A qualitativ-neutrophil vérkép és magszámok																			
Esetszám	Fejlap-szám	N é v	Vizsgálat ideje	Vörös-vérsejtek	Fehér-vérsejtek	Haemo-globin o/o	N=Neuro- philok	L=Lympho- cyták	E=Eosino- philok	relativ = o/o számai					M=Mag- szám	D=Diverse	absolut = 1 cm ³ vérre vonatkozó számai									
										A r n e t h							N=Neuro- philok	L=Lympho- cyták	E=Eosino- philok	I.	II.	III.	IV.	V.	P=Poly- nuclearisok	M=Mag- szám
										I.	II.	III.	IV.	V.												
1	—	B. J. dr.	—	5.024,000	8000	105	78	21	1	3	33	45	15	4	302	—	6240	1680	80	187	2059	2808	936	250	6053	18845
2	—	L. V. dr.	—	5.116,000	6800	103	62	31	7	1	20	63	14	2	327	B	4216	2108	476	42	843	2656	590	84	4174	13070
3	—	M.-né	—	3.824,000	3900	76	71	28	1	2	30	50	14	4	312	B	2769	1092	39	55	831	1384	388	111	2714	8362
4	—	N.-né	—	4.080,000	8260	80	64	28	8	—	5	68	25	2	345	B	5286	2313	661	—	264	3594	1322	106	5286	18133
5	—	Sz. Sz.	—	4.592,000	7500	88	64	33	3	4	20	60	16	—	328	M	4800	2475	225	192	960	2880	768	—	4608	15744
6	—	R.-né	—	4.856,000	7800	86	72	28	—	3	17	50	27	3	336	—	5616	2184	—	168	955	2808	1516	169	5448	18870
7	—	K.-né	—	4.768,000	8500	100	70	29	1	1	16	60	17	6	318	M	5950	2465	85	60	952	3570	1011	357	5890	18921
8	—	G.-né	—	4.592,000	6600	94	74	23	3	2	28	60	7	3	298	M	4884	1518	198	98	1367	2930	342	147	4786	14554
9	—	K. J.-né	—	4.152,000	7600	90	68	28	4	2	21	51	20	6	329	B	5168	2128	304	103	1085	2636	1034	310	5065	17003
10	—	H.-né	—	4.752,000	6400	88	77	23	—	3	14	70	13	—	330	—	4928	1472	—	148	690	3449	641	—	4780	16262
11	—	Á.-né	—	4.766,000	4700	96	69	26	5	3	15	55	26	1	328	—	3243	1222	235	97	487	1784	843	32	3146	10637
12	—	F.-né	—	4.784,000	8350	86	65	32	3	—	6	65	27	2	345	B	5427	2672	251	—	326	3528	1465	108	5427	18723
13	—	Fő-né	—	4.344,000	7730	103	61	35	4	—	16	56	25	3	345	M B	4715	2706	309	—	754	2640	1179	142	4715	16267
14	—	F. T.	—	5.168,000	6400	103	65	33	2	2	19	45	34	—	293	B	4160	2112	128	83	790	1872	1415	—	4077	12189
15	—	J.	—	5.200,000	7400	102	60	38	2	2	39	51	8	—	284	M	4440	2812	148	89	1732	2264	355	—	4351	12610
	—	Átlag 13 nő vér- vizsgálatából	—	4.600,000	7000	92	68	29	3	2	19	57	20	2	322	B= 0.46 o/o M= 0.38 o/o	4760	2030	210	95	905	2713	952	95	4665	15327

II. tábla.

Vérvizsgálatok menstruációban.

A quantitativ vérkép							A qualitativ-neutrophil vérkép és magszámok																			
Esetszám	Fejlap-szám	N é v	Vizsgálat ideje	Vörös-vérsejtek	Fehér-vérsejtek	Haemoglobín	relativ = % számai										absolut = 1 cm ³ vérre vonatkozó számai									
							N	L	E	I.	II.	III.	IV.	V.	M	D	N	L	E	I.	II.	III.	IV.	V.	Polynuclearisok	M
1	—	A-né	Menses előtt (2 hét)	4.766,000	4.700	96	69	26	5	3	15	55	26	1	328	—	3243	1922	235	97	437	1784	843	32	3146	12,610
			" alatt	4.728,000	5,400	96	63	35	2	4	25	55	15	1	307	MB	3402	1890	108	136	851	1871	510	34	3266	10,444
2	—	F. T.	Menses előtt "	5.168,000	6.400	103	65	33	2	2	19	45	34	—	293	B	4160	2112	128	83	790	1872	1415	—	4077	12,189
			" alatt	5.560,000	6,400	103	53	45	2	2	49	45	4	—	274	MB	3392	2880	128	68	1661	1527	136	—	3324	9,294
3	—	N. I.	Menses előtt "	5.200,000	7,400	102	60	38	2	2	39	51	8	—	284	M	4440	2812	148	89	1732	2264	355	—	4351	12,610
			" alatt	5.496,000	7,900	102	50	47	3	3	45	45	7	—	285	MB	3950	3713	237	119	1777	1778	276	—	3831	11,258
4	—	F. T.-né	Menses előtt "	4.784,000	8,350	86	65	32	3	—	6	65	27	2	345	B	5427	2672	251	—	326	3528	1465	108	5427	18,723
			" alatt	4.592,000	8,700	86	62	36	2	3	26	56	14	1	316	B	5394	3132	174	162	1402	3021	755	54	5232	17,045
5	—	K.-J.-né	Menses előtt "	4.152,000	7,600	90	68	28	4	2	21	51	20	6	329	B	5168	2128	304	103	1085	2636	1034	310	5065	17,003
			" alatt	4.340,000	7,800	89	60	38	2	2	40	38	16	4	301	MB	4680	2964	156	94	1872	1778	749	187	4586	14,087
—	—	Átlag (5 esetből)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	Menses előtt	—	4.816,000	6,890	95.4	65.4	31.4	3.2	1.8	20	53.4	23	1.8	315.8	B = 60% M = 20%	4506	2163	221	81	901	2406	1037	81	4425	14,230
—	—	Menses alatt	—	4.943,000	7,240	95.2	57.6	40.2	2.2	2.8	37	47.8	11.2	1.2	296.6	B = 100% M = 80%	4170	2910	159	117	1543	1993	467	50	4111	12,401

III. tábla.

Vérvizsgálatok terheseken.

1	—	B. J., IP. Grav. M. IX—X.	—	4.000,000	8,800	60	72	26	2	4	40	52	4	—	279	—	6336	2288	166	253	2534	3295	254	—	6083	17,677
2	—	B. J., IP. Grav. M. IX—X.	—	3.112,000	10,500	76	70	27	3	4	70	24	2	—	253	—	7350	2835	315	294	5145	1764	147	—	7056	18,596
3	—	T. M., IP. Grav. M. VII—VIII.	—	5.248,000	7,400	86	69	30	1	2	15	62	20	1	329	B	5106	2220	74	102	766	3166	1021	51	5106	16,799
4	—	M.-né, III.P. Grav. M. VIII.	—	4.736,000	7,300	76	70	29	1	3	23	56	16	2	318	B	5110	2117	73	153	1175	2862	818	102	4957	16,250
5	—	K. V., IP. Grav. M. VI—VII.	—	4.248,000	8,000	86	80	20	—	6	32	56	6	—	294	M	6400	1600	—	384	2048	3584	384	—	6016	18,816
6	—	B. R., IP. Grav. M. X.	—	4.304,000	4,500	90	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
7	—	Cs. R., IIP. Grav. M. X.	—	4.656,000	11,700	96	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
8	—	B. G., IP. Grav. M. X.	—	5.160,000	8,500	90	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
9	—	L. J., IP. Grav. M. VIII—IX.	—	4.072,000	10,400	94	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
10	—	F. P., IP. Grav. M. IX—X.	—	4.172,000	9,300	93	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	Átlag (5 esetből)	—	4.370,000	8,640	84.7	72.2	26.4	1.4	3.8	36	50	9.6	0.6	294.6	B = 40% M = 20%	6238	2281	121	237	2246	3119	549	37	6001	18,376

V. tábla.

Vérvizsgálatok könnyű gyermekági lázas folyamatokban.

A quantitativ vérkép							A qualitativ-neutrophil vérkép és magszámok																															
Esetszám	Fejlap-szám	N é v	Vizsgálat ideje	Vörös-vérsejtek	Fehér-vérsejtek	Haemo-globin	relativ % számai										absolut = 1 cm ³ vérrre vonatkozó számai																					
							N	L	E	I	II	III	IV	V	M	D	N	L	E	I	II	III	IV	V	Polynuclearisok	M												
1	1345/1267 1906.	B. A.-né. Lázas táglás, halott magzat perforatiója. 5 napon át lázas; búzös folyás, lepedékes hüvely-gátseb.	III. nap, 38'4 C° d. u. 6 ó.	3.132,000	59,600	38	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
			III. nap, 38'4 C° d. u. 9. ó.	—	55,000	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
			V. nap, d. u. 6 ó.	3.416,000	38,000	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
			V. " " " 9 "	3.200,000	31,800	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	1725/1587 1907.	Ó. M. Lázas kitolás, üregi fogómitét. Lepedékes sebek, 9 napon át lázas.	VII. nap, 39 C° — P. 100.	3.564,000	8,900	88	83	15	2	13	76	11	—	—	203	—	7,387	1335	178	960	5614	813	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6,427	14,996			
3	503/461 1908.	B. T. Lázas, farfekvéses szülés, lues; 13 napon át lázas; lochiában streptococcusok; lepedékes hüvely-gátseb. Wassermann positiv.	VI. nap, 39 C° — P. 108.	4.288,000	11,400	78	77	22	1	10	62	27	1	—	232	B	8,778	2508	114	878	5442	2370	88	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7,900	20,365				
			X. nap, 38'8 C° — P. 92.	3.448,000	12,100	73	73	26	1	6	57	35	2	—	257	—	—	—	8,833	3146	121	530	5035	3091	177	—	—	—	—	—	—	—	—	8,303	22,701			
4	1741/07.	M. Gy.-né Gemelli; extractio; lochi-metra. Elgenyedt paravaginalis haematoma. 7 napon át lázas.	XII.	2.264,000	11,200	56	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
			XXX.	2.912,000	7,500	61	63	34	3	—	34	61	5	—	278	B	—	—	4,725	2550	225	—	1607	2882	236	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4,725	13,136		
5	708/705 1908.	M. A. Lepevékes hüvely-gátseb. 14 napon át lázas. Két hidegrázás.	X.	3.568,000	9,800	78	71	28	1	—	11	66	21	2	334	—	6,958	2744	98	—	766	4592	1461	132	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6,958	23,240			
6	920/845 1908.	Sz. A. 1—4 napon át lázas. Egy hidegrázás.	IV.	4.456,000	13,600	76	74	19	7	—	36	56	7	1	293	—	10,064	2584	952	—	3623	5635	705	101	—	—	—	—	—	—	—	—	—	10,064	29,588			
7	1921/1789 1908.	W. A. Lepevékes sebek. 4 napon át lázas. Vérben haemolysis nem okozó streptococcusok.	II. nap, 39'2 C° — P. 120.	3.976,000	9,700	80	84	16	—	—	39	52	8	1	278	—	8,148	1552	—	—	3178	4237	652	81	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8,148	22,651			
8	113/09.	Ny. V. Lepevékes sebek. 13 napon át lázas.	XII. nap, 38'3 C° — P. 104.	4.488,000	9,600	92	63	37	—	3	20	58	18	1	322	MB	6,048	3552	—	181	1210	3508	1089	60	—	—	—	—	—	—	—	—	5,867	19,476				
			XXVII.	4.672,000	7,400	96	71	27	2	—	5	63	29	3	355	MB	—	—	5,254	1998	148	—	263	3310	1524	157	—	—	—	—	—	—	—	—	5,254	18,652		
9	1814/08. 140/09.	K. M. Lepevékes sebek. 14 napon át lázas.	XII.	3.664,000	12,500	86	80	19	1	2	33	55	10	—	286	—	10,000	2375	125	200	3300	5500	1000	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9,800	28,600		

Esetszám	A quantitativ vérkép						A qualitativ-neutrophil vérkép és magszámok																																	
	Fejlap-szám	N é v	Vizsgálat ideje	Vörös-vérsejtek	Fehér-vérsejtek	Haemoglobin	relativ = % számai										absolut = 1 cm ³ vérre vonatkozó számjai																							
							N	L	E	I.	II.	III.	IV.	V.	M	D	N	L	E	I.	II.	III.	IV.	V.	Polynuclearisok	M														
1	1344/06.	A. A. Szülés (lázás) befejezése perforatóival, 46 napig lázas. Pyometra. 245 mgm. corrosiv	VIII. nap XVII. nap	4.136,000	25,000	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
				4.595,000	36,000	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	1640/07.	F. J.-né A gyermekági V. napjától kezdve 65 napon át lázas; sok borzongás. A 65. napon exsudatum-nyitás Poupert föltti metszéssel. Genyben streptococcusok. Pyaemia. 8 mgm. corr. intraven.	XVII. nap 39:5-116 XVIII. nap XX. nap XXIV. nap XLI. nap 38:9-96 LII. nap LXIX. nap LXXII. nap XC. nap	3.888,000	15,100	70	81	18	1	1	41	45	11	2	288	—	12,231	2718	151	122	5015	5504	1345	245	12,109	35,245														
				3.712,000	13,000	71	80	18	2	4	44	34	15	3	294	—	10,400	2340	260	416	4576	3536	1560	312	9,984	30,576														
3	348/333 1908.	Sp. G. Abortusbefejezés, ruptura uteri incomp. 9 napon át lázas. 38 mgm. c. intraven.	I. nap borzongás után II. nap IV. nap VII. nap IX. nap XIII. nap	3.984,000	9,400	85	82	16	2	2	55	40	3	—	267	M	7,708	1504	188	154	4240	3083	231	—	7,554	19,580														
				3.976,000	6,000	84	88	12	—	—	18	70	12	—	—	—	204	MB	5,280	720	—	950	3696	634	—	—	4,330	10,771												
4	467/483 1908.	K. J.-né. Abortus befejezése curette-tel. Hidegrázások. 12 mgm. c. intraven.	I. nap hidegrázás után 40:1-124	3.712,000	10,600	72	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
				3.672,000	10,600	72	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5	580/601 1908.	Sz. M. Lázás szülés. 11 napon át állandó magas láz. Sepsis. 22 mgm. c. intraven.	III. nap 39:4-112 VIII. nap 39:3-100	3.984,000	9,400	85	82	16	2	2	55	40	3	—	267	M	7,708	1504	188	154	4240	3083	231	—	7,554	19,580														
				3.736,000	4,900	78	74	25	1	5	33	53	9	—	280	Türk	3,626	1225	49	181	1197	1922	326	—	3,445	10,133														
6	755/694 1908.	Sz. Gy.-né. Placenta praevia, lepényleválasztás. Atonia, anaemia maj. gradus. 12 napon át lázas. Lochiában streptococcusok. 65 mgm. c. intraven.	XIII. nap	3.976,000	6,000	84	88	12	—	—	18	70	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
				3.736,000	4,900	78	74	25	1	5	33	53	9	—	280	Türk	3,626	1225	49	181	1197	1922	326	—	3,445	10,133														
7	971/892 1908.	N. I. VII-XVII. nap lázas, sok hidegrázás. Vérelet negatív. Pyaemia. 135 mgm. c. intraven.	IX. nap d. e. 10 ó. " " d. u. 6 ó. hidegráz. 41:2-160 IX. nap d. u. 12 ó. XIV. nap	4.304,000	11,100	73	84	16	—	4	23	56	13	4	307	B	9,324	1776	—	373	2145	5221	1212	373	8,951	28,625														
				3.786,000	5,600	70	89	11	—	4	30	54	10	2	293	—	4,984	616	—	199	1495	2691	499	100	4,785	14,203														
7	971/892 1908.	N. I. VII-XVII. nap lázas, sok hidegrázás. Vérelet negatív. Pyaemia. 135 mgm. c. intraven.	IX. nap d. u. 12 ó. XIV. nap	3.858,000	5,600	66	78	21	1	—	27	60	6	1	287	B	4,368	1176	56	262	1179	2621	262	44	4,106	12,536														
				3.817,000	7,650	60	62	33	5	3	27	58	10	2	306	MB	4,742	2525	383	142	1280	2751	474	95	4,600	14,510														

A quantitativ vérkép						A qualitativ-neutrophil vérkép és magszámok																					
Esetszám	Fejlap-szám	N é v	Vizsgálat ideje	Vörös-vérsejtek	Fehér-vérsejtek	Haemoglobin	relativ = % számai										absolut = 1 cm ³ vérre vonatkozó számai										
							N	L	E	I.	II.	III.	IV.	V.	M	D	N	L	E	I.	II.	III.	IV.	V.	Polynuclea-risok	M	
8	1438/1337 1908.	F. M., Eklampsia, üregi fogó. A IX. naptól a XXIV-ig lázás, állandóan 39° C. fölött 40 mgm. c. intraven.	XXI. napon 40° C., 148 P.	2.176,000	14,000	36	82	18	—	8	48	41	3	—	258	MB	11,480	2520	—	918	5510	4,707	345	—	10,562	27,439	
			XXIII. napon 39° C., 120 P.	1.964,000	9,600	36	79	20	1	6	36	56	2	—	274	B	7,584	1920	96	455	2730	4,247	152	—	7,129	20,780	
			XXIV. napon 36-8° C., 108 P.	1.736,000	10,900	36	77	21	2	3	19	70	8	—	290	—	8,393	2289	218	252	1595	5,895	671	—	8,141	24,340	
			XXVI. napon 37° C., 96 P.	2.156,000	10,600	46	72	26	2	3	23	64	9	1	302	B	7,632	2756	212	229	1755	4,885	687	76	7,403	23,049	
			XXXV. napon	3.048,000	9,600	56	77	20	3	2	26	65	7	—	298	B	7,392	1920	288	148	1922	4,805	517	—	7,244	21,998	
9	1691/1578 1908.	K. M.-né, Abortus utáni gyer- mekágy első 6 napja lázás. 37 mgm. c. intraven.	VI. nap hideg- rázás után 40-1° C.	4.896,000	13,200	86	77	23	—	16	77	7	—	312	—	10,164	3036	—	—	1626	7,826	712	—	10,164	31,712		
10	1744/1625 1908.	B. J.-né, Lázás abortus befejezés után XV napig lázas. Vérben haemolysist okozó streptococcusok. 109 mgm. c. intraven.	III. napon	1.640,000	19,900	24	84	16	—	5	40	50	5	—	267	B	16,716	3184	—	836	6686	8,358	836	—	15,880	44,631	
			VII. napon	1.744,000	22,400	21	72	27	1	3	25	64	8	—	286	B	16,128	6048	224	484	4032	10,322	1280	—	15,644	46,026	
			X. napon	1.400,000	29,000	20	66	33	1	3	25	64	8	—	286	B	19,140	9570	290	574	4785	12,250	1531	—	15,566	54,740	
			XX. napon	1.276,000	17,500	20	81	18	1	—	8	63	28	1	342	Türk B	14,175	3150	175	—	1134	8,930	3969	142	14,175	48,479	
			XXXII. napon	2.112,000	9,900	29	67	29	4	—	8	63	26	3	350	B	6,633	2871	396	—	531	4,179	1724	192	6,633	23,216	
XXXVII. napon	2.576,000	9,400	35	63	30	7	—	4	62	30	4	354	MB	5,922	2820	658	—	236	3,672	1777	237	5,922	20,964				
11	1284/1705 1908.	L. A., Cotyledo retentio. III— XIX. napig lázas. A vérben mérsékelt haemolytikus strepto- coccusok. 54 mgm. c. intraven.	XVI. napon 38° C., 128 P.	1.452,000	10,300	25	78	21	1	1	27	64	8	—	289	MB	8,034	2163	103	80	2169	5,142	643	—	7,954	23,218	
			XX. napon	1.410,000	11,000	23	75	22	3	—	22	63	15	—	315	Türk M	8,250	2420	330	—	1815	5,198	1237	—	8,250	25,988	
			XXXIX.	2.936,000	6,300	36	52	43	5	—	9	61	29	1	342	MB	3,276	2709	315	—	295	1,998	950	33	3,276	11,204	
12	1114/1032 1908.	F. B.-né, Lázás kitolás; halott magzat perforatiója. 24 napon át állandóan magas lázak. Vérletet: 0. Lapedékes hüvely- gátseb. 47 mgm. c. intraven.	XVI. napon 38-1° C., 132 P.	1.962,000	6,300	36	74	25	1	—	33	57	7	3	307	—	4,662	1575	63	—	1539	2,657	326	140	4,662	14,312	
13	1941/1807 1908.	H. Gy.-né, Retentio chorii. 3 napon át magas lázak. Vérben haemolytikus streptococcusok. 12 mgm. c. intraven.	II. napon 39-1° C., 144 P.	3.968,000	10,500	76	89	11	—	6	21	62	10	1	298	M	9,345	1155	—	561	1962	5,794	935	93	8,784	17,848	
14	326/1909.	G. J.-né, 39 napon át lázas, sok hidegrázás. Pyaemia. 45 mgm. c. intraven.	XIV. napon hideg- lelés után 40-9° C., 124 P.	4.520,000	4,800	64	85	15	—	7	40	50	2	1	282	M	4,080	720	—	286	1632	2,040	81	41	3,794	11,506	
			XXIII. napon	2.870,000	8,700	51	81	18	1	5	40	50	4	1	275	M	7,047	1566	89	352	2819	3,524	282	70	6,695	19,379	
			XXIV. napon	—	8,900	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
			XXVI. napon 39-5° C., 120 P.	—	9,100	—	79	21	—	2	31	50	13	4	296	MB	7,189	1911	—	144	2229	3,594	935	287	7,045	21,279	
			XXXI. napon	1.904,000	6,400	40	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
XLII. napon	3.800,000	7,700	49	68	32	—	2	30	58	9	1	292	M	5,236	2464	—	105	1571	3,037	471	52	5,131	15,289				
LII. napon	3.696,000	9,600	59	62	34	4	—	19	62	14	5	317	MB	5,952	3264	384	—	1131	3,690	836	298	5,952	18,868				

Esetszám	A kvantitatív vérkép						A qualitativ-neutrophil vérkép és magszámok																					
	Fejlap-szám	N é v	Vizsgálat ideje	Vörösvérsejtek	Fehérvérsejtek	Haemoglobín	relativ = % számai										absolut = 1 cm ³ vérre vonatkozó számai											
							N	L	E	I.	II.	III.	IV.	V.	M	D	N	L	E	I.	II.	III.	IV.	V.	Polynuclearisok	M		
1	261/482 1907.	H. M. Lázas táguulás. Halott magzat perforatiója. Lepényleválasztás, 63 hidegrázás. XX. nap laparotomia. XLIII. nap mellkas-punctio. XLVIII. nap. exitus. 58 mgm c. intraven. Pyaemia.	16. napon	1.676,000	12,100	45	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
			27. napon	922,000	10,700	31	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	513/07.	B. B.-né. Lázas abortus. 27 hidegrázás. Exsud. param. l. dex; incisio a 16. napon; genyben staphylococc. Exitus a 26. napon. 32 mgm c. intraven. Pyaemia.	5. napon	4.328,000	14,400	60	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
			23. napon	2.032,000	6,000	40	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3	1085/07.	P. O. Artificialis abortus befejezés 39.8 C° mellett. 50 hidegrázás. Phlegmasia a 17. napon. Tonsillitis gangraenosa a 48. napon. Exitus a 63. napon. 17 mgm c. intraven. Bomlott vizeletszagú vér. Pyaemia.	62. napon	996,000	11,900	15	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
4	1383/1278 1907.	V. S.-né. Abortus artificialis, ruptura uteri incompleta, folytonosan lázas; 32 hidegrázás. XVI. nap pleuritis exsudativa. 17. nap borda-resectio. Exitus a 25. napon. Pyaemia.	9. napon	3.584,000	19,500	62	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
			14. napon	2.608,000	14,300	50	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
			18. napon	2.408,000	4,400	56	98	2	—	30	54	13	2	1	205	MB	4,312	88	—	1294	2328	561	86	43	3018	8,840	—	—
			Éjjel 3 hidegrázás. Hő 41.2																									
			19. napon reggel	1.720,000	6,400	40	52	48	—	22	56	16	6	—	217	MB	3,328	3072	—	732	1864	532	200	—	2596	7,222	—	—
			19. napon este	2.372,000	7,200	46	75	25	—	5	54	32	7	2	252	MB Türk	5,400	1800	—	270	2916	1728	378	108	5130	13,608	—	—
			20. napon	2.428,000	3,100	50	70	28	2	33	50	17	—	—	191	"	2,170	868	62	716	1085	369	—	—	1454	4,145	—	—
			21. napon	2.016,000	8,900	49	87	8	5	23	45	22	8	2	242	"	7,743	712	445	1780	3484	1704	620	155	5963	18,738	—	—
23. napon	1.820,000	6,500	36	84	16	—	27	48	23	1	1	217	"	5,460	1040	—	1474	2621	1256	55	54	3986	11,848	—	—			
24. napon reggel	1.756,000	9,400	28	81	18	1	13	64	16	5	2	237	"	7,614	1692	94	990	4873	1218	381	152	6624	18,045	—	—			
24. napon este	1.640,000	12,900	28	82	16	2	21	47	28	3	1	232	"	10,578	2064	258	2221	4972	2962	317	106	8357	24,541	—	—			

Esetszám	Fejlap- szám	N é v	Vizsgálat ideje	Vörös- vérszám	Fehér- vérszám	Haemo- globin %	A qualitativ-neutrophil vérkép és magszámok																			
							relativ = % számok													absolut = 1 cm ³ vérre vonatkozó számok						
							N	L	E	I.	II.	III.	IV.	V.	M	D	N	L	E	I.	II.	III.	IV.	V.	Polynuclea- risok	M
5	1400/07.	K. L.-né. Abortus arteficialis. Perito- nitis septica. Exitus a 13. napon. 12 mgm c. intraven.	5. napon	5.024,000	11,500	105	82	17	1	36	51	13	—	—	187	Türk	9,430	1955	115	3395	4809	1226	—	—	6,035	17,637
			10. napon	4.420,000	13,675	104	91	8	1	41	51	8	—	—	179	"	12,444	1094	137	6102	6346	996	—	—	7,964	22,275
6	401/08.	H. D.-né. Sepsis puerperalis. Exitus a XII. napon. 20 mgm c. intraven.	8. napon	4.704,000	2,600	73	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
			10. napon	4.224,000	2,800	72	87	13	—	10	50	38	2	—	242	Türk	2,436	364	—	243	1218	926	49	—	2,193	5,895
			12. napon	3.776,000	3,100	68	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
7	—	M. S.-né. Peritonitis septica. Exitus a 14. napon.	9. napon	2.916,000	11,300	72	74	25	1	4	50	44	2	—	262	Türk	8,362	2825	113	335	4181	3679	167	—	8,327	21,908
			13. napon	3.120,000	9,400	68	85	15	—	8	55	34	3	—	245	"	7,990	1410	—	639	4394	2717	240	—	7,351	19,576
8	1630/08.	P. M.-né. Abortus arteficialis. Foudro- yans sepsis. Exitus a IV. napon.	3. napon 37·5—140	5.008,000	12,300	106	90	10	—	12	43	43	2	—	258	Türk	11,070	1230	—	1328	4760	4760	222	—	9,742	28,561
9	1798/1681 1908.	G. K.-né. Hydro- kephalos. Ruptura uteri incompl. Lázás. I. borzongás. XI. napon thrombus-le- válás, elvérzés. Vér- ben staphylococ- cusok. 18 mgm c. intraven.	5. napon 38·5—116]	3.472,000	5,900	62	80	19	1	6	50	42	2	—	248	MB	4,720	1121	59	283	2360	1983	94	—	4,437	11,706
			7. napon 38·2—104	3.240,000	10,800	63	85	15	—	3	45	51	1	—	264	MT	9,180	1620	—	275	4131	4682	92	—	8,905	24,235
			9. napon 38·2—88	3.140,000	11,400	63	88	12	—	5	50	44	1	—	268	M	10,032	1368	—	502	5016	4414	100	—	9,530	26,886
10	408/09.	G. M. Ruptura uteri completa. Perforatio, tamponade. Septico- pyaemia. Pleuritis purul. Bordaresectio, peritonitis.	10. napon	3.448,000	14,900	56	78	22	—	11	34	50	5	—	270	—	11,622	3278	—	1278	3952	5811	581	—	10,344	31,379
			25. napon	2.896,000	9,600	44	76	24	—	19	48	28	4	1	249	MB	7.296	2304	—	1386	3502	2043	292	73	5,910	18,167
11	460/425 1909.	T. E. Eklampsia sub partu. Méhszájtági- tás, expressio foetus A + B. Sepsis puer- peralis. Exitus a III. napon.	1. napon	2.912,000	9,600	57	93	7	—	9	54	35	2	—	246	MB Mag- vas vörös- vérszámok	8,928	672	—	803	4821	3125	179	—	8,125	21,963

A quantitativ vérkép							A qualitativ-neutrophil vérkép és magszámok																					
Esetszám	Fejlap-szám	N é v	Vizsgálat ideje	Vörös-vérsejtek	Fehér-vérsejtek	Haemoglobín	relativ = % számai										absolut = 1 cm ³ vére vonatkozó számai											
							N	L	E	I.	II.	III.	IV.	V.	M	D	N	L	E	I.	II.	III.	IV.	V.	Polynuclearisok	M		
12	462/09.	B. I.-né. Lázás kitolás. Üregi fogómlét. Sepsis puerperalis et mania + amentia. Exitus a XII. napon. 13 mgm c. intraven.	9. napon	4.288,000	19,900	84	87	13	—	4	46	41	7	2	264	MB	17,313	2587	—	693	7964	7098	1212	346	16,620	45,606		
13	727/09.	Á.T. Atonia, anaemia maj. grad. Lepényleválasztás. Sepsis puerperalis. Exitus a IX. napon.	7. napon	2.224,000	11,500	45	66	32	2	12	58	28	2	—	233	MT	7,590	3680	230	911	4402	2125	152	—	6,679	17,685		
14	872/803 1909.	S. S.-né. Sepsis puerperalis. Nephritis. 14 mgm c. intraven. Exitus a IV. napon.	3. napon	5.200,000	5,400	110	91	9	—	18	66	16	—	—	210	MT	4,914	486	—	885	3243	786	—	—	4,029	10,319		
15	379/352 1909.	H. J.-né. Pyaemia puerperalis. Lázás kitolás, bűzös magzatvíz. Lepényleválasztás. Atonia majoris gradus. 9 hidegrázás. 30 mgm c. intraven. † XI. napon.	8. napon d. e.	2.492,000	8,600	62	91	9	—	12	57	29	2	—	245	M	7,826	774	—	939	4461	2270	156	—	6,687	19,174		
			8. napon este hidegrázás után	—	9,900	—	93	7	—	14	51	34	1	—	256	—	—	—	9,207	693	—	1289	4696	3130	92	—	7,918	23,570
			9. napon	—	10,800	—	83	17	—	20	61	17	2	—	215	B	—	—	8,964	1836	—	1793	5468	1524	179	—	7,171	19,273
16	974/09.	F. F.-né. Sepsis puerperalis. Nephritis. Exitus a XXIV. napon.	17. napon 40·0—128	4.608,000	2,900	76	75	25	—	12	64	22	2	—	237	MBT	2,175	725	—	273	1456	501	45	—	2,202	5,392		
			19. napon 40·1—120	—	2,600	—	58	42	—	14	64	22	—	—	230	„	—	—	1,508	1092	—	211	965	332	—	—	1,297	3,468
			21. napon 39·4—120	3.832,000	2,170	70	74	26	—	16	64	19	1	—	226	„	—	—	1,608	564	—	257	1028	305	16	—	1,349	3,630
			23. napon 40·6—144 20 órával exitus előtt	3.448,000	3,510	70	75	25	—	18	60	21	1	—	226	„	—	—	2,632	878	—	474	1579	553	26	—	2,158	5,948

Esetszám	Fejlap-szám	N é v	Vizsgálat ideje	Vörös- vérszám	Fehér- vérszám	Haemo- globin %	A qualitativ-neutrophil vérkép és magszámok															Polynuclea- risok	M				
							relativ = % számai								absolut = 1 cm ³ vérre vonatkozó számok												
							N	L	E	I	II	III	IV	V	M	D	N	L	E	I	II			III	IV	V	
1	113/07.	W. A.-né. Pyosalpinx lat. utrque. tbc. Exsud. parametr. Laparotomia, vag. incisio.	április 2	—	12,900	78																					
2	196/07.	Özv. K. J.-né. Hydrosalpinx l. utrque. Laparotomia.	május 16	4.624,000	5,800	90																					
3	316/07.	B. J.-né. Tumor adnex. l. dextr. Felszívó kezelés.	—	4.528,000	7,900	78																					
4	349/07.	V. K. Tumor adnex. l. dextr. Tbc.	november 10	4.064,000	7,400	92	60	38	2	2	41	39	16	2	284	—	4440	2812	148	89	1820	1732	710	89	4351	12,610	
5	371/07.	E. Gy.-né. Tumor adnex. lat. sin. Felszívó kezelés.	—	3.752,000	8,200	79																					
6	373/07.	L. K. Hydrosalpinx lat. utrque. Laparotomia.	márczius 7	3.152,000	8,700	75																					
7	41/08.	Z. J.-né. Tumor adnex. lat. sin. tbc. Pirquet- Detre tardiv reactio.	—	3.008,000	11,500	44																					
8	116/08.	K. K.-né. Hydrosalpinx lat. sin. Laparotomia.	márczius 15	3.528,000	6,900	80	63	32	5	6	35	48	11	—	273	B	4347	2208	345	261	1521	2087	478	—	4086	11,867	
9	119/08.	Özv. B. M.-né. Tumor adnex. lat. sin. Pyometra.	—	4.360,000	7,100	94	85	14	1	1	42	51	4	2	264	B	6035	994	71	60	2535	3078	241	121	5975	15,932	
10	260/07.	C. F.-né. Graviditas extra- uterina M III—IV. Salpingitis puru- lenta. Laparotomia.	október 17 november 5	3.616,000 3.708,000	7,400 5,600	70 70																					

A. tábla.

Vérvizsgálatok exsudatum eseteiben.

Esetszám	Fejlap- szám	N é v	Vizsgálat ideje	Vörös- vérszám	Fehér- vérszám	Haemo- globin %	A qualitativ-neutrophil vérkép és magyszámok																			
							relativ = % számai										absolut = 1 cm ³ vérre vonatkozó számai									
							N	L	E	I.	II.	III.	IV.	V.	M	D	N	L	E	I.	II.	III.	IV.	V.	Polynuclea- risok	M
1	25/07.	V. I.-né. Exsud. param. I. sin. Jan. 19. Incisióra sok geny; genyben streptococcusok.	január 15	2.428,000	9,500	38	69	28	3	—	29	50	20	1	312	—	6,555	2660	285	—	1901	3277	1311	66	6,555	20,452
2	37/07.	K. Zs.-né. Exsud. param. I. sin. Felszívó kezelés.	január 23	4.600,000	22,700	90	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3	108/07.	W. A.-né. Exsud. Cemen- titis. Felszívó kezelés.	április 23 május 1	4.608,000 —	18,600 12,250	75 80	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
4	119/07.	Sz. I. Exsud. param. Felszívó kezelés.	—	4.872,000	9,600	80	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5	145/07.	R. H.-né. Exsud. param. Felszívó kezelés.	—	5.544,000	9,000	105	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6	149/07.	N. I.-né. Exsud. param. I. sin. Felszívó kezelés.	—	5.336,000	12,700	70	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
7	235/07.	F. A.-né. Exsud. param. I. dextr. Felszívó kezelés.	—	—	8,200	65	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
8	323/07.	F. N.-né. Exsud. param. Decz. 5. Vagin. incisióra sok geny.	november 17 december 5	3.672,000 3.328,000	16,875 13,100	76 70	80	18	2	3	24	56	16	1	307	—	13,500	3038	337	405	3240	7560	2160	135	13,095	41,445
9	334/07.	A. I.-né. Exsud. param. I. dextr. Nov. 4. Vagin. incisióra sok geny.	november 1 november 7 november 25	3.248,000 4.528,000 3.814,000	18,000 10,000 8,500	76 73 72	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
10	18/08.	Sz. L.-né. Exsud. param. Felszívó kezelés.	—	4.080,000	6,600	82	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
11	73/08.	G. J.-né. Exsud. param. I. sin. Pirquet. tbc. positiv.	február 14 márczius 13 április 18	3.832,000 3.864,000 3.512,000	12,875 14,300 11,680	65 71 63	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
12	—	N. N. dr. leánya. Exud. param. Áttörés a végbélbe.	julius 13	4.768,000	12,900	75	79	19	2	1	28	60	10	1	296	—	10,191	2451	258	102	2853	6115	1019	102	10,089	30,165
13	115/08.	B. A. Exsud. param. Tumor adnex. Felszívó kezelés.	márczius 16 május 6 május 13 május 22	4.296,000 3.640,000 3.472,000 3.620,000	7,900 5,800 8,300 7,700	60 59 63 67	74	23	3	2	23	67	7	1	304	M	5,846	1817	237	117	1462	3917	409	58	5,729	17,772
							65	34	1	3	44	50	3	—	279	M	3,770	1972	58	113	1659	1885	113	—	3,657	10,218
							72	28	—	3	32	55	10	—	295	MB	5,976	2324	—	179	1912	3287	598	—	5,797	17,529
							62	36	2	—	4	67	29	—	345	—	4,774	2772	154	—	191	3199	1384	—	4,774	16,470
14	112/09.	H. F. né. Exsud. param. Incisióra sok geny. Márcz. 26.	márczius 26 márczius 28	4.480,000 —	20,100 9,100	92 —	90	10	—	3	70	26	4	—	249	M	18,090	2010	—	543	12663	4703	181	—	17,547	45,044
							73	25	2	2	54	41	3	—	267	MB	6,643	2275	182	133	3587	2724	199	—	6,510	17,737
15	38/09.	Özv. V. Gy.-né. Exsud. par. Incisióra geny nem ürül.	február 1	3.160,000	5,400	68	61	32	7	2	29	59	9	1	289	M	3,294	1728	378	66	955	1944	296	33	3,228	9,520

A kvantitatív vérkép							A kvalitatív-neutrophil vérkép és magszámok																				
Esetszám	Fejlap-szám	N é v	Vizsgálat ideje	Vörös-vérsejtek	Fehér-vérsejtek	Haemoglobin	relativ = % számai										absolut = 1 cm ³ vére vonatkozó számai										
							N	L	E	I.	II.	III.	IV.	V.	M	D	N	L	E	I.	II.	III.	IV.	V.	Polynuclearisok	M	
13	37/08.	Cs. I.-né. Myoma corp. uteri, jan. 26. <i>Exitus; myodegeneratio.</i>	január 20. <i>Explorativ curette.</i>	2.320,000	7,900	24	77	23	—	—	27	67	6	—	279	—	6,083	1817	—	—	1642	4076	365	—	6,083	16,972	
			január 25.	2.716,000	20,000	30	87	13	—	—	16	73	11	—	305	—	17,400	2600	—	—	2784	12702	1914	—	17,400	53,070	
14	58/08.	V. S.-né. Myoma submuc. corp. uteri.	január 16.	4.976,000	8,500	90	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
15	98/08.	V. J.-né. Polypus fibrosus in vag. propendens.	február 29.	2.328,000	5,400	31	52	46	2	1	36	62	1	—	261	—	2,808	2484	108	28	1011	1741	28	—	2,780	7,329	
			márczius 9.	3.096,000	6,000	40	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
			márczius 18.	3.552,000	3,660	35	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
16	85/08.	Özv. T. K.-né. Myoma corporis uteri.	február 19.	4.322,000	9,000	64	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
			február 22.	3.352,000	10,000	59	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
			márczius 4.	3.384,000	7,500	45	62	37	1	3	28	14	5	—	278	—	4,650	2775	75	139	1302	2966	263	—	4,511	12,927	
			márczius 11.	3.440,000	9,700	43	65	33	2	6	40	49	5	—	272	—	6,305	3201	194	378	2522	3090	315	—	5,927	17,150	
			márczius 19.	3.272,000	6,200	34	63	32	5	5	32	54	6	3	280	M	3,906	1984	310	195	1250	2109	235	117	3,710	10,937	
márczius 28.	3.180,000	7,200	44	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
17	95/08.	T. K.-né. Myoma corporis uteri.	február 29.	3.320,000	7,400	88	66	30	4	4	49	45	2	—	265	—	4,884	2220	296	195	2393	2198	98	—	4,689	12,943	
18	104/08.	Sz. I.-né. Myoma corporis uteri.	—	4.888,000	9,000	92	58	38	4	1	28	56	15	—	290	—	5,220	3420	360	52	1462	2923	783	—	5,168	15,138	
19	102/08.	P. J.-né. Myoma multiplex corp. uteri.	márczius 6.	4.008,000	5,700	95	71	29	—	3	40	52	5	—	274	—	4,047	1653	—	121	1619	2105	202	—	3,926	11,089	
20	128/08.	F. Gy.-né. Myoma multiplex corporis uteri et cysta ovarii.	márczius 29.	3.600,000	5,800	67	58	37	5	3	58	35	4	—	245	B	3,364	2146	290	101	1951	1177	135	—	3,263	8,242	
			április 27.	2.352,000	5,300	55	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
			május 8.	2.860,000	4,600	57	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
21	130/08.	F. M.-né. Myoma corporis uteri.	Műtét előtt	4.504,000	6,000	72	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
			4 nappal a műtét után	4.016,000	5,700	76	70	28	2	5	30	60	5	—	270	M	3,990	1596	114	199	1197	2394	200	—	3,791	9,773	
22	—	M.-né. Myoma corp. uteri.	julius 18.	3.872,000	8,900	38	65	32	3	—	22	60	16	2	292	B	5,785	2848	267	—	1273	3471	925	116	5,785	16,892	
23	—	A. n. Fibromyoma corp. uteri.	—	5.008,000	9,450	76	55	41	4	—	7	59	30	4	332	BM	5,198	3874	378	—	364	3067	1559	208	5,198	17,257	
24	151/08.	S. J.-né. Myoma corporis uteri.	márczius 19.	3.416,000	9,800	58	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
			márczius 28.	3.480,000	7,100	55	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
			április 5.	3.464,000	6,800	56	83	17	—	13	73	14	—	—	201	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
25	161/08.	D.-né. Myoma corp. uteri et cysta ovarii.	április 23.	4.072,000	4,500	65	62	35	3	6	40	49	5	—	262	—	2,790	1575	135	167	1116	1367	140	—	2,623	7,310	
26	208/08.	B. M. Myoma corp. uteri.	—	3.176,000	7,100	82	82	17	1	6	33	50	11	—	278	B	5,822	1207	71	349	1921	2911	64	—	5,473	16,185	
27	—	S. M. Myoma corp. uteri.	—	2.892,000	7,900	31	78	20	2	—	4	54	36	6	347	MB	6,162	1580	158	—	246	3328	2218	370	6,162	21,382	
28	119/09.	Özv. K. D.-né. Myoma corp. uteri.	márczius 26.	7.438,000	16,700	140	91	9	—	4	51	41	4	—	256	B	15,197	1503	—	608	7750	6231	608	—	14,589	38,904	
29	133/09.	Cs. M. Myoma corporis uteri.	márczius 25.	5.440,000	9,000	106	66	34	—	—	34	60	6	—	281	M	5,940	3060	—	—	2020	3564	356	—	5,940	16,691	
30	113/07.	G. I. Fibroma ovarii.	—	4.752,000	5,500	95	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		

XIV. tábla.

Vérvizsgálatok gümőkóros elváltozás eseteiben.

Esetszám	Fejlap-szám	N é v	Vizsgálat ideje	Vörös-vérsejtek	Fehér-vérsejtek	Haemoglobin	A qualitativ-neutrophil vérkép és magszámok																							
							relativ = % számai										absolut = 1 cm ³ vérre vonatkozó számai													
							N	L	E	I.	II.	III.	IV.	V.	M	D	N	L	E	I.	II.	III.	IV.	V.	Polymuclearisok	M				
1	24/1907.	F. E.-né. Peritonitis tbc. et cysta intralig.	január 12.	4.648,000	6,900	84	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	113/1907.	W. A.-né. Pyosalpinx tbc. l. utri- usque. Exsud. param.	április 2.	—	12,900	78	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3	192/1907.	K. T. Abscessus frigidus	—	3.808,000	7,600	60	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
4	201/1907.	N. S.-né. Tbc. genitalium et peri- tonci	junius 22.	—	6,600	80	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5	349/1907.	V. K. Tumor adnex. l. dex. tbc.	november 10.	4.064,000	7,400	92	60	38	2	2	41	39	16	2	284	—	4,440	2812	148	89	1820	1732	710	89	4,351	13,610				
6	370/1907.	B. G.-né. Abscessus frig. psoas. tbc. pulmonum	—	3.792,000	12,600	67	75	23	2	2	61	34	3	—	264	—	9,450	2898	252	189	5765	3213	283	—	9,261	24,948				
7	393/1907.	D. I.-né. Pyonephrosis l. sin. tbc. Tumor adnex. Cystitis	deczember 26.	3.232,000	10,900	73	72	28	—	11	65	23	1	—	237	—	7,848	3052	—	863	5101	1805	79	—	6,985	18,600				
			február 1.	2.864,000	4,860	50	66	32	2	—	40	47	7	—	278	—	3,208	1555	97	192	1283	1508	225	—	3,016	8,918				
			márczius 11.	2.936,000	12,400	60	85	14	1	4	58	31	7	—	260	B	10,540	1736	124	422	6113	3267	738	—	10,128	27,404				
8	41/1908.	Z. J.-né. Tumor adnex. l. sin. tbc.	—	3.008,000	11,500	44	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
9	219/1908.	Özv. Cs. I.-né. Peritonitis tbc. Cysta ovarum	május 28.	4.240,000	4,400	80	75	24	1	—	16	61	23	—	327	MB	3,300	1056	44	—	528	2013	759	—	3,300	10,891				
			julius 2.	4.456,000	10,100	60	80	20	—	3	40	53	4	—	271	B	8,080	2020	—	243	3232	4282	323	—	7,837	21,897				
10	659/831. 1908.	Sch. M. Osteomyelitis tbc. lázás gyermekágy	junius 22.	3.584,000	9,100	62	73	26	1	9	76	15	—	—	225	—	6,643	2366	91	548	7049	996	—	—	6,045	14,947				

Esetszám	Fejlap- szám	N é v	Vizsgálat ideje	Vörös- vérsejtek	Fehér- vérsejtek	Haemo- globin %	A qualitativ-neutrophil vérkép és magszámok																							
							relativ = % számai														absolut = 1 cm ³ vérre vonatkozó számok									
							N	L	E	I	II	III	IV	V	M	D	N	L	E	I	II	III	IV	V	Polynuclea- risok	M				
1	154/1907.	S. A.-né. Fibromyoma corp. uteri cum degeneratione sarcomatosa	november 9. lázas. Explorativ lapa- rotomia	3.496,000	13,300	65	76	22	2	6	30	49	12	3	303	—	10,108	2926	266	607	3032	4953	1213	303	9,501	30,627				
2	328/1907.	A. A. Ca. ovarii lat. sin. Cysta ov. lat. dextri cum degeneratione carc.	okt. 27. Anasarca. Hydrops. Ascites. Sok punctio	3.562,000	8,800	65	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—				
			1908. február 7. cachexia	3.392,000	28,900	55	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
			február 10. 7 nap- pal halál előtt	3.140,000	29,300	56	93	7	—	6	39	44	10	1	274	—	27,249	2051	—	1635	10627	11990	2720	272	25,614	74,662				
3	348/1907.	özv. G. N.-né. Ca. corporis uteri. op.	november 20. exstirpációba nem egyezik	5.648,000	10,000	94	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—					
4	352/1907.	özv. B. J.-né. Adenocarcinoma corp. uteri operabile	november 18. Wertheim. Pneu- monia †	3.360,000	9,100	87	62	34	4	12	47	39	2	—	246	—	5,642	3094	364	677	2652	2200	113	—	4,965	13,869				
5	388/1907.	R. J.-né. Ca. cervicis inop.	december 25.	3.344,000	8,750	48	66	29	5	6	38	51	5	—	272	—	5,775	2538	437	347	2194	2945	289	—	5,428	15,208				
6	390/1907.	Cs. J.-né. Ca. portionis et cer- vicis op.	Exstirpációba nem egyezik	3.672,000	8,800	64	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—				
7	1/1908.	K. Gy.-né. Ca. ovarii inop. Hydrops ascites	jan. 25. esapolás előtt	4.928,000	8,400	100	75	23	2	—	14	59	19	8	327	—	6,300	1932	168	—	882	3717	1197	504	6,300	20,601				
			jan. 26. esapolás utáni napon	4.432,000	9,700	90	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
			márczius 24.	4.416,000	10,720	97	75	25	—	—	4	60	28	8	340	MT	8,040	2680	—	—	322	4824	2251	643	8,040	27,336				
8	33/1908.	T. P.-né. Ca. recidivans inop. Exsudatum	márczius 19. lázas. Incisio vaginalis	2.512,000	12,800	36	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—				
9	131/1908.	P. G.-né. Ca. cervicis inop.	márczius 31. excochleatio.	4.804,000	8,900	102	81	19	—	2	32	53	13	—	283	—	7,209	1691	—	144	2307	3821	937	—	7,065	20,401				
10	373/1908.	Dr. B. Gy.-né. Ca. portionis et cer- vicis inop. Myoma cor- poris uteri	december 15.	4.744,000	9,400	70	64	34	2	1	8	58	32	2	328	BM	6,016	3196	188	—	481	3489	1925	121	6,016	19,732				
11	37/1909.	H. J.-né. Ca. ovarii lat. dextri inop. cum metastasi- bus lienis, renis.	—	3.747,000	12,800	70	84	14	2	—	18	70	11	1	300	B	10,752	1792	256	—	1935	7526	1183	108	10,752	32,256				
12	114/1909.	M. K.-né. Ca. portionis inop.	április 3.	4.144,000	8,700	75	56	43	1	—	10	69	20	1	326	MB	4,872	3741	87	—	487	3362	974	49	4,872	15,883				
13	134/1909.	özv. Cs. Gy.-né. Ca. portionis inop.	április 3.	4.488,000	8,000	82	69	27	4	3	43	47	6	1	275	MB	5,520	2160	320	166	2374	2594	331	55	5,354	15,180				

az 5 főosztályba. Az alosztályozástól az egyszerűség kedvéért eltekintettem. A Wolff-féle magyszámot 100 neutrophil leukocytá magjainak összegezéséből kapjuk; a hol a mag alakja szalagszerű, $1\frac{1}{2}$ magnak számít.

A női nemiszervek physiologiai változása, a havi tisztulás idején a véreletben a következő elváltozásokat észleltem: a fehérvérsejtek a normális határok közt maradván — ez alatt értve 5000—10,000 számot — mérsékelten szaporodnak; qualitative a neutrophilok, eosinophilok kissé fogynak, a lymphocyták szaporodnak; a neutrophil vérkép mérsékelten balra tolódik, a magyszámok ezzel párhuzamosan fogynak. A fehérvérsejtek számbeli növekedésének a lymphocyták szaporodása az oka. A neutrophil vérkép pedig csak oly módon tolódik balra, hogy azért a III. osztály marad a domináló. Az absolut számok ugyanazokat az elváltozásokat mutatták; a vörösvérsejtek és a vér vastartalma nem változtak. (Lásd II. tábla.)

A terhesek vérvizsgálatai a következő számokat szolgáltatották: (10 asszony). (Lásd III. tábla.)

A vörösvérsejtek száma és a haemoglobin értéke valamivel a rendes alatt van, a fehérvérsejtek kissé szaporodtak. Az észlelt legnagyobb számok: 5.248,000, 11,000, 96^o/_o; a legkisebbek: 3.112,000, 4500, 76^o/_o. A neutrophilok a normális vérhez arányitva relativ és absolut értékben gyarapodtak, a lymphocyták relative fogytak, absolut számuk a rendesnél nagyobb; az eosinophilok relative és absolute fogytak. A neutrophil vérkép mérsékelten balra tolódott. A Wolff-féle magszám csökkent, de absolut értéke, vagyis az egy köbmillimeterben található összes neutrophilok magyszáma a normál vérhez képest emelkedett. Az emelkedés arányos a neutrophilok szaporodásával.

Tehát terhesség alatt a vér főleg annyiban változik, hogy a fehérvérsejtek, illetve a neutrophilok szaporodnak; a szaporodás a fiatal sejtek gyarapodásának következménye; az eosinophilok gyérülnek, a vérkép kissé balra húzódik.

Szülés alatt a vörösvérsejtek mérsékelten szaporodnak, számuk közvetlenül a szülés után a gyarapodásban ugyan visszaesik, de még ekkor is a terhesség vérösszetétele felett áll. A gyermekágyban a vörösvérsejtek száma növekszik és jóval nagyobb lesz a szülés megindulása előtt talált értéknél. A fehérvérsejtek a szülőfájdalmak jelentkezésekor szaporodnak; a fájások erősbödése mind nagyobb leukocytosist hoz létre és ez még a szülés után is fokozódik. Én a legnagyobb értékeket 3—7 órával post partum találtam. Innen kezdve a fehérvérsejtek fokozatosan kevesbednek, a 6—7. gyermekágyi napon a normál számoknak megfelelőek. Lactationál egy esetben észleltünk mérsékelt emelkedést. Hogy a fehérvérsejtek számának emelkedése a fájásokkal van összefüggésben, azt láttuk, midőn művi vetelés megindítása céljából a cervixbe tampon helyezettünk, ez tudniillik fájásokat váltott ki és a fehérvérsejtek szaporodtak; később a fájások elmaradtak és a fehérvérsejtek száma ekkor a rendesre tért vissza. A haemoglobin különös elváltozást nem mutatott. Szülés alatt a neutrophilok úgy százalékos, tehát relativ, mint absolut értékben szaporodnak, a rendes gyermekágyban a fehérvérsejtszám esésével párhuzamosan fogynak. A lymphocyták a szülőfájások alatt relative fogynak, absolut értékben nem változnak. A szülés után közvetlenül mindkét értékben fogynak, még a gyermekágy végén is a terhességi értékek alatt találjuk őket. Az eosinophilok a szülés alatt eltűnnek, a gyermekágyban ismét megjelennek. A neutrophil vérkép balra tolódik. A balratolódás legnagyobb mérvű a szülést követő időben, mikor a fehérvérsejtszámok, valamint a neutrophilok száma a legnagyobb; ebből az következik, hogy az Arneht szerint fiataloknak felvett neutrophilok szaporodnak; a leglátogatottabb osztály a II. A rendes gyermekágyban a neutrophil vérkép újra jobbra tolódik. A Wolff szerinti magyszámok relative estek a balratolódással párhuzamosan, absolute azonban, minthogy 1 köbmillimeterben ekkor sokkalta több a neutrophil leukocytá, számuk is sokkalta nagyobb lett, a vérkép visszatolódásakor relative szaporodtak, absolute fogytak. A Kothe-, Zangemeister-, Ganz-féle egyszerűsített vérképet — ők csak egy- és többmagvú neutrophilokat különböztetnek meg — tekintve, szülés alatt az egymagvúak aránytalanul erősebben gyarapodnak, mint a polynuclearisok. (Lásd IV. tábla.)

Hogy a lázas gyermekágyban a vérkép változását jobban meg-

figyelhessük, könnyebben áttekinthessük, a puerperális folyamatokat 3 osztályba soroltam:

I. Könnyű lázas folyamatok.

II. Súlyos, de gyógyuló lázas folyamatok.

III. Halállal végződő gyermekágyi lázak.

Az esetek részletes elmondása talán hosszadalmas volna, azért csak észleléseimet mondom el.

I. Könnyű lázas folyamatok, melyek csak kezdetben vagy rövid időn át járnak néha kisebb, néha igen magas lázakkal, többnyire lepedékes sebek, partiális endometritis, lochiometra mellett találhatók. Ezen folyamatokban a vörösvérsejtek és a haemoglobin legnagyobb részét kissé a normál érték alatt állanak. A fehérvérsejtek az esetek 80^o/_o-ában mérsékelt, 15,000-ig menő leukocytosist mutatnak. Észleltünk rendkívül magas számot is: 59,600-at alacsony láz, jó pulsus, lepedékes hüvely-gátseb és bűzös folyás mellett. A qualitativ vérképben a neutrophilok százaléka mérsékelten emelkedett, a lymphocyták csak relative fogytak; az eosinophilokát a betegség kezdetén 50^o/_o-ban nélkülöztük. A neutrophil vérkép balratolódása többnyire az állandó magas lázas esetekben volt kifejezett, különben csak csekély volt. Érdekes, hogy ilyenek találtak azokban az esetekben is, a melyekben a méh váladékából streptococcusokat tudtunk kitenyészteni. A magyszámok absolute mindig normálisak maradtak, relative a balratolódással párhuzamosan estek. Az egymagvú neutrophil leukocyták vagy egyáltalán nem, vagy csak mérsékelten szaporodnak, a többmagvúak száma ellenben a normál számnál akár 100^o/_o-kal nagyobb. (Lásd V. tábla.)

II. Súlyos, de azért gyógyuló lázas folyamatokban kezdetben csak mérsékelten csökkent a vörösvérsejtek száma és a haemoglobin-tartalom, ellenben a betegség elhúzódása alatt igen alacsony értékekre szállhat le. Így egy esetben, hol a vérből haemolyzáló streptococcusokat tudtunk kitenyészteni, 1.200,000 vörösvérsejtet és 20^o/_o haemoglobint találtunk. Minél tovább tart a lázas folyamat, annál kisebbek lesznek ezek a számok. A fehérvérsejtek csaknem kivétel nélkül mérsékelten, pyometra egy esetében azonban 36,000-ig szaporodtak. A fentemlített haemolyzáló streptococcusos esetben pedig 29,000-ig menő gyarapodást találtunk. Mind a kettő meggyógyult. A qualitativ vérképben a neutrophilok százaléka többnyire meg volt szaporodva, főleg hidegrázás után és azokban az esetekben, a melyekben a vérből fertőző mikroorganizmusokat tenyésztettünk ki. A lymphocyták rendszeren csak relative kevesbedtek; az eosinophilok a folyamat elején 50^o/_o-ban hiányzanak, különben is csak igen kicsiny a számuk; a súlyos esetek jobbrafordulásakor a vérben megjelennek, fokozatosan szaporodnak. A neutrophil vérkép csaknem kivétel nélkül balra tolódott; leglátogatottabb a II. osztály; legnagyobb volt a balratolódás azokban az esetekben, a melyekben bakteriumok keringtek a vérben. Láttunk azonban oly esetet is, melyben súlyos quanti- és qualitativ vérkép mellett a neutrophil kép nem mutatott elváltozást. A magyszámok relativ értéke a balratolódással párhuzamosan szerepel; absolut értéke többnyire a rendes felett van. A folyamat gyógyulásakor a vörösvérsejtek és a haemoglobin szaporodnak, a leukocytosis megszűnik; a qualitativ vérképben az elváltozások kiegyenlítődnek, az eosinophilok megjelennek, illetve szaporodnak; a balratolódott neutrophil kép a rendesre visszatolódik. A magyszám relative gyarapszik. Úgy az egy-, mint a többmagvú neutrophil leukocyták absolut számban erősen szaporodnak, az egymagvúak azonban jóval erősebben, mint a többmagvúak. (Lásd VI. tábla.)

III. Halállal végződő puerperális lázagnál, eltekintve a foudroyans sepsistől, a vörösvérsejtek száma és a haemoglobin-tartalom már eleinte erősebben és rövid idő alatt igen alacsony értékekre tud leesni, hosszantartó folyamatokban pedig csaknem a végső határszámokat találhatjuk. Így egy septico-pyaemiás esetben a folyamat 62. napján 996,000 vörösvérsejtet és 15^o/_o haemoglobint találtunk. Igen rövid idő alatt lefolyó sepsisekben esetleg teljesen normális vörösvérsejtszámot, többnyire rendes, vagy csak kissé lefokozott haemoglobinértéket találtunk. A fehérvérsejtek az esetek $\frac{2}{3}$ -ában a lázas megbetegedés elején mérsékelt, 20,000-ig menő leukocytosist mutattak, a többi esetben részben a rendes mennyiségben, másrészt jóval a normál alatti számokban találtuk őket. A qualitativ vérképben a polynuclearisok szaporodtak, a lymphocyták fogytak, az eosinophilok az esetek $\frac{4}{5}$ -ében hiányoztak, a vérkép igen erősen balra volt tolódva, úgy hogy az I. osztály száma

csaknem a legmagasabb. A magszám relative erősen lefogyott. A betegség további lefolyásában a leukocytosis rendszerint megszűnik, a fehérvérsejtek száma akár a normális alá is leszáll. Különösen hidegrázás után láttunk ilyenkor leukopeniát; röviddel a halál előtt pedig számuk újra emelkedik, úgy hogy a 10,000-et is túlhaladja. A betegség tartama alatt a qualitativ vérképben a polynucleárisok absolute, a lymphocyták, ha relative nem is minden esetben, absolute mindenkor fogynak; az eosinophilok pedig, ha eleinte jelen voltak is, eltűnnek. Egy esetben ugyan közvetlenül a halál előtt újból megjelentek. A qualitativ vérkép balratolódása rendszerint mindinkább fokozódik; négymagvú neutrophil leukocyták alig, ötmagvúak egyáltalán nem találhatók. A magszámok mindkét értékben fogynak. A vérben nagymennyiségben találhatók myelocyták, átmeneti fehérvérsejtalakok, Türk-féle sejtek; ott, a hol a a vörösvérsejtek erősen megkevesbedtek, többnyire poikilocytosis, polychromasia és magvas vörösvérsejtek találhatók. Míg az egymagvú neutrophil leukocyták absolut száma a normál értéknek akár 10—15-szöröse is emelkedik, addig a többmagvúak gyarapodása csak mérsékelt; egyes esetekben normális alatti értékeket is láttunk. (Lásd VII. tábla.)

A női nemi szervek megbetegedéseinek következők voltak a vérváltozások:

Endometritiseknek csak a haemorrhagiás alakjai befolyásolják a vér összetételét, és pedig annyiban, hogy hosszantartó betegség után a vörösvérsejtek száma és a haemoglobin tetemesen meg lehet fogyva (például a vörösvérsejtek száma 2,352,000, a haemoglobintartalom 44%), a fehérvérsejtek száma és a qualitativ vérkép nem változik. Pyometra mellett is rendes volt a vérkép. (Lásd VIII. tábla.)

Az adnexdaganatok a vörösvérsejteket és haemoglobint nem befolyásolják. A fehérvérsejteket csak egy pyosalpinx tuberculosa mellett találtuk kissé megszorodva, más genyes adnexbetegségekben nem; a qualitativ és a neutrophil vérkép sem mutatott szembe-tűnő elváltozást. (Lásd IX. tábla.)

Exsudatum eseteiben a vörösvérsejtek és haemoglobin csak akkor kevesbedtek — de ilyenkor néha tetemesen —, ha a lázas folyamat sokáig tartott. A fehérvérsejtek viselkedése különböző. Genyes exsudatumok eseteiben többnyire erős leukocytosis van jelen (16,000—18,000—20,000), találtunk azonban 10,000 alatti fehérvérsejtszám mellett is (polynucleárisok százaléka is csak 69 volt) genyet subacut lázas folyamatban, de 18,000, sőt 22,000 feletti leukocytosisal járó exsudatumokat is láttunk felszívódni, tehát gyógyulni. A qualitativ vérkép nem genyes folyamatokban alig változott; genyesekben a neutrophilok százalékban és absolut értékben megszorodtak, a lymphocyták százalékarányban fogytak, de absolute nem. A neutrophil vérkép csak annyiban tolódott balra, hogy a II. osztály látogatottsága némelykor a III. osztályt meghaladta, de máskor meg subacut genyes folyamatban sok geny ellenére csaknem normális képet mutatott. Ennek következtében a magszám sem változott különösen. Felszívó kezelés mellett gyógyuló exsudatumoknál a leukocytosis szépen visszafejlődött. Genyikibocsátás után a fehérvérsejtek száma, ha meg volt szaporodva, hirtelen esik, a balra tolódott vérkép jobbra tolódik. (Lásd X. tábla.)

Méhenkivüli terhesség mellett, a heveny rupturától eltekintve, csak egy esetben észleltünk 14,000-ig menő leukocytosist, a neutrophil sejtek mérsékelt szaporodását és kistokú balratolódását. A betegnek magas lázai voltak, melyek megszüntével a fennálló haematokela ellenére leszállt a fehérvérsejtek száma 9600-ra. Műtétkor a haematokela tartalmát nem találtuk genyesnek, a mit különben a még lázas állapota alkalmával eszközölt próbapunctio is bizonyított. Ekkor folyékony vért kaptunk, mely oltással sterilnek bizonyult. Két acut rupturával beszállított asszonyon posthaemorrhagiás leukocytosist észleltünk; az egyik esetben 26,000, a másikban 32,500-ig menő értékben; a műtét után 6 nappal az egyikben még 12,450, a másikban már csak 5600 volt a fehérvérsejtek száma, pedig mind a kettő simán, láztalanul gyógyult. A ruptura utáni collapsus alkalmával eszközölt vérvizsgálat mind a két esetben alacsony vörösvérsejtszámot és haemoglobinértéket mutatott. Reconvalescentiában a vér regenerációját szépen lehetett látni; a qualitativ vérkép a rupturakor eosinophilok hiánya mellett a neutrophilok relativ és absolut szaporodását, a lymphocytáknak csak absolut gyarapodását mutatta; a neutrophil vérkép és a magszám nem

változott. Egy láztalan haematokelét vaginális incisióval kezeltünk, és a beteg pyaemiát kapott utána; a számtalan hidegrázástól kísért betegség otitis media purulentával komplikálódott, paracentesis után a folyamat 4 hét alatt gyógyult; a hidegrázás idején eszközölt vérvizsgálatkor a fehérvérsejtek száma 32,500 volt, eosinophilok hiányoztak, a neutrophilok százaléka 86, a lymphocytáké 14% volt, a neutrophil vérkép pedig erősen balra tolódott, I. 12%, II. 72%, III. 15%, IV. 1%, magszám 223; a folyamat lezajlása után a fehérvérsejtek száma rendes lett, a nagyon lefogyott vörösvérsejtek és a haemoglobin is hamar regenerálódtak, qualitative a vérkép pedig teljesen normálissá változott. Nem lázas és nem acut rupturás méhenkivüli terhességben sem a qualitativ, sem a neutrophil vérkép elváltozást nem mutat. (Lásd XI. tábla.)

A cystáknak csak a fehérvérsejtekre van befolyásuk, ezeknek is csak akkor, ha vagy túl nagyok, vagy genyes a tartalmuk, vagy kocsányuk csavarodott, vagy álhártyákkal erősen összekapaszkodtak, de ezen esetekben is csak igen mérsékelt a fehérvérsejtszorodás, mert 20 közül csak 1-ben volt 13,900, és csak 3 lépte túl a 10,000-es számot. Ezek közül egyikben a cysta 15 liter savót tartalmazott, a másik intraligamentosus volt. Qualitativ vérképbeli elváltozást csak az említett nagy cystánál láttunk, mérsékelt neutrophilszorodás, balra tolódás, alacsony magszám és eosinophilhiány alakjában. (Lásd XII. tábla.)

Myoma eseteiben már másképpen állnak a viszonyok; itt a vörösvérsejtek és a haemoglobin többnyire tetemesen meg vannak fogyva. 29 eset átlagában 3,570,000 vörösvérsejtszámot és 62% haemoglobint kaptunk. Igaz, hogy az esetek legtöbbször erős vérzés, elhúzódó havibaj, esetleg csak 1—2 hetes menopausa és e mellett a betegség hosszú tartama szerepel; de ezek nélkül is találtunk 3,800,000 és 46%, illetve 3,400,000 és 55%-os számokat. Ezen elváltozásokra utal Klein (Blutuntersuchungen besonders bei Myomen, München, Zentralblatt, 1905) munkájában, mikor myomaujtéte előtt mindenkor megköveteli a vérvizsgálat. Hogy a nagy vérszegénység és az ez által kiváltott szívdegeneratio miként szerepel, mi is láttuk 2 esetben. Az egyikben 36% haemoglobin és körülbelül 2,800,000 vörösvérsejt mellett supravaginális amputatiót végeztünk; a beteg stovainanalgesia alatt rövid időre apnoea került; ezen ugyan átesztettük, degenerált szívizmzata azonban állandó roborálás ellenére sem tudott munkájának megfelelni és a különben teljesen láztalan lefolyás 6. napján felmondta a szolgálatot; a boncolás szintén szívhalált konstatált. A másik esetben 2,300,000 vörösvérsejt és 24% haemoglobin mellett csupán exploratív curettet végeztünk és a beteg 5 nap múlva szívhűtésben meghalt. A fehérvérsejteknek myoma mellett eseteinkben nincsen szerepük. Csupán egy gyuladós myoma esetében találtunk 23,000 fölé emelkedő fehérvérsejtszámot; különben 10,000 alatt voltak és még igen erős vérzések után sem láttunk hyperleukocytosist. A qualitativ vérkép sem változott. Egy esetben észleltünk hyperglobuliát myomás betegben. Négy egymást követő nap vérvizsgálatainak átlag-számjai:

Vörösvérsejtek	7.438,000
Fehérvérsejtek	16,700
Haemoglobintartalom	140%

voltak; e mellett a neutrophil vérkép erős balratolódását, a magszámok relativ fogyását találtuk; a neutrophilok és lymphocyták százaléka: 91%—9%; eosinophilok hiányoztak. (Lásd XIII. tábla.)

Gümőkóros elváltozásoknál a vörösvérsejtek és a haemoglobin a rendes alatt vannak, a fehérvérsejtek mérsékelt szaporodtak, a 10,000-es számot gyakran meghaladják, 13,000 fölé azonban eseteinkben nem emelkedtek; a neutrophil vérkép olykor erősen balra tolódott, a magszám is alacsony volt. (Lásd XIV. tábla.)

Carcinoma, sarcoma eseteiben — főleg ha a folyamat igen elterjedt — a vörösvérsejtek és a haemoglobin tetemesen fogynak; a kezdődő megbetegedésben — radikálisan operálhatóban — ezen tünet nem kifejezett. De inoperabilis rák esetében is találtunk normális vért. A fehérvérsejtek száma rendszerint 10,000 alatt volt és csak complicatio jelenlétében szaporodott fel; így egy esetünkben, hól a méhrák mellett exsudatum is volt, 12,800-ra. Találtunk azonban kétoldali ovarialis carcinomát igen kiterjedt metastasisokkal (máj, lép, vesék, mellékvesék stb.), melyben 12,800, és egy sarcománosan degenerált inoperabilis myomát, a melyben 13,300 volt a fehérvérsejtek száma. Rossztermészetű daganat eseteiben a qualitativ vér-

képben, eltekintve a cachexiás állapottól, nem láttunk változást. Cachexiában támadó leukocytosist egy esetben észleltünk. A carcinomával elárasztott szervezetű nőben eleinte $3\frac{1}{2}$ millió vörös-, 8800 fehérvérsejt és 65% haemoglobint mutatott a vérkép; $3\frac{1}{2}$ hónap múlva, mely idő alatt a felgyülemelő hasi és mellkasi folyadékokat gyakran lecsapoltuk, a vérkép 3.400.000 vörös-, 28.900 fehérvérsejtszámra és 55% haemoglobintartalomra változott és 7 nappal a halál előtt a fehérvérsejtek száma 29.300-ra emelkedett. A kvalitatív vérkép összetételében is láthattunk ekkor elváltozást, a mennyiben a neutrophilok 93%-ig emelkedtek, a lymphocyták relative 7%-ig estek; eosinophilok hiányoztak; a neutrophil vérkép ellenben csak mérsékelt balratolódást mutatott. (Lásd XV. tábla.)

Az elmondottak kétségbevonhatatlanul igazolják, hogy a vérvizsgálat nemcsak szükséges kiegészítő része a nőorvos vizsgálati módszereinek is, hanem gyakran, egyedül ez vezet a helyes körjelzéshez, igazít el a kezelés mikéntjét illetőleg s állapítja meg az operatio lehetőségét, vagy ellenjavallatát. Kiváltképpen a szegényvérűség kezelésében juthatunk tévútra vérvizsgálat nélkül. Csak e vizsgálatokkal lehet eldönteni azt is, hogy vajjon a nemi szervekben támadt tüneteknek nem a hiányos vérképződés adja-e az alapját, és hogy a vér megjavítására a vérképző szerveket kell-e stimulálnunk, vagy csak a haemoglobin százalékát kell-e felemelnünk.

Nehéz műtéteink előtt, különösen, ha elgyengítő betegségek vagy vérzések után kell operálnunk, szintén csak a vérkép adhat pozitív útbaigazítást. Általános tapasztalás szerint például a myoma extirpatiója vagy amputatiója 40% haemoglobin alatt vakmerő bizakodás a szív munkájában. A sepsisek és pyaemiák jövődő sorsának megbírálására hasonlóképpen értékes jelekkel szolgál a vérvizsgálat; pontos és ismételt ilyen vizsgálatból még annál is tisztább képet nyerhetünk, mint a melyet a klinikai tünetek vagy a lochiák és a vér bakteriumtartalmából tudunk összerakni.

Mindezekből az a következtetésünk, hogy e vizsgálatok ugyan időbe kerülnek és kissé komplikáltak, de búsán fizetnek meg minden fáradságért s ez okból mi nőorvosok sem tudjuk nélkülözni őket.

Közlés a brüsszeli Pasteur-intézetből (igazgató: prof. Bordet) és a brüsszeli egyetem anatómiai intézetéből (igazgató: prof. Brachet).

Adatok a pneumococcus pathológiájához.

Irta: *Királyfi Géza* dr.

(Folytatás.)

Vizsgálati eredményeimet 260 góresővi praeparatum szorgos átvizsgálására alapítom. Az egyes kísérletekről a következőkben óhajtok beszámolni.

I. Márczius 10. Nagy tengerimalacz. (750 gm.) 0.5 cm³ pneumococcuscultura subcutan. Lokális reactio nélkül életben marad.

II. Márczius 11. Középnagy tengerimalacz. (530 gm.) 0.5 cm³ pneumococcuscultura subcutan. Exitus márczius 12.-én (24 óra). Léptumor. (A szív vérből tiszta pneumococcuscultura.)

Szövetteni lelet. A szívcsúcs elváltozást nem mutat. *Középső harmad:* kitágult subpericardiális erek, izomközi vérzések. *Basis:* Maximális értágulatok, helyenként intermuscularis vérzések. Körülírtan a myocardium oedemáson átívódott, az izomelemek széjjel-tolattak, dissociáltak; az oedemás részlet lymphoidsejtekkel, részben leukocytákkal gazdagon beszűrődött.

Máj. Parenchymás degeneratio; a vena centralisok kitágultak; miliáris vérzések.

Lép. Feltünőbb szöveti elváltozás nélkül.

III. Márczius 11. Középnagy tengerimalacz. 0.5 cm³ pneumococcuscultura subcutan. Exitus márczius 12.-én (24 óra). Az oltás helyén erős oedemás infiltratio. Léptumor. (A lokális oedema savó jában igen nagy számú pneumococcus. A szív véreben Giemsa készítményen 1—2 pneumococcus. Véres agaron tiszta cultura.)

Szövetteni lelet. A szívcsúcs elváltozást nem mutat. *Középső harmad:* Helyenként oedemás beszűrődés. *Basis:* Az ostium arteriosum táján, a billentyű eredése alatti rostos kötőszövet oedemáson beszűrődött.

Máj. Miliáris vérzések.

Lép. Folliculáris hyperplasia.

IV. Márczius 12. Középnagy tengerimalacz. 0.5 cm³ pneumococcuscultura subcutan. Exitus márczius 14.-én (48 óra). Az oltás helyén hatalmas haemorrhagiás infiltratio. Hatalmas léptumor. Kisfokú pericarditis serosa; az izzadmányban igen sok lymphocytá, néhány fali endothel, 1—2 pneumococcus. A szív vérből, a lokális infiltratio helyéről oltva, tiszta pneumococcuscultura.

Szövetteni lelet. *Szívcsúcs, középső harmad, basis:* Maximális értágulatok, intermuscularis vérzések.

Lép. Folliculáris hyperplasia, a pulpa ereinek dilatatiója.

Máj. Feltünőbb szöveti elváltozás nélkül.

V. Márczius 14. Középnagy tengerimalacz. 1 cm³ pneumococcuscultura (48 óras). Exitus márczius 16.-án (48 óra). Léptumor. A szív dilatált, petyhüdt. (A vérből tiszta cultura.)

Szövetteni lelet. *Szívcsúcs, középső harmad, basis:* Kitágult capillarisok, kiterjedt intermuscularis vérzés. Rendkívül kitágult nyirokutak, helyenként nyiroksejtekkel és levált endothelsejtekkel csaknem kitöltve.

Lép. Folliculáris és pulpa-hyperplasia. Rendkívül sok pigment-tartalmú sejt.

Máj. Feltünőbb elváltozás nélkül.

Tüdő. Makroszkopos elváltozás nélkül. Góreső alatt szigetes elrendeződésben az alveolusok helyenként laza izzadmányval kitöltöttek, melynek elemei részben vörösvérsejtek, részben lymphocyták, leukocyták, desquamált alveoláris hám és nagyszámú pigment-tartalmú sejt. E mellett az interstitium is helyenként megvastagodott, beszűrődött. A capillarisok kitágultak, duzzadásig teltek, sok helyütt a capillarisok körül gömbsejtes zóna. Úgyszintén lobos zóna egyes bronchiolus-átmetszetek körül.

VI. Márczius 19. Középnagy tengerimalacz. 0.5 cm³ pneumococcuscultura subcutan. Exitus márczius 21.-én (48 óra). Az oltás helyén erős infiltratio. Léptumor. Pericarditis. A szív kissé dilatált, petyhüdt. Mellékvesevérzés. (A pericard. izzadmányban lymphocytá, endothel, néhány pneumococcus. A vérpraeparatumban 1—2 pneumococcus. Oltás után tiszta cultura.)

Szövetteni lelet. *Szívcsúcs, középsőharmad, basis:* Subpericardiális vérzések, kitágult nyirokutak. Az ostium arteriosum táján a billentyű eredése alatti szövetrészt fellazult, oedemás, lymphoid és vörösvérsejtekkel beszűrődött. Mérsékelt parenchymás degeneratio az izomelemekben. A pericardium mindenütt lobosan infiltrált, Gram-készítményen erős fibrinhálózattal borított.

Lép. Ad maximum kitágult erek. A hatalmas véröblök a pulpa szövetét és a Malpighi-testeket valóságosan komprimálják, olyannyira, hogy 1—2 épen magmaradt folliculus mellett a legtöbb csak gyér lymphoid-sejthalmazok által van jelezve. A lép stromája által alkotott alveolusokat e hatalmas véröblök jóformán teljesen kitöltik, úgy hogy a góresői kép tökéletesen a *haemangioma cavernosumra* emlékeztet. Gram-festéssel néhány diplococcus.

Máj. Erősen kitágult vena centralisok.

VII. Márczius 19. Nagy tengerimalacz. 0.5 cm³ pneumococcuscultura subcutan. Exitus márczius 22.-én (3. nap). Az oltás helyén nagy infiltratio. Hatalmas léptumor. Pericarditis (az izzadmány góresői lelete mint előbb). A szív feltünően megnagyobbodott, dilatált, rendes konturjait elvesztve, teljesen lekerekített alakot mutat. Rendkívül petyhüdt, törékeny. Az epicardium lividvörösen elszíneződött. A vér csaknem teljesen haemolyzált, benne Giemsa-praeparatumon igen sok pneumococcus. Oltás vérből, pericard. izzadmányból.

Szövetteni lelet. *Szív. Bal kamara 1., bal kamara 2., jobb kamara, sövény, basis:* A pericardium erősen infiltrált. Kitágult erek, vérzések. Hatalmasan kitágult, endothellel bélelt nyiroköblök. Körülírtan az intermuscularis kötőszövet megvastagodott és erősen gömbsejtekkel infiltrált. Az izomzat körülírt területen saját szerű degeneratív elváltozást mutat, mely eosinos készítményen igen gyengén, kékeslilásan, van Gieson-nal élénk narancssárgán festődik.

Lép. Erős hyperaemia, helyenként kisebb szövetközi vérzés.

Máj. Mérsékelt parenchymás degeneratio, interacinosis vérzések.

Mellékvese. Igen erős értágulatok.

VIII. Márczius 23. Nagy tengerimalacz. 0.1 cm³ pneumococcuscultura subcutan. Lokális reactio mellett életben marad.

IX. Márczius 23. Nagy tengerimalacz. 0.4 cm³ pneumococcuscultura subcutan. Lokális reactio mellett életben marad.

X. Márczius 23. Nagy tengerimalacz. 0.2 cm³ pneumococcus-

cultura subcutan. Márczius 28.-án, az infectio után 6 nappal le-
öljük. Az oltás helyén infiltratio. Léptumor. A szív dilatált, pety-
hüdt, törékeny.

Szövetteni lelet. Metszetek a szívnek öt különböző helyéről. A pericardium igen erősen lobosan beszűrődött, a subpericardiális szövet megvastagodott és infiltrált. A beszűrődés a pericardiumról beterjed a szív izomkötegei közé és egyes készítményeken a myocardiumnak rendkívül erős lobos beszűrődése látható. Helyenként myocarditises góczok a szívizom mélyében, a pericardiumtól függetlenül is. Az izomban parenchymás degeneratio, kisebb intermuscularis vérzések. Jelentékenyen kitágult nyirokutak, az izomelemek dissociációjával. Oedemás és lobos beszűrődés az ostium arterios. táján.

Máj. Vérbőség, pangás; mérsékelt parenchymás degeneratio.

Lép. Folliculáris hyperplasia, rendkívül sok pigmenttartalmú sejt.

Mellékvese. A kérégállományban erős vérbőség, kevés szövetközi vérzés. A hilus táján az interstitiumban körülírt lobos beszűrődés.

XI. Márczius 30. Középnagy tengerimalacz. 0.4 cm³ pneumococuscultura subcutan. Exitus április 1.-én (48 óra). Hatalmas infiltratio az oltás helyén. Léptumor. Jobboldali pleuritis, mérsékelt pericarditis. A szív petyhüdt, törékeny. (A pleurális izzadmányban szintén lymphocyták, endothel, néhány pneumococcus. A pericardiumban hasonlóképpen. Oltás után tiszta cultura.)

Szövetteni lelet. Szívcsúcs, középső harmad, basis: Az izomrostokat disszociáló vérzések; körülírt területen zsíros degeneratio. Az ostium arteriosum táján kezdődő lobos beszűrődés.

Lép. Kitágult erek.

Máj. Elváltozás nélkül.

Mellékvese. Nagy vérzések gócz a velőállományban.

XII. Márczius 30. Középnagy tengerimalacz. 0.3 cm³ pneumococuscultura subcutan. Exitus április 2.-án (3. nap). Mérsékelt lokális infiltratio. Kis léptumor.

Szövetteni lelet. A szív 5 különböző helyéről vett metszetek. Vérzés, nyirokértágulatok. Körülírt zsíros degeneratio.

Lép, máj. Elváltozás nélkül.

Mellékvese. Jelentékeny értágulatok, hatalmas vérzések góczok.

XIII. Márczius 30. Középnagy tengerimalacz. 0.6 cm³ pneumococuscultura subcutan. Exitus április 4.-én (5. nap). Lokális infiltratum, hatalmas léptumor. Pleuritis, pericarditis. A szív rendkívül petyhüdt, törékeny.

Szövetteni lelet. Szív. Metszetek 5 különböző helyről. Körülírtan gömbsejtes góczok, helyenként pericapillaris elrendeződésben. Erős lobos beszűrődés a félholdképzű billentyűk eredése alatti tájon, mely innen kiindulva, behatol az izomállományba. Nyirokóhóltágulatok mindenütt endothellel bélelve.

Lép. Két folliculus körül kezdődő nekrosis; diffus halvány festődés, magfestés nélkül; magtöredékek (piknosis, kariolysis).

Máj, vese. Elváltozás nélkül.

Mellékvese. Erős hyperaemia, kiterjedt vérzések.

XIV. Április 7. Kis tengerimalacz. 0.6 cm³ pneumococuscultura subcutan. Exitus április 9.-én (48 óra). Nagy lokális infiltratum. Léptumor. Általános, diffus peritonitis. Pericarditis. Az igen nyúlós, tapadós peritoneális izzadmányban tömérdek pneumococcus, sok genyesejt és lymphocytá.

Szövetteni lelet. Szív. Öt helyről vett metszetek. Rendkívül kitágult nyirokóhólok, melyeknek endothelje erősen proliferál. Helyenként lymphoidsejtek halmaza teljesen kitölti a nyirokutakat. A gömbsejtes aggregációk a nyirokutakról ráhaladnak az izomállományra és kisebb-nagyobb myocarditises góczokat alkotnak. A bal kamarának körülírt helyén a lobos beszűrődés már szövetbeolvadással jár, az izomállomány continuitása megszakad és helyét e lymphoidsejthalmaz foglalja el; tulajdonképpen polynucleáris sejtek nem is láthatók. A myocarditis az izomállomány mélyében, inkább a szív belfelülete felé eső részeken játszódik le, tehát a pericardiumtól teljesen függetlenül.

Lép, máj, vese. Feltűnőbb elváltozás nélkül.

Mellékvese. Óriási vérzések és értágulatok.

Tüdő. Szigetekben jelentkező interstitiális beszűrődés a nyirok- és vértutak mentén. Kifejezett pericapillaris lobos zónák.

XV. Április 7. Nagy tengerimalacz. 0.5 cm³ pneumococuscultura subcutan. A lokális folyamat lezajlása után életben marad.

XVI. Április 7. Nagy tengerimalacz. 1.0 cm³ pneumococuscultura subcutan. A lokális folyamat lezajlása után életben marad.

XVII. Április 7. Középnagy tengerimalacz. 0.3 cm³ pneumococuscultura subcutan. Exitus április 10.-én. (3. nap.) Az oltás helyén rendkívül kiterjedt haemorrhagiás infiltratio. Léptumor. Hatalmas pericarditis, a szív valósággal úszik a savós izzadmányban. Az izzadmány göcsői képe: lymphocytá, endothel, pneumococcusok; oltás után tiszta cultura. A szív külső felszínén, főleg a bal, részben a jobb kamarán is sajátos fehér esikolatok láthatók, a melyek az epicardium megfelelő területének valósággal zebraórhöz hasonló rajzolatot kölcsönöznek. E foltokba belemetszve, sárgásfehér, törékeny, fénytelen, száraz, a környezettől igen élesen elhatárolt góczokat kapunk, egy helyen, csaknem fillérnyi terjedelemben teljesen áthatva a bal kamara izomállományát; a kisebb foltok helyén kisebb területre szorítkozó, de hasonló góczok hatolnak be a myocardiumba. Helyenként elszórva vonalszerű finom fehér esikok az izomállomány mélyében is láthatók.

Szövetteni lelet. Szív. Bal kamara. Az épen maradt területek az izomállomány szép vörösre való festődése és az élénk magfestés által különböznek az elváltozott területtől. Az egész elváltozott részletnek megfelelően az izomkötegeknek diffus lilás-kékes festődését látjuk és ezen belül az elváltozásnak különböző fokozatai a göcsői képen igen szépen konstataálhatók. A legkevésbé elváltozott részletnek megfelelőleg a lilás-kékes színeződés mellett még némi vörös árnyalat is megkülönböztethető, úgy hogy többé-kevésbé narancságra színt kapunk, jelölül annak, hogy a protoplasma pusztulása e helyen még nem fejeződött be teljesen. Ezen izomkötegek némelyikében, igen homályosan bár, de néhol még magot is tudunk felfedezni. Maga a protoplasma azonban rendkívül zavaros, homályos, erősen szemcsézettnek mutatkozik. Az elváltozás előrehaladottabb szakában tökéletesen kékre, és pedig igen intensiv sötétkékre festődő tömeget látunk; az egész elváltozott izomkötegmetszet homogén tömegeből állónak látszik, a melyben sem szemcséket, még kevésbé magot felfedezni egyáltalában nem tudunk. A további szakban a desaggregatio nagyobb fokának megfelelőleg az izomelemek teljes fragmentációját látjuk; a sötétkékes tömeg kisebb-nagyobb, finomabb vagy durvább szemcsékre, rögökre, darabokra esik szét. A pusztulás végső szakaszában a sarkolemma contourjai által jelzett hengeres csöveket kapunk, a melyekben azonban az izomállomány teljesen hiányzik és az üres hengeres csövekben csak szemcsés detritus, mint az elpusztult izomállomány maradványa és magtörmelék látható. A hol az izomállomány utolsó nyomai is eltűntek, ott részben lymphoidsejtek, kevés polynucleáris fehérvérsejtből és plasma-sejtekből álló halmazok, részben vörösvérsejtek foglalnak helyet.

A teljes destructiónak ezen most vázolt képe helyenként igen éles határral végződik az ép izomállomány felé, másutt teljesen ép és tökéletesen elpusztult izomzatnak az átmetszetei ugyanegy látóterén belül váltakoznak egymással. Egyes helyeken a határt az ép és kóros terület között reactiv lobos beszűrődéses zóna jelzi. Néhol az izomállomány mélyében az ép részletek közé egy-egy egészen apró, miliaris nekrosisos gócz ékelődik. A kötőszövet a legtöbb helyen eléggé megtartott, hasonlóképpen a kötőszövet mentén haladó kisebb capillarissok. Gram-festéssel finom fibrinfonalak különböztethetők meg, a melyek a nekrosisos területnek különösen a szív felszíne felé eső részletén helyeződnek el. Pneumococcusok a nekrosis helyén nem találtattak.

A bal kamarának más részletén hasonló, kisebb nekrosisos területek. Helyenként erősen beszűrődött myocarditises góczok.

Szívcsúcs. Igen kiterjedt, nagy elhalásos gócz.

Lép. Erősen kitágult erek, kisebb vérzések.

Máj. Hyperaemia, haemorrhagia, parenchymás degeneratio.

Vese. Foltokban jelentkező, mérsékelt parenchymás, néhol zsíros degeneratio, sőt helyenként kisebb hámn nekrosisos a húgyesatornácskákban.

Mellékvese. Igen erős hyperaemia, jelentékeny vérzések.

Tüdő. Tökéletesen szabad.

XVIII. Április 14. Kis tengerimalacz. 0.2 cm³ pneumococuscultura subcutan. Exitus április 15.-én. (24 óra). Negatív bonczoláslelet.

Szövetteni lelet. Szív. Az ostium arteriosum táján a billentyű

eredése alatti szövetrészlet oedemán beszűrődött és lymphoidsejtek-től áthatott.

Lép. Elváltozás nélkül.

Máj. Vérbőség, vérzés.

Vese. Igen erős értágulatok.

Mellékvese. Erős vérbőség, vérzés.

Tüdő. Elváltozás nélkül.

XIX. Április 14. Nagy tengerimalacz. 0.5 cm³ pneumococcus-cultura subcutan. Exitus április 16.-án (48 óra). Léptumor. A szív tágult, petyhüdt. Mellékvesevérzés.

Szövet-tani lelet. Szív. Körülírtan erős zsíros degeneratio; nagy vacuolák az izomsejtekben, néhol az alkohollal kioldódott zsír helyének megfelelőleg üres hengeres csövek. Izomközi vérzések. Kisfokú myocarditises góczok.

Lép. Pulpa-hyperplasia.

Máj. Egyes kis foltok alakjában kiterjedt vérzéstől infiltrált területen a májsejtgerendák darabokra szétestek, a rendes festődés megszűnt, a sejtek diffuse vörösen színeződtek, szemcsések, vacuolások; a máj festődése homályos, néhol teljesen hiányzik.

Vese. Vérzések a kéregállományban; mérsékelt parenchymás degeneratio.

Mellékvese. Értágulatok vérzés nélkül.

Tüdő. Erős intersticiális beszűrődés; az alveolusok részben szabadok, részben lobos sejtekkel vagy vörösvérsejtekkel kitöltöttek. Kifejezett pericapillaris infiltratio. Az erek duzzadásig teltek, kitágultak; apró intersticiális vérzések.

XX. Április 14. Kis tengerimalacz. 0.1 cm³ pneumococcus-cultura subcutan. Exitus április 17.-én (3. nap). A szív petyhüdt. Igen csekély pericarditis.

Szövet-tani lelet. Szív. Kitágult erek, vérzések, mérsékelt parenchymás degeneratio. Igen kifejezett, az izomelemeket diszociáló, lobos oedema.

Lép, máj. Elváltozás nélkül.

Vese. Maximális értágulatok, csekély vérzés. Körülírt gömbsejtes beszűrődés gócz az interstitiumban.

Mellékvese. Rendkívül erős szövetpusztítással járó vérzések.

Tüdő. Kifejezett véres tömülés, engouement. Egyébként a mikroszkopi kép tökéletesen olyan, mint a XIX. sz. kísérletben.

XXI. Április 17. Kis tengerimalacz. 0.1 cm³ pneumococcus-cultura subcutan. Exitus április 18.-án (24 óra). Negatív bonzolelet.

Szövet-tani lelet. Szív. Kitágult nyirokutak, egy-két helyen endothel-burjánzással.

Lép, máj. Vérbőség.

Vese. Elváltozás nélkül.

XXII. Április 17. Kis tengerimalacz. 0.1 cm³ pneumococcus-cultura subcutan. Exitus április 19.-én (48 óra). Negatív bonzolelet.

Szövet-tani lelet. Szív. Izomközi vérzések, az izomzatnak részben felrostozódásával, részben szövetroncsolással. Erős nyirokértágulatok; helyenként a nyirokutak nyiroksejtekkel kitöltöttek. Körülírt lobos-oedemás, részben kis gömbsejtes beszűrődés góczok az izomzatban.

Lép. Elváltozás nélkül.

Máj. Mérsékelt parenchymás degeneratio.

Vese. Parenchymás degeneratio. Körülírt gömbsejtes gócz az interstitiumban.

Mellékvese. Kiterjedt vérzéses góczok.

Tüdő. Szigetekben nem nagyfokú intersticiális beszűrődések. Az alveolusok vérrel részben kitöltöttek. Pericapillaris beszűrődéses zónák.

XXIII. Április 29. Középnagy tengerimalacz. 0.2 cm³ pneumococcus-cultura subcutan. Exitus május 2.-án (48 óra). Lokális infiltratio. A lép alig nagyobb a rendesnél. Csekély pericarditis. A szív petyhüdt.

Szövet-tani lelet. Szív. Kitágult nyirokutak, nyiroksejthalmazok az endothelboríték mentén, helyenként teljesen kitöltve a nyirokutakat. Innen kiindulva, egyes területeken a myocardiumnak lymphoidsejtekkel való beszűrődése. Az ostium arteriosum tája, a billentyű eredése alatt, oedemán beivódott.

Lép. Máj. Elváltozás nélkül.

Vese. Erősen kitágult erek; mérsékelt parenchymás degeneratio. A hilusban erős periarteriosus beszűrődés.

Mellékvese. Hatalmas vérzések.

Tüdő. Néhány alveolus vérsejtekkel beszűrődött.

XXIV. Április 29. Középnagy tengerimalacz. 0.4 cm³ pneumococcus-cultura subcutan. Exitus május 5.-én (6 nap után!). Erős haemorrhagiás infiltratum az oltás helyén. Mérsékelt léptumor. Mérsékelt pericarditis.

Szövet-tani lelet. Szív. Vér- és nyirokértágulatok. Myocarditises góczok. Az ostium arteriosum tája a billentyű eredése alatt oedemás, kezdődő lobos beszűrődésben.

Lép. Follicularis hyperplasia, igen sok mononucleáris sejt a pulpa elemei között.

Máj. Elváltozás nélkül.

Vese. Vérbőség.

Mellékvese. Hatalmas vérzések.

Tüdő. Igen erős intersticiális beszűrődés; e mellett csaknem az összes alveolusok is részben lobos sejtekkel, részben vérrel kitöltöttek. Igen szépen látható a pericapillaris beszűrődés csaknem minden érátmetszet körül. Gram, Löffler negatív.

XXV. Április 29. Középnagy tengerimalacz. 0.6 cm³ pneumococcus-cultura subcutan. Exitus május 6.-án (7 nap után!). Erős genyes infiltratio az oltás helyén. Léptumor. Mérsékelt pericarditis. A szív petyhüdt.

Szövet-tani lelet. Szív. Vér- és nyirokértágulatok. A subpericardiális szövet mérsékelt, lobosan beszűrődött, a beszűrődés kevés az izomzatra is ráterjed.

Lép. Follicularis hyperplasia. Igen sok pigment részben intra-, részben extracellulárisan.

Máj. Vérbőség.

Vese. Góczokban parenchymás és zsíros degeneratio; néhol intersticiális beszűrődés.

Mellékvese. Óriási értágulatok vérzés nélkül.

Tüdő. Rendkívül erős hyperaemia, az alveolusok vérrel részben kitöltöttek.

(Folytatása következik.)

Közlés a budapesti kir. tudomány-egyetem I. sz. kórbonezozó-lástani intézetének vegyi laboratoriumából (igazgató: Gener-sich Antal dr., udvari tanácsos, ny. r. tanár) és a szent István-kórház idegosztályáról (főorvos: Donath Gyula dr. egyetemi tanár).

A különböző czukorfajok felszívódása és biolo-giai viselkedése a vastagbélben.

(Az orvoskari tanártestület által az özv. Gárdos Jánosné-féle alapítvány-ból jutalmazott pályamű.)

Irta: **Halász Aladár** dr. belorvos Budapesten.

(Folytatás.)

3. Kísérletek maltoseval.

A malátacukor a sörélesztő behatására éppen oly könnyen és gyorsan erjed, mint a dextrose; szervezetünk, minthogy a malto-glucose igen elterjedt enzima, előzetes hasítás után kitünően értékesíti. A maltose ugyanis úgy a szájnyal¹ behatására és a hasnyálmirigy-váladékkal,² mint a vékonybélnedv behatása alatt 2 molekula dextrosera bomlik. Sőt, a hogy Bial³ vizsgálataiból tudjuk, a nyiroknak, s Bourquelot-nak, nemkülönben Bial-nak Röhmman vezetése alatt végzett kísérletei szerint a vérnek is van maltosebontó képessége. Nasse⁴ a vesékben és májban, Brown és Heron⁵ a Peyer-féle tüszők kivonatában találtak maltoglykaset. Voit⁶ vizsgálatai is azt mutatják, hogy nagyobb mennyiségű (27.0 gm.) maltosenak bőr

¹ J. v. Mering: Hoppe-Seylers Zeitschrift für phys. Chemie. 5 k. 185. lap.

² Bierry és Terroin szerint a hasnyálmirigy nedvének maltosebontó képessége gyengén savi közegben (!?) jut érvényre. Lásd: Lépine; Le diabète sucré. Paris, 1909. 93. lap. Nézetem szerint ily esetben valószínűleg a sav katalysises hatására bomlik a malátacukor.

³ Bial: Pflügers Archiv, 1892. 52. kötet, 139. és 151. lap. Bourquelot: Journal de l'anat. et de la physiologie, 1886. 22. kötet, 161. lap.

⁴ Chemisches Zentralblatt, 90. kötet, 524. lap. Id. Lipmann-nál.

⁵ Brown és Heron: Liebigs Annalen, 204. k., 228. l. Id. Lipmann-nál.

⁶ Voit: l. c.

alá feeskendezése után sem jelentkezik cukorvizelés. A bélben a maltose bakteriumos behatás és organikus savak befolyása alatt is bomlik.

A maltose physico-chemiai tulajdonságait illetőleg a következőket óhajtom elmondani: A Kahlbaum-féle vízmentes maltose fordítóképességét, 1—2^o/o-os oldatokkal dolgozván, *Röhmman* és *Nagano*¹ adatainak megfelelőleg

$$\alpha_D^{20} = 129.3^0\text{-nak}$$

vettem. Tekintve, hogy maltoseklysmákkal dolgoztam, kísérleteimben a beöntés utáni székletét mindig dextroseval vegyesen tartalmazott maltosét, mit a Barfoed-reactio positiv volta is igazolt. A maltose ugyanis alkaliás vagy neutrális közegben egyáltalán nem, híg ecetsav jelenlétében pedig csak hosszabb — körülbelül 4 perczig tartó — forralás után adja a Barfoed-próbát. A maltose és dextrose különben eltérő sajátságú phenylosazonjegecei segítségével is megkülönböztethető egymástól.² Glycose jelenlétében ugyanis már forralás közben képződnek phenylosazonjegecek, míg maltosenál csak a folyadék lehűlésekor; a maltosazon tudniillik forró vízben jobban oldódik, mint a glycosazon. A kétféle osazon különben mikroszkop alatt is megkülönböztethető egymástól. A maltose saccharomyces apiculatussal nem erjed, ez azonban mit sem bizonyít, mert ezen hasadó gomba akárhányszor még a dextrosét sem erjeszti.

A maltose gyengébben redukálja a Fehling-oldatot, mint a glycose; 1 cm³ Fehling-oldat redukálására ugyanis 0.005 gm. dextrose vagy 0.00778 gm. maltose szükséges.³

Minthogy a maltose és dextrose vegyesen volt az általam vizsgált bélsarakban jelen, az egyes cukorfajok mennyiségének meghatározására a *Röhmman* és *Nagano* által ajánlott módszert használtam. Úgy a poláros eljárással, mint a reductióval meghatároztam a kérdéses folyadék cukortartalmát (maltose + dextrose) s így 2 ismeretlennel bíró 2 egyenletet nyertem, melyekből a 2 ismeretlent az alanti módon kiszámíthattam.

$$\alpha = \frac{100 \cdot 129.3 \cdot x}{v} + \frac{100 \cdot 52.5 \cdot y}{v}$$

$$\frac{r \cdot v}{v_1} = 128 \cdot x + 202 \cdot y$$

$$\text{ebből: } x = \left(\alpha - \frac{0.26 \cdot r}{v_1} \right) \frac{v}{96} \text{ és}$$

$$y = \left(\alpha - \frac{129.3 \cdot x}{v} \right) \frac{v}{52.5}$$

α = a poláros kitéritési szög 1 dm. klysmára vonatkoztatva; 129.3 a Kahlbaum-féle száraz maltosehydrat fordítóképessége 1—2^o/o-os oldatban.

52.30 a dextrose fordítóképessége, v_1 = a reductióhoz elhasznált cukoroldat mennyisége

r = a redukált Fehling-oldat mennyisége.

128.1 = 1.0 gm. maltosehydrat redukálásához szükséges Fehling-oldat köbcentimetreinek száma.

202 = ugyancsak Fehling-oldat köbcentimetreiben, mely 1.0 gm. dextrose reductiójára szükséges.

x = a vizsgálandó folyadék maltosetartalma grammokban.

y = „ „ „ dextrosetartalma „

v = a megvizsgált folyadék egész mennyisége, ugyancsak grammokban.

A dextrosenak *maltosera* való átszámításakor 0.98 factort használtam.⁴

XLII. sz. kísérlet. 1907 október 26.-án. *L. M.* 500 cm³ 20^o/o-os maltosehydrat-klysmát kap, melyből 9 cm³ folyadék 1.8 gm. maltosetartalommal kárbaveszett. A beöntést 3¹/₂ óra hosszat visszatartja; széke 330 cm³, pépes, savi; Barfoed-reactio +.

α_D^{20} , 1 dm. klysma vonatkoztatva = 11^o.

¹ *Röhmman* és *Nagano*: I. c.

² *Lippmann*: idézett mű II. kötet, 1499—1500. l.

³ *Thierfelder-Hoppe-Seylers Handbuch d. chem. Analyse.*

⁴ *C. f. Lippmann*: id. mű, II. rész, 1476. l.

10 cm³ Fehling-féle oldat reductiójához 1.25 cm³ szék kell. A napi vizelet 1300 cm³, cukormentes.

A szék tartalmaz 30.656 gm. maltosét, 6.160 gm. dextrosét.

Felszívódott 61.258 gm. maltose.

XLIII. sz. kísérlet. 1907 október 28.-án. *L. J.* 500 cm³ 20^o/o-os maltosehydratot kap, melyből a beöntéskor 3 cm³ 0.6 gm. malátacukortartalommal kárbaveszett. A beöntést 3³/₄ óra hosszat visszatartja. Széke sűrűn folyó, savi, 980 cm³. $\alpha_D^{20} = 4^0$. Barfoed-reactio +.

10 cm³ Fehling-oldat reductiójához 3.52 cm³ folyadék kellett. A szék tartalmaz 33.298 gm. maltosét, 15.866 gm. dextrosét. A vizelet 800 cm³, cukrot nem mutathatni ki benne. *Felszívódott 51.913 gm. maltose.*

XLIV. sz. kísérlet. 1907 november 26.-án. *L. M.* 500 cm³ 20^o/o-os maltoseoldatot kap, melyből 10 cm³ 2.0 gm. maltose-tartalommal kárbaveszett. A beöntést 4³/₄ óra hosszat visszatartotta. Széke 580 cm³, higan folyó, savi.

$\alpha_D^{20} = 8^0$. 10 cm³ Fehling-oldatot 1.09 cm³ cukoroldat redukál. A Barfoed-reactio positiv. A vizelet cukormentes. A szék maltosét tartalmaz 36.250 gm.-ot, dextrosét 4.924 gm.-ot. *Felszívódott 59.059 gm. maltose.*

XLV. sz. kísérlet. 1907 november 26.-án. *L. A.* 500 cm³ 20^o/o-os maltosehydrat-oldatot kap, melyből a beöntéskor 15 cm³, 3.0 gm. malátacukortartalommal kárbaveszett. A beöntést 3¹/₂ óra hosszat visszatartja. Széke 1000 cm³, higan folyó, savi. A Barfoed-próba positiv.

$\alpha_D^{20} = 6.5^0$. Vizelete 1700 cm³, cukormentes. A szék tartalmaz 75.135 gm. maltosét és 12.604 gm. dextrosét. *Felszívódott 9.008 gm. maltose.*

XLVI. számú kísérlet. 1907 december 2.-án. *Cs. P.* 500 cm³ 20^o/o-os maltoseklysmát kap, melyből 10 cm³ 2.0 gm. maltose-tartalommal kárbaveszett. A beöntést a heves tenesmus ellenére is 3³/₄ óra hosszat visszatartja; széke 650 cm³, higan folyó, savi. A Barfoed-próba positiv. A vizelet 1700 cm³, cukormentes. $\alpha_D^{20} = 7.75^0$. 10 cm³ Fehling-oldat reductiójára 1.71 cm³ klysmafolyadék szükséges. A szék 42.182 gm. maltosét és 7.486 gm. dextrosét tartalmaz. *Felszívódott 48.179 gm. maltose.*

XLVII. sz. kísérlet. 1907 november 15.-én. *J. M.*, 18 éves fi. baja: coxa vara et pes planus; egyébként normális szervezetű. 500 cm³ 30^o/o-os maltoseoldatot kap, melyből a beöntéskor 5 cm³ 1.5 gm. malátacukortartalommal kárbaveszett. A beöntést 1¹/₂ óra hosszat tudta csak tartani (igen heves tenesmus); széke 930 cm³, higan folyó, savi, élénk Barfoed-kémlést ad. Vizelete 750 cm³, cukormentes. $\alpha_D^{20} = 10.2$. 10 cm³ Fehling-oldatot 1.51 cm³ folyadék redukál.

A szék maltosetartalma 81.991 gm.

A „ dextrosetartalma 14.307 „

Felszívódott 53.441 gm. maltose.

A kísérlet száma	A cukoroldat per-centuátója	A bevitt cukor mennyisége grammokban	Mennyi ideig tartotta a kísérletit egyén a beöntést vissza? órákban	A beöntés utáni szék mennyisége cm ³ -ekben	A székletét cukor-tartalma o/o-ban	A felszívódott cukor mennyisége gm.-okban	A vizelet napi mennyisége cm ³ -ekben	Cukormentes-e vagy sem?
XLII.	20	98.2	3 ¹ / ₂	330	11.2	61.258	1300	
XLIII.	20	99.6	3 ³ / ₄	980	4.8	51.91	800	
XLIV.	20	98.0	4 ³ / ₄	580	6.7	59.05	—	
XLV.	20	97.0	3 ¹ / ₂	1000	8.8	9.0	1700	
XLVI.	20	98.0	3 ³ / ₄	650	7.6	48.1	1700	A vizeletben cukor nem volt kimutatható.
XLVII.	30	148.5	1 ¹ / ₂	930	10.2	53.4	750	

E táblázatból láthatjuk, hogy a vastagbél rosszul tűri a maltosét; a 20^o/o-os oldatot betegeim 3—4 óra hosszat, a 30^o/o-osat

* Az α_D^{20} értéke a maltosekísérletekben 1 dm. csőre vonatkozik.

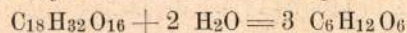
pedig csak 1 1/2 óra hosszat tudták tartani, oly heves volt a beöntésre jelentkező tenesmus. A mi a maltose resorptióját illeti, az is lassubb, mint a monosek felszívódása és 20%-os oldatból 1 óra alatt átlag 11.0 gm. szívódik fel. A beöntést követő székben található maltosenak a dextrosehoz viszonyított csekély mennyiségéből pedig arra vélek következtetni, hogy a vastagbélben a maltose kevésbé mint olyan, hanem inkább dextrosera hasadva szívódik fel.

Kísérletek trioseval.

Raffinose.

A raffinose (C₁₈H₃₂O₁₆ + 5 H₂O) nevű trisaccharid egy molekula dextroseból, laevuloseból és galaktoseból áll s egyes ausztráliai eucalyptusfajokban, nemkülönbén a csírázó buzában és árpában található.¹

Physico-chemiai tulajdonságait illetőleg megemlítjük, hogy a raffinose vízben igen jól oldódik, oldatai azonban az alkaliás rézsulfat oldatát nem redukálják. A raffinose phenylhydrazinnal osazont nem ad, csak nehezen erjed és hig savakkal főzve, csak nehezen bomlik (hydrolysis). A poláros fény rezgésikjét igen erősen, +104°-ra jobbra téríti,¹ oldatai multitrotatiót nem mutatnak s fordítóképességére az oldat hőmérsékletének és töménységének alig van kimutatható a befolyása. A raffinose hig savakkal való hosszabb ideig tartó főzéskor inversiót szenved; Lippmann szerint 2 volumszázalék kénsavval való 1 1/2 óráig tartó főzéskor a raffinose 91.4%-a invertálódik. Az invertált raffinose sörélesztővel könnyen erjed, a Fehling-oldatot jól redukálja; Tollens és Rischbieth² szerint 1 cm³ Fehling-oldat elszíntelenítésére raffinosehydratból 7.7 mgm., anhydridből 6.33 mgm. szükséges. A raffinose inversiójaker először d-fructose, majd d-galactose és végül a d-glucose hasad le; a hydrolysis egész folyamatát a következő képlet³ érzékíti:



A mi a raffinose biológiai magatartását illeti, arról igen keveset tudunk. Külz⁴ szerint glykogenképző, Pflüger⁵ azonban ezt nagyon is kétségesnek tartja. Bau,⁶ nemkülönbén Pautz és Vogel szerint a kutyavékonybélkivonat raffinosea egyáltalán nem, vagy csak alig hat. Fischer és Niebel⁷ is hatástalannak tartja az állati enzýmákat a raffinoseval szemben.

Voit (l. c.) szerint valószínű, hogy az emberi szervezetben a raffinose legalább részben hasad, mit Voit kísérleteiben a raffinose adagolása után észlelt laevuluria is igazol.

Kísérleteimhez a Kahlbaum-féle raffinosehydratot használtam. A kvantitatív meghatározás előzetes és kénsavas inversio (10 cm³ cukoroldathoz 1.5 cm³ 106 fajsúlyú kénsavat adva s vízfürdőn 1 1/2 órát forralva) után való Pavy- illetve Fehling-féle titráló eljárással történt. Az inversio előtti CuSO₄-ot redukáló cukor mennyiségét, mely a raffinoseból képződött invertált raffinosenak (laevulose + d-galaktose + dextrose) felel meg, az inversio után nyert reductió értékéből levonva s 1.09 factorral szorozva, a szék elbontatlan raffinosetartalmát is megtudhatjuk.

A kísérleti anyag rendkívüli drága volta az oka, hogy aránylag kevés, négy kísérlettel kellett megelégednem.

XLVIII. sz. kísérlet. 1907 deczember 5.-én. L. M. 500 cm³ 10%-os raffinoseoldatot kap, melyből a beöntéskor 11 cm³, 1.1 gm. raffinosetartalommal kárbaveszett. A klysmát 6 óra hosszat visszatartja; széke 210 cm³, savi. Tartalmaz 18.801 gm. invertált raffinose és 0.5231 gm. raffinosehydratot. Felszívódott 28.507 gramm raffinose. A vizelet cukormentes volt.

XLIX. sz. kísérlet. 1907 deczember 5.-én. Cs. Gy. 500 cm³ 20%-os raffinosehydratklysmát kap; kárbavész 8 cm³ folyadék 1.6 gm. raffinosetartalommal. A beöntést 6 óra hosszat visszatartja; széke 560 cm³, higan folyó, savi. Tartalmazott 43.410 gm. invert-cukrot és 15.788 gm. raffinosehydratot. A vizelet 1800 cm³ és cukormentes. Felszívódott 37.404 gm. raffinose.

L. sz. kísérlet. 1907 deczember 10.-én. T. J. 500 cm³

¹ Lippmann: l. c. 1624. lap, 1636—1637. lap.

² Tollens és Rischbieth: idézve Lippmann-nál, 1641. lap.

³ Lippmann: 1642—1643. lap.

⁴ Külz: Beiträge zur Kenntnis des Glykogens. Festschrift für Ludwig, Marburg 1890. 104. lap.

⁵ Pflüger: Glykogen. 215. lap.

⁶ Bau, Lippmann-nál; Pautz és Vogel l. c.

⁷ Fischer és Niebel: Chem. Centralblatt. 95. kötet, 489. lap.

20% raffinoseoldatot kap, melyből a beöntéskor 6 cm³ 1.2 gm. raffinosetartalommal kárbaveszett. A klysmát 2 óra hosszat visszatartja; higan folyó, savi, 700 cm³, van benne 29.806 gm. invertált cukor és 63.649 gm. raffinosehydrat. A vizelet cukormentes. Felszívódott 2.669 gm. raffinose.

LI. sz. kísérlet. 1907 deczember 10.-én. Cs. Gy. 500 cm³ 30%-os raffinosehydratoldatot kap, melyből 10 cm³ 3.0 gm. raffinose-tartalommal kárbaveszett. A beöntést 6 1/4 óra hosszat tudja visszatartani; széke 1020 cm³, higan folyó, savi. A szék invert-cukortartalma 56.334 gm., raffinosehydrattartalma pedig 10.862 gm. Vizelete 1500 cm³, cukormentes. Felszívódott 74.733 gm. raffinose.

Raffinosekísérleteimet a következő táblázatba foglalom:

A kísérlet száma	A bevitt cukoroldat per-centuatiója	A cukor mennyisége grammokban	Mennyi ideig tartotta a kísérlet egyén a beöntést vissza? órákban	A klysmát követő széklet mennyisége cm ³ -ekben	A széklet cukortartalma %0-ban	A felszívódott cukor-mennyiség gm.-okban	A 24 órai vizelet mennyisége cm ³ -ekben	Cukormentes-e vagy sem?
XLVIII.	10	48.9	6	210	5	28.5	—	cukormentes
XLIX.	20	98.4	6	560	10.8	37.4	1800	"
L.	20	98.8	2	700	13.4	2.6	—	"
LI.	30	147.0	6 1/4	1020	7	74.7	1500	"

A raffinose 10%-os oldatából tehát óránként csak 4.7 gm., a 20%-os oldatból átlag 5.0 gm. s a 30%-os raffinoseoldatból 10.5 gm. szívódott fel s így ámbár a töményebb raffinoseoldatokból az időegység alatt több szívódott fel, mint a hígabból, a raffinose felszívódása, mint a többi összetett cukoré is, igen lassú.

Hogy az egyes cukorfajok felszívódásának minimumát és maximumát azonos töménységű oldatokból s azonos időegység — 1 óra — alatt könnyen megítélhessük, kísérleteimből az idevágó adatokat az alanti összefoglaló táblázatban csoportosítottam.

Cukorfaj	A cukoroldat per-centuatiója	A beöntésre használt oldatban levő cukor mennyisége grammokban	1 óra alatt felszívódott cukorquantum gm.-okban		Az egész kísérleti időtartam alatt felszívódott cukor mennyisége gm.-okban
			minimum	maximum	
Dextrose	10	48.9—50.0	2	14.5	48.0
	20	96.0—98.2	7.6	8.5	76.0
	30—40	147.0—195.2	11.1	45.8	144
Laevulose	10	48.8—49.5	6.6	12.6	kb. 48.0
	20	97.0—99.0	23.4	49.6	49.6
Saccharose	10	49.0—49.7	3.6	9.4	kb. 49.0
	20	98.0—99.0	6.2	25.6	64.1
	30	147.0	20.0	24.1	145.0
Lactose	10	48.7—49.8	3.1	5.6	31.3
	20	97.0—99.0	8.2	12.8	74.2
	30	148.5—149.1	7.0	13.4	137.9
Maltose	20	97.0—99.6	2.5	17.4	61.2
	30	148.5	—	35.5	53.4
Raffinose	10	48.9	4.6	—	28.5
	20	98.6	1.3	6.2	37.4
	30	147.0	—	11.9	74.7

Ezen táblázat adataiból kitűnik, hogy alacsonyabb (10—20%) percentuatiójú oldatokból aránylag leggyorsabb a *laevoluse* resorptiója, ezt követi a dextrose és a maltose. Az egyszerű cukrok felszívódása lényegesen jobb, mint az összetettké; 10 gm.-nál nagyobb mennyiséget csak a dextroseból, saccharoseból és lactoseból sikerült felszívódásra juttatnunk.

(Vége következik.)

Markusovszky-féle jubiláris előadások.

Róczy Imre tanár ez évi november hó 25.-én tartotta negyedik jubiláris előadását; ezen alkalommal az érzéstelenítő módok mai technikájáról szolt. Bevezetésében néhány történelmi adattal tanúsítja, hogy már az őskor orvosai törekedtek betegeiken érzéstelenítést elérni a műtétek alkalmával. Ma talán még fontosabb ezen törekvés, mert műteteink bonyolódottabbak, de azután sok diagnostikai műveletnél is nagyfontosságú az érzéstelenítés. Ismeretve azon elméleteket, melyek bizonyos gyógyszernek érzéstelenítő vagy bódító hatását akarják megfejteni: azon módokat, melyekkel a bódítást vagy érzéstelenítést elérhetjük, három csoportba foglalja.

Az első csoportba tartozik az általános bódítás, a narcosis, melyet el lehet érni többféle módon; úgymint belehelés útján, a gyűjtőerekbe való befecskendezéssel vagy a végbélbe való befecskendezéssel. Ezen két utóbbi nagyon veszélyes lévén, ma is még a beleheltetés módját használjuk az általános bódításra. Ezen célra főleg az aether és a chloroformot használjuk, vagy ezeknek és hasonló szereknek a keverékét (vegyes narcosis), vagy ezeknek és más szereknek bőr alá fecskendezését (kombinált narcosis). Ismereti a két fő altatószer előnyeit, hátrányait, s említi azok legjobb alkalmazásmódja gyanánt a csepegtető módot. A kombinált narcosisnál dicséri az altatás előtt adott veronalt, melyet évek óta mindig teljes sikerrel használ. Az érzéstelenítés második módja a helybeli érzéstelenítés: az anaestheziálás. Ez leginkább bőr alá fecskendezéssel érhető el s csak a műteti térre szorító hatása van. Legjobbnak mondja a sok szer között a novocaint és a stovaint. Végre a harmadik csoportja az érzéstelenítő módoknak a gerincvelő érzéstelenítése az ágyéktájon befecskendezett érzéstelenítő oldatokkal, még pedig vagy a gerincvelő és a dura-zsák közé a Bier-féle módon, vagy a gerincszatorna és a dura-zsák közé a Cathelin-féle módon. Ezen módon érzéstelenítéssel tehetők a gerincvelőn keresztül a medenczeszervek és az alsó végtagok s néha a hasüreg és szervei is a rekesz magasságáig. Ezen eljárást az előadó 4 év óta több mint 1500 esetben használta teljes megelégedésére, alig volt vele kellemetlensége. Mégis veszélyes lévén azért, mert az érzéstelenítő szer gyorsan diffundálva a nyúltvelőben is kifejtheti hatását, s ekkor szív- és légzésbénulást okozhat, ezen eljárást még nem tartja arra érettnek, hogy a nagy gyakorlatban, főleg a magángyakorlatban elterjedjen. Végül ismerteti Bier-nek azon helybeli érzéstelenítő módját, melynél az oldatot a műteti terület gyűjtőereibe fecskendezik. Ez még kísérlet alatt van, itéletet mondani róla még nem lehet.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Az egyke Baranya vármegyében. Tanulmány. Irta Dr. Buday Dezső, Baranya vármegye aljegyzője, egyetemi magántanár. Budapest, 1909. 166 lap.

E tanulmány a Baranya vármegyében divatos egyke-rendszer hivatalosan összegyűjtött adatait foglalja magában; ezeken kívül a szerző évek óta folytatott tanulmányait és magántulajdonát tevő adatait is jó részben feldolgozta benne. A munka fő részét a vármegye területén gyűjtött adatok alkotják, a melyek az egy-germek-rendszer elterjedéséről, annak okairól és ezen társadalmi baj megszüntetését célzó eljárásokról adnak felvilágosítást. Az egygermek-rendszer Baranya vármegye református, magyar községeiben

van leginkább elterjedve. E társadalmi nyavalya okait a községi előjáróságok legnagyobb része az ősi birtok megosztásától való félelemben keresi. Ezen kívül a földhiányt, a katonai kedvezményeket, a korai házasságot, a fényűzést és a nők hiúságát tekintik oki mozzanatok gyanánt. Nem érdektelen a községi előjáróságoktól származó, tehát hitelt érdemlő adat, hogy például a saját neme fölötti disponálást ma már nem csak a magát intelligensnek tartó nő, hanem a közönséges asszony is természetesen jogának tartja és ennél fogva a különféle óvászereket és manipulációkat olyan tartózkodás nélkül alkalmazza, hogy a községben a legkisebb gyermek is beszél róla; hogy a többgyermekes szülő szinte gúny tárgya s a többgyermekű anyát bujának tartják; hogy a szülők házasságra lépő gyermekeiket megfenyegetik, a kik ennél fogva csak félelemmel tesznek eleget házastársi kötelességüknek s a szülők tilalmára nem nemzik meg gyermekeiket stb. Ezen degenerációra valló túljózsággal mellett, az egygermek-rendszer terjedésében, azt hiszszük, nem utolsó tényező azon szintén felemlített körülmény, hogy egyes vidékek lakói endogámok.

A baj orvoslására ajánlják az adóelengedést, a földszerzés megkönnyítését, az államsegélyes tehermentesítést, a többgyermekes családapáknak adandó kedvezményeket, az állami biztosítást, az egykések megadóztatását, a kötött birtok felszabadítását, a hadmentességet, az elsőszülöttségi jog behozatalát, a korai házasságok gátlását, a gyermekelhajtási esetek és a kuruzslás szigorúbb megbüntetését és csak utolsó sorban a népies felvilágosító előadásokat.

Az érdekes könyvet összefoglaló fejezet után a baranyavármegyei egyke-actio története zárja be. Erdős János dr.

Új könyvek. Leriche und Mouriquaud: Die chirurgischen Formen der Magentuberculose. Leipzig, J. A. Barth. 1.50 m. — Sprengel: Über den Begriff „Bruchanlage“ in der Praxis. Leipzig, J. A. Barth. 0.75 m. — R. Birnbäum: Klinik der Missbildungen und kongenitalen Erkrankungen des Fötus. Berlin, J. Springer. 12 m. — P. Groebel: Sexualpädagogik in den Oberklassen höherer Lehranstalten. Hamburg, L. Voss. 1.50 m. — W. Cimbal: Taschenbuch zur Untersuchung nervöser und psychischer Krankheiten und krankheitsverdächtiger Zustände. Berlin, J. Springer. 3.60 m. — Falkenstein: Die Gicht und die Salzsäure-Jodkur. Berlin, A. Hirschwald. 5 m. — E. Romberg: Die Rolle der Gefäße bei inneren Krankheiten mit Ausschluss der eigentlichen Gefäßkrankheiten. Leipzig, J. A. Barth. 0.75 m. — B. Salge: Einführung in die moderne Kinderheilkunde. Berlin, J. Springer. 9 m. — R. Lenzmann: Die Pathologie und Therapie der plötzlich das Leben gefährdenden Krankheitszustände. Jena, G. Fischer. 11 m. — A. Moeller: Lehrbuch der Lungentuberculose. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 7 m. — A. Pappenheim: Atlas der menschlichen Blutzellen. Schluss-Lieferung. Jena, G. Fischer. 30 m. — van der Hoeven: Die Asthenie und die Lage-Anomalien der weiblichen Genitalien. Jena, G. Fischer. 3 m. — G. Nobl: Der varicöse Symptomenkomplex (Phlebotomie, Stauungsdermatose, Ulcus cruris), seine Grundlagen und Behandlung. Wien, Urban und Schwarzenberg. 10 m. — W. Alexander und K. Kroner: Therapeutisches Taschenbuch der Nervenkrankheiten. Berlin, Fischers medizinische Buchhandlung. 3.50 m. — J. Bartel: Probleme der Tuberculosefrage. Wien, F. Deuticke. 3.50 m. — Th. Meyer: Theodorus Priscianus und die römische Medizin. Jena, G. Fischer. 7 m. — Th. Hausmann: Die methodische Intestinalpalpation mittels der topographischen Gleit- und Tiefenpalpation und ihre Ergebnisse. Berlin, S. Karger. 4.50 m. — E. Poulsson: Lehrbuch der Pharmakologie. Deutsch von Fr. Leskien. Leipzig, S. Hirzel. 13.80 m. — P. Londe: Essais de médecine préventive. Paris, F. Alcan. 4 fr. — J. Grasset: Le tabes, maladie de la sensibilité profonde. Paris, Masson et comp.

Lapszemle.

Belorvostan.

A növényi diatával való soványításról tartott előadást Albu (Berlin) a német természetbúvárok és orvosok salzburgi összejövetelén (1909 szeptember 20.). Eljárásának elve az, hogy meglehetősen nagy térfogatú, tehát a jóllakottság érzetét keltő, de csekély caloria-értékű táplálékon tartja betegeit. Az étrendben kenyéren kívül mindenféle főzelék, saláta, nagymennyiségű nyers gyümölcs, saccharinnal édesített vagy egyáltalában nem édesített compot, ritkábban hüvelyes vetemények szerepelnek. Megengedi a csekély energiatartalmú vagy tápértékkel egyáltalában nem bíró italokat: kávé, tea, ásványvizek, leves, citromlimonádé, lefőzött tej, időnként aludt tej. Tojástartalma naponta kettőt-hármat enged meg. Az ilyen tápláléknak energiatartalma 1200—1500 cal. pro die, a melynek legnagyobb része szénhidratokra vonatkozik, míg fehérjetartalma napi 60 gm. körül ingadozik. A kúra káros és lényegesebb

fehérjevesztéssel nem jár, ha ügyelünk az összes energiabevételre. A lesóványodás, mely nem a fehérje, hanem a test zsírájának elbontásán alapszik, hetenként 1—1½ kgm.-ot tesz ki. A soványító kúrát ezen szigorú formájában Albu 4—6 hétig folytatja, ekkor hetenként kétszer, később naponként egyszer kisebb mennyiségű húst (150 gm.) is megenged. A növényi diatétát hónapokon át folytatva 10 s még több kilogramm súlyvesztést tudunk előidézni a nélkül, hogy az egyéb soványító kúrák alkalmazásakor tapasztalható hátrányok mutatkoznának.

Az előadáshoz hozzászólók általában helyesnek tartották Albu eljárásának elvét. *Bahrtdt* (Leipzig) említi, hogy ő a Karell-féle kúrát alkalmazva, hetenként két főzeléknapot rendel. Ajánlja a főzeléknek levessel való elkészítését, a mi különösen alkalmas a jóllakottság érzésének előidézésére. *Singer* (Wien) felhívja a figyelmet a Rosenfeld-fele burgonyakúrára, a mely megfelelő étrend mellett hetenként 1—2 burgonyanap (változatosan elkészített burgonyás ételek) kijelölésében áll. Ugyanő bőséges folyadékfelvételt is megengedhetőnek tart, mert ez által a jóllakottság érzete támadván, kisebb mennyiségű caloriadús táplálékot fognak fogyasztani a betegek. Mindezek az eljárások tulajdonképpen csak részletezései Albu elvének. (Berliner klinische Wochenschrift, 1909. 41. szám.)

Az albuminuria és cylindruria idült székrekedés esetén *Ebstein* (Göttingen) tapasztalatai szerint elég gyakori. A vizeletben ilyenkor hyalin, nagyon ritkán zsírszemesekkel megrakott hengerek jelennek meg, vagy pedig a finomabb próbákkal (például ecetsavferrocyankalium) fehérjét mutathatunk ki, egyes esetekben hengerek és fehérje egy időben található a vizeletben. A durvább fehérjepróbák (főzés-, Heller-próba) rendszeren negatív eredményt adnak ezekben az esetekben. Hogy a fehérjevizelés és cylindruria nem alapul a vesealkotórészek lényeges elváltozásán, kivüláglik onnan, hogy a koprostasissal olajos vagy sósvizes beöntéssel való megszüntetése után az említett kóros alkotórészek eltűnnek a vizeletből. A hengereket *Ebstein* tulajdonságaik alapján nem a kanyargós csatornákból, hanem a Henle-féle kacsokból származtatja s képződésüket nem valóságos vesegyulladásra, hanem a vesealakelemeknek a bélben képződött s a székrekedés miatt felszívódásra jutott mérgek okozta izgmalmára vezeti vissza. Ezen felfogásnak megvan az állatkísérleti alapja is: ha kísérleti állatban mesterségesen székrekedést idézünk elő, cylindruriát és fehérjevizelést kap, mely a székrekedés megszüntével maga is elmúlik. *Ebstein* kétségtelennek tartja, hogy eddig megfigyelt eseteiben nem a koprostasissal egy időben fennálló nephritissel (a mely ellenvetés felvetődhetik), hanem igenis a koprostasis előidézte cylindruriával és fehérjevizeléssel volt dolga, mert a tünetek mindig a székrekedéssel állottak arányban. A szerző méltán hívja fel a figyelmet ezen tény ismeretének nagy orvoslási és prognostikai fontosságára. Adott esetben nem fogunk mindjárt kedvezőtlen kórjelölést felállítani — nephritisre gondolván —, másfelől pedig frappáns eredményeket érhetünk el az orvoslásban: a székrekedés megszüntetésével egy csapásra meggyógyítjuk az állítólagos nephritist. (Berliner klinische Wochenschrift, 1909. 41. szám.)

Idegkórtan.

A balesetből származó idegzavarok fajainak körjelzéséről tartott előadást *Brissaud*, megbeszélve a traumás hysteriát és neurastheniát.

A traumás hysteria *Charcot* szerint traumás suggerálság. Ez a suggerálás hozza létre a bénulást, contracturát és a többi tünetet. A francia 1898. évi balesetbiztosító törvény következtében revisio alá került *Charcot* tanítása. *Charcot* a hysteriát még „grande simulatrice” néven jelölte, de utóbb kiderült, hogy a hysteria rosszul simulál, a mennyiben például a lábclonus és a szervi hemiplegia merevgöresös tüneteit utánozni nem tudja és csak azokat a tüneteket adja, a melyek suggerálhatók. Ezek *Babinski* elnevezése szerint a pithiatismus tünetei. A pithiatismus-bénulást fel lehet ismerni a gondolkodásidőről, a mely után keletkezik, fantaziás vagy paradox elhelyezkedéséről, csodás gyógyulásáról, a velejáró érzéstartalanságról vagy túlérzékenységről. A pithiatismus-contractura nem fejleszti ki azt a reflexfokozódást, a mely a centrum bajaival jár (lábclonus, *Babinski*), e mellett olyan fokú, a milyen

különböben nem lehetne. Beteg nagy akarat kell a fönntartásához. A pithiatismus nem elégszik meg a középszerrel. A hemiplegiás beteg igyekszik kifeszíteni contracturásan behajlott kezét és legalább a mutató ujját kiszabadítja, a hysteriás beteg ezen igyekezete közben még jobban behajlítja ujjait, közben nyög és arcát fintorgatja. A pithiatismus-érzészavar felismerése nem nehéz. Az ilyen alapú hemianaesthesiát az orvos vizsgálat közben hozza létre. Ez az érzéstartalanság nem hoz magával munkaképtelenséget. A beteg minden műveletet megtesz, de felkiált, hogy halott kézzel nem lehet dolgozni. Az érzékszervek hysteriás zavaraival ugyanúgy vagyunk. *Rémy* diploskopia óta a féloldali vakság letűnt. Ugyanúgy jártunk a hysteriás trophiás zavarokkal is. Olaszországban egy ízben 48 „hysteriás” oedemát észleltek. *Brissaud* baleset után három munkáson látott egy időben a csuklón oedemát. Az utolsón kötőbarázda látszott, megmutatva, hogy az oedemát nem hysteria, hanem lekötés okozta. *Sicard* is látott ilyen esetet, a mely úgy jött létre, hogy a beteg minden nap bezárkózott és kötélekkel körülkötve derekát, strangulálta magát. Az így keletkezett oedema fejében az áldozat ma 1500 franc évi járadékot kap. Vajjon minden trophiás zavar ilyen eredetű-e, vagy ki lehet talán valamelyiken zárni a simulálást? Erre az a felelet, hogy a hysteriát a simulálástól megkülönböztetni nem lehet. A hysteriások között különféle szerzők 1 és 33% közt találtak tettetöket. Ez a statistika elég rossz. *Charcot* mondta, hogy a hazugság, a csalás szükséglete, néha érdek nélkül, a l'art pour l'art kultuszából történik feltűnéshajhászásból, könyörületkeltésből. *Babinski* tovább megy és azt mondja, hogy az a tünet, a melyet simulálni nem lehet, nem hysteriás tünet.

A hysteria és simulálás kérdése nem egyszer hozza zavarba a szakértőt. Példa erre a következő eset. Az erőteljes vasmunkásnak petyhüdt bénulása van érzéstartalansággal, a mely akkor keletkezett, a mikor a hónaljában levő kis adenophlegmonét csekély bemetszéssel felvágta. A phlegmonét kis vasszálla okozta, mely munkaközben fúródott a bőr alá. Sem a bemetszésnek, sem a phlegmonénak nem maradt nyoma. A volt sebesült időnkint bemutatja magát és jókedvvel bizonygatja, hogy gyógyíthatatlan. Semmi gyógyítás sem használ. A munkás már két ízben szenvedett el hasonló balesetet, mind a kétszer perelt, mind a két pert megnyerte, mind a kétszer kapott életjáradékot és mind a kétszer munkába állott ezután teljes fizetéssel és most harmadszor akarja megismételni ugyanazt. Hysteriá-vagy simulálásról van-e szó. *Brissaud* szerint ez pithiatismus, de annak egy külön alakja, a melyet joggal *hysterie à volonté* néven lehet jelölni. Nehéz elképzelni, hogy miképpen jön létre így érzéstartalanság. *Lhermitte* azt mondja, hogy a hysteriás zavar sajátlagos elmebeli alkotás, psyche-zavar, nem pedig kéreglokalizálás. Az a kérdés, hogy ilyen sajátlagos elmebeli alkotás kóros jelenség-e vagy sem. Másrészt a suggerált tünet belegegyezéssel jön létre, tehát akaratlagos tünet. Így mindenképpen odajutunk, hogy a hysteria a simulálástól nehezen különböztethető meg.

A traumás neurasthenia tárgyalásakor *Brissaud* csodálkozik a felett, hogy miképpen lehetett azt mondani, hogy a traumás neurasthenia tünetei ugyanazok, mint a neurasthenia tünetei általában. A neurasthenia tünetei ugyanis két csoportba oszlanak. Az első csoportba tartoznak a szervileg konstatálhatók, táplálkozászavar, gyomor-bélállapot, zsigeri ptosis, szív-, érzéstartalanság, mint tachycardia és vérnyomászavar, a másikba a kizárólagosan psychikaiak, orvosilag nem ellenőrizhetők, suggerálás és autosuggerálás révén hozzáférhetők (amyosthenia, fejfájás, szédülés, álmatlanság). Ezek pedig egész tisztán pithiatismus-zavarok. Nevezetes, hogy a gyomorbélzavarok, a melyek oly gyakran észlelhetők a neurastheniában, nem igen észlelhetők a traumás neurosisban. Ugyanez áll a zsigeri ptosisra, az állandó szívdobogásra és az érzéstartalanságra. A neurasthenia említett pithiatismus-zavarai miben sem különböznek a hasonló hysteriás zavaroktól. Így a neurastheniás fejfájásra jól illik a „sajátlagos elmealkotás” elnevezés. A traumás neurasthenia fáradsága teljesen ellentétben van a tényekkel, nevezetesen azzal, hogy a beteg fáradságtalanul jár-kezel, úgyannyira, hogy nagyon találó *Laufer* mondása, a mely szerint a neurastheniát neurohyperstheniának kellene keresztelni. Mi marad hát a traumás neurastheniából, ha annak pithiatismus-tünetei a hysteriához tartoznak és ha a közönséges neurasthenia tünetei nem találhatók fel benne? Van egy fajta a neurastheniának, a melyet psychoneurosisnak neveznek, vagy emotiv

psychoneurosisnak, a melyet *Bernheim* hamis neurastheniának mond. Ez a része a neurastheniának maga a pithiatismus, a hysteria.

A traumás hysteroneurasthenia. E néven jelölik azon ideges zavarok összességét, a melyek baleset után támadnak. E kórkép különválása ezáltal. Meg van benne a traumás hysteria pithiatismusa és a traumás neurasthenia, a melyről az imént volt kifejezve, hogy nem hord magában semmi valódi neurastheniás zavart, hanem csak olyan tüneteket, melyek a pithiatismushoz tartoznak. Tehát az is csak egyszerű pithiatismus. A betegség divatos, tehát suggerált. Ha munkás azelőtt baleset folytán a lábát törte, a kötés levételekor igyekezett járni és tudott járni. Ma a kötés levétele után érzett fájdalom, zsibbadás elmúltát várja, mielőtt járni akarna. A suggerált fix idea az, hogy a beteg kárpótlást akar, a melyet a törvény biztosít neki. Azt mondták, hogy ez a fix idea öntudatlan simulálásra biztat. Azt, hogy valaki öntudatlanul, vagy öntudatosan akar-e valamit, az orvos nem tudja megítélni, tehát nem tudja eldönteni, hogy öntudatosan simulál-e vagy öntudatlanul. Ha kérdezzük, hogy mi okozza ezt az egész suggerált tünetesoport, azt a feleletet kapjuk, hogy az erkölcsi choc, mert a tünetek sokszor aránytalanok az elszenvedett balesettel. Ebben a tekintetben már annyira mennek, hogy a traumás hysteroneurasthenia okául elfogadják és baleset néven jelölik az olyan balesetet, a mely a panaszoló beteg társát érte. Például 4 munkás házlebontáson dolgozik a második emelet magasságában. A padló enged. Kettő a mélybe esnek, közülük egy meghal, a másik a vállát ficzamtja ki. A másik kettő valahogy fenntartja magát. Ezek közül az egyiknek nem történik semmi baja, a másik rándulást szenved esuklójában. Az, a ki leesett és vállát ficzamtotta, hamar meggyógyul és munkaképes. A másik kettő baleset-neurosisban szenved, pedig a balesettől szerencsésen megkímélve maradtak. Ők csak megijedtek, de dolgozni többé nem tudnak. Így, ha a műhelyben egy embert ér baleset, azok, a kik látták a balesetet, mind megijedhetnek annyira, hogy magukat balesetet elszenvedőknek vallják. Ilyen esetekben csak azokra kell alkalmazni a „baleset” kifejezést, a kik maguk szenvedték azt el és nemcsak mint nézők szerepeltek. Különbö minden baleset nézői és tanúi követelhetnének kárpótlást. Az erkölcsi choc-nak nagyobb szerepe lehet, mint a balesetnek. Így volt például ama varrónő esetében, a ki ujját megszurta és munkaképtelenné lett, mert férje évek előtt ugyancsak jelentéktelen okból tetanusba esett és ő is attól félt, míg kárpótlást nem kapott.

A traumás neurosis. Ezt a kifejezést *Oppenheim* a vasúti balesetek után támadó neurosisokra, a régibb elnevezés szerint való railway-spine-ra értette legelőbb. Ebben olyan jelenségek voltak, a melyek nem hysteriások és azonkívül depressív és hysteriás tünetek járultak a kép kiegészítéséhez. A baj úgy kezdődik, mint a traumás hysteroneurasthenia, de csakhamar észrevehető, hogy súlyosabb dologról van szó. A beteg mozdulatlan lesz, soványodik, tachycardiás, dyspepsiás lesz, visiók keletkeznek, phosphaturia támad. Ez a tünetesoport gondolkozásidő nélkül keletkezik, közvetlen a baleset után, mikor a beteg eszméletlenségéből magához tér. Ez az állapot jóformán psychosisnak mondható, de néha nehezen meggyógyul. *Brissaud* azt gondolja, hogy a súlyos sérülések, melyek a traumás neurosist okozzák, ha nem is hoznak létre vérzést vagy lágyulást az idegrendszerben, mégis „többé-kévesbé tartós, hirtelen disjunctio támad a neuronok izületeiben”. A retrahált neuronok amoeboid képessége sérül, de nem vész el. Ebből származik a beteg confusiója, amnesiája. Ez az állapot tehát prolongált commotio cerebri. Ezek az esetek nem gyógyulnak végkielégítésre.

Ez utóbbi csoport prognosisa aránylag rossz, míg a három első csoport tulajdonképpen a pithiatismushoz tartozik és gyógyul. *Brissaud* a traumás neurosis kifejezést másképpen használja, mint a német szerzők, a kik a baleset-neurosist traumás neurosisnak nevezik, a mely minősége szerint hysteriás, neurastheniás vagy hysteroneurastheniás lehet. *Brissaud* a traumás neurosist az eszméletlenséggel járó súlyos sérülés után támadó kárpótlás után is alig gyógyuló idegzavarokra használja, míg a traumás hysteria, neurasthenia vagy hysteroneurasthenia egységes pithiatismosus (= hysteriás) eredetét bizonyítja, a mi által a három utóbbi kifejezés feleslegessé válik. (La bulletin médical, 1909. 37. és 38. sz.)

Kollarits Jenő dr.

Sebészet.

A tüdőtuberculosis sebészi orvoslásának újabb módszereit tárgyalja *Karewski* (Berlin) értékük és javalataik szempontjából. A tüdőgümőkór sebészi kezelése meglehetősen szűkkörű. A gümős részlet kiirtása sokkal nagyobb nehézségekbe ütközik, mint egyéb szervek gümős megbetegedéseiben s javalata is csak olyan esetekre szorítkoznék (egyoldali körülírt gócz), a melyekben a gyógyszeres-diaetás orvoslás is a legjobb eredménnyel kecsegtet. Ha hozzáveszszük még a rendkívül nagy műteti halálozást (70%), méltán óvakodni fogunk az e fajta műteti beavatkozástól. Nem ér többet a pneumotomia sem, a mely nagy cavernáknak oly célból való megnyitásában áll, hogy váladékuk könnyebben kiürülhessen. A nagyon ritkán (3%) tapasztalt gyógyulással szemben rendkívüli technikai nehézségek s kellemetlen műteti következmények (gyógyulni nem akaró sipolyok) állanak. Egyes sebészek oly esetekre szorítják a műtétet, melyekben a folyamat nyugalmi stadiumba jutott s így a műtét tulajdonképpen egyszerű tályognyitás. A beavatkozás így is csak az esetben lesz eredményes, ha kiterjedt bordaresectióval kötjük össze. Kitűnik ezekből, hogy a tüdőtuberculosis direct sebészi kezelése csak néhány különleges, kedvező esetben javalt.

Tágabb körű javalattal bírnak, szebb eredményeket adnak, s ezért elterjedtebbek a gümőkört indirect úton befolyásoló palliatív műtétek, a melyek sorában először a Freund-féle operatiót tárgyalja a szerző. Freund vizsgálatai alapján arról győződött meg, hogy a habitus phthisicus anatómiai alapja az első bordaporec hosszönvekedésben való visszamaradása vagy korai elcsontosodása, minek következtében a mellkas felső része merev, a tüdőcsúcs szellőztetése és vérrel való ellátása hiányos, a mi ezen tüdőrésztelnek a gümöbacillussal szemben való kisebb ellenállóképességét vonja maga után. A Freund-féle operatio célja már most az, hogy az első bordán való álizületkészítéssel a mellkast mozgékonytá, a tüdőcsúcs tökéletes szellőzését és vérrel való ellátását s így a gümős folyamat gyógyulását lehetővé tegye. A műtétet eddig csak néhány esetben végezték, de majdnem kivétel nélkül jó eredménnyel. Javalata meglehetősen körülírt: előzetes gümőkór esetén nem lehet róla szó, de idültlen kezdődő csúcs-tuberculosis eseteiben sem, mert ezekben a modern conservatív therapiának legszebb kilátásai vannak; a műtetre csak azon esetek maradnak, melyekben a még kezdeti stadiumban levő folyamat oly gyorsan halad előre, hogy a diaetás-gyógyszeres kezeléstől egymagában eredmény nem várható.

Az indirect műtéteknek egy csoportja a tüdőnek nyugalomba helyezését célozza a gümős folyamat megállapodását. Legrégibb (60 éves) ezen eljárások között a pneumothorax mesterséges előállítását. Alapját azon tapasztalatok teszik, hogy önkénytelen módon támadt légmell sajtos góczok gyógyulását vonhatja maga után. A légmell előállítására nitrogengázt használnak (levegőt azért nem, mert belőle az oxigen nagyon hamar felszívódik). Forlanini kisebb mennyiséggel kezdve, fokozatosan nagyobb mennyiségeket szivattyúzza a pleuraüregbe, míg Murphy és Brauer mindjárt a compressio maximumát igyekeznek elérni (1—3 l); lényeges az, hogy a pleuraüregben a nyomás atmosphaeráynál ne legyen nagyobb. A műtét sikerülésének előfeltétele a tüdő szabad volta, különben könnyen sérthetjük a tüdőt, vagy gyűjtőér megnyitása által légemboliát idézhetünk elő. Ezen kellemetlenségeket elkerülhetjük, ha Brauer szerint úgy járunk el, hogy kis metszéssel előbb szabaddá teszszük s csak azután döfjük át tompa kanüllel a pleurát. Ha ilyenkor sustorgó zörejt hallunk (a levegő aspirálása), biztosak lehetünk a felől, hogy a pleura lemezei nincsenek összenőve. A pneumothoraxkezelést hosszab időn át (Brauer szerint 1—2 évig) kell folytatnunk, miért is a pneumothorax utántöltése válik többször szükségessé. Az eljárás szövödményei között jelentéktelen a savós vagy véres exudatum, súlyosabb a kívülről történő infectio alapján fejlődő empyema, ugyancsak kedvezőtlen kórjóslatú az előrehaladt gümőkór esetén néha keletkező pleuritis táberculosa; veszélytelen, de kellemetlen a szövetközi emphysema. Rendesen múlt jellegű (ritkán halálos) ritkább szövödmény az úgynevezett „pleuralis eclampsia”, mely az öntudat elveszésével, a végtagok, különösen a felsők paresisével és contracturájával, pulsus-szaporulattal, arhythmiával, a légzés lassubbodásával vagy megállásával járó epileptiform rohamban áll. Forlanini szerint synkopeszerű állapot s elkerülhető, ha

állandóan ellenőrizzük a szív működését s a verőeres nyomás kicsiny volta esetén szívszereket adunk.

A pneumothoraxkezelésnek eddig vagy 2000 esete ismeretes az irodalomból. Lényegtelen mortalitás mellett jó eredményről számolnak be: az időnként mutatózó lázrohamok csökkennek vagy teljesen eltűnnek, az izgatott szív működés, a dyspnoés állapotok, a cyanosis megszűnnek, a dyspepsia mulik, a testsúly növekszik, a subjectiv érzés javul, a köpetben a bacillusok megkevesbednek vagy teljesen eltűnnek, rugalmas rostot a köpetben nem lehet találni, haemoptysis nem jelentkezik. A pneumothoraxkezelést jogosulttá teszi az, hogy a javulás hosszabb időre terjed ki (2¹/₂ évre), másfelől oly egyénekben, a kik a kezelés ellenére is meghaltak, az időnkénti javulásnak megfelelő anatómiai elváltozásokat lehetett látni: az összeesett tüdőben csekélyszámú friss gümő mellett fel-fűnően száraz sajtosodás, kevés heveny szétesési jelenség, kifejezett kötőszövetzaporodás és hegesedés. Az élőben a fizikai vizsgálattal hasonlót lehet kimutatni: a cavernák kisebbedését, zsugorodást. Megjegyzendő, hogy a tüdő még hosszas légmell-kezelés után is tud tágulni.

A pneumothoraxkezelés javalt oly esetekben, mikor az egyik tüdő ép, vagy nagyon csekély mértékben van megtámadva (a mely utóbbi esetben a betegbb tüdő collapsusa után a másik vikariáló módon tágulva active vérbő lesz, a mi a kezdődő baj gyógyulására jótékony befolyással van), és ha gyógyszeres-diaetás eljárással nem érünk célra.

Ha a pleuramezgek nagyobb kiterjedésű összenövése miatt a pneumothoraxkezelés lehetetlen, vagy szabad tüdő mellett is eredményel nem járt, még egy műtét van, a bordaresectio, a melynek segítségével a zsugorodásra hajlamos tüdő összehúzódását támogatjuk. Az operatio ajánlata és tudományos indokolása Quinckétől származik, technikáját és javait Friedrich dolgozta ki. Ő kiváltképpen arra ügyel, hogy a pleurairéget meg ne nyissa, míg Quincke és Garré az üreg megnyitását tartják helyesebbnek. A műtét elve különben ugyanaz, mint a pneumothorax-eljárásé. Friedrich eddig 10 esetben végezte a műtétet; általában lényeges javulás mutatkozott. Az operatio javalata körébe Friedrich szerint főképpen az egyoldali rostos cavernás phthisis tartozik, a mely belső és klimás orvoslás ellenére lassan, de állandóan halad előre. Nagyfokú gyengeség, egyéb szervek gümőkórja ellenjavallja. (Zeitschrift f. Tuberkulose, 1909. XIV. kötet, 6. füzet.)

Gyermekorvostan.

A garatmögötti tályog műtét kezeléseiről ír Rösling (Tübingen). Fontosnak tartja a korai felismerést és helyes kezelést, tekintettel arra, hogy e tályog elhelyeződése az életre oly fontos szervek kapujánál van, melynek elzáródása életveszélyes a betegre. Ha a betegnek a megfulladástól megmenekülnek, akkor is a genysülyedés veszélye forog fenn a hátulsó gátorürbe, átfürödés a gégebe (Bókay), légsőbe (Stoffela), nyelősőbe (Noll), mellürbe (Gautier), szívburokba (Bókay), mely körülmény a beteg sorsát megpecsételi. A szerző nem elégszik meg a régóta alkalmazott belső megnyitással, melyről Bókay jun. is megjegyzi, hogy nem ideális sebészi beavatkozás ugyan, de a gyakorlatnak megfelel, mert aránylag könnyen és speciális előképzettség nélkül viheto keresztül. Idézi Bókay statistikáját, mely szerint 317 eset közül (34 év alatt) 10-ben külső s belső megnyitás történt, a külső bemetszés azonban csak ellennyilásnak tekintendő oly esetekben, midőn a tályog már kifelé előbult. A többi mind belsőleg nyitott meg. A betegek közül 14 meghalt, a többi meggyógyult. Bókay ezen jó statistikáját főleg Kaufmann (Heidelberg), de mások is saját észleleteikkel támogatják. A legfőbb ellenetés a belső megnyitás ellen a genyaspiratio lehetősége, a mi azonnali halálhoz vezethet (Gaupp, Abelin), vagy a nyelési tüdőlob. Bókay 7 tüdőlobot észlelt, egyet halálos kimenettel.

A szerző ajánlatosabbnak tartja a garatmögötti tályognak külső megnyitását és pedig Chiene módszere szerint, melyet 1877-ben ajánlott elsőnek. A bemetszés a fejbiccentő hátulsó szélén történik, azután tompa előhaladás a tályog elődomborodása vagy a nyakcsigolyák haránt nyújtvánja felé. A tályogra akadva, annak megnyitása, drainézése következik. Így eljárva, sem nagyobb véreret, sem ideget nem sérthetünk. A szerző maga 17 izben többnyire

aetherbódulatban végezte a műtétet. Valamennyi esetben a műtét után az eredmény igen jó volt. A láz esett, a váladék rövidesen kevesbedett és átlag 4 hét alatt a betegek teljesen gyógyultak. Három esetben a gyógyulás tuberkulosis miatt elmaradt. Egy esetben a carotis egy ága sérült s akkor sem az eredeti Chiene-féle eljárást használták, mert a fejbiccentő elülső szélén operáltak, tekintettel arra, hogy a tályog már a gége bal oldala felé nagyon elhúzódott. A vérzést csakhamar csillapították.

A Chiene-féle bemetszésnek Schmidt szerint az a hátránya, hogy főleg kicsiny és inkább praevertebrálisan fekvő tályogoknál nagyon hátra esik a nyílás, azért inkább ajánlja a Kredel-féle elülső metszést és a fejbiccentőt oldalvást húzva, a vena jugularis külső szélén halad a mélybe. Burkhardt is az elülső bemetszést ajánlja, de ő a nagy erektől mediálisan a carotis és gége közt halad.

Az irodalomban eddig 35 ismert eset van Chiene szerint operálva, melyek közül 31 átlag 4 hét alatt simán gyógyult, 4 halálos volt tuberkulosis miatt.

Burkhardt szerint operált 20 eset közül 13 izben gyógyulás állt be átlag 5—6 hét alatt, 1 izben fistula maradt vissza, 5 eset halállal végződött, melynek oka kettőben műtét utáni vérzés volt. A Kredel-féle műtétről nem mondhat véleményt az így operált esetek csekély száma miatt. Mindezek után a szerző legideálisabbnak s legajánlatosabbnak tartja a garatmögötti tályognak Chiene szerint való külső megnyitását. (Beiträge zur klinischen Chirurgie, 64. kötet, 1. füzet.)
Vas J. dr.

Börkörtan.

Közvetlen átvitel útján történik-e a leprás fertőzés ezimben ismerteti bőséges tapasztalásait Sand (Trondjhem). A szerző, a ki 35 év óta vezető orvosa a *Reitjaerdet* nevű lepra-intézetnek, összesen 1558 leprás betegről számol be. Most is azt állítja, a mint már más alkalommal is tette, hogy a leprás fertőzés nem történik közvetlen átvitel útján. A tapasztalás azt bizonyítja, hogy a férfiak átlagosan magasabb korban (átlag a 32. évben) válnak leprássá, mint a nők (átlag a 29. évben). A férfiak azonban gyakrabban fertőzik magukat, mint a nők. A leprának a férfiak közötti nagyobb elterjedését a szerző azzal magyarázza, hogy mint munkás emberek a házon kívül, a tengerparti nagy halásztelepeken meglehetősen egészségtelen viszonyok között élve, sokkal inkább vannak kitéve a leprás fertőzésnek. A nők otthonukban sokkal tisztább és egészségesebb viszonyok között élnek s így a közöttük ritkábban előforduló infectio csak oly módon terjed, hogy a leprás családtagjaikkal érintkeznek s azokat ápolják. A leprás beteg a házastársára nézve aránylag nem nagyon veszedelmes. A szerző 512 olyan házaspár között, a melyben az egyik hitvestárs leprás volt, csak 17 esetet észlelt, a hol a másik házastárs is megkapta a leprát. 96·5%-ban tehát kimutatható fertőzés nem jött létre. A szerző azon véleményen van, hogy a leprás fertőzés rendszerint nem jött létre egyénről egyénre a közvetlen érintkezés nyomán, hanem felveszi, hogy a fertőzés alkalmával valószínűleg egyéb tényezők is közreműködnek és hogy a vírus az emberi szervezeten kívül bizonyos átalakuláson megy keresztül, mielőtt a betegséget az egészséges egyénre átviszi. Ennek a felvételnek a valószínűségét a leprás szülők gyermekeire vonatkozó statisztikai adatok is bizonyítani látszanak. 357 leprás apának 1178 gyermeke közül csak 63=4·9% volt leprás. 138 leprás anyának 477 gyermeke közül 56=10·5% volt leprás. Oly családokban, a hol mindkét szülő leprás volt, a gyermekek 12·7%-ban lettek leprássá. Az a körülmény, hogy a leprás anya gyakrabban viszi át a betegséget a gyermekeire, mint a leprás apa, nagy valószínűséggel azzal magyarázható, hogy az anya természetesen sokkal állandóbban és bensőbbben érintkezik a gyermekével, mint az apa. (Monatshefte f. praktische Dermatologie, 1909. 49. kötet, 7. füzet.) Guszman.

A lepra aetiologiájáról nyilatkozik G. Sticker (Bonn). Bizonyos, hogy a Hansen-féle leprabacillus a betegségnek a okozója. Az is több mint valószínű, hogy a leprás fertőzés leginkább ott jelentkezik, a hol leprások egészségesekkel zsűfolva együtt élnek. Régebbi tapasztalás az is, hogy a betegségnek a primaer affectiója az esetek legnagyobb számában az orr nyálkahártyáján jelentkezik. Más és még megoldatlan aetiologiai kérdés azonban, hogy az ember az egyetlen gazdája-e a bacillusnak,

avagy tud-e az az emberi szervezeten kívül is hosszú időn keresztül létezni? Eddig *J. Hutchinson* az egyedüli, a ki tudományosan óhajtotta bizonyítani, hogy a bacillus az emberi szervezeten kívül is létezik. Ismeretes, hogy ő a leprát a hallal való táplálkozással hozza összefüggésbe, de ezt bakteriologailag nem tudta beigazolni. Pedig ez a vélemény a leprával sujtott népek között már évszázadok óta tartja magát. Indiában is az az általános vélemény a nép között, hogy a lepra a hallal való táplálkozás által jön létre, különösen akkor, ha ugyanakkor tejjel is táplálkozik az illető. Ugyan ez a nézet van másutt (China, Japán, Brazília, Görögország stb.) is elterjedve, a hol a lepra gyakran előfordul. Mint-hogy kétségtelen, hogy a leprás betegség leginkább tengerparti vidékeken fordul elő, hol az emberek leginkább hallal táplálkoznak, a szerző úgy véli, hogy ez a *Hutchinson*-féle theoria még koránt-sinesen megegyezve. Ő nemrég a bergeni halpiacon több halat (*gadus*, *labrus*) vizsgált meg, a melyeken ulceratiókat és szembe-li elváltozásokat észlelt s a melyekben a leprabacillusokhoz hasonló saválló bacillusokat talált. (Montshefte f. prakt. Dermatologie, 49. k., 7. f.) *Guszman.*

Fizikai és diaetikai gyógyításmódok.

A gyermekkori eczema gyógyítása. *Pick* tapasztalásai megerősítik azon észleléseket, hogy a gyermekek makacs eczemái — az eczema intertrigót kivéve — mind anyagcserezavarokból erednek. Kivált a fejen és arcon fejlődő nedvedző és kérges eczema szokott ilyen alapon keletkezni. A bőrbajok ezen fajtája gyakran látható azon gyermekeken, a melyeket anyatejjel táplálnak. Sőt többnyire éppen a látszóan igen jól táplált gyermekek azok, a kiknél fejlődik. Többnyire, de nem mindig. Némely esetben ellenkezően éppen a rosszul táplált, satnya gyermekek szenvednek benne. Mindkét esetben a célszerűtlen táplálás folyamán gastro-enteritis keletkezik. Ebből az következik, hogy a csecsemők eczemájának kezelése alkalmával a táplálék mennyiségét és minőségét kell figyelembe venni és megfelelően szabályozni. Ezen gyermekek többnyire akkor kapják a palackot vagy az emlőt, a mikor sirni kezdenek. Pedig gyakran szoktak sirni. Ez esetekben a táplálást 3 órák közökre kell korlátozni s a gyermeket nappal csak ötször, éjjel pedig egyszer sem szabad etetni. Számos esetben az anyatej minősége okozza a bajt. Azon asszonyoknak a teje, a kik már többször szültek, rendszeren sok zsírt tartalmaz, a mi gyermeküknek éppen úgy megárt, mintha palackból táplált csecsemőnek korán kezdenek higitatlan tejet adni. Az előbbi esetekben az étkezések között hosszabb szünetet kell tartani, az emlőt napjában csak háromszor szabad adni és közben kétszer szénhidratokat (gyermeklisztet, quäckeroak-ot stb.) Hogy az eczema többnyire táplálkozási zavarból ered, abból is kiviláglik, hogy ez a bőrbaj sok esetben éppen a gyermek elválasztása idején keletkezik, mert ilyenkor kényelmi szempontból rendszeren korán kezdik a felnőtteknek való ételeket adni. Ennek — főképpen az úgynevezett fekete hús- és a kolbászféléknek, a levesnek és tojásnak — káros hatása ez esetekben hamarosan szokott bélnhurutban és eczemában nyilvánulni. Ezeket az ételeket meg kell tiltani és tejjel, tejes ételekkel, zöldségekkel, zabliszttel stb. pótolni. Legjobb, ha ezt a diaetát minden (bizonyos korban levő) eczemas gyermekeknek alkalmazzuk, még ha nem is találunk emésztési rendellenességeket. Szintúgy helyesen cselekszünk, ha valamennyi esetben béldesinficienszt rendelünk. A legjobb szer erre a csukamájolaj (0.01 gm. Phosphor, 100 gm. Ol. jecor. aselli, naponként délelőtt 10 órakor 1 kávéskanálnyi).

A szerző még bővebben tárgyalja a helybeli kezelésnek általa gyakorolt módját is. Kenőcsnek a többi között különösen a $\frac{1}{2}\%$ -os chrysarobin-kenőcsöt ajánlja. A bőr higiéniáját illetően megjegyzi, hogy nem jó, ha az eczemasokat „kemény“ vízben fürösztjük, hogy hetenként egy-kétszeri fürösztést elég és hogy a bőrt ez esetekben csak ritkán szabad szappannal mosni. A vízhatlan anyagokkal való pólyázást is elítéli. (Wiener med. Wochenschrift, 1909. 39. szám.) *Lenkei V. D. dr.*

Fülörvostan.

Kétoldali középfültuberculosisnak esetét közli *Muck* (Essen), a mely a hallójáraton keresztül alkalmazott szívó gyógyítás-

módra meggyógyult. Az eset 38 éves bányászra vonatkozik, a ki haemoptoé után $\frac{1}{4}$ évvel fül-folyást kapott és nagyothallóvá lett. A középfültuberculosis diagnózisát úgy makroszkopi, mint mikroszkopi úton megállapították. A szerző egy másik esetében elért szép eredménye alapján ezt az esetet is a szívó gyógyításhoz vetette alá a Bier-Klapp-féle módszer szerint. A dobhártya beszűrődése tökéletesen visszafejlődött, a secretio teljesen megszűnt és a hallás nagyot javult. (Zeitschrift für Ohrenheilkunde, 58. kötet, 64. lap.)

Udvarhelyi dr.

Otitis media purulenta és malaria együttes előfordulási-ának esetét ismerteti *Mayr*. Az idült középfülgennyedés miatt gyökeres műtétet végzett, a mely jól sikerült; utána egy nappal hirtelen nagy rázóhideg támadt, a mely a sepsises sinus-thrombosis gyanuját keltette, annyival is inkább, mert a fül állapota sem zárta ki. Az újból megnyitott műtégi területen azonban semmi nyomát sem találta a sinus thrombosisnak. Ezért vérvizsgálatot végzett *Giemsa* szerint, a mikor is malaria-plasmodiumot talált. Megfelelő chinintherapiára gyógyult az eset. E. Urbantschitsch is közölt hasonló esetet. (Monatsschrift für Ohrenheilkunde, 43. kötet, 6. füzet.) *Udvarhelyi dr.*

Az ostium pharyngeum tubae endoskopiájának gyakorlati hasznát *Mayr* (Würzburg) két kórtörténet közlésével demonstrálja. Már említettük, hogy *Voss* nemrégiben ismertetett egy *salpingoskop* nevű műszert (Orvosi Hetilap, 1909. 10. szám), a melynek segítségével a cavum pharyngonasalának teljes átvilágítása és teljes áttekintése eddig nem is remélt tökéletességgel lehetséges. Ezen műszeren *Mayr* azon kis módosítást tette, hogy visszahúzó-ható csőalakú burokkal látta el azért, hogy az orr váladékának a salpingoskop ablakára való rátapadását elkerülje. Különösen két esetben vette nagy hasznát ezen műszernek. Mindkét esetben a tubaelzáródásnak minden tünete megvolt, a nélkül, hogy a rhinoskopia posterior segítségével valami látható okát tudta volna felfedezni, pedig az inyvitortát előhúzó kampót is igénybe vette. A midőn azonban a salpingoskoppal átvilágította az orrgaratüreget, az egyik esetben a tuba bejáratánál a tuba falaihoz nőtt hártyát talált, a mely a tubanyílás nagy részét elzárta, a másik esetben pedig ugyanesak a tuba nyílásában kocsányos fibromásca jelenlétét állapíthatta meg, a mely a mellett, hogy a tuba nyílását elzárta, állandóan vérzett is minden beavatkozási kísérlet alkalmával. Mindkét képletet sikerült a salpingoskop ellenőrzése mellett bevezetett alkalmas műszerekkel eltávolítani és így állandó és tökéletes gyógyulást létrehozni. Természetes, hogy a műszer csak akkor használható, ha az orrnyílások elég tágak a bevezetésére; ha az orr nyílásait polypok, septum-spinák vagy orrkagylótülmengések megszükitik, először ezeknek az eltávolítása, illetőleg a megkisebbitése által tágítani kell az orrüreg lumenét. (Archiv f. Ohrenkrankheiten, 80. kötet, 3—4. füzet.) *Udvarhelyi dr.*

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Furunculosis és ideges eredetű pruritus ellen *Guinsbourg* szerint nagyon jó a növényi diaeta. Minthogy nem szükséges szigorú vegetarianus étrendet követni, a mennyiben tej, tejtermékek, tojás, sőt sovány hal is megengedhetők: a kúra végzése nem ütközik nehézségbe. (Ref. La semaine médicale, 1909. 39. szám.)

Nephritis eseteiben *Tumminia* is jó eredményt ért el calciumchlorürrel, a melyből 10 napon át adott — tejdiaeta mellett — $\frac{1}{2}$ —1 grammot naponként. (L'ospedale di Palermo, 1909 július. Ref. Semaine médicale, 1909. 40. szám.)

Epilepsia gyógyítása veronallal. *Liobl* két epilepsia-esetet ismertett, a melyben veronallal hosszabb időn át rendszeres adásával jó eredményt ért el. Az egyik esetben — 17 éves fiú — naponként $\frac{1}{2}$ grammot, a másik esetben — 4 éves gyermek — reggel és este 0.1—0.1 grammot adott, a javulás beálltával hosszabb szüneteket tartva. (Medizinische Klinik, 1909. 45. szám.)

Bronchectasia egy esetében *Herringhaus* jó eredményrel használta az oxygenbelégzést. Naponként egyfolytában 6 órán át lélegeztette be az oxygént, mire a köpet mennyisége tetemesen csökkent, szaga pedig elvesztette bűzösségét. (Lancet, 1909. apr. 24.)

Magyar orvosi irodalom.

Klinikai füzetek, 1909. 11. füzet. *Dumitreanu Ágoston*: A budapesti prostitutio újjászervezése. *Löte József*: Módosítás a véresejt-számláláson. **Gyógyászat**, 1909. 48. szám. *Jancsó Miklós*: A váltólázás vesegyulladás. *Ecsedi Ernő*: Acut epididymitis kezelése samollal.

Orvosok lapja, 1909. 49. szám. *Doctor Károly*: A cukorbetegnek anyageseréről. *Moskovitz Ignác*: Az orrkagyló-resectiók káros hatásáról a szervezetre.

Budapesti orvosi ujság, 1909. 48. szám. *Roth Arnold*: Lupus erythematodes acutus. *Kalmár Armin*: Morbus maculosus Werlhofii és purpura haemorrhagica. „Füllesztet” melléklet, 2. szám. *Váli Ernő*: A veszületett külső hangvezető-elzáródások művi feltárása. *Rejtő Sándor*: Vizsgálatok a sziklaacsonton. *Ziffer Hugó*: Ritkább indicatio alapján végzett kétoldali antrum-felvésés. „Szemészeti lapok”, 3. szám. *Falta Marcel*: Új és módosított műszerek.

Vegyes hírek.

Jubileum. *Deuts Adolf* dr. péterrévei községi orvos 40 éves szolgálatának jubileumát ülték november 25.-én. A lelkes ünneplés bizonyosága annak, hogy a még oly rögzös pálya is erkölcsi jutalomhoz vezet, ha becsülettel haladnak rajta.

Penyevessy Béla dr. budapesti egyetemi magántanárnak a király a rendkívüli tanári czímet adományozta.

Kinevezés. *Munkácsy Pál* dr.-t vasúti orvosává, *Berend László* dr.-t a homonnai közköri igazgató-főorvosává, *Gönczy Dezső* dr.-t a sátoraljaújhegyi kórházhoz alorvosává és *Schick Adolf* dr.-t a mohácsi köz-kórházhoz alorvosává nevezték ki.

Választás. A vármezei körorvosi állásra *Ostata Valér* dr.-t választották meg.

Az országos anya- és csecsemő-védő egyesület e hó 4.-én nyitotta meg első otthonát (VII., Thököly-út 83). Másnap az egyesület a M. T. Akadémia dísztermében díszülést tartott.

A Teleia-egyesület a nemi betegségek leküzdésére 15 évi fennállása alkalmából december 5.-én ünnepi közgyűlést tartott.

Meghalt. *Buzinkay Gyula* dr. nyugalmazott közegészségügyi felügyelő, Győr vármegye volt tiszti főorvosa 72 éves korában november 28.-án Pétten. — *Breuer Armin* dr., Temes vármegye tiszti főorvosa, a közegészségügyi tanács rendkívüli tagja november 29.-én 61 éves korában. — *Turner Ferencz* dr., nyugalmazott járásorvos és tiszteletbeli megyei főorvos, 96 éves korában Ungváron november 27.-én. — *Károly Tivadar*, bajor herceg, néhai Erzsébet királynéknak öcséje, november 29.-én 70 éves korában. Az elhunytat már fiatal korában vonzódása az orvosi tanulmányok felé vezette. Münchenben elvégezte az orvosi tanulmányokat; a müncheni egyetem a doctor honoris causa czímet adományozta neki s 1880-ban a német kancellár külön rendeletével feljogosította az orvosi gyakorlatra. A szemészet volt speciális szakmája s élte végéig nem szünt meg ezzel gyakorlatilag foglalkozni müncheni, tegernseei és meráni szemkórházaiban. Írt több jeles dolgozatot is szakmája köréből. *Károly Tivadar* herceg a budapesti orvosegyesületnek is kültagja volt. — *Axel Lindfors* dr., a szülészet tanára az upsalai egyetemen. — *S. Bubnow* dr., a közegészségtan tanára a moszkvai egyetemen. — *G. E. Stubbs* dr., valaha a sebészet tanára Philadelphian. — *X. Ch. Scott* dr., a szemészet és gégeorvos tanára Clevelandban. — *M. Jordan* dr., a sebészet címzetes rendes tanára a heidelbergi egyetemen, november 22.-én 45 éves korában. — *T. Saemisch*, a szemészet nyugalmazott tanára a bonni egyetemen, 75 éves korában.

Kisebb hírek külföldről. *D. Waterson* dr. edinburghi egyetemi magántanárt (lecturer) a londoni King's College-en az anatomia tanárává nevezték ki. — *Emden* dr., a bonni egyetem magántanára, professor-czímet nyert.

Az orvosok kölcsönös honorálásának kérdését teszi érdekes cikké tárgyává *J. Schwalbe* tanár a Deutsche medizinische Wochenschrift október 14.-i számában. *Schwalbe* dr. a leghatározottabban foglalja a mellett állást, hogy szakítani kellene azzal az elavult felfogással, hogy az orvosnak kötelessége orvoscollegáját, még azelőtte addig teljesen ismeretlen is, és annak családját ingyen gyógyítani. Olyan idő- és fáradságbeli megadóztatása ez az orvosoknak, különösen a specialistáknak és a kiválóbb consiliariusoknak — mert ezeket keresik fel leginkább az orvosok —, a melyet semmiképpen sem lehet megokolni s melyhez hasonlót más téren nem is igen ismernek. De az árnyékoldalait e szokásnak nemesak az az orvos érzi, a kinek a működését gyakran igénybe veszik kartársai, hanem érzi és pedig nagyobb mértékben az az orvos, a ki a maga személyére nézve vagy a családjában orvosi kezelésre szorul. Minden ember jobb helyzetben van ebben a tekintetben, mint az orvos. Ha a családjában valaki megbetegszik s maga nem érzi magát képesnek arra, hogy beteg felcséjét vagy gyermekét gyógyítsa, szinte félve, szegyenkezve hívja el collegáját, nem meri a segítségét kellőképpen igénybe venni, őt gyarkrabban s esetleg éjjel is elhivatni, tudva, hogy honorariumot nem fogad el. E mellett az a nyugtalanító érzése van — okkal vagy ok nélkül —, hogy a családjához hívott orvoscollega, minthogy nincs belőle anyagi haszna, még se veti tudását és buzgalmát oly mértékben latba, mint más esetben, a hol ezért megfizetik. Különben se minden ember szeret szívességet mástól kérni és elfogadni. Az „ingyenes” orvosi kezelés a benne részesülő orvosnak gyakran több pénzébe kerül, mint hogy ha készpénzben megadta volna az érte járó honorariumot: ajándékkal, szobrokkal, képekkel, bronztárgyakkal, borral igyekszik a halálját leróni, ezeknek

a kiválasztása terhes feladat s legtöbbször többre kerülnek, mint a mennyit a honorarium kitett volna; e mellett az az érzés bántja az ajándékozót, hogy talán nem jól választott, a megajándékozott nem örül az ajándéknak, nem tudja a hasznát venni — a mint hogy legtöbbször így is áll a dolog — s így a költsége ellenére is adósa maradt. A honorariumnak az az alakja, hogy a consiliarius vagy specialista segítségét igénybe vevő orvos halálját betegek odautalásával igyekszik leróni, erkölcsi szempontból kifogásolható, a mi legjobban akkor tűnik elő, ha elgondoljuk, hogy ilyen esetben, ha az orvos őszinte, betegének kénytelen megmondani, hogy ő azért küldi őt ehhez vagy ahhoz a tanárhoz vagy specialistához, mivel halálával tartozik neki azért, hogy őt magát vagy családjának valamely tagját ingyen kezelte.

Schwalbe cikkét következőképpen végzi: Elfogulatlanul mérlegelve a viszonyokat, arra az eredményre kell jönnünk, hogy itt elavult, a mai viszonyoknak meg nem felelő szokással állunk szemben, a melynek véget kellene vetnünk. A honorarium elfogadása vagy el nem fogadása a collegáktól nem oly kérdés, mely az orvosi etikába vagy rendtartásba tartozik. A főelv e tekintetben is, mint az orvostudományban általában, az individualizálás legyen. Közlebbi ismeretségben vagy barátságban levő orvosok úgy se fognak sohasem honorariumot elfogadni egymástól. Távobbb álló vagy ismeretlen collegától az orvos fogadhasa el bátran, sőt követelhesse meg a honorariumot, ebben ne lsson senki az orvosi tisztességgel meg nem egyező, vagy csak a legkisebb mértékben is nem egészen „fair” cselekedetet. A collegialitás abban nyilvánul meg, hogy az orvos abban az esetben, ha maga szabja meg collegájával szemben a neki járó honorariumot, mérsékelt díjszabás szerint járjon el s minden esetben, a hol látja, hogy a collega ezt a díjat is nehezen tudja megfizetni, szó nélkül álljon el a honorariumtól.

Az alexipon folyékony, acetyl-salicilsavas készítmény, mely kitűnő hatású csúszós, rheumatikus bántalmak, továbbá izom pangások eseteiben. Könnyen szívódik fel a bőrön át, a nélkül, hogy bőrlobot, vagy ecetmát okozna. Tisztán adagolható, esetleg menthollal, mely utóbbi a fájdalomcsillapító hatást fokozza. 50 és 100 grammos üvegekben kerül forgalomba.

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

Dr. Jakob-féle Ligetsanatorium Budapest, VI., Nagy János-utca 47. sz. (A Városliget közvetlen szomszédságában.) Diéta, diagnosztikus, physikoterapiás sanatorium.

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

Consecutív neuralgiák, sebészeti utóbántalmak és izzádmányok eseteiben. Részleges göngyölés. **FANGO** Erzsébet-körút 51. sz. (Körúti fürdő.) Kezelő orvos vulcanikus radioactiv iszap **Dr. VÁNDOR DEZSŐ.**

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

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

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

Téli kúra tüdő- betegeknek Tátraháza

Pavillon-rendszer. Villanyos világítás. Központi légfűtés. Téli sportok. Serumkezelés. Igazgató-főorvos: **Müller Vilmos** dr., az „Erzsébet királyné”-Sanatorium v. assistense.

Orvosi laboratorium és cukorbeteg tolerantiájának meghatározása Dr. **Mátrai Gábor** v. egyetemi tanársegéd. Andrassy-út 50 (Oktogen-tér). Telefon 25-96.

CIRKVENICA THERAPIA-Sanatorium téli gyógyhely a magyar tengerparton. Berendezve az összes gyógyító eljárásokra. Modern kényelem. 120 szoba. Vezető-orvos: **Dr. GROÓ BÉLA.**

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

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

Dr. GARA GÉZA, Meran. SANATORIUM. PROSPECTUS.

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

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. Budapesti kir. Orvosegyesület. (XXI. rendes tudományos ülés 1909 november 13.-án.) 896. l. — A XVI. nemzetközi orvosi congressus tárgyalásai. 897. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XXI. rendes tudományos ülés 1909 november 13.-án.)

Elnök: Preisz Hugó. Jegyző: Rotter Henrik.

Többszörös idegfibroma esete.

Holzwarth Jenő: A bemutatandó esetre a figyelmet nem egyedül a többszörös neurofibroma jelenléte, hanem különösen azon körülmény hívja fel, hogy a neurofibromák mellett egy második rosszindulatú daganat, nevezetesen emlőrák is volt. A beteg tulajdonképpen ez utóbbi bajával jelentkezett, a mennyiben főpanaszát a jobb emlőjében fejlődött, három hónapja észlelt daganata tette, mely a hónalji nyirokesomókban már tapintható áttételeket okozott. A beteg megvizsgálásakor a jobb sulcus bicipitalis internusban mogyorónagyságú, baloldalt ugyanott és a lábszáron elől a tibia mellett egy-egy kis tyúktójságnagyságú daganat volt látható, melyek az első pillanatban azt a benyomást keltették, mintha az emlőrák áttételei volnának. Mintogy azonban a rák csak három hónapja állott fenn, az említett daganatok pedig tíz év alatt lassanként fejlődtek, nem állhatott meg a metastasis feltevése. A daganatokat helyzetük, alakjuk, külsejük, lassú fejlődésük miatt neurofibromáknak kellett tartani. A műtét alkalmával kiderült, hogy a felkarokon lévő két daganat a nervus medianusban, a lábszáron lévő a nervus tibialis anticusban fejlődött s azok rostjait finom szálakra szét-feszítette. Az idegszálak a daganatok tokjával összekapaszkodva nem voltak s ezért a fibromákat tokostól ki lehetett fejteni az idegrostok közül. A mikroszkopi vizsgálatkor azonban kitűnt, hogy ezen neurofibromák igen sejtűsűsűk, annyira, hogy bár a klinikai kép szerint jóindulatú daganatnak mutatkoztak, szöveti szerkezetük bizonyos malignitásra enged következtetni s azon csoportba sorozhatók, melybe Garré vizsgálatai szerint az ú. n. másodlagosan rosszindulatúan elfajult neurofibromák tartoznak. A különös figyelmet az emlőrák egyidejű jelenléte kelti fel. Az irodalomban már többen ismertettek ilyen eseteket, a melyekben neurofibromák mellett rák vagy sarcoma képződött más szervekben. A mennyiben a bemutatott esetben a rosszindulatúság az utóbbi időben a daganatok gyorsabb növekedésével és a rák jelentkezésével egyidejűen fejlődött, az eset támogathatja azon nézetet, hogy van bizonyos diathesis vagy dyskrasia némely egyéneknél, mely egyes sejtesoportokat atypusos burjánzásra indít.

Elektrolýsises epilatio Kromayer-tüvel. (Eredeti közléseink között hoztuk.)

Hozzászól:

Basch Imre: Kromayer közleményének figyelmes elolvasása mindenképp meggyőzhet arról, hogy a Kromayer-tűkkel végzett elektrolýsises epilatio a régi jól végzett elektrolýsises epilatióval szemben nem haladás. Kromayer és nyomán Csillag is azt mondja, hogy ha egy tűvel végzi az elektrolýsist egy hajszálon, akkor 5 milliampère áramot 1 percig kell alkalmaznia, ha 5 tűvel egyidőben 5 hajszálon, akkor vagy 1 percig kell 25 milliampère, a mi Csillag kartárs szerint is tűrhetetlen nagy fájdalommal jár, vagy 5 percig kell 5 milliampères áram, a mi semmi időmegtakarítással sem jár, mert akár 1, akár 5 hajszálon egyszerre is végezzük, mégis minden hajtűszőbe külön kell bevezetni a tűt s akkor a művelet ugyanannyi ideig tart, akár egyenként, akár ötönként egyszerre végezzük az elektrolýsist. Már pedig akkor előnyösebb az egyenként való kiirtás, mert egy tűre jobban ügyelhetünk, mint egyidőben 5 tűre.

A Kromayer-féle tűvel azonos izolációs tű már tíz év előtt is volt kapható platiniridiumból. Annak idején alaposan kipróbáltam s azt találtam, hogy éppen úgy bekövetkezhettek a szövetek átégése — a mint azt különben Kromayer a saját tűjéről is ismeri —, ha nem végezzük ügyesen az elektrolýsist. Ha pedig kellő pontossággal, lelkiismeretességgel, gyakorlattal és ügyességgel végezzük az elektrolýsist, akkor nem izolált tűvel is úgy végezhetjük, hogy utána makroszkopice nem látni hegesedést, míg lupéval úgy a nem izolált, mint az izolált Kromayer-féle tűvel végzett epilatio után is látni minimális hegeket, illetőleg behúzódásokat.

Hogy Csillag kartárs karján még nem látszanak behúzódások, annak az oka az, hogy még nem telt el elég idő az epilatio óta. A csak lupéval látható behúzódások csak fél év illetőleg egy év után állapíthatók meg.

Két évtizedes tapasztalat alapján meggyőződtem arról, hogy a legszebb eredményeket úgy lehet elérni, ha egyenként végezzük az elektrolýsist és ha minimális vékonyaságú és nem hegyes platintűvel dolgozunk, mert azzal úgy bánhatunk, mint egy finom szondával, melylyel kellő ügyesség mellett kb. 80% valószínűséggel bejuthatunk a szőrtűsző alapjáig, a mikor azután $\frac{1}{2}$ legfeljebb 1-5 milliampère erejű árammal fél perc alatt tönkreteszünk a hajszál papilláját, a minek biztos jele az, hogy a hajszálát pincettával megfogva, az úgyszólván magától jön ki, míg Kromayer szerint az csak erélyes húzással távolítható el.

Havas Adolf: A hypertrichosis nemcsak bőrbaj, a mely kozmetikai szempontból jön tekintetbe, hanem esetleg komoly megbetegedés, mert az illető egyéneknek búskomorság társulhat hozzá. A hypertrichosis gyógykezelése tehát fontos. A Csillag által bemutatott Kromayer-tűk nem jelentenek haladást ezen a téren, és úgy, mint Basch, én is a régi eljárással oly jó eredményeket értem el, hogy például egy betegemen, a ki 22 év óta áll kezelésem alatt, hegesedés még lupé alatt is alig látható. A mi a gyógyulás százalékát illeti, abban sem értek egyet Csillaggal, mert én legfeljebb a kezelt hajszálak 60 százalékában mernék végleges eredményt ígérni. Ezen alkalommal bátorítkodom egy igen jó segédeszközt bemutatni, melyet Goldzieher tanácsára szereztem be, ez a Berger-féle binokuláris lupé, mely a mellett hogy nagyít, megengedi, hogy a szem fáradság nélkül operálható, noha a tárgyat igen közelről nézzük.

Csillag Jakob: Kérdem Havas tagtárs urat, alkalmazta-e a Kromayer-tűket?

Havas Adolf: Nem.

Csillag Jakob: Összehasonlítást pedig a két eljárás között csak kipróbálás után lehet tenni és csak úgy lehet elfogadható ítéletet mondani. A régi módszerrel tíz év óta epilál és most is előveszi, ha a Kromayer-tűk felmondják a szolgálatot. Összehasonlítást alapján azt talála, hogy a Kromayer-féle eljárás jobb s azért teljesen fenntartja kifejtett nézetét.

Myositis ossificans progressiva esete.

Dollinger Béla: Mindenekelőtt felhívja a figyelmet e betegség ritkaságára; az egész irodalomban csak hatvan eset ismeretes és ezek közül 4 magyar. Ezután röviden vázolja a myositis ossificans körképét és körlefedését; a csontosodás egymást után támadja meg az izmokat, míg végre a beteg a mellkasizmok csontosodása után légzési nehézségekkel küzd és tüdőtuberculosisban vagy más tüdőfolyamatban pusztul el. Ezután bemutatja az egészséges családból származó 8 éves fiúcskát és úgy az élő, valamint Röntgen-képen demonstrálja az elesontosodott izmokat. A therapia mindeddig tehetetlen e bántalommal szemben. Végül felemlíti, hogy az öregujjak kicsinysege eddig még minden esetben meg volt található. Az eset részletes ismertetése lapunkban fog megjelenni.

Kísérleti vizsgálatok a gomornedvelválasztás physiologiai és pathologiai mechanizmusáról és azokhoz fűzött klinikai reflexiók.

Molnár Béla: A húskivonat anyagainak, valamint a hús és búza emésztési termékeinek bőr alá fecskendezése még az atropinozott kísérleti állatokban is hatalmas gomornedvelválasztást von maga után.

A secretio módja jellegzetesen változik a szerint, a mint az állat idegrendszere ép vagy pedig quantitativ sérülést szenvedett.

A quantitativ sérülést szenvedett idegrendszerű állat a neurogen supersecretio kísérleti képét adja.

A vizsgálat leletei annak felvételére készítenek, hogy a secretiónak két módja van. Az első az ideges secretio, mely az extragastrális idegrendszer útján megy végbe, a másodikat, a chemiait, a vérkeringés közvetíti. Valószínű, hogy a chemiai secretio alá van rendelve az ideges secretio mechanizmusának. A Pawlow-féle reflexes secretiós mechanizmus az egész secretiós mechanizmusnak tehát csak egy része.

Általában nagyon is elképzelhető, hogy a chemiai ingerlő anyagok, melyek a secretiós apparatus vérizgalmakor kérdésbe

jönnek, utolsó vonatkozásukban a táplálékból illetve annak hasadási termékeiből származnak.

Mivel a secretiós gyomor-neurosisok tulajdonképpen valamely általános idegrendszeri anomáliának megnyilvánulásai és magának a gyomorparenchymának az állapotától többé-kevésbé függetlenek, a kezelésnek is megfelelő módon az egész idegrendszerre kell irányulnia.

Nem szabad azonban figyelmen kívül hagyni a diietetikát sem. Vizsgálataink új kísérleti támpontot nyújtanak annak a diietetikai elvnek, a mely szerint suprascetióban, ideértve az ettől különben is nem nagyon távol eső superaciditást, kerülni kell a kivonatanyagokban gazdag táplálékot.

Secretiós insufficienciában viszont éppen arra törekedünk, hogy a táplálék kivonatanyagokban minél gazdagabb legyen.

(Az előadást eredeti közléseink során egész terjedelmében hozzuk.)

Mesenterium commune esete.

Goldzieher Miksa: Ritka fejlődési rendellenesség a bemutatás tárgya. 21 éves nőről van szó, a ki Székács főorvos osztályán feküdt ileus-diagnósisal.

A boncoláskor először is feltűnt a puffadt és belövelt vékonybelek szerfelett nagy mozgathatósága, a melyet a colon ascendens is követett. A vékonybelek mesenteriuma nem volt odatapadva a gerincoszlop előtti kötőszövethez, hanem ujjnyi vastag nyélen csüngött. A colon ascendens is teljesen szabad volt, ellenben 6 cm. hosszú mesenteriummal függött össze a vékonybélmesenteriummal. Flexura coli dextra nem volt és hiányzott az összenövés a duodenum felszínével, a duodenum szabadon feküdt. A colon transversum ellenben 8 cm.-nyi darabon szorosan összenőtt volt a jejunum kezdetével a flexura duodeno-jejunalisnak helyén. Itt egyébként a mesenterium említett nyele köré 360° alatt csavarodott a colon transversus, teljesen leszorítva a flexura duodeno-jejunalist, valamint a mesenterialis nyél verő- és gyűjtőereit. A rendkívüli hosszúságú duodenum hatalmasan kitágult, éppen úgy, mint a gyomor, a mely függélyesen állott, teljesen ébrényi helyzetben.

A leirt elváltozások fejlődéstani ismereteink alapján a 4. ébrényi hónap táján létrejött fejlődési akadályozottságra vezethetők vissza, megfelelve az irodalomban gyéren felemlített mesenterium commune képének. Ebben az esetben a mesenterium commune pendulum elnevezés volna a legjellegzőbb.

A többrendbeli elváltozások közül elsődlegesnek tekinthetjük, időbeli sorrendre és dignitásra, a colon transversum és flexura duodeno-jejunalis összenövését.

A XVI. nemzetközi orvosi congressus tárgyalásai.

I. szakosztály: Boncztan, szövettan és fejlődéstan.

Laguesse: *A Langerhans-féle szigetek.* A szerző a Langerhans-féle szigeteket egy kivégzett felnőtt egyén pankreasán írja le saját értelmezése szerint. A sejtekben található főváladék jelenléte alapján, mely váladék részben finom zárt vacuolákban van felhalmozva, részben szemcsék alakjában van jelen, azon nézetét fejté ki, hogy a L.-szigetek belső secretiós (endocrin) mirigyek alkotnak, melynek képe híven megfelel a parathyreoidea képének. A L.-szigetek állandóságának, változhatatlanságának és függetlenségének elméletével szemben a saját változási elméletének (théorie de balancement) támogatására a következő érveket hozza fel: 1. Felnőttben szemmel látható folytonosság van a L.-szigetek és a tulajdonképeni mirigyacinusok között, sőt közvetlen összeköttetések láthatók a szigetek és a mirigy kivezető csövei között. 2. Az exocrin (tulajdonképeni pankreas) és endocrin (L.-sziget) elemeknek egyes helyeken való keveredése feljogosít annak felvételére, hogy a kétféle elem átmenetileg egymásba. 3. A szigetek és acinusok között való átmeneti alakoknak egész sora található; egyfelől az acinusok átalakulása szigetekké, másfelől ezeknek roconstructiója acinusokká. 4. A szigetek állománya kísérletileg szaporítható az acinusok rovására, a mit különben kóros folya-

matok is előidézhetnek. 5. Az előbbi pontban említett átalakulási folyamatot legújabbán kísérletileg is sikerült végigvezetni. Végconclusióképpen kimondja, hogy elvitázhatatlan összefüggés és belső kapcsolat van az exocrin- és endocrinállomány között s az egész életen át a kétféle állomány szüntelenül egymásba való átalakulásban van.

Régand Cl. és Policard A.: *A húgycsatornák histophysiológiáját érintő kérdések.* I. A glomerulusokból származó vizelet összetétele tekintetében adataink ingadozóak és megbízhatatlanok. Ugyanez áll a glomerulusoknak működés közben történő elváltozásaira is. Nussbaum kísérletei messze állanak attól, hogy a szigorú kritika előtt helyt állhatnának. Ha nem is bizonyos, de mint valószínű dolgot állíthatjuk, hogy a vizeletben levő vizet s a szilárd anyagok egy részét a glomerulusok bocsátják át. Lamy-Mayer elmélete azonban a glomerulusok szivattyúszerű működéséről (hypothése du glomerule-piston) túlzott. II. A tubuli contortit mirigyeknek tekinthetjük. Sejtjeikben három főműködési fázis észlelhető: 1. a váladékképzéshez való előkészület, 2. annak előállítás, 3. a sejtből való kiküszöbölése. 1. Gurwitsch a sejtek lipoid zárványait gyűjtő sejtiszervecskének fogta fel. A szerzők nincsenek ezen a nézeten, szerintük e szemcsék csak váladékgranulomok. Nincsenek állandóan jelen minden gerincesben, emlősökben pl. hiányzanak. Ezzel szemben a pálezikák, a melyek, a mint Benda is véli, mitochondrium-fonalak és szemcsék, állandóak. Ezeket a mitochondriumokat, vagyis a pálezikákat, bomlékony lipoidanyagot tartalmazó albuminoidtest alkotja (Régand). Ezen mitochondriumalakulatok fontos szerepe a szerzők szerint azon anyagoknak, melyek a sejten átmennek, a vérből való kivonása és rögzítése. Az olyan állatokban, a melyekben hol a fentebb említett lipoidszemcsék megvannak, ezeknek fejlődési foka és a mitochondriumok között számaránybeli viszonyosság áll fenn, még pedig változó fázisokkal. 2. A szerzők megengedik, hogy a csikolt cuticula (szűrőlemezek) állandó képződés, de strukturális változásokkal, vagyis az átjárhatósággal összefüggő változatokkal. Bár nem tagadják a szűrés útján való kiválasztás lehetőségét, a szerzők mégis elfogadhatónak tartják a molekuláris dialysis útján való kiválasztást. 3. A váltakozó fázisokkal együtt járó morphokinetikai változások eredménye az, hogy a sejtből való felvétel s az onnan való kilépés tünetei sem nem folytonosak, sem pillanatnyi. A functionális változások inkább az egyes csövek, mint az egyes sejtek között észlelhetők. III. A felszívódás tünetei igen valószínűek, bár bizonyítva nincsenek s úgy látszik, hogy csak a szűk csőszakaszra (Henle-hurok lehágó szára) vannak lokalizálva. Korányi elmélete igen tetszetős, de a glomerulusokkal összefüggésben nem álló kiöblösödések jelenléte nem engedi meg annak felvételét, hogy feltétlenül aequimolekuláris cseréről van szó. Sőt ezen elmélet teljesen hiányával van a bizonyítékoknak.

Hammer: *A thymus morfológiájának és physiologiájának mai állásáról.* Az újabb idők vizsgálatainak köszönhetjük, hogy a thymus ma már nem az a rejtélyes szerv, mint a minek régebbtől fogva a mai napig tartották. Az előttünk fekvő adathalmazból a mirigy szerkezetének és működésének teljes képe bontakozik ki előttünk. A szövettani és szövetfejlődési vizsgálatok alapján a thymust nyiroksejtekkel infiltrált hámszöveti szervnek tekinthetjük. A nyiroksejtek nagy bősége morfológiai szempontból minden esetre a lymphoid szervekhez igen közel állóvá teszi a thymust, sőt bizonyos tapasztalatok azt bizonyítják, hogy per analogiam ugyanez áll a funetiók tekintetében is. Viszont más tünetek alapján azt mondhatjuk, hogy a thymusnak a szervezet háztartásában belső secretiójú mirigyszerű működése is van. Mintegy kínálkozik annak a felvétele, hogy ezt a működést az epitheliális elemeknek tulajdonítsuk s azt mondhatnók, hogy bizonyos reticuláris sejtek túltengése s a Hassal-féle testek keletkezése volna ezen folyamat alakbeli nyilvánulása; bizonyosan azonban nem állíthatjuk. A szerv ezen kétféle működését azonban nem kell egymástól teljesen függetlennek és önállóan tartanunk; lehet, hogy egy és ugyanazon, jelenleg pontosabban meg nem állapítható berendezésnek különböző megnyilvánulásai. A thymuskérdés tehát kétféle irányban mutat összefüggést: egyfelől a lymphocyták szerepének s a lymphoidszervek működésének kérdésével, másfelől a belső secretiójú szervek működésének kérdésével. A szerző nézete szerint a thymuskérdés megoldása csak ezen problémákkal szoros kapcsolatban vihető előbbre és érhető el.

Nagy dr.

VII. szakosztály: *Sebészet.*
I. Általános sebészet.

(Folytatás).

b) *Anaesthesia.*

A *lumbális anaesthesia* kérdésének tárgyalásakor *G. Le Filiatre* (Paris) új eszközt mutatott be, melylyel a rachianaesthesiát létesíti; *Chiassi* (Bologna) a novocaint tartja legezészerübbnek, tapasztalatai ezen szerrel meghaladják az 1000 esetet. *Colombani* (Sebenico) 1100 esetben alkalmazta a lumbalanalgaesiát és szintén ezen érzéstelenítő módszer kiterjedtebb alkalmazása mellett emelt szót. *Borszék*y (Budapest) *Réczey* tanár klinikáján 1000 esetben tanulmányozta a lumbális anaesthesia értékét. *Borszék*y állandóan *Billon-féle* stovaint használt; szerinte a lumbális anaesthesia veszélyeit elkerüljük, ha figyelünk arra, hogy az anaesthesia a köldök magasságát ne haladja meg, ha azonkívül a stovain beadása után a beteget ülő helyzetében addig tartjuk meg, a míg az anaesthesia beköszönt. Úgyes technikával a lumbális anaesthesia veszélyei a minimumra redukálhatók. Eseteinek 89.45%-ában teljes volt az anaesthesia, 2.12%-ában elégtelen volt az érzéstelenítés, az eseteknek 8.43%-ában pedig anaesthesia egyáltalában nem volt észlelhető.

c) *Utókezelés.*

A *műtett betegek utókezelésével* *Kümmell* (Hamburg) foglalkozott előadásában a *laparotomizáltak korai felkeléséről*. A korai felkelés feltételei: kifogástalan narcosis, a narcosis utáni hányás elmaradása, gyorsan végzett műtét csekély vérvesztéssel, aseptikus sebgyógyulás és végezéssel a műtét sebének exakt varrása.

Kümmell eleinte a műtét utáni 5—6. napon engedte a felkelést, újabban már a műtét utáni első vagy második napon kelhetnek fel betegek.

Ezen korai felkelés előnyei: a bélperistaltika korán indul meg, a beteg spontán vizel, a légzés szabad, bronchitisek, pneumoniák könnyebben elkerülhetők, az étvágy javul, a postoperatív thrombosisok és emboliák 12%-ról kb. 1%-ra apadnak.

d) *Diagnosis.*

F. E. Sondern (New-York) a *vérvizsgálatok fontosságára* irányította a figyelmet sebészeti megbetegedésekben. *Sondern* a leukocytaszámlálásnak nagy fontosságot tulajdonít úgy a diagnosis, mint a prognosis szempontjából. A neutrophil, polymorphmagvú leukocyták számának erős emelkedése genyedésre mutat, de azonkívül a szervezet védekező erejének esökkenését is jelzi és sürgős beavatkozást indikál.

Turán (Budapest) a *sebészi gümös megbetegedések elkülönítő kórjelzését* méltatta a komplementkötés és az anaphylaxia segítségével. Eredményei: 1. a komplementkötés mindazon esetekben létesül, mikor homolog tuberculint használunk, 2. polyvalens tuberculin használatakor is mindig positiv a komplementkísérlet, 3. kimutatható az összefüggés az anaphylaxia és az opsonin-index között, a mi *Wright* nézeteinek helyessége mellett szól.

e) *Regeneratio, transplantatio.*

Minervini (Nápoly) a *capillarisok újonnan képződését* tanulmányozta sarjszövetben. *Fáykiss* (Budapest) a *vérerek transplantációjáról* szólt. *Fáykiss* a kutya carotisán 14-szer kísérletet meg a verőér transplantációját; 11-szer *Carell* eljárását használta, háromszor pedig **U** alakú varrattal az intimafelületeket szélesen egymáshoz fektette. Ezen utóbbi kísérletek mind sikerültek, míg *Carell* eljárása három esetben sikertelen volt. Transplantációra vagy ugyanazon állatnak túloldali carotisát, vagy friss kutyahullából vett carotisdarabkákat használt.

Gergő Imre.

XIII. szakosztály: *Bőr- és venerás betegségek.*

G. Thibierge (Páris) a *bőrnek idiopathiás atropháiáról* referált. A bőr atrophias állapotja igen változó a klinikai megjelenésében és a fogalmának a pontos meghatározása is igen nehéz. Az aetiológia legtöbbször ismeretlen, bár tudjuk, hogy olykor congenitális viszonyok is szerepelnek. Azok az esetek, a melyekben az irha diffus módon megvékonyodik és rugalmasságát veszti, a vénák pedig feltűnően áttűnővé válnak és a bőr felszíne finom ráncokat

alkot, elég közel állanak ahhoz a kórképhez, a melyet *Pick* erythromeliának nevezett el. Az atrophiaknak nagy csoportját teszik azok az esetek, a melyek körülirtan, vagy plaque-okban jelentkeznek. Az atrophianak a legrégebb és legismertebb alakja a hemiatrophia facialis progr., ennek ideges eredete kétségen felül áll. Az atrophiaknak másik csoportja a lupus erythematodeshez, lichenhez és a sclerodermiához tartozik. A körülirt sclerodermia és a bőratrophia között szoros összefüggés van. Az utóbbi bántalom együtt állhat fenn a sclerodermiás góczokkal vagy pedig követheti őket. Az atrophia létrejövétele ilyenkor oly módon magyarázható, hogy a perivasculáris sclerosos a bőr és a bőralatti kötőszövet elemeit táplálkozásukban megzavarja. A bőrnek atrophias folyamatára a *Wilson-féle* lichen is vezethet. Vannak esetek, a melyekben a bőr atrophias folyamatát a tuberculosissal lehet összefüggésbe hozni. Az összefüggés felderítése céljából szükség esetén az állatoltások és a tuberculines injectiók is igénybe vehetők. Az eseteknek egy részében az atrophia többé-kevésbé kiterjedt erythemás foltok kapcsán fejlődik ki. E foltoknak a főnnállása néha aránylag rövid ideig tart és az atrophia mégis beáll.

Darier (Páris) a *bőrbeli és bőralatti sarcoid-daganatokról* referált. A sarcoidok klinikai megjelenése eléggé jellegzetes. Részint a bőrben, részint a bőralatti kötőszövetben foglalnak helyet, csaknem mindig többszörösek és fájdalomtalanok. A növekvésük lassú, sokszor valóságos idült. A sarcoidoknak általában nincsen meg az a hajlamuk, hogy ellágyuljanak vagy kifehélyesedjenek. Jóindulatúságukat eléggé bizonyítja az a tapasztalat, hogy kiirtásuk nyomán helyben nem recidiválnak, hogy belső metastasisokat nem okoznak és a beteg általános állapotát nem nagyon zavarják. A vér megtartja rendes összetételét, a nyirokcsomók pedig szintén épen maradnak. Gyakran befolyásolhatók arsenes, calomeles és tuberculines kezeléssel. Különböző alakban jelenhetnek meg. *Darier* az átmeneti alakoktól eltekintve 4 tyrust különböztet meg: 1. a *Boeck-féle* bőrbeli sarcoidok (lupoides miliaires), a melyeknek három válfaja van: a papulás, a tuberosus és az infiltrált, 2. a *Darier-Roussy-féle* bőralatti sarcoidok, 3. az erythema induratumhoz közel álló sarcoidok, vagy a végtagok csomós és göcsös sarcoidjai, 4. a kereksejtű *Spiegler-Fendt-féle* sarcoidok, a melyek közel állanak a lymphodermiás daganatokhoz. Az előbbi három csoport sarcoidjai az esetek nagyobb számában összefüggésben látszanak lenni a tuberculosissal s így némileg a tuberculidekhez tartoznak. A 4. typushoz tartozó eseteknek fertőző természete valószínű, gümös voltuk nem lehetetlen, bár egész viselkedésük még nagyon rejtélyes.

M. Morris (London) referatuma a *lupus erythematodes kezeléséről* szólt. A lupus erythematodes a bőrnek idült jellegű, helyi eredésű, vasomotoros zavarokkal járó gyuladással állapot. Ez az állapot toxikus infekciókra disponál. A betegség kezelése két irányban foglalja el az orvost. Az egyik az általános vagy constitutionális kezelés. Ez a diaetának a rendezésével és hygienés intézkedésekkel igyekszik a szervezet ellenállóképességét növelni. A kezelés második módzata a helybeli. A lobos szakban a különböző gyuladással szemben szerekkel végzett borogatások bizonyulnak legalkalmasabbnak. Előhaladottabb esetekben, a midőn az idült jelleg már kialakult, igen jó szolgálatot tesz az ichthyol, főként erősebb oldatok alakjában. Hasonló módon alkalmazható a jod is. Súlyosabb esetekben *Morris* a lineáris scarificatiót ajánlja. A kezelés folyamán gyakran kerülhet rá a sor még a thermokauter, a magas frekvenciás áramok, a *Finsen-fény*, a *Röntgen-sugárzás* és a radium alkalmazására.

Veiel (Cannstadt) a *bőrbajok fizikai kezelésének fény- és árnyoldalairól* tartotta meg a referatuma. Az előadó elsőben is a bőrbajok fénykezelésére tért ki; ide tartozik a napfény, a *Finsen-féle* fény, a kék és vörös fény. Főként a *Finsen-fényre* terjeszkedett ki részletesebben, a melynek kiváló gyógyító hatása a lupus kezelésében elvitázhatatlan. A *Finsen-féle* kezelés a kenesőlámpás-kezelés fölött áll. A bőrbetegségek kezelésében fontos szerep jut a hő- és hidegkezelésnek is. Különösen jól alkalmazható a hidegkezelés, a melyet folyékony levegővel és szénsavval érünk el. Nagy figyelmet és gyakorlatot igényel a *Röntgen-kezelés*, mert elég sok veszéllyel jár. Ezt legjobban az bizonyítja, hogy a *Röntgen-gyógyítással* szakszerűen foglalkozó orvosok a kezelés indicióit egyre szűkebbre szabják. Vannak bőrbajok, a melyeknek gyógyításában a *Röntgen-kezelés* úgyszólván nélkülözhetetlen. Ilyenek: a fejen levő tricho-

phytiasis, a favus, a genyes folliculitisek és a tarkón ülő dermatitis papillaris. Sycosis eseteiben csak akkor használjuk a sugarazást, ha már minden eljárás eserben hagyott. *Veiel* tapasztalása szerint a Röntgen-kezelés a lupus vulg. gyógyításában kozmetikai szempontból elég szép eredményt ad, de tökéletes gyógyulás utána csak egészen kivételesen észlelhető. Az a véleménye, hogy a Röntgen-kezelés használatá óta a lupusos egyéneknek secundaer carcinomás betegsége (lupuscarcinoma) gyakrabban fordul elő. Körülírt, erősen ezezmás góczok, valamint régi, izolált vaskos psoriasis-plaqueok néha igen jól gyógyíthatók a Röntgen-kezeléssel. A felületes epitheliomáknak Röntgen-sugarazással való gyógyíthatósága kétségtelen. De lelkiismeretlen eljárás az orvos részéről, ha a mélyebb, esetleg a tájéki mirigyek bevonásával járó epitheliomákat, a melyeknek sebészi kiirtása még lehetséges, Röntgen-sugarazással kezeli. A Bier-féle pangásos kezeléstől *Veiel* leginkább csak a furunculások, carbunculások és mirigyabscessusok eseteiben látott jó eredményt.

Kanitz és Veress F. (Kolozsvar) a *syphilisnek oleum cinereum*-mal való gyógyításáról tartott előadást. A készítménynek rendkívül hatásos voltáról az előadók is meggyőződhetnek. De figyelmeztetnek azon veszedelmekre, a melyek előállhatnak, ha a szürke olajat oly túl magas adagokban alkalmazzuk, a mint azt újabban főleg néhány francia szerző ajánlja. Tapasztalataik szerint a szürke olajat még az erőteljes egyének is csak akkor tűrik jól, veszély nélkül, ha a kénesőnek egy napra eső mennyisége nem haladja meg az 0.01 grammot.

Marschalkó (Kolozsvar) a *szövetani anyag konzerválásának technikájáról* tartott előadást. Az előadó ebben részletesen kitért azon eljárásokra, a melyek tapasztalása szerint a leggyorsabb, legtisztább és legjobb szövettani dolgozást engedik meg. E kérdésben több tekintetben az *Apáthy*-féle histotechnikát követte. Különösen fontosnak tartja a vizsgálatra kerülő anyagnak helyes és gyors fixálását. Ezzel kapcsolatosan kiterjeszkedett mindazon eljárásokra, berendezésekre és apróbb fogásokra, a melyeket kolozsvari klinikai laboratóriumában használnak.

Lenglet (Páris) a Röntgen-sugaraknak a bőrgyógyászatban való alkalmazásáról referált. A sugarazásnak csak két mérése lehetséges: a mennyiségének és a minőségének a mérése. A mérés számára legalkalmasabb készülék a *Benoist*-féle radiochromometer. Mérésszámba megy továbbá azon biológiai hatás figyelembevétele is, mely a sugarazás nyomán létrejött. A kezelés folyamán nagyon fontos, hogy az esetet teljesen ismerjük és annak pathológiai szerkezetéről is tudomásunk legyen. A radiotherapiának első és legfontosabb indicatiója a fej hajás részének gombás betegsége. E bántalmakon kívül a Röntgen-sugarazásnak alig van absolut indicatiója. Számos azonban a radiotherapiának a relativ indicatiója. Ezek különösen akkor állanak fenn, a mikor a Röntgen-kezelést más egyéb therapiás eljárásokkal kombináljuk.

Wickham és Degrais (Páris) a *bőrbajoknak radiummal való kezeléséről* tartották meg a referatúkat. A referensek meglepő szép eredményekről tudtak beszámolni, a melyeket a párisi „Laboratoire biologique du radium“ nevű intézetben észleltek. Az érdekes esetekre vonatkozó számos fotografia és kiválóan sikerült moulage méltó feltűnést keltett. A kiváló gyogyeredményeket igen nagy beteganyagban észlelték. Ennek a mintegy 1000 esetre vonatkozó anyagnak legnagyobb része epitheliomás és egyéb, rosszindulatú daganat volt. A gyógyulást követő észlelési idő egészen ötödfél évre terjedt. *Wickham* és *Degrais* a saját eljárásukat, valamint a *Morton*- és *Abbé*-féle methodust követve, azt tapasztalták, hogy lehetséges tökéletesen meggyógyítani a tumorokat a nélkül, hogy lobos reactio társulna a kezeléshez. A radiumkezeléssel eltávolított bőrbeli és bőralatti rosszindulatú daganatok a legváltozatosabbak voltak (epithelioma, sarcoma, myoma, mycosis fungoides) és a legkülönbözőbb testrészekben és szervekben ültek. Érdekes és figyelemre méltó eredményt adott azoknak a carcinomás eseteknek az észlelete is, a melyek a különböző nyálkahártyákra vonatkoztak (oesophagus, száj, végbél, belek). A referensek azután beszámolnak azon eredményekről, a melyek a bőrön és a bőr alatt levő angiomákon észlelhetők. Ezeknek a gyógyításában is el tudták kerülni a köztakarónak érzékenyebb reactióját. A keloidokra nézve az a tapasztalásuk, hogy a radiumtherapia a keloidos szöveteknek legalkalmasabb gyógyítása. Hasonló jó eredménnyel gyógyíthatók a bőrnek felületes gyuladós és viszketéssel járó betegségei is,

mint a minők az idült ezezmák és a neurodermiák. A radiumtherapiára visszafejlődő tumorok nagysága néha meglepő volt. Így voltak esetek, a melyekben a sarcoma férfőkölnyi nagyságot ért el, s azért mégis tökéletesen meggyógyult.

Schiff (Wien) a *kozmetikának a dermatológiához való viszonyáról* tartott előadást. Véleménye szerint nincs az a jelentéktelen látszó kozmetikai hiba, a melyet a dermatologus elhanyagolhat, mert az ily bajoknak negligálása az illető egyént könnyen viszi a kuruzslóhoz és szédelgőhöz. A kozmetikai hibáknak jó része már azért is figyelmet érdemel, mert kifejezője a szervezet vagy egyik-másik szerv hiányos vagy hibás működésének. A kozmetikai hibák legalább egy részének az orvos által való gyógyítása tehát megfelel az orvos feladatának.

Preis (Budapest) új és biztos eljárást ismertet, a melynek segítségével az *emberi tuberculosisbacillust az összes többi bacillus-fajoktól meg lehet különböztetni*. Az eljárás lényegileg abban áll, hogy meghatározza azt az időt, a mely éppen elegendő arra, hogy a karbolfuchsinnel erősen megfestett bacillusokból a festék forró vízzel kivonassék. A bovituberculosisbacillusnak a permeabilitása nagyobb fokú az emberiénél. A permeabilitásos viszonyokra vonatkozólag a tuberculosisbacillus és egyéb sejtek között általában csak quantitativ különbség forog fenn, mely a sejtbeli lipoidoknak minőségétől, mennyiségétől és sűrűségétől függ. *Guszman*.

XVI. szakosztály: Fülörvostan.

Lermoyez (Páris): Az *otogen meningitisek diagnosisa*.

A középfülgyenedésekhez 1:600, a belsőfülgényedésekhez pedig 1:8 arányban társul a meningitis. A belső fülgényedések, a labyrinthitisek első tüneteinek felismerése tehát nagyon fontos. Egyetlen biztos klinikai módszerünk erre a rotatiós, még inkább a calorikus nystagnus vizsgálása. A hallásvizsgálat eredménye sokkal kevesebbet mond, a Rinne-kísérlet mindig negativ, a Weber-tünet pedig sokszor indifferens. A meningitisnek biztos pathognomiás tünete nincsen, azért a vérnek és a cerebrospinalis folyadék-nak vizsgálatára szorunk; különösen az utóbbinak pontos vizsgálata biztos eredményt nyújthat. Már maga a cerebrospinalis folyadék makroszkopi vizsgálata is útbaigazít. A kémiai vizsgálat eredményei túlfinomnak a klinikai alkalmazáshoz. A bakteriológiai vizsgálat igen fontos eredményt nyújt. A cytológiai vizsgálat adja manap a leggyorsabb eredményt, és nemesak a meningitis minőségére, de egyszersmind a prognosira nézve is útbaigazít. Ezen laboratóriumi vizsgálatok segítségével az otogen meningitiseknek négy típusát különböztethetjük meg és pedig: 1. meningitis purulenta, a legrosszabb prognosissal, 2. meningitis puriformis, nem oly súlyos, jobb a prognos, 3. meningitis serosa, sokszor első stadiuma a purulentának, 4. meningeális reactiók vagy „meningisme“, a legenyhébb alak.

Rejtő Sándor dr.

PÁLYÁZATOK.

15.745/1909. sz.

A lipótmezei m. kir. állami elmeógyógyintézetnél megüresedett **másodorvosi állásra** pályázat hirdettetik.

Ezen állás 1600 korona, fizetés I. osztályú élelmezés, egyelőre egy bútorozott szobából álló szabad lakás, továbbá fűtés és világítás élvezetével van egybekötve.

Felhivatnak azon orvostudor urak, kik a hirdett állásra pályázni kívánnak, hogy egykoronás bélyeggel ellátott s keresztlevél vagy születési bizonyítvány, továbbá orvostudori oklevél és eddigi alkalmaztatásukról szóló egyéb okmányokkal felszerelt s a nagyméltóságú m. kir. belügyminister úrhoz címzett folyamodványukat az alulírt igazgatóságnál **1909. évi december hó 20.-áig** nyújtsák be.

Megjegyzem, hogy a nagyméltóságú m. kir. belügyminister úr 61.509/909. sz. rendelete alapján a másodorvosok állandó alkalmaztatása iránt az esetben, ha azok az intézeti szolgálatra kiválóan alkalmasoknak bizonyulnak, esetenként előterjesztés tehető.

Budapest, 1909. évi november hó 25.-én.

Budapest lipótmezei m. kir. állami elmeógyógyintézet igazgatósága.

2-1

6339/909. kg. sz.

Bács-Bodrog vármegye újvidéki járásában Tiszaistvánfalva községben **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: 1600 korona évi kézpénzfizetés. Továbbá a vármegyei törvényhatósági bizottság által megállapított 500 korona lakpénz, látogatási, rendelési, műtői, távolsági díjak, természetbeni fuvar. A szabályrendeletileg megállapított 40 fillér halottkémlelési és húsúvatási díjak.

Felhívom pályázni óhajtokat, hogy kellően felszerelt kérvényeiket hozzám **1910. évi január hó 5.-éig** nyújtsák be.

Újvidék, 1909. évi december hó 1.-én.

Nikolits Izidor, főszolgabíró.

3-1

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben. Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA Tóth István szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEG-
KÓRTAN Babarcsi Schwartzner Ottó és Moravesik Ernő Emil szerkesztésében 3-4 szám. UROLOGIAI SZEMLE Haberern Jonathan
Pál és Illyés Géza szerkesztésében 4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

- Jendrassik Ernő:** A neurasthenia fogalmáról. 901. lap.
Wenczel Tivadar: Közlés a budapesti egyetem I. sz. női klinikájáról. (Tanár: Bársony János dr.) Thrombusok és emboliák a gyermekágyban és gynaekologiai operációk után. 904. lap.
Királyfi Géza: Közlés a brüsszeli Pasteur-intézetből (igazgató: prof. Bordet) és a brüsszeli egyetem anatómiai intézetéből (igazgató: prof. Brachet). Adatok a pneumococcus pathológiájához. 908. lap.
Halász Aladár: Közlés a budapesti kir. tudomány-egyetem I. sz. kórbönczológiai intézetének vegyi laboratoriumából (igazgató: Genersich Antal dr., udvari tanácsos, ny. r. tanár) és a szent István-kórház idegosztályáról (főorvos: Donath Gyula dr. egyetemi tanár). A különböző cukorfajok felszívódása és biológiai viselkedése a vastagbélben. 910. lap.

Markusovszky-féle jubiláris előadások. 912. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés.* M. Guyan: A vallás sociológiája. — O. Rumpel: Die Cystoskopie im Dienste der Chirurgie. — *Lapszemle.* Általános kórtan. *Zurhelle:* Thrombusképződés. — *Aschoff:* Megjegyzés a gyújtóér-thrombosishoz és a tüdőverőér emboliájához. — *Belorvostan.* *Klebs:* A gümőkór antagonista-orvoslása és megfordítható phylogenesis. — *Idegkórtan.* P. Savy: Hemiplegia öröklött lues alapján gyermekben. — *Landouzy és Lortat-Jacob:* 37 éven át tartó dystrophia. — *Sebészet.* *Riedel:* A kövek nélküli cholecystitis és cholangoitis. — *Riedel:* Praehepatitis fibrinosa et purulenta. — *Gyermek-orvostan.* *Trumpp:* A csecsemőkorban előforduló heveny csont- és ízületi gyuladások. — *Veneréus bántalmak.* *Seiffert:* A tropusokban előforduló syphilisre vonatkozó tapasztalatok. — *Orr-, torok- és gégebajok.* *Sokolowsky:* A gégegümőkór és a terhesség kérdésének mai állása. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.* *Bader:* Tüdővészések mellfájása. — *Eisert:* A gonorrhoea kezelése. 913-916. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 916. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 916. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 917-920. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A neurasthenia fogalmáról.

Irta: **Jendrassik Ernő** dr., egyet. nyilv. r. tanár.¹

Nem állíthatjuk, hogy a neurasthenia fogalma egységesen megállapított fogalom volna, ámbár se szeri, se száma az erről a tárgyról írott értekezéseknek. De még a kórfogalom határait sem szabták meg elég határozottsággal azok, a kik ezzel a bajjal foglalkoztak. Hiszen egyesek a neurasthenia feneketlen hordójáról, mások annak telhetetlen fiókjáról beszélnek, s állítják, hogy ezekbe sokan mindenféle belétartozót és belé nem valót dobáltak; mások ellenben, a kiknek bizonyára még ez a hordó sem elég nagy, feljogosítva érzik magukat bizonyos betegekre a „kissé megbővített neurasthenia“ kórjelzését alkalmazni.

Bizony sok időbe fog még kerülni, a míg e betegség lényegét és határát egységesen fogják felfogni az orvosok; ezen nem is lehet csodálkozni, hiszen az elébb említett feneketlen hordóban összekerülnek mindazok is, a kik ennek a betegségnek gyógyításából élnek, s a kinek néhány ilyen beteggel dolga akadt, az máris hivatottságot érez arra, hogy a neurasthenia kórtanába beleszóljon. A ki azonban a mai pathológiában járatos, velem együtt azt fogja mondani, hogy ebben a kérdésben is a helyes gondolkodásirányt csak a belső bajok kórtanában való jártasság mutathatja meg.

Valamely betegségnek lényegét, határát a mai kórtan álláspontján a kórok szabja meg. Annyi sok kórtani rendszer után, ezt a legújabbat, a mely a kórokozóra tekintettel határozza meg a kórlényegét, kell az egyedül helyesnek és jogosultnak elfogadnunk, a természettudományi gondolkodásnak is ez a módszere. Ám az elmeorvosok egy része, legalább az elmebajok és a neurosisok csoportjára vonatkozóan, nem ért egyet ezzel a gondolatmenettel; ezek a neurasthenia fogalmát és határát a tünetek szerint akarják megítélni, sőt egyesek nem áttalják kimondani, hogy szerintük

¹ A XVI. nemzetközi orvosi congressuson a XI. szakosztályban mondott előadás.

ennek a bajnak a kóros elváltozása nem az idegrendszerben, nem is az idegelemekben van, hanem a *psychében*, a lélekben székkel.

Régebben persze az egyedüli mód az volt, hogy a betegség-egységet (kóralakot) a tünetek alapján határozták meg, hiszen még akkor a természetrajzban is így osztályoztak; tudjuk, hogy milyen erőszakos módon kerültek így a mesterséges rendszerekbe az állatok, még keservesebben a növények, a mikor számtalanszor egészen mellékes tulajdonságok sorozták egymás mellé a legkülönbözőbb fajtaikat. Ezt az álláspontot ma már talán a természettudomány minden ágazata elhagyta, csak az elmekórtanban nem tud egyik-másik bűvár megszabadulni ezen ősi rendszeraplától és a némi-keppen eltérő tünetekben mindjárt egészen más bajra vél következtethetni. Gondoljunk csak meg, hogy például a gümőkórság hányféle alakban támadhatja meg az embert, hogy a heveny fertőző bajok tünetei milyen sokféle változatban kerülnek elő! A régebbi korban ideglázról, ideghagymázról beszéltek, ha a *typhus abdominalis* erősebb izgatottsággal, vagy szellemi tompultsággal volt egybekötve. Ugyanebben az időben a feltűnőbb kórjelenségeket, mint pl. a hasvízkórságot, a vérköpést külön betegségnek mondták. Ma ez már mind megváltozott, a betegség okát, alapját kutatjuk, hogy a lényegét megnevezzük. Igaz, hogy az egyes esetet tünetei alapján ismerjük meg, de kórjelzésünkben nem a tüneteket összegyűjtő nagy hordót gondoljuk magunk elé, hanem valamely betegség-egységet, a melynek képe igen változatos lehet. Ha valakinek eszébe jutna, hogy például a tabes tünetei alapján foglalja rendszerbe: ugyancsak szép, új kórformákat irhatna le, a mint a betegségosztályozásnak ezt a módját leginkább az öröklött bajok csoportjában valóban alkalmazták is, a míg ezen a téren is okosabbak lettünk. Miért nem beszélnek a tabes feneketlen hordójáról, s nem dobálnak belé a tudósok heterogén dolgokat, mint különféle krízist, csontbántalmat stb.? A tabessel való összehasonlítás eléggé tanulságos. Ennek a betegségnek elég sok olyan esete van, a melynek tünetcsoportja teljesen különbözik más esetétől és mégsem kételkedik ma egy szakértő sem azon, hogy ugyanabba a betegségbe tartoznak, s nem akad fenn a közös elnevezésen. A *tabes* vagy *tabes dorsalis* semmiképpen sem jellemzetesebb név, mint a neurasthenia, pedig a szerzők egy része még ezt a nevet is kifogá-

solja, sőt javíthatni is próbálja, mintha a név olyan nagyon fontos volna! A bőrkórtanban és az elmekórtanban még nagyon sok a név s csudálatos, hogy a szerves vegyülettannak mintájára a tudósok nem alkotják meg a betegség nevét a főbb tünetek kezdő szótagjaiból. A kezdet ezen a téren ugyan megvan, hiszen a különféle *-phobiák* és *-dnyiak*, az álomzavarok nomenklaturája máris jeles görög nyelvű tudást tételez fel. Az ilyen kísérletek ellenében újra is hangsúlyozzuk, hogy a betegség lényege nem a tünetekben, hanem a pathológiai alapon található meg. Ezt részben mint kór-oki, részben mint kórtani folyamatot állapíthatjuk meg.

A neurasthenia kórokát különbözőképpen értelmezik a bűvárok, legtöbbször az öröklésről és a lelki traumáról beszélnek, ezeknek hatását vitatják s ezeknek kórokozó képességét nagyon különbözőképpen ítélik meg. Vannak olyanok, a kik az öröklés kórokozó voltát csak mintegy 30%-ban vélik kimutathatónak, mások ellenben ezt az okot minden esetükben megállapíthatónak mondják. Az előbbieket világra hozott (konstitutióbeli) és szerzett neurastheniáról szólnak, megkülönböztetve egymástól a két kóralakot.

Azok a statisztikai adatok, melyeket ezen irányban gyűjtöttek, már a miatt sem értékesíthetők korábbi bírálat nélkül, mert a legtöbbször csak a beteg eléggé megbízhatatlan kimondására hivatkozik a szerző, de meg azért sem, mert az egyes vizsgálók a neurasthenia meghatározásában nem egy mértékkel mérnek. Ha tudományos alapon óhajtjuk a neurasthenia kórokát kutatni, tekintetbe kell vennünk ennek a tényezőnek viselkedését más örökléses bántalomban. S itt első sorban arra a kérdésre kell válaszolnunk, hogy más, kétségtelenül átöröklési eredésű bajban az öröklés a felmenő ágon mindig határozottan kimutatható-e? Bizony nem! hiszen, ha így volna a dolog, akkor átöröklési baj nem is volna lehetséges! Az átöröklés alapjául szolgáló eltérő sajátságot csak ritkán lehet megismerni, mert az átöröklött elváltozás nem is a szülők egyikétől származik közvetlenül, hanem a két szülő, néha a nagyszülők vagy még korábbi ősök egymagában csekély fejlődési sajátosságainak egymásra halmozódása az öröklés menetének megfejtése. Csakis ilyen magyarázattal válik érthetővé, hogy miként keletkezhetik az az igen nagy mértékű elváltozás, a melyet egyes családokban, azoknak valamennyi, vagy legalább több tagján látunk támadni, jóllehet vizsgálatunk a szülőknél elváltozást nem tud találni. Éppen ezekben a kétségtelenül hereditásos, gyakran igen súlyos degenerálások eseteiben látjuk, hogy igen-igen sokszor semmi feltűnő jel sincsen a szülőknél, pedig egészen bizonyos, hogy megvan bennük az eredendő kórosra. De ha így az egyéb öröklési bajokban gyakran nem is találunk a felszállókon valami szembeütő jelet: a neurastheniás egyéneken a felszálló rokonságban igen sokszor akadunk rá a neurasthenia többé-kevésbé kifejezett jelére (gyakori fejfájás, lehangoltság stb., főképpen az anyán). Ez a körülmény az átöröklés befolyását igen erősen bizonyítja. Az idegesség enyhébb fokán álló emberek bizonyos mértékben vonzódást éreznek egymás iránt: ebből ered az, hogy nem ritkán mindkét szülő neurastheniás. Az ilyenekből származnak azután gyakran a legnagyobb mértékben ideges gyermekek, viszont igen sokszor azt tapasztaljuk, hogy bár az egyik szülő nagy fokban ideges, a gyermekeken mégis alig jelentkezik ez az állapot. Nyilvánvaló, hogy ilyenkor a rendesebben fejlődött házastárs a leszármazóknak a rendes állapothoz való visszatérését elősegíti. Általában véve pedig a neurasthenia hereditásos keletkezésének bizonyítása céljából nem annyira a szülők, mint inkább a testvérek állapotát kell tekintetbe venni.

De legyünk igazságosak. Megköveteljük talán más betegségben ahhoz, hogy valamely tényezőt ok gyanánt tekintsünk, hogy ezt az okot minden egyes esetben kimutassuk? Kétkedik-e valaki azon, hogy a skarlát mindig skarlátos betegtől való fertőzésből származik, ámátor ezt a közvetlen fertőzést igen sokszor nem lehet megállapítani? Régebben úgy vélték, hogy a fertőző bajokat különféle, a talajban, levegőben támadó fizikai körülmények idézik elő, hogy tehát a fertőző bajok nem különlegesek. Nagyon soká tartott, a míg a mai felfogás lett uralkodóvá; hogy milyen nehezen ismerték el a valódi ok különleges természetét, azt a generatio acquirocárol vívott nagy küzdelmek eléggé tanúsítják.

Nagyon tanulságos továbbá, hogy az ideg orvosok a tabes sajátos természetét, hogy az minden esetben a lues következménye, elég nehezen ismerték el, a tabes ikertestvéréről, a paralysisról ezt az elme orvosok nagy része még ma sem tudja belátni.

A neurasthenia kórokának kérdése azonban igen nagy fontosságú, mert ha valóban hereditásos ez a betegség, akkor minden esetben csak ebből az okból származik, ha ellenben némely esetben más volna az oka, akkor sohasem lehetne átöröklési bántalom, mert elgondolhatatlan, hogy fejlődési anomalia külső okból eredhessen. Ez a legtisztább generatio aequivoca volna. Sajátlagos bántalom volna-e a gümőkóroság, ha e bántalomnak egyes esetei a gümő bacillus nélkül fejlődnek?

A legtöbb szerző valóban elfogadja a neurasthenia egy csoportjára az átöröklési eredetet, a másik csoportot ellenben mint egészen más betegséget fogja fel. Ha így van a dolog, akkor a két kóralak között határozott különbséget kellene felismernünk, a mint például a közönséges tabes és az öröklődő tabes megnevezése egyenlő, mégis a két folyamat egymástól teljesen eltérő. Kérdés tehát, hogy két neurasthenia van-e, vagy csak egy? Egnémely esetben a lelki trauma annyira szembeütő, hogy sokaknak nehezére esik ezt az összefüggést nem mint egyedüli okot és okozatot tekinteni. Hogy jobban megvilágítsam ezt a helyzetet, lássuk a gümőkór példáját. Nem elég soká akadályozta-e meg a felhevült állapotban megívott pohár víz a gümőkór kórokának helyes megítélését? Gondoljuk meg, hogy hasonló, nagyon bizonyítónak látszó észlelések milyen soká hátráltatták a gümőkóroság keletkezésének helyes megismerését! A mi a gümőkórnak a megfázás, az a neurastheniának a kedélyi trauma: felébreszti a szunnyadó folyamatot. Más öröklési bajban is elég gyakran tapasztaltuk, hogy a kóros elváltozás első tünetei akkor jelentkeztek, a mikor az illető valamely enyhe lefolyású betegségből éppen fellábadt. Valóban nem látok különbséget az egyes szerzők feltételezte két neurasthenia között.

Van azonban olyan szerző is, a ki a különböző kórjósolat alapján a neurasthenia egyik csoportjának különálló bántalom jellemét akarja megadni. Mintha bizony a bántalom súlyossága, a tünetek kiterjedése valamely más betegségben különálló bántalom felvételére jogosítana. Akár gyógyuló gümőkóros vagy hagymázos beteggel, akár halálosan végződővel van is a kórbúvárnak dolga, sohasem fog eszébe jutni, hogy a végkimenetel szerint különböző bántalomra következtessen. Már régebben hangsúlyoztam, hogy a neurastheniát gyógyítással csak annyira javíthatjuk, a milyen legkedvezőbb állapotban, ugyanabban az életkorban az illető volt. Tehát csak a külső okból eredett rosszabbodást lehet megjavítani. Itt is kiemelném, hogy a neurastheniás egyéneken előforduló rosszabbodás: táplálkozási romlás, kedélyi lehangoltság, stb. többnyire csak külső behatásnak a neurastheniás idegrendszerre való káros következménye, ezeket az utóbbi elváltozásokat tehát nem mondhatjuk egyszerűen neurastheniásnak. Ez a neurastheniás beteg panaszolta bajoknak a gyógyítható része.

A neurastheniának ilyen egységes felfogásában még két ok támogat. Első sorban az a körülmény, hogy a tünetek sorában nem találunk zárt csoportokat, sőt ellenkezően, azoknak az eseteknek kórképe, a melyeket egyes szerzők külön csoportba foglalnak mint átöröklési alakot, minden határ nélkül átmege a traumás eredetű csoportba, a tünetek összefonódnak, a nélkül, hogy valami külön kórforma támadna. A mint a tabes esetenként különböző tüneteit azoknak legkülönfélébb csoportosulása a különböző esetekben összetartozónak bizonyítja: kénytelenek vagyunk hasonló logikai alapon a neurastheniás tünetek kóralapját ugyanazon körülmények folytán szintén egységesnek tekinteni. A tünetek különbözősége csupán az eltérő lokalizálást bizonyítja, de nem a folyamat különböző voltát. Másrésztől azonban abban a körülményben, hogy egy egyén valamely lelki megrázkodással kapcsolatban súlyosan neurastheniássá lett, annak a bizonyítékát kell látnunk, hogy az illető már előbb is neurastheniás dispositióval bírt. Az ilyen esetek többségében nem is nehéz annak a bizonyítása, hogy a betegen (vagy közel rokonán) már előbb is volt lehangoltság, tartós fejfájás, ingerlékenység, időszakos búskomorság stb.; a többi esetről is fel kell vennünk, hogy ez az állapot lappangott bennök, hiszen ugyanakkor még sok száz ember is ugyanazon kedélyi megrázkódást érezte, sőt gyakran még nagyobbak is volt kitéve, a nélkül, hogy ilyen bajba került volna. Tartós lelki szenvedéseknek, nagy megrázkódásoknak bizony mindnyájan ki vagyunk téve; hogy ezek milyen hatással vannak idegrendszerünkre, az sokkal inkább az idegrendszerünkől függ, mint a trauma nagyságától és milyenségétől.

Az úgynevezett lelki működés terén támadó tünetek arra birták a bűvárok egy részét, hogy ezekből az esetekből külön néven, a *psychasthenia* néven külön kóralakot vegyenek fel. Ha ezen a néven csak a tünetek egy csoportját akarjuk megjelölni, ám adjuk meg ennek a névnek a jogosultságot, de megtagadnám tőle ezt, ha valaki a névvel együtt valami lényegben eltérőt akarna jelezni. Van olyan szerző, a ki nyíltan kimondja, hogy ez a forma nem igazi idegbántalom, hogy ennek az idegelemekhez köze nincsen, csupán a „lélekhez.“ A kinek a „lélek“ nem idegműködés, azzal persze ezt a kérdést tovább nem kutathatjuk. Különbözik pedig azt kellene mondanunk, hogy például rossz villamos áram nincsen, ha egy villamos áram nem felel meg kívánságunknak, akkor azt mondjuk, hogy a készülék, a mely az áramot szolgáltatja, hibás, nem az áram. A villamos áram éppen úgy tükrözi a villamos áramot adó készüléknek, mint a „lelki“ működés az idegrendszernek.

Térjünk át most a neurasthenia lényegének megbeszélésére. *Beard* meghatározása szerint ezen bajnak alapja az *ingerlékeny gyöngeség*; ezt az önmagában ellentétes voltával feltűnő meghatározást a szerzők tőle általában átvették. *Möbius* is a „szerzett“-nek mondott neurasthenia alakot mint idült fáradtságot jelzi. Úgy vélik a szerzők, hogy ebbe a kóralakba kellene csoportosítani, más hasonló esetek kíséretében, a munkás nők azon részét, a kik többszörös terhesség, erős munka folytán kimerültek s idegessé váltak. Mivelhogy azonban ugyanezeket az idegességi tüneteket jól táplált, alig dolgozó és meddő nőknél is elég gyakran megfigyelhetjük: az előbbi eseteket csupán mint elégtelen táplálkozással egybekötött neurastheniát tekinthetjük, a miben a rossz táplálkozás mint lelki vagy testi trauma szerepelhet, voltaképpen azonban ez utóbbi nem tartozik a neurastheniás tünetek keretébe. *Bing* úgy véli, hogy némely embernek az a hajlandósága, hogy nagyobb megrázkódtatás esetén neurastheniássá válik, nem „neuropathiás“, hanem az egyén temperamentumától függ. Hát bizony neurastheniás temperamentumú egyének ezek; hiszen a temperamentum az agyvelőkéreg milyen voltának a kifejezője.

Helyes-e az, a mikor a neurastheniát gyengeségi állapotnak mondjuk! Igaz, hogyha a betegre hallgatunk, a gyengeség kétségtelennek látszik, hiszen éppen erről panaszkodnak, a betegek, azt mondják, hogy fáradtak, munkára képtelenek. De jusson csak eszünkbe, hogy ennek a betegcsoportnak a panaszkodása milyen kevéssé állja meg az objectív bírálatot! És valóban lehet-e fáradtnak, gyengének mondani a neurastheniásoknak azt a nagy csoportját, a mely az életben éppen fáradhatatlan munkaképessége révén nyer elismerést? Nem hiába mondja v. *Speyr* (*Dubois* szerint), hogy a világban csak a neurastheniások létesítenek valamit! A tehetséges neurastheniásoknak éppen ez az állapota adja meg nagy munkaképességüket; valóban az igazi nagy tevékenységük, jelentékeny tehetségek mind többé-kevésbé neurastheniások. Egyre panaszkodnak fáradtságról, feledékenységről s ezzel ellentétben sokkal többet és értékesebbet alkotnak, mint nem neurastheniás kollegáik, a kik pályájukon mellettük csakhamar elmaradnak és a kiknek bosszúságára ezek az „ingerlékeny gyengeségben“ szenvedők már fiatal korban jelentős állásba és munkakörbe kerülnek. Lehet-e kimerültnek mondani továbbá azokat a neurastheniásokat, a kik éveken át álmatlanok, naponta alig 2—3 órát szunyadnak és mégis napi munkájukat alaposan elvégzik, holott az egészségesnek mondott egyén hasonló körülmények között egészen képtelen volna a legesékélyebb tevékenységre. Kimerültségről, fáradtságról panaszkodnak, valójában pedig fáradhatatlanok.

De van olyan neurastheniás is, a ki nem dolgozik. Ez a csoport azonban egészen fáradhatatlan a panaszkodásban. Az ép környezet kimerül a panaszok meghallgatásában, a beteg nem az activ panaszkodásban. Időről időre ezekben az egyéneknél a betegség érzése olyan fokúvá nő, hogy az illetők, főképpen ha táplálkozásuk is romlik, valóban munkaképtelenné válnak. De még ebben az állapotban is idegrendszerük nagyobb munkát végez, mint számos egészséges, csakhogy ez a munka: kényszer gondolatok, kényszer érzések, öngyötres stb., senkinek sem hasznos. Úgy vélem, hogy egészen tévesen itélik meg azokat a neurastheniát, a kik gyengeségi vagy éppen kimerültségi állapotnak mondják, sokkal megfélelőbb lenne a neurastheniát a pihenés lehetetlenségének mondani:

valóban az ilyen egyéneknek gyakran sem nappal, sem éjjel nincsen nyugodalmuk. Az ingerlékenység fokozódott, gyakran megfinomodott; az ilyen egyének keservesen fizetik meg szellemi képességeiket és nagy munkabírásukat, érzésük, ítélőképességük finomságát és fáradhatatlan szorgalmukat, a melyeket mind túlérzékeny, neurastheniás idegrendszerüknek köszönhetnek.

A neurastheniás állapot tehát a rendes mértéket meghaladó, az átlagos ember képességén túlterjedő érzési finomodottság, azaz az érzésnek fokozott ingerlékenysége. *Goldscheider* szerint tudományos színezettel azt mondhatnánk, hogy a neurastheniás neuron ingerelhetőségi határértéke csökkent. Ez a sajátosság azonban nem terjed ki egyenletesen az egész idegrendszerre, hanem, mint általában szervezetünk tulajdonságai, a különféle helyeken különböző értékű, tehát az idegrendszer különböző területein különböző fokban fejlődött ki. Így azután az egyik ember nagyon érzékeny lesz saját testbelsejének legapróbb érzelmei iránt; a másik bizonyos, minden ép embernek is néha eszébe jutó aggodalmak iránt, mint a milyen a halál, megörülés, betegség, szerencsétlenség gondolata.

Beard saját gondolkozása alapján helyesen ismerte meg az ingerelhetőséget, a gyengeség jelzőjét ellenben a betegek panaszából vette át. Alig érthető azonban, hogy a szerzők java része energiahányról, astheniáról, sőt az ítélőképesség hiányáról is beszél, holott a neurastheniások többsége, férfiak és nők egyaránt, kiváló intelligenciával bírnak s igen munkabírók, legfőképpen azok, a kiket kényszer gondolatuk miatt gyengeelméjűnek — gyenge ítélőképességűnek mond — egynémely elmeorvos. Hasonlítsuk csak egybe az álmatlanságban szenvedő neurastheniást azzal az egészséggel, a ki az éjjelt álmatlanul töltötte; ez bizony munkaképtelen, álmos, ültő helyén el-elszundikál, míg a neurastheniás teljes erejével dolgozik, vagy nem kisebb erővel panaszkodik. De még a testi jelenségek is sokkalta inkább vallanak *hyperstheniára* mint *hypostheniára*, hiszen a vérnyomás többnyire fokozott, a szív-működés élénkebb, a reflexek erősödöttek, a vasomotorok ingerlékenysége nagyobbodott, ide számít az *ejaculatio praecox* is, stb. Hogy e mellett a lesóványodott, több terhességen átesett asszonyok hasfalzata petyhüdt, a zsigerek rögzítése ellazult, nem esodálatos, ezeket a jelenségeket *astheniás habitus*-nak tekinthetjük, a melynek talaján a neurasthenia könnyebben kifejlődik, de nem vehetjük valódi neurastheniás tüneteknek, hiszen nagyon gyakran hiányoznak igen súlyos neurastheniás egyéneknek is. Úgy kell ezt a testalkatot vennünk, mint a gümőkóros habitust, ez utóbbi sem maga a gümőkór. A gümőkórról való tudásunk nem volna nagyobb, ha habitusos és nem habitusos gümőkórt különböztetnénk meg.

Az ingerlékenység foka igen különböző; tekintve, hogy ez élettani tulajdonság, nyilvánvaló, hogy fokozott voltának éles határa nincsen. Így tehát a neurastheniának sincsen határa az ép állapot felé, nem lehet megmondani, hol végződik az ép idegrendszer s hol kezdődik a neurastheniás. Az az ember, a kit valóban nagy sorscsapás ért, éppen olyan nyomorultnak érezheti magát, mint az, a kin neurastheniás lehangoltság vett erőt, tüneti különbség a kettő között nincsen, csak a környezet ítéli meg különbözően a két ember állapotát, az egyiknek szenvedését természetesnek, érthetőnek mondva, a másikéét ellenben képzeltnak, betegesnek.

A neurasthenia másik határáról, a legnagyobb fokúrol, már előzetes közléseimben értekeztem. Minél szűkebb térre szorul a tünetcsoport, annál súlyosabb rendszerint a beteg helyzete; a legnehezebb természetesen akkor, a mikor a neurastheniás jelenség a beteg egész gondolkodását békóba veti. Így gyakorta a legcsekélyebbnek látszó kényszer gondolat, például a láb csúnya volta, az orr képzelt vörössége stb., az illető egész működését megnehezítheti. Egyszer már szóltam arról, hogy azok között a kényszer gondolatok között, a melyekkel az illető társadalmi viszonyaiban megmaradhat, s azok között, a melyek miatt őt zárt intézetbe kell helyezni: lényegben semmi különbség sincsen; a kényszer érzések, kényszer gondolatok ugyanazok a jelenségek, mint a paranoiás hallucinálás és kényszerképzet. Hiszen a neurastheniás fájdalmak hallucinálások, és valóban ezek is, mint a hallási hallucinálások a beteget rendszeres kimagyarázási gondolatra vezetik. Az ilyen egyén szilárdan meg van győződve, hogy tabese, szivbaja, rákja vagy bélférge van. A neurastheniás érzések, gondolatok valóban fixa ideák, elmozdíthatatlanok téves kimagyarázással. Ezen

tárgyban azonban a további bizonyítékok dolgában hivatkozom régebbi közléseimre.¹

A neurastheniás állapot lényegének felfogásában a legfontosabb az, hogy elismerjük ezt az állapotot mint fejlődési anomáliát sajátlagos természettel, ez a sajátlagosság az érző elemeknek világrahozott, illetőleg öröklött nagyobb fokú ingerlékenysége, a minnek következtében kis ingerek, mint valami mikroszkopon megnagyobbítva, nagyobb reactiót, erősebb reflexet váltanak ki.

Összefoglalás. A neurasthenia egységes kóralak, jóllehet tünetei igen különbözők az egyes esetekben, de határozott kerettel elkülöníthető tünetcsoportok e bántalomban nincsenek; sőt inkább a tünetek a legváltozatosabb összeállításban mennek át egymásba.

A neurasthenia alapja az idegelemeknek bizonyos agyvelő-területeken örökléses módon kifejlődött fokozott ingerlékenysége; voltaképpen nem lehet szó ezekben az esetekben gyengeségről, sőt az ilyen egyének idegrendszere általában több munkát teljesít, mint az ép egyéneké. A fokozott ingerlékenység nyugtalanságot, sőt fokozott tevékenységre képességet is eredményez.

A neurastheniás állapotot az ép idegállapot felé nem lehet elkülöníteni, a legkönnyebb esetek valóban átvezetnek az épnek mondható idegrendszerbe; a neurastheniának következményeiben legsúlyosabb alakja a paranoia.

Közlés a budapesti egyetem I. sz. női klinikájáról. (Tanár: Bársony János dr.)

Thrombusok és emboliák a gyermekágyban és gynaekologiai operációk után.

Irta: *Wenzel Tivadar* dr., I. tanársegéd.

Physiologiai viszonyok mellett, ha folyékony vér jut ki az erekből, megszilárdul, ezt a megszilárdulást alvadásnak nevezük. A vérnek a megalvasását alkotására és származására ezideig még kellőképpen nem ismert, a normális serumban fel nem található, abban csak az alvadással kapcsolatosan kimutatható, a fermentekhez tartozó anyag okozza, a mely anyag mézszók segítségével a savóban oldott fibrinogént kiválasztja. A fibrinogén kiválása által keletkezik a fibrin, a mely a többi véralkotórészt szilárd tömeggé, véralvadékká egyesíti. A fibrinferment keletkezését a vér, esetleg az érfalak sejtes alkotórészeiből, azok széteséséből (plasmoschisis, plasmorrhaxis) magyarázzák a kórbúvárok; vannak, a kik a leukocytákból, vannak ismét, a kik a vörösvérsejtekből, illetve azok lefűződési termékeiből, a vérelemekből származtatják stb. Bizonyos körülmények között a vér az érrendszeren belül is az alvadással hol teljesen azonos, hol hozzá bizonyos tekintetben hasonló módon alakul át és vagy egész állományában tömörül meg kisebb-nagyobb terjedelemben, vagy egyes alkotórészeinek (fibrin, leukocyták, erythrocyták, vérelemek) a kiválása és a kivált részeknek egybetapadása, kompakt tömeggé egyesülése által keletkeznek belőle az érfalakra tapadó és az érlumenben megülő szilárd képletek. Tapasztalás szerint ez lokális vagy általános vérkeringés-zavarokban, a vérnek az alvadásra hajlamossága és az érfalak elzsírosodása, chemiai, thermikus, mechanikai stb. elváltozásai esetén történik. Az ilyen folyamatot nevezzük thrombosisnak. A thrombusokat a szerint, a mint a vérnek az egész állományából, vagy csak egyes véralkotórészek és származékaik kiválásából képződtek, két csoportba osztják; az előbbieket alvadásos thrombusoknak, az utóbbiakat kiválásos thrombusoknak nevezik. Az alvadásos thrombusok (vörös thrombusok) a vörösvértestek egész tömegét foglalván magukban, vörösek, állományukat a thrombosis útján kivált finom fibrinszálaeskák sűrűn szőtt hálózata által egyesített véralkotórészeknek ilyen módon szilárdá lett tömegei alkotják; a véráram teljes elakadása vagy legalább jelentékeny meglassulása esetén keletkeznek. A kiválásos thrombusok közül azok, a melyek főképpen vagy kizárólag leukocytákból, vérelemekből és fibrinből állanak, szintelenek, szürkésfehérek vagy sárgások, a vörösvértestek

őket mennyiségük szerint vagy egészben véve halványabban, illetve élénkebben pirosra színezik, vagy csak piros részletekkel tarkázzák; ezek szerint azután megkülönböztetjük a fehér, vegyes és rétegzett thrombusokat, melyek a véráram általános vagy lokális meglassulása, vagy az áram szabálytalansága esetén jönnek létre. A mikroskopi képüket a fibrinmasszák, leukocyták, erythrocyták, vérelemek különböző kombinációkban történt csoportosulása és ezen csoportosulásokban részes elemeknek a mennyisége és elhelyeződése adja meg. Az említett véralkotórészekre és azok származékain kívül a thrombusok tartozékait tehetik még mint idegen testek bakteriumok és daganatsejtek is. A kiválásos thrombusokban a kiválási folyamatot a kísérlet czéljából mesterségesen provokált thrombusképződésnek a menetét a mikroszkop alá beállított állati érben a vizsgáló szem egészen végig figyelemmel tudja kísélni. Az arteriákban, vénákban és még a nagyobb capillarokban is a normális sebességgel haladó vértömeg tengelyét a homogén vörösvéráram, széleit pedig a 10—20-szor lassabban áramló világos plasmazóna alkotja. Az áram tengelyében az egyes véralkotórészek nem különböztethetők meg egymástól, a plasmazónában ellenben elvéve fehérvértestek láthatók. A mikroszkopba állítás insultusa következtében az ér először is megtágul, a mivel kapcsolatosan benne a vér folyása lassúbb lesz és az áramnak azelőtt homogénnek látszott tengelyében a vörösvérsejtek eleinte homályosan, később mind tisztábban elhatárolódnak, a széli világos plasmazónában meg a normális áramban csak igen gyéren tovagördülő fehérvértestek kezdetben megszaporodnak, hogy az áram további lassulásával ismét megfogyjanak, a midőn most már a centrumból közük vérelemek is mindnagyobb mennyiségben küszöbölődnek ki. Ha ilyenkor az éret egy helyen valamiképpen megsértjük, arra a helyre csakhamar vérelemek rakódnak, a melyek közé kisebb-nagyobb mennyiségben fehérvértestek és az ér fokozottabb elváltozása, vagy a circulatio nagyobb zavara mellett a tengely áramából kivált vörösvértestek is vegyülnek; az ilyen módon kivált, lerakódott és egybetapadt véralakelemek azután a vérérben compact tömeggé alakulnak, thrombussá lesznek.

A thrombusok alakja és nagysága nagyon különböző és első sorban ama értől függ, a melyben képződtek; vékony erekben károsak, a nagyokban vastokok szoktak lenni, a hajszálerekben sokszor oly kicsinyek, hogy csak nagyitással ismerhetők fel, vastagabb erekben tetemesen nagyobbak és néha oly terjedelmesek, hogy például érlekedések után az ér jelentékeny részét is kitöltik, a midőn az arteriákban centrális irányban fejlődnek (a periferiás verőérrészlet a következő anastomosisig összeesik), a gyűjtőerekben ellenben mindkét irányban terjeszkednek, a centrális irányban jelentékenyebben. A nagy erekben, a hol a feltételek talán a vér gyengébb áramlásánál fogva is a thrombosisra jóval kedvezőbbek, mint az arteriákban, az eredetileg alakult kisebb primaer vérrögök, úgynevezett autochthon-thrombusok utólagos thrombosis folyamán képződött friss rétegek lerakódása által annyira megnövelhetnek (folytatólagos thrombosis), hogy nemesak ama éret, a melyben eredetileg keletkeztek töltik ki egész hosszában, hanem úgy proximális, mint distális irányban az érágazódáson túl még messze a következő erekbe is tovább folytatódnak. Az ilyen folytatólagos thrombus sokszor csak kisebb részletével tapad az érfalon, azon túl szabadon úszik a véráramban, úgy hogy nem is zárja el tökéletesen az érlumet, a vér körülötte tovább kering. A vérrög felülete hol sima, hol reczés, a midőn lécszerű kiemelkedések által többnyire bordázott, vagy pedig hálószerű rajzolattal egyenetlen. A thrombusok idővel átalakulnak, állományuk mikroskopi rajzolata lassan elmosódik, a folyékony részek felszívódása következtében zsugorodnak, kisebbek, szárazabbak, tömöttebbek lesznek, a vörösek ezeken kívül színüket is veszítik, eleinte vörösbarnák, majd világosbarnák lesznek, végre elhalványodnak, megsürkülnek. A vérrögök végsorsára, hogy organizálódnak, elmeszesednek, vagy pedig felpuhulnak. Az organizálódás úgy történik, hogy az ér falából kötőszöveti burjánzás indul meg a thrombus állományába, a burjánzás azután az eredeti állományt lassan felszívódásra bírja, annak a helyébe lép és végre zsugorodik. Az elmeszesedéskor a zsugorodó thrombus állományába mézszók rakódnak le, kökemény képleteket, phlebolithokat, arteriolithokat alkotnak. A harmadikféle alakulás, a felpuhulás, vagy bakteriumoktól függetlenül történik (egyszerű felpuhulás), vagy pedig mikroorganizmusok hatásának a következménye (infectiosus

¹ A neurastheniáról. Orvosi Hetilap, 1906. és Über Neurasthenie. Sammlung klinischer Vorträge, 426—427. szám. A hallucinálás és téves képzet keletkezéséről. Orvosi Hetilap, 1905. és Neurologisches Centralblatt, 1905. 23. szám.

felpuhulás). Thrombus physiologicus az uteroplacentaris ereken a lepény leválása után képződik, a midőn a megszakadt ereket tömi el és a méhtractióval együttesen a vérzést csillapítja; természetes még a folyamat akkor, ha valamely ér átkopott, átszűrt, átszakadt falát ezen a helyen eldugaszolja, ezzel a további vérvesztéségtől, sokszor elvérzéstől mentvén meg az életet. Ezeket az eseteket kivéve a thrombusképződés pathologiai, tehát kisebb-nagyobb zavarokat okoz, vagy éppen veszedelmeket rejt magában. Az organizálódásnak vagy elmeszesedésnek induló szilárd vérrögök legtöbbször csak mechanikusan hoznak létre complicatiókat, a felpuhulásnak indulók közül az egyszerűen fellágyulók ezenkívül még az embolia veszedelmével kísértének, az infectiosusan felpuhuló tömegek meg már úgy a lokális, mint az általános septikus megbetegedések rémével is fenyegetnek. Mechanice a thrombusok az erek szűkítésével, elzárásával keringési akadályokat okoznak. Elég bő collateralis hálózat mellett még nagyobb vértorlódás mellett is az akadály teremtette zavarok úgy a gyűjtőerekben, mint az arteriákban elég gyorsan kiegyenlítődnek. Elégtelen anastomosisok mellett a gyűjtőeres érrendszerben csakhamar pangásos hyperaemia fejlődik, a melynek a további alakulása most már ezen elégtelen anastomosisok viselkedésétől függ; ha gyorsan és a pangás fokához arányosan bővülnek, a fölös vért hamarosan elvezetik, ha azonban az alkalmazkodásuk renyhe, minél lassabban és tökéletlenebbül tágulnak, annál kifejezettebbé és súlyosabbá lesznek ugyanolyan pangásos feszülés mellett az incompensatiós tünetek és következmények (cyanosis, oedema, diapedesis, hőcsökkenés, atrophia, functionális zavarok stb.)

Ha valamely vena egészen el van zárva és az anatómiai viszonyok olyanok, hogy onnét a pangó vérnek collateralis eláramlása vagy egyáltalában nem, vagy csak alig számbajövő módon történhet, úgy hogy az odatartozó capillarisok vére nem cserélődik ki, nem újul fel, akkor az anyagcsere is megszűnik és az illető testrész elhal. Az arteriák thrombosisa esetén a keringés zavarait, ha még olyan nagyok is, a tág collateralis pályák árama, úgy mint a vénáknál, szintén hamarosan kiegyenlíti. Elégtelen anastomosisok mellett azonban itt is complicatiók támadnak. A megszükkült vagy eldugult érben és ágaiban ilyenkor a vér áramlása meglassul és a hálózat területe anaemiás lesz, még pedig annál inkább és annál tartósabban, minél nagyobbak a keringési akadályok és minél lassabban, illetve tökéletlenebbül tágulnak az anastomosisok. Ezeknek a zavaroknak megfelelően fognak azután a szövetek ellentálló képessége szerint a hiányos táplálkozás következményei (például atrophia, degeneratio, functionális zavarok stb.) mutatkozni; némely esetben az elégtelen collateralis hálózat lassú tágulása esetén a túlsokáig tartó tökéletlen táplálást a szövetek nem is bírják, elhalnak. Akkor, a midőn valamely eldugult arteriának egyáltalában nincsenek anastomosisai (végverőér [Cohnheim]), vagy ha vannak, egészen jelentéktelenek, úgy hogy a viszonyok itt is olyanok, mint a végverőérnél, a thrombusos ér és elágazódásainak anaemiás területe elhal, a mi vagy az anaemiás infarctus (például a lépben, szívben, vesékben), vagy pedig a lágyulós gócz (az agyban) keletkezésének adja az alkalmat. Az infarctus állománya idővel felszívódik és helyébe kötőszövet burjánzik, a melynek a zsugorodásával a folyamat legtöbbször a szemesés gyógyulás szakába lépett, vannak azonban esetek, nevezetesen a szív falában képződött hegesedéseknél, a midőn ezek a heges góczok megtágnak és szívaneurysma fejlődésére vezetnek. A szív anaemiás infarctusai gyakran szívhűtésnek vagy az elhalt terület megprepedése következtében hirtelen elvérzésnek lehetnek az okai még jóval a hegesedésnek a bekövetkezése előtt. Az agy lágyulós góczai vagy cystákká, vagy pedig a gócz elfolyósodott részeinek a felszívódása után hegszerű képletekké lesznek. Ha a viszonyok olyanok, hogy az eldugult érbe és ágaiba az anastomosisok hiánya ellenére is jut vér a szomszédos capillarisokból és esetleg visszafelé irányuló áramlással az erekből is, és ezt a vért például szívbaj vagy valamely más ok miatt megnehezített circulatio nem tudja az elzárt arteriahálózatot áthajtani, akkor az ott megáll, stagnál, az ereket megrontja. Az elfajult, elhalt érfalzat a vér alkotórészeit, nevezetesen a vörösvértesteket áthocsátja a szomszéd szövetekbe és ezzel haemorrhagiás infarctus képződéséhez vezet; például a tüdőben az eldugult arteria pulmonalis hálózatában rendes vérnyomás mellett az arteria bronchialis és capillaris anastomosisai tartják fenn a véráramlást, még pedig úgy, hogy komoly zavar

nem is keletkezik; ha azonban az általános circulatio nehezített, például ha az egyén szívbajos, akkor az arteria bronchialis nem tudja az elzárt arteria területének a vérét tovább hajtani és a haemorrhagiás tüdőinfarctus keletkezésére alkalmas viszonyok támadnak. A haemorrhagiás infarctus elhalt állománya rendesen felszívódik és zsugorodó kötőszövet által pótoltatik; bakteriumok odajutása esetén (a vérrög állományából, vagy például a tüdőben a belégzett levegővel) azonban genyeddéssel, evesedéssel, abscessusképződéssel komplikálódhat a folyamat. A vérrögök okozta ezen keringési zavarokban az anastomosisok által teljesített compensatió kivül sokszor még későbbben egy másik olyan alakulás is támad, a mely a mechanikai akadályokat csökkenti, tudniillik a thrombusok organizálódásával beálló zsugorodás; ez a zsugorodás gyakran az elzárt érlument újra átjárhatóvá, a megszükkült lument tágabbá, a vér átáramlására alkalmasabbá teszi. Erős kötőszöveti zsugorodással járó organizálódás persze nem javít a helyzeten, mert az ér lumenét később ő maga zárja el. Ha a thrombusist pathogen mikroorganizmusok és azok toxinjai okozzák, akkor a folyamat thrombophlebitissel, thromboarteriitis purulentával vagy gangraenosával, abscessusképződéssel komplikálódik; a mennyiben pedig az inficiált vérrög leválik és a véráramba jut, a septikus embolia kútforrása.

Az embolia a thrombosisnak ama súlyos következménye, a midőn valamely felpuhult thrombus vagy thrombusrészlet (külső mechanikai behatások, például zúzódások okozta, regressiv változásokat nem mutató thrombusok vagy részleteik leválása igen ritka) a véráramba jut, általa eredeti helyéről tovább sodortatik, a míg az érrendszer egy más helyén valahol, a hol az útjába került valamely gát, például venabillentű miatt, vagy egyszerűen nagyságánál fogva nem tud áthaladni, megakad, megtapad, megtelepszik; a megtelepedett rög alkotja az embolust. A vénák thrombosisaiból lett embolusok normális anatómiai viszonyok mellett a jobb szívbe és innét a tüdőverőerekbe; a tüdőgyűjtőerekből, a bal szívből és arteriákból származottak pedig a periferice haladó verőerekbe jutnak és csak abnormis körülmények között történhet, ha a foramen ovale nyitott (kb 30%-ban), hogy a vénák thrombosisaiból az aortába, vagy annak valamely ágába jut az embolus (paradox embolia); a kivételek közé tartozik az is, a midőn egy vena embolusa ezen értől centralisan eső érből, vagy a jobb szívből veszi eredetét. Ez a ritka folyamat akkor jön létre, a midőn a jobb szívben és a gyűjtőérrendszerben beállott nagyfokú vértorlódás alkalmával a szívcontractiók a pangó gyűjtőeres vérben periferiás irányú hullámzást keltenek, a hullámok a vérrögöket a kisebb erekbe terelik, a honnan azután ezen odatapadt rögöket a túlgenge centralis véráram visszamosni többé nem tudja (retrograd transport). A véráramba jutott vérrög alakját és nagyságát könnyen megváltoztatja. A cylindrikus, hajlékony thrombus gyakran összegöngyölödve, több-rét hajlik, vagy az ér oszlási helyén, az oszlás szögletén két szárra hasadva és még különféle más alakban akad meg az illető ér lumenében, nagyobb erekben néha többbedmagával is. Törékeny thrombus levált rögje megállapodása előtt a véráramban elmorzsolódhat, több darabra szakadhat. Az embolia után életbenmaradt egyénekben a megtapadt rögöt az utólagos thrombosis még lényegesen meg tudja nagyobbítani és ilyenkor nem ritkán a későbbi lerakódásokban nehéz az eredeti embolust megtalálni és a folyamat lényegét megállapítani, hogy tudniillik thrombosis-e, vagy pedig embolia? Az embolusok idővel ugyanolyan módon alakulnak át, mint a thrombusok; zsugorodnak, majd organizálódnak, elmeszesednek, egyszerűen vagy infectiosusan felpuhulnak, utóbbi esetben azután sokszor elgenyednek, néha elmeszesednek. Az emboliának legsúlyosabb alakja a tüdőverőér főtörzsét hirtelen elzáró tüdőembolia, a melynél a légszere a tüdőben azonnal megszűnik, a vér áramlása az agy, a nyúltagy felé egyszerre elakad, a halál úgyszólván pillanat alatt áll be. Egyesek szerint a halál ilyen esetek némelyikében a véréridegek útján kiváltott szívbeli reflexhűtésnek a következménye. A nem ilyen hirtelen halált hozó embolusok egymagukban, vagy az idővel rájuk rakódott thrombusrétegek által megnagyobbodva, olyan módon viselkednek, mint a thrombusok, és a szerint azután, a mint az általuk okozott keringési akadályok gyorsan vagy lassan, tökéletesen, tökéletlenül vagy egyáltalában nem egyenlítődnek ki, ugyanolyan mechanikai zavarokat és complicatiókat támasztanak, mint a hasonló akadályokat létesítő thrombusok. Az inficiált embolusok ezenkívül még a septikus

thrombusok mintájára az infectiosus természetükben rejlő ártalmait is érvényre juttatják.

A gyakorlat szempontjából a thrombosis okaira, eredetére és lefolyására nézve ezideig még sok tekintetben homályosak az ismereteink és gyakran vagyunk bizonytalanságban, noha a folyamat egyik legveszedelmesebb complicatiója úgy a genitális bajoknak, mint a puerperiumnak; ezért a tanulmányozása a szakorvosok aktuálisan fontos kötelessége. E tanulmány alapját a betegség indító okainak ismerete adván meg, elsőbben is ezekkel kell tisztában lennünk. Kutatnunk kell a vérrögképződés három cardinális feltételének, a vérkeringési zavarnak, az érfalak kóros elváltozásának és a vér alvadásra hajlamosságának az aetiológiáját a beteg testben; szükséges megismerkednünk a baj tüneteivel és jellegével; és végül feladatunk úgy a betegség elhárítására ezélszerű óvintézkedéseket, mint a már kifejlődött kórnak gyógyítására, további életveszélyes complicatióinak a megakadályozására alkalmas módokat találni, kipróbálni, megállapítani.

A nőgyógyászati terapiában a myomáknál vagyunk leginkább a thrombosis veszélyének kitéve; ennél a daganatnál ugyanis azt tapasztaljuk, hogy meggyarapodott érhálózatával és a medeneze ereinek a komprimálásával keringési zavarokat alkot és a szívet is nagyobb munkával terheli meg, azután profus rendetlen vérzéseket tart fenn, a vér minőségét is rontja, a chronikus anaemia által szintén hat a szívre, fájdalmakkal is járhat, a beteget gyakran a szobára utalja, ágyba kényszeríti, étvágyát befolyásolja, psychice deprimálja, testi erejét emészti, ezeken kívül még ha gangraeneskál, akkor mérgez vagy akár fertőz is és ilyenképpen bőségesen disponál a thrombusképződésre. A myomák radikális gyógyításmódja az exstirpatio. Ha ilyen operatiót végeztünk, előbb számot kell vetnünk annak az esélyeivel is. Egy laparotomia előtt mindenre gondolnunk kell, a mi a beteg jövőjére befolyással lehet. Lássuk csak, milyen tényezők vannak vagy lehetnek befolyással a thrombusképződésre. A narcosis hatása a szívre és vesékre, a beteg fektetése (a Trendelenburg-helyzet a térdhajlás ereinek összenyomásával) mint a vérkeringést akadályozó tényező, a megnyitott hasüreg ereinek lehülése, a műtét területén érsérülések, később a parietikus puffadt beleknek az erekre nyomása, talán a műtét következtében támadó hyperleucocytosis, még inkább a seb-fertőzés hozzájárulnak a thrombusképződéshez. Nem esoda tehát, hogy a sok ártalom miatt, a melyek mindegyikének több-kevesebb része van a szervezetnek a thrombosisra való disponálásában, az összes női bajok között az uterusmyomák okoznak leggyakrabban és legkönnyebben thrombosis és hogy az ilyen betegeket éppen ezért főképpen az operatív gyógyítás alkalmával feltjük a legjobban. A többi genitális betegségben a thrombosisra jóval kisebb a dispositio. A myomák után, bár jelentékenyen gyérebbe, aránylag mégis leginkább méhrák eseteiben találkozunk ezzel a complicatióval, a hol a tumornak az erekre ható nyomása, az érfalzatba burjánzása, a vérezések által támadt szegényvérűség, a rákos toxinok okozta kóros vérelváltozások adják meg rá az alkalmat. A szívnak olyan súlyos atrophiját, degeneratióját, mint a myomás betegeken, itt ritkábban észleljük, mert a méhrákos asszonyok, még mielőtt annyira fejlődnek, vagy meghalnak, vagy mert idejében operálva lettek, meggyógyulnak. Vérzésekkel nem komplikált nagyobb, vagy ascitissal párosult akár kisebb genitális daganatok is főleg a szív elfajulása, a jobb szív kitágulása, falának az elvékonyodása miatt fenyegetik a beteget a thrombussal.

A terhesség és szülés alatt és a gyermekágyban, az infectiótól, mint bármely más complicatiótól ment esetekben is, tehát egészen rendes körülmények mellett is találunk olyan physiologiai tényezőket és változásokat, a melyek már magukban véve hajlamosságnak a thrombosisra. A medenczeszervek ereinek gyarapodása és hypertrophiája, az alsó végtagok varicositása, a puerperális méh időnként összehúzódása, a gyermekágyban az izomtevékenység szünetelése mind keringési nehézséget okoznak, a mihez járul még a bradykardia; a terhesség és gyermekágy alatt a vér rostonytartalmának a meggyarapodása és a vér alkalescentiájának a csökkenése pedig a vért az alvadásra hajlamosságván, előmozdítja a thrombusképződést. Ezen physiologiai dispositiókat nagyban tudja fokozni a puerperális pathologiai tényezők egész sorozata, például a szüléskor támadt vérvesztés okozta anaemia, a puerperális méh renyhe involutiója, anaemiás nőknél kivált a varicosus erek

gyakori zsíros elfajulása stb. Infectiónál a mikroorganizmusok és toxinjaik azáltal, hogy a szívet közvetlenül gyöngítik, az erek falát támadják, a vasomotorius idegeket bénítják, az érfalzatot mechanice is insultáló lobtermékeket produkálnak, a vért megrottják, az alvadásra hajlandóságát fokozzák, alkotják kedvező feltételeit a vérrögképződésnek.

A genitáliától független betegségek közül a chronikus anaemia, a chlorosis, magas kor, elhízás, alkohol mértéktelen élvezete, aneurysma s több más ok miatt támadt szívbántalom, illetve szívgyengeség az a tényező, a mely azután a nemi részekben képződött hajlamosságot a thrombosisra a legtöbbször és a legjobban fokozza. A gynaekologiában éppen úgy, mint az orvosi működés egyéb területén az általánosan elgyengült, leromlott egyénekben minden kimutatható ok nélkül is találunk thrombusokat, a melyeket itt is marantikus thrombusoknak nevezhetünk.

A terhesség, szülés és gyermekágy alatt és a női genitális betegségeiben a thrombusok legtöbbször a medeneze és az alsó végtagok ereiben, a vena cruralisban, a saphenákban és a lábikraizmok mély gyűjtőereiben képződnek. A bal lábnak a megbetegedésre feltünő módon nagyobb a hajlamossága mint a jobbnak. (A bal vena iliaca ugyanis nemesak a flexura sigmoidea, de háromszoros derékszögben ható arterianomásnak is ki van téve, a jobb vena iliacát az S-romanum egyáltalában nem éri és csak egyszeres hegyesszögű arterianomás alatt áll.) A puerperiumot illetőleg a jóindulatú, úgynevezett aseptikus vérrögök néha már a terhesség alatt képződnek, a gyermekágyban azonban sokkal gyakrabban keletkeznek, a midőn vagy a placenta tapadáshelyének a vérrögei nyomán, vagy ezektől egészen függetlenül az alsó végtagokban fejlődnek. Az első esetben centrálisan a vena hypogastricán és iliaca communison fel a cava inferiorba a szívig, másrészt periferice lefelé a vena iliaca externán a vena cruralisba stb. folytatódhatnak. Olykor megtörténik az is, hogy az ilyen aseptikus thrombusok leterjednek a másik oldali vena iliaca communison át a túloldali lábra. Az alsó végtagok elsődleges thrombosisai főképpen a két vena saphenában és a lábikrák mély gyűjtőereiben keletkeznek, s részben a saphenákban, részben a vena popliteákban terjednek fel a vena femoralisba és tovább. A külső genitális és hasfalak ereinek a thrombosisa aránylag ritka; a szívhez közel fekvő karok, a nyak, az agyinusok ilyen fajta folyamata még sokkal ritkább. A puerperiumon kívül támadt egyéb genitális eredetű aseptikus thrombusok a legtöbbször operatiók után támadnak és egészen úgy viselkednek és hasonló tüneteket okoznak, mint a puerperálisok. A septikus vérrögök a mikroorganizmusoknak és toxinjaiknak a behatására képződve, ezen ártalmak terjeszkedési módja szerint kétféleképpen jöhetnek létre. Először, és pedig az esetek nagyobb számában, úgy, hogy az infectio a fertőzött seb felől a vénákban (az arteriák épek szoktak maradni), részint a seben ülő thrombusok állományában, például puerperális septikus endometritis esetén a placentáris thrombusokban, részint az érfalak endotheljén kúszik tovább és fejt ki a rögképződésre vezető hatását, másodsor pedig akként, hogy az infectio az endometrium felől a nyirokerek útján terjed a vénákat környező kötőszövet mentén (periphlebitis) az erekre és teremt bennük a thrombosisra alkalmas viszonyokat. A gyuladós medenczevenákról a megbetegedés egyfelől felfelé a vena ovaricára, vena hypogastricára, vena iliaca communisra, vena renalisra, vena cava inferiorra, másfelől lefelé a vena iliaca externára, vena femoralisra és a lábszár és láb ereire terjeszkedhet; az infectio és vele kapcsolatosan a thrombusképződés az aseptikus thrombosisal ellentétben aránylag gyakran terjed át a vena cava inferioron keresztül az egyik oldali lábról a másikra is.

A thrombosis felismerése olykor nagy nehézségekkel jár, sőt sokszor nem is lehetséges, már pedig alig van betegség, a melyben a baj természetének a felismerése a beteg életérdekének a szempontjából fontosabb volna, mint éppen ez; ezért a kór tüneteit fokozott gondnal kell, hogy kutassuk. Meglehető korai és gyakori fontos jelét teszi a betegségnek a szapora pulsus; a perc alatt számlált érverés azonban a százat nem igen haladja meg. Az érledugulás folytán a szív működés u. i. felfokozott; némelyek szerint a pulszszaporodás a thrombosisnál képződött fibrinmentek felszívódásának a következménye. Az esetek nagy számában vele együtt mérsékelt hőemelkedés is támad, noha csupán egymagában, a legkisebb ilyen emelkedés nélkül is akárhányszor találhatjuk. A

szapora pulsus ekként bár mint nem állandó, vagy más okból is keletkezhető tünet apodictice nem bizonyítja a thrombosit, hanem csak figyelmeztet arra, de azért kiváltképpen az elrejtett, szemlélésre, tapintásra hozzá nem férhető erek eldugulásának a diagnoskálására igen értékes jelként használható. Mahler az ilyen eldugott thrombusok felismerésére „Kletterpuls“ néven egy lépcsőzetesen emelkedő pulzustypust irt le, a melynek diagnostikai értéke azonban általánosan elismerve nincs. A thrombusképződés a legkönnyebben ismerhető fel a lábak felületen venáiban, a hol az említett tüneteken kívül a kóros erek tájainak, például a vena cruralisnak nyomásra, köhögésre, tüszentésre, mély lélekzésre, székelésre stb. fokozódó fájdalmassága csakhamar feltűnik; az eret környező kötőszövetnek erősebb gyuladása esetén a bőr is meglobosodván, az ér fölött futó piros csíkot mutat. A thrombusnak zsugorodása, keményedése és az érfalzatnak a folyamattal járó gyuladása miatt az erek idővel érzékeny, tömött kötegekké lesznek. A keringési akadályok nagysága szerint változik a kóros erek által ellátott testrészek duzzadásának, vizenyőjének a foka és terjedelme. Különös nehézségekkel jár a kismedenceze ereiben elrejtett thrombusoknak a felismerése; itt főképpen az általános tünetekre vagyunk utalva, a lokális jelek közül néha a lágyéktáj és a szomszédos hasfal bőrének az oedemája, a canalis inguinális tájának az érzékenysége figyelmeztet a folyamatra; olykor bizonyos előnyös viszonyok mellett egyes eldugult erek tömött, gilisztaszerű képletek alakjában a hüvelyen vagy a végbélen át ki is tapinthatók. Infectiosus természetű esetekben a thrombosis egyéb tüneteivel a mikroorganizmusok és toxinjaik által felidézett phlebitis és következményei is hozzájárulnak.

A thrombosisnak gyakori (Herff szerint 15—20%) és leg súlyosabb complicációját a tüdőembolia alkotja, a mikor a levált vérrögök a tüdőarteriákat eltömészelvén, némelyek szerint az esetek felében halált okoznak. A billentyűnélküli medencezobeli vénák thrombosisa esetén a legnagyobb az embolia veszedelme, a billentyűkkel ellátott vena femoralis thrombusaiból már ritkábban származik embolia, a vena saphenák vérrögképződésekor pedig e tekintetben a legjobb a prognosis. Az embolia képződésére különösen kedvező befolyással van a vérrögök felpuhulása, a mely legtöbbször fertőzésben leli az alapját. A vena femoralis felé tovaterjedő és a phlegmasia alba dolens tüneteit mutató inficiált thrombusok elgenyedni és szétesni, leválni ritkán szoktak, a kismedenceze egyéb thrombusai, legkiváltképpen pedig a vena spermaticában ülő ilyen inficiált vérrögök azonban a genyedésre, szétesésre s így a vér teljes megfertőzésére (pyaemia) annál hajlamosabbak.

A thrombosisnak másik, inkább csak az infectiosus alakokban mutatkozó súlyos complicációja a végtagok eldugult ér-hálózatához tartozó területnek az elhalása. A puerperiumban és a női bajokban a felső végtagok gangraenájával alig, inkább a lábak ilyenfajta elhalásával találkozunk és akkor is többnyire csak az egyik láb, annak is rendszeren csupán a lábszára, a lábfeje vagy egyes ujjai pusztulnak el, kiváltképpen a végtag kisebb ereinek kiterjedt és a hajszálerekbe befolytatódó, vérlémezkek és hyalin-thrombusok okozta eltömése miatt. Az elhalást okozó eldugulás beállhat az arteriákban, a vénákban vagy mindkettőben. Az arteriákat többnyire a szívből, ritkábban a foramen ovalen keresztül jutott, vénákból származó vérrögök tömik így el, az erős arteriosus áram azonban a verőerekben a thrombusképződést nagyon megnehezíti, úgy hogy még arteriitis septicában is igen ritka.

A thrombosis therapiájában, úgy mint orvosi működésünk terén legtöbbször, a prophylaxisra kell nagy gondot fordítanunk; mivel a thrombusképződés okaira és lényegére nézve még nem tökéletesek az ismereteink, a baj keletkezését megakadályozó törekvéseinkben inkább arra a tapasztalatra vagyunk utalva, melynél fogva a folyamat vérkeringési zavarok, az érfalaknak és a vérnek említett elváltozásai mellett szokott kifejlődni, úgy hogy a prophylaxis terén a legtöbbet ezen disponáló tényezők elhárításával tudunk segíteni, így például műtéteink előtt, vagy a terhesség alatt javítjuk a vér minőségét és emeljük a szív munkaképességét. A vérrögképződésnek a mikroorganizmusok és toxinjaik által okozott alakjait éppen úgy akadályozzuk meg, mint bármely más infectiót. Műtéteink előtt a prophylactikus intézkedésekhez tartozik, hogy már a beteg elhelyezése olyan legyen, a mely a vérkeringést semmi tekintetben sem befolyásolja, például a Trendelenburg-féle elhelye-

zésnél a vállaknál fogva támasztjuk meg az operálandót és nem a térd erős behajlításával rögzítjük a testet, mert ez utóbbi esetben a térdhajlat véreire nyomást szenvednek. Hasoperatióknál a kis seb előnye, hogy nem hülnek le túlságosan a nagy érfalak a műtét lefolyása közben, nehéz műtétnél azonban nagy hasseben keresztül könnyebben dolgozván, rövidebb ideig tart úgy a narcosis, mint maga a műtét, azonfelül jobban kimélhetjük a has lágyrészeit. Minden műtetre hyperleukoocytosissal felel az organismus s ezzel növekszik a vérnek az alvadásra való hajlamossága; minél nagyobb a műtét, minél több zuzódást okozott, annál több ok van a fehérvéresejtek szaporodására; Franz éppen ez okból perhorreskálja az úgynevezett vaskos leköteéseket (Massenligatur) is. Ezek mellett ne felejtjük, hogy minden műtét a beteg test vérmennyiségét is megapasztja s az anaemiás test érrendszerében könnyebben képződik thrombosis. A szülő nő szintén sebesült, a kit úgy kell tekintenünk, mint a kin a természet hajtotta végre a műtétet; ezenkívül azonban a vér megváltozott összetétele, az érrendszer és a vérkeringés átalakulása is disponál a thrombusképződésre. A már keletkezett thrombusok és a belőlük leszakadt embolusok okozta complicatiók gyógyítása közismert dolog. Kis eltömüléseket kiáll a szervezet, nagyok egyes testrészek gangraenáját, vagy a tüdőben telepedvén meg, az egész test halálát idézhetik elő. Általános szabály szerint a legnagyobb nyugalom és a megerőltetett szív erőben tartása teszik a gyógyítást. Hogy az operatív therapia beválik-e és az általa elért eredmény nem megy-e majd továbbra is mindig csak unicum számba, azt a jövő van hivatva megmutatni. A főtörekvésünk ezek szerint tehát arra irányuljon, hogy a lehetőségig kövessünk el praeventive mindent a thrombusfejlődés megakadályozására. Ilyen céltudatos törekvés számba megy a betegápolásnak az a manap divattá vált szokatlan formája, a midőn az éppen szült asszonyt vagy az operáltat a kiállott nagy esemény után néhány óra múlva mozgásra kényszerítik, vagy azt legalább is megengedik neki. Minthogy pedig most actualis tárgya a vitának, hogy a nyugalom, vagy a kényszerített mozgás adja-e több alkalmát a sima gyógyulásnak vagy ezzel ellentétben a vérrögképződésnek, azért bátorkodtam magam is bizonyítékképpen nagyobb anyagból származó statisztikát e célra felhasználni. Mi a Bársony tanár igazgatása alatt álló budapesti I. számú női klinikán a gyermekágyasokat régi időtől fogva, és pedig a hely szűke miatt, már a 8. napon fel engedjük kelni és a 9. napon elbocsátjuk. Természetesen a beteg gyermekágyasok kivételt tesznek. A súlyos operatió után, például laparotomizáltaknak a mozgás az ágyban meg van már engedve és a tizedik napon szabad felkelniök az ágyból. A mi tapasztalásaink szerint ezt azonban nem szívesen teszik, úgy hogy rendszerint 14—15 napot tesz az az idő, a mit az ágyban eltöltöttek. Ezek előrebocsátása után a statisztikánkból a kérdés megvilágítására a következő adatokat fogom felhasználni:

1903 január 1.-étől 1908 december 31.-éig a klinikán ápolott 9257 gyermekágyasnál 34 esetben talákoztunk thrombosisal = 0.36% (Herff Baselben 2%-ot, Neu Heidelbergben 1.6%-ot látott); a 34 esetünk közül kettő tüdőemboliával komplikálódott = 0.02% (Herff 0.3%-ot, Neu 0.13%-ot közül), egyik halálos volt (septikus eset). A thrombosis 26-szor IP-n, 8-szor MP-n mutatkozott; a 34 nő kor szerint a következőképpen oszlott meg: kilencz 15—20 éves, tizenhét 21—25, hét 26—30 éves és egy 33 éves volt. Tizenegyszer a folyamatot a bal czombon, 6-szor a bal lábszáron, 8-szor a jobb czombon, 4-szer a jobb lábszáron, 3-szor mindkét czombon tapasztaltuk (2-szer a bal, 1-szer a jobb czombon kezdődött [infectiosus esetek]), 2-szer a baj a bal czombon és a jobb lábszáron együtt mutatkozott, mindkétyszer a bal czombon kezdődvén a folyamat. 14-szer a betegség lázakkal, 14-szer subfebrilis állapottal járt, 6-szor láztalan nőknél jelentkezett. A thrombosis kezdetét 14-szer a puerperium első hetében (ezek a betegek 5 esetben lázasok, 4-szer subfebrilisek, 5-ször láztalanok voltak), 11-szer a második hétben (6-szor lázakkal és 5-ször subfebrilis temperatúrával kapcsolatosan) és 9-szer a harmadik hét folyamán (3-szor lázas, 5-ször subfebrilis és 1-szer láztalan asszonyon) észleltük. A pulsus száma perczenként ötször 80—90, tizenötzör 90—100, tizenháromszor 100—120 és egyszer 120 felett volt. Tizenkétyszer a szülés rendszeren folyt le, műtéti beavatkozás nélkül, 3-szor atonia miatt a méhet tamponálni kellett, 2-szer az abortust művileg fejeztük be, 1-szer mély cervixrepedést kellett körülölni, 6-szor fogót

alkalmazni, 15-ször gátrepedést varrtunk (5-ször az előbb említett műtétek nyomán).

A nőbetegek közül 1903 január 1.-étől 1908 december 31.-éig laparotomizált 523 egyéneken 11 thrombosist, vagyis 2·1⁰/₀-ot (Neu 1·86⁰/₀-ot mutat ki) és 7 tüdőembóliát vagyis 1·33⁰/₀-ot észleltünk. A folyamat legtöbbször myomaoperációk, majd a rákos méh abdominális totalexstirpációja nyomán és a legritkábban ovariotoriák után támadt. 105 nyomáson teljesített laparotomia után (89 supravaginális amputatio, 5 abdominális totalexstirpacio, 11 enucleatio) 5-ször láttunk thrombosist, valamennyit supravaginális amputatio után = 4·76⁰/₀, ezek közül négyben tüdőembóliát is. (Neu Heidelbergből myoma eseteiben végezett laparotomiák után 4·6⁰/₀, Zurhelle Bonnból 3·75⁰/₀ thrombosist közül; Burekhard Würzburgban 132 nyomáson végezett supravaginális amputatio és abdominális total-exstirpacio után 7, 12 laparotomia útján teljesített enucleatio nyomán 1 és 18 myoma miatt végezett castratio után 2 thrombosist látott). Vaginális myoma-műtétek után minékünk nem volt thrombosisesetünk (Zurhelle vaginális totalexstirpacio után 2·6⁰/₀ thrombosist említ. Burekhard 4·7⁰/₀-ot közül.) 43 rákos méhnek abdominális kiirtása nyomán egyszer találkoztunk thrombosissal (2·32⁰/₀), illetve tüdőembóliával (a beteg meghalt [infectiosus eset]), 226 ovariotoria után 3-szor észleltünk thrombosist (1·32⁰/₀), ezek közül az egyik tüdőembóliával is komplikálódott és halállal végződött.

Kétszer inoperabilis méhrák miatt végezett exploratív laparotomia után is láttunk thrombosist, egyszer tüdőembóliával kapcsolatosan (ezen beteg meg is halt). A 11 thrombosisesetben a nők kor szerint következőképpen oszlottak meg: három nő 26—30 év, öt 31—35 év között, egy 39 éves és kettő 46—50 év között volt. A bajt négy esetben lázas, négy esetben subfebrilis nőn észleltük, háromszor a beteg láztalan volt. Az érverés perezenként az embóliával nem komplikált esetekben 96—108, a tüdőembóliásokban egyszer 100—120 között, hatszor 120—140 között ingadozott. A folyamat ötször a bal czombon, egyszer a jobb czombon székelt, ötször a medencezevenákban volt elrejtve és csak a tüdőembolia keletkezéséből volt diagnoskálható. A carcinomás méhnek 51 vaginális total-exstirpációja után kétszer találkoztunk thrombosissal, egyszer tüdőembóliával (ezen beteg meghalt); 111 inoperabilis méhrák miatt teljesített excochleatio után egy halálos végül tüdőembóliát láttunk.

Nem szenved kétséget, hogy a beteg emberi test gyógyítására másoktól nyert jó tanácsokat szívesen fogadni mintegy kötelesség, de másrésről az is kétségtelen, hogy magunkra nézve a legnagyobb kapacitással szemben is az hat legnagyobb bizonyítékként, a mi saját tapasztalásunkból tudunk meríteni. E tapasztalás alapján, a mi statistikánk tanubizonyosága szerint nincs okunk eltérni attól az ápolási módtól, a melyben az operáltjainkat és gyermekágyasainkat eddig részesítettük; ha pedig a korán felkeltés a mult időknél jobb statistikát nem szolgáltat nekünk, akkor a humanismus szempontjából igazán nincs okunk a változtatásra.

Közlés a brüsszeli Pasteur-intézetből (igazgató: prof. Bordet) és a brüsszeli egyetem anatómiai intézetéből (igazgató: prof. Brachet).

Adatok a pneumococcus pathológiájához.

Irta: *Királyfi Géza dr.*

(Folytatás.)

Vizsgálataink kritikai áttekintése mindenekelőtt azon klinikai tapasztalatnak experimentális beigazolását nyújtja, hogy a pneumococcus a szervezet összes szövetei közül a szívvel szemben szinte electiv viselkedést tanúsít. Akkor, a midőn a gyorsan halálra vezető pneumococcus-septicaemiák eseteiben sehol másutt az organismusban elváltozások ninesenek, a pontos mikroskopi vizsgálat útján képesek vagyunk már a myocardiumban, illetve a szív interstitiumában konstatálni a laesio első nyomait.

A pneumococcus hatására a szívben jelentkező szöveti elváltozások, a legkezdetlegesebb laesióktól, a melyek voltaképpen még nem is járnak az izomelemek életképességének bántalmazásával, végig kísérhetők a kórbonezoiástani elváltozások nagy során keresztül, egészen az izomállomány tökéletes destructiójáig, a teljes szövetpusztulásig.

Az első elváltozás voltaképpen nem egyéb, mint az ereknek, a capillarisoknak és kisebb arteriáknak, és pedig első sorban a subepicardiálisan fekvő ereknek igen erős kitágulása; az erek ad maximum, duzzadásig vérrel teltek. Ezt a *hyperaemiát* nyomon követik később a capillarisok rhexiséből származó *haemorrhagiák*, a melyek egészen finomak, aprók; csak ritkán foglalnak el nagyobb területet és ilyenkor is inkább az izomelemek, a perimysium rostjai között helyezkednek el; kivételes esetekben hoznak létre mechanikai hatásuk útján, a folytonosság megszakításával roncsolásokat az izomállományban.

Az elváltozásoknak másik csoportja, a melyre a myocardium szempontjából az irodalomban utalást eddig nem találtam, a mely pedig nézetem szerint nemcsak kórbonezoiástani, de klinikai gyakorlati jelentőséggel is bír, a szívizomnak *oedemája*. *Foá*-nak alapvető vizsgálatai általában véve ismeretes a pneumococcusoknak oedemát okozó tulajdonsága. *Bozzolo* észleletei azonban metastikus oedemákra, *Rivalta* vizsgálatai tüdőoedemára, *Dogliotti* klinikai esetei postpneumoniás subcutan oedemákra, *Arullani*¹³ vizsgálatai pedig általában a venosus rendszeren tapasztalható phlebitises vagy phlebothrombosisos folyamatok kapcsán létrejövő vizenyökre vonatkoznak. A myocardium oedemájáról tehát az irodalmi adatok nem tesznek említést; pedig készítményeim ávizsgálása arra enged egész határozottsággal következtetni, hogy részint az oedema, részint a nyirokutak elváltozása a szívben csaknem rendszeres jelenség a pneumococcusfertőzések kapcsán.

A nyirokutaknak első elváltozása, a mint azt a vérerekben is az infectio legkezdetibb szakában láttuk, csupán jelentékeny dilatatióban áll. *A nyirokcapillarisoknak kitágulása*, a mint egyik-másik készítményen látható, oly fokot érhet el, hogy a hajszálfinom és normálisan a szívizom szövettani képén fel sem tűnethető capillarisok hatalmas, endothellel bélelt nyirokóblökké tágulnak ki. Vagy pedig az intermuscularis nyirokerek kitágulása következtében az egyes izomkötegeknek szoros egymás mellett való elhelyeződése megszűnik, az egyes izomrostok szabadon, önálló lefutást követnek, néhol az egész myocardium valóságos felrostozódottnak látszik.

A nyirokutakon észlelhető másik jelenség *a nyirokerek endotheljének jelentékeny proliferációjá, burjánzása*, nagyfokú *nyiroksejtfelhalmozódás a nyirokutak lumenében*, helyenként a *kitágult lumennek csaknem teljes eldugaszolásával*. Mind e jelenségek, a melyek a nyirokutakon észlelhetők: a dilatatio, az endothel-proliferatio, a nyiroksejtfelhalmozódás, a lymphoid sejtekkel való obliteratio, a maguk részéről csak hozzájárulnak, illetve talán helyesebben az első impulsust adják az oedemák keletkezéséhez. Hogy azonban az oedemák keletkezésében a vérerfalaknak az elváltozása, a mint *Arullani*¹³ vizsgálatai is bizonyítják, szintén fontos szereppel bír, e mellett látszik szólni az oedemáknak a myocardiumban való jelentkezésmódja. Mert bár a nyirokutaknak jelzett elváltozásai, ha már jelen vannak, többé-kevésbé generalizálódva, csaknem az egész szívizomra kiterjedve mutatkoznak, az oedemák mégis inkább csak körülírtan, szigetekben, göczokban jelentkeznek, a mely göczok talán a bántalmazott capillaris által ellátott területeknek felelnek meg. A pathogenesis szempontjából ezeket a körülírt myocardialis oedemákat, dacára annak, hogy bakteriumfestéssel pneumococcusok kimutatása nem sikerült, hajlandó volnék mégis lobos oedemáknak, exsudatio és nem transsudatio eredményének tekinteni. Nem hiszem ugyanis, hogy *Dogliotti*-nak¹² azon postulatuma, a mely a pneumococcusoknak az oedema területén való kimutatására vonatkozik, kellő kriteriumnak volna tekinthető a lobos és nem lobos vizenyő differenciális diagnosisa szempontjából. Bizonyítóbbnak tartanám a szövettani készítményeimben konstatálható azon leletet, a mely az oedemáson átívódott területeknek erős sejtes infiltrációját mutatja. Igen szépen látható az izomelemeknek az oedema által okozott dissociációjá, felrostozódása és ezen intermuscularis spatiumokban az oedemás területnek gazdagon lymphoid-sejtekkel való besűrűsödése.

A localisatio szempontjából kiemelendőnek tartom, hogy még mielőtt a myocardium rostjai közé terjedne, az oedemás beívódás azon helyeken támad első sorban, a hol a szívben rostos kötőszövet foglal helyet és csaknem kedvez localisatiója éppen az ostium arteriosum, a nagyerek, illetve a félholdképzű billentyűk eredési tája. Tudjuk, hogy a pneumococcus-infectiókhoz, így

első sorban a pneumonia crouposához, az eseteknek bizonyos százalékában endocarditisek járhatnak, a melyek, mint valvuláris endocarditisek, az erős fibrinproductio folytán néha valósággal polyposus felrakódásokat alkotnak a billentyűkön. Subcután infectióval experimentális úton endocarditist előidézni ugyan nem sikerült, azonban az ostium arteriosumnak, a billentyűk eredési helyének ezen lobos oedemája csakugyan a valvuláris endocarditisre való szöveti praedispositiót látszik kísérletileg beigazolni.

A myocardiumban a fentebb vázolt nyirokérbeli elváltozásoknak, valamint az oedema jelentkezésének, úgy vélem, szerepük jut a pneumococcusfertőzések és általában talán az egyéb infectiosus bántalmak kapcsán is észlelhető egyes klinikai jelenségek magyarázatában. Nem egyszer konstatalhatjuk ugyanis, hogy pneumonia vagy más fertőző betegségek keletkezésnek kezdeti szakában a kopogtatási viszonyok igen pontos ellenőrzése mellett kimutatható, mérsékelt fokú, acut szív dilatatio támad, a mely a betegség lefolyásával szintén visszaféjlődik. Régi idő óta ezeket a szív dilatatiókat részben gyuladós, legnagyobb részt azonban éppen úgy degeneratív folyamatok által feltételezett tágulatoknak tartották, mint a hogy például dilatatiók szívbajokhoz, vitiumokhoz szoktak társulni a decompensatio kezdetén. A mikor vitium esetén a szív a fokozott feladattal szemben munkabírásának határához ért, a hypertrophiás szívizomban degeneratív folyamatok támadnak és az izomzatnak az elfajulása a mechanikai viszonyok behatása folytán az egész szívnek a dilatatióját vonja maga után. Itt tehát a degeneratio a feltétele a dilatationak. Pneumoniában, valamint általában az infectiosus megbetegedésekben is, bár az aetiológiai momentum ezekben természetesen nem mechanikai viszonyokban, hanem a kórokozó mikroorganizmusban keresendő, hasonlóképpen az izomelemekben jelentkező degeneratiókat és gyuladós folyamatokat szokás a szív acut dilatatiójának okául tekinteni. Kísérleteimben a szív a boncsoláskor rendszerint igen petyhüdtnek mutatkozott, olyannak, a milyenek a degenerált izomzatú szívek általában lenni szoktak, és az esetek legnagyobb részében egyúttal meg volt nagyobbodva, szabad szemmel is konstatalható dilatatio volt jelen, úgy a mint azt ismét a degenerált izomzatú szíveken szoktuk tapasztalni. Ha azonban ugyanezen esetekben a szívből készült "mikroskopi" készítményeket pontosan átvizsgáljuk, látni fogjuk — a mint erre alább bővebben lesz alkalmam kitérni —, hogy sok esetben csakis jelentékeny nyirokértágulatok és góczokban jelentkező oedemák voltak jelen, míg a degeneratív elváltozások vagy nagyon kevésbé voltak kifejezve, vagy pedig tökéletesen hiányoztak is; hasonlóképpen teljesen háttérbe szorultak a gyuladós jelenségek is. A szívnek petyhüdt voltát, valamint dilatatióját pedig az oedema és a nyirokereknek ezen jelzett elváltozásai önmagukban is tökéletesen megmagyarázzák. Úgy vélem, hogy ilyen módon lehet talán a klinice tapasztalható szív dilatatióknak egy részét is magyarázni ezen infectiosus megbetegedések kapcsán. És csakugyan sokkal könnyebben értelmezhető ezen acut szívtágulatoknak az infectio lezajlásával való hirtelen megszűnése is az ilyen, aránylag csekélyebb és az izomzat életképességét nem bántalmazó laesiók, mint a sokkal mélyrehatóbb elváltozást jelentő degeneratiós és gyuladós folyamatok után.

A degeneratív elváltozások általában véve eléggé háttérbe szorulnak kísérleteimben a myocardium pneumococcus okozta laesiói között. A készítmények legnagyobb számában az izomzat szépen élénk-vörösre festődik, a hosszanti, sok helyütt a harántesikolat is jól megtartott, a mag festődése élénk. Még olyankor is, a midőn több nap telik el az infectiótól a halál bekövetkeztéig, legtöbbször csak góczokban, kis területekre szorítkozva, és e helyeken is inkább csak a degeneratio legenyhébb fokának, a *parenchymás degeneratió* alakjában konstatalhatjuk az izomzat elfajulását. Ezen helyeken természetesen a esikolat elmosódott, a mag gyengén, halványan festődik, esetleg az egész protoplasma szemcséssé, zavarossá válása a magot teljesen elfedi. Ezek mellett természetesen nem hiányoznak olyan készítmények sem, melyekben az izomzat elfajulása igen jelentékeny fokot ér el, sőt nemesak a szemcsés duzzadás, hanem a *zsiros degeneratio* különböző fokait is mutatja. Kezde onnan, a midőn az alkohollal fixált izomsejtekből egyes vacuolák a kioldódott zsír helyét jelzik, a midőn tehát voltaképpen csak zsiros infiltratióról szólhatunk, egészen addig, a midőn az izomállománynak teljes zsiros szétesése, zsiros metamorphosisa van jelen és

valósággal csupán az izom contourjai által jelzett üres csövek, üres hengerek utalnak az izomállomány maradványaira.

A pneumococcus-fertőzés eseteiben végzett szövettani vizsgálatoknak legnagyobb része pedig éppen a degeneratiókat látszik előtérbe helyezni a többi szöveti elváltozás rovására. Tudjuk, hogy fertőző megbetegedések esetén a bakteriumtoxinok azok, a melyek a parenchymás szervek sejtjeinek degeneratióját okozzák. Az erős toxinkiválasztással járó fertőző bántalmakban éppen ezért rendszerint kiterjedt degeneratív elváltozásokra találunk a szívben és a nagy mirigy szervek sejtjeiben. Feltűnő volt kísérleteimben, a melyek pedig súlyos, halálos kimenetelű fertőzésre vonatkoztak, a degeneratív elváltozásoknak azon aránylag csekély foka, a melyet a szöveti vizsgálatok mutattak. Megkísérlettem éppen ezért tisztán a pneumococcus toxinjainak befeeszkendezésével előidézni a letális infectiót, a melynek során előreláthatólag nagyobb fokú degeneratív elváltozásokkal találkoztunk volna. E célból ugyanazon pneumococcus-cultúrát, melynek 0.3 cm³-e bőr alá feeszkendezve, közép nagyságú tengerimalacot 3 nap alatt elpusztított, néhány csepp toluollal előltem. Három napi állás után, a mikor tehát a véres bouillon a pneumococcusnak csupán toxinjait tartalmazta, 0.4 cm³-t oltottam szintén közép nagyságú tengerimalacnak bőre alá. Az állat azonban életben maradt, a nélkül, hogy lokális reactio jelentkezett volna. A toxin adagát erre 1 cm³-re, majd 1 1/2 cm³-re emeltem, azonban a tengerimalac az oltásokra egyáltalán nem reagált és semmiféle jelét sem mutatta valamely alterationak. Lehetséges talán, hogy a pneumococcusnál is a toxin az élő bakterium testéhez van kötve, és mint ilyen, az endotoxinok csoportjába tartozik.

Hasonló negatív eredményre jutott a toxinok pathogen hatását illetőleg *Bolognesi*²⁰ is az ő obligát anaërob diplococusaival való kísérleteiben, a melyek különben igen kiterjedt kórboncolástani elváltozásokat idéztek elő. Berkefeld-gyertyán szűrve át a culturát, a filtratumnak igen nagy mennyiségét feeszkendezhette be subcután vagy intraperitoneálisan, a nélkül, hogy a kísérleti állat a legkisebb helyi vagy általános reactiót mutatta volna. 10—20 nap múlva pedig leölvén az állatokat, a boncsolás sem derített ki semmiféle eltérést szervezetükben. Másoknak hasonlóképpen eredménytelen vizsgálatai mellett azonban nem hiányoznak újabban egyes olyan észleletek sem, a melyek a különböző utakon előállított toxinnak pathogen tulajdonságai mellett látszanak szólani. Így *Mac Fadyen*-nek²¹ valamint különösen *Tizzoni és Panichi*-nek²² sikerült olyan pneumococcusfiltratumot előállítani, a melylyel állítólag ugyanolyan pathológiai-anatómiai elváltozásokat tudtak előidézni, mint magával az eredeti culturával.

Sokkal fontosabb szerepe jut a szívbeli elváltozásokban a a kórboncolástani folyamatok egy másik csoportjának: a *lobos, a gyuladós folyamatoknak*. Eseteink nagy számában több-kevesebb izzadmánnyal járó *pericarditis* volt konstatalható a boncsolás alkalmával. Azok az irodalomban ismertett kísérletes pericarditisek, melyek pneumococcus-oltások után létrejöttek, csaknem kizárólag az intrapleurális oltásokhoz csatlakoztak, a midőn a lokálisan támadt pleuritis egyszerűen per continuitatem terjedt át a pericardium savós hártájára. Az én eseteimben a pericarditis legtöbbször mint önálló savós hártya lob volt jelen, a mikor sem a pleura, sem a peritoneum nem szerepelt mint előzőleg afficiált és a gyuladást tovavezető szövet, és a mi szintén lényeges, a pericardium lobja minden alkalommal a hasfal bőre alá, subcután, tehát nem lokálisan történő infectio után jelentkezett. Ez is talán a szív, illetve a szívhez tartozó szöveteknek a pneumococcus iránti affinitása mellett látszik szólani. Kórboncolástaniilag a gyuladós folyamat a serosus, részben a serofibrinosus lob alakjában mutatkozott, a mely utóbbi esetben azonban a fibrinkiválasztás rendszerint csupán mikroszkop alatt, a Gram szerint megfestett készítményeken az epicardiumot borító finomabb vagy durvább recze alakjában volt konstatalható. Az izzadmány gyéren tartalmazott pneumococcusokat, oltás útján azonban belőle tiszta cultura volt nyerhető és sejtes üledéke a falról desquamált endothel mellett csupán lymphocytákból állt. A mikroskopi képen a subepicardiális erek hatalmas kitágulása, capilláris vérzések, a subepicardiális kötőszövetnek megvastagodása és gazdagon gömbsejtekkel való beszűrődése konstatalható.

A lobfolyamat legtöbbször nem marad a savós hártayára lokalizálva, hanem ráterjed a szomszédos izomszövetre is. E gömbsejtes beszűrődések helyenkint igen szépen követhetők a pericardiumról

a nyirokutak mentén az izomelemek közé, vagy pedig áthatják magát az izomállományt is, a nélkül azonban, hogy szövetbeolvadást hoznának létre. Igen gyakran a *myocarditisek* az előbb vázolt nyirokútváltozások kapcsán keletkeznek, a midőn a nyiroksejtfelhalmozódások áttörnek a praeformált nyirokút határait és mint lymphoid, gömbsejtes beszűrődések körülveszik vagy áthatják az izomállományt. A *myocarditisek* nagyobbára szintén góczokban, szigetekben mutatkoznak, és a mint készítményeim nagy részében látható, igen sokszor a pericardiumtól egészen függetlenül is, az izomállomány mélyében jelentkeznek, vagy pedig jelentkeznek olyan esetekben is, a midőn a pericardium lobja egyáltalán hiányzik. Egyik készítményünkben (XIV. kísérlet) végül az igen erős gömbsejtes beszűrődés nemcsak áthatja az izomállományt, hanem már szövetbeolvadással is jár; az izomsejt continuitása azon helyen megszakad és helyét az erősen felhalmozódott lymphoidsejtek foglalják el. Ezen körülírt területen tehát már szövetlágysággal, szövetbeolvadással járó gyuladástól beszélhetünk, a nélkül, hogy tulajdonképpen polynucleáris elemek a lágyságos gócz képzésében résztvettek volna.

Végezetül szólnunk kell még egy kórbonezolástani elváltozásról a myocardiumban, arról, a melynek megfelelő analog leletet az experimentális pneumococcus-fertőzések irodalmában eddigelő szintén nem találtam, a regressív elváltozások legnagyobb fokáról, a teljes szövethalálról, a *nekrosisról*. A mint a XVII. számú kísérlet adatai bizonyítják, ez esetben a myocardiumnak olyan fokú és olyan kiterjedésű elhalásával állottunk szemben, a mely úgy makroszkopos viselkedésénél, valamint a szöveti kép sajátosságainál fogva különös figyelmet érdemel. A szív külső felszínén látható sajátoszerű, széles, fehér csokolatot mutató foltok, valamint az e helyeken ejtett metszések, a melyek csaknem az egész kamarafalat elfoglaló, nagy kiterjedésű, széles, fehéres-sárga színű, fénytelen, élesen határolt területeket mutattak, már eleve felhívták figyelmünket arra a rendkívüli leletre, a melyet a mikroszkop azután csakugyan beigazolt.

A mikroszkopi kép alapján, a melynek részletei a 17. számú kísérlet leírásában vázolva vannak, a myocardium rendkívül nagy területét elfoglaló *coagulációs nekrosissal* állottunk szemben.

Ezen észleletem kapcsán a pneumococcus-infectiókkal összefüggő nekrosisok kérdésére óhajtók röviden kitérni. A nekrosisoknak voltaképpen csak egy előfordulási módja van, a melyet a kórbonezolástani pneumococcus-fertőzések kapcsán általánosan és régebben ismer: a pneumonia fibrinosának azon atypusos lefolyású alakja, a melynél az izzadmány felszívódása helyett a tüdőnek anaemiás aputrid nekrosisa következik be a pneumoniás tüdő-részletnek sequestrációjával. Secundaer módon beléjutott rothasztó csírák útján természetesen az aputrid nekrosis gangraenává alakulhat át.

A nekrosisoknak egy másik localisatiója, mint ritkán előforduló complicatiója a pneumoniának, a végtagok gangraenája. *Attix*,²³ *Gibson*,²⁴ *Kredel*²⁵ és mások egy-egy ilyen casuistikus esetről referálnak, a melyben pneumonia után valamely végtagnak gangraenája következett be. A gangraenás folyamat alapjául minden alkalommal emboliás eredetet vettek fel. *Seidelmann*²⁶ pneumonia után a két kéz valamennyi utolsó ujjpercének spontán amputatiójával járó symmetriás gangraenát észlelt. Hasonlóképpen postpneumoniás, az összes lábujjakra kiterjedő symmetriás gangraenáról referál *Mattirolo*.²⁷ Esetében a diplococcusok a vérből ki voltak tenyésztetők és e diplococcusoknak az arteriákra gyakorolt lokális hatásával igyekeznek a folyamatot magyarázni.

Teljesen magában áll *Hellesen*²⁸ észlelete, ki noma szövetében diplococcusokat tudott kimutatni, melyeket hajlandó esetében a nomával aetiologiai összefüggésbe hozni. Hasonlóképpen egyedül álló észleletről számol be *Mathieu*,²⁹ a ki tüdőgyulladás esetében mykosisos emboliákat konstalált a duodenum nyálkahártya-ereiben, következményes kifelégyesedéssel. Igen érdekes *Pätzold*³⁰ közleménye: 17 éves férfin hirtelen magas láz kíséretében heves fájdalom támadnak a jobb karban. Osteomyelitis diagnózisával az eset műtetre került és ekkor a jobb oldali biceps és latissimus dorsiban nagy tályogokra akadtak, a melyek jelentékeny nagyságú, mogyorónyi egész galambtojásnyi izomsequestereket tartalmaztak;

később újabb abscessus keletkezett a baloldali glutaeus maximusban, szintén tyúktojásnyi izomsequesterrel. Az izomnekrosisok pneumococcus tartalmú embolusok által hoztak létre.

Az experimentális vizsgálatokról e kérdéssel összefüggésben csak igen kevés ismeretes: a májban néha egészen apró, csupán mikroszkop segítségével kimutatható kis nekrosisok észlelhetők experimentális pneumococcusfertőzések kapcsán. Izomnekrosisról csak a fennebb említett, *Pätzold*-tól származó közlemény szól egy casuistikai észlelet alapján, de ez is a harántcsikolt, akaratlagos izomrostokra, a végtagizomzatra vonatkozik.

A myocardiumban pneumococcus-infectiók után keletkező, nagyobb kiterjedésű, az egész kamarafalat elfoglaló nekrosisokról sem az emberi pathologia, sem az experimentális vizsgálatok eddigelő nem tesznek említést és ennyiben ezen észleletem talán különösebb érdeklődésre tarthat számot. A nekrosis aetiologiaja szempontjából az emboliás eredet mellett számbajöhetne a bakteriomoknak, illetve toxinjaiknak közvetlen hatása az izomzatra. Tekintve a nekrosisos területeknek makroszkopi viselkedését, valamint a szövettani leletet, a mely a coagulációs nekrosisra jellemző képet tüntette fel, fel kell vennünk, hogy mindenek szerint emboliás folyamattal, tehát *szívinfarctussal* volt dolgunk, noha magát az embolust a szív apró ereiben kimutatnunk nem sikerült és a többi szervben capillaris emboliák, illetve következményes állapotai kimutathatók nem voltak.

A mint látható tehát, a szív a kísérletes pneumococcus-infectiók kapcsán egész nagy sorát mutatja a különböző kórbonezolástani elváltozásoknak. A mennyiben az experimentális vizsgálatok adatai az emberi pathologiában észlelhető jelenségekkel analógiába hozhatók, valószínű, hogy a legkifejettebb pneumococcusinfectio esetében, tehát a pneumonia crouposában a myocardium szintén többé-kevésbé hasonló folyamatok színhelye kell hogy legyen, a mint erről legközelebb, rostonyás tüdőgyulladás eseteiben megejtendő vizsgálataimmal óhajtók meggyőződést szerezni. Hogy a szívizomzatnak ezen laesiói a szívnek működésére is befolyással vannak és így circulatiozavarokat idézhetnek elő, igen könnyen belátható. Mindenképpen szembe kell helyezkednünk tehát *Maschke*³¹ azon tételével, a mely szerint pneumoniában a keringési zavarok a medulla oblongatában elhelyezett vasomotorius központnak a toxinaemia által okozott laesiója útján hozatnak létre és a szív maga csak secundaer módon, az arteria coronariáknak elégtelen vérrel való ellátása által bántalmaztatik.

* * *
(Vége következik.)

Közlés a budapesti kir. tudomány-egyetem I. sz. kórbonezolástani intézetének vegyi laboratoriumából (igazgató: Generich Antal dr., udvari tanácsos, ny. r. tanár) és a szent István-kórház idegostályáról (főorvos: Donath Gyula dr. egyetemi tanár).

A különböző czukorfajok felszívódása és biológiai viselkedése a vastagbélben.

(Az orvoskari tanártestület által az özv. Gárdos Jánosné-féle alapítványból jutalmazott pályamű.)

Irta: *Halász Aladár* dr. belorvos Budapesten.

(Vége.)

Mikor az elmondottakban ismertett kísérleteimről a Természet-tudományi Társulat *életteni szakosztályában* beszámoltam, avatott helyről volt alkalmam azt a kifogást hallani, hogy kísérleteim nem abszolút bizonyítékai annak, hogy a czukorfelszívódás valóban a legnagyobb részét a vastagbélből történt. Én, ámbár nagyobb czukormennyiségnek a magasabb bélrészletekbe való jutását már azon okból is kizártnak tarthatam, mert az esetleg keletkező antiperistaltika leküzdésére minden esetben opiumtincturát adtam a klysmához, de másfelől módomban volt oly eseteket is láthatni, mikor egy, sőt másfél óra múltán az egész klysmát kiürítette a beteg s abban 1—2 gm. hijján a bevitt egész czukormennyiséget megtaláltam,

a mi magasabb bélrészletekbe jutás mellett aligha történt volna meg, minden kétséget el akartam oszlatni és e célból *Tanagl* tanár intézetében kontrollkép állatkísérleteket végeztem, melyekről másutt részletesebben fogok beszámolni s e helyt csakis azok eredményeit óhajtom röviden összegezni.

E kísérleteket 36—48 órát éhezett és kurarázott kutyákon végeztük, melyeknek vastagbélét, mint az az alábbi adatokból kitűnik, tetszés szerinti magasságban lekötöttük és a lekötött vastagbél distális részébe meghatározott mennyiségű 15—25^o/o-os cukoroldatot adtunk. A cukor felszívódását és kihasználását a szervezet részéről a Zuntz-Geppert-féle légzőkészülék segítségével a respirációs quotiens emelkedéséből állapítottuk meg.

A kísérletek adatait az alanti táblázat tartalmazza:

I. kísérleti sorozat.

A kutya súlya 4560 gm. 48 órát éhezett.

A kísérlet száma	A kísérlet ideje	CO ₂ abs. ért.	O ₂ abs. ért.	RQu. középértékben	Vizelet	Megjegyzés
		1-re középértékben				
I—III.	9 ó. 50 p.-től 10 ó. 47 p.-ig	28.51	38.01	0.758	Cukormentes	
IV—VIII.	11 ó. 52 p.-től 1 ó. 8 p.-ig	33.59	36.81	0.910	12 ó. 33 p. és 3 ó. 50 p. közötti vizelet erősen adja a cukorpróbákat	11 ó. 35 p.-kor 100 cm ³ 40 C ^o -ú 25 ^o /o-os dextroseoldatot kap az állat a végbélen át
IX—X.	3 ó. 50 p.-től 4 ó. 50 p.-ig	25.85	35.99	0.791		

Boncsoláskor a vastagbéligatura a vékonybél felé jól zárt. A bélből visszanyert folyadék 165 cm³, 6^o/o azaz 9.9 gm. cukortartalommal. Felszívódott tehát megközelítőleg¹ 15.1 gm. dextrose. A bélekötés a Bauhin-billentyű táján volt.

II. kísérleti sorozat.

A kutya súlya 7950 gm.; éhezett 36 órát.

A kísérlet száma	A kísérlet ideje	CO ₂ abs. érték	O ₂ abs. érték	RQu. középértékben	Vizelet	Megjegyzés
		1-re középértékben				
I—IV.	9 ó. 58 p.-től 10 ó. 43 p.-ig	47.02	58.58	0.802	cukormentes	
V—X.	11 ó. 9 p.-től 1 ó. 11 p.-ig	48.06	56.83	0.845	élénk cukorpróba	10 óra 56 p.-kor 95 cm ³ 25 ^o /o-os dextroseklysmát kapott az állat
XI—XIII.	2 ó. 40 p.-től 4 ó. 52 p.-ig	45.50	58.53	0.789		

Boncsoláskor kitűnt, hogy a béligatura jól zárt, a lekötött bélvég és vastagbélrészlet 15 cm.; az egész vastagbél hossza 27 cm. Az 50 cm³ béltartalom 13.5^o/o azaz 6.75 gm. szőlőcukrot tartalmazott. Felszívódott tehát 17.00 gm. szőlőcukor.

¹ Néhány köbcentimeter ugyanis a bélcső mellett kiszivárgott s így kárbavesztett.

III. kísérleti sorozat.

A kutya súlya 6250 gm.; éhezett 36 órát.

A kísérlet száma	A kísérlet ideje	CO ₂ abs. ért.	O ₂ abs. ért.	RQu. középértékben	Vizelet	Megjegyzés
		1-re középértékben				
I—III.	11 ó. 12 p.-től 12 ó. 3 p.-ig	29.72	38.02	0.752	Cukormentes	
IV—VII.	12 ó. 23 p.-től 1 ó. 48 p.-ig	30.12	33.33	0.810	Gyenge cukor-reductio	12 ó. 19 p.-kor több mint 70 cm ³ 20 ^o /o-os cukorklysmá.
VIII—XI.	3 ó. 52 p.-től 6 ó. 38 p.-ig	27.64	37.18	0.743		

Boncsoláskor a lekötött vastagbél hossza 14 cm. A ligatura jól zár. A folyadék cukortartalmát — minthogy a klysmá mennyiségét pontosan nem tudtuk — nem határoztam meg.

E kísérletek minden kétséget eloszlatnak az iránt, hogy egyrészt kizárólag a vastagbél felől nagyobb cukormennyiségek valóban felszívódnak, másfelől, hogy a klysmából eltűnt cukrot nem baktériumok bontják el, de a szervezet éppen oly jól értékesíti, mint a per os bejuttató szénhidrátokat, a hogy azt a légzési hányadosnak a klysmá bevitelét követő s órákon át eltartó emelkedése minden kétséget kizárólag igazolja.

* * *

A fentebbi vizsgálatok folyamán láttuk, hogy az összetett cukrok a vastagbélben időzés alatt, az egy tejcukor kivételével, legalább részben egyszerű cukrokra, monosekra bomlanak. Hogy a biosek és a raffinose ezen hasadása invertase befolyásának eredménye s részben baktériumok behatásának következménye, az bővebb magyarázatra nem szorul; csak az a kérdés, hogy az invertáló enzima a felsőbb bélrészletekből a klysmához kevesedő bélsárral jut-e a vastagbélbe, vagy a vastagbél nedve is tartalmaz invertasét. A régebbi vizsgálok, *Czerny*, *Latschenberger*, *Klug* és *Koreck*, éppen úgy mint újabban *Pawlow*, *Miisa* és *Cohnheim* invertáló enzimát a vastagbél nedvében nem találtak, de ezekkel szemben *Pautz* és *Vogel* (l. c.) a vastagbélnedv hatására összetett cukrokat egyszerűekre bomlani láttak. A vastagbél-tartalomban *Gruber*, *Hemmeter* és mások mutatták ki az enzimák jelenlétét, de ez természetesen a mi szempontunkból nem bizonyít.

A kérdés eldöntésére magam is végeztem kísérleteket, melyek azonban befejezve még nincsenek s így a fenti kérdést illetőleg sem pro, sem contra nem nyilatkozhatom ugyan, de azt állíthatom, hogy úgy a vastag-, mint a végbélben nagyfokú inversio folyik, melynek behatása alatt nemcsak a biosek, de a raffinose is egyszerű cukrokra bomlik s az egyszerű cukrok szívódnak fel; e mellett szól a bélsár vegyi vizsgálata és az, hogy cukorvizelés sem biose-, sem raffinoseklysmák után egyszer sem jelentkezett.

A mint a fentebbi vizsgálatok ismertetése folyamán láttuk, kísérleteim alkalmával igen nagy cukorquantumok szívódtak fel a vastagbélből; kérdésesnek látszott azonban, hogy a klysmából eltűnt cukor valóban felszívódott-e egészen, s nem bomlott-e el legalább részben, de mégis számot tevő mennyiségben a bél baktériumainak befolyása alatt? Az idevágó irodalom adatai, a hogy azt az alantiakban látni fogjuk, ellentmondók, a mi kívánatosá tette az ezen irányú kísérletek megismétlését.

*Bingel*¹ szerint kétes, hogy a klysmá útján bevitt cukrot értékesíti-e a szervezet s inkább azt hiszi, hogy a bél baktériumai bontják el. Annak eldöntésére, hogy mennyi cukor bomlik el a bél baktériumainak befolyása alatt, az általa használt klysmákkal azonos töménységű (10^o/o-os) cukoroldatokat bélsárral kevert és

¹ *Bingel*: l. c.

órákon át költöszekrényben hagyott állni a szerző. E kísérletek szerint

30 gm. dextroseból	5 óra alatt	10.5 gm.
50 "	8 "	14.0 "
20 "	11 "	14.0 "
30 "	11 "	16.0 " eltűnt.

Platenga¹ szerint, ki 5, 10, 15 és 20%-os cukoroldatokat bélsárral kevert s 37 C° mellett thermostatban állni hagyott, egy óra elmúltával a cukoroldat töménysége még nem változott, ellenben 3 óra elteltével 0.95—1.88%-kal csökkent az oldat cukortartalma. Reach¹ szerint azonban thermostatikisérletekből bajos az emberi bélben lejátszódó folyamatra helyesen következtetni; tudjuk ugyanis, hogy például a pankreasnedv emésztő hatása sokkal lassabb in vitro, mint a bélben. A bomlástermékek felszívódása és a béltartalom állandó mozgása élénkíti az erjedést. Platenga kísérleteit különben Reach is megismételte s a bélsárral kevert cukornak 3 óra alatt 5—16%-át látta eltűnni, másszóval szerinte a cukor mennyiség, a mely adott esetben a bélsárból eltűnik, változó, de jelentékeny mennyiségű.

Kausch és Socin² a tejcukornak a bélben való élénk elbomlására s a rendkívül nagy mennyiségű gáz képződésére utal, közelebbi s pontosabb adatokat azonban dolgozatuk nem tartalmaz.

Saját idevágó kísérleteim közül csak a következőket óhajtom ismertetni:

I. sz. kísérlet. 50 cm³, 4%-os dextrosét tartalmazó bélsar³ lazán fedett edényben, 37.5 C° mellett, közben többször felrázva, 24 órán át thermostatban tartottam: a folyadék cukortartalma csak 0.5%-ot csökkent. Ugyanazon bélsár 6 napi thermostatban való állás után még mindig tartalmazott 2%-os dextrosét.

II. sz. kísérlet. Két százalékos dextrosetartalmú bélsaras folyadékot 6 napon át hagytam a thermostatban; ezen idő alatt csak 1%-os dextrose bomlott el.

III. sz. kísérlet. 50 cm³ 8%-os dextrose- és bélsártartalmú klysmarészlet 48 órás thermostatban való állás után 7%-os dextrosét, 7 napi állás után 5%-os s 16 napi állás után még 4%-os szőlőcukrot tartalmazott.

A hogy ezen kísérletekből kitűnik, a dextrose elbomlása a bélsár bakteriumainak behatása alatt közel sem oly nagyfokú, a hogy például azt Bingel vagy Reach gondolta s ha a bélben való elbomlást az in vitro és thermostatban előidézhetőnél jóval nagyobbak is vennők, azon átlagos 5—6 óra alatt, míg a tápláló klyσμα a vastagbélben időzik, nézetem szerint 0.5%-nál többet aligha tesz ki. A cukor elbontásakor lényeges szerepet játszhat a klysmához elegyedő bélsár mennyisége is, ezért vettem kísérleteimhez a beöntést követő első székletéből, mert a bélsár viszonyokkal azonos bélsártartalmú és más bomlástermékeket tartalmazó folyadékkal óhajtottam kísérleteim végezni. A bakteriumos cukorelbontás nagy volta ellen szól továbbá ama körülmény is, hogy adott esetben órákon át a nélkül időzött a cukoroldat a bélben, a cukorfelszívódás hiányos lévén, hogy nagyobb mennyiségű cukor hiányzott volna az oldatból.

Azon esetleges ellenvetésre, hogy ellenőrző kísérleteimben — minthogy azokat levegő hozzájárulása mellett végeztem — a szénhidratoknak a béltartalom anaërob bakteriumai által okozott bomlását nem vettem figyelembe, a következőket felelhetem: obligat anaërob bakterium a béltractusban vagy meg sem él, de semmi esetre sem szaporodik s a bélsár facultativ anaërob bakteriumai levegőn éppen oly jól kitenyészthetők, mint az anaërob eljárásokkal. (Lásd: Schmidt-Strassburger: Die Faeces des Menschen. 250. lap. Berlin, 1903.)

A felszívódó cukornak a vizelet napi mennyiségére gyakorolt befolyásáról fennebb már szóltam s e helyütt csak csoportosítani óhajtom azon eseteket, melyekben e befolyás elvitázhatatlan:

¹ Platenga: l. c.

Reach: l. c.

² Kausch és Socin: Sind Milchzucker und Galaktose directe Glykogenbildner. Zeitschrift für exper. Path. und Pharmak., 31. kötet, 402. lap.

³ Ezen bélsártartalmú folyadék a dextrose-beöntést követő első szék egy részlete volt.

A kísérleti egyén vizeletének rendszeres napi mennyisége cm ³ -ekben	A felszívódó cukorfaj grammokban	A vizelet napi mennyisége cm ³ -ekben	Fajsúly	A 24 órás székletét quantuma cm ³ -ekben
T. J. 1500—1600	137.2 lactose	920	1022	530
	148.0 dextrose	680.0	1026	640
	31.5 lactose	870	1020	230
	50.0 sacchar.	820	1026	széke nem volt
	24.5 lactose	1150	1015	" " "
Cs. Gy. 1500	64.1 saccharose	750	1020	480
T. J. 1400	145 saccharose	700	1024	170

Más alkalommal, különösen az első cukorklyσμα után, diuresis volt észlelhető; szembetűnő húgyhajtó hatása volt a cukornak az alábbi esetben:

Cs. Gy. 1500	48.0 laevulose	2500	1017	125.5
-----------------	----------------	------	------	-------

Vizsgálataim eredményét a következőkben foglalhatom össze:

1. A végbél felől klyσμα alakjában 5—30%-os oldatban nagymennyiségű, 50—150 gm., sőt 200 gm. cukor vihető be, melynek legnagyobb része 5—6 óra alatt minden valószínűség szerint a vastagbélből szívódik fel.

2. A vastagbélben át s így részben a portális rendszer megkerülésével nagy cukorquantumok szívódhatnak fel a nélkül, hogy cukorvizeles jelentkeznek. Ennek oka egyfelől a vastagbélresorptio lassabb voltában, másfelől abban keresendő, hogy az összetett cukrok nem mint ilyenek, hanem componenseikre bomolva szívódnak fel.

3. Kísérleteim bizonyosága szerint a cukor bakteriumos elbomlása 0.5%-on alul marad s így alig számbavehető.

4. Érdekes és nehezen értelmezhető jelenség a nagyobb cukoradagoknak egyes esetekben a vizelet elválasztását észrevehetően csökkentő befolyása.

5. A vastagbélből felszívódó cukrot — a hogy ez a respirációs hányadosnak a cukorklysmát követő emelkedéséből látható — éppen úgy értékesíti a szervezet, mint a per os bejutót.

Markusovszky-féle jubiláris előadások.

A december hó 2.-án tartott ötödik előadásban Réczey Imre tanár ismertette az új sebészeti gyógyításmódokat, melyek az újabb vizsgálásmódok és a pathologia újabb ismeretei alapján fejlődtek s a sebészet mai nagy fejlődöttégének lényeges segítőeszközeiként tekintendők. Különösen kimerítően tárgyalta a fertőzéses sebészi bajok modern gyógyításmódjait, ezek között a kémiai szerekekkel való gyógyítást, s kiemeli azon sikereket, melyeket Bársony tanár a sublimatnak intravenosus befeckendezésével a gyermekági fertőzés eseteiben elért. Részletesen ismerteti a Bier-féle vérpangásos gyógyításmódot, annak elméleti indoklását, kivitel módját, javallatát és sikereit. Foglalkozik a serotherapiával, a belső desinfectio módjaival s az immunotherapiával. Áttér ezután a védőoltások elméletére, gyakorlati módjaira, a Jenner-féle és a Behring-féle oltások ismertetésére és sikereire. Ismertetvén az antifertemkezelést és a bakteriotherapiát, részletesen foglalkozik azon új gyógyításmódokkal, melyekkel a gümös sebészeti bajok ellen küzdhetünk a mai gyakorlatban, egymásután tárgyalva a tuberculinkezelést, a Spengler-féle serumoltásokat, a Marmorek-féle serumoltásokat, a fermentkezelést, a trypsinkezelést, valamennyi gyógyításmódnál a klinika tapasztalatait is ismertetve, s az irodalmat kimerítően említve. Végül a gyógyításmódok közül hangsúlyozva kiemeli a mechanotherapia s a conservativ kezelésmódok sikereit. Ismerteti ezen a réven a csonttörések modern gyógyításmódját, melyet a röntgenezés rendkívül megkönnyít, mert ellenőrizhetjük a coaptatio helyes-

ségét. Szól a járókötések, járókészülékek előnyeiről és hátrányairól, éppen úgy a súlynyújtás nagy fontosságáról a csonttörések gyógyításában. Az utókezelésben a massage és gymnastika jó sikereire figyelmeztet, mi által a munkaképesség leggyorsabban állítható helyre. Figyelmeztet a gyógyulás kimaradása, a csontforradás késedelmes kiképződése esetén a Bier-féle vérpangásos kezelésmódnak kedvező hatására.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

M. Guyan: A vallás sociológiája. Fordította: Rudas László. Budapest, 1909. Athenaeum kiadása. 284 lap, 8^o. Ára füzve 11 K.

Guyan „L'irréligion de l'avenir“ című munkája kapta magyarban ezt a címet a sociológiai könyvtár kiadásában. Megtanuljuk belőle, hogy a vallást mint természettudományi jelenséget kell bírálni. Az ember a természet jelenségeit magyarázva, azok mögött kénytelen volt valami működtető erőt felvenni, a melyet anthropomorph módon magamagához hasonlítva, minden jelenség mögött egy-egy megfelelő egyént (Istent) képzelt. Sajátságos ugyan, de való, hogy a csoda felvétele ehhez képest haladás, mert ebben már a természet kivüli erő szűkebb térre szorulása nyilvánul, tudniillik azokra az esetekre, a melyek a megfelelő időpontra még nem magyarázhatók meg kielégítő módon a természeti erők alapján. A legtöbb jelenség ez időszakban már mint természetes tünevény szerepel. A vallások fejlődése éshaladása a neokatolicizmuson és neoprotestantizmuson át a jelképes hit felé halad, a mely már közelebb áll a hitetlenséghez, mint a hithez. A dogma helyét tudományos hypothesisok (materialismus, idealismus stb.) foglalják el, a másért való ima helyét a másért való cselekvés. Az erkölcs független a vallástól és meg fog tisztulni a babonától. A könyv részletesebb ismertetése nem tartozik e lap keretébe. A nevelésről szóló fejezet különösen érdekelni fogja az orvost, a kinek a nevelésben az idegesség prophylaxisáról gondoskodnia kell.

Kollarits Jenő dr.

O. Rumpel: Die Cystoskopie im Dienste der Chirurgie.

Bár Nietzsche-nek genialis találmánya óta a hólyagtükrözést számos jeles munka tárgyalja és a különböző cystoskopos képeket szebbnél szebb atlaszok rögzítik, sebészeti diagnostikai szempontból mégis csak helyeselnünk kell, ha egyes nagyobb forgalmú sebészeti osztályok leleteit egy-egy munkát összegyűjti.

Rumpel atlasza Bier berlini sebészeti klinikájának több évi anyagát öleli fel. Szebbnél szebb színes reproductiókban mutatja be úgy a normális, mint a kórosan elváltozott hólyagnak cystoskopos képeit. Az egyes képekhez a szerző az illető eset történetének kivonatát melléklí, azonkívül rövid néhány sorban a cystoskopos leletet is magyarázza. Az által, hogy a szerző a fősúlyt a lényegesebb elváltozásokra fekteti, az atlasz tanulmányozása kezdőknek nemcsak tanulságos, hanem élvezetes is.

Az esetekből leszűrt gyakorlati következtetéseket Rumpel külön részben foglalja össze, melyben egy-egy fejezetet szentel a congenitális anomáliáknak, a különböző cystitisek, daganatok, concrementumok és idegen testek kórjelzésének, valamint a veseműködés vizsgálatának. Mivel a könyv ezen része a szerzőnek saját észlelésein épült fel, ezen fejezetek joggal számíthatnak érdeklődésre még a szakemberek részéről is.

A munka terjedelme 110 oldal, mellékletét 36 tábla 85 színes ábrával alkotja, a szöveg között azonkívül még 22 sikerült rajzot találunk.

A könyv Urban és Schwarzenberg — Berlin-Wien — kiadásában jelent meg. Ára 36 korona.

Gergő.

Lapszemle.

Általános kórtan.

A thrombusképződésről teszi közzé kísérleti tanulmányait Zurhelle (Bonn). A postoperatív thrombosis és embolia minden műtőre nézve nagy jelentőségű, mert a betegre súlyos és

végzetes szövödménnyel szemben részben még ma is lehetetlenek vagyunk. Két kérdés az, a melyre a szerző válaszolni megkísérel, úgy mint: minő vonatkozásban van a postoperatív thrombosis a fertőzéshez és a fibrinmegalvadáshoz. Mielőtt ezen kérdésekre válaszol, röviden vázolja a thrombusképződésre vonatkozó tan eddigi álláspontját. Virchow szerint a thrombus a vérnek megalvadása a véreken belül, alapfeltétele az áramlasubbodás vagy vérpangás, tehát mechanikai momentum. A későbbi szerzők a magyarázatba inkább kémiai folyamatokat vontak be. Brücke szerint ferment-behatásra a vérekek endotheljének változása vérmegalvadást és így thrombusképződést idéz elő. Zahn megkülönböztet fehér, vörös és egyes thrombust. A vörösnek oka a vér megalvadása, míg fehér keletkezik a fehérvérsejteknek a keringő vérből való kiválása által. Eberth és Schimmelbusch kísérletei szerint a vérelemeknek nagy szerepe van a thrombusképződésben; a vérelemek által alkotott thrombus, a conglutinációs thrombus a keringő vérben keletkezik physikális úton, a megalvadási, a coagulációs thrombus a stagnáló vérben képződik kémiai úton. Helmholtz physikális vizsgálatai szerint a nedvkeringés a csövekben nem mindenütt egyforma gyors, a falhoz közelebb lassubbodik csaknem a nulláig, a cső közepe felé növekedik a gyorsasága. A vérkeringésnél a leukocyták a vérekek plasmadús szélső részeiben aránylag lassan mozognak, mialatt az úgynevezett vörös tengely áramban, a hol a vörösvérsejtek és vérelemek vannak, körülbelül 10—20-szor gyorsabb a mozgás. Ha az áram jelentékenyen lassubbodik, vérelemek is lerakódnak a szélék felé, ezeknek pedig erős összetapadó képességük lévén, a thrombusképződést az esetleg sértett érfalon elősegítik. A szerző is mechanikai okokból magyarázza a thrombusképződést. A véráram lassubbodásának nagy jelentősége mellett szól a thrombus elosztódása is; a gyűjtőerekben gyakoribb, a verőerekben ritkább. A gyűjtőerekben viszont vannak praedilectiós helyek, a hol hanyattfekvésben bizonyos ellenállást kell a véráramnak leküzdenie, így például a vena femoralisban a Poupert-szalag alatt. Az áram lassubbodása megmagyarázza a thrombusképződés gyakoriságát a magasabb korban, gyengült szív működésnél, ha a vérekek falában nagyobb az ellenállás, vagy ha az erek elvesztették rugalmasságukat. Idősebb egyéneken előfordulhatnak elváltozások a vérekek falában is, a melyekre azután vérelemek lerakódhatnak. A szerző kísérletei szerint a thrombusképződésben a vérérfal elváltozásainak nagy szerepe van, e mellett legfontosabb tényező az áram lassubbodása; a vér alakelemei közül a thrombus felépítésében főrésze van a vérelemeknek, a melyek a megsérült falon a lassubbodott keringés folytán megtapadnak, s így alkotják a thrombus alapját, a melyre vörös- és fehérvérsejtek csak utólag rakódnak le. Mivel fibrin képződés a fiatal thrombusban nem mutatható ki, bizonyára a fibrincoagulatio és a vérelemek-coagulatio egymástól időbelileg különböző folyamat. A fibrin képződés a thrombusnál nem szükséges, ha mégis az áramló vérben keletkező thrombusban jelen van, úgy az másodlagos képződés. A míg az agglutinációt megakadályozó szereink nincsenek, a gyógyításban arra kell törekednünk, hogy az áramlassubbodást elhárítsuk. A mi az infectio szerepét illeti a thrombusképződésben, erre vonatkozólag a szerző megjegyzi, hogy a helyi fertőzés áterjedése a szomszédos vena-falra lokális thrombosisra vezethet, azonban az általános vérbeli infectiónak az elsődleges fertőzés helyétől távolabb képződő thrombushoz semmi köze sincs. Magától érthető, hogy igen súlyos infectiókhoz társulhat másodlagos szívgyengeség, a vasomotorius centrum bénulása stb., a melyek mechanikai úton elősegítik a thrombus képződését. (Med. klinik. 1909. 45. szám.)

Bogdanovics dr.

A gyűjtőér-thrombosishoz és a tüdőverőér emboliájához tesz néhány megjegyzést Aschoff tanár (Freiburg). Az intézetben végzett kísérletek és vizsgálatok szerint a thrombus nem egyszerű fibrin-megalvadás, hanem a véráramban physikális törvényeknek alávetett agglutinációs folyamat, mely kiváltképpen áramlassubbodásra vezethető vissza. Csakis az a felfogás, hogy e thrombus physikális okból keletkezik, szolgáltatott alapjául a gyermekágyasok és operáltak prophylaxisos kezelésének a korai felkeléssel, a melynek Krönig, Kümmell és Zurhelle statistikái szerint olyan fényes eredményei vannak. Ha valóban valamenyi thrombusnak fertőzőes eredete volna, nem lehetne megérteni, hogyan tudja a

korai felkelés és ezzel a circulatio javulása megakadályozni a vérben keringő mikroorganizmusok útján képződő vérmegalkadási. A szerző nézete szerint kísérletileg ez ideig még nincsen bebizonyítva, hogy infectio okozná a thrombust, ellenben mindenkor demonstrálható az, hogy valamely ellenállás bekapcsolása a véráramba thrombosisra vezet. Míg a fertőzések eredet bebizonyítva nincsen, ne engedjék magukat a klinikusok a thrombosis és emboliák elhárításának újabb módszerében tévútra vezetetni. Magától érthető, hogy az operatív és szülészeti therapia a legszigorubb asepsis szerint kezelendő; az infectio elkerülhető, ellenben kicsiny thrombus képződése alig. Az elsődlegesen keletkezett thrombusnak másodlagos infectiója folytán nem egy aránylag ártatlan thrombusból indult ki a veszélyes thrombophlebitis. (Med. Klinik. 1909. 45. szám.)

Bogdanovics dr.

Belorvostan.

A gümőkór antagonista-orvoslása és megfordítható phylogenesis című előadásában Klebs (Berlin-Halensee) azt fejtegeti, hogy a törékeny kuzmába (*anguis fragilis*) oltva az emberi vagy marhatuberculosisbacillus olyan állandó tulajdonságokkal bír, sokkal rövidebb és vékonyabb egyedekből álló bacillusfajtvá alakul át, a mely az emberi, illetve állati gümőkór gyógyítására alkalmas, a mennyiben per os vagy oltás útján adva, az emberi és bovin gümöbacillust önmagához hasonló, nem virulens alakká változtatja át. Ezt a folyamatot: az emberi vagy bovin gümöbacillusnak alacsonyabbrendű bakteriummá átalakulását nevezi Klebs megfordítható phylogenesisnek.

Az orvoslásra a szerző a törékeny kuzmagümöbacillusoknak tejezükkel előállított készítményét (*anguifragin*, Klebs müncheni gyárában készül) használja. Hatása abban áll, hogy a betegek először — mint általában a gümöbacillus termékeinek adása alkalmával — hőemelkedéssel reagálnak, a mely azonban nincs mindig arányban a baj súlyosságával, később a hőmérséklet nem befolyásolja, sőt az azelőtt fennállott lázat is megszünteti, a közérzet javul s egy idő múlva a betegek teljesen meggyógyulnak; a köpetben az emberi typhus mutató gümöbacillusok száma egyre esökken, végre egészen eltűnnek, helyettük azonban az első időben az *anguis fragilis* gümöbacillus sajátosságait mutató alakok rendkívül megszaporodnak, később ugyan ismét erősen megfogynak, de a kúra alatt teljesen eltűnni nem igen szoktak.

Klebs therapiái tapasztalatai főképpen tüdőtuberculosisra vonatkoznak; azt állítja, hogy a módszer feltétlenül sikeres, ha rendkívüli súlyos elváltozások s általános gyengeség még nincsenek. Különösen prompte mutatkozik a hatás tüdővérzés, nemkülönben sajtos nyirokesomók áttörése után keletkezett körülírt tüdőhurut és laryngitis esetén. A hörgőnyirokesomók gümőkórja esetén azt tapasztalta, hogy a kúra hatása alatt a betegek nagyobb mennyiségű méztermelést és pigmentet ürítenek a köpettel, a mi jó jelnek tekinthető. Más szervek gümőkórját illetően nincsenek olyan kiterjedt tapasztalatai, de azt állítja, hogy az abdominalis gümőkört is kétségtelenül gyógyítja az *anguifragin*. A készítmény dosisát illetően nem ad határozott utasítást, általában napi 20—100 mgm.-ot említ dolgozatában.

Az a kérdés, hogy a kezelés abbahagyható-e, nem dönthető el a köpetnek egyszerűen gümöbacillusra vizsgálata alapján, mert igen sokáig található a köpetben egyrészt az *anguis fragilis*-gümöbacillus typhus mutató, másrészt átmeneti alakok, a melyek morfológiailag hasonlíthatnak a human alakhoz. Hogy ezek nem bakteriumok, kitűnik onnan, hogy tengerimalaczba oltva, semmi reactio sem mutatkozik. Sokkal gyorsabban és egyszerűbben dönthető el ezen bacillusok mibenléte, ha a felkent készítményeket antiforminnal kezeljük, a mikor is — nem bírva az emberi gümöbacillus ellenállóképességével — tönkremennek s nem festhetők.

A szerző felhívja még a figyelmet arra, hogy ha el is tűntek a köpetből a human bacillusok, tehát, ha meg is gyógyítottuk a tuberculosisist, még maradhatnak vissza a betegség alatt fejlődött oly elváltozások, a melyek még mindig veszélyeztetik a beteg életét: nevezetesen a szív elégtelensége, a mi a pulsus szaporaságában nyilvánul, s a mely digitalis-készítményekkel nem igen befolyásolható. A testsúly is esökkenhet, a mikor arsen- és vaskészítményekkel próbálkozhatunk. Természetesen úgy a kúra alatt, mint utána nem tévesztjük szem elől a gümőkór esetén mindig szokásos diéta eljárást. (Berliner klin. Wochenschrift, 1909, 33—34. szám.)

Idegkörtan.

Hemiplegia öröklött lues alapján gyermekek *P. Savy* szerint nem éppen ritka jelenség. 27 esetről referál a dolgozat. A hemiplegia hirtelen, látszólag ok nélkül fejlődik, többnyire 1—3 éves gyermekeken, a kik világrahozott luesben szenvednek. A baj néha játék közben jön, néha nyugtalan éjszaka után reggel lehet csak észrevenni. Megelőző jelenség nem igen van, ritkán előfordul előzőleg egy vagy egynehány ismétlődő Jackson-roham, azon oldalon, a melyen később a hemiplegia létesül. Néha nem egyszerre létesül a bénulás a féloldalon, hanem előbb a felső, másnap vagy harmadnap az alsó végtag bénul. A tünetek egyebekben olyanok, mint a felnőtt emberé. Az ictus megtörténte után a további fejlődés különböző. Van eset, hogy a bénulás egy-két nap alatt vagy egynehány hét alatt elmúlik. Máskor a javulás bizonyos pontig gyorsan halad, azután pedig megáll és az állapot teljesen változatlan marad több éven át. Néha semmit sem javul az állapot és kifejlődik az infantilis hemiplegia ismert alakja contracturával, végtagrövidüléssel, athetosisos mozgásokkal. A súlyosabb esetekben a szellemi képesség is szenved.

Az ilyen esetekben a világrahozott luest néha könnyű felismerni, ha a jelenségei nyilvánvalók, vagy ha a szülők pontos felvilágosítást tudnak adni az előzményekről. A felnőttön természetesen a hemiplegiának többféle oka lehet, de ezek nagyobb része ilyen kiskorú gyermekek nem jön számba. Ha tehát szerzett bajokról nem lehet szó, első sorban lueses eredetre kell gondolnunk a hirtelen, látszólag ok nélkül támadt gyermekkori hemiplegiában. Az anatómiai elváltozás lényege az agyvelőerek arteritise. Ha a sectio sokkal később történik, hemisphaera-atrophia támad, agyvelő-sclerosissal. *P. Marie* is azt állította, hogy az infantilis hemiplegia cystái, poncephaliája stb. érelváltozás következményei. *Savy* felveti a kérdést, hogy ez az érelváltozás nem nagyon gyakran a világrahozott lues következménye-e? Természetesen azonban más fertőzések is okozhatják ugyanezt az elváltozást. (Revue de médecine, 1909. 3. sz.)

Kollarits Jenő dr.

37 éven át tartó dystrophiáról szól *Landouzy* és *Lortat-Jacob* cikke, mutatva, hogy ez a baj néha milyen hosszú ideig tart. Az eset, mely 8 éves korától 45 éves koráig volt észlelve, az úgynevezett facio-scapulo humeralis typhusoz tartozott. A beteg végül is tuberculosisban halt meg. A boncolás az izomzatban a rendes képet adta. Ennél érdekesebb az a nagyfokú elváltozás, a mely a csontokat érte. Ezeket joggal lehet *Schultze* szerint csont-dystrophia néven jelölni. A csontozat egészben véve vékony, azok a részek, a melyek egészségeseken előállnak, itt lelapultak. Az epiphysis kicsiny, a diaphysis vékony, néha áttűnő és elgörbült, mint a megfeszített íj. A sternum görbe, a borda függőlegesen lefelé áll. A medencecsontok elferdülése olyan jellemző, hogy myopathiás medencezének lehetne nevezni. A csontok közül egyedül a lapoczka aránylag ép. A Röntgen-vizsgálat kiderítette, hogy a csontozat szövete rarifikált, az osteoporosishoz hasonló. (La presse médicale, 1909. 17. sz.)

Kollarits Jenő dr.

Sebészet.

A kövek nélküli cholecystitistről és cholangoitistről ír *Riedel*. A klinikáján az utolsó évben operált 65 epeköre 11 kö nélküli cholecystitis esett, melyek közül 6 cholangoitissal volt komplikálva. Az 5 cholecystitis eset közül 1, a cholangoitisek közül 2 volt rendkívül súlyos; az előbbi meghalt, az utóbbiak műtét után (cholecystostomia) meggyógyultak. Az egyik esetben a cholangoitis periproctális tályog kapcsán támadt, mely után a vizeletben streptococcusokat lehetett kimutatni. Míg a súlyos septikus esetek azonnali műtétet igényelnek, a könnyebb esetekben várni lehet, ezek sokszor belorvostani kezelésre is gyógyulnak, legfeljebb adhaesiók maradnak vissza nyomukban, melyek a maguk részéről szintén okozhatnak nehézségeket. (Mitth. aus den Grenzgeb., 20. k., 2. füzet.)

Praehepatitis fibrinosa et purulenta ezimen 6 esetet ismertet *Riedel*, melyek közül 3-ban a máj jobb lebenyén 5 márkásnyi fibrinosus elváltozást talált, 3-ban pedig a máj jobb lebenye táján fekvő tályogot nyitott meg. Ezeket a szerző részleges vena portae thrombosisokból származtatja, két további esetére támaszkodva, melyekben szintén partiális vena portae thrombosisist vesz

fel. Állításainak bizonyítására egyebet, mint egyéni impressiót, nem hoz fel és speciell 2 tályogos esetére nézve elismeri, hogy azokat ő maga is évekig pericholecystitis tályogoknak tartotta, míg a posteriorira az a benyomása támadt, hogy ilyen thrombosisos eredésűek voltak. (Mitth. aus der Grenzgeb., 20. kötet.) P.

Gyermekorvostan.

A csecsemőkorban előforduló heveny csont- és ízületi gyulladásokhoz szolgáltat adatokat *Trumpp*. Azt a tapasztalati tényt, hogy a csecsemőnek a fertőző betegségekre való nagy disponáltsága mellett, noha a gyermek-csontvelő erei a tapasztalat szerint felette alkalmasak a bakteriumok megtelepedésére, oly feltűnő ritkán találunk a csecsemőkorban heveny csont- és ízületi megbetegedést, legalább is nagyrészt abból magyarázza, hogy e korban könnyen elkerüli az orvos figyelmét. A csont- és ízület-metastasis megállapítása a csecsemőkorban már csak azért is nehéz, mert az általános sepsis legtöbbször megöli a csecsemőt, még mielőtt a csont- és ízület-metastasis tünetei kifejlődhetnének, és ha azt túl is éli, a helyi tünetek igen enyhék lehetnek s a kisebb góczok észrevétlenül, spontán gyógyulhatnak. De egészen tipusos jelenségek mellett is esetleg soká nem gondol rá az orvos éppen a felismert esetek ritkasága miatt, különösen, ha az általános fertőzés tünetei mérsékeltek; a behatolás kapuját nem veszik észre, a felgyülemelő geny az ízülettől távol eső helyre süllyed, s a Röntgenvizsgálat nem ad kielégítő felvilágosítást. A szerző is észlelt egy ilyen esetet:

A négy hetes csecsemő bőrén lassan, egymás után több tályog keletkezett, különösen a bal alsó és felső végtagon, s csak néhány heti észlelés után volt az általános sepsis diagnosisa felállítható. A tályogok incisiójára a gyermek meggyógyult, csak a bal könyök functiója maradt kissé korlátolt. A gyermek két éves korában került ismét észlelés alá, súlyos ízületi deformitások okozta baloldali csipőficamodás tipusos jelenségeivel.

Míg régebben általános volt az a nézet, hogy a csecsemőkorban lefolyó acut osteomyelitis lefolyása a csont nagy restitutio-képessége miatt igen jó, addig ma mindinkább bebizonyosodik, hogy a csecsemőnek nemesak a lueses és a tuberculosus, hanem a heveny geny csont- és ízületmegbetegedései után is deformitások maradnak vissza, például a csőves csontok elhajlása az epiphysisek egyenetlen növése s az izomvongálás következtében, vagy ficamodások az ízület egyes részeinek elpusztulása miatt. A régi téves nézetet az okozta, hogy a gyulladás lefolyása után az ízület látszólag megőrzi rendes alakját és mozgékonytását s a heveny megbetegedés és a későbbi deformitás kifejlődése között hosszabb idő telhet el. Csak az elhúzódo lefolyású gyulladásokhoz szokott közvetlenül csatlakozni a deformitás.

A szerző ez utóbbi állításának támogatására két esetet ismertet, melyek egyszersmind azt is bizonyítják, hogy igen nagy pusztulás ellenére is igen csekély lehet már a csecsemőben is a csontok reperálódási tendenciája. A egyik öt éves gyermek, a kinek 14 napos korában, hirtelen láz kíséretében, acut, genyes térd-izületi gyulladása keletkezett, mely hosszas, szakszerű kezelésre tűrhető eredménnyel gyógyult. A czombesont a későbbi fejlődésében visszamaradt. Az öt éves gyermekről készült Röntgen-képen a czombesont distalis epiphysisének mediális fele csaknem egészen hiányzik, laterális része is keskenyebb s a diaphysis distális részlete szabálytalan alakú. A másik eset 7 éves gyermek, a kin hét hónapos korában tüdőgyulladás vonta maga után a bal térd genyes gyulladását, mely contracturával és sublaxatióval gyógyult, melyet orthopaediailag kezeltek. A Röntgen-kép szerint a laterális condylus nagy része a diaphysis egy kisebb részével együtt hiányzik, a csont a sorvadás tipusos képét mutatja s az ízületi pórczög duzzadt.

Ezután epiphysitis traumatica czímen egy eddig még le nem irt betegségről szól a szerző. A 14 hónapos gyermek úgy esett ki a gyermekszékéből, hogy a lábszára a szék ülődeszkája és asztala közé szorult annyira, hogy csak nehezen tudták onnan kiszabadítani. Ettől fogva a már járni kezdő gyermek meg sem mozdította a lábát, a melynek még az érintése is fájt. Csakhamar megduzzadt a bal boka tája, a mihez 5 héttel később a jobb boka mérsékelt duzzanata s az ágyéktáj mérsékelt kyphosisa járult, mely utóbbi fekvéskor nem egyenlítődt ki. Két heti gipszkötés után a

láb nyom nélkül gyógyult, 4 heti gipszágyban való fekvés után pedig a kyphosis is eltűnt. A Röntgen-kép epiphysitist mutatott, rarifikáló ostitis képeben, a bal tibia distalis epiphysisének leválásával Gipszkötésben az epiphysisleválás meggyógyult s a rarifikált csont reparálódott. A gipszkezelés után a Röntgen-kép ép viszonyokat mutatott. A szerző *Albers. Köhler* és *F. Haenisch*-nek (Münch. med. Wochenschrift-ben 1908. 37. szám.) „Über häufige, bisher anscheinend unbekannte Erkrankung einzelner kindlicher Knochen“ czímmel közölt eseteit is ilyen epiphysitis traumaticának tartja. (Archiv für Kinderheilkunde, 51. kötet, 1.—4. füzet.) *Györi Bella* dr.

Venereás bántalmak.

A tropusokban előforduló syphilisre vonatkozó tapasztalatait ismerteti *Seiffert* (Kamerun). Az úgynevezett tropusos syphilis súlyosságának a kérdése még nincsen véglegesen tisztázva. Az elnevezés azokra az esetekre vonatkozik, a melyekben a syphilis eddig még nem fertőzött európaiak kapják meg a benszülöttektől. Némelyek azt állítják, hogy az ilyen syphilises infectio mindig súlyosabb lefolyású. Másfelől vannak szerzők, a kik az úgynevezett tropusos syphilist nem tartják súlyosabb természetűnek. A szerző, a ki a németországi tapasztalásait a tropusokban nyert észleléseivel összehasonlítja, azon a véleményen van, hogy a forró égöv alatt szerzett syphilis az európaire nézve csaknem kivétel nélkül súlyos természetű bántalom. A betegség súlyos volta már ott kezdődik, hogy a primaer affectio súlyos széteséssel jár. Ezenkívül a secundaer, sőt az úgynevezett tertiaer-tünetek sokkal hamarabb jelentkeznek, a recidivák pedig igen sűrűn támadnak. A syphilisnek ezt a viselkedését a szerző különösen Kamerunban észlelte, a hol az európaiakat a dualla-nők aránylag igen gyakran fertőzik. *Seiffert* a továbbiakban a syphilisnek chinintherapiájára is rövidesen kitér. Ennek állítólagos értékéről igen skeptikusan nyilatkozik. Nemesak minden syphilises betege, de általában minden letelepült európai a malariaphylaxis szempontjából minden 4. napon 1 gm. chinint vesz be. Ha a chininnek a syphilisre tényleg valamilyen kiválóbb hatása volna (*Lenzmann* és *Napp*), akkor a kameruni syphilises egyéneknek mégis bizonyos jótékony hatást kellene észlelni. A szerző azonban ezt egyáltalában nem tapasztalta. A syphilis ugyanis a chinintherapia ellenére is a maga útján halad, sőt mint fentebb említettük, még súlyosabb lefolyású is. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1909. 45. szám.) *Guzman*.

Orr-, torok- és gégebajok.

A gégegümőkór és a terhesség kérdésének mai állását jól áttekinthető módon tárgyalja *Sokolowsky* „Larynx-tuberculose und Gravidität“ czímű monographiájában. (Sammlung zwangloser Abhandl., IX. kötet, 6. füzet. Marhold, Halle a. S.) Az idevágó irodalmat részletesen ismertető munkájában a szerző a következő tételeket állítja fel: 1. A diffus gégetuberculosisnak terhességgel való szövődése az esetek részében az anya halálát okozza; az ilyen viszonyok között született gyermekek halálázási százaléka igen nagy. 2. Ezen kedvezőtlen prognosis alul kivételnek: a) a gümös gégedaganatok, b) azon esetek, melyekben a gégetuberculosis csak a terhesség utolsó heteiben jelentkezett. 3. A tuberculosis végső szakában lévő terheseken, a kiknek megmentése kizártnak tekinthető, a műteti beavatkozás kerülendő; csak egészen kivételes esetekben — indicatio symptomatica gyanánt — igazolható a terhesség művi megszakítása. 4. A többi esetben — kivéve a 2. alatt felsoroltakat — művi abortus végzendő; a prognosis annál kedvezőbb, minél előbb történik e beavatkozás. Ezen okból a koraszülés megindításának esélyei az anya megmentése szempontjából igen kedvezőtlenek. (A szerző a régebben összegyűjtött esetekhez újabbakat sorol, úgy, hogy összesen 18 esetet állít össze, melyekben művi abortus végeztetett; ezek közül 14 esetben az eredmény kedvező volt). 5. A tracheotomiának gyógyító hatásáról alig lehet szó; mint indicatio vitalis szélesebb körű alkalmazást nyer. 6. Hogy a mielőbb megejtendő művi abortus számára kedvező időpont el ne mulasztassék, minden gégetuberculosisban szenvedő, megfelelő korú nőbetegben meg kell állapítani, nem terhes-e? 7. A gümös nők házassági tilalmára, valamint a fogamzás meggátlására (fakultatív sterilitás) vonatkozó általános szabályok szigorúan szem előtt tartandók. 8. Megfelelő esetekben a kedvezően lefolyt művi abortus kapcsán a művi sterilisatio jöhet szóba. *Safranek* dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Tüdővészések mellfájása (pleurodynia és intercostalis neuralgia) ellen a stuttgarti Mária-kórházban tett tapasztalatai alapján *Bader* nagyon ajánlja a monotalt (guajacol-készítmény). Alkalmazása nagyon egyszerű: a fájdalmas területet beecseteljük monotaltal és utána mintegy 10 percreg fedetlenül hagyjuk. Az eljárás naponként egyszer, még pedig este veendő igénybe. A szer szaga nem kellemetlen, nem átható. Bőrgyulladás hosszabb idei használata után sem támad. (Therapeutische Monatshefte, 1909. 7. füzet.)

A gonorrhoea kezelésében *Eisert* a kombinált, vagyis külső és belső kezelés híve. A belső kezelésre újabban a thyresol nevű santalkészítményt (a santalol methylaethere) használja, még pedig az egyenként 0.3 grammot tartalmazó tabletták alakjában, mint a melyeknek az az előnyük, hogy magnesium carbonicumot is tartalmazván, a bél kiürülését is megkönnyítik. E tablettákból naponként háromszor vétet be 2—2 darabot az étkezés után. (Therapeutische Monatshefte, 1909. 8. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1909. 49. szám. *Vámosy Zoltán*: Hat év mérgezési statisztikája a magyarországi kórházak esetei alapján. *Miklós J.*: Phenoltalein és alkalmazása a belgyógyászatban.

Orvosok lapja, 1909. 50. szám. *Chudovszky Móricz*: Sebészeti megbetegedések.

Budapesti orvosi ujság, 1909. 49. szám. *Parassin József*: A Wolff-Eisner-Calmette-féle reactio értéke a tuberculosis sebészi alakjainak kórismezésében.

Vegyes hírek.

Ünneplés. *Tauscher Béla* dr. királyi tanácsost, Pozsony város volt tisztí főorvosát a napokban nagyszabású ünneplésben részesítették abból az alkalomból, hogy életének 70. évét betöltötte.

Közegészségi tanács. A belügyminister *Bókay Árpád* dr. udvari tanácsos, *Grósz Emil* dr. udvari tanácsos, budapesti egyetemi nyilvános rendes tanárokat, *Janny Gyula* dr. udvari tanácsos, budapesti egyetemi rendkívüli tanárt és *Liebermann Leó* dr. budapesti egyetemi nyilvános rendes tanárt az országos közegészségi tanács rendes tagjait, ezen tanács rendes tagjaivá újabb hat évre, *Kossa Gyula* dr. budapesti állatorvosi főiskolai rendes tanárt pedig ugyanezen tanács rendkívüli tagjává, szintén hat évre kinevezte.

Új magántanárok a budapesti egyetemen. *Pándy Kálmán* dr.-nak az általános elme- és idegkórtanból, továbbá *Ranschburg Pál* dr.-nak az orvosi pszichológiából egyetemi magántanárként képesítését a vallás- és közoktatásügyi ministerium megerősítette.

Kinevezés. *Pápa Arnold* dr.-t a belügyminister a pozsonyi állami kórházhoz alorvossá nevezte ki. — *Frank Géza* dr.-t a székesfőváros főpolgármestere kórházi segédorvossá nevezte ki. — *Seemann Dezső* dr.-t és *Schaffer Aladár* dr.-t a szegedi, *Fischer Artur* dr.-t pedig a békéscsabai kórházhoz segédorvossá neveztek ki.

A budapesti egyetem orvosi karán az éppen most megjelent almanach szerint a múlt nyári félévben az orvostanhallgatók száma 1688 volt, köztük 60 nő. A budapesti orvosi kar egyike Európa leglátogatottabb orvosi fakultásainak: csak Páris és München tesz túl rajta. Münchenben a múlt félévben 1876 orvostanhallgató volt beiratkozva. Érdekes, hogy hogy szaporodtak Münchenben az orvostanhallgatók. 1871-ben 285, 1881-ben 703, 1891-ben 1196, 1901-ben 1068 és 1906-ban 1386 volt a számuk.

Meghalt. *Ungár Adolf* dr. Siklóson. — *Lange Károly* dr. nyugalmazott honvédtörzsorvos, 58 éves korában, Korponán. — *L. Massol* dr., a bakteriologia egyetemi tanára s a városi bakteriologiai intézet igazgatója Genfben, 71 éves korában. — *C. H. Cobb* dr., a gyógyszerertan tanára és *J. Ph. Reynolds* dr., a szülészeti tanára Bostonban. — *H. Adler* dr., a Wiener medizinische Wochenschrift tulajdonosa és szerkesztője, 61 éves korában, november 27.-én.

Kisebb hírek külföldről. *M. Peckert* dr. heidelbergi magántanárt Tübingenben a fogászat rendkívüli tanárává nevezték ki. — Professorcímeket kaptak a következő magántanárok: *Doering* dr. Göttingenben (sebészet), *Weber* dr. Berlinben és *Strehl* dr. Königsbergben. — Rendes tanárok lettek: *J. J. Houwink* dr. Amsterdamban (bőrkórtan), *A. D. Mc Conachie* dr. (fül- és gégeorvos), *W. S. Love* dr. (belorvos) és *J. Ebaugh* dr. (gyógyszerertan) a baltimore-i Maryland Medical College-on, *Cocq* dr. (szülészeti) Brüsszelben, *A. Muratow* dr. (idegkórtan) és *Tschagowecz* dr. (gyógyszerertan) Tomskban, *B. Calindez* dr. (anatomia) Cordovában.

Politzer, Ádám dr., a nagyhirű bécsi fülorvos, a ki tudvalevően magyar születésű, december 9.-én ünnepelte 50 éves orvosdoktori jubileumát. Ez alkalommal a bécsi fülészeti társulat ünnepélyt rendezett. *Politzer* dr., a ki két éve nyugalomba vonult, teljes testi és lelki épésben és frissességben érte meg e napot.

Ewald, Leyden és *Senator* berlini egyetemi tanárok az ismert orosz consultatiós iroda ügyében fegyelmi vizsgálatot kértek maguk ellen; a közoktatásügyi ministerium azonban e kérelmüket nem teljesítette, mivel az előzetes vizsgálat kiderítette, hogy a fegyelmi eljárásra nincs elegendő ok.

Hydropyrin vízben oldható acetylsalicilsav 96 1/4% acetylsalicilsav-tartalommal. Antipyreticum, antirheumaticum és analgeticum. Az influenza specificuma. Könnyű oldhatóságánál fogva főzetekben, forrázatokban és vizes oldatokban adható. Por- és tablettaalakban kerül forgalomba.

Az

ORVOSI ÉVKÖNYV

szerkesztőségi zárata

folyó hó 15.-én lesz.

A t. orvos urak kéretnek az eddig vissza nem küldött kérdőíveket kitöltve, a fenti napig visszaszármaztatni.

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

Budapesti ZANDER-gyógyintézet

VIII., Múzeum-körút 2. Teljes physikális gyógyberendezés. Főbb javalatok: Idült gyomorbelátónia, székrekedés, elhízás, köszvény, csúsz, idegszabák (ischias stb.). Csonttörések és egyéb sérülések után visszamaradt mozgászavarok. Érelmeszesedés, szívbajok, bronchialis asthma (villamos fényfürdővel), neurasthenia, bénulások. Gyenge testalkatú gyermekek fejlesztése (Zander módszerével). Gerinczélgörbülések.

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

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

Téli kúra tüdő-**Tátraháza** betegeknek

Pavillon-rendszer. Villanyos világítás. Központi légfűtés. Téli sportok. Serumkezelés. Igazgató-főorvos: **Müller Vilmos** dr., az „Erzsébet királyné”-Sanatorium v. assistense.

Orvosi laboratorium és csukorbeteg toleranciájának meghatározása Dr. Mátrai Gábor v. egyetemi tanársegéd. Andrassy-út 50 (Oktogen-tér). Telefon 26—96.

CIRKVENICA THERAPIA-Sanatorium téli gyógyhely a magyar tengerparton. Berendezve az összes gyógyító eljárásokra. Modern kényelem. 120 szoba. Vezető-orvos: Gyermekek kíséret nélkül felvétetnek. Vezető orvos: **Dr. Groó Béla.**

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

Reiniger, Gebbert & Schall

Budapest, VIII., Rákóczi-út 19. Villanyos orvosi műszerek különlegességi gyára.

Elektromágneses intézet Budapest, VII., Dr. Grünwald-sanatorium. Főbb javalatok: álmatlanság, neurasthenia, neuralgiák, ischias, neurosisok, migraine, arteriosclerosis, csúsz stb. Prospektus. Vezető orvos: **REH BÉLA** dr.

Dr. GRÜNWARD SANATORIUMA BUDAPEST, VÁROSLIGETI FASOR 13—15. Felvétetnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal. Gyógykezelés tetszés szerint bármely tanár által. 2652

Dr. GARA GÉZA, Meran. SANATORIUM. PROSPECTUS.

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. Budapesti kir. Orvosegyesület. (XXII. rendes tudományos ülés 1909 november 20.-án.) 917. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XXII. rendes tudományos ülés 1909 november 20.-án.)

Elnök: Schaffer Károly. Jegyző: Entz Béla.

Prostatectomia-esetek.

Ilyés Géza: A prostatectomia is azon műtétek közé tartozik, a melyek még nem terjedtek el olyan nagy mértékben, mint a hogyan megérdemlik. Igaz, hogy ezt a műtétet mindig előrehaladott korú, sokszor törődött öreg embereken kell végezni s ilyenkor a műtét esélyei nagyobb súlytal esnek latba, másrészt azonban sok szenvedéstől s az életet veszélyeztető súlyos szövődeménytől mentjük meg vele a beteget.

Prostatectomiát kétféle úton végezhetünk: és pedig perineális úton, midőn a végbél előtt jutunk fel a prostatához, vagy pedig transvesicális úton, midőn magas hólyagmetszés útján hatolunk be és a hólyag nyálkahártyáját átvágva, a prostatát kihámozzuk. Mindkét eljárásnak vannak követői, de újabban szívesebben végzik a transvesicális eljárást, a melynek előnyei közé tartozik az, hogy a hólyagon keresztül a prostatához jól hozzáférhetünk s a legnagyobb részét eltávolíthatjuk a pars prostatica urethrae-vel együtt, míg a perineális eljárásnál a prostatának a húgyesövet szorosán övező részleteit meg szoktuk hagyni, s éppen ez a pont az, mely az eredmény bizonytalanságát magyarázza, mert ha sok prostatarész marad benn, akkor a vizeletkiürítés nem tökéletes, ha ellenben a húgyesövet nagyon lemeztelenítjük, akkor igen nagy része elhal s ennek következtében vagy állandó húgyesősipoly marad vissza, vagy nagy szűkületek keletkeznek. Kellő gyakorlattal azonban ezen eljárás is kedvező eredményre vezet, a mint azt Albarran-nak nagyszámú esete bizonyítja, a melyekhez hasonló nekem is volt szerencsém a sebészeti szakosztálynak két év előtt tartott egyik ülésén bemutatni. A transvesicális eljárás előnyeit három legutóbb végzett esetem kapcsán a következőkben vizsgálhatom.

Az egyik eset 71 éves férfira vonatkozik, a ki előadta, hogy hét év óta szenved vizelési nehézségekben, azóta naponta kétszer katheterezi magát, a spontan vizelés nagy nehézséggel jár. A residuális vizelet 800 cm³, hólyaghurut van jelen. Szabatos vizsgálatok után múlt hó 12.-én lumbális tropacocain-anaesthesiában prostatectomia transvesicalist végeztem, az egész prostatát egy darabban eltávolítottam. Szivornyadrainezést alkalmazva, majd ezt is eltávolítva s a húgyesövön át állandó kathetert alkalmazva, a beteg három hét múlva gyógyultan távozik, spontan vizel igen erős sugárban, s a hólyagban residuális vizelet nincs.

A másik eset 68 éves férfi, kinek három év óta vannak vizelési nehézségei, s szintén katheterezi magát. Lumbális anaesthesiában prostatectomia transvesicalist végeztem ez év szeptember hó 17.-én. A műtét után bő vérzés indult meg, úgy hogy a prostata üregét erősen tamponálni kellett, a beteg azonban 4 hét alatt mégis teljesen meggyógyult és spontan vizel residuum nélkül.

A 3. eset 68 éves férfi, a ki két év óta igen nehezen vizel, a vizelet napi mennyisége 2—3 liter között van, éjjel a vizelete néha magától is távozik. Lumbális anaesthesiában prostatectomia transvesicalist végeztem múlt hó 25.-én. A lefolyás itt is egészen sima volt, s a beteg most, 3¹/₂ héttel a műtét után teljesen gyógyult, erős sugárban vizel s hólyagját teljesen ki tudja üríteni, pedig a műtét előtt 1300 gm. residuális vizelete volt.

Ezen említett 3 esetben a betegek előkészítéséhez tartozott az is, hogy a műtétet megelőző napon 30 gm. normális lóserumot feeskendeztem be a bőr alá, hogy a műtét utáni vérzés lehetőleg csökkentessék. A műtét előtt, melyet czélszerű lumbális anaesthesiában végezni, a hólyagot kimosva, majd levegővel megtöltve megnyitottam s az orificium nyálkahártyáját körülmetszve rájuttottam a prostatára, s való réteget keresve, tokjából ujjammal tompán kihámoztam, miközben az egyik segéd a végbélbe vezetett ujjával a

prostatát a mélyből előretolta. Museux-fogóval a köröskörül kiválasztott mirigyét előhúzza, a mirigy alsó polusánál a húgyesövet ollóval átvágtam s a mirigyét eltávolítottam. Ilyen módon sikerült a prostatának túltengett részét a meghosszabbodott pars prostaticával együtt a colliculus seminalis illetve ductus ejaculatoriusok megkimélésével kiirtani. A vérzés rendszerint nem nagy, ha azonban szükséges, a prostata helyét, sőt a hólyagot is ki lehet tamponálni. Jól alkalmazott szivornya-drainage segítségével a hólyagba lefolyó összes vizeletet sikerül levezetni; ezen csövet körülbelül két hétig benntartva, ha a hólyag sebje már kellőleg összehúzódott, eltávolíthatjuk s a vizelet levezetését a húgyesövön át bennhagyott állandó katheterral eszközöljük. Három-négy hét alatt a hólyag sebje teljesen elzáródik s akkor az állandó kathetert kivéve, a beteg spontan vizelhet. Legjobb eredményt kapunk akkor, ha a prostata legnagyobb részét eltávolítjuk, néha azonban egy erősebben bedomborodó középső lebeny kiirtása is szép eredményeket ad, a mint azt egy másfél évvel ezelőtt operált esetben láttam, melyben rendkívül nagy vizelési ingerek és erős vérzések voltak és a melyben a hólyag nyílásához közel cystoskoppal tallérnyi fekélyt lehetett megállapítani, mely rossz természetűnek látszott. A műtét kiiderítette, hogy erősen bedomborodó középső lebeny volt jelen, mely úgy látszik a katheter-trauma következtében kifehélyesedett s a vérzéseket okozta. A prostata ezen részének, valamint a vele összefüggő kisebb oldallebenyek egy részének eltávolítása után a beteg teljesen meggyógyult, spontan vizelt.

Összefoglalva az említetteket, a műtét javalt olyan esetekben, midőn a prostatahypertrophia a vizelet kiürítését nagy mértékben gátolja, különösen akkor, midőn a katheterezés folytán bekövetkező hólyagfertőzés a veséket is fenyegeti; ilyenkor, ha csak a beteg más szervei részéről ellenjavallat nem áll fenn, a betegek a műtétet, mely aránylag egyszerű, elég jól kiállják s az eredmény a legtöbb esetben nagyon kedvező, mert a beteg megszabadul a kathetertől, a mely a laikus kezében olyan sok bajnak lehet a forrása.

Remete Jenő: Három évvel ezelőtt elsőnek mutatott be nálunk prostatectomiás gyógyult beteget. Azóta még négy esetben operált jó eredménnyel. Egy esetben csak a középső lebenyt irtotta ki. Az előadó említette, hogy a műtét utolsó szakaszában ollóval metszi ki a prostatát. Ez eltérés a Freyer eljárásától, a ki 600 esetében tompán operált, mert különben gyakori az utóvérzés.

Ilyés Géza: Megjegyzé, hogy tompán fejté ki a prostatát, csak az urethrárt metszi át ollóval és ez jobb, mint ha kitépjük, mert ez utóbbi esetben incontinentia vesicae áll be.

Méh-rák metastasisa a coecumban.

Mihákovics Elemér: Köztudomású, hogy méhrákkal kapcsolatban a távolabbi szervekben létrejövő metastasisok, különösen pedig a bélmetastasisok meglehetősen ritkák; egy ilyen esetről referál, a melyben a 33 éves betegen ³/₄ évvel a méhráknak Wertheim szerinti gyökeres kiirtása után a coecumban jött létre metastasis; a coecum resectiója után a beteg egyelőre ismét gyógyultan hagyta el a kórházat. A metastasis létrejövetelére nézve kétféle magyarázat állhat fenn; létrejöhetett az iliacális mirigyekről közvetlen átterjedés útján, vagy a nyirokrendszer útján retrograd módon a lumbális és coeliacális mirigyek közvetítésével. A bemutató az utóbbi magyarázatot tartja valószínűbbnek, minthogy a coecum daganata egyrészt teljesen önálló egészet alkot és nincs olyan részlete, a mely a mirigytumornak megfelelne, másrészt azon körülménynél fogva, hogy a tumor alapjával alig volt összekapcsolódva, a mi nehezen magyarázható, ha az iliacális mirigyekről való közvetlen átterjedést vesszük fel.

Kubinyi Pál: A metastasis létrejövetelére nézve az előadó csak a nyirokutakat említette, de nem említette a venosus útát, mely sarcoma eseteiben a metastasisnak rendes útja, de rák eseteiben is előfordulhat és jól magyarázza a távolabbi disseminált metastasisokat.

Mihákovics Elemér: A bemutatott esetről akart csak szólni és nem általánosságban a metastasis útjairól. Estében a venosus úton való

metastasis nem valószínű, mert érrendszer-összeköttetések a genitáliák és a coecum között nincsenek. A mennyiben pedig rákos csírák jutnak bele az általános vérrendszerbe, nehezen volna érthető, hogy azok éppen a coecumban okozzanak metastasist.

A ductus Stenonianus körkörös varrata nyálsipoly miatt.

Winternitz Arnold: A nyálsipoly a parotis felületes fekvése miatt csaknem kizárólag ezen mirigy közelében fordul elő. Aetiologiai szempontból háromféle: 1. veleszületett, 2. genyedeések vagy daganatok arrosiója folytán keletkező és 3. traumás eredésű. A sipolyok vagy a parotis mirigyállományához, vagy egy nagyobb intraglanduláris kivezető csőhöz vezetnek, vagy a ductus Stenonianus sipolyai. Ezen utóbbi esetek a legsúlyosabbak. A ductus Stenonianus sipolyain a gyakorlati sebészet szempontjából két szakaszt kell megkülönböztetni, úgymint 1. a pars buccalist és 2. a pars massetericát. Az elülső rész sipolyai a szájtornác közelsége folytán a régi Deguise-féle módszerrel könnyen gyógyíthatók. A hátulsó masseter-rész sipolyaira ezen eljárás nem alkalmazható. Ilyenkor helyesebb a ductust felkeresni és körkörös varrat segítségével egyesíteni. Bemutat egy 10 éves fiút, a kin a hat hó előtt megnyitott furunculus helyén maradt vissza a Stenon-vezeték sipolya a pars massetericának megfelelő helyen. A bemutató a sipoly helyén felkereste a csonkokat, a hegszövetből kiszabadította és a végék felfrissítése után bevezetett szonda fölött finom catgutvarratokkal körkörösén egyesítette. Az egyik bőrvarrat helyén az első hét végén mérsékelt nyálfolyás jelentkezett, mely azonban néhány nap múlva megszűnt. Jelenleg a seb teljesen gyógyult, s a ductus Stenonianus a száj felé tökéletesen vezet.

Dollinger Gyula: A fültömrigy nyálsipolyainak gyógykezelése a sipoly nagysága és kóroka szerint változik. Egyik esetében a sipoly máshol végzett műtét után keletkezett, a mely a fültömrigyben fekvő nyirokcsomó elgenyedeése miatt vált szükségessé. A sipoly a ductus Stenonianus egyik mellékágába vezetett. Egy másik esetében a parotis accessoria lueses szétesése folytán képződött a nyálsipoly. Ezen esetekben elegendő volt a sipolyt argéntum nitricummal igen erősen megégetni, a mire begyógyult. Egyik klinikai esetében a sipoly állítólag veleszületett volt s a fültömrigy egyik lebenykéjéhez vezetett. A mirigy-rész kiirtása után a nyálfolyás megszűnt. Egyik tanársegédje az arczról rákos fekélyt irtott ki, a mely a fültömrigy accessorius lebenykéjére terjedt át. A rákos mirigy-rész eltávolítása után a Stenon-vezetékét a száj nyálkahártyájába oltotta, nehogy e helyen nyálsipoly képződjék.

A napokban operált egy nagy kiterjedésű pofanyálkahártyarákot, a mely a Stenon-vezetékre is reáterjedt. A rákos nyálkahártya helyére a tarkóról ültetett át bőrlebensyt, hámos felületével a szájüreg felé, nehogy a beteg szájjárt kapjon. A Stenon-vezeték rákos végét eltávolította és a vezetékét a bőrlebenyben ejtett likon keresztül a szájba vezette.

Valamennyi esete között a legérdekesebb és legnehezebb az volt, a mely Winternitz esetéhez hasonlít. Fiatal ember párbajban az arczán megsebesült. A Stenon-vezeték a masseter felett vágódott át. A sipolyon keresztül a mirigy minden váladéka kifolyt. A Stenon-vezeték szájjüregi végébe kutatót vezetett, a melyet a hegy előtolt és ezen kifejtette a finom vezeték környéki átvágott végét. A mirigy felé eső vég a kifejtés közben a szövetek közé visszahúzódott, úgy hogy csak nagyobb szíjjel-fejtéssel lehetett volna megelni. A mirigyre gyakorolt nyomásra nyál sehol sem mutatkozott. Ezért 1 centigramm pilocarpinum hydrochloricumot fekszkendezett a narcotizált beteg bőre alá, a mire azonnal bő nyál-elválasztás indult meg, a mely a vezeték elrejtett sebén át kifolyt és annak fekvését megmutatta. Most a száj felől bevezetett kutató végét ezen csőrézbe is bevezette és rajta finom selyemfonállal összevarrta a két végét. A varrást inkább a csövet körülvevő kötőszövetnél fogva eszközölte, a cső vékony falát pedig sehol sem oltotta át, nehogy a bennmaradó selyem nyálkaképződésre vezessen. Valóságos millimeter-sebészet az ilyen műtét, a mely a műtő ügyességét és türelmét erősen próbára teszi.

Bakay Lajos: A közelmúltban két esetben kellett nyálsipoly miatt műtétet végeznie. Mindkettőben a ductus parotideus sérülése folytán támadt a nyálfolyás. Az egyik betegnek néma pusztította el a jobb arczát s a hegyben a masseter előtt keletkezett a nyálsipoly. A másik esetben a betegnek disznó harapta ki a pofáját és a fület s a heges gyógyulás után ugyanott, mint a másik betegen, sipoly támadt. Egyik esetben sem lehetett arra számítani, hogy a parotisvezeték buccális része ép, mert az a folyamat, a mely a környező szövetet elpusztította, bizonyára nem kimélte a nyálvezetőt sem. Nem volt tanácsos a centrális végét sem keresni, mert mindkét esetben szívós hegybe volt beágyazva. Az eddig leirt módszerek közül egyik sem volt célszerű, ezért egy egyszerű plasztikát alkalmazott, a mely abból állott, hogy a sipoly nyílás körül a bőrből kis tölcserűt készített, a melyet körkörösén bevarrt a nyálkahártya sebébe, fölötte pedig a pofabőrt egyesítette. Így a nyálvezető meg lett toldva a bőrrrel. A szülő akárhányszor tapasztalta a Dollinger tanár klinikáján, hogy a pofarékot eltávolítása után, az azok helyére plasztikával befektetett bőrfelületek milyen hamar alakulnak át nyálkahártyához hasonló szöveté. Így várható, hogy a fenti esetekben is jól végzi a feladatát a megváltozott környezetben. Mindkét beteg gyógyultán hagyta el a kórházat.

Trauma okozta tüdőmegbetegedés.

Friedrich Vilmos: A 31 éves gyári munkás mellkasának jobb oldalára hét hónap előtt 30 mm. súlyú vastárgy esett, mely alkalommal a jobb felkarsont törésén kívül tüdőbeli sérülést is szenvedett. A bemutatott balesete megtörténteig egészséges volt. A tüdőbeli sérülés következményeképpen a jobb mellkasfél besüppedt, a légzésben alig vész részt, a besüppedés területén elül az ötödik bordáig, hátul a hatodik bordáig a kopogtatás hangja erősen tompult, e terület felett alig hallható légzés; a bal tövis felett szintén tompult a kopogtatás hangja és szörtyzörejek hallhatók. Röntgen-átvilágítással a bal csúcsnak megfelelőleg beszűrődés látszik, a jobb tüdő intensivebb árnyékot mutat. A sérülés alkalmával a munkás a jobb felkarsont rosszul gyógyult törését szenvedte, egyidejűleg a sérülés következtében pleuritis sicca is támadt; a pleuralemezek lobosodása folytán a szív jobb felé húzódtott. A sérültben szövetszöveti tüdőlob képződött, melynek következménye a felső és a középső lebeny atelektasiája; ehhez idővel az ép tüdő-csúcsban tuberculosis járult. A tuberculosis a tuberculin-reactio positiv volta is bizonyítja. A sérülés folytán keletkezett tüdőlob (contusio pneumonia) kóroktanára, valamint a külső szervek ép-ségben maradása mellett előforduló tüdő- és mellhártyasérülések különböző neveire hívja fel a figyelmet a bemutatott eset kapcsán.

Scleromás légeszűkületnek Röntgen-sugarakkal gyógyult esete.

Zwillinger Hugó: S. J., 27 éves, Moóron, Fehérm. született, kalauz. Néhány év óta kimarad a lélekzete; 1897-ben ezen baja miatt, melyhez akkor rekedtség is járult, egyik fővárosi kórházban ápolatott, a kórházat tíz nap múlva elhagyta. Nyolcz évvel ezelőtt lágyfekélyt és bubót kapott. Orra és torca részéről panaszai nincsenek. Mély belégzéskor, rendes vagy Killian-tartásban a légeső felső harmadában a 3. légesőporcznak megfelelően daganatot látunk, mely a légeső lumenének legnagyobb részét kitölti, nagyfokú szűkületet okozva. A daganat hátul egymást érintő két vastag dudorból állónak látszik, a két szárnya elülső vége közti legnagyobb távolság körülbelül harmadfél millimeter; a daganat a mélybe terjed, tölcser alakú, a tölcser egyik fala a tüdő bizonyos beállításánál jól áttekinthető, a daganat felülete sima, színe szürkéspiros, a hangszalagokkal párhuzamos, kemény.

Kérdés, mily természetű megbetegedéssel van dolgunk? Lues és tuberculosis biztosan kizárható (a reakciók negatívak), diphtheriás diaphragma szintén kizárható klinice, a bántalom évek óta fennáll, a beteg nyaka, bärzsingja rendellenességet nem mutat, kevés tehát az eshetőség. Az egyik lehetőség az, hogy scleromával van dolgunk, e mellett szól a bántalom székhelye, alakja, színe, keménysége, a beteg kora, születéshelye, hol saját tapasztalataim szerint is a scleroma endemiás; nem szól mellette az, hogy az orrban és orrgaratüregben elváltozások nincsenek, a complement-fixatio negativ maradt, de kezelés közben. Egy másik eshetőség az, hogy intratracheális strumával van dolgunk; a beteg thyreoideájának két oldalsó lebenye kissé megnagyobbodott; az említett lehetőség ellen szól azonban az újképlet alakja és keménysége. A próbaexcisio és a mikroskopi lelet eloszlatnák a kétséget, jelen körülmények között azonban az excisio nem tanácsos. Chondroosteoma biztosan kizárható. A klinikai tüneteket mérlegelve, csak elsődleges tracheo-scleroma ritka esetével lehet dolgunk. A Röntgen-kezelés abból állott, hogy a megbetegedett légesősegmentum az ép bőrön és izmokon át az x-sugarak behatásának tétetett ki. A pontosan folytatott kezelésnek első öt hete után az volt az eredmény, hogy a leirt dudorok zsugorodtak, a beteg lélekzete sokkal szabadabb lett. A beteg, ki közben a katonasághoz bevonult, látva a kezelés hatását, türelemmel alávettette magát ezután is a kezelésnek. A lélekzete most már egészen szabad, a dudorok eltűntek, a légeső a bifurcatióig jól áttekinthető, s csak egy kis lécz látható még. A kezelés eredménye is bizonyítja, hogy a diagnosis helyes volt. A Röntgen-kezelésben oly hatalmas fegyvert kaptunk kezünkbe, mely, tekintve azt, hogy a scleroma ellen eddig mondhatni tehetetlenek voltunk, arra kötelez bennünket, hogy minden esetben alkalmazzuk. Recidivát Rydygier hat éven keresztül megfigyelt esetben nem látott. A bemutatott esetben, melyet körülbelül egy év óta figyelek meg, változás nem látható s így a beteg végleg

gyógyultnak tekinthető. Betegünkön a kezelés tartama 1908 december 31.-től 1909 március 19.-ig, másodizben május 3.-tól május 27.-ig tartott.

Ezen eset kapcsán emlitem még egy másik, szintén Röntgen-sugarak percután alkalmazásával gyógyított laryngoscleroma-esetemet, mely 25 éves segédet illet, a kin orr- és orrgaratelváltozások mellett scleromás subchordalis-dudorok okozta gégeszűkület volt; ezen esetben, mely a kezelés alól elvonta magát, szintén javulás, a dudorok kisebbedése volt megállapítható; a bakteriologiai vizsgálat scleromát igazolt. A két évvel ezelőtt az orvosgyógyászatban „rhinoscleroma atypusos esete” czímen bemutatott beteg a Röntgen-kezelést Schein kartárs végezte, s ez esetben is a vestibulum nasi bal oldalát kitöltő, az orrüreg bal felét tökéletesen elzáró scleromás daganatszerű infiltratum, mely mikroszkop alatt scleromának bizonyult, egészen visszafejlődött. Egy negyedik eset, mely typosus rhinoscleromára vonatkozik, most Alexander Béla szakavatott kezelése alatt áll.

Babos Samu: A Zwillingger említette két esetet kezelte. A besugárzás 2-3-szor hetenkint történt közepkemény csővel, 5 cm.-es tubussal, filterrel (üveglemez), 30-40 cm. fókustávolsággal és Kienböck-féle radiometer alkalmazásával. Aplikáltatott ülésenként $\frac{1}{2}$ -3-4 x.

Az első esetben a kezelés január 29.-től március 16.-ig tartott, akkor a betegnek feygygyakorlatra kellett bevonulni, és május 3.-tól május 28.-ig. A második eset körülbelül hat hétig kezeltetett. Mindkét esetben gyógyulás következett be.

Mesenterium commune, volvulus flexurae hepaticae gyógyult esete.

Fáykiss Ferencz: A 25 éves kárpitos f. évi szeptember hó 15.-én teljes jólét közepette, jó étvágygyal elfogyasztott ebéd után hirtelen erős göresöket érzett hasában a köldöktájék körül. A szék és a szelek megakadtak, a göresök mindegyre fokozódtak, hányás, csuklás jelentkezett. Mivel állapota ismételt beöntésekre és belső szerekre 3 nap alatt nem javult, orvosa tanácsára szeptember 18.-án Réczey tanár klinikájára vettette fel magát.

Felvételkor a mérsékeltén táplált férfibeteg hasa erősen puffadt és érzékeny; nyomásra mindenütt fájdalmas. Különösen puffadt és érzékeny a baloldali alhas-tájék, a hol mintegy kétökönyi resistentia érezhető. Időnként korgástól kísért bélperistaltika észlelhető. A hőmérsék 36.8, az érverés 90. A beteg állandóan hány és csuklik.

Ezen lelet alapján belső bélelzáródásra gondolunk s a beteget chloroformnarcosisban azonnal megoperáljuk. Tekintettel a baloldali alhasfélben kimutatható resistentiára, legvalószínűbbnek látszik az S-romanum volvulusa s ezért a hasat a köldök alatt a középvonalban nyitjuk meg. A peritoneális ür megnyitáskor sok zavaros véres folyadék ürül, s erősen tágult és belövelt serosájú, szederjesen elszinesedett vékonybélkacsok tolnak elő. A készített laparotomiás nyíláson át csak nagynehezen tudunk tájékozódni és ezért felfelé csaknem a kardnyújtványig meghosszabbítjuk metszésünket. Az elzáródás helye után kutatva kitűnik, hogy a colon transversum és descendens összeesett, feltűnően mozgékony és a transversum függélyes irányban lefelé a vékonybélkacsok tömege között eltűnik; a caecum és colon ascendens scholsem látható. A vékonybelek alá betapintva, a bal oldalon gyermekfejnyi daganat észlelhető, mely első percze valami retroperitoneális daganat képét adja. Az összes beleket eventeráljuk, s ekkor kitűnik, hogy a vékonybelek jobbról balra mintegy 180° alatt megcsavarodtak. A csavarodást helyreigazítjuk és ekkor láthatóvá lesz a caecum és colon ascendens is a hasüreg bal felében; egyszersmind nyilvánvalóvá válik az is, hogy az előbb említett gyermekfejnyi daganat nem egyéb, mint az ad maximum tágult caecum és colon ascendens, a melyek a vékonybelekkel együtt rendkívül mozgékony közös mesenteriummal bírnak. A flexura hepaticának megfelelőleg a colon szögletbe törött s innen kezdve a colon transversum teljesen összeesett állapotban halad felfelé. A caecumot visszafordítjuk a hasüreg jobb felébe, azonban a transversum még most sem telődik meg, a minek oka az, hogy a flexura hepaticának megfelelőleg régi összenövésből származó erős szögletbe törés van. Az összenövéseket megoldjuk, mire a transversum is lassan megtelik. Tekintettel arra, hogy az egész colon le a descendens első harmadáig vékonybélszerűen mozgékony, a colon descendens a hasfalak elé kihúzzuk annyira, hogy rajta a hasüreg beszennyezése nélkül nyílást készíthetünk, a melyen át mintegy két liternyi folyékony beltartalmat bocsátunk ki. A készített nyílás szabályszerű elzárása után a kiürített beleket a

hasüregben ismét elhelyezzük. Feltűnő, hogy a cseplesz igen durvánosan fejlődött, csak apró zsirlebenyek alakjában van meg. Rétegzetes hasfalvarrat.

A beteg a műtét után az első négy napon át igen rosszul érzi magát, sokat hány, a bélműködés ismételt beöntések után sem indul meg. Az ötödik napon bőséges székletét van s ettől kezdve zavartalan a gyógyulás. A beteg a műtét utáni huszonnegyedik napon gyógyultan távozik.

Ez esetben tehát az összes vékonybelekre, a caecumra és a colon ascendensre kiterjedő volvulus volt jelen, a mely a mesenterium commune mellett valószínűleg a flexurában levő szögletbe törés kapcsán támadt peristaltica folytán jött létre. Az irodalomban mindössze 16 hasonló eset ismeretes, ezek közül csak 8 esetben történt műtéti beavatkozás, a mely 3 esetben gyógyulásra vezetett.

PÁLYÁZATOK.

5089/1909. sz.

Döbrököz községben lemondás folytán megüresedett **községi orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek s felhívom a pályázni óhajtókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket s eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám **1910. évi január hó 20.-áig** annál is inkább nyujtsák be, mert a határidő után beérkező pályázatot figyelembe venni nem fogom.

A községi orvos javadalmazása az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 10. §-ában megállapított 1600 korona kezdőfizetés.

A lakás és látogatási díj kérdése jogerős határozattal rendezve még nincs.

A község 700 korona lakásbér fizetésére vagy megfelelő természetbeni lakás szolgáltatására lett kötelezve. A véghatározat azonban még nem jogerős.

A választás határmáját később fogom megállapítani és közölni.

D o m b ó v á r, 1909. évi december hó 7.-én.

2-1

A főszolgabíró.

26.165/1909. sz.

A nyitrai vármegyei közkórházban a belgyógyászati osztályon megüresedett **alorvosi állás** betöltendő lévén, ezen állásra a m. kir. belügyminister 125,000/902. számú körrendeletével életbeléptetett vármegyei ügyviteli szabályzat 2. §-a alapján pályázatot nyitok.

Felhívom mindazon nőtlen s ezen állás betöltésére az 1876. XIV. t.-cz. 63. §-a, illetve az 1883. I. t.-cz. 9. §-ában, valamint a m. kir. vallás- és közoktatásügyi ministeriumnak 1901. évi 4593. számú szabályrendeletében előírt képesítéssel rendelkező orvosdoktorokat, kik ezen 1800 korona évi fizetéssel, egy szobából álló lakással, fűtéssel, világítással, természetbeni élelmiszerekkel javadalmazott s nyugdíj-jogosultsággal egybekötött állást elnyerni óhajtják, hogy kellően felszerelt kérvényeiket az ügyviteli szabályzat 4. §-ában előírt módon és feltételek mellett **1. évi december hó 20.-áig** hozzám nyujtsák be.

A mennyiben a jelzett állásra az idézett törvényszakaszban foglalt képesítéssel bíró orvosok nem pályáznak, az egy évi kórházi gyakorlatra kötelezett orvosdoktorok is ideiglenes minőségben alkalmazást nyerhetnek, ez esetben az orvosgyakornok fizetése a többi illetmények élvezete mellett 1200 korona.

A kinevezett alorvos köteles a kórházban lakni, szolgálati viszonyai a kórház szolgálati utasításában és alapszabályaiban közelebbről meg vannak határozva.

N y i t r a, 1909. évi december hó 6.-án.

Az alispán.

A Pesti Izr. Hitközség Bródy Zsigmond és Adél-gyermekórházában **3 segédorvosi állás** betöltendő.

Az állások mindegyike évi 1000 korona (600 korona fizetés, 400 korona pótlék) fizetéssel, lakással és teljes ellátással van javadalmazva.

Az állásokat elnyerni óhajtó orvosdoktorok felkértemek, hogy születési bizonyítvánnyal, orvosdoktori oklevéllel és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt folyamódványukat **1. hó 25.-éig** a fenti kórház igazgatóságánál (VI. Bókai-tér 1. sz.) benyújtani sziveskedjenek.

B u d a p e s t, 1909. évi december hó 1.-én.

6339/909. kg. sz.

Bács-Bodrog vármegye újvidéki járásában Tiszaistvánfalva községben **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: 1600 korona évi készpénzfizetés. Továbbá a vármegyei törvényhatósági bizottság által megállapított 500 korona lakpénz, látogatási, rendelési, műtéti, távolsági díjak, természetbeni fuvar. A szabályrendeletileg megállapított 40 fillér halottkémlelési és hűsvágatási díjak.

Felhívom pályázni óhajtókat, hogy kellően felszerelt kérvényeiket hozzám **1910. évi január hó 5.-éig** nyujtsák be.

U j v i d é k, 1909. évi december hó 1.-én.

3-2

Nikolits Izidor, főszolgabíró.

18.275/1909. alisp. sz.

Alsóféher vármegye verespataki járásában a **járási orvosi állás** lemondás folytán megüresedvén, arra pályázatot hirdetek.

Felhívom ennél fogva azon orvostudorokat, a kik ezen 2000 korona törzsfizetés, 360 korona lakbér és 600 korona úti átalánnyal javadalmazott állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában meghatározott minősítésüket és a tisztiorvosi vizsga letételét igazoló okmányokkal, születési bizonyítvánnyal felszerelt kérvényeiket Alsóféher vármegye alispánjához az alább kitett határidőre adják be. Azok, a kik törvényhatósági szolgálatban állanak, az illető törvényhatóság első tisztviselőjénél, a mennyiben nem törvényhatósági orvosok hivatal-

főnöktüknél, végül pedig, a mennyiben nem állanak közszolgálatban azon törvényhatóság főispánja útján, melynek területén állandóan laknak, legkésőbb 1910. évi január hó 9.-éig nyujtsák be.

Nagyenyed, 1909. évi december hó 2.-án.
2-1 Bánffy Kázmér báró, alispán.

5174/1909. sz.

Sopron vármegye csepregi járásához tartozó Répczeszemere székhelyvel Répczeszemere, Pusztacsallád, Iván, Felsőség, Sajtoskál, Nemesládony, Nagygeresd, Kisgeresd, Csér, Répczesásford és Répczejánosfa községekből álló közegészségügyi körben lemondás folytán üresedésbe jött **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása:

1. az államkincstár által fizetendő 1600 korona évi fizetés,
2. a községek által fizetendő 314 korona úti átalány,
3. az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. alapján megállapítandó látogatási díjak.

Felhívom a pályázni szándékozókat, hogy eddigi alkalmaztatásukat s az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám **f. évi december hó 22.-éig** annyival is inkább adják be, mert a később érkezőket figyelembe venni nem fogom.

A választást 1909. évi december hó 23.-án délután 3 órakor Répczeszemere községében fogom megtartani.

Csepreg, 1909. évi december hó 2.-án.

Csontos, főszolgabíró.

5641/1909. sz.

A lemondás folytán megüresedett **siklósi községi orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Az állás 1600 korona kezdőfizetéssel és az 1908. évi XXXVIII. t.-cz.-ben biztosított korpótlékokkal van javadalmazva. A lakásbért, látogatási, rendelési, fuvar-, távolsági és műtői díjakat a már meghozott, de még nem jogerős törvényhatósági szabályrendelet fogja megállapítani.

Felkérem az ezen állásra igényt tartó orvostudorokat, hogy szabályszerűen felszerelt pályázati kérvényüket működési és erkölcsi bizonyítvánnyal ellátva, hozzám **f. hó 17.-éig** nyujtsák be. Később érkező kérvényeket figyelembe nem vehetek.

A választást f. hó 22.-ére tűzöm ki.

Siklós, 1909. évi december hó 1.-én.

Krasznay Mihály, főszolgabíró.

710/1909. sz.

Pozsony vármegye nagyszombati közpórházánál megüresedett **osztályorvosi állásra** (belgyógyászati) pályázatot hirdetek.

A pályázóktól belgyógyászati szakismeret megkívántatik.

Javadalmazás 2000 korona fizetés és 420 korona lakbér.

Az állás nyugdíjra jogosít.

A pályázni szándékozók az 1876. évi XIV. t.-cz. 63. §-ában előírt képzettségüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket méltóságos Bittó Dénes dr. Pozsony vármegye főispánjához címezve, **f. évi december hó 24.-éig** hozzám nyujtsák be.

Nagyszombat, 1909. évi december hó 6.-án.

Nagy Pál dr., kórházi igazgató-főorvos.

766/909. sz.

A vármegyei közpórházánál előléptetés folytán megüresedett **segédorvosi állás** betöltendő lévén, arra ezennel pályázatot nyitok.

A nyugdíjjogosultsággal összekötött állás javadalmazása 1600 korona fizetés, lakás, mely áll két bútorozott szobából gőzfűtéssel, elektromos világítással, vízvezetékekkel, élelmezés és kiszolgálás.

Az állást elnyerni ohajtók kérvényeiket Bethlen Bálint főispán úrho címezve hozzám **f. hó 31.-éig** adják be.

Torda, 1909. évi december hó 4.-én.

2-1 Borbély Samu dr., igazgató-főorvos.

Egy nagy vidéki iparvállalatnál egy önálló működési körrel bíró **kórházvezető orvosi állás** betöltendő.

Javadalmazás: nyugdíjra jogosító 3600 korona évi fizetés, körülbelül 500 korona évi jutalom-részesedés, továbbá lótaras címén folyósított 1200 korona mellékjárandóság, 4 szobás lakás a kórházépületben, szabályszerű fűtési illetmény és villanyos világítás.

Pályázóktól az egyetemes orvostudori oklevéllel igazolandó képesítés, valamint a kórházvezetésre szükséges gyakorlat, úgyszintén a műtői képesítés kimutatása kívántatik.

Hiteles okmánymásokkal felszerelt pályázatok **f. évi december hó 31.-éig** „H. R. T.” cím alatt e lap kiadóhivatalához címzendők.

4950/909. sz.

A Jász-Nagykún-Szolnok vármegye tiszai alsó járásában fekvő Mester-szállás községben megüresedett **községi orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek és felhívom a pályázni kívánókat, hogy okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám **december hó 29.-éig** adják be.

Ezen állás javadalmazása a következő:

1. Fizetés az államtól 1600 korona.
2. A távolsági díj megváltása címén a községtől 800 korona.
3. Természetbeni úri lakás.
4. A látogatásért és rendelésekért szedhető díjak.

A megválasztandó orvos a kézi gyógytár tartására jogosult és költözködési költségeit a község megtéríti.

Tiszaföldvár, 1909. évi november hó 29.-én.

2-2 A főszolgabíró.

15,745/1909. sz.

A lipótmezei m. kir. állami elmegyógyintézetnél megüresedett **másodorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Ezen állás 1600 korona, fizetés I. osztályú élelmezés, egyelőre egy bútorozott szobából álló szabad lakás, továbbá fűtés és világítás élvezetével van egybekötve.

Felhívom azon orvostudor urakat, kik a hirdetett állásra pályázni kívánnak, hogy egykoronás bélyeggel ellátott s keresztlevél vagy születési bizonyítvány, továbbá orvostudori oklevél és eddigi alkalmaztatásukról szóló egyéb okmányokkal felszerelt s a nagyméltóságú m. kir. belügyminister úrhoz címzett folyamodványukat az alulírt igazgatóságnál **1909. évi december hó 20.-áig** nyujtsák be.


Megjegyzem, hogy a nagyméltóságú m. kir. belügyminister úr 61,509/909. sz. rendelete alapján a másodorvosok állandó alkalmaztatása iránt az esetben, ha azok az intézeti szolgálatra kiválóan alkalmasnak bizonyulnak, esetenként előterjesztés tehető.

Budapest, 1909. évi november hó 25.-én.

Budapest lipótmezei m. kir. állami elmegyógyintézet igazgatósága.

3-2

HIRDETESEK.



A Bór és Lithion tartalmú
GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

kitünő sikerrel használtatik

**vesebajoknál, a húgyhólyag bántalmainál és
köszvénynél, a cukorbetegségnél, az emésztési és lélegzési szervek hurutjainál.**

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!

Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Szinyo-Lipóci Salvatorforrás-Vállalatnál
Budapest, V. Rudolfrakpart 8

Telefon 21-06. Telefon 21-06.

Marx és Mérei

tudományos műszerek gyára

Budapest, VI., Bulcsu-utca 7.

Gyártanak saját gyártelepükön teljes 7167

Röntgen-berendezéseket

Kapcsoló táblákat

mindennemű orvosi ezélokra.

Elsőrangú gyártmány 1907. évi Balesetügyi kiállításon állami ezüst-érem.

Serravallo

Kina-bora vassal.

Üdülőknek és vérszegényeknek orvosi szaktekintélyek által legjobban ajánlva.

Kitünő íze miatt főleg gyermekek és nők szívesen veszik.

Egészségügyi kiállítás Wien, 1906: állami díj és díszoklevél, nagy aranyérem. Legmagasabb kitüntetés.

Többszörösen kitüntetve. — Több mint 6000 szakvélemény.

Orvos urak kívánatra irodalmat és mintát ingyen és bérmentve kapnak. **J. Serravallo**, cs. és kir. udv. szállító, Triest-Barcola.

SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. D'EGGER

Indicéltől: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhaehitis.
Kapható minden gyógyszerárban.



Téli fürdőkúra.

A Budai Szt.-Lukácsfürdő Nagyszállodájában és Thermál-szállodájában lakás teljes ellátással naponként 10 koronától feljebb. Minden szobától fűtött folyosók vezetnek az iszapfürdőhöz. Természetes forró-meleg kenes források, iszapborogatások. Prospektust küld a

Szt. Lukácsfürdő-Részvénytársaság Budapest, Budán.

6773

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben. Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA Tóth István szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEG-
KÓRTAN Babarezi Schwartzter Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3—4 szám. UROLOGIAI SZEMLE Haberern Jonathan
Pál és Ilyés Géza szerkesztésében 4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

- Kollarits Jenő:** Közlés a budapesti II. sz. belklinikáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., ny. r. tanár, udvari tanácsos.) A neurastheniás fájdalom diagnosztikája. Ideges szívdobogás és angina pectoris. 921. lap.
- Bogdanovics Mihos:** Közlés az egyetemi I. számú női klinikáról. (Igazgató: Bársony János dr., ny. r. tanár.) Vérnyomásmérések terheseken, gyermekágyasokon, egészséges és beteg asszonyokon. 923. lap.
- Porosz Mór:** Prostata okozta pollutio, spermatorrhoea és impotentia. 927. lap.
- Királyfi Géza:** Közlés a brüsszeli Pasteur-intézetből (igazgató: prof. Bordet) és a brüsszeli egyetem anatómiai intézetéből (igazgató: prof. Brachet). Adatok a pneumococcus pathológiájához. 928. lap.
- Pólya Jenő:** A vakbélgyulladás gyógykezelésének kérdése a berlini gyűjtőstatistika és a XVI. nemzetközi orvoscongressus vitájának megvilágításában, különös tekintettel a korai operálásra. 930. lap.
- Markusovszky-féle jubiláris előadások. 932. lap.

- Irodalom-szemle. Könyvismertetés. J. A. von Trotsenburg:** Die Seekrankheit und ihre Verhütung. — H. Elsner: Lehrbuch der Magenkrankheiten. — Lap-szemle. Általános kórtan. A. Müller: A gyomor savtartalmának quantitativ meghatározása. — Belorvostan. A vesegyulladás kórtanának és orvoslásának mai állása. — Idegkórtan. Vaillard: Tapasztalatok a meningitis cerebrospiralisról. — Marinesco: A tabes és dementia újabb körjelző módszerei. — F. Steiner: A hypnosis mint gyógyeljárás. — Sebészet. Burkhardt: Intravenás narcosis. — Runge: A prostatahypertrophia pathogenesise. — Ochsner: Empyemaműtétek után visszamaradt üregek és fistulák kezelése. — Gyermekorvostan. Czerny: Exsudatív diathesis, scrophulosis és tuberculosis. — Bőrkórtan. Lipschütz: „Herpes zoster generalisatus”. — Fül-orvostan. Neumann: Helybeli érzéstelenítés a mastoid-műtéteknél. — Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Gerson: Szer láb-izzadás ellen. — Cervelli: Eustenin. 933—935. lap.
- Magyar orvosi irodalom.** Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 936. lap
- Vegyes hírek.** — Pályázatok. — Hirdetések. 936. lap.
- Tudományos társulatok és egyesületek.** 937—942. lap.
- Melléklet.** Szemézet. 4. szám. Szerkeszti: Grósz Emil dr. egyetemi tanár.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a budapesti II. számú belklinikáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., ny. r. tanár, udvari tanácsos.)

A neurastheniás fájdalom diagnosztikája. Ideges szívdobogás és angina pectoris.

Irta: Kollarits Jenő dr., egyet. magántanár.

A hysteriás-neurastheniás tünetek megkülönböztetése az egyéb, általában használt, de nem helyes kifejezés szerint velük ellentétben szervinek nevezett tünetektől gyakran ütközik nem esékely nehézségbe. Az utóbbi években sokan, a kik közül különösen Babinski-t említem, foglalkoztak a hysteriás és nem hysteriás benulások körjelzésével. Ebben a tekintetben sikerült tárgyi jeleket találni, a melyek útbaigazítók lehetnek. A tárgyi jelek fellelésével nem kell az ilyen esetben a megbízhatatlan mellékkörülményekből következtetéseket vonni a körjelzés felállításakor. Ha már ilyen tárgyilagosan szemléltető tünet megítélésekor is nehézségek támadnak, érthető, hogy mennyivel nehezebb a helyzet, a mikor a fájdalom neurastheniás vagy hysteriás jellegét akarjuk eldönteni. Ilyenkor tisztán a beteg elbeszélésére vagyunk utalva. Ha a fájdalom fokán kívül annak jellegét akarjuk megállapítani, ugyancsak a beteg elbeszélésére és egyéni fantasiája szerint való leírására kell építenünk.

A neurastheniás és hysteriás fájdalom felismerésében még egynehány év előtt azon a ponton állottunk, a mely a hysteriás benulás diagnosztikájában a mandhatnám Babinski előtti idővel volt azonos. A körülményekből következtettünk. Ezek között szerepelt a bajnak psychés behatás után való keletkezése. Ingatag ez az álláspont, mert ha a közvetlen kapcsolatot egy kifejezetten rendkívüli psychés behatással nem is találhatni meg, valami körülmény, a mely psychés úton hathatott, könnyen kapcsolható össze az esettel, gyászessel, családi gond, anyagi baj gyakran található, és ha nem acut módon, hát lassú örlő munkával okozhatott idegességet, fokozhatta a már meglevő bajt, vagy a már meglevő baj

tüneteit bővíthette. De tudjuk azt, hogy a psychés behatás a nem neurastheniás és nem hysteriás tüneteket is megváltoztathatja. A fogfájás is megszűnhetik néha a fogorvos előszobájában. Vizsgáltam egy sclérose en plaquesban szenvedő leányt, a kinek bajában az volt az első tünet, hogy nem tudott korecsolyázni, ha megfigyelték. Ennek hallatára a vizsgálat előtt hysteriára volt gyanúm, a vizsgálatkor pedig, a mikor már a járás is rosszabbodott, kiderült, hogy már régen is a sclérose en plaques okozta mozgás-zavarait fokozta a megfigyelés, mint izgalmi mozzanat. A baj fejlődési körülményei közül inkább jogosít következtetésre az esetleges traumás behatás esékely volta és az utána bekövetkezett aránytalan reactio, de ez a jelenség csak igen kifejezett aránytalanság esetén értékesíthető. Útbaigazító lehet még a betegen található egyéb neurastheniás, hysteriás jelenség, vagy ilyen jelenség kiderülése a körelőzményben. A kifejezett tünetek mindenképpen fontosak, de a esékelyebb panaszokra, különösen a körelőzményben keveset lehet építeni, mert talán nincs is, a ki ne esett volna valamikor egyszer csapás után, gondok nyomán, vagy a nemi élet kezdetén, a fejlődés idején, vagy a czélszerűtlen beosztású középiskola éveiben valamilyen, a neurasthenia körébe illeszthető bajba. De úgy az anamnesis adatainak, valamint a betegen található egyéb neurastheniás-hysteriás tüneteknek tekintetbevételekor nem szabad megfélekedezni arról, hogy a hysteriás betegnek is joga van hysteriája mellett másnemű betegségbe is kerülni. Érdekes példa erre annak a 26 éves leánynak az esete, a ki már gyakran volt kezelésben, mert hysteriás rohamai voltak, a mikor esküvőn részt véve, hirtelen elesett, majd hányt. A jelenlevő orvos, a ki régebbi rohamait is látta, hysteriára gondolt, de csakhamar kiderült, hogy a beteg apoplexiát kapott, a melyben meg is halt. Az esetet Giles de la Tourette¹ írta le és azt gondolta, hogy a hysteriából folyólag támadhatott agyvelővérzés. Erre a gondolatra ma nem igen jöhet már az orvos, de ha a hysteriás vagy neurastheniás betegnek valami jele fáj, hamar vagyunk hajlandók hasonló következtetést vonni és ezt a fájást is a már felismert „alapbaj” rovására írni.

¹ Giles de la Tourette: Leçons de clinique thérapeutique sur les maladies du système nerveux.

*Jendrassik*¹ munkájában a neurastheniás álneuralgia és a valódi idegzsába megkülönböztetésére már tárgyi jeleket is ír le. E szerint a hevenyész neuralgia fájdalma határozott periódusokban ismétlődik, csak az ischias, a mely inkább a neuritishez áll közel, jár állandóbb fájdalommal. A trigeminus területén kívül támadó ilyen fájdalom leggyakrabban álneuralgia. Az álneuralgia állandóbb, inkább gyötrő és sokszor a fájás maga nem is olyan heves. A fájdalom a test tulsó oldalára, más idegterületekre is kiterjed. A beteg sokszor olyan idegzsálat érez meg, a mely lehetetlen úton járna. Az arczálneuragiában hiányzanak az objectiv jelek, mint a bőr elvörösödése, az érintés vagy szájmogás fájdalomkiváltó hatása. A fájdalmas hely ritkán érzékeny nyomásra. A fájdalom az éjjelt nem igen zavarja meg. A fájdalom neurastheniás volta ellenére a figyelem eltérítésével nem igen befolyásolható. *Jendrassik*¹ egy másik munkájában megemlíti, hogy a kinek karjában van a neurastheniás neuralgia, az a karját azért elég bátran használja, még ha mondja is, hogy jobban fáj, ha felemeli.

A kérdésnek a trigeminusneuragiára vonatkozó részével több évvel később *Sicard*² foglalkozott és az előbbi munka ismerete nélkül ugyanarra az eredményre jutott. A mit e szerző neuralgismus facialis szó alatt leír, teljesen egyezik azzal, a mit *Jendrassik* álneuragiának nevez. A két dolgozatban a megkülönböztető jelek is ugyanazok. *F. Lévy*³ is hivatkozik arra a körjelzés tekintetében nagyon fontos tételre, hogy a fájdalom ilyenkor más idegekre is elterjed, és e miatt kifogásolja a neuralgismus facialis elnevezést.

A következőkben a neurastheniás és hysteriás fájdalom tárgyi-lyagos tüneteit keresve, összehasonlítani akarom az izomzat, az ízületek, a derék rheumás és neurastheniás fájdalmát. Keresem továbbá az ideges szívdobogás és a szívbaion alapuló szívdobogás, az ideges és valódi angina pectoris között található jellemző eltéréseket.

*A jel, a melynek kétes esetekben sokszor igen nagy hasznát vettem, de a mely csak az esetek többségére áll, és a mely alól kivétel van, az, hogy a neurastheniás izom-, ízület-, derékfájás, és kevésbé állandóan, de igen sokszor a neurastheniás szívdobogás és pseudoangina pectoris a mozgás közben javul. Sok beteg van, a ki a feltett kérdésre némi habozás után azt vallja, hogy a mozgás alatt mintha javulna az állapota. Mások ezt határozottan állítják. Nem kevesen azt mondják, hogy a fájdalom ülés és fekvés közben jelentkezik és ritkán járaskor. Sőt előfordul, hogy valaki sem feküdni, sem állani nem tud és kénytelen felugrani és ide-oda járkálni, a mitől a fájás megszűnik. A fájdalom néha rohamok alakjában is jön és gyakran nagy általános nyugtalansággal, szívdobogással jár (l. később). E roham neurastheniás rohamnak volna nevezhető. Ez a hirtelen felugrása a betegnek fekvő vagy ülő helyzetből a többi tünettől együtt sokszor bizonyos fokig hasonlít ahhoz a körjelenséghez, a melyet *Hascovec*⁴ irt le akathisia néven, és a melyhez hasonló eseteket *Raymond* és *Janet*⁵ is közölt.*

A beteg megkérdezés nélkül ritkán mondja el maga a fájdalom javulását a mozgás alatt, ezért kérdést kell hozzá ez iránt intézni. A kérdés feltevése azonban maga is suggerálólag hat. Ezért tanácsos nem azt kérdezni, hogy a mozgásban javul-e a fájdalom, hanem azt, hogy „mondja meg vajjon a fájdalma mozgásban rosszabbodik-e, vagy ellenkezőleg enyhül-e ilyenkor?”

A kifejezetten hysteriás fájdalomnak rendesen nem ez a tulajdonsága. De a mikor a hysteriás és neurastheniás fájdalmat egymástól megkülönböztetni akarjuk, eszünkbe kell jutnia annak a nehézségnek, a mely e két baj elkülönítésében más tünetek tekintetében fennáll. Egészséges vagy alig ideges asszonyok nem egyszer panaszkodnak arról, hogy „a gyomruk felfordul”, a mikor boszankodnak. Ha ilyen kedélyfelindulás után valaki egyszer hány, még nem fogjuk okvetlen hysteriásnak mondani. Ha azonban a hányás ilyen alkalom után napokig eltart, már hysteriáról beszélünk. Ha valaki valamely csapás elszenvedése után egyszer elájul, ezt

¹ *Jendrassik*: A neurastheniás idegzsábáról. Orvosi Hetilap, 1901. 48—49. sz. Ugyanó: A neurastheniáról. U. o. 1905. 29—34. sz.

² *Sicard*: Diagnostic des nevralgies faciales. Nevralgisme facial. La Presse médicale, 1909. 32. szám.

³ *F. Lévy*: Diagnostic des nevralgies faciales. La Presse médicale, 1909. 46. szám.

⁴ *Hascovec*: Soc. de neurol. de Paris, 1901. Ugyanaz: Nouvelles remarques sur l'akathisie. Nouvelle Iconogr. de la Salp., 1903.

⁵ *Raymond* et *Janet*: Le syndrome psychasthénique de l'akathisie. Nouvelle Iconogr. de la Salp., 1902.

jóformán természetesnek tarjuk. Ha az „ájulás” azonban másnap ismétlődik és azután heteken át mindennap folytatódik, körjelzésünk ugyancsak hysteriában fog megállapodni. Ez a furesa különböztetés a hysteriás és egészséges állapot határan igazolja *Möbius* állítását, a mely szerint mindenkiben van valami a hysteriából. Ennek ellenére a neurastheniás és hysteriás fájdalom között sokszor éles különbséget lehet látni. A neurastheniás fájdalom többnyire javul, ha a beteg mozog, a teljesen kifejezett hysteriás fájdalom a végtagokban ezzel ellentétben nemcsak hogy akadályozza a spontán mozgást, hanem a passiv mozgás ellen is heves ellenállásra bírja a beteget. Kifejezett esetben gyakran contractura vagy bénulás támad, a mikor is az egész végtagnak érintése, néha a bőr érintése is nagyon fájdalmasnak látszik, és ha a végtagot mégis mozgatni próbáljuk, tűrhetetlen és a mozgattal teljesen aránytalan fájdalom keletkezik, úgy hogy a beteg hevesen felsikolt. Az a körkép, a melyet *Möbius* akinesia algerának nevezett, ugyancsak a fájdalomtól keletkezik.

A hysteriás és neurastheniás fájdalom általános jellemzéséhez még hozzátartozik az a körülmény, hogy a fájdalom, szívdobogás, angina pectoris ritkán jelentkezik egyedül, hanem rendesen egyéb neurastheniás vagy hysteriás tünetekhez van kapcsolva. Erre a körülményre *Jendrassik* a neurastheniás álzsába tekintetében figyelemztetett.

Ezek után áttérek az egyes alakokra és a tünetek részleteisebb leírására egynéhány példa felemlítésével.

1. *Az izomzat és az ízületek rheumás fájdalma.* E fájdalom vizsgálatakor meg vagyunk fosztva attól a megkülönböztetés módtól, a mely különösen a neuralgiákkal szemben leginkább hasznunkra van. Ez a neuralgia féloldali volta és egy idegterületre való szorítókozása a neurastheniás fájdalom ellenkező magatartása mellett. Ha betegünk végtagjaiban fájásról panaszodik, azt szoktuk kérdezni legelőbb is, hogy a fájdalom a „forgókban” van-e, vagy egyebütt is. Erre neurastheniás betegtől is kaphatjuk azt a feleletet, hogy ízületei fájnak, viszont az arthritises fájdalomban is lehet zsidbadás és izomfájdalom az ízület körül. Igaz, hogy a neurastheniás ember ízülete nem duzzadt, és igen sokszor nyomásra nem fáj, de vizsgálatkor nyomásra esetleg suggerálás útján fájhat is. Minden körülmény között gyanuval kell fogadnunk az olyan ízületi fájdalmat, a melyben e két tünet közül egyik sincsen meg. Ilyenkor igen gyakran állítják fel az arthritises fájdalom körjelzését, pedig azt lehetne mondani, hogy az ilyen fájás majdnem sohasem alapul arthritisen, vagy talán csak akkor, ha egy már meggyógyult polyarthritise maradványáról van szó, a mikor is a körjelzésben a kör-előzmény adatai segítségünkre vannak. A beteg ilyenkor elmondja, hogy ízületei azelőtt duzzadtak voltak. A legfőbb megkülönböztető jel azonban az, hogy az arthritises fájás, még ha esekély is, mozgáskor mindig rosszabbodik, míg a neurastheniás beteg sokszor spontán vagy legalább kérdésünkre elmondja, hogy ellenkezőleg nyugalomban érzi a fájdalmát, ilyenkor nyugtalan lesz és fel és alá kell járnia, vagy karjait mozgatni, mire a fájás enyhül, vagy megszűnik. A neurastheniás fájdalom enyhülését mozgás alatt természetesen nem szabad összetéveszteni azzal a tünettől, a mely idült eszűzban szokott meglenni, a mikor pihenés után az első lépések nehezek és fájdalmasak és azután már jó a mozgás. Az arthritise hosszú fennállása után a fájdalomtól megmaradhat valami a hosszú ideig tartó melegvizes kezelés után is. Ilyenkor hidegvizes eljárásokat szokás kezdeni, a mire az esetek egy része teljesen meggyógyul. Talán ilyenkor néha már nem arthritises fájdalomról van szó, hanem arról az arthritise kiváltotta neurastheniás tünettől, a melyet egyesek fájdalom-reminiscentia névvel illetnek.

A neurastheniás ízületfájásnak jellege még az, hogy sohasem heves, hanem nyomó, húzó, égő természetű, de tartóssága kinos.

Az izomreuma szintén kedvelt körjelzése az általános orvosi gyakorlatnak. Sok mindenféle fájás kerül e beosztás alá, míg valódi természete kiderül. Sokan tiltakoztak már ezen keverék ellen, aránylag kevés sikerrel. Ez a fájdalom contractio alatt vagy az izom passiv megfeszítésekor fejlődik és az izom elernyedésekor megszűnik. Spontán támadó fájdalom, mint a milyen a neuralgiás, e bajban nincs. A fájás izomesoportból izomesoportba vándorol és néha benne gyorsan támadó és megszűnő, hol itt, hol ott felbukkanó göböket tapinthatni. Idülten ez a baj vagy hevenyész szakból, vagy a nélkül fejlődik.¹ Ezen jelek közül az izomban lokalizált neurastheniás fájdalommal szemben leginkább döntő, hogy az izomrheumá-

ban az izom működése mindig fájdalmas, míg a neurastheniás emberen a mozgás többnyire szünteti a fájdalmat.

Szóba jöhet még az alkoholizmusban és diabetesben szenvedők fájása is, a mely a lábszárban észlelhető leginkább. Ha e fájdalom élénk, mind a két bajban gyakran az Achilles-inreflex hiányával jár és ilyenkor sokszor nyomásra fájdalmas az izomzat.

A neurastheniás hátfájás is ide tartozik. Ez a tünet leginkább a neurastheniás fejfájáshoz hasonlít, a mennyiben sokszor nem igazi fájdalom, hanem inkább nyomás, nehézség érzéséből áll. A mint a beteg a fejnyomás érzését neurastheniás módon mintegy magyarázva sokszor „agy-nyomás“-nak minősíti, úgy jön a hátnyomás következtében arra a következtetésre, hogy „gerincezvelőbaja“ van. Fialat emberek pollutio vagy onania után való reggelen panaszoknak erről és ilyenkor ez a hátnyomás, mely többnyire a gerincezszlop alsó részén ül, részlet-jelensége a neurastheniás reggeli fáradtság-érzésnek. *Dutil*² azt mondja, hogy ez a nyomás járáskor fokozódik. Ilyen eset kétségen kívül sok van, de az én betegeimtől többször azt a felvilágosítást kaptam, hogy a reggeli hátnyomás járás közben enged, azután megszűnik. A hátnyomás, a mely nem reggel, hanem a nap más szakában bizonyos állandósággal van meg, igen sokszor szintén javul vagy megszűnik mozgás alatt. Erre vonatkozólag is hallottam a beteg olyan kijelentését, hogy hátnyomása miatt feküdni és ülni nem tud, hanem fel kell kelnie és járnia.

A neurastheniás pseudo-vakbélgyulladás illetve bélfájás azon esetei, a melyeket megfigyelni alkalmam volt, ritkábban követték az imént már többször említett szabályt, a betegek fájdalmukkal szívesebben csendesen voltak. E fájdalom gyakorlati szempontból különösen akkor fontos, ha a beteg szerencsétlenségére a jobb oldalra helyezi. Ilyenkor az összetévesztés vakbélgyuladással elképzeltető. Nagyon ajánlani kell a seborvos kartársaknak, hogy ha a dolog nem teljesen világos, gondoljanak a neurastheniára is. A betegek láztalan volta mellett ilyenkor főleg a test más helyeire lokalizált szintén neurastheniás fájdalmakat kell tekintetbe venni és a többi neurastheniára valló tünetet, minthogy ilyenkor mindig van más neurastheniás tünet is. Egy ilyen tévedést alább közlök, (l. 15. sz. észlelet), a melyben a betegnek kétségtelenül neurastheniás fájdalma miatt kivették a vakbélét. Felvilágosítást az illető orvostól nem kértem, mert a vakbélben, ha már egyszer el van távolítva, pszichológiailag lehetetlen elváltozást nem találni. Egy másik esetemet nem közölhetem, mert a vizsgálat adatairól nincsenek részletes feljegyzéseim, de megemlítem, hogy a hysteriás leány már régen panaszkodott fájdalmáról a hasában, leginkább a jobb oldalon. Mikor ez a baja már hosszabb ideje fennállott, seborvoshoz fordult, láza volt, kivették a vakbélét és ezután, mint ő mondja, semmivel sem lett jobban és évek multán is beteg. Megemlítek itt még röviden egy családost, a melyben két ideges nővér szenved egyéb panaszok mellett időnként ideges bélfájdalomban. A még neurastheniásabb anya, ha ilyen fájdalomról hall, rögtön megállapítja leányain a vakbélgyuladást. Egynéhány hónap leforgása alatt több ízben voltam kénytelen mind a kettőt sürgősen megvizsgálni, a mikor az anyjuk reájuk ijesztett, hogy „ez vakbélgyulladás, ezt az első 24 órában kell operálni, különben késő.“ Szerencse, hogy mindig a bal oldalon ült a fájdalom. Itt említem meg a hysteriás ovaralgia ama gyakran észlelhető ismert jellegét, hogy a fájdalmas hely nyomáskor ugyan érzékeny, de ha az egyéb panaszait kezdjük firtatni, és ezalatt ismétljük a nyomást, a beteg gyakran észre sem veszi, hogy éppen a fájdalmas helyet nyomtuk meg, az izomban nincs contraction de défense.

A neurastheniás gyomor-fájásban is észlelhetni egyszer-másor olyan jelenséget, a mely a mozgás alatt való csökkenéssel egy sorba helyezhető. Némelyik betegnek az a panasza, hogy napközben többször hirtelen igen hevesen megfájdul a gyomra és ezt a fájást azzal tudja csökkenteni, hogy eszik, még pedig válogatás nélkül bármit, akár valamely nagyon nehéz ételt is. Egyik betegünk, ha az utczán ezt a fájdalmat érzi, bemegy a legközelebbi fűszeres boltba és ott rögtön megveszi a megvett ételt, kenyeret, szalonnát, szalámit vagy akármit, a mit kap.

(Vége következik.)

¹ Lorenz: Die Muskelerkrankungen. Nothnagel, Spec. Path. u. Ther.

² Dutil: Neurasthenie. Charcot-Bonchard-Brissaud. Traité de médecine, 2. kiadás, 10. kötet, 620. lap.

Közlés az egyetemi I. számú női klinikáról. (Igazgató: Bársony János dr., ny. r. tanár.)

Vérnyomásmérések terheseken, gyermek- ágyasokon, egészséges és beteg asszonyokon.¹

Irta: *Bogdanovics Milos* dr., egyetemi tanársegéd.

Minden műtét kimenetelét, akár szülészeti vagy nőgyógyászati, akár egyéb sebészi beavatkozás az, a tényezők egész sorozata befolyásolja, a melyek, ha nem vesszük őket tekintetbe, a legfényesebb műtétek eredményét is kérdésessé teszik. Főképpen a vérkeringési szervek működésében ne legyen hiba vagy akadály, mert beteg szív és beteg vérerek mellett a legügyesebb műtét is kockázat; a thrombosis, az embolia, gyakran a pneumonia is éppen keringési zavarokra vezethető vissza. A szív- és vérérbetegek nehéz problema elé állíthatják a műtöt, hogy vajjon operáljon-e, vagy pedig bizza a nélkül a beteget a további sorsára. A gynaekológiában is gyakran felvetődnek az ily dilemmák, a hol tekintet nélkül a komplikáló más betegségre, mégis el kell a műtétet végezni; azután meg egynémely női betegség lassú fejlődésű, hosszantartó, egyik-másik nagyobb vérzésekkal is jár és szerfelett megviseli az egész organismust, a mit például a myomások anaemiás külseje, a carcinomások cachexiája mindjárt elárul. A szülészeten még nagyobb súlylyal esnek latba a vérkeringés szerveinek elváltozásai, mert már a terhesség maga munkatöbblettel rója meg a szívet s még nagyobb energiát kell annak kifejteni a szülés lefolyása alatt. A műtét vagy a szülés prognosizására befolyással van a szív és a vérerek ereje és egészségi állapota azért is, mert erőteljes vérkeringés mellett az időegységben több vér kering a capillariskban, már pedig a vér az, a mi a betegségek ellen védelmez és gyógyít.

A szív és a vérerek betegségeinek diagnostikájában fontos, sőt nélkülözhetetlen vizsgáló eljárás a vérnyomás mérése. Erre a célra többféle eszközzel rendelkezünk, ezek az eszközök, ha nem is állanak a tökéletesség legmagasabb fokán, azért eléggé megbízható és használható adatokat adnak. Most már nemcsak a maximális, systolés, hanem a minimális, diastolés vérnyomást is meg tudjuk mérni és a kettő közötti különbségből meghatározhatjuk az úgynevezett pulsusnyomást, a pulsus-amplitudót (Recklinghausen), vagyis az indexet, a mely mutatja, mennyi munkát fejt ki a szív egy-egy systole alatt.

A verőeres vérnyomás ingadozásának meghatározására van egy pár a gyakorlatban értékesíthető elég jó eljárás. Ezek közül míg a grafikai módszerrel (Sahli eljárása a Jaquet-féle sphygmograph-fal) a verőeres vérnyomás nagyságát csak relative határozhatjuk meg, Baschnak sikerült olyan műszert szerkeszteni, melynek segítségével képesek vagyunk emberen, sebész nélkül, legalább is megközelítőleg mérni a vérnyomást. Ez az eszköz a Basch-féle sphygmomanometer, a melyet később Potain módosított. Sok elismerésre talált a klinikusok között és legelterjedtebben használt a Riva-Rocci vérnyomás-mérője, a mely a Baschéval lényegében teljesen egyező. Ezzel azon pneumatikus nyomást mérjük, a mely szükséges, hogy a leszorított verőérnek a nyomás helye alatti részében az érverés megszűnjék. A verőér leszorítására legjobb a szélesebb Recklinghausen-féle övet használni, a melyet úgy alkalmazunk, hogy a felkarhoz köröskörül egyenletesen simul, a nélkül, hogy a felcsatoláskor bárhol nyomás vagy szorítást gyakorolna. A karöv fújtatóval és higany-manometerrel van összekötve. A mérést e készülékkel oly módon végezhetjük, hogy a felkaron az arteria brachialisra előbb bizonyos túlnyomást gyakorolunk, azután a levegőt a készülékből lassan kiengedjük mindaddig, míg ellenőrző ujjunk alatt az arteria radiális verése éppen érezhető. Azon fok, melyet a nyomásmérő higany-oszlopa ekkor mutat, a maximális nyomásnak felel meg. A Riva-Rocci-féle eszközzel a systolés nyomást illetőleg megbízható és igen használható relativ értéket nyerünk; a verőeret környező szövetek tonusa, ellentállása, magának a verőér falának az állapota a vizsgálók legtekintélyesebb részének egybehangzó véleménye szerint ezen mérési eljárásnak használhatóságát és értékét alig csökkentik. A diastolés nyomás mérésére legegyszerűsége...

¹ A budapesti orvosegyesület gynaekologikus szakosztályában f. évi november 9.-én tartott előadás.

szerűbb mód a Strassburger-féle úgynevezett palpatorius meghatározás, a mely szerint a diastolés nyomás mértékét azon fok adja, a melyet a Riva-Rocci-készüléknek higany-manometere azon pillanatban mutat, mikor lassan fokozott nyomás mellett ellenőrző ujjunk alatt a radiális pulsusa éppen kezd megkisebbedni; ez a mérés azonban nagy gyakorlatot igényel és sokban függ a tapintó érzékünk finomságától. Sahli a minimális nyomást a Riva-Rocci- és Jaquet-féle készülékek segítségével úgy állapítja meg, hogy azon nyomás értékét jelzi, a melyen a radiálison felvett sphygmograph-pulsusgörbe kisebbedni kezd. A betegágnál azonban úgy ezen grafikai meghatározás, valamint a Recklinghausen-féle oscillatorius eljárás igen körülményes, ezért újabban szívesen használják úgy a systolés, valamint a diastolés nyomás mérésére a Korotkow ajánlotta auscultatorius módszert, a mely igen egyszerű és praktikus. Az eljárás azon alapszik, hogy a nyomás alatt lévő verőér a nyomás helyétől periferiásan bizonyos nyomáshatárok között a stethoskoppal jól kivehető, a systoleval synchron hangot ad. E vizsgálathoz is a Riva-Rocci-féle berendezést használjuk. A hallgatódzásra legalkalmasabb hely az arteria cubitalis lefutása a könyökárok mediális szélének felső harmadában. A mérés e módon — mint mondtam — egyszerű. Ha ugyanis a nyomást a 0-ponttól kezdve lassan fokozzuk, bizonyos meghatározott nyomásfokon érhangot hallunk, mely a nyomás tovább fokozása mellett is hallható még egy darabig, míg bizonyos határon hirtelen megszűnik. Azon fok, a melyen a hang jelentkezik, a minimális, a melyen pedig megszűnik, a maximális nyomás foka, s e két adat közti különbség a pulsusnyomás mértéke. Az auscultatorius módszernél nem szabad gyors egymásutánban több meghatározást eszközölni, ugyanis vigyázni kell, hogy a felkarban vérpangás ne keletkezzék, a mi befolyásolja a hang létrejöttét; az első és utolsó hang annyira halk lehet, hogy már nem percipálhatjuk és így a meghatározott amplituda kicsiny lesz. Nem alkalmazható ezen módszer aorta-insufficienciában, a hol a periferiás erekben spontán hangot hallunk. Ugy a palpációs, mint az auscultációs módszer ma már általánosan használt eljárás, nemcsak azért, mert legegyszerűbben és leggyorsabban végezhető, hanem azért is, mivel adatai igen megbízhatók. A maximális nyomás értéke a kétféle módszer meghatározásában többé-kevésbé egyező, de néha az auscultációval kissé magasabb számokat kapunk.

Ha végig tekintünk azon eredményeken, a miket egyes szerzők a vérnyomásméréssel elértek, az találjuk, hogy normális viszonyok között isvál takoznak a kapott értékek; ennek oka talán a használt eszközök különféleségében van. Az egészséges asszonyok maximális vérnyomását középértékben 100—110 mm. Hg.-nak vehetjük. Gumprecht 120 mm.-nek tartja, Weiss 80—100 mm. között Jellinek, Schröder 100—110 mm. között levőnek, Erlanger 110 mm.-nek, Hensen 105—160 mm. között ingadozóknak, stb. A vérnyomást nem lehet mint állandó magasságot felfogni, igen könnyen jelentékeny ingadozásokat tapasztalhatunk már egészséges egyéneken is. Bő táplálékfelvétel után a nyomás és amplitudo növekszik; rövid ideig tartó erős izommunka különösen a systolés nyomást fokozza, psychés izgalom emeli a vérnyomást. Nagyobb differenciákat kapunk kóros körülmények között: arteriosclerosis, köszvény, neurasthenia, hysteria, nephritis interstitialis, albuminuria, eklampsia, uraemia, aorta-insufficiencia, aranyér, obstipatio, továbbá ólommérgezés, nicotinismus, alkoholismus stb. esetekben nagyobb a vérnyomás: 200—250 mm. Hg. magasat gyakran észleltek, sőt Wiessner egy vajudó eklampsián 280 mm.-en felüli emelkedést látott. Vannak bizonyos gyógyszerek, a melyek szintén emelik a vérnyomást, így az adrenalin, a digitalin, a coffein, a kámfor, stb. Vérnyomáscsökkenést észleltek a szerzők tüdővészeken, influenzában, pneumoniában, icterus catarrhalisban, marasmus, cachexia, collapsus, erősebb vérzés esetén, agoniában stb.; az észlelt minimum 30—40 mm. volt moribundákon, reconvalescenseken pedig 75 mm. (Hensen.)

Mindezekből látható, hogy a vérnyomás viselkedéséből útbizonyítást nyerhetünk sok esetben nemcsak a betegség prognózisára, hanem arra nézve is, hogy milyen legyen az adott esetben a gyógyító eljárásunk.

Szem előtt tartva az elmondottakat, Bársony tanár felszólítására érdeklővel vettem vizsgálat alá az I. számú női klinikának rendelkezésemre álló szülészeti és nőgyógyászati anyagát. Vizsgáltam a vérnyomás változását egészséges asszonyokon, különösen

tekintetbe véve a menstruációs időszakot; észleltem a nőbetegeket műtét előtt és után; figyeltem a nyomás változását terheseken, szülőnőkön és gyermekágyasokon úgy normális mint számos kóros esetben. Vizsgálataimat a Recklinghausen széles karóvével összekapcsolt Riva-Rocci-féle sphygmomanometerrel végeztem, Korotkow auscultációs módszere szerint; a systolés nyomást ellenőriztem palpációval is. A méréseket fekvő helyzetben eszközöltem, kerülve a psychés izgalmat, mindig étkezés előtt, megszámlálva a pulzust is. Vizsgálataim 250 egyénre vonatkoznak. Egészséges asszonyokon a vérnyomás minimuma az auscultációs eljárással 95—110 mm. Hg. között ingadozott, palpációval 90—102 mm. Hg. között, tehát átlag 7 mm.-rel alacsonyabbnak találtam tapintással a systolés vérnyomást. A diastolés minimális vérnyomás 36—52 mm. Hg. között változott. A systolés és diastolés nyomás közötti különbséget, az úgynevezett pulsusnyomást vagy pulsusamplitudót átlag 58 mm.-ben állapíthatom meg, míg más szerzők egészségeseken átlag 30 mm.-nek, betegeken 40—70 mm.-nek veszik fel.

A vérnyomás ingadozásai az asszonyokon igen kifejezettek a menstruációval kapcsolatos időszakban. A menstruatio bár physiologiai folyamat, alapjában megingatja az egész szervezetet. Már a beálló havi vérzés előtt pár nappal vasomotoros zavarok vannak, melyek gyors, rendetlen és néha kihagyó pulsusban nyilvánulnak; a vérnyomás fokozottabb, néha hőemelkedés is észlelhető. Ezen változások magyarázatában sok az ellenmondás; a Knauer, Halban, Pflüger, Born-Fränkel stb. nevéhez fűződő theoniák szerint a növekvő Graaf-tüsző részben mechanice gyakorol ingert a petefészekben lévő idegekre, részben pedig onnan van az elváltozás, hogy a vérben kering bizonyos anyag, a melyet a periodice functionáló ovarium produkál és a mely kiváltó oka a menstruációnak. A Born-Fränkel theoria szerint: „a szervezetben olyan anyagcsere-folyamatok vannak, a melyek némileg intoxicációra és az ezt kísérő vérnyomásemelkedésre vezetnek, kiváltják a petefészek secretióját, ezen secretumok hatással vannak a méhre, a mely ezután a vérzéssel kiküszöböli a mérgező anyagokat és ennek következménye volna a vérnyomás süllyedése“. (Sammlung Klin. Vorträge 508.) Hogy ezen okoskodásnak valami alapja van, a mellett szólnak a vérnyomási kísérletek eredményei. Legtöbb vizsgáló szerint a vérnyomás a menstruatio előtt pár nappal emelkedik, majd a menstruatio alatt esökken; a maximális süllyedést legtöbbször (Ott, Jacobi, Merletti, Giles) közvetlenül a vérzés megindulása előtt, vagy éppen a megindulásakor találták; Jacobi a maximális süllyedést kiterjeszti az első napra, Giles a két első napra, Wiessner praemenstruális emelkedést nem említi, szerinte a vérnyomás esökken körülbelül 20 mm.-rel, legmélyebb a menses tetőpontján; 3—4 nappal a menses után már visszanyerte a rendes magasságát. Saját észleléseim a legtöbb szerzőivel egyeznek: a havi vérzés megindulása előtt pár nappal a vérnyomás emelkedik, a vérzés megindulása után fokozatos a süllyedés és legalacsonyabb a vérzés tetőfokán a II. napon, majd lassú emelkedéssel a vérzés szüntével eléri a normális magasságot. Vizsgálataim 18 egészséges asszonyra vonatkoznak 23—38 életév között; az átlagos vérnyomás menopause alatt:

max. 112 mm., min. 69 mm., pulsusnyomás 43 mm. Hg.,
menstruatio előtt: max. 116 mm., min. 66 mm., pulsusnyomás
50 mm. Hg.,
menstruatio alatt: max. 102 mm., min. 62 mm., pulsusnyomás
40 mm. Hg.,
tehát a normálshoz viszonyított vérnyomáscsökkenés átlag
10 mm. Hg.-ot tesz ki a menstruatio alatt.

Nagyobb ingadozásokat találhatunk a vérnyomás magasságában a különböző női megbetegedésekben. Az egyes betegségek szerint csoportosítva, a következőképpen váltakozott a vérnyomás, mindenütt középértékeket számítva:

Endometritis 9 esetében: a systolés 100 mm., a diastolés 63 mm., a pulsusnyomás 37 mm. Hg.

Ascites (tuberculosis peritonei) 3 esetében: a systolés 92 mm., a diastolés 51 mm., a pulsusnyomás 41 mm. Hg.

Carcinoma 13 esetében: a systolés 112 mm., a diastolés 66 mm., a pulsusnyomás 46 mm. Hg.

Prolapsus esetén (7 eset): a systolés 134 mm., a diastolés 76 mm., a pulsusnyomás 58 mm. Hg.

Rossztermészetű daganat 4 esetében: a systolés 129 mm., a diastolés 77 mm., a pulsusnyomás 52 mm. Hg.

Ovariális cysta (9 eset): a systolés 125 mm., a diastolés 76 mm., a pulsusnyomás 49 mm. Hg.

Uterus-fibroma 19 esetében: a systolés 137 mm., a diastolés 86 mm., a pulsusnyomás 51 mm. Hg.

Általában véve jóindulatú daganat eseteiben nagyobb volt a vérnyomás, legmagasabb értékeket kaptam méhfibroma és prolapsus eseteiben; cachexiával, lázzal járó megbetegedések, mint carcinoma, exsudatum, adnex-tumor, tbc. peritonei alacsonyabb vérnyomást mutatnak.

A nyomás változásának fő tényezőiként daganat eseteiben felvethetjük az intraabdominális nyomás emelkedését, a daganatok befolyását az idegtörzsekre és idegvégekre és a gyakori hashártya-elváltozásokat, de szerepelhet a szív hyperfunctiója is. Különös súlyt kell helyezniük fibromás betegek a szív functionális vizsgálatára. Winter a szívizomzat barna atrophiját és zsíros degenerációját a fibroma következményének tartja; a hol tehát a szívizomzat degenerációjának legkisebb tünete fennáll, ott minden műtéti beavatkozás veszedelmes. A műtét prognózisára döntő befolyású a szív állapota. A csekély fokú systolés emelkedés normális pulsusnyomás mellett nem fog aggasztani bennünket, ellenben az igen alacsony pulsusnyomás már nagy elővigyázatot igényel. A szívnek csökkent hajtóereje mellett nagyobb a hajlam a vénákban thrombusképződésre; kivérzett, anaemiás, szivgyenge asszonyokban, a kiknek a vérkeringése már magában véve is gyengébb, fokozódik a dispositio a vérmeg-alvadásra s így embolia is könnyebben támadhat, már ezért is a műtétek prognózisának megállapítására fontos tényező a vérnyomás ismerete.

Kisebb, narcosis nélküli műtétek után nem változik a verőeres vérnyomás, súlyosabb műtétek után süllyed, és pedig annál jobban, minél nagyobb volt a műtéti beavatkozás és minél huzamosabb ideig tartott a narcosis. Laparotomiák után az átlagos nyomásesőkkenés 12 mm. Hg. volt, a maximális süllyedés 30 mm. Hg. (abdominális totalexstirpatio után). A vérnyomás esőkkenését műtétek után visszavezethetjük a narcosisra is. A mint Blauel kísérletei kimutatták, a chloroform nagy mértékben süllyesztí a vérnyomást és a vérkeringés mechanizmusára káros hatású; az aether ellenben a vérnyomást emeli és pedig úgy erőteljes, mint legyengült egyénekben és ezen sajátága megmarad az egész narcosis alatt. Hogy mi műtétek után nagyobb differentiákat a vérnyomásban nem kaptunk, annak magyarázata talán abban van, hogy a narcosisokat chloroform, aether és oxygen keverékével a Roth-Dräger féle géppel eszközöltük.

A vérnyomás nagyfokú süllyedése műtétek után jelzi a szív hajtóerejének esőkkenését és ezzel az embolia keletkezésére való dispositiót. Laparotomia után támadt embolia két esetében a pulsusnyomás nagyfokú esőkkenését észleltem: egy 38 éves carcinomás asszonyon a vérnyomás maximuma 103 mm., a minimum 79 mm., a pulsusnyomás 24 mm. Hg. Laparotomia útján a kétoldali arteria hypogastrica lekötése után a maximális vérnyomás 78 mm.-re süllyedt, a minimális 68 mm., a pulsusnyomás 19 mm.-re esett. Ezt az asszonyt emboliában elvesztettük. A másik 29 éves betegen uterus fibromával a vérnyomás maximuma 116 mm., minimuma 72 mm., a pulsusnyomás 44 mm. Hg. Laparotomia útján supravaginális amputatio után a maximális vérnyomás 102 mm.-re süllyedt, a minimális 78 mm.-t mutatott, a pulsusnyomás 24 mm.-re esett. Embolia tünetei támadtak, azonban digalenezésre és nyugodt fektetésre a beteg állapota javult, az asszony felgyógyult.

Az alacsony vérnyomás és kicsiny pulsusnyomás emelésére kitünő szolgálatot tesznek a konyhasós hypodermoklysisok és az intravenás digalenbefecskendezések, a pulsus gyorsan javul, a vérnyomás emelkedik. 5 esetben végeztem méréseket, 500—1000 gm. physiologiás konyhasóoldat infusiója után a vérnyomás átlag 13 mm.-rel emelkedett, a pulsusnyomás pedig 17 mm.-rel fokozódott. A digalennek a vérnyomást emelő kitünő hatását 8 műtét utáni súlyos szivgyengeség esetében tapasztaltam; a hatást leginkább mutatja a pulsusnyomás emelkedése és pedig részben mert a systolés nyomást emeli, részben mert a diastolés nyomást süllyesztí. A maximális nyomás emelkedése átlag 26 mm. Hg., a minimális nyomás süllyedése 5 mm. Hg.; a pulsusnyomás emelkedett 7—30 mm. Hg.-mal. A digalennek ezen kitünő hatá-

sát ajánlatos felhasználnunk minden anaemiás és szivgyenge betegen, a kiknek a műtét előtt pár nappal adagoljunk digalent; a műtétek utáni szivgyengeség leküzdésére a digalen kombinálva konyhasós hypodermoklysisokkal életmentőnek bizonyult.

A vérnyomás-változások igen kifejezettek a puerperiumban, a mely physiologiás folyamat ugyan, mindamellett az elváltozások igen gyakran átlépik a normális határokat és kórossá válhatnak; különösen a vérkeringésbeli elváltozások igen fontosak. A szivve nagyobb munka van róva, ezt mutatják a vérnyomási kísérletek (Krönig, Schröder, Fellner, Wiessner, Slemens stb), melyek eredménye az, hogy úgy a terhesség, valamint a szülés alatt is a vérnyomás fokozódik. Ezen fokozott munka eredetének magyarázatába nem bocsátkozom; a terhes, szülő és gyermekágyas asszony szivmüködése elé gördülő zavarok és akadályok magyarázása tekintetében nincs ezideig egyöntetű megállapodás. A terhesség alatt megsaporodott vérmennyiség mindenek szerint keringési nehézséget alkot, úgyszintén a méh növekedésével a nagyereket érő nyomás és már a terhesség végén mutatkozó méhösszehúzóadás is. Szülés közben a szívnek még erősebben kell dolgoznia, mint terhesség alatt; ekkor a méhösszehúzóadás úgy mechanikusan, mint a reflex révén okozott vérnyomás fokozásával és a tolófájások alatt a hasprés működése útján támadt venosus pangással okoznak újabb vérkeringési zavarokat. A vérnyomás változásait tanulmányozva a puerperiumban, kísérleteimet 155 egyenre terjesztettem ki, és pedig 127 normális terhesre, a kik közül 67-nek szülését és gyermekágyát is végig észleltem; megfigyeltem 18 kóros terhességet, ezek között 7 eklampsiást, 9 terhességi vesebajost, 3 hyperemesiést, végül tanulmányoztam 10 septikus gyermekágyas vérnyomásviszonyait.

A maximális vérnyomás normális terhesség alatt középértékben 108—115 mm. Hg. között ingadozott, a pulsusnyomás átlag 53 mm. Hg.-nak felelt meg.

Ezen értékek a terhesség előrehaladásával változtak: így az első öt hónapig az átlagos max. nyom. 92 mm., a min. 43 mm., a pulsusnyomás 49 mm. Hg.;

a VI. hónapban az átlagos max. nyom. 95 mm., a min. 47 mm., a pulsusnyomás 48 mm. Hg.;

a VII. hónapban az átlagos max. nyom. 98 mm., a min. 48 mm., a pulsusnyomás 50 mm. Hg.;

a VIII. hónapban az átlagos max. nyom. 97 mm., a min. 50 mm., a pulsusnyomás 47 mm. Hg.;

a IX. hónapban az átlagos max. nyom. 100 mm., a min. 51 mm., a pulsusnyomás 49 mm. Hg.;

a X. hónapban az átlagos max. nyom. 110 mm., a min. 55 mm., a pulsusnyomás 55 mm. Hg.

A terhesség vége felé magasabb értékeket kapunk, még pedig különbség van az először szülők és a többször szülők között, az utóbbiak vérnyomása magasabb:

Primiparákon: max. 110 mm., min. 60 mm., pulsusnyomás 50 mm. Hg.

Multiparákon: max. 115 mm., min. 64 mm., pulsusnyomás 51 mm. Hg.

Szülés alatt emelkedik a vérnyomás, legnagyobb a fájások alatt; növekszik a pulsusnyomás is. Átlag 17—18 mm.-rel nagyobb a maximum és 14—16 mm.-rel nagyobb a pulsusnyomás. Primiparákon a maximális nyomás 128 mm. Hg., a pulsusnyomás 64 mm., többször szülőknél a maximum 132 mm., a pulsusnyomás 67 mm. Hg.

A magzat súlya és a vérnyomás emelkedése között némi összefüggést lehet kimutatni:

2000—2500 gm. magzat mellett az átlagos max. 110 mm., a min. 63 mm., a pulsusnyomás 47 mm. Hg.;

2501—3000 gm. magzat mellett az átlagos max. 112 mm., a min. 60 mm., a pulsusnyomás 52 mm. Hg.;

3001—3500 gm. magzat mellett az átlagos max. 112 mm., a min. 58 mm., a pulsusnyomás 52 mm. Hg.;

3501—4000 gm.-os magzat mellett az átlagos max. 113 mm., a min. 60 mm., a pulsusnyomás 53 mm. Hg.;

4001 gm.-on felüli magzat mellett az átlagos max. 115 mm., a min. 61 mm., a pulsusnyomás 54 mm. Hg.

A többször szülők szivmunkája talán azért is vehető nagyobb-nak, mert a magzatok is súlyosabbak az előzően szülöttekhez képest.

Eseteimből 37 először szülő újszülötteinek átlagos súlya 3000 gm. volt és 30 többször szülő magzata átlag 3200 gm. Hogy a szív munka és a magzatok súlya között összefüggés van, azt igazolja nemcsak azon körülmény, hogy a többször szülők-magzatai eseteinkben súlyosabbak voltak, mint a primiparákéi, hanem az a tapasztalásom is, hogy a súlyosabb magzatok olyan primiparáktól születtek, a kiken ha a vérnyomás maximuma nem is volt magasabb, a pulsus nyomása, vagyis a szív munkakifejtésének indexe nagyobb volt.

Így primiparákon:

3565 grammos magzat mellett max. 116 mm., pulsusnyomás 65 mm. Hg.

3675 grammos magzat mellett max. 116 mm., pulsusnyomás 68 mm. Hg.

3792 grammos magzat mellett max. 92 mm., pulsusnyomás 56 mm. Hg.

3875 grammos magzat mellett max. 126 mm., pulsusnyomás 58 mm. Hg.

3950 grammos magzat mellett max. 116 mm., pulsusnyomás 61 mm. Hg.

4000 grammos magzat mellett max. 98 mm., pulsusnyomás 60 mm. Hg.

4100 grammos magzat mellett max. 117 mm., pulsusnyomás 69 mm. Hg.

A magzat megszületése után a vérnyomás süllyed: primiparákon átlag 5 mm.-rel, többször szülőkön 7 mm.-rel volt alacsonyabb mint a terhesség végén; majd a gyermekágy III—IV. napján 48 esetben 8 mm. átlagos emelkedést észleltem, míg 19 esetben fokozatos esést tapasztaltam. A gyermekágy IV. napjától lassan süllyedt a vérnyomás, úgy, hogy a különbség a terhesség vége, tehát a szülés kezdete és a gyermekágy vége (nálunk a 8. nap estéje) között 13 mm. Hg.-nek felelt meg. A vérnyomáskülönbség a gyermekágy első napja és a felkelés között 53 esetben átlagos 6 mm. esőket mutat, míg 14 esetben 3 mm. emelkedést. A gyermekágy lefolyása alatt nagyobb vérnyomássüllyedést tapasztaltam bőséges ürülések után. A hőemelkedéssel és a pulsus szaporaságával nem tartott lépést a vérnyomás. Tíz sepsises gyermekágyast vizsgáltam, a kiken az átlagos maximum 98 mm., a minimum 51 mm. és a pulsusnyomás 47 mm.-t tett ki. Magas láz nem befolyásolta a vérnyomást, ellenben tapasztaltam, hogy ha magas láz esetén a vérnyomás süllyedt és a pulsusnyomás is kisebbedett, akkor a prognosis rossz. A 4 halálosan végződő sepsis-eset vérnyomásadatai következők voltak:

1. (379/372 sz. 1909.) 33 éves IVP.-n már a szülés előtt lázas és bűzös magzatvíz ürül. Hő 38.6 C°. Pulsus 108. Vérnyomás a szülés után közvetlenül: maximum 98 mm., min. 69 mm. Pulsusnyomás 29 mm. Hg. A vérnyomás állandóan alacsony, a gyermekágy 7. napján hő 40.0, pulsus 128, vérnyomásmax. 92 mm., min. 66 mm., pulsusnyomás 26 mm. Hg.

2. (408/1909 sz.) 30 éves VP., ruptura uterivel beszállítva. Hő 39.0. Pulsus 144. Vérnyomásmax. 104 mm., min. 60 mm., pulsusnyomás 44 mm. Hg. A 3. héten pneumonia támadt, hő 40.1 C°. Pulsus 136. Vérnyomás 96 mm. Pulsusnyomás 38 mm. Hg. Folytonosan süllyedő vérnyomás és pulsusnyomás; az exitus napján a maximum 97 mm. volt, míg a pulsusnyomás 29 mm.-re süllyedt.

3. (727/1909 sz.) 28 éves IVP. A gyermekágy 7. napján beszállítva súlyos sepsissel; hő 39 C°. Pulsus 126. A vérnyomás maximuma 77 mm. volt, a diastolés nyomást nem lehetett meghatározni.

4. (872/1909 sz.) 39 éves VIIP., peritonitis septica (panaritium). Hő 39.1. Pulsus 120. Vérnyomásmax. 82 mm., min. 57 mm., pulsusnyomás 25 mm. Hg.

A terhesség alatt keletkező vesemegbetegedések a vérnyomás jelentékenyebb fokozásával járnak, mert hiszen a vesék is különösen meg vannak terhelve a terhesség alatt növekvő munkatöbblettel. A belgyógyászok vizsgálatai szerint úgy a heveny, mint az idült veselobnak számos esetében a verőeres nyomás emelkedik. Krehl szerint: „ha bizonyos folyamatok fejlődnek a vesében, olyan feltételek támadnak, a melyek mellett a vasomotoros tonus fokozódik. A verőeres nyomás fokozódása esetén első sorban a gomolyok betegszenek meg. Ezek részéről az értonus fokozódása vagy reflec-

torius úton támadhat, vagy úgy, hogy bizonyos pressoriusan ható anyagok a gomolyok ereinek megbetegedése miatt csak hiányosan választatnak ki.“ Ezen utóbbi felvétel mellett szól az uraemiával kapcsolatos magas vérnyomás, továbbá a terhességi vesével és eklampsiával járó nyomásfokozódás. A terhesség alatt tudásunk mai álláspontja szerint a foetustól származó toxinok keringenek a vérben, mérgezik a szervezetet, így a veséket is; a keletkező albuminuria a vesepithel megbetegedésének az első symptomája, hasonlóan a mint azt scarlatina, diphtheria, továbbá higany-, ólom- és más fém-mérgezés eseteiben látjuk. A vesegyuladással járó vérnyomás-emelkedést újabban Marcuse (Breslau) akként magyarázza, hogy lobos vesében a vér elvezetése akadályozott lévén, a mellékvesében compensatorius hyperaemia keletkezik, a mi a szerv hypertrophiájára vezet; a túltengett mellékvese jobban választ ki, több adrenalin jut be a szervezetbe, az adrenalinak pedig tudvalevőleg vérnyomás-emelő hatása van.

A terhesség alatt albuminuriát találtam eseteim között 9-ben, a melyek között kettőben chronikus nephritis, a többi 7-ben csak terhességi vese volt. Ezen utóbbiak maximális vérnyomása középértékben 147 mm. volt, a min. 80 mm. és a pulsusnyomás 67 mm. Hg. A szülés és gyermekágy alatt ugyanazokat a vérnyomáscsökkenéseket találtam, mint egészséges asszonyokon. A fehérjekiválasztás és a fokozott vérnyomás között kell, hogy oki összefüggés legyen, mert feltűnik, hogy úgy a max. vérnyomás, mint a pulsusnyomás nagy fokban süllyed a fehérjekiválasztás esőkként és normálissá lesz annak megszüntével. Nephritis terheseken az ellenkezőt tapasztaltam. Szülés után a vérnyomás nem esett oly meredeken; a gyermekágyban tejdiaeta mellett, ha a fehérjekiválasztás esőkként is, a systolés nyomás és a pulsusnyomás magasabb marad.

A két nephritis terhesség vérnyomásviszonyai következők:

1. 924/825. 1909. sz. 23 éves IP. vizeletében bőven fehérje, vesealakelemekkel.

A terhesség végén max. nyomás 176 mm., min. 88 mm., pulsusnyomás 88 mm. Hg.;

fájások alatt max. nyomás 184 mm., min. 86 mm., pulsusnyomás 96 mm. Hg.;

szülés után max. nyomás 167 mm., min. 84 mm., pulsusnyomás 83 mm. Hg.;

gyermekágyban átlagos max. nyomás 147 mm., min. 88 mm., pulsusnyomás 59 mm. Hg.;

felkeléskor max. nyomás 135 mm., min. 85 mm., pulsusnyomás 50 mm. Hg.

2. 891/828. 1909. sz. 35 éves VIIP. vizeletében bőven fehérje vesealakelemekkel.

A terhesség végén max. nyomás 153 mm., min. 65 mm., pulsusnyomás 88 mm. Hg.;

fájások alatt max. nyomás 168 mm., min. 66 mm., pulsusnyomás 102 mm. Hg.;

szülés után (foreeps) max. nyomás 147 mm., min. 64 mm., pulsusnyomás 78 mm. Hg.;

gyermekágyban átlagos max. nyomás 144 mm., min. 60 mm., pulsusnyomás 84 mm. Hg.;

felkeléskor max. nyomás 137 mm., min. 60 mm., pulsusnyomás 77 mm. Hg.

A nephritis vérnyomásánál is magasabb vérnyomási értékeket kaptam eklampsiásokon. Megfigyeltem 7 esetet; 5-ben sub partu voltak a rohamok, 2-ben a puerperiumban. Átlagos nyomásviszonyok a rohammentes időben: max. 157 mm., min. 84 mm., pulsusnyomás 73 mm. Hg. Legalacsonyabb volt 124 mm., legmagasabb 212 mm. Hg. Összefüggést a vizelet fehérjetartalma és a vérnyomás között itt is ki lehetett mutatni. Ugyanis 4 esetben a fehérje csak nyomokban volt, vagy $\frac{1}{2}$ /₀₀ Esbach szerint, ezekben a maximális vérnyomás alacsonyabb: 124 mm., 136 mm., 138 mm., 147 mm. Hg. $\frac{3}{00}$ fehérje mellett 188 mm., $\frac{4}{00}$ mellett 152 mm. és $\frac{6.5}{00}$ mellett 212 mm. Hg. Az eklampsiás eseteket már a rohamok után kaptuk, tehát a vérnyomás magasságából következtetést vonni a roham kitörésére, a mi Wiessner-nek sikerült, nem tudtunk.

Egy 20 éves IIP.-n (822/768 1909 sz.) a terhesség végén a vizeletben $\frac{4}{00}$ fehérje mellett a vérnyomás 152 mm.-nek, a pulsusnyomást 72 mm.-nek mértem. Közvetlenül a szülés után egy

eklampsias rohama volt, utána a vérnyomást 147 mm.-nek, a pulsusnyomást 59 mm.-nek találtam. Több roham nem volt, a gyermekágy első napján a fehérje csak nyomokban volt kimutatható, a vérnyomás is rohamosan sülyedt 113 mm.-re, a pulsusnyomás 33 mm. Hg.-ra.

Ugy terhességi vese, valamint eklampsia esetében is a keringő toxinoknak kiválasztása érdekében bizonyos fokú vérnyomás szükségesség; a verőeres nyomásfokozódás tehát, ha más tekintetben talán veszedelmes is a szervezetre, a vesék működésének szempontjából hasznos (Krehl). Ha eklampsiaiban a pulsus szaporasága mellett a vérnyomás erősen sülyed, akkor a prognosis rossz. Ezt láttuk egy esetünkben (460/421. sz. 1909). 21 éves IP. (gemelli, koraszülés). A szülés alatt támadt két eklampsias roham után a szülést befejezzük; több roham nem jelentkezett; a vérnyomás maximuma szülés után 140 mm., a pulsusnyomás 74 mm. Hg.; a gyermekágyas pulsusa állandóan szapora, 156—160 percenként, a vérnyomás erősen sülyed, másnap a max. 121 mm., a pulsusnyomás 61 mm. Hg., 3. napon max. 96 mm., pulsusnyomás 28 mm.-re esik, beáll az exitus.

A terhességnek van egy súlyos complicatiója, a hyperemesis, a mely alkalmasint nagy részben toxamiás eredetű. A prognosis és a therapia szempontjából itt is fontos a pulsus és a verőeres vérnyomás megfigyelése. Például: II. hónapban terhes (574/1909 sz.) pulsusa 112, a vérnyomás max. 134 mm., a min. 68 mm., a pulsusnyomás 66 mm. Hg. Minden szakszerű kezelés mellett állapota rosszabbodik, a hányás fokozódik, a pulsus 116, a systolés nyomás 142 mm., a diastolés 72 mm., a pulsusnyomás 70 mm. Hg.-nak felel meg. Az asszony abortus művi megindításába nem egyezik; haza viszik, a hol egy hét múlva meghal. Másik két esetünkben (743 sz., 837 sz. 1909.) a vérnyomás normális volt, max. 97—99 mm., a pulsusnyomás 43—53 mm. között, átlagos 80-as pulussal; a hányás mindkettőben szakszerű kezelésre megszűnik. A szapora pulsus, a magas vérnyomás tehát a mérgezett állapot súlyosságát mutatja és indikálhatja a terhesség megszakítását.

Áttekintve kísérleteimet, a vérnyomás terén tapasztalataimat a következőkben összegezhetem:

Havivérzés előtt pár nappal a vérnyomás emelkedik; a vérzés megindulása után fokozatos a sülyedés és legalacsonyabb a vérzés tetőpontján a 2. napon; a normálshoz viszonyított sülyedés átlag 10 mm. Hg.

A terhesség második felében magasabb a vérnyomás, a mely szüléskor, fájások alatt fokozódik. A többször szülők szív munkája fokozottabb.

A magasabb vérnyomás és a születendő magzatok súlya között összefüggés mutatható ki.

A gyermekágy három első napján a vérnyomás némileg emelkedik, majd fokozatosan sülyed.

A láz nincsen befolyással a vérnyomás fokozására. Sepsis esetén, ha magas láz mellett a vérnyomás sülyed és a pulsusnyomás csökken, rossz a prognosis.

Terhességi vese és eklampsia eseteiben igen magas a vérnyomás, összefüggést a vizelet fehérjetartalma és a nyomás emelkedése között ki lehet mutatni. A magas vérnyomásból eklampsias görcsök kitörésére következtetni nem lehet.

Jóindulatú daganat eseteiben nagyobb a vérnyomás, legmagasabb uterusfibroma és prolapsus eseteiben; cachexiával, lázzal járó megbetegedések alacsonyabb vérnyomást mutatnak. Vérszegény, legyengült asszonyoknak ajánlatos már a műtét előtt pár nappal digalent nyújtani, mert ezzel emeljük a vérnyomást, növeljük a szív energiáját és a reconvalescentiában e módon útját állhatjuk a thrombosis és az embolia keletkezésének.

Prostata okozta pollutio, spermatorrhoea és impotentia.¹

Irta: *Porosz Mór* dr., Budapest.

Noha az utolsó évtizedekben a prostata anatómiájáról, physiologiájáról és pathologiájáról szerzett ismereteink oly óriási haladást

¹ Előadta a XVI. nemzetközi congressus urológiai sectiójában 1909 szeptember 2.-án.

mutatnak, mégis nem egy kartárs idegen hangzásúnak, szokatlannak fogja találni az említett bajok okozati összefüggését a prostatával.

Mi, a kik a genitális és sexuális betegségekkel szakszerűen foglalkozunk, régóta tapasztaljuk azt, hogy acut prostatitisek után vagy chronikus prostatitisek fennállásakor sexuális functionális zavarok jelentkeznek. A spermatorrhoea a kankó tartama alatt nem új és nem ritka jelenség. Már 1870-ben leirta Grünfeld, hogy a már megtisztult vizeletben úszó hosszú czafatokban spermát talált. A kinek alkalma volt sok spermatorrhoeás váladékot vizsgálni, a melyet a chronikus prostatitis oly jellegzetes symptomájának tartanak, az sokszor meggyőződhetett róla, hogy abban a váladékban spermatozoonok is vannak.

A kankó tartama alatt jelentkező pollutiókra elég magyarázatot található a húgyeső lokális lob okozta izgalmában, a kankónál szokásos abstinenciában, vagy esetleg a vesicula seminalis lobjában. Mihelyt azonban a lobos állapot megszűnik, a pollutiók okát a genitális centrumokban iparkodnak keresni és a theoria segélyével meg is találják.

Ha pedig e jelenségek mellett gyors ejaculációról, esetleg tökéletlen erectioról is panaszkodik a beteg, akkor kész a sexuális neurasthenia diagnosisa. Szép, de üres jelszó tudatlanságunk burkolására.

Fürbringer ezt a neurastheniát a betegbe belegyógyított bajnak nevezi.

Mert ezek a betegek a bajuk kigyógyításával a legkevésbé sincsenek megelégedve. Tele vannak panasszal. Elvesztik türelmüket, elvesztik bizalmukat orvosukhoz és az egyiktől a másikhoz vándorolnak. Az úgynevezett *latens* chronikus kankójuk gyógyítása nem tudja megszerezni nyugalmukat, bajuk meggyógyítása helyett csak biztató jó szót kapnak, a melylyel jólelkű orvosai nem igen takarékoskodnak.

Így aztán nem valami nagy csoda, hogy neurastheniájuk kifejlődik és szépen fokozódik. Ha pedig a neurastheniájuk már megvan, annak számtalan panaszával az idegorvoshoz fordulnak. Ilyenkor ez kerül sorra, a szokott brom- és egyéb idegpraeparatumok végtelen sorozatával. Ha azonban a betegségnek különböző fejlődési stadiumain, valamint a körelőzményen végigtekintünk, nem kerülheti el figyelmünket a mechanismus lokális zavara.

Ki gondolna arra, hogy a kiállott kankó után visszamaradt gyakoribb vizelés-inger vagy csepegés a vizelés végén centrális eredetű zavar. Az köztudomású, hogy e zavarok okozati összefüggésben állanak a lefolyt betegséggel. Ha pedig az ondóhólyag és a húgyhólyag anatómiáját, kivezető csöveiket összehasonlítjuk, nem lesz nehéz analogiát találni. Ez is, az is átfúrja a prostatát. Ez is, az is functionális zavart mutat prostatitis után.

A spermatorrhoeában a mechanismus hibáját már majdnem helyesen a ductus hűdésének tartják. De a pollutiót és a gyors ejaculációt már a centrumok izgalmából akarják megmagyarázni. Én már évekket ezelőtt is úgy értelmeztem e jelenségeket, hogy valamennyinek a közös oka a mechanismus fogyatékoságában rejlik.

A mechanismus physiologiája ismeretlen volt. Sőt még a prostata és a genitáliák anatómiája sem volt eléggé kiművelve.

Ezért én klinikai és pathologiai jelenségek alapján felállítottam azt a tételt, hogy éppen úgy, mint a húgyhólyagnak, az ondóhólyagpárnak is valamely sphincterszerű zárókészülékének kell lennie.

Mindkét szerv a termelt secretumok gyűjtésére és conserválására szolgál.

A tartalma úgy a húgyhólyagnak, mint az ondóhólyagpárnak időről-időre ürül ki, dacára annak, hogy a megfelelő mirigyek (vese, here) — kedvező körülmények között — állandóan termelik a productumukat. Ha pedig ezek a mirigyek folytonosan secernálnak és a productum kiürítése csak időre-időre történik, ez csak úgy lehetséges, hogy ha a kiürülésnek útját állja valami, a mi megakadályozza azt, hogy ez anyagokat a szervezet folytonosan elvesztessék. Ez az akadály a húgyhólyagban a sphincter vesicae. Azt a zárókészüléket pedig, a mely az ondóhólyagot becsukva tartja, *sphincter spermaticus*-nak nevezném. Ezt az elnevezést az anatómiai sectióban el is fogadták (a XVI. nemzetközi congressuson). Ez a sphincter nem direct sphinctere az ondóhólyagnak. Egy 8-as alakú, kettős kör formájú sima izomköteg-csoportja a prostatának,

a mely a ductuspár lumenét elzárja, egymással, valamint a kettőt egybefoglaló közös izomgyűrűvel köteges összefüggésben van. Ezt az izomkötegesoportot felfedeztem és anatómiailag mikroszkopos metszetekben be is mutattam.¹ Neki tulajdonim én mindazokat a functio-zavarokat, a melyeket centrális eredetűnek tartanak. Én úgy tartom, hogy ezek a functionális zavarok nem az agy-gerincz-agyi centrumok hibás voltából, hanem a mechanismus tökéletlenségéből származnak. A spermatorrhoeát a ductus hűdésének tartják. A pollutiót én a sphincter gyengeségével magyarázom. Mindazok a pollutiók, a melyek a sphincter gyengeségéből származnak, spermatorrhoeával járnak együtt. Ilyen esetekben a székelés után rögtön felfogott vizeletben spermasejteket lehet kimutatni, legtöbbször olyankor is, a mikor a beteg ondófolyról nem is tud. Erről csak akkor szokott a beteg tudomást szerezni, a mikor a pollutio ritkábban jelentkezik és nagyobb mérvű defaecatiós folyás áll be. Viszont pedig a javuló spermatorrhoeás állapotban a pollutio mint átmeneti stadium hosszabb szünet után is újból kezd jelentkezni és többször szokott beállani.

A pollutio azon eseteiben, a melyekben spermatorrhoeát nem sikerült kimutatnom, a leirt alapon alkalmazott gyógykezeléssel nem is tudtam célra jutni. Ezek a valódi centrális eredetű pollutiók. Ez esetekben gyors ejaculatióról vagy impotentiáról nem is panaszkodtak betegeim. A gyógyítás az elernyed, a gyengült sphincter tonizálásából állott. E tonizálást a farados áramnak közvetlen a prostatára történt behatásával értem el. Erre javulás, majd teljes gyógyulás következett be.

A spermatorrhoea kimaradt, a pollutiók nem következtek be, a potentia jó lett, mert az ejaculatio késése normálissá vált.

A míg e tünetesoportot prostatitis után látjuk, addig világos előttem, hogy e tünetek közös oka a sphincter spermaticus bántalmazott volta. Azonban ugyanezen tünetesoportot találtam olyanokon is, a kiknek sohasem volt urethritisük. Így onania után, sexuales abusus következtében, valamint coitus interruptus mellett, úgyszintén abstinencia után. Ezekben az esetekben a prostatát puhának, lazának, alig kitapinthatónak találtam, vagyis úgy a functiójáról, valamint az objectiv állapotáról konstatálható volt az atonia.

Úgy látszik, hogy a záróizom megerősítése a sokszoros használat következtében, vagy az abstinenciával járó anyagfelhalmozódással való túlterhelhetetés folytán ugyanazzal a következménnyel, gyengüléssel jár. Ennek a különböző úton származott tünetesoportnak, a mint az anamnesis is mutatja, közös találkozási helye van, és ez a prostata. Itt keresztezik egymást az utak. Ezért ugyanaz a következmény.

Övnom kell kartársaimat, nehogy tévútra vezetessék magukat a kísérő neurasthenia tünetei által. Gyakran csak erről panaszkodnak a betegek. Nem ritka eset, hogy a sexuales zavarokat még a szakember ideg orvos előtt is elhallgatják. A beteget ismerősei és intim orvosai is meggyőzik arról, hogy baja csak idegesség, pedig a tényállás éppen az ellenkezője. Az atonia prostatae az elsődleges baj és a neurasthenia a másodlagos. A neurasthenia kifejlődése mindig a beteg dispositiójától függ. Súlyos sexuales zavarok mellett alig valami, máskor meg már csekélyebb tünetek mellett is a tetőfokon jár a fejlettsége.

És helyesen értelmezve a betegség alapját, annak (a prostata-atonianak) megfelelő kezelése — tonizálás — után a neurasthenia is a maga változatos tüneteivel teljesen meggyógyul.

Közlés a brüsszeli Pasteur-intézetből (igazgató: prof. Bordet) és a brüsszeli egyetem anatómiai intézetéből (igazgató: prof. Brachet.)

Adatok a pneumococcus pathológiájához.

Irta: *Királyfi Géza* dr.

(Vége.)

A pneumococcus-infectiók kapcsán a többi szervben mutató elváltozásokra csupán egészen röviden óhajtának kitérni. A lépnek a megnagyobbodása, a mint ez egyébként eléggé ismeretes, csaknem állandó kísérője a subcutan fertőzésnek. A léptumor foka

¹ Lásd az I. anatómiai sectio munkálatait.

főképpen az infectio tartamával állott arányban; consistentiáját illetőleg legtöbbször lágynak, puhának mutatkozott, ellentétben *Foa* leletével, a ki kemény és ellenálló tapintatú léptumortokat észlelt, melyek szerinte a lép venáiban támadó rögösödések által hozatnak létre. A sötétvörös vagy vörösesbarna lépben a folliculusok sokszor szabad szemmel is láthatók, jelölül annak, hogy az esetek nagy részében folliculáris hyperplasia szerepel a léptumorsok aetiologiájában. A pulpa elemei szintén a legtöbbször erősen meg vannak szaporodva, nagyszámú endothelsejttel és feltűnően sok mononucleáris elemmel. Löffler-rel festett készítményeink némelyikében gyéren pneumococcusok láthatók, nagyobb részét intracellulárisan, polynucleáris leukocyták által phagocytálva. Egyik-másik esetben feltűnő a lépnek rendkívül erős pigmenttartalma, a mely alaktalan szemcsék, rögök alakjában, részben extra-, részben szintén intracellulárisan helyezkedik el. Azon esetekben is, a midőn pulpa illetve folliculáris hyperplasia szerepel, igen sokszor többé-kevésbé kitégült véreket látunk a sinusokban.

A VI. számú kísérletben leirt jelentékeny léptumornak mikroskopi képe azonban a mellett bizonyít, hogy egyes esetekben tisztán a vérbőség, a hyperaemia, önmagában is, a tulajdonképpeni lépparenchyma nélkül, igen nagyfokú léptumorsok előidézőjévé válhat. A pulpa erei olyan hatalmas vérbőlökké tágultak ki, hogy a kép valósággal a *haemangioma cavernosum* mikroskopi képéhez hasonlít. A hatalmasan kitégült vérbőlök mellett a lép tulajdonképpeni szövete, a pulpa, a folliculusok teljesen háttérbe szorulnak, illetve egy-egy épen maradt folliculus mellett a legtöbb Malpighi-testeske, valamint a pulpa szövete is a kitégült érfalak által tökéletesen összenyomatik. A pneumoniák kapcsán klinice észlelhető léptumorsoknak egy része feltétlenül szintén tisztán a hyperaemiára vezetendő vissza.

A *tüdőnek* az elváltozása már nem kíséri olyan állandóan és rendszeresen a subcutan történt pneumococcus-infectiókat. Ha azonban jelen van, akkor minden alkalommal körülbelül egyöntetű és csak esetenként nyújt fokozatbeli különbségeket mutató képet. Úgy a mint *Stefansky* is a streptococcus lanceolatus által előidézett egyik tengerimalaczárványról leírta, legtöbbször az aëut interstitiális pneumoniának megfelelő szöveti képet kapjuk. Az interstitiumnak hatalmas megduzzadása és e duzzadt, megvastagodott interstitiumnak erős lobos, sejtes infiltrációja konstatálható; as oedem és lobosan beszűrődött interstitium erősen komprimálja az alveolusokat, a melyek helyenként valósággal csupán szabadon maradt kis résekre redukálódnak. Máskor az interstitium beszűrődése mellett maguk az alveolusok is ki vannak töltve sejtes elemekkel, a melyek ugyan nagyobb részét vörösvérsejtekből állanak, de ezek mellett lymphoidsejtek, polynucleáris leukocyták és desquamált endothelsejtek is elég nagy számmal láthatók. Egyes esetekben tisztán vörösvérsejtek töltik ki a duzzadásig telt alveolusokat és ilyenkor vörösvérsejtek láthatók az interstitium elemei között is, úgyszintén ad maximum tágultak az összes pulmonális capillarisok, szóval typosus képét kapjuk a véres tömülésnek, az engouementnak, úgy a mint az az emberi pathológiában, a pneumonia fibrinosa első szakában ismeretes. Valódi rostonyás tüdőgyuladást előidézünk azonban sohasem sikerült, de nem sikerült még fibrinnek kimutatása sem speciális festéssel az izzadmányban, annak ellenére, hogy pneumococcusokat egyik-másik esetben, különösen a Löffler-es készítményeken, nagyobbára intracellulárisan phagocytálva, láttunk. Igen jól kísérhető az infectiónak a vértakon való terjedése. Csaknem minden apró tüdőcapillaris körül gömbsejtes öv foglal helyet és e pericapillaris zóna néhol valósággal koszorú alakjában veszi körül az egész érátmetszetet. Egyik-másik esetben a peribronchiális gömbsejtes beszűrődések az infectiónak a nyirokutakon való tovaterjedését is mutatják. Mind e tüdőbeli elváltozások egészen apró szigeteken, góczokban jelentkeznek, a melyek még ugyanegy mikroskopi képen belül is teljesen ép területekkel váltakoznak. Oly annyira, hogy ugyanezen tüdők, a melyeknek metszetein mikroskopi alatt e mikroszkopos pneumoniák konstatálhatók, szabad szemmel elváltozást egyáltalán nem mutattak.

Kísérleteimnek további tanúsága szerint pneumococcus-infectiók kapcsán csaknem állandó jelenség a *mellékveséknek* óriás-hyperaemiája és haemorrhagiái. Szabad szemmel a mellékvesék csaknem minden esetben erősen megduzzadtak, megnagyobbodtak, igen puhák, néha valósággal szétmállók. A metszésponton vagy az

egész velőállományának véres beszűrődése, vagy kisebb-nagyobb folt-szerű vérzés látható. A mikroskop alatt hasonló képpen ad maximum való értágulatok, valamint hatalmas, szövetroncsolással járó vérzések, valóságos apoplexiák konstatalhatók. Egyes apró, pontszerű mellékveseérzésekről egyébként *Bolognesi* is tesz említést az ő obligát anaerob diplococcusával való vizsgálatai során. E mellékvese-elváltozások csaknem az összes vizsgált esetekben olyan rendszeresen jelentkeztek, hogy a mellékvesehyperaemiát, illetve *mellékveseapoplexiákat* hajlandó volnék éppen olyan kiegészítő leletnek tekinteni az experimentális pneumococcus-infectio kórbonezolás-tani képében, mint azt mai nap például a diphtheriában megszoktuk. Tekintve a mellékveséknek toxinokkal szemben tanúsított rendkívüli érzékenységet, ezen mellékvese-elváltozásokat is mindenek szerint a pneumococcus toxinjai által feltételezettnek kell tekintenünk. Egyik-másik esetben a mellékvese hilusában mérsékelt interstitiális lobos beszűrődések is voltak észlelhetők.

A mi a máj és vese szöveti leletét illeti, ezzel röviden végezhetünk, a mennyiben mindkét mirigynek az elváltozásai az experimentális pneumococcus-infectiókban erősen háttérbe szorulnak. A legtöbb esetben a mikroskopi kép vagy egyáltalában nem mutat eltérést a rendes viszonyoktól, vagy pedig a laesiók a kórbonezolás-tani elváltozások legkezdetibb szakainak, a hyperaemiának és a parenchymás degeneratióknak keretében folynak le. A májban a vena centralisoknak, a vesében a glomeruluskacsoknak és az arteria interlobularisoknak erős tágulása, néhol ezenfelül, különösen a májban, apró capillaris haemorrhagiák is láthatók. A parenchymás elfajulás mellett kivételesen a degeneratio erősebb foka, zsíros degeneratio is volt észlelhető a májban az acinussejteknél, valamint a vesehúgycsatornacsákák hámján; sőt egyik-másik esetben a májban foltoként jelentkező apró, kezdődő nekrosis, valamint egyes húgycsatornaszakaszok hámjának a nekrosisa és desquamatiója is kimutatható. Kifejezett lobos folyamatokat a vesében azonban, ellentétben például *Bolognesi*-vel, a ki acut parenchymás nephritisről szól experimentális fertőzések után, nem volt alkalmam észlelni. Csupán egészen körülírt, a vesehilusra szorító, periarteriosus beszűrődés volt egyik-másik esetben konstatalható, a nélkül azonban, hogy diffuse elterjedő vagy pedig a parenchymát is magában foglaló lobos folyamatról szó lehetne.

Az általános septicaemiára utaló különböző szervi elváltozások után egy-két szót kell ejtenünk a szervezet lokális reactiójának a jeleiről. Az oltás helye, a mint ez egyébként eléggé ismeretes, korán, már az injectiót követő 10—12. órában megduzzad. A duzzanatnak mindinkább erősebbé és kiterjedtebbé válása kíséri az infectiónak a generalizálódását. A duzzanat, a mely néha igen hatalmas és igen nagy kiterjedésű lehet, olyannyira, hogy a hasfal bőre alá történt oltás után magasan felterjedve, az egész mellkason, sőt a nyakon is valósággal felpraeparálja a szöveteket, a mint a bonezolásakor kitűnik, tisztán oedemás beszűrődés által van feltételezve. E lobos oedema folyadékában mikroskop alatt rendszerint óriási mennyiségű pneumococcus látható. Súlyos, igen virulens fertőzések esetén az oedema erősen haemorrhagiás jelleget mutat és sokban hasonlít az anthraxos kocsonyás, haemorrhagiás oedemához; egyik-másik esetben kivételesen e lobos oedemás beszűrődés genyes infiltratióba mehet át.

Végezetül még egy tanúságot óhajtanék levonni kísérleteimből. A dispositiónak és a resistentiának állatfajok szerint megoszoló különbségeit tekintve, a bakteriologusok megegyező felfogása szerint, a mint azt a különböző tankönyvek is ilyen értelemben reprodukálják, a tengerimalacztól általában véve a pneumococcus-infectio iránt igen kevésbé disponált állatok közé szokták sorozni. Én összes kísérleteimet kizárólag tengerimalaczkokon végeztem és éppen ebből kifolyólag arra az álláspontra kell helyezkednem, hogy a tengerimalaczt igenis disponált és pedig erősen disponált a pneumococcus-fertőzésre. Csupán az állat nagyságához mérten kell a fertőzés adagát kellően megválasztanunk. Igen kicsiny tengerimalaczkok 0.1 cm³; vagy ennél is kevesebb véres bouillonculturának bőr alá fecskendése után 24 óra alatt általános septicaemiában elpusztulnak. Nagyobb állaton az adagot valamivel emelnünk kell, de általában véve 0.2—0.3 cm³ bouilloncultura subcutan injectiója közep-nagyságú tengerimalacztól is kétszer-háromszor 24 óra alatt elpusztít. Sőt az idősebb, nagy tengerimalaczkokra is 0.3—0.5 cm³-nek befeckendése a legtöbbször halálos kimenetelű volt. Vizsgálataim-

ban 25 tengerimalacztól csupán négy maradt a lokális folyamat lezajlása után életben; ez ugyan 16%-nak felel meg, azonban tekintettel kell lennünk arra, hogy mind a négy esetben éppen e kérdés tisztázása szempontjából feltűnően nagy tengerimalaczkokat választottam ki, a melyeknek súlya 630—760 gm. között változott. A kis (300 gm.-on aluli) és közep-nagyságú (300—500 gramm között levő) állatokra minden esetben, az 500 gm.-on felüli nagy tengerimalaczkokra az eseteknek csaknem mind-egyikében a fertőzés halálos kimenetelű. Ha a dispositio skálájában a házinyúl a tengerimalacztól talán meg is előzi, mégis azt a kísérleti állatot, a mely ilyen módon viselkedik a fertőzéssel szemben, úgy hiszem, joggal lehet a pneumococcus iránt jelentékeny dispositióval bíró fajok közé soroznunk.

Összefoglalás.

1. A pneumococcus a szívvel szemben, experimentálisan beigazolható módon, electiv viselkedést tanúsít.
2. A pneumococcusfertőzés első nyilvánulása gyanánt a szívben jelentékeny hyperaemia a subepicardiális erek hatalmas tágulatával, továbbá apró, miliáris intermuseuláris és subepicardiális vérzések konstatalhatók.
3. A szívnek a pneumococcus okozta laesiói között jelentékeny fontossággal bírnak a myocardium oedemája, valamint a nyirokutaknak elváltozásai: nyirokértágulatok, endothel proliferatio, lymphoidsejtek felhalmozódása a nyirokutakban, helyenként a nyirokutaknak teljes obliteratiójával.
4. Az oedemás beszűrődés a lobos oedema tulajdonságait mutatja.
5. Az oedemás beszűrődés kedvez localisatiója az ostium arteriosum. Ezen lelet a pneumococcusinfectiók kapcsán a valvuláris endocarditisre való szöveti praedispositiót látszik igazolni.
6. A klinikai pneumococcusfertőzések kapcsán néha konstatalható acut szívdilatatiók részben szintén a myocardium oedemája és a nyirokerék elváltozásai által lehetnek feltételezve.
7. A degeneratív elváltozások a többi szöveti laesio mellett teljesen háttérbe szorulnak. Elölt pneumococcuscultura, tehát csupán a toxinokat tartalmazó véres bouillon igen nagy adagainak a befeckendésére a kísérleti állat egyáltalán nem reagál.
8. Experimentális pericarditisek feltűnő gyakorisággal kísérik a subcutan pneumococcusinfectiókat; az izzadmány sejtes üledéke tisztán lymphocytákból áll. Részben a pericarditisből kiindulól, részben a pericardiumtól teljesen függetlenül, myocarditises góczok mutathatók ki a szívizomzat mélyében. (Egy esetben szövetlágyulással, szövetbeolvadással járó körülírt myocarditises gócz találatot.)
9. A myocardiumnak nagy kiterjedésű, az egész kamarafalat átható nekrosisa is bekövetkezhethet subcutan oltások után. (A XVII. számú kísérletben a coagulatiós nekrosis classikus szöveti képén a nekrosis különböző fokai az izomelemek tökéletes fragmentációjáig és pusztulásáig követhetők.)
10. A pneumococcusinfectiókat kísérő lépdaganatoknak egy része tisztán hyperaemia által van feltételezve. (A VI. számú kísérletben a hatalmas vérömlökhöz kitért sinusbeli erek a pulpa és a Malphigi-testeknek csaknem teljes eltűnését eredményező compressiójával, tökéletesen a haemangioma cavernosumra emlékeztető szöveti képet nyújtanak.) A tüdő elváltozásai ritkábbak a subcutan fertőzések kapcsán. A mennyiben jelen vannak, az acut interstitiális pneumonia szöveti képét kapjuk. Jellemzők a pericapillaris koszorút alkotó gömbsejtes zónák. A mellékveséknek elváltozásai: hyperaemia és hatalmas mellékveseapoplexiák csaknem állandó kiegészítői a kísérletes pneumococcus-infectio kórbonezolás-tani képének. A máj és vese elváltozásai, ha egyáltalában jelen vannak, legtöbbször csupán a hyperaemia és a degeneratio keretében folynak le.
11. Az oltás helyén igen korán hatalmas oedema támad, a mely virulens fertőzések esetében anthraxos oedemához hasonló haemorrhagiás jelleget mutathat.
12. A tengerimalaczt a pneumococcusfertőzésre, az általános felfogással ellentétben, jelentékeny dispositióval bír.

* * *

Végül el nem mulaszthatom, hogy *Bordet* és *Brachet* professzoroknak őszinte érdeklődésükért, melyet dolgozatom iránt tanu-

sítani szívesek voltak, valamint azon készségért, melylyel a Pasteur-intézetben, illetve az egyetemi anatómiai intézet laboratóriumában való munkálkodásomat lehetővé tették, ez úton is hálás köszönetet mondjak.

Irodalom. 1. *Longcope, Warfield and Tox*: A comparative study of pneumococci and streptococci from the mouth of healthy individuals and from pathological conditions. Journ. of Exp. Med., 1905 augusztus, VII. kötet, 5. szám. Ref. Centralblatt f. Bakt., 38. kötet, 6—8. szám. — 2. *Schultz*: Contribution à la pneumonie fibrineuse. Ref. Baumgartens Jahresberichte, 1902. — 3. *Calmette, Vaustenberghé et Gysz*: Sur l'origine intestinale de la pneumonie et d'autres infections phlegmasiques de poumon. Compt. rend. de la Soc. de Biol. 1906. 61. kötet, 27. szám. Ref. Centralblatt f. Bakt., 42. kötet. — 4. *Wolf*: Wisconsin Med. Journ., 1908. 8. szám. Ref. Münchener med. Wochenschrift, 1908. — 5. *Homén*: Wirkung einiger Bakterien und ihrer Toxine auf peripherische Nerven und Rückenmark. Ref. Centralblatt f. Bakt. 1904. — 6. *Pirrone*: Neurite ascendente da pneumococci del Fränkel. Riform. Med. 1905. 24—26. sz. Ref. Baumgartens Jahresbericht, 1905. — 7. *Panichi*: Ein Beitrag zur Kenntniss der Pathogenese der durch Infection mit Pneumococccen experimentell erzeugten Paralyse. Archiv für experimentelle Pathologie, 1905. 3. szám. — 8. *Maragliano*: Meningite diplococcica sperimentale da inalazione. Gazz. d'osped. e d. clin., 1905. 19. szám. Ref. Baumgartens Jahresb., 1905. — 9. *Bolognesi*: Ricerche sperimentali sulla produzione della osteomyelite col diplococco di Fränkel e coi filtrati di colture di diplococco et di bac. coli. Clinica Chirurg., 1907. 3. sz. Ref. Centralblatt f. Bakt., 41. kötet. — 10. *Eyre, Leathen and Washbourn*: A study of different stains of pneumococci with especial reference to the lesions they produce. Journ. of Pathol. and Bacter., 1906. II. kötet. Ref. Baumgartens Jahresberichte, 1906. — 11. *Foa*: Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten, 1893. 15. kötet, 1895. 17. kötet. — 12. *Lippmann*: Le pneumococque et les pneumococcies. Paris 1900. Les actualités médicales, 63. l. — 13. *Arullani*: Sulla patogenesi degli edemi da diplococco. Clinica med. Ital., 1903. Ref. Centralblatt f. Bakt., 38. kötet, 6—8. szám. — 14. *Björkstén*: Die Einwirkung einiger Bakterien und ihrer Toxine auf die Leber. Ref. Centralbl. f. Bakt., 1904. — 15. *Weber*: Réaction nucléaire de la cellule hépatique sous l'influence du pneumonie. Compt. rend. hebdom. de la Soc. de Biologie, 1909. 7. sz. — 16. *Streng*: Die Einwirkung gewisser Bakterien und ihrer Toxine auf die Nieren und die Ausscheidung dieser Bakterien durch dieselben. Ref. Centralblatt für Bakt., 1904. — 17. *Stefansky*: Ueber eine durch Streptococcus lanceolatus hervorgerufene Epizootie bei Meerschweinchen. Centralblatt f. Bakt., Orig. 1901. 30. k., 5. szám. — 18. *Weber*: Ueber eine Pneumonie-Epizootie unter Meerschweinchen. Archiv für Hygiene, 39. k., 3. szám. — 19. *Mayer*: Untersuchungen bei der Brustseuche der Pferde. Biologische Eigenschaften des Diploc. lanceol. Centralblatt f. Bakt., Orig. 48. k., 5. szám. — 20. *Bolognesi*: Die Anaërobiose des Fränkel'schen Diplococcus in Beziehung zu einer seiner pathogenen Eigenschaften. Centralblatt f. Bakt., Orig. 43. kötet, 1. szám. — 21. *Mac Fadyen*: Ref. Baumgartens Jahresber., 1906. — 22. *Tizzoni et Panichi*: Ricerche sopra una varietà neurotossica del pneumococco del Fränkel. Gazz. degli osped., 1901. 22. szám. Ref. Baumgartens Jahresberichte. — 23. *Attix*: Gangrän beider Beine durch Embolie bei Pneumonie. Journ. of Americ. Assoc. 1901. 17. szám. Ref. Baumgartens Jahresberichte, 1901. — 24. *Gibson*: Embolic gangrän of the leg as a sequel of acute lobar pneumonia. Annals of surgery, 1903. Ref. Baumgartens Jahresberichte, 1903. — 25. *Kredel*: Embolische Extremitätengangrän nach Pneumonie. Zeitschrift f. klin. Medic., 53. kötet, 35. szám. — 26. *Seidelmann*: Ein Fall von symmetrischer Gangrän der Extremitäten nach Pneumonie. Zeitschrift f. Nervenheilkunde, 1904. 27. kötet. — 27. *Mattirolo*: Diplococccen-Arteriitis mit Gangrän. Gazz. d'osped., 1905. Ref. Deutsche med. Wochenschrift, 1905. — 28. *Hellesen*: Bakteriologische Untersuchungen eines Falles von Noma. Jahrbuch für Kinderheilkunde, 1908. 17. kötet, 3. szám. — 29. *Matthieu*: Di un raro caso di duodenite ulcerativa da diplococco pneumonico. Gazz. degli osped., 1901. 22. szám. Ref. Baumgartens Jahresberichte, 1901. — 30. *Pätzold*: Muskelsequester nach Pneumococcceninfection. Beiträge zur klinischen Chirurgie, 1904. 43. kötet, 668. l. — *Maschke*: The physiologic pathology of the circulation in acute pneumonia. Cleveland med. Journ., 1902 május. Ref. Baumgartens Jahresbericht, 1902.

A vakbélgyulladás gyógykezelésének kérdése a berlini gyűjtőstatistika és a XVI. nemzetközi orvoscongressus vitájának megvilágításában, különös tekintettel a korai operálásra.

Abból az appendicitist tárgyaló közleményáradatból, mely az orvosi sajtót és az orvosi társulatok tárgyalásait előzőnli, az idei év folyamán főleg két közléscsoport emelkedik ki: az egyik a XVI. nemzetközi orvoscongressus appendicitis-vitája, a másik a nagy berlini appendicitis-statistika. A kettő egymással meglepő módon megegyezik, mutatva a megegyezés hiányát az appendicitis-kérdésnek éppen a publikum és a gyakorlóorvos szempontjából legfontosabb mozzanata, tudniillik az appendicitis, főleg az akut appendicitis terapiája tekintetében. S ez a disharmoniában megnyilatkozó harmonia teszi jogosulttá, hogy ezt a két időbelileg és

helybelileg különálló irodalmi eseményt összekapcsolva, felettük együttesen elmélkedjünk.

I.

A berlini appendicitis-statistika kezdeményezője *Bergmann* professor volt, a kinek indítványára a berlini orvosegyesület elhatározta, hogy az 1907. év folyamán Berlinben észlelt appendicitis-eseteket összegyűjti. Sajnos, a statistikához szükséges kérdőíveket a berlini gyakorlóorvosoknak csak csekély része (1700 közül csak 134 = 8%) töltötte ki, míg a kórházak és és magánklinikák elenyésző csekély kivétellel rendszeresen bejelentették a hozzájuk kerülő eseteket. A statistika „epidemiologiai, aetiologiai és symptomatikus“-nak nevezett egyik részét *Albu*, a másik, therapiai részét *Rotter*¹ dolgozta fel és ugyanazon adatok alapján, ugyanazon számokkal dolgozva, a követendő gyógykezelés szempontjából homlokegyenest ellenkező következtetésekre jutott.

Albu jelentéséből megtudjuk, hogy 3489 esetet jelentettek be és pedig 2653 = 76%-ot kórházak és magángyógyintézetek, 836 = 24%-ot magánorvosok; a bejelentett esetek közül csak 353 = 11.7% lön mindvégig a beteg lakásán kezelve. A 3489 esetből levonandó 369, mint a melyek kétszer, a kórház meg a magánorvos részéről is be lettek jelentve, továbbá 104 eset, melyben a diagnosit a kórházi észlelés, a műtéti lelet vagy a bonczolás hamisnak bizonyította. A diagnositoknak tehát 3.3%-a volt hamis; az összetévesztésre legtöbbször a női ivarszervek akut bántalmi (oophoritis, parametritis, pelviperitonitis stb.) szolgáltatnak okot, azonfelül ileus, epekő, vesekő stb., sőt a chronikus esetek egy kis részében a műtét alkalmával az derült ki, hogy a betegnek már nincs is appendix s a nehézségeket adhaesio, obstipatio, neurasthenia okozza.

A kettős bejelentések s a kiderült hamis diagnositok levonása után marad 3016 eset, melyek közül 2719 akut és 297 chronikus esetnek van bejelentve. Ha azokat az intervallum-operatiókat, melyekben a bejelentés évében akut roham nem észleltetett, az akut esetekből levonjuk, azokat a chronikus eseteket pedig, melyekben a bejelentés évében akut roham volt, az akut esetekhez számítjuk, marad 2705 akut eset, ezekre pedig 220 haláleset esik (eltekintve az intervallum-operatio alatt létrejött 8 halálozástól), az appendicitis összmortalitása ezek szerint 8%-ra tehető.

A kórházi jelentéseken s a halotti bejelentéseken alapuló hivatalos statistikai adatokból, továbbá a gyűjtőstatistika egybevetéséből *Albu* kiszámítja közelebbről nem ismertett módon, hogy Berlin appendicitis-morbiditása 6061 volt (vagyis körülbelül 2%/0-je az egész népességnek), s mivel egész Berlinben appendicitisben a hivatalos adatok szerint 351 ember halt meg az 1907. év folyamán, az appendicitis mortalitása ezek szerint csak 5.5%-ot tenne ki.

A chronikus appendicitisnek két formáját különbözteti meg: a latens, larvált formákat és a chronikus, recidiváló, kifejezett rohamokkal járó appendicitiseket; ha ezekhez hozzászámítjuk azokat az intervallum-operatiókat, melyekben több mint egy akut roham ment előre (856 eset), ezeknek száma 1085, melyek közül 34 = 3.1% végződött halálosan, és pedig 3 kivétellel olyan operatív beavatkozás kapcsán, melyeket új akut rohamok tettek javallttá; ezzel szemben a latens alakot mutató 112 eset közül csak 1 halt meg, és pedig műtét kapcsán.

A mi az appendicitisnek a különböző korosztályok szerint való előfordulását illeti, az esetek többsége a második és harmadik évtizedben (34.6—29.6%) fordul elő, 8%-kal kevesebb 30—50 közt; ezentúl ritka (3.5%). A chronikus formák acmejukat a harmadik évtizedben érik el (37.7), az 50. éven túl leszállnak. A mortalitás igen nagy a 10 év alatti egyénekben (17.4%), azután süllyed, a 30. éven túl újra emelkedik s az 50. éven túl éri el legnagyobb fokát (21%).

A bántalom aetiologiájára nézve a statistika semmi használatot sem hozott ki.

A symptomákra nézve a bántalmat akut esetekben 50%, chronikusokban 55%-ban vezeti be obstipatio, és csak 9 illetve 3%-ban hasmenés. Hányás 55%-ban, hasfájdalmak 90%-ban vannak feljegyezve. Láz 62.5%-ban volt jelen, 28% láztalanul folyt le, 9.5%-ban erre vonatkozó adat nincs. Pulsusszaporaság 57%-ban,

¹ Berliner klinische Wochenschrift, 1909. 26., 27., 28. szám.

pulsusgyérülés csak 2·6⁰/₀-ban volt kimutatható. Défense musculaire 30⁰/₀-ban az egész hason, 24⁰/₀-ban lokálisan, 46⁰/₀-ban nem észleltetett. A défense musculaire az operálatlanok 50⁰/₀-ában, az első napon megoperáltak 34⁰/₀-ában, a 2—3. napon operáltak 81⁰/₀-ában, a későbbben operáltak és a tályognytások 71⁰/₀-ában észleltetett.

Diffus genyes peritonitist 338 esetben jelentettek be, ezek közül 22 operálatlan maradt 19 (84⁰/₀) halálzással.

Daganat 60⁰/₀-ban észleltetett és pedig 41⁰/₀-ban lobos resistentia (+ 9⁰/₀) és 19⁰/₀-ban tályog (+ 13⁰/₀). A tályogok közül 80⁰/₀ a jobb csipőtányérban, 19⁰/₀ a Douglas-úrban volt, azonfelül 9 subphrenikus, 3 máj-, 2 paranephritis, 1 mesenterialis tályog. 21 spontán gyógyult (4·1⁰/₀), 20 operatio nélkül halt meg, 496 operálva lett. Érdekes, hogy műtét alkalmával 5-ször már a betegség első, 29-szer a betegség második és 36-szor a betegség harmadik napján találtak tályogot, összesen tehát az acut eseteknek kb. 2⁰/₀-ában találtak ily korai tályogképződést. 23 esetben olyanok betegedtek meg újra appendicitisben, a kik már előzőleg appendiculáris tályogból kigyógyultak.

Fontos klinikai tény, hogy a tályogok 82⁰/₀-a az első roham alkalmával keletkezik, a második rohamra 10·6⁰/₀, a harmadikra 3·3⁰/₀ esik. Ezzel harmonizál az is, hogy a recidiva caractere mindinkább enyhül: míg az első roham alatt 10·9⁰/₀ hal meg, a második roham alatt 5·4⁰/₀ s a harmadik és későbbi roham alatt csak 1·6⁰/₀.

A recidiva valószínűsége annál csekélyebb, minél több idő mult el az első roham óta. 2 éven túl ritka. Ha ellenben az első recidiva néhány hónap után beáll, a következő recidivák mind sűrűbben és sűrűbben jelentkeznek. A bejelentett acut esetek közül 68·5⁰/₀-ban az első, 19·6⁰/₀-ban a második és 11·7⁰/₀-ban legalább a harmadik rohamot észlelték; a recidivák összessége tehát nem teszi ki az acut rohamoknak a felét sem. Hozzátevé ehhez azt, hogy a rohamok veszélyessége is fokozatosan csökken, *Albu* arra a következtetésre jut, hogy a recidivától való félelem nem lehet mértékadó az első megbetegedés alkalmával az operatív beavatkozásra való elhatározásunkban s ennek indicatióját mindig csak a jelenlevő betegség súlyossága szolgáltathatja.

Fontos körülmény a korai operálás szempontjából az is, mikor kerül a beteg egyáltalán orvosi kezelés alá. Erre nézve azt találták, hogy 353 otthon kezelt betegnek 34·5⁰/₀-a az első, 22⁰/₀-a a második napon, 31⁰/₀-a később hívott orvost, 13⁰/₀-ra nézve idevonatkozó adatok nincsenek; a kórházba az első napon a betegek 10·8⁰/₀-a, a másodikon 12·2⁰/₀-a, a harmadik és további napokon 54·4⁰/₀-a jött; a kórházba az első napon beszállított betegek 4·1⁰/₀-a, a másodikon beszállítottak 4·9⁰/₀-a, a később beszállítottak 11·9⁰/₀-a halt meg; tehát a mortalitás annál nagyobb, minél később kerül a beteg kezelés alá. Azon betegekre nézve, a kik csak belorvosi kezelésben részesültek, 2·5⁰/₀, 4⁰/₀ illetve 2·4⁰/₀ a halálzás aránya, a szerint, a mint az első, második vagy harmadik napon jutottak kezelés alá, a mit igen könnyen megérthetünk, ha meggondoljuk, hogy itt túlnyomólag könnyű esetekről van szó, melyeken a kezelés korábban vagy későbbben való megkezdése nem igen változtat. A betegeknél 70⁰/₀-a lett megoperálva, de csak 5·5⁰/₀-a a betegség első napján.

Áttekintve ezen statisztikai adatokon, *Albu* míg egyfelől elismeri, hogy az eredmények javulása a korai diagnosztól és a súlyos esetek korai operálásától várható, és hogy manapság sokkal felelősségteljesebb az expectativ, várakozó álláspont, mint az operatív, másfelől hangsúlyozza azt, hogy a belső kezelés jogosultsága a könnyebb esetekben kétségbevonhatatlan. A statisztikában szereplő 1144 acut roham tisztán belorvostani kezelés mellett csak 23 halálzással járt (2⁰/₀) és ez jobb eredmény, mint a második napon végzett „korai operálásoké“ (7·2⁰/₀ mortalitás) és nem sokkal rosszabb, mint az első napon végzett ilyen műtétek mortalitása (1⁰/₀), jóllehet ebben igen könnyű esetek is befnoglaltatnak, míg a belorvostanilag kezelt esetek közt súlyosak is akadnak. S azért elveti az appendicitisnek principiumos sebészi kezelését s azt mondja: „a belorvosok és a gyakorlóorvosok szegénységi bizonyítványt állítanak ki tudásukról és képességükről, hogyha a vakbélgyulladásban szenvedő betegeket elvből kizárnák működési körükből. A belorvosoknak a legfényesebb működési kör nyílik, ha a diagnoszt lehető korán megcsinálják és ha a súlyosabb esetekben, a melyek felismerése általában a tapasztaltabbaknak nem fog nehezére esni, a legsürgősebben hívják a sebészt.“

Rotter gyűjtő-statisztikájából a következő adatokat emeljük ki.

A) Acut esetek:

I. Kórházban ápolva	2365 + 214 = 9 %
1. Operálva	1344 + 197 = 14·6 ⁰ / ₀
a) 48 órán belül	423 + 24 = 5·6 ⁰ / ₀
Az 1. napon	105 + 1 = 0·9 ⁰ / ₀
A 2. napon	318 + 23 = 7 %
b) 48 órán túl	921 + 173 = 18 %
A 3. napon	238 + 23 = 10 %
Később operálva	683 + 150 = 22 %
2. Nem lett operálva	1020 + 17 = 1·6 ⁰ / ₀
II. Otthon kezelt	340 + 6 = 1·7 ⁰ / ₀

B) Chronikus esetek:

(a froid-műtét) 902 + 9 = 0·9⁰/₀

Ezek a számok világosan mutatják, hogy az első napon operáltak adják a legjobb gyógyulási arányt, ez a gyógyulási chance rohamosan romlik a pathologiai anatómiai változások előrehaladtával a 2. és 3. napon és legrosszabb akkor, ha még későbbben történik a műtét. A betegség első napján operáltak nem mutatnak nagyobb halálzás arányt, mint az a froid-operáltak. Az a froid-operációk viszont sokkal veszedelmesebbek, ha abscessus ment előre (5⁰/₀ mortalitás), mint ha abscessus nem ment előre (0·6⁰/₀ mortalitás), a mi szintén érv a mellett, hogy nem szabad addig engedni jutni a dolgot, hogy tályog képződjék. Az a froid-műtétek 48⁰/₀-a az első, 27⁰/₀-a a második, 25⁰/₀-a több mint 2 roham után operáltatott.

Összehasonlításként közli saját osztályának kimutatását az 1907-ben észlelt appendicitis-esetekről.

Acut esetek	336 + 27 = 8 %
Operálva	221 + 25 = 11 %
1. 48 órán belül operálva	104 + 2 = 1·9 ⁰ / ₀
Az 1. napon	16 + 0 = 0 %
A 2. napon	88 + 2 = 2·2 ⁰ / ₀
2. Később operálva	117 + 23 = 19·5 ⁰ / ₀
A 3. napon	26 + 2 = 7·7 ⁰ / ₀
Később	91 + 21 = 23 %
Nem operálva	115 + 2 = 1·7 ⁰ / ₀

Összehasonlítva *Rotter* személyes statisztikáját a berlini gyűjtő-statisztika adataival, feltűnő a számok többségének nagy megegyezése. Így látjuk, hogy úgy a *Rotter* osztályán, mint a többi berlini kórházban feküdt nem operált, valamint az otthon kezelt appendicitisek mortalitása megegyezően 1·6—1·7⁰/₀, a miből az következik, hogy a belorvostanilag kezelt appendicitisbetegeket úgy a kórházi, mint a magánpraxisban körülbelül egyenlőképpen rostálják meg, és ha hamarabb nem, legalább akkor, a mikor már nagyon rosszra fordul a sorsuk, hacsak egyáltalán még lehet, megoperáltatják és csak 1·7⁰/₀-ban engedik odáig jutni a dolgot, hogy az appendicitisben szenvedő beteg műtét nélkül haljon meg. Viszont az is kitűnik belőle, hogy azoknak a betegeknél, a kik 48 óra telte után lesznek megoperálva, 20—22⁰/₀-a meghal. Az egyetlen feltűnő különbség a korai operálások szempontjából van, a mennyiben ezek mortalitása *Rotter* anyagán 1·9⁰/₀, míg az összes berlini anyagon 5·6⁰/₀. Ezen különbség oka nyilván az indicatio felállításában van. Mert *Rotter* minden appendicitist megoperál, ha az első 48 órán belül kerül hozzá, tehát könnyű és súlyos eseteket vegyest, mások csak a kifejezetten súlyos eseteket, s így csak természetes, hogy ezeknek nagyobb a halálzásuk az első 48 órában operált esetekben is (pl. Sonnenburg anyagában 6·5⁰/₀). Mindent összevéve azonban, a megegyezés a gyűjtőstatisztika és a nagy gonddal összeállított egyéni statisztika közt annak tudományos értékét és használatosságát bizonyítja.

Nagyon érdekesek *Rotter* ama fejtegetései, melyekben a saját 15 éves tapasztalatai alapján a műtéti eredmények javulásának kérdését tárgyalja. Összesen 4017 esetről számol be, ezek közül 1297 az a froid operált és 2720 az acut eset.

Az acut eseteket két csoportba lehet osztani: a melyekben korai műtét történt, vagyis elvből operáltak, tekintet nélkül az eset súlyosságára, 48 órán belül; és a 48 órán túl észlelés alá került illetve operált esetek. Ezeket szemben az előbbiekkal „késői stadium“ cím alatt foglalja össze. A korai operációkat 1903-ban és 1904-ben kezdte és 1905 óta őrzi rendszeresen.

A késői stadiumba tartozó betegek közé tartoznak első sorban a nem operáltak, ezeknek a mortalitása 0—3% között mozog, kivéve az 1896—1900 quinquenniumot, a midőn 5—6%-ot tett ki; ezen időben ugyanis a súlyos diffus peritonitiseket operatio nélkül hagyták meghalni, a minnek megfelelőleg a műtét utáni halálesetek száma, a mely az ezen szakot közvetlenül megelőző és követő években 30—32%-ot tett ki, 26—27%-ra javult.

Az ezen stadiumban operált esetek mortalitása átlag 30% körül volt, csak 1906—1908-ban szállott le 24, 19 és 22%-ra. Ennek oka az, hogy újabb időben a 3—4. napon könnyebb eseteket is megoperál, míg annakelőtte ezen időben csak igen súlyos hasi genyedések esetében avatkozott be. Azért míg a 3—4. napon megoperált betegek mortalitása 1904-ben 43%, 1905-ben 58% volt, az utolsó két évben ez csak 12 illetve 17%-ot tett ki; az 5. naptól a 6. hétig megoperált betegek halálozási aránya meglehetősen állandó maradt, 18—26% közt ingadozik. Részben a korai operálásnak is tulajdonít befolyást az eredmények ezen javulásában, a mennyiben most már az 1—2. napon operáltak olyan betegek, a kikkel az előbbi indicatiók mellett a 3—4. napig vártak és engedték az állapotot irreparabilissá válni, másfelől annak is tulajdonít az eredmények javulásában befolyást, hogy most consequens kiirtja a beteg appendixet.

Általában véve is javultak az összeredmények, a mióta az operatív irányzat jobban túlsúlyra jutott. Az 1893—1905-ig tartó conservatív irány idejében az összmortalitás (operált és nem operált eseteket összevéve) 9·3%-ról 16—17%-ra emelkedett míg a korai operálás behozatala óta 8—9%-ra süllyedt. Annak, hogy a 1893—1905-ös időszakban a mortalitás folyton nőtt, az oka nyilván az, hogy a súlyos esetek: tályogok és peritonitisek száma nőtt; az akkori principiumok mellett, hogy csak tályogot és peritonitist operáltak, az acut stadiumban 1893-ban csak az esetek 26%-át, a 90-es évek végén 37%-át, sőt 1900-tól kezdve 44—58%-át kellett megoperálni. Hogy pedig a súlyos esetek aránylagos száma nőtt, azt megmagyarázza az, hogy a publicumban és a gyakorló orvosok közt elterjedtek az appendicitisoperatiókról való ismeretek és legalább a súlyos eseteket igyekeztek a kórházba szállítani, s így sikerült az otthon meghaltak számát 1·7%-ra leszállítani.

Az 1905-től kezdve észlelhető javulás az összeredményben operáltakra és nem operáltakra vonatkozólag pedig részben abban lehetne magyarázatát, hogy könnyebb esetek is nagy számban keresték fel a kórházat, másfelől kétségtelenül a korai operálás távolhatásának s a műteti eljárás javulásának is tudandó be.

A korai operálások eredményeinek megítéléséhez szükséges, hogy egyfelől olyan anyagot hasonlítsunk össze a korai operatiók anyagával, mely annak az összeállítás szempontjából megfelel, és másfelől tisztán conservative kezelte; ilyen anyagot a mai statistikák nem szolgáltatnak, mert mindenütt megoperálják a súlyos eseteket. Azért a multba kell visszanyúlni az összehasonlítás kedvéért; ilyen a *Sahli* által 1895-ről publikált svájci appendicitis-statistika. Ez túlnyomólag magánorvosok betegeiről készült s ezen betegeknek igen kis százaléka: 7213-ból csak 473, vagyis 7% lett megoperálva.

A *Sahli* által gyűjtött esetek összessége 9·6% halálozással járt, ezzel szemben a korán, az 1—2. napon megoperált esetek mortalitása *Rotter* osztályán 1·9%, tehát a korai operálás az appendicitis okozta halálozást $\frac{1}{5}$ -ére szállította alá. Igaz, hogy a gyűjtőstatistika szerint az első 2 napon végzett operálás halálozási aránya 5·6%-ot tesz ki, de ennek nyilvánvaló oka az, hogy az operatórok egy része csak a súlyos eseteket válogatja ki operálás céljából s a könnyűekkel vár. Hogy az esetek ezen „megrostálásának” mily befolyása van a statistikára, arra nézve érdekes az eddigi 3 legnagyobb gyűjtőstatistika adatainak összehasonlítása.

	Sahli 1895	Berlini 1907	Stricker (porosz hadsereg) 1900—1905
Összes esetek	7213	4800	4498
Összmortalitás	692 = 9·6%	275 = 5·8%	142 = 3·1%
Nem operálva	6740	3456	3869
Meghalt . . .	591 = 8·8%	56 = 1·52%	44 = 1·1%
Operálva . . .	473	1344	629
Meghalt . . .	101 = 21%	197 = 14·6%	98 = 15·5%

Ez mutatja, hogy a súlyos esetek megoperálása által mennyire javul a nem operáltak halálozási statistikája. A *Stricker*-féle statistika feltűnő jó összeredménye viszont azzal magyarázható, hogy az ő statistikájában, mely a porosz hadseregbe vonatkozik, túlnyomólag erős és különben egészséges szervezetű fiatal emberek szerepelnek, a kik a legnagyobb ellenállást tudják a betegséggel szemben kifejteni.

Midőn a korai és késői operálások eredményeit összehasonlítjuk, nem szabad a mortalitás kérdésénél megállanunk. Azzal a körülménnyel, hogy a korai operálás eredményei tiszter oly jók, mint a késői operálásoké (1·9 és 19·5% mortalitás), még nincsenek a korai operálás előnyei kimerítve. A késői operálások — melyek tályog és peritonitis miatt történnek — hosszú, sok hetes reconvalescentiával járnak, melyet folytonosan complicatiók (súlyedések, retentiók, távoli tályogok, thrombosis stb.) fenyegetnek és mely még ilyen complicatiók nélkül is súlyosan megviseli, elerőtleníti a szervezetet. Ezzel szemben a korai operatiók nagyobb részben per primam gyógyulást lehet elérni, tamponált esetekben is a sebviszonyok egyszerűbbek, mintha az egész hasúrt kitöltő, vagy többszörös rekeszekkel bíró genyedés kitéréséről van szó.

Ezek alapján, merf a korai operálás, vagyis az appendicitiseknek az első 2 napon válogatás nélkül való megoperálása nemcsak a késői, vagyis tályog és peritonitis által indikált operatiók felett mutat összehasonlíthatatlanul jobb eredményeket, hanem az appendicitis összmortalitását is lényegesen megcsökkenti, a gyógytartamot megrövidíti és recidivák ellen biztosítékot nyújt. *Rotter* újból a korai operálás feltétlen hívének vallja magát s e statistika tanulságai alapján követeli, hogy az appendicitisek kezelésében, különösen olyan helyen, hol megfelelő sebészek rendelkezésre állanak, a korai operálás elve vitessék keresztül és a késői operálást csak egyes kivételes esetekre tartsuk fenn. Ezzel természetesen egyszersmind az intervallumoperatiók megszorítása is jár, a mit már az is indokol, hogy az első roham a legveszedelmesebb. Fura okoskodás volna a legnagyobb veszedelem elmulását bevárni, hogy egy várható kisebb veszedelem miatt végezzünk azután prophylactikus műtétet. És ha nem is szabad kétségbevonni az intervallumoperatió jogosultságát, a hogy *Albu* teszi, mert hisz a recidiva még mindig rejt magában, habár kisebb, de mindenesetre számbavehető életveszedelmet: a súlypontját az appendicitisműtétekhez után a korai operatiókra és nem az intervallumoperatiókra kell helyezni, a mint az röviddel ezelőtt még szokásban volt.

Pólya Jenő dr.

(Vége következik.)

Markusovszky-féle jubiláris előadások.

Réczey Imre tanár f. évi december hó 9.-én tartotta hatodik előadását, melylyel a jubiláris előadások ezen évi sorozata befejezést nyert. Ezen alkalommal az új sebészi műtétek ismertetése volt az előadás tárgya. Főleg azon műtétcsoportokat tárgyalta, melyek az utóbbi 25 év alatt fejlesztettek s fontosságuk miatt figyelemre méltók. Ilyen csoportba foglalta össze legelőbb a koponya- és az agyvelőoperatiókat. Említi, hogy a régi *trepanatio* javalatai mennyire kibővítettek, s hogy főleg az agydaganatok, az agyalapi daganatok véres operatiója egyik legújabb vívmánya a műtősebészetnek. A *Gasser-dúc* kiirtása, a trigeminus-gyökök átmetszése, az agydaganatok kór jelzése céljából végezett agypunctio és az agynyomás csökkentését célzó agyesapolás mind ilyen fontos műtétek. A gerincevelő és gerincezsatorna műtéteinél kiemeli a laminectomiát, a gerincevelő összevarrását s mint nagy sikert ígérő műtétet a tabesben a gerinceidegek hátulso gyökeinek átmetszését. Következnek a koponya melléküregeinek műtétei: a homloköböl, a rostaöböl feltárása tályogok miatt s ezek sikere. A nyakműtétek közül foglalkozik a gégekiirtással és a golyvaműtétekkel különösen. Egy másik csoportba vannak összefoglalva a *húgyhólyag- és veseműtétek*. Kiemeli a felső hólyagmetszés fejlődését s fontosságát hólyagdaganat, prostatahypertrophia, kőképződés eseteiben. Ezután tárgyalja a veseműtéteket a vesevarrattól a vese kiirtásáig, a vese lehántását, a vese rögzítését, a veseresectiót. Ezekkel együtt a vesemedence műtéteit ismerteti kőbaj és genyedés esetén. Legfontosabb csoportja az új műtéteknek a *hassebészet*, főleg a zsigerek operatiói. Részletesen foglalkozik ezekkel, mindenütt saját tapasztal-

talait ismertette és különösen tárgyalva a sérvműtétet, melyet 3600-nál több esetben végezett eddig. Következett a máj, epehólyag, pancreás műtéteinek tárgyalása s azután a *tüdősebeszet*, hol említésre került a tüdővarrat, a tüdő resectiója stb., főleg azonban az alacsonyabb és a magasabb légnyomás mellett végzett műtétek bíráló ismertetése. Végre tárgyalja a *szív sebeszetét*: a szívvarratot, a szívmassage-t, a szívresectiót és az annyira áldásos sikerű cardioly-sist. Záradékol hangsúlyozza, hogy a sebeszet és a belorvostan mindig szorosabb együttműködésre szorul, s a sebeszet sikerei kis részben a pontos belorvostani diagnosisban találják legszilárdabb alapjukat. Nem tartja túlzásnak, ha a belorvostan ezen fontos szerepének elismerésében azt állítjuk, hogy: „a jövő korszak sebeszei — a belorvosok lesznek“.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

J. A. von Trotsenburg: Die Seekrankheit und ihre Verhütung. Volkmanns Sammlung klin. Vorträge, 1908. A. Barth, Leipzig. Ára 75 Pf.

Trotsenburg hollandi hajóorvos tanácsa a tengeribetegség ellen, hogy 1 órával az indulás előtt bőséges ebédet kell enni. Szédüléskor feküdni kell, a szellőző nyitva legyen, a has bekötése esetleg jó lehet. Meg lehet próbálni a hason való fekvést. Néha használ, ha a lélegzést a hajó ingadozásai szerint szabályozzuk. Meg lehet kísérelni a Bier-féle eljárást, a mely a vérnek az agyból való elfolyását megakadályozza és így az agyanaemiától származó tüneteket megszünteti.

Kollarits Jenő dr.

H. Elsner: Lehrbuch der Magenkrankheiten. Berlin, S. Karger.

Ámbár a gyomor és bél betegségeit tárgyaló könyvekben az utóbbi években nem volt hiány, mégis Elsner könyvének megjelenése nem felesleges, mert szerencsés középhelyet foglal el a nagy monographiák és a túlságosan rövidre fogott tankönyvek között. Nem rendezetlen anyag- és adathalmaz, hanem az utóbbi évek leszürt tapasztalatainak kimerítő és kritikai ismertetése. Véleménye, hogy az utolsó tíz esztendőben a gyomorpathologia hatalmasan fejlődött és e fejlődés megindító: 1. a gyomorbetegségeknek Rieder által inaugurált Röntgen-kórjelzése, 2. a rejtett gyomorzérezések tana, melyek fontosságára főleg Boas utalt, 3. a Stiller-féle astheniás alkati megbetegedés felismerése és fogalmának elismerése. Mint Boas tanítványa természetesen Boas nézeteit fogadja el, de nem esküszik a mester szavára és több helyen nyilvánít mesterével ellenkező nézetet. Így például Boas-sal szemben teljes egészében elfogadja a Stiller által felállított asthenia universalis congenita kórképének fontosságát. A könyv általános része talán túlságosan nagy terjedelmű, sok oly aprólékos részletet tartalmaz, melynek csak nagyobb kézikönyvben volna helye. Ennek következtében a speciális rész kissé rövid, a mi azonban nem válik kárára, mert semmi lényegest sem hanyagol el. Beosztása a mienkétől kissé elüt, például a hyperchlorhydriát önálló betegségként tárgyalja, a hyperchlorhydriáról egy szava sincsen stb. A könyv stílusa kellemes, seholsem nehézkes és a tartalmának előnyei miatt elolvasásra nagyon érdemes.

Kassai Jenő dr.

Lapszemle.

Általános kórtan.

A gyomor savtartalmának kvantitatív meghatározására
A. Müller a Friedenthal-Ostwald-féle elven alapuló színreakciót ajánl. Az említett szerzők szerint azon folyadékok ionaciditása, melyek valamely indicatorral azonos színreakciót adnak, azonos. A meghatározáshoz 5 illetve 2.5 cm³ gyomornedv szükséges. Ha egyenlő mennyiségű tropeolint adunk emelkedő jodtartalmú oldatokhoz, az indicator eredeti sárga színe barnássárgába, barnába, vörösbe, majd ibolyába megy át. E színskálában megtaláljuk mindazon árnyalatokat, melyek a gyomornedvnél szóba kerülhetnek. Az egész eljárás már most abból áll, hogy 5 cm³ gyomornedvhez 0.1 cm³ hidegben telített alkoholos 0.0-tropeolin-oldatot adunk, s a

támadó szint oly skálával hasonlítjuk össze, melynek tagjai ismert H-ionconcentrációjú savoldatokat tartalmaznak (1⁰/₀₀, 0.75⁰/₀₀, 0.50⁰/₀₀, 0.12⁰/₀₀, 0.06⁰/₀₀ HCl). Fontos, hogy mindig egyenlő mennyiségű indicatorral dolgozzunk. Az oldatok mindig frissen készítenők. A tapasztalat azt mutatja, hogy a normális gyomornedv barna színreakciót ad (0.4—0.12⁰/₀₀), a vörös színreakció 0.5⁰/₀₀ feletti értékeknek felel meg s hyperaciditas mellett szól, míg a sárga szín a hypaciditas (0.06⁰/₀₀) jele. 1⁰/₀₀-nél magasabb értékeket — szemben a titrálással található s túlmagas eredményekkel — a szerző sohasem kapott. (Medizinische Klinik, 1909. 38. szám.)

Halász Aladár.

Belorvostan.

A vesegyuladás kórtanának és orvoslásának mai állását
tárgyalta az olasz belorvosok társasága 19. összejövetelén (Milano 1909 október 4—8).

Maragliano (Genua) referens rámutat először is arra, hogy a vesegyuladásoknak eddig szokásban volt szigorúan elkülönítő osztályozása sem a klinikai, sem a kórbonecolástani tapasztalatoknak nem felel meg. Helyesebb lesz majd a kórokozók szerint osztályozni a bajt. A vese permeabilitását illető újabb vizsgálatok kiderítették, hogy a beteg vese nem vesztette el teljesen elimináló képességét, a mit könnyen megérthetünk, ha arra gondolunk, hogy a legbetegebb vesében is vannak még ép részletek, s hogy — a mint állatkísérletek bizonyítják — a vesének rendkívül kicsiny részletei elegendők a tisztító működés teljesítésére. A beteg vese általában átbocsátja úgy a szerves, mint az ásványi bomlástermékeket, ritkán és sohasem állandó tartammal fordul elő retentio a csatornarendszer eldugulása, vagy valamely idegrendszerzavar miatt. Mesterséges állapotokat teremtenek s azért helytelenek azok a módszerek (például methylenkék), melyekkel eddig vizsgálták a vese működését. A kiválasztás elégséges vagy elégtelen voltáról csak akkor fogunk nyilatkozhatni, ha a táplálék és a vizelet nitrogénjét határozzuk meg. A nephritises betegek vérében megsaporodtak az intermediaer anyagcsere termékei, a miből a szöveti oxidálás csökkent voltára következtethetünk. Éppen ez ma a legfontosabb kérdés: milyen összefüggésben vannak egymással a beteg vese és a sejtélet ezen zavarai. A nephrolysinekre és a belső elválasztásra vonatkozó egyéb tanulmányok ma még nem elégségesek a kérdés megvilágítására. Jelenleg csak annyit mondhatunk, hogy nephritis esetén a vese betegsége tulajdonképpen csak helyi nyilvánulása az általános beteges állapotnak.

Calabrese (Nápoly) az orvoslásról referálván, hangsúlyozza, hogy általános bajjal lévén dolgozunk, számolnunk kell a veséken kívül az emésztő szervek, a szív, erek, máj stb. állapotával is. Noorden és Maragliano vizsgálataiból tudjuk, hogy a vesebajos étrendjét meglehetősen változatossá tehetjük, meglehetősen mennyiségben engedhetünk meg húst, a mitől régebben nagyon féltek. A táplálék minőségét illetőleg nagy zavar uralkodik a szerzők között, az újabb vizsgálatok mégis megerősítik azt a régi nézetet, hogy a fehér húskok kevésbé ártalmasak a vörös húskoknál. Az újabb kutatások eredménye, a konyhasó szerepének a vizenyők előidőzésében való ismerete teremtette meg a chlorszegény diétát, melyet sokan túlzásba is vittek, azt állítván, hogy minden táplálék ártalmatlan, csak sótalan legyen. A munkálatok egész sorozata azonban arra tanított meg hennünket, hogy az egyes esetek szerint distingváljunk kell. Így a tejdiéta, a mely a chlorszegény étrendnek klasszikai példája, heveny nephritis esetén a fő orvoslási eszközünk, míg idősült vesegyuladásban mellérendelt jelentőségű, mert állandóan sok folyadékot kellene a szervezetbe bevinnünk, ha a szükséges caloriamennyiséget akarnók nyújtani. A mi a helyettesítő működéseket illeti (bőrön, tüdőn, beleken át történő kiválasztás), az izzasztó, hashajtó eljárások, érvágás visszanyerték jogosultságukat; különösen kedvező hatású szokott lenni heveny vesegyuladás esetén a Baccelli ajánlotta érvágás az alsó végtagon, a mely természetesen helyzeténél fogva a vesék congestiójának megszüntetésére sokkal alkalmasabb, mint a felső végtagon végzett érvágás. Idősült vesegyuladásban sikerrel adhatók a jodidok és fém-solok, tiszta oxygen stb. A radiotherapia kétes eredményű, szintúgy a physiologiai savó vagy destillált víz alkalmazása. Nagyon bizonytalan sikereket nyújtott eddig az opotherapie, hiába próbálkoztak a vese maczerálásából nyert anyaggal, a vese gyűjtőeréből vett savó-

val, a vesebajosok savójával kezelt nyulak savójával, a parathyreoideák hatóanyagával. Az ajánlott sebészi eljárásokat illetően sem lehet határozott álláspontot foglalni. Az a véleménye, hogy a javalutakat szűk körre kell szorítanunk. Nephrotomiáról lehetne szó heveny gyulladás esetén, ha a gyógyszeres eljárások és a Baccelli szerint végzett érvágás nem használtak. Idősült gyulladásban akkor fogunk műtétre gondolni, ha ektopia, óriási fájások vagy bőséges vérzések vannak jelen.

Az előadásokhoz fűződő megbeszélés folyamán *Renzi* (Nápoly) megjegyzi, hogy ő is általános bajnak tartja ugyan a nephritist, azonban magának a vesének is nagy jelentőséget tulajdonít, tapasztalatai szerint ugyanis a nephritis meggyógyulása után rendkívül sokáig állhat fenn még fehérjevizelés oly módon, hogy a közérzetet semmiben sem befolyásolja. Az orvoslás szempontjából fontosnak tartja, hogy húgyhajtók kis adagaival megszüntessük a vizenyőt, dyspnoét s egyéb kellemetlenségeket, s ha elegendő a kiválasztás, hagyjuk ki az orvosszert, a vese elemeinek kiméltése céljából.

Bernabei-nek (Siena) is az a véleménye, hogy a nephritis tulajdonképpen a tökéletlenül oxydált anyagokkal való intoxicatio eredménye, hozzátézi még, hogy ezek az anyagok vizsgálatai szerint a bélcsatornából származnak. Ezen felfogás szerint a therapia célja az oxydálást fokozni. *Bassini* e célra legjobbnak tartja a fémfermentumokat (solok).

Queirolo (Pisa) és *Rovighi* (Bologna) nem tudja másképpen magyarázni az uraemiát, mint mérgező anyagok visszatartásával. A veseelemek bizonyos sajátlagos elváltozása vonja maga után a retentiót, mert sokszor tapasztalni hysteriásokban teljes anuriát uraemia nélkül, míg vesebajosokban uraemia mutatkozhat aránylag bőséges kiválasztás mellett.

Colombo (Róma) felhívja a figyelmet a thermális diaphoresisra. *Bozzolo* (Turin) tágabb teret akar engedni a sebészi beavatkozásoknak. Szerinte oly csekély műtéti beavatkozás, mint az ureterek szondázása, sokszor elegendő a diuresis megindítására. (La Semaine Médicale, 1909. 41. sz.)

Idegkórtan.

A meningitis cerebrospinalisról gyűjtött tapasztalatokat *Vaillard* a francia hadseregben, a hol 1904 óta újból növekszik a megbetegedések száma. Az Evreuxban tett észleletek contagiosus terjedést tüntetnek fel. Így egy helyen 3, más helyen 2 egymás mellett levő ágyon fekvő katona betegedett meg. Három a kaszányán kívül lakó ember, a ki a beteg katonákkal érintkezett, szintén megkapta a betegséget. Ugyanezen időben két csapat tartalékos vonult be egymás után. A meningitis felismerésekor ezeket rögtön hazaküldték. Haza érve, 8 esett meningitisbe. Volt olyan is, a ki teljesen egészségesen ment haza, otthon is egészséges maradt, de valamelyik hozzátartozóját mindazonáltal fertőzte. Az egyik közülök 2 házba, a melyekben hazamenet tartózkodott, hurezolta el a bajt, 5 megbetegedést okozva. Úgy látszik, hogy az ilyen ember az orrgaratjában hordja magával a mikrobát, a nélkül, hogy belebetegednék. Összesen 48 katona állott kezelés alatt. Ezek egy része francia antimeningococcus-serummal való kezelésben részesült, másik része egyéb gyógykezelést kapott. 24 nem serumos kezelés között 16 a halálozás, tehát 66.7%. 24 beteg (köztük 3 gyermek) serumkezelésnek volt alávetve. Közülök 4 halt meg, tehát 16.7% volt a halálozás. Szükséges, hogy hasonló esetben elkülönítsük a katonák ágyszomszédait és ismét külön mindazokat, a kik ugyanabban a szobában feküdtek. (Semaine médicale, 1909. 18. sz.)

Kollarits Jenő dr.

A tabes és dementia újabb körjelző módszereiről szól *Marinesco* a párisi Soc. de biologie ülésén. Az újabb körjelző eljárások között említi a liquor cerebrospinalis cytologiai vizsgálatát, a Wassermann- és globulinreakciót. A cytodiagnostika a dementia paralytica 90%-ában és a diabetesben mutat a liquor cerebrospinalisban leucoeytaszaporulatot. Segítségével néha neurosist vagy psychosist különböztethetünk meg a nevezett bajoktól. A Wassermann-reakciót mind a 35 megvizsgált dementia beteg vérsavója mutatta. Ugyanezen betegek cerebrospinalis folyadékba 3 esetben nem adott eredményt. A tabesben a reactio kevésbé állandó: 15 tabes közül csak 12-ben volt pozitív a serumban és 8-szor a cerebrospinalis folyadékban. Nevezetes *Marinesco* azon lelete,

hogy a paralysis progressiva javulása nem volt befolyással a Wassermann-reactióra. A globulin és nuclealbumin-precipitatio *Nonne* és *Apell* módszerével 12 egészségesen negatív volt, 80 progressiv paralysisben pozitív volt; 30 tabes közül 3 adott negatív eredményt. Pozitív volt a reactio több nem syphilitis bajban, például 2 malum Pottiban, 1 kisagyvelődagyanatban, 1 sclerose en plaquesban. Ez a reactio tehát nem ér annyit, mint a Wassermann-féle. (Semaine médicale, 1909. 18. szám.) *Kollarits Jenő dr.*

A hypnosis mint gyógyeljárás meglehetősen elvesztette hitelét. Abban a legtöbb ideg orvos megegyezik, hogy csak kivételesen alkalmazható. *F. Steiner* (Triest) védelmére kel ez eljárásnak és sok sikert ért el vele. Az olyan neurastheniás beteggel, a kin sok, bár kis jelentőségű tünet volt található, kevesebbre lehet jutni, mint az olyannal, a kin csak egy súlyos tünet van meg. A neurastheniás félelmi érzés könnyen befolyásolható, a fejfájás kevésbé, az objectiv alapot nélkülöző fülzúgás alig. 20 hysteriás beteg közül 4 a hypnosis óta 2—3 évig jól volt. A hysteriások átlag 17-szer voltak elaltatva. Egy esetben semmi hatás sem volt, kilenzben kevés, 5 beteg jelentékenyen javult. A hysteriások közül is nehezebben gyógyult az, a kinek sokféle panasza volt és könnyebben az, a kin kevés, bár súlyos tünet mutatkozott. A hypnosis maga csak kevés kellemetlen tünetet okozott, fejnemást, szívdobogást, de ezek könnyen el voltak suggerálhatók. A kezelés folyamán két beteggel történt meg, hogy autohypnosisba esett otthon. Az autohypnosis csak rövid ideig tartott, és minthogy a hypnosisban később ez meg volt tiltva a betegeknek, nem ismétlődött. Az orvosnak általában részletesebben kellene foglalkozni a psychés kezelésmódokkal, a melyek közé a hypnosis is tartozik. (Wiener med. Wochenschrift, 1909. 14—15. sz.) *Kollarits Jenő dr.*

Sebészet.

Az intravenás narcosis aetherrel (5%-os aether-konyhasó-oldat a szabaddá tett gyűjtőérbe), scopolamin-morphiummal kombinálva, *Burkhardt* szerint jelenleg a legkevésbé veszélyes és legkellemesebb módja az általános bódításnak. Minthogy azonban kissé körülményes, főleg csak a következő esetekben használandó: 1. Izzalmi állapotok a légzőszervek részéről. 2. Léküzhetetlen ellenszenv a belégzéses narcosisal szemben. 3. Műtétek a fejen és a nyakon. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1909. 46. sz.)

A prostatahypertrophia pathogenesiséről ír *Runge* 22 szövettanilag vizsgált esete kapcsán. Ezen szövettani vizsgálatai arról győzték meg, hogy a prostatahypertrophia lényegét adenomás burjánzás teszi; ez 3 typust mutat, úgymint: adenoma papillare intracaniculare (10 eset), fibroadenoma papillare intracaniculare (8 eset) és adenoma tubulare (4 eset). Az izomzat a hypertrophia-ban nem vesz részt, sőt ellenkezőleg kötőszövetburjánzás folytán többé-kevésbé tönkremegy. A mutatózó lobos jelenségek secundaer természetűek és rendszerint a jelenlevő cystitis rovására irandók. (Mitth. a. d. Grenzgeb., 20. kötet, 2. füzet.) *P.*

Empyemaműtétek után visszamaradt üregek és fistulák kezelésére *Ochsner* melegen ajánlja a Beck-féle bismuth-kezelést, melytől 14 esetben látott gyógyulást. Két eset kivételével, melyek még kezelés alatt állanak és szépen javulnak, a többi mind meggyógyult, köztük olyanok is, melyeket kétszer, háromszor sikertelenül operáltak előbb. Bismuth-mérgezést sohasem látott. (Annals of surg., 199. f.) *P.*

Gyermekorvostan.

Exsudativ diathesis, scrophulosis és tuberculosis czim-mel tartott előadást *Czerny* (Boroszló) a salzburgi vándorgyűlésen. Hivatkozik mindenekelőtt arra, hogy az az alkati rendellenesség, melyet ő exsudativ diathesis néven leirt, magában foglal olyan betegség-tüneteket, melyeket már sokszor leirtak és mint egymáshoz tartozókat jeleztek. Ezért nem lepődött meg, midőn többen úgy vélekedtek, hogy csupán új névről van szó. Szerinte ez nem áll: ő ennél többet tett. E körkép tanulmányozására az okot azon körülmény szolgáltatja, hogy az utolsó tizenöt évben feltűnően sok tejjel és tojással táplált gyermeket látott. Az exsudativ diathesis tünetei pedig éppen ezen táplálásmód mellett fejlődnek ki. Újszülöttn

diathesist egyáltalán nem állapíthatunk meg. Ellenben útbagazít minket már néhány hét vagy hó múlva valaminő táplálásmód eredménye. Az első időben ugyanis a gyermek főleg a veleszületett szöveti alkotórészek rovására gyarapodik túlnyomóan vizleraktározás mellett, s csak később rak le új alkotórészeket a táplálékkal bevitt anyag felhasználásával. Ezért az első időben a gyermeknek oly táplálékra van szüksége, a mely, eltekintve a melegképzéstől, a szükséges vizleraktározást lehetővé teszi. A normális gyermek oly sok tartalékanyagot hoz magával a világra, hogy az körülbelül kilencz hónapig a szilárd alkotórészekben oly szegény anyatej, vagy pótszere mellett elegendő. A rendellenes alkatú azonban hiányosan van ezen alkotórészekkel ellátva, s ezért rajta, noha látszólag czélszerűen tápláljuk, például anyatejjel, előbb-utóbb táplálási ártalmak mutatkoznak. A veleszületett hiány minősége szerint nyilvánul ezen ártalom angolkór, vérszegénység, status lymphaticus vagy túlingerlékeny idegrendszer alakjában. Ilyen sajátlagos táplálási ártalom váltja ki a hajlamot crusta lactea, fejeczema, strophulus, nyálkahártya-hurutok jelentkezésére, szóval azon tünetekére, melyeket ő exsudatív diathesis néven egybefoglalt.

Világos ezek után, hogy az első két év a legnagyobb fontosságú ezen diathesis kiváltására. Nem tudjuk azonban még ma jellemezni azon táplálkozás-zavarokat, melyek a diathesis tüneteit kiváltják. A zavar alkalmasint a zsírsanyagcsereben van, mert azon gyermekek, kik a tej zsírt rosszul tűrik, rendszerint az exsudatív diathesis tüneteit mutatják. De nem csupán a czélszerűtlen táplálásmód szerepelhet kiváltó ok gyanánt, hanem bárminő fertőzés is, így a vaccinatio, a tuberculin alkalmazása, a kanyaró vagy a gümőkór.

A gümő- és görvélykórhoz való viszonyt illetőleg hangsúlyozza, hogy az exsudatív diathesis tünetei már oly zsenge korban mutatkoznak, hogy jogosan tekinthetjük veleszületettnek, s így e tüneteket előbb látjuk, mint a midőn a gümőkóros fertőzés bekövetkezni szokott. A görvélykór nem más, mint exsudatív diathesis szövődése gümőkórral.

Az exsudatív diathesis öröklékeny. Legtöbbnyire csak a gyermekekben mutatkozik. A pubertas után ritkán látunk tüneteket, s így lefolyása ellentétes az uratikus diathesissel, melyhez semmi köze sincs, s a melyet csak némely franczia szerző azonosított az exsudatív diathesissel.

A kezelést illetőleg megjegyzi, hogy a túltáplálás minden fajtája — különösen tejjel és tojással — az exsudatív diathesis tüneteit arra hajlamos gyermekeken kiváltja, s ezért ezen tápszereket a gyermek korához mérten a minimumra kell redukálnunk. Óvakodnunk kell, nehogy szénhydrattal túlhizlaljunk, mert ez még hátrányosabb. A hústáplálás nincs kedvezőtlen befolyással.

Összefoglalva látjuk tehát, hogy az exsudatív diathesis elsődleges oka veleszületett hiány a szervezet vegyi szerkezetében és ezen hiány főleg azon szöveteket illeti, melyek nagy ingadozásokat engednek meg a szervezet viktartalmában. Minél nagyobb a viktartalom, annál észrevehetőbbek az exsudatív diathesis tünetei. Így érthető, hogy az intenzitása az első élettévtől a növekedő korról alább szál, s így meg tudjuk magyarázni, hogy megfelelően választott táplálékkal, melylyel a test viktartalmát növelhetjük vagy csökkenthetjük, javulást vagy rosszabbodást idézhetünk elő a kóros alkatban. Az exsudatív diathesisen tehát a táplálási gyógyító eljárásal éppen oly czéltudatosan uralkodhatunk, mint például a diabetesen. (Jahrbuch für Kinderheilkunde, 1909 november.)

Flesch.

Börkórtan.

„Herpes zoster generalisatus“ ezímen mutatott be a közelmúltban Lipschütz esetet a bécsi dermatologiai társulatban. Az érdeklődést különösen a bemutatáshoz fűződött élénk discussio kellette. Lipschütz esete 56 éves nőre vonatkozik. A fejen erősen kifejezett herpes zoster frontalis bilateralis volt. Ezenkívül a törzsön is volt négy csoportban elrendezett hólyagos-papulás kiütés, mely kissé szabálytalanul volt szétszórvva. A frontális zosternek ezt a combinációját Lipschütz mint nem erősen kifejezett herpes zoster generalisatust mutatta be. Véleménye az, hogy az ilyen esetek nem is tulságosan ritkák. Hasonló esetet a társulatban már Ehrmann, Weidenfeld, Ullmann és Fasal is demonstrált. Nobl felfogása szerint a ritka kórképek valódi alakját csak Fasal esetében látta. Ebben

az esetben a homlokon székel gangraenás zosterhez magas láz kíséretében az egész test felszínén támadt hólyagos kiütés társult, a melynek a fejlődésmenete és lefolyása azonos volt a homlokban levő zosterével. Ehrmann, a ki négy esetet észlelt, azon a véleményen van, hogy ezek az esetek tipusos, gangraenás zosteren voltak. Jellemző rájuk nézve, hogy a zosteres kiütést láz kíséretében varicellaalakú exanthema kíséri. Csakis ezek a kóresetek sorozhatók a generalizált esetek csoportjába. A herpes zoster nevet ezekre az esetekre egyelőre fenn kell tartanunk. Riehl kiemeli, hogy még igen keveset tudunk a herpes zosteréről. Nem hiszi, hogy fertőző baj volna, még a néha tömegesebben jelentkező esetek sem bizonyítják ezt határozottan. Figyelmeztet a jód, a szénoxyd és az arzen toxikus hatása útján létrejött zosterekre. Sokszor traumás kórokozó is kimutatható. Véleménye szerint túl gyakran állítják fel a generalizált zosternek a diagnosisát. Ismertet esetet, mely Braun-klinikáján 25 év előtt zoster diagnosisával feküdt. Ennek nyomán hirtelen általános kiütés támadt, a melyet Auspitz-nek egy tanítványa univerzális zosternek körjelzett. De tévedett, mert variola volt. Ullmann Riehl-lel szemben azon az állásponton van, hogy a zosternek aetiológiájában az infectiónak jelentékeny szerepe van. Azt hiszi, hogy az infectio képes a zosteret nem emboliák okozzák (Ehrmann nézete), hanem az ismeretlen bakteriumok toxinjai. (Wiener klin. Wochenschrift, 1909. 36. szám.) Guszman.

Fülörvostan.

Helybeli érzéstelenítés a mastoid-műtéteknél. Neumann módszerét már mindenütt gyakorolják, sőt némelyek már arról beszélnek, hogy elhagyva a narcosist, általánosan használjuk e módszert a nagyobb fülbészethen. Az amerikai orr, fül- gégeorvosok XV. évi közgyűlésén E. Day helybeli érzéstelenítéssel operált 44 esete kapcsán, melyek között egyszerű antrum-fölvésések, gyökeres műtétek, sőt sinus- és cerebellum-vizsgálások is előfordultak, elragadtatva Neumann módszerének előnyeitől, ajánlja az alkalmazását az aether- vagy chloroform-narcosis helyett. Betegei egyetlen jajszó nélkül türték a műtétet. Különösen kiemeli Day, hogy e módszer megrövidíti a műtét időtartamát, könnyíti a műtét végzését, mert a seb alig vérzik, nem küzködik a műtő a beteg hányásával, és a beteg nincs kitéve az általános narcosis veszélyeinek. Számos pro és contra házzásolás történt, s bár mindenki elismerte, hogy e módszer nagy haladás, a módszer ellen komoly aggodalmak is felvetődtek. Thomas I. Harris két esettel bizonyítja, hogy a cocainnal és adrenalinval végzett infiltrációs anaesthesia éppen nem veszélytelen. 30 éves férfibetegnek torokmanduláit óhajtván eltávolítani, a rendes cocain-adrenalin-injectiót adta, mely után 3 perczel a beteg hirtelen meghalt. A bonczolás szerint „thymic asthma“ ölte meg a lymphatikus beteget (kinek glandula thymusa 18 grammot nyomott), melyet az adrenalin idézett elő. A másik esetet Thomas Hubbard közölte: ebben is hirtelen halált okozott a submucosus septum-resectio czéljából befecskendezett gyenge cocain-adrenalin-oldat. E. Logan sohasem injiciál cocaint; John Barnhill pedig az alypint ajánlja a cocain helyett, az adrenalin pedig subcután 1:10,000 higitásban. Charles Graef a cocaint mindig csak morphiump-injectio után adja, lévén a morphiump a cocainnak kitűnő ellenszere. (The Journal of Laryngology, 1909 november.)

Rejtő Sándor dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Lábizzadás ellen Gerson a harisnyáknak alkoholos formalin-oldattal impregnálását ajánlja. Enyhébb esetekben 10, súlyosabban 20%-os oldat használandó: Rp. Formaldehydi (40%) 100.0; Spir. vini rectific. ad 500.0. Kézizzadás ellen is jó a formalin-oldat; a következő oldattal impregnálandók a keztyűk: Rp. Formaldehydi (40%) 25.0; Spir. Colon. 20.0; Spir. vini rectific. ad 500.0. Ez az impregnálás állítólag nem árt a keztyűnek. (Mediz. Klinik, 1909. 34. szám.)

Az eustenin nevű újabb készítménnyel, a mely 51.1% theobromint és 42.6% jodnatriumot tartalmaz, Cervelli nagyon jó eredményeket ért el olyan bajokban, a melyekben egyfelől jodalkaliák, másfelől theobromin használata javalt, első sorban tehát idült szívbajokban, azután arteriosclerosis, asthma bronchiale, tüdő-

emphysema stb. eseteiben. 0.5 grammos adagokban adta ostyában; az átlagos napi adag 2.5 gramm volt. (Rassegna sanitaria di Roma, 1909. 8. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1909. 50. szám. *Dobrovits Máttyás:* A lépfene serum-kezelése. *Vámosy Zoltán:* Hat év mérgezési statistikája a magyarországi kórházak esetei alapján.

Orvosok lapja, 1909. 51. szám. *Szana Sándor:* A züllött gyermek socialhygienejének magyar rendszere.

Budapesti orvosi újság, 1909. 50. szám. *Szabóky János:* Tapasztalataim a Pirquet-féle, Pirquet-Moro-féle és Pirquet-Detre-féle reakciónak értékéről a tüdőgümőkór diagnosztikájában, prognosztikájában és specifikus terapiájában. *Rejtő Sándor:* Haemophil utóvérzés két gyógyult esete adenoid vegetatio eltávolítása után. „Gyermekorvos” melléklet, 4. szám. *Edelmann Menyhért:* A csecsemőhalandóság elleni küzdelem. *Beck Soma:* A bőr reakcióképességéről a gyermekkorban.

Vegyes hírek.

Kérjük nagyon tisztelt előfizetőinket, hogy a mai számunkhoz mellékelte postautalvány igénybevételével mielőbb újítsák meg előfizetésüket. A mennyiben pedig lapunknak továbbra való megküldését nem kívánják, szíveskedjenek ezt levelezőlapon tudomásunkra hozni.

Kinevezés. *Visky Pál* dr.-t az aradi gyermekkórház igazgató-főorvosává, *Lukács Jenő* dr.-t pedig osztályvezető főorvosává nevezték ki. — A székesfehérvári főpolgármestere *Pesthy Endre* dr. és *Drechsler Henrik* dr.-t kórházi segédorvossá nevezte ki.

Választás. *Balogh Ernő* dr.-t a borosjenői kórház igazgatójává, *Strélinger Nándor* dr.-t ulmai, *Csáki József* dr.-t pedig báránkyúti körvossá választották.

Egyetemi alkalmazások a budapesti egyetem orvosi karán. Megválasztottak: az I. sz. belklinikához: *Kolbinger János* dr. 3. tanársegédnek, *Hruby Ede* dr. és *Kerekes László* dr. díjazott gyakornoknak, *Szencz József* dr. gyakornoknak; a II. sz. belklinikához: *Csikó József* dr. 3. tanársegédnek, *Fejes Lajos* dr. és *Szaszovszky László* dr. díjazott gyakornoknak és *Mester Emil* dr. gyakornoknak; a III. sz. belklinikához: *Kentzler Gyula* dr. tanársegédnek és *Benczúr Gyula* dr. díjazott gyakornoknak; a I. sz. nőklinikához: *Tassy Iván* dr. gyakornoknak; a II. sz. nőklinikához: *Stamberger Sámuel* dr., *Révész Ernő* dr., *Frank Géza* dr., *Fischer Jenő* dr. gyakornoknak (a két utóbbi újválasztás); az I. sz. szemklinikához: *Barlay János* dr. 1. tanársegédnek (újválasztás); a fogklinikához: *Salamon Henrik* dr. tanársegédnek *Kanizser Ignác* dr. gyakornoknak; a fülklinikához: *Pogány Ödön* dr. gyakornoknak (újválasztás).

Az üresedésben levő ösztöndíjakra a tanártestület által a következők terjesztettek fel a vallás- és közoktatásügyi ministeriumnak: 1. a versenyvizsgálattal járó négy 600 koronás állami ösztöndíjra: *Rados Endre*, *Karsa Géza*, *Nestlinger Miklós* és *Goldberger Jakab*; 2. a négy 500 koronás Bésán-féle segélydíjra: *Nonn János*, *Kaloesai Géza*, *Klein József*, *Rozner Mihály*; 3. a Mária Terézia-féle 600 illetéleg 300 koronás ösztöndíjakra: *Tasnády Béla*, *Szabados Sándor*, *Urbán István*, *Babarczy Mária*, *Bickel András*, *Homor Edith*, *Szemző Barna*, *Matolay László*, *Burzsák László*, *Szendrey István*, *Jandl Jenő* és *Knoll András*; 4. a 300 koronás Koháry-féle ösztöndíjra: *Ruttich Jenő*.

Emlékbeszédek. A Magyar Tudományos Akadémia december 20.-án d. u. 5 órakor tartandó összes ülésén Tangl Ferenc emlékbeszédet mond *Högyes Endre*-ről. — A Budapesti Orvosi Kör december 20.-án d. u. 6 órakor a Budapesti kir. orvosegyesület nagytermében tartandó ülésén *Schächter Miksa* emlékbeszédet mond *Vidor Zsigmond*-ról.

A budapesti egyetem stomatológiai klinikáján specialistává kinevezés céljából 6—8 orvos jelentkezhetik a klinika igazgatójánál 1910 január 16.-áig.

A budapesti egyetem I. sz. női klinikáján november hóban 157 szülés folyt le (először szülő 73, többször szülő 84). A született magzatok száma 157 volt, még pedig élő 138, halott 11, macerált 8; érett 119, kora 30, éretlen 8; fiú 71, leány 80, kérdéses nemű 6; törvénytelen 72, törvénytelen 85; a szülőnők és gyermekágyasok közül egy sem halt meg. A nőbeteg-osztályon 69 beteget ápoltak, a kik közül 1 halt meg. A klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinika 109 esetben nyújtott segítséget; a műtétek száma 73 volt.

A budapesti egyetem II. sz. női klinikájával kapcsolatos szülészeti poliklinikum november hóban 93 esetben nyújtott segítséget; a műtétek száma 80 volt.

A budapesti önkéntes mentő-egyesület október hóban 1260 esetben nyújtott első segítséget; ezenkívül 820 szállítást végzett, 216-szor mint mozgóorség szerepelt és 25-ször vaklármá és téves jelentés folytán vonult ki. Az október havi működési főösszeg tehát 2321.

A budapesti poliklinika rendeléseim november havában 3963 új beteg jelentkezett; a rendelések összes száma 11,659 volt.

Meghalt. *Thüröczy Károly* dr., Nyitra vármegye tiszti főorvosa 59 éves korában december 10.-én. — *Hangel Ignác* dr., Tolna vármegye tiszti főorvosa 63 éves korában december 14.-én. — *Stein Lipót* dr., Pozsony megye tiszteletbeli főorvosa 73 éves korában december 13.-án. — *R. M. Gum* dr., a londoni királyi szemkórház főorvosa, jeles és irodalmilag is tevékeny szemorvos, november 29.-én 60 éves korában.

Kiseb hírek külföldről. *P. Krause* dr.-t, a belorvoston rendkívüli tanárát a bonni egyetemen, rendes tanárrá léptették elő. — A strassburgi egyetemen üresedésben levő szemészeti tanszékre *E. Hertel* dr., czimzetes rendkívüli tanárt, a jeni szemklinika I. tanársegédét hívták meg. — *O. Neumann* dr. heidelbergi rendkívüli tanár elfogadta a giesseni közegészségügyi tanszékre való meghívást. — A strassburgi egyetemen *Ledderhose* dr. magántanár tanítási megbízást kapott a socialis orvostan előadására. — A liverpooli egyetemen rendkívüli tanár lett: *R. Jones* dr. (orthopaedia), *H. E. Roaf* dr. (élettan) és *O. T. Williams* dr. (gyógyszertan).

Hydropyrin vízben oldható acetylsalicilsav 96¹/₄% acetylsalicilsav tartalommal. Antipyreticum, antirheumaticum és analgeticum. Az influenza specificuma. Könnyű oldhatóságánál fogva főzetekben, forrásokban és vizes oldatokban adható. Por- és tablettalakban kerül forgalomba.

A czukorbetegnek táplálása olykor igen nagy gondját képezi a gyakorlóorvosnak. A könnyű emészthetőség és nagy táperőnél fogva kiváló eredménnyel táplálják a czukorbetegeket a csukamájolajjal és mivel a *Zoltán-féle csukamájolaj* nem emulsió és edesítő anyagokat nem tartalmaz, igen nagy szerepre hivatott a fent leirt esetekben.

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

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

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

Consentiv neuralgiák, sebészeti utóbántalmak és izzadásmányok eseteiben. Részleges göngyölés. **FANGO** Erzsébet-körút 51. sz. (Körúti fürdő.) Kezelő orvos vulcanikus radioaktiv iszap **Dr. VÁNDOR DEZSŐ.**

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

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

Tamássy Park-sanatoriuma DUNA-HARASZTIBAN, Pestmegye. Intézeti orvos: **Somossi Lajos** dr. Alkohol-, morphiúm-, nicotinelvonás.

Téli kúra tüdő- betegeknek Tátraháza

Pavillon-rendszer. Villanyos világítás. Központi légfűtés. Téli sportok. Serumkezelés. Igazgató-főorvos: **Müller Vilmos** dr., az „Erzsébet királyné“-Sanatorium v. assistense.

Orvosi laboratorium és czukorbeteg tolerantiájának meghatározása Dr. **Mátrai Gábor** v. egyetemi tanársegéd, Andrásy-út 50 (Oktogeter). Telefon 26-96.

CIRKVENICA THERAPIA-Sanatorium téli gyógyhely a magyar tengerparton. Berendezve az összes gyógyító eljárásokra. Modern kényelem. 120 szoba. Vezető-orvos: **Dr. Groó Béla.** Gyermekek kíséret nélkül felvételnek. Vezető orvos: **Dr. Groó Béla.**

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

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

Dr. Szili Sándor v. egyetemi tanársegéd, Andrásy-út 55. Tel. 157-71. Vegyi, górcsi, bakteriológiai (Wassermann-féle lues-reactio) orvosi laboratoriuma.

Dr. GARA GÉZA, Meran. SANATORIUM. PROSPECTUS.

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

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. Budapesti kir. Orvosegyesület. (XXII. rendes tudományos ülés 1909 november 27.-én.) 937. l. — Közkórházi Orvostársulat. (IX. bemutató ülés 1909 október 20.-án.) 938. l. — A XVI. nemzetközi orvosi congressus tárgyalásai. 939. l. — Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya. (1909 október 2.-án tartott XII. szakülés.) 940. l. — Pályázatok. 941. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XXIII. rendes tudományos ülés 1909 november 27.-én.)

Elnök: Friedrich Vilmos. Jegyző: Rotter Henrik.

Látás-zavar orrmegbetegedés folytán.

Baumgarten Egmont: A 60 éves nő öt hét előtt jelentkezett a poliklinikai szemosztályon azzal a panaszszal, hogy az utóbbi két hét óta látása romlik és hogy most az alakokat az utczán nem tudja megkülönböztetni. Fejér dr. lelete: A jobb szem myopiás, $v = \frac{5}{50}$, concav üveggel javítható $\frac{5}{10}$ -re. A bal szem papillitis chronica in atrophiam vergens; $v = \frac{1}{70}$. Orrvizsgálat: A bal középső kagyló hátulsó része jobban kiáll és a sövényt majdnem érinti. Cocainozás után a bal sinus sphenoidalist a kiálló kagyló visszaszorítása után az elülső falon át megnyitom, de sem geny, sem váladék nem ürül, azonban a beteg jelzi, hogy valamivel világosabban lát. Ezen javulás arra birt, hogy a kiálló középső kagyló részletét, mint ezt rendszeren tenni szoktuk, erős csipőkkel darabonként eltávolítsam, azonban meglepetésemre, midőn a csipővel megfogtam, az egész kiálló kagylórész spontán levált. A levált darab hossza 2 cm., szélessége $1\frac{1}{2}$ cm., a nyálkahártya erősen túltengett. A beteg már másnap jelzi, hogy a homályos látás lassan múlóban van és az embereket ismét felismeri. A látás a jobb szem $\frac{5}{30}$ -ra és a bal szem $\frac{5}{30}$ -ra javult. A sinus sphenoidalist nyitva tartom és most a beteg a bal szemem, korához mért szemüveggel már Csapódi XIII-at tud olvasni.

Már évek előtt közöltem eseteket, a melyekben ámbár az orrban semmi elváltozás sem volt látható, a sinus sphenoidalis elülső falát perforáltam, mire egy esetben az internus-bénulás rögtön megszűnt, a másik esetben pedig az exophthalmus szemünk láttára visszafejlődött; mindkét esetben a sinusból savós váladék ürült ki. Ezen esetek arra bátorítottak, hogy valahányszor a szemorvos melléküregi affectióra gondol, mindannyiszor, még ha látszólag normális is az orr, a többi melléküreg megbetegedésének kizárása után az illető sinus sphenoidalist megnyitom. Ezen esetben sem geny, sem savós váladék nem volt, az orron történt beavatkozásra a látás kifejezett javulása állott be. Fejér dr. szerint a papillitis is javult. Fejér dr. egy másik nőbetegének jobb szeme 24 óra alatt megvakult; a szemtükör normális hátteret mutatott, az orrban a bemutatott esetéhez hasonló elváltozás volt jelen. A sinus megnyitásokor váladék nem ürült ki; a kiálló kagylórésznek darabokban eltávolítása után harmadnapra a látás lényegesen javult, noha ezalatt papillitis fejlődött.

A látás-zavar magyarázata az ilyen esetekben a jelenlévő orrmegbetegedés miatt még homályos. Felvehető, hogy első sorban vérkeringési zavarok játszanak szerepet, nézetem szerint esetleg toxikus befolyások is. Csak most közlik Snellen és Quitt, hogy két év alatt hét ilyen esetet észleltek és csak 2—3-ban volt genyves váladék a sinusban, a többiben olyan elváltozások találtak, mint a milyenek az én eseteimben voltak. Egy esetben a sinus nyálkahártyáján erős beszűrődés volt jelen.

Thomassen lovakon is látott megvakulást a sinus sphenoidalis genyvesedésével kapcsolatban.

Dollinger Gyula egy betegéről referál, a kit a napokban operált meg a vezetése alatt álló klinikán. A beteg egy esztendő előtt kapott erős náthát, fél esztendő előtt eldugult a bal orrfele, azóta abból bűzös, néha véres kifolyása van, utóbb pedig polypusok jelentek meg a bal orrnyílás előtt, bal homlokfele és szeme fájdalmas lett, míg egynehány nap előtt baloldali ptosis, chemosis, kisebbfokú exophthalmus jelentkezett. A bal pupilla középtág, fényre nem reagál, a szem merev, az összes szemmozgató izmok békák. A műtét f. hó 25.-én történt, a bal szemöldök-ínek megfelelő, az orrgyökre lekanyarodó metszéssel. Az orbitában genyvesedés nem volt. Az elülső cellulae ethmoidales helyén üreg, a melyet sclerosisos csontlemez környezett. A leghátulsó cellulae ethmoidalesben genyvesedés nem volt. A sinus frontalisban sok sűrű genyvesedés. Ezért a sinus elülső és alsó falát eltávolította és a nyálkahártyát gondosan ki-

kanalazta. A szemöldökivnek megfelelő léczet meghagyta. Killian-műtét. A polypusok eltávolítása után az orrjáratokból megnyitotta a két sinus sphenoidalist, a melyekben kevés genyves nyálka volt és azonkívül megnyitotta a bal Highmor-barlangot, a mely szintén genyves nyálkát tartalmazott. A szemeket Borbély László szemklinikai tanársegéd vizsgálta meg. A bal szaruhártya kissé bágadt, az üvegtest zavaros, a papilla halványabb, a retinán vérzések. A jobb papilla nervi optici kissé duzzadt, határai elmosódottak, vörössesszürke, a verőerek vékonyabbak, a gyűjtőerek vastagabbak, az üvegtest hátulsó része kissé borus. Míg tehát baloldalt a neuritis optica képe van jelen, addig jobboldalt alkalmasint retrobulbáris neuritis kezdődik. A ptosis, valamint a szemmozgató izmok bénulását mindenek szerint a sinus cavernosus thrombophlebitise okozza, a mely a sinus frontalis empyemájának a következménye.

Zwillinger Hugó: A személni szövödmények javulása és gyógyulása a negatív orrlelet mellett végzett operatív beavatkozás után nehezen magyarázható. Az egyik elmélet, mely szerint a melléküregekben, nevezetesen az ikcsontban és a rostacsontokban vannak ugyan nem diagnoskálható elváltozások, reális alapot nyert azáltal, hogy sikerült ily esetben az ikcsontból kibélelt nyálkahártyának egy eltávolított részletében gyuladást találni. A második hypothesis, mely szerint az operatív beavatkozás után a vérkeringés felszabadul, a pangás megszűnik, még behatóbb vizsgálatokra szorul. Az első, kinek figyelme ezen viszonyokra kiterjedt, Killian volt, ki a melléküreg falait megvizsgálva, három vérersystemát talált, az egyiket a nyálkahártyában, a másikat a csontban, a harmadikat a túlóldal esonhártyájában, e három rendszer számos anastomosis által egymással összekötött, az összefüggés ily módon érthető. Ez utóbbi nézet plausibilisabbnak tetszik, ehhez csatlakozom magam is egy esetem kapcsán, melyről bővebben nem nyilatkozhatom, mert még megfigyelés alatt áll és melyben bővebb vérzés után a látás javult.

Ónodi Adolf kérdi, a bemutatott esetben centrális scotoma volt-e jelen és a sinus sphenoidalis nyílása nem volt-e látható.

Baumgarten Egmont: Centrális scotoma nem volt, a sinus sphenoidalis nyílása nem volt látható.

Ónodi Adolf: Könyvében összefoglalta az adatokat, különféle congressusokon demonstrálta is azokat. Azóta is szaporodtak a közlések. Körülbelül 120 eset van közölve (látás-zavar orrmegbetegedésből, igen sokszor megvakulás). Tíz esetben az ellenoldali látóideg betegedett meg.

A szólnak volt ikébőlgenyvesedés-esete ellenoldali látóidegsorvadással, ugyanazon oldali látótérszűkülettel; javulás állott be az ikéből megnyitására. A Highmor-üreg megoperálása után az amaurosis és exophthalmus meggyógyult. A homloküreg megnyitására és a középső kagyló resectiójára a látás-zavar, diplopia, exophthalmus megszűnt. Egy esetben az exophthalmus a középső kagyló mucokelének megoperálására szűnt meg. Egy pansinusitis-esetben mindkét látóideg sorvadott volt; idejében megoperálva, az eset meggyógyítható lett volna.

Vizsont máskor a szemész a látóidegsorvadás okát nem tudta kimutatni és az orrlelet is negatív volt.

Az esetek egy része értéktelen, főként mert a betegek további sorsa ismeretlen. A központi scotoma kimutatása fontos, mert ez korai tünet, a mennyiben ez a papillo-maculáris rostok vulnerabilitása folytán korán jelentkezik. Néha már egyszerű nátha mellett is. A szemizmok idegei pedig későn betegszenek meg. Fuchs szerint azért, mert a vulnerabilitásuk sokkal csekélyebb.

Gyakorlatilag fontos ez a kérdés azért, mert sok ilyen orrbajjal összefüggő szembaj minden beavatkozás nélkül is meggyógyul, de fontos dolog, hogy az ilyen eseteket gondos vizsgálatnak vessük alá és a latens göczöket iparkodjunk felderíteni. Néha már az egyszerű exploratív beavatkozás is gyógyítólag hat.

Baumgarten Egmont: A Zwillinger által említett két magyarázatot elfogadja, de azt véli, hogy a kétfő egymást kiegészíti. A sinus sphenoidalis nyílását ilyenkor nem látni és nem osztja Ónodi nézetét. Neki is van most esete, melyben a centrális scotoma több hónapja fennáll, eddig nem gyógyult és az orrban hasonló elváltozások voltak, mint a bemutatott esetben. A beavatkozások után a scotoma folyton javult és a nagyfokú fejfájdalmak eltűntek.

Malum perforrans alae nasi esete.

Baumgarten Egmont: Már többször volt alkalmam oly beteget itt bemutatni, kiknél a jelenlévő gégelelet alapján (posticus-hűdés, gégekrizis) azonnal kezdődő tabesre gyanakodtam és ezen feltevésem mindannyiszor igaznak bizonyult.

A 42 éves férfin, midőn orrvizsgálat végett jelentkezett a poliklinikán, azt láttam, hogy az orrhát mentén baloldalt 3 cm. hosszú, $1\frac{1}{2}$ cm. széles félhaldszerű anyaghiány van, úgy hogy az illető orrfele behasítottan látszik. Ezen hiány három év óta lassan, fájdalom és minden sérülés nélkül fejlődött. A hiány szélei simák, alig hegesek, csak a felső csúcson látható egy kis, véres

pörkkel fedett fekély. Minthogy sem carcinomára, sem gummára gondolni sem lehetett, mindjárt kijelentettem, hogy ezen hiányt alkalmasint egy trophiás zavar, a malum perforans okozta és hogy tabes-szel van dolgunk, a mit a későbbi vizsgálatok igazoltak.

Schaffer lelete: Bal oldalon műszem, a jobb pupilla miosis, fényre nem reagál. Nagyfokú Romberg, a térdtünet és Achilles-reflex hiányzik, lancináló fájdalmak, ép sensibilitas, orrvérzés, incontinentia urinae, ataxiás járás, tehát tabes dorsalis.

Tudjuk, hogy nálunk a malum perforans ritkábban fordul elő és többnyire a talpon, a körmökön, a végtagokon jelenik meg. A francia irodalomból ismerem eseteket, a melyekben a szájban, a pofán támadt és mint mal perforans buccal van leírva. Az orrban tudtommal eddig ilyen elváltozás nincsen leírva, úgy hogy talán ez egyáltalában az első ilyen eset. A malum perforans rendszeren herpes hólyag előzi meg, mely megpattan és innen indul ki a további pusztulás. Ezen esetben is herpes hólyaggal kezdődött a megbetegedés. A beteg felső fogai hiányoznak és a felső állkapocs alveoláris részének sorvadása van jelen, miért is a tabes ezen alakját tabes superiorinak vagy cerebrialisnak nevezhetjük. A hiányt plastikai műtéttel fogjuk fedni.

Schaffer Károly: A bemutatott eset neuropathologiai szempontból többszörösen érdekes. Első sorban a szokatlan kezdete miatt, mert a tabes itt nem a szokásos neuralgiform fájdalmakkal indult meg, hanem azonnal ataxiával. Azután nevezetes a betegség megindulása a trophiás zavarok többszörösségével, mert az orrszárny átfutó fekélyén kívül a fogak fájdalom nélküli kihullása szerepelt a bántalom letelején. Az ilyen tabes esetek prognostikailag súlyosak.

Justus Jakab: A bemutatott esetben némileg másképpen magyarázza a kórfolyamatot. Az ulcus perforans magyarázatában azokhoz csatlakozik, kik lueses vérmegebetegedésnek tekintik és e kórforma sajátosságait ezen alapon magyarázzák.

A bemutatott esetben a hegesezés minémisége nem az ulcus perforans kerek, mélybe hatoló, behúzódott voltának felel meg, hanem sima, vaskos, inkább olyan, mint a lues ulcerosa után szokott maradni. Még inkább valószínűvé teszi a lues, hogy a beteg bal felső állkapcsán és zygomaticumán határozott vastagodás tapintható, hasonlóképpen a bal homlokcsont periosteuma is vaskosabb. Ez okokból a malum perforans alae nasi helyett inkább lues ulcerosa alae nasit állapítana meg.

Baumgarten Egmont: Justus azon véleménye, hogy ezen esetben nem látja fennforogni a mal perforans, hanem lues ulcerosa van jelen, nem áll meg, már azon oknál fogva sem, mert egy nem kezelt ulcus lueticum három év alatt nagy roncsolást okozott volna, továbbá a hegek vékonysága, a szélek simasága is határozottan a lues ellen szól.

(Vége következik.)

Közkórházi Orvostársulat.

(IX. bemutató ülés 1909 október 20.-án.)

Elnök: Weisz G. S. Jegyző: Körmöczy Emil.

Vesztségellenes védőoltások után támadt paraplegiák.

Hochhalt Károly: A vesztségellenes védőoltások után előforduló balesetek, legalább hazánkban, felette ritkák s azért alig ismeretesek. Ez okból indítva érzem magamat az alábbi eset ismertetése kapcsán figyelmüket ezekre az általános orvosi gyakorlat, valamint a tudományos érdek szempontjából felette fontos, bár ritka esélyekre ráirányítani.

S. Gyula, dunaharaszti születésű, 33 éves szobrász, felvétetett f. év június hó 3.-án a szent István-közkórháznak vezetésem alatt álló VI. orv. osztályára. A beteg előadja, hogy néhány hét előtt vesztségre gyanús kutya harapta meg s e miatt f. é. május hó 14.-étől 28.-áig a Pasteur-intézetbe járt, hol 14 injekciót kapott. Jelen baja csekély lázzal és fejfájással kezdődött, ezután alsó végtagjait zsibbadás érzése fogta el, mely egészen a medenczetájáig felhúzódtott. Tegnap óta már nem tud járni, nem tudja hólyagját kiüríteni, széke is elmaradt. A beteg szülői élnek és egészségesek, ő maga betegsége alig emlékezik. Luese sohasem volt. A fiatal, jól táplált, erőteljes egyén szellemileg teljesen ép, félelmi érzései nincsenek, az agyidegek területén elváltozása nincs, nyelése szabad, vizivás ellen semmi ellenszenvet sem mutat, ráfúváskor az arcizmokon semmi reflectorius rángás sem következik be. A mellkas vizsgálata rendellenességet nem mutat, a rekesz alsó határa jobb oldalt a VII., bal oldalt a VI. bordánál van. A has kissé puffadt, a hypogastriás tájon tekeszerű domborulatot mutat, mely a megtelt hólyagnak felel meg. Betegsége óta széke nem volt.

A bőrérzékenység minden kvalitás iránt mindenütt ép, kivéve a bal czomb belső felületének tényéragságú területét, hol úgy a tapintó, valamint a fájdalomérzés hiányzik.

A térdreflexek, valamint az Achilles-inreflexek, nemkülönben a talpreflexek nem válthatók ki, hiányzik a cremaster- és hasreflex. Mindkét alsó végtag teljes mozgási bénulást mutat. A passive fel-emelt végtagok lehanyatlanak, az activ mozgásnak legkisebb nyoma sincs meg, az izmok hypotoniásak és petyhüdték, szintúgy bénultak mindkétoldalt a medenczét fedő izmok, úgy hogy a törzs activ fordítása is lehetetlen s a beteg felülni csak támogatással tud. A bal nervus ischiadicus lefutásában nyomásra kissé érzékeny. Kifejezett paraesthesiák nincsenek.

A mellkasizmok működése rendes. A felső végtagok mozgásképesége, izomereje ép. Légzési nehézség nincsen. A légzés percenkint 24, az érverés 75. A csapolás útján vett vizelet rendszeren alkotórészeket nem tartalmaz. A hőmérsék reggel 36.3°, este 37°. Therapia: rendszeres hólyagesapolás, strychnin-injekciók.

Június 5. A beteg jól aludt, étvágya jó, különös fájdalmak nem voltak, az alsó végtagokon mozgás-kísérletek alkalmával zsibbadási érzés és égető fájdalom jelentkezik. Tegnap óta nehezebben lélegzik s lélegzőkor a mellkas alsó segmentuma visszamarad. Bőrérzékenység, reflexek mint tegnap. Az alsó végtagok teljes mozgási bénulása, a hólyag- és végbélhűdés változatlanul fennáll.

Június 7. Senna-forrázat beöntésére széke volt. A bal térdreflex nyomai mutatkoznak. A légzési nehézség megszűnt, különben egyforma állapot.

Június 9. A térdreflexek mindkét oldalon kiválthatók, bal oldalt jobban. Cystitis jelei. Éjjel hasogató fájdalmak az alsó végtagokban.

Június 11. Mindkét lábón az ujjak nyújtóizmai némi activ mozgást mutatnak. Strychnin-injekciók naponként. Hólyagmosás.

Június 13. A lábizmok működése (nyújtás, hajlítás) mind jobban visszatér. Szék önként jelentkezik.

Június 17. Magától tud felülni. A czombok ab- és adductiója sikerül.

Június 30. A hólyag működése normális lett. A cystitis fennáll. Az alsó végtagok mozgásképesége rohamosan javul. Meleg fürdők, villamozás és massage. Tápláló étrend.

Július 26. A beteg állapota majdnem normális. Bot segítségével elég jól jár. A hűdve volt izmokon lokális sorvadás nyomai nincsenek. A cystitis teljesen megszűnt, úgy hogy a beteg a kórházból gyógyultán távozhatott.

Esetünk kórlefolysa és klinikai képe sokban hasonlít a Landry-féle hűdés neve alatt ismert tünetesoporthoz.

Megfelelt annak a fertőzési alap, a gyorsan terjedő bénulás, mely az alsó végtagokra, a medenczére s kis fokban a légző izmokra szorítózkodott. Azonban a súlyos hólyag- és végbélhűdés, a kis mérvben fennállott érzési zavarok (a bal czombon), a bal ischiadicus neuritise inkább az acut disseminált myelitis kórbonezolástani képének felel meg, mely azonban, tekintve az aránylag gyors gyógyulást (53 nap), súlyos szöveti destructiókkal nem járhatott s talán csak erős, savós átizzadás eredménye volt.

Fontos azonban annak a kérdésnek az elbirálása, hogy a leírt súlyos idegrendszerbeli zavarok lehettek-e oki viszonyban az előző lyssás fertőzéssel, avagy pedig az antirabikus védőoltások idézték-e elő? Gondolhatni-e esetleg valamely accidentális megbetegedésre, kizárható-e valamely psychogen kóralak, mely a hydrophobia nyomában támadhatott?

A hysteria és neurasthenia alapján fejlődő lyssaphobia tudvalevőleg mindig a valódi lyssa syndromáit utánozza: a nehéz nyelést, viziszonyt, maniakális és göresös tüneteket, de soha objective kimutatható izombénulásokat, cystitissel párosult hólyagzavarokat stb. Accidentális myelitises bántalmat is kizárhatunk és pedig egész határozottsággal azért, mivel a mienkkel analog eseteknek egész sorozatát találjuk az irodalomban feljegyezve.

Remlinger, a konstantinápolyi Pasteur-intézet vezetője már 4 év előtt 40 oly esetet irt le, hol az antirabikus oltások alatt vagy közvetlen utánuk typosos paraplegiák fejlődtek, a melyek kettő kivételével néhány hét vagy hónap alatt gyógyultak.

Remlinger esetei arról is meggyőznek bennünket, hogy ezen paraplegiák nem lehetnek a valódi lyssával, az úgynevezett utcaizai vírussal oki viszonyban, nem pedig azért, mivel egyszer sem fej-

lódtek ki a lyssa cardinalis tünetei (nehéz nyelés, viziszonny, reflexgörcsök, maniakális rohamok), hanem valamennyiben kizárólag paralyisiek mutatkoznak többnyire csak az alsó végtagokra szorítóközlágg, rendszeren hólyag- és végbélhűdéssel szövődve, túlnyomólag érzés-zavarok nélkül, néha gyenge és mulékony bulbaer tüneteket is észleltek. A mi azonban valamennyinek közös vonása, az a jóindulatú lefolyás, az úgyszólván kivétel nélküli gyógyulás. Már ez az egyetlen körülmény kizárja a valódi lyssával való causális viszonyt, mivel a védőoltások dacára kitörő valódi veszettségben egészen jellemző kórkép fejlődik s a kimenetel minden esetben halálos.

Arról sem lehet szó, hogy a kérdéses paraplegiák talán a védőoltásuk útján mitigált utcai virusnak eredményei volnának. Sabarthez és Babes közölt egy-egy esetet, hol antirabikus beoltások után paraplegiák fejlődtek, holott a marást okozó állatok — mint a későbbi oltási kísérletek útján kiderült — egyáltalában nem szenvedtek lyssában.

Minden kétségen kívül áll tehát, hogy az ok kizárólag a védőoltásokban rejlik, illetve a házinyúlpassage útján megállapodott fix virusnak olykor mérgező hatásában keresendő.

Ugyanezen következtetésre jut *Eduard Müller*, Strümpell boroszlói klinikáján észlelt esete kapcsán irt, s a Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde múlt évi folyamában megjelent alapos munkájában. Müller a szóban forgó paraplegiákat egyenesen házinyúllyssának (Kaninchenlyssa) minősíti, mivel a lyssaméreggel beoltott házinyúl ugyanolyan paraplegiás tünetek között mulik ki. A szerző azon véleményének ad kifejezést, hogy a szokásos Pasteur-oltásoknál nem jelentéktelen mennyiség fajidegen és beteg gerinczvelő jut az emberi szervezetbe, a fajidegen agyvelőnek káros hatására pedig már *Donath* figyelmeztetett. Hogy ezen körülménynek jelentősége van, figyelmeztet *Högyes* tanár eljárására, ki éppen erre való tekintettel igen híg konyhasós dilutiókat használt (1:10,000), miáltal a fajidegen velő bevitelét elkerülhette. Nem szabad azonban ezen kellemetlen esélyekből kifolyólag a Pasteur-féle védőoltásoktól visszarettenünk. Eddig — mint *E. Müller* állítja — közel 100,000 emberen végeztek oltásokat, paraplegiás szövődmények pedig csak 40 esetben jelentkeztek, tehát az esélyek rendkívül ritkák, ritkábbak, mint a chloroformhalál a sebészi gyakorlatban. Másrészt a Pasteur-féle védőoltások haszna és eredménye nyilvánvaló, hiszen a lyssa kitörését emberen az előbbi 40—50 százalékról 1 százalékra apasztotta. Ellenben oda kell törekednünk, hogy a védőoltások módszereit tökéletesítsük.

Imrédy Béla: Az előadó esete előtt észlelt már egy hasonló esetet. Körülbelül január elején egy nő megsértette az ujját, s ezt egy kutya megnyalta. Csupa óvatosságból veszettség elleni oltásban részesült, jóllehet utólag kitént, hogy a kutya nem volt veszett. Nagyon kevés gerinczvelőanyagot kapott, 14 nap alatt mindössze 69 milligrammot. A beoltások helyei megduzzadtak, egy alkalommal lázas is volt. Erős helyi reakciós tünetek is jelentkeztek, miért is nem részesült a beoltások teljes cyclusában. Február 2-án kirázta a hideg, lábai zsibbadtak lettek és 2—3 nap múlva teljes paraplegia, a köldöktől lefelé teljes anaesthesia, hólyag- és végbélhűdés állott be. Felvétette a Vörös-kereszt-kórházba, hol az anaesthesiája napról napra fokozódott, nehézlégzés és nyelési nehézség jelentkezett. Ascendáló disszeminált myelitis teljes kórképe fejlődött ki a betegben. Az anaesthesia tovaterjedése a clavicula magasságában megállott. A betegség kezdetétől számított 12. napon érte el a bántalom a tetőfokát, 12—19. napig változó volt a kórkép (hol javulás, hol rosszabbodás), a 21. napon spontán vizelt, egy hónapi betegség után a tünetek nagy része visszafejlődött.

A reflexek fokozottak voltak, a Babinsky-tűnet is positiv volt.

Próbálták a beteget elektralgóval kezelni. De az injectiók iránt oly érzékeny volt, hogy a legnagyobb asepsis mellett is mindig igen erős helyi reactio állott be. Abba is hagyták. A gyógyulás spontán állott be.

Tekintve a hólyaghűdést, heteken át kellett a beteget csapolni; a cystitis megakadályozására czélszerűnek tartja ilyen esetekben általánosan hólyagantisepticumot adni.

A dolog meritumára a következőket jegyzi meg: *Hochhalt* említi, hogy *Müller* úgy véli, hogy a paraplegiás tünetek a nyulak hűdéses lyssájának felelnek meg, de ez nem állhat meg, mert *Babes* közölt egy esetet, midőn a negyven éves nő az előadottaknak megfelelő tünetek között halt meg. A boncoláskor kitént, hogy az agyhártyák oedemások voltak és a gerinczvelő alsó része elkocsnyásodott. Ebből oltottak be nyulaknak és azok nem kaptak sem lyssa humanát, sem a nyulak lyssája nem fejlődött ki.

Véleményében oda következtet, hogy a felsorolt tünetesoport részben a fajidegen gerinczvelő hatása, másrészt a nyúlgerincz velejéhez kötött úgynevezett veszettség-toxin által van feltételezve. Nem valószínű, hogy a gerinczvelőhöz jutott bakteriumok okoznák, mert a gerinczvelő bakteriumokozta megbetegedése sokkal súlyosabb szokott lenni.

A toxinhatáson kívül nagy mértékben szerepel az illető individuális érzékenysége; mert esetében a szokottnál jóval kisebb gerinczvelőadag idézte elő a súlyos tüneteket.

Külföldön, hol jóval több gerinczvelőt oltanak be, sokkal gyakoribbak az ilyen esetek, mint nálunk.

Ajtós Imre (mint vendég): A budapesti Pasteur-intézetben az eredeti Högyes-féle, részben pedig a módosított Högyes-féle eljárással beoltottak körülbelül 40,000 esetet, a melyben a lyssafertőzés kétségtelen volt s több ezer esetet, a melyben utólag kitént, hogy nem is történt lyssafertőzés, de a felsorolt két eseten kívül hasonló súlyos hűdéses tünetről sohasem hallottak, pedig a betegek sorsát éveken át figyelemmel kísérik. Könnyű lefolyású eseteik nekik is voltak. Egyik-másik érzékenyebb egyéneknél bágyadság, hólyagzavar, járási nehézség jelentkezett. De ezek a tünetek 2—3 nap alatt megszűntek. De bármiképpen áll is a dolog, az bizonyos, hogy a Högyes-féle oltásmód mellett az említettekhez hasonló tünetek nagyon ritkák, sokkal ritkábbak, mint az eredeti Pasteur-módszer használata mellett, a mi nyilván abban találja a magyarázatát, hogy a Högyes-féle oltásmóddal aránytalanul kevesebb velőt juttatnak a szervezetbe, mint a Pasteur-oltás alkalmazásakor. Ezeket a tüneteket a lyssa virusának nem lehet tulajdonítani. Toxinhatásról lehet szó, a mely a beoltással összefüggésben állhat; talán az oltásokhoz használt nyúlvelő mint fajidegen fehérje váltja ki praedisponált egyéneken az említett tüneteket.

Szontagh Felix: Müller az immunitásról szóló könyvében nem említi oly eseteket, a melyenről *Hochhalt* és *Imrédy* referál. Kétségtelen, hogy itt a fajidegen fehérje toxikus hatásáról van szó. Utal arra, hogy ezekről a kérdésekről tiszta fogalmat majd csak az anaphylaxis fejjezetének teljes ismerete mellett fogunk szerezhetni.

Körmöczy Emil: Abban eddig minden észlelt meggyezett, hogy ezek a megbetegedések az oltásokkal összefüggésben állanak, csak megfelelő magyarázatát nem tudták adni. A míg külföldön elég gyakoriak voltak ezen esetek (hiszen *Müller* maga negyvenet gyűjtött össze), addig nálunk a legutóbbi időki egyetlent sem láttunk. Ez összefüggésben állhat ama körülménnyel, hogy újabban Pasteur-intézetünk az eredeti Högyes-féle eljárást módosította és sokszorosan erősebb oltásokat alkalmaz.

Imrédy Béla: Az esete ennek ellentmond, mert betege egészben véve csak 69 milligramm gerinczvelőt kapott noha átlagban 240 milligramm az egy-egy esetben elhasznált velő mennyisége.

Hochhalt Károly: Köszöni a hozzászólásokat, a melyek hozzájárulhatnak a kérdés tisztázásához. Jelentékeny szerepe van az individualitásnak, de maga az erősebb oltóanyag is szerepelhet, mert míg az eredeti Högyes-féle módszer használata mellett tíz év alatt egy sem fordult elő, mostanában két ilyen eset is volt. Az antirabikus oltásokat nem tartja veszedelmesnek, csak az oltási methodust kell tökéletesíteni.

(Vége következik.)

A XVI. nemzetközi orvosi congressus tárgyalásai.

VI. Szakosztály: *Belorvosan.*

Korányi Frigyes: A gerincoszlop és különösen a vesék kopogtatásáról.

Az előadó volt az első, a ki a trigonum pleuriticumot 1897-ben leírta. Ennek ismerete a gerincoszlop kopogtatási hangjának vizsgálatára indította. A keresztcsont vizsgálatára is értékes eredményeket adott. Parametritis, exsudatum, a méh helyzetváltozása vagy daganata, továbbá petefészekdaganat eseteiben a kopogtatás hangja megváltozik. A vese vizsgálatát az ágyéktájék vaskosabb izomzata, ennek activ összehúzódása, s a vesét fedő egyéb szervek akadályozzák. E nehézségek megszüntetését a vizsgált egyén testének czélszerű elhelyezése tette lehetővé. A has alá a proc. xiphoides és a köldök közé henger alakú löszörpárnát helyez, s olyképpen fekteti a beteget, hogy alsó végtagjai kinyújtott helyzetben vannak. Ez elhelyezéssel a vesét környező többi szerv eltávozik, s az activ izomösszehúzódás megszűnik.

Az e helyzetben végzett vizsgálatok a vesepercussio differentialis diagnostikai fontosságát mutatják különösen oly esetekben, a melyekben gyomordaganat, fűzőmáj, epehólyagdaganat és vándorvese különböztetendő meg egymástól. A vizsgálat normális lelet alapján kizárhatja a vándorvese jelenlétét, kimutathatja a hydronephrosis fennállását s felvilágosíthat arról, vajjon a vesebetegség csak egyoldali-e. Értékes eljárás tehát a vese nagyság- s helyzetváltozásainak kimutatására.

Korányi Sándor hozzászólásában előadja, hogy a vesetompulat határai légzészor eltolódnak. Összenövevényes esetén, pl. vesegümőkórban a respirációs mozgékonyosság megszűnik. A gerincoszlop kopogtatásának diagnostikai értéke van oesophagusszűkület esetén is.

Flesch (Wien): A hátulsó medencze fal typhus kopogtatási leletéről.

A keresztcsont középső részétől kétoldalt csikalakú, dobos kopogtatási területet talált. A kopogtatási hang megváltozását daganat, terhesség, peritoneális transsudatum eseteiben szintén ki tudta mutatni.

Ország Oszkár (Budapest): *Vérelváltozások tabes dorsalisban.* (Eredeti közléseink során hoztuk.)

Benderski (Wien): 1. *A nyelöcső kezelése szivacsos szondával.* Szivacsos bevonat szondáját gyógyszeroldatokba mártja s $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ órán át a nyelöcsőben tartja. Különösen jó eredményt ért el spasmus eseteiben.

2. *A kőkólikák és hasfájalmak fizikális kezelése.*

A víz alatt vagy mórfürdőben gyakorlott massage értékét dicséri.

Unterberg (Budapest): *A gyomor functionális vizsgálatának újabb módszerei és eredményei.*

A betegnek szárított fehérjéből készített oldatot ad, $\frac{3}{4}$ órával utóbb a gyomortartalmat kiüríti s vizet itat. Vizsgálati eredményeit ismerteti különböző gyomorbántalmakban.

Pick F. (Prága): *Az acut gyomorbélhurut gyógyítása.*

60—120 gm. vízben jól elosztott bolus albanak gyakran látta kedvező hatását.

Strauss (Berlin): *A sigmoidoskopia javalatai és ellenjavalatai.*

A sigmoidoskopia kiegészítője az ismert vizsgálati módszereknek. Rektális vérzés, nyálkás-genyes ürülék és obstructio esetén, pseudotumorok megállapítására haszonnal alkalmazható. A flexura körül fennálló acut gyuladás eseteiben szivbajosokon s emphysemásokon nem alkalmazható.

Dock (New-Orleans): *Az amoebás dysenteria specifikus kezeléséről.*

Nagy ipecacuanha-adagoknak hosszabb időn át való adagolását ajánlja.

Richter (Berlin): *A vesebajos vízkór kóroktanához.*

Értégitő szerek (amyl-nitrit stb.) adása után veseelégtelenség jött létre a kísérleti állatokban. Az állatok oedemások lettek, bár szervezetüket nem árasztották el vízzel. Kísérleteivel a Cohnheim-Senator-féle, a vérerek átjárhatóságán alapuló elmélet helyességét bizonyítja.

Bence (Budapest): *A vízkór kóroktana.*

Kísérleteivel kimutatta, hogy vesebajos vízkór vízretentio nélkül is létrejöhet. Polyadékok felvétele azonban tetemesen növeli a vízkórságot. Az oedema keletkezésekor a vér is higabbá válik, a mi annak a bizonyítéka, hogy az oedemat okozó folyadék nem a véráramból, hanem a szövetekből származik. Urannal mérgezett állatokban hasonló a viszonyok.

Vesebajos embereken, főleg az acut nephritisben e következtetések megerősíthetők. Az oedemák felszívódásakor a vér is besűrűsödik. Szívbeteg oedemáiban a vér nem hígul fel. A refractio csökkenése a plasmafehérje fokozott kihasználására vezethető vissza, a mely a lassúbbodott vérkeringés folyamánya (Korányi S.).

Thayer (Baltimore): *A harmadik szívhang.*

Fiatal egészséges egyéneken a szívcsúcs felett gyakran protodiastolés galopprihythmus hallható. Pathologiai jelentősége nincsen.

Wenkebach (Groningen): *Az arhythmia perpetuáról.*

Az előadó által első ízben ismertett arhythmia perpetua a v. cava superior izomzatának elfajulására vezethető vissza, a mely a vénának a jobb kamarába való beszájadása helyén jó létre.

Aschoff (Freiburg i. Br.) minden arhythmia-esetben a Keith-féle csomó gondos boncolástani vizsgálatát ajánlja, s a pitvar anatómiai viszonyainak további tanulmányozását tartja szükségesnek.

Hirsch (Krakó): *Fibromyomata uteri és húgysavas diathesis.* A két betegség gyakori együttes előfordulására utal.

Bodon (Budapest): *A diabetes mellitus kóroktanának és kezelésének néhány kérdéséről.*

Több szerv közös működésének zavarában látja a betegség okát. Az oki kezelés utopia. Hasznosnak tartja Noorden diatáját főzelék- s éhezénapokkal kombinálva.

Berná (Bécs): *Thermopenetatio.*

Készüléket ismertet belső testrészek átmelegítésére.

Oláh (Budapest): *A cholera therapiája.*

Atropint ajánl nagy adagokban.

Benedikt hozzászólva túlságos nagyra tartja az előadó által ajánlott adagokat.

Halász Aladár (Budapest): 1. *A hasnyálmirigy elváltozása cukorbetegségekben* oktanai szempontok s a klinikai lefolyás tekintetbevétele. Fiatal egyéneken az aetologia ismeretlen, egyes esetekben pankreashypoplasia van jelen. Idősebbeken vérelváltozások szerepelnek, melyek vagy csak a Langerhans-szigetekben, vagy az egész szervezetben lehetnek jelen. A szigetek elváltozása szinte specifikus oka a betegségnek.

2. *A különböző cukorfajok resorptiója és biológiai viselkedése a vastagbélben.* (Eredeti közléseink között hoztuk.)

Ország.

Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya.

(1909 október 2.-án tartott XII. szakülés.)

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

(Vége.)

III. **Braunstein Gábor pericarditis**-esetet mutat be, a melyben pericardiális punctiót végeztek. A beszúrás a bal VI. bordaközben, a bimbóvonalától 1 cm. nyire történt és közel 3000 cm³-nyi lúgos vegyhatású, 1020 fajsúlyú véres exudatumot eresztettek ki. A cytologiai vizsgálat a folyamat tuberculosis volta mellett szól, dacára annak, hogy a betegvizsgálat sem erre, sem pedig más aetologiai momentumra nézve útbaigazítást nem adott. A punctio után a beteg jobban van, dyspnoéja, cyanosisa kisebb, pulsusa gyéribb, szabályosabb, az arteriális nyomás fokozódását pedig legjobban mutatja azon körülmény, hogy a diuresis egyik napról a másikra 600-ról 4000-re emelkedett.

IV. **Veress Elemér: Megfigyelések scyllium és thalassochelys szíven.** 1. A scyllium (ezápféle) elhaló szíven a kamra a pitvar extra systoleját nem követi; pihenő szívet mesterségesen ingerelve egy revolutio idejére, az összehúzódás sorrendje megfordítható. Az ingerlékenység a pitvaron és kamrán különböző lépésben és mértékben változik, míg pl. a pitvaron fáradós árammal féregszerű vonaglász váltható ki, addig a kamra ily érzékenységet az illető időpontban nem tanúsít.

Ezekkel egybehangzóak a következő jelenségek: elhalás közben a pitvar rhytmusát sokkal tovább megőrzi, mint a kamra. Fáradós, mechanikai és hőingerlésre a kamráról lemetezett pitvar lehetőleg rhytmusos működéssel felel, a mi még a magas hőmérsék hatására beálló merevedés kezdetén is érvényesülhet. A pitvarról levágott kamra ezekre az ingerekre 1—1 összehúzódással felel, illetve egyszeri merevedési görbét ad.

2. A thalassochelys (tengeri teknősbéka) elhaló szívének pitvarain a pulsatiók fáradós és hőingerlésekkel egymástól függetlenül változtathatók, úgy az összehúzódások amplitúdója és energiája, mint időértéke tekintetében. Az egyik pitvar pulsatiója pl. teljesen megszüntethető a nélkül, hogy a másik működésében zavar állana be. A tonus hamarabb ill. könnyebben változik, mint a pulsatioviszonyok.

Az összerendezetlen, köteges rángásokat végző szívkamrából kimetszett izomcsik szabályos rhytmussal összerendezetten dolgozik.

(1909 október hó 9.-én tartott XIII. szakülés.)

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

I. **Nagy Samu** bemutatja **mitralis stenosisnak baloldali recurrens-hüdéssel kapcsolatos** esetét és **Addison-kór** esetét.

II. **Góth Lajos méhenkívüli terhesség** esetét mutatja be, mely hat nap előtt operáltatott a nőgyógyászati klinikán. B. H.-né 253/1909. sz. 30 éves, házi foglalkozású, OP., utolsó menses 1909 márczius 25.-én végződött, 2 hónapi szünet alatt többször ájuldozott, de elájulva nem volt, 2 hónap után vérzéssel „egy húsdarabka” ürült, azóta állandóan vérzik, gyengül, hasa puffadt és fáj.

Vizsgálatkor tömegesebb retroflektált méhtest mellett jobboldalt magzatfej nagyságú, baloldalt tojásnyi képlet, a képletek nem

érzékenyek, a hőmérsék normális. Minthogy több heti kezelés semmi javulást sem hozott, különösen mivel az anamnesis és a lelet ectopiás terhesség gyanuját is kelthette, műtét ajánlott, melybe azonban a beteg nem egyezett bele és eltávozott. Körülbelül 8 hét után újra felvételét kérte, mert 3 hét óta újra vérzik, sokkal gyengébb. A képletek lényegtelenül kisebbek, egyebekben változatlan lelet.

Műtét (prof. Szabó). Hasmetszés a középvonalban. Perit. kiszegése. Trendelenburg. Jobboldalt kétkölnyi, régi haematoma benyomását tevő képlet, erős omentumösszenövésnek elkötése és lemetszése. Proc. vermiformis erősebben odanőtt, de leválasztás után épnek látszik és visszahagyatik. Haematoma elől, hólyag felé lazán odanőtt, könnyen felszabadítható. Hátralig. lat. és méh felé erős odanövés. Lig. latum széle, majd lig. susp. ovarii elkötve, lig. latum elkötése és az egész képlet lemetszése. Bal, ujjnyinál vastagabb tuba elkötése után ovarium visszahagyásával kiirtva. Synperitoneális egyesítések. Hasvarrat. Collodium, gaze-kötés. A lefolyás egészen kedvező, a műtét óta 6 nap telt el, a beteg jól van. Hőmérsék a második nap reggelén 37,2°, egyébként normális.

A jobboldali képletet már a vizsgálat alapján ectopiás terhesség productumának kellett tartani. Teljesen biztos lett azonban a diagnosis az által, hogy baloldalt, körülbelül a colon descendensnek a sygmoideában való átmenetelnél sikerült a genitaletól egészen függetlenül, a mesenterium bélfelőli részénél egy körülbelül 12—14 hetesnek megfelelő foetust találni, melyet laza álhártyákból álló kocsány rögzített, melynek lekötése után könnyen eltávolíthatóvá vált.

III. Géber János a *spirochaeta pallida*-nak tusejárásal való kimutatását mutatja be.

IV. Steiner Pál: A cseplesz-csavarodásról. Az ileus ritkább megjelenési formái közé tartoznak az elzáródás azon formái, amelyekben a passage-zavart a bélen ülő vagy azzal összefüggő képletek váltják ki. Idetartoznak a cseplesz, appendices epiploicae, a féregnyújtvány és a Meckel-gurdély okozta elzáródások. A cseplesz csavarodása által okozott ileus a ritkább ilyen féleségek közé tartozik. Oberst 1882-ben közölte az első esetet és azóta 66 ismeretes. Esetemben az 52 éves nőt 1909 július 8-án szállították a sebészeti klinikára. Itt előadta, hogy jobboldali kizárt lágyéksérvtét 16 év előtt operálták. Azóta beteg nem volt, csak időnként fájdalmi voltak a műtét helyén és a hasában, melyek miatt többször napokig feküdni kellett. Egy év előtt vette észre, hogy sérve újból kijő, a melyet önmaga vissza szokott helyezni. Két hét óta erősebb fájdalmi vannak a sérve táján és a hasában úgy, hogy járni is alig tud. A felvétel napján kétszer hányt, széke azonban a felvétel napján is volt. *Jelenállapot*: a jobb inguinális tájon sima, halvány műteti heg. A lágyékesatorna lefutása mentén tömört, cseplesztapintású csomó, a jobb csipőárokban kétkölnyi csomó, mely a kint levő csepleszszel szoros összefüggésben látszik lenni. A künnlevő cseplesz a hasfűrbe vissza nem helyezhető. Hőmérsék 37,2°C, érverés percenként 100. Ezek alapján kizárt csepleszsérvre téve a körjelzést, a beteget az előadó azonnal megoperálta. Sérvmetszés, a vaskos sérvtömlő megnyitásaakor benne a tömlő nyakához két helyen friss szálaggal odanőtt csepleszt találtunk. E két szálág átmetszése után a cseplesz még a kapu tágitása után sem volt előhúzható, miért is hernialaparotomiát végzett. Ekkor kitűnik, hogy a csepleszen számos dió-kisalmányi csomó ül, melyek közül a cseplesz jobb felét elfoglalók vaj-sárgák, a bal felén ülők lividek. A cseplesz eredése kisujjnyi vaskos tömeg, a mely tengelye körül kétszer 360°-ra megcsavarodott, az egyes spirálisok között összetapadás nincs, úgy hogy a visszaesavarás könnyen sikerült. A csepleszkoecányt catguttal lekötve a csepleszt eltávolítjuk. Az eltávolított cseplesz súlya 350 gm. Réteges hasfalvarrás. Bassini-műtét. Zavartalan lefolyás. A beteg a műtét utáni 16. napon gyógyultan távozott, jelenleg 3 hóval a műtét után jól van.

Esetünkben sérves egyénben keletkezett a csavarodás. A csavarodás létrejöttében egyfelől az előzetes gyuladás okozta többszörös csomók, másfelől a cseplesz rögzítettsége lényeges elősegítő tényezőnek tekintendők; a csavarodás azon mechanizmus szerint jött létre, a hogy az két fix pont közt előállani szokott.

PÁLYÁZATOK.

A lednicz-rónai körorvosi állásra vonatkozó, lapunk 48. és 49. számában közölt pályázat határideje december 22.-e.

25,720/909. sz.

A Nyitra vármegye érsekújvári közkórházában betöltendő **alorvosi állásra** a m. kir. B. M. 125,000/902. sz. rendelete 2. pontja értelmében pályázatot nyitok.

Felhívom a pályázni kívánó nőtlen orvostudorokat (esetleg szigorló orvosokat), hogy ezen 1400 korona fizetés, egy szobából álló lakás élvezetével, valamint természetben kiszolgáltatandó élelmezéssel javadalmazott, a kórházban való bennlakás kötelezettségével járó állásra Nyitra vármegye főispánjához címzett kérvényeiket hozzám **1909. évi december hó 25.-éig** küldjék be.

Megjegyzem, hogy a kinevezés 3 évre szól és jól eltöltött szolgálat után véglegesíthető. Szigorló orvosok kinevezetése csak ideiglenes jellegű.

Nyitra, 1909. évi december hó 1.-én.

Az alispán.

23,550/909. sz.

Zemplén vármegyei homonnai közkórháznál előléptetés folytán megüresedett évi 1200 korona fizetéssel és 400 korona lakbérrel javadalmazott **alorvosi állásra** ezennel pályázatot nyitok.

Felhívom a pályázni szándékozókat, hogy az 1883. évi I. t.-cz., valamint az 1876. évi XIV. t.-cz.-ben előírt képesíttségüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányaikkal felszerelt kérvényeiket hozzám **1910. évi január hó 15.-éig** terjesszék be.

Sátoraljaúj hely, 1909. évi december hó 9.-én.

Dókus, alispán.

3585/1909. kig. sz.

Alsófehér vármegye újonnan felállított tövisi járásában a jelenleg 20,224 lakóval bíró 19 községből álló tövisi egészségügyi körben a **körorvosi állás** elhalálozás és a helyettesül megbízott lemondása folytán megürülvén, arra ezennel pályázatot hirdetek.

Megjegyzem, hogy a jelenlegi beosztás, a mennyiben az orvosi körök beosztásáról alkotott 984/909. kgy. számú vármegyei szabályrendelet jóvá fog hagyni, 10 községből fog állani.

A javadalom áll: 1600 korona törzsfizetés, 5 évenként 200 korona korpótlék s belügyminister úr által jóváhagyandó lakbér, úti átalány, rendelési, látogatási, távolsági díjakból és kilométerpénzből.

Felhívom pályázni szándékozókat, hogy minősítésüket és eddigi alkalmazásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérelmeket **1910. január hó 1.-éig** hozzám adják be.

Tövis, 1909. évi december hó 8.-án.

3-1

Tókos Géza, főszolgabíró.

766/909. sz.

A vármegyei közkórháznál előléptetés folytán megüresedett **segédorvosi állás** betöltendő lévén, arra ezennel pályázatot nyitok.

A nyugdíjjogosultsággal összekötött állás javadalmazása 1600 korona fizetés, lakás, mely áll két bútorozott szobából gőzfűtéssel, elektromos világítással, vízvezetékekkel, élelmezés és kiszolgálás.

Az állást elnyerni óhajtok kérvényeiket Bethlen Bálint főispán úrho címezve hozzám **f. hó 31.-éig** adják be.

Torda, 1909. évi december hó 4.-én.

2-2

Borbély Samu dr., igazgató-főorvos.

6339/909. kg. sz.

Bács-Bodrog vármegye újvidéki járásában Tiszaivánfalva községben **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: 1600 korona évi készpénzfizetés. Továbbá a vármegyei törvényhatósági bizottság által megállapított 500 korona lakpénz, látogatási, rendelési, műteti, távolsági díjak, természetbeni fuvar. A szabályrendeletileg megállapított 40 fillér halottkémlési és hűsvágatási díjak.

Felhívom pályázni óhajtokat, hogy kellően felszerelt kérvényeiket hozzám **1910. évi január hó 5.-éig** nyujtsák be.

Újvidék, 1909. évi december hó 1.-én.

3-3

Nikolits Izidor, főszolgabíró.

A Rimamurány-Salgótarjáni vasmű részvény-társaság salgótarjáni gyártelepén fennálló munkás-társaságnál üresedésbe jött, 3200 korona nyugdíjra jogosító évi kezdőfizetés, évi 600 korona személyes pótlék és körülbelül 500 korona évi jutalom, továbbá természetbeni szabad lakás és szabályszerű fűtési illetmény élvezetével egybekötött **orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Pályázóktól egyetemes orvostudori oklevéllel igazolandó képesítés kívántatik, megjegyezvén, hogy kimutatható kórházi gyakorlattal, különösen pedig műtői képesítéssel bírók előnyben fognak részesülni.

Hiteles okmányokkal kellően felszerelt folyamodványok **1910. évi január hó 15.-éig** az alulírt címhez intézendők.

3-1

Rimamurány-Salgótarjáni vasmű
részvény-társaság.
Budapest, V., Nádor-utca 36. II. emelet.

A kassai alap. közkórháznál lemondás folytán megüresedett **segédorvosi állás**, mely 1200 korona évi fizetéssel, az intézetben egy bútorozott lakoszobával, fűtéssel és világítással, továbbá reggeli és déli elsőosztályú élelmezéssel van javadalmazva, 1910. évi március hó 1.-én betöltendő.

Ezen állás elnyerése iránt az egyet. orvostudori oklevéllel, valamint egyéb, az eddigi foglalkozást tanúsító okmányokkal felszerelt kérvények **1910. évi január hó 31.-éig** alulírott igazgatósághoz terjesztendők be.

Az állást március hó 1.-én okvetlenül elfoglalandó.

Nyelvismeret közlése kívánatos.

Tájékoztató a betöltendő ügykört részletező szolgálati szabályzat előzetesen beszerezhető.

Kassa, 1909. évi december hó 14.-én.

Az alap. közkórház igazgatósága.

6041/1909. sz.

A Jász-Nagykun-Szolnok vármegye tiszai alsó járásában fekvő Csépa, Szelevény, Tiszasas és Tiszag községekben alkotott orvosi körben elhalálozás folytán megüresedett **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek és felhívom a pályázni kívánókat, hogy orvostudori oklevéllel felszerelt kérvényüket hozzám **december hó 25.-éig** adják be.

Ezen állás az 1908: XXXVIII. t.-cz. 10. és 15. §-ában megállapított fizetéssel van javadalmazva. A látogatási és távolsági díjakat, valamint a lakbért megállapító vármegyei szabályrendelet jóváhagyása alatt áll.
Tiszaföldvár, 1909. évi december hó 15.-én.

Buzs, főszolgabíró.

Egy nagy vidéki iparvállalatnál egy önálló működési körrel bíró **kórház-vezető orvosi állás** betöltendő.

Javadalmazás: nyugdíjra jogosító 3600 korona évi fizetés, körülbelül 500 korona évi jutalom-részesedés, továbbá lőtartás címén folyósított 1200 korona mellékjárandóság, 4 szobás lakás a kórházépületben, szabályszerű fűtési illetmény és villanyos világítás.

Pályázóktól az egyetemes orvostudori oklevéllel igazolandó képésítés, valamint a kórházvezetésre szükséges gyakorlat, úgyszintén a műtői képésítés kimutatása kívántatik.

Hiteles okmányokkal felszerelt pályázatok **f. évi december hó 31.-éig** „H. R. T.” cím alatt a lap kiadóhivatalához címzendők.

13,275/1909. alisp. sz.

Alsófehér vármegye verespataki járásában a **járási orvosi állás** lemondás folytán megüresedvén, arra pályázatot hirdetek.

Felhívom emélfogva azon orvostudorokat, a kik ezen 2000 korona törzsfizetés, 360 korona lakbér és 600 korona úti átalánnyal javadalmazott állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi L. t.-cz. 9. §-ában meghatározott minősítésüket és a tisztiorvosi vizsga letételét igazoló okmányokkal, születési bizonyítvánnyal felszerelt kérvényeiket Alsófehér vármegye alispánjához az alább kitett határidőre adják be. Azok, a kik törvényhatósági szolgálatban állanak, az illető törvényhatóság első tisztviselőjénél, a mennyiben nem törvényhatósági orvosok hivatalfőnököknél, végül pedig, a mennyiben nem állanak közszolgálatban azon törvényhatóság főispánja útján, melynek területén állandóan laknak, legkésőbb **1910. évi január hó 9.-éig** nyújtsák be.

Nagyenyed, 1909. évi december hó 2.-án.
Bánffy Kázmér báró, alispán.

5089/1909. sz.

Döbrököz községben lemondás folytán megüresedett **községi orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek s felhívom a pályázni óhajtókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előirt képésítésüket s eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám **1910. évi január hó 20.-áig** annál is inkább nyújtsák be, mert a határidő után beérkező pályázatot figyelembe venni nem fogom.

A községi orvos javadalmazása az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 10. §-ában megállapított 1600 korona kezdőfizetés.

A lakás és látogatási díj kérdése jogerős határozattal rendezve még nincs. A község 700 korona lakásbér fizetésére vagy megfelelő természetbeni lakás szolgáltatására lett kötelezve. A véghatározat azonban még nem jogerős.

A választás határnapját később fogom megállapítani és közölni.
Dombóvár, 1909. évi december hó 7.-én.

2-2 A főszolgabíró.

HIRDETÉSEK.

A Bór és Lithion tartalmú
GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

kitünő sikerrel használtatik
vesebajoknál, a húgyhólyag bántalmainál és
köszvénynél, a cukorbetegségnél, az emésztési és lélegzési szervek hurutjainál.

Húgyhajtó hatása!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!

Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Szinye-Lipóczyi Salvatorforrás-Vállalatnál
Budapest, V. Rudolfrakpart 8.

SAN-REMO Dr. Curt Stern's
Villa Quisisana
Legnagyobb kényelem. Központi fűtés. Fekvőcsarnokok. Nagy park.
Két orvos. Prospektus. 8250

BROMLECITHIN RICHTER

A NEURASTHENIA SPECIFIKUS SZERE.

RICHTER GEDEON VEGYÉSZETI GYÁRA BUDAPEST, X.,

MAGNESOL STOHR (Magnes citric. efferves.) sine sacchar.
NORDEN tanár előírása szerint egy enyhe és biztos hashajtószer különösen
CZUKORBETEGEKNEK.

Főraktár Magyarország részére:

VÖRÖSKERESZT-GYÓGYSZERTÁR
Budapest, VI., Andrásy-út 84.

Bordighera (olasz Riviera)
okt. 15-től májusig nyitva.



Szálloda és gyógyház
Cap Ampeglio

gyomor-, bél-, vese-,
szív-, ideg- és anyag-
cserebetegek részére.

Szigorú egyéni kezelés;
diatetikus kúrák, elektro-
therápia és hydrotherápia
minden formában az újon-
nan épült vizgyógyinté-
zetben.

Prospektusok.

Tulajdonos:

J. Künzler.

6291

Vezető orvosok:

Dr. Schwoerer-Badenweiler, udv. tanácsos.

Dr. M. Dapper-Bad Neuenahr,

Prof. von Noorden, Wien, hosszú éveken át volt assistense.

Tuberkulosis és más ragályos betegségek kizárva.

Dr. Binder Kuranstalt „Stefanie“, Meran. Szív-, ideg-,
anyagcserebetegek, va-
lamint pihenők és lábbadozók részére. Minden gyógyszer a házban. Szigo-
rúan diatetikus konyha. Mérsékelt árak. 7789

**Mely árban szerezhető be egy
modern orvosi felszerelés?**

Évek során át szerzett tapasztalatok és kiváló orvosi tanácsok alapján, legmodernebbül felszerelve és praktikus összeállítva, kevés költséggel, esetleg könnyen betartható részletfizetés mellett, avagy évi számlára beszerezhető a technika legújabb vívmányaival felszerelt orvosi berendezés.

Egy éven belüli fizetés esetén 20% engedményt nyujtok legújabb árjegyzékem árából.

Meg nem felelőt készséggel kieserélek és az eszközök elsőrendű minőségeért minden tekintetben szavatolok.

Letelepedő orvos uraknak teljes műszer- és bútorberendezéseket szállít részletfizetés ellenében.

Műszer-javítások, dynamo-nikkelezések, angol műköszörlések jutányos áron elvállaltatnak.

Költségvetést és képes árjegyzéket díjmentesen küld:

KELETI J. — BUDAPEST, IV., —

Koronaherczeg-utca 17
orvos-sebészeti eszközök, műtő- és vizsgáló-asztalok, sterilizátorok és gyógyvillany-készülékek különleges gyára.

**GYÓGYINTÉZET
ALKOHOL ELSZOKTATÁSÁRA.**

Rittergut Nimbsch a. Bober, Sagan mellett (pr. Schlesien) — Absolute kényszer nélkül! Szép erdőszéli tartózkodási hely, Szilézia legegészségesebb vidékén. Prospektusok postafordultával bérmentve.

Orvosi vezető: Dr. LERCHE egészségügyi tanácsos. 7320

PANTOPON

Az opium összes alkaloidái
vízben oldható alakban :: „ROCHE”

Javulatok:

1. Izgalmi és félelmi állapotok kezelése neurastheniánál és psychosisoknál.
2. A bél megnyugtató peritonitis, typhlitis esetén és a has postoperatív állapotainál.
3. Fájdalomesillapítás epe- és vesekölikánál.
4. A legkülönbözőbb eredetű hasmenéseknél mint antidiarrhoicum, midőn is a vízben oldhatósága folytán sokkal gyorsabban hat, mint az opium.
5. Csillapító és köhögéselleni mixturák hozzátetele gyanánt.

Alkalmazási mód:

- a) Per os: porban és 0.01 gm-os tablettákban.
- b) Per injectionem: mint 2%-os oldat 1.1 cm³ tartalmú ampullákban.

Adagolás (Sahli szerint):

1. Tabletták: egyes adag 1—2 tableta, napi adag 5—6 tableta.
2. Ampullák: egyes adag 1 ampulla.

Irodalom: Prof. H. Sahli: „Über Pantopon”. Ther. Monatshefte, 1909. január.
Dr. Rodari magántanár: Exper.-biolog. Untersuchungen über Pantopon „Roche”. Ther. Monatsh., 1909. október.



PANTOPON „ROCHE”

Név védve.

1. Por a receptura részére, 5, 10, 25 gm-os esiszott dugójú üvegekben.
2. Tabletták 0.01 Pantopon, 20 darabos üvegcsékben.
Ár: 1 üvege 1.50 kor.
3. 2%-os oldat 1.1 köbcentiméteres beforsrazott ampullákban.
Doboz 6 ampullával: 3 kor.
" 12 " 5 "

Minták ingyen.

BASEL (Schweiz) F. HOFFMANN-LAROCHE & CO GRENZACH (Baden)

A Radiogenvíz (Radiumemanatio)

ivó- és fürdőkúra alakjában legjobban pótolja a **Gasteini** kúrát.

A Radiogenvíz használata javulva van: csúsz, köszvény, zsábák (ischias), neurastheniánál, hűdéseknel, a tabetikusok lancináló fájdalmai ellen, valamint aggkori gyengeségnél.

!! Radiogeniszap !!

60-szor radioaktívabb a fangónál, kitűnő fölszívó-szer izzadányoknál; többször is használható, tehát olcsó.

! Radiogenol !

steril radiumkészítmény, a mely rosszindulatú álképletekbe lesz befecskenézve.

Radiogenvíz, Radiogeniszap és Radiogenol kapható Budapesten és a vidéken egyes gyógytárakban.

Prospektust és irodalmat ingyen küld a főraktár: Alte k. k. Feldapotheke, Wien, I., Stefanplatz 8.

LIQUOR ALSOLI 50%

méregtelen, hatásos antiseptikum és adstringens, mely pótolja az ecetsavas aluminiot, chlorsavas kaliumot, lysolt, sublimatot. Altalános alkalmazásra talál a gynaekologiai, sebészeti és laryngologiai gyakorlatban.

Mérésre szolgáló skálával ellátott üvegek ára 1 korona 20 fillér.

ALSOL-CRÈME. ALSOL-HINTÓPOR.

Irodalmat és mintát küldenek a gyárosok: Athenstaedt & Redeker, Hemelingen bei Bremen. — Kapható a gyógyszerárakban vagy a főraktárban:

Dr. Rosenberg Sándor gyógyszerész, Budapest.

„Csillag” gyógyszerár, VIII., Rákóczi-út 39 (József-körút sarok).

Készítményeink állandó kiállítására: Berlin, NW, Luisenplatz 2-4, Kaiserin Friedrich-Haus für das ärztliche Fortbildungswesen.

Ludtalpuak és Fájóslábuak!



Kérjék a tekintélyes szakorvosok által ajánlott szabad. **Lauer-féle**

Ludtalpfüző

illusztrált prospektusát.

Kapható az egyedüli készítőknél:

Székely és Társa

Budapest, Muzeum-körút 9.

„Walther“-féle Elixir Condurango peptonat.



„Immermann“. Kiváló stomachicum.

Kitűnő hatásának elismerve mindennemű gyomorbántalomnál, emésztési zavaroknál, dyspepsiánál stb. Ajánlva számos hírneves szaktekintély által.

Stóhr titkos tanácsos, Kissingen a következőket írja: „... A mindennapos praxishban a lehető legnagyobb becsű, különösen öregebb egyéneknel és olyanoknál, kik idült bajban szenvednek.”

Csak gyógyszerárakban kapható. A hol nincs raktáron, kérem annak hozatalát sürgetni. Miután készítményeim ismételtlen utánözva lesznek, igen kérjük ezeket **Eredeti Walther** alatt rendelésnél külön megemlíteni.

Irodalom és próbaüvegek mindenkor szívesen állnak rendelkezésre.

Egyedüli készítő

F. WALTHER, Chem.-pharm. Laboratorium

STRASSBURG, Elsass, Rheinziegelstr. 12

Nagybani raktár Magyarország részére **Török József** gyógyszerésznél Budapesten.

Neuronal

(Bromdiacetylacetamid D.-R.-P.)

Bevált, ártalmatlan **hypnotikum** 0.5-1.0-2.0 gm.-os adagban. — Kiváló **sedativum** és a bromsók pótszere 1-2-3 gm.-os adagokban pro die. — **Antiepileptikum**, iször naponta 0.5 gm. — **Analgetikum** epilepsziás főfájásnál 0.5 gm. — **Neuronal-tabletták** a 0.5 gm.

NEUROFEBRIN.

(Neuronal-Antifebrin aa.)

Kitűnő eredmények ideges főfájásnál, migrainnél és hőszámi izgatottsági állapotok eseteiben.

Neurofebrin-tabletták a 0.5 gm.

Bismutose

teljesen méregtelen bismutfehérnyevagyület. Biztos adstringens **cholera nostras**, hányászekelés, hasmenések, idült és heveny vékony- és vastagbélhurutok eseteiben, **protectivum** és **antacidum** ulcus ventriculi, hyperaciditas, dyspepsia, ideges gyomor- és bélzavarok és gümőkórosak gyomorbélbajainál (3)

Bioferrin

Drexin

Jodol

Dormiol

Irodalmat ingyen és bérmentve küld

Kalle & Co. f.-G. vegyi gyár, Biebrich a Rhein.

SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. D'EGGER

Indicatió: Anaemia, Neurasthenia, Sorphulesis, Chlorosis, Rhaachitis. Kapható minden gyógyszerárakban.

Idegbetegségeknel és neurastheniánál

már 1900 óta legjobb sikerrel alkalmaztatik

Syrupus Colae compos. „Hell“.

Diabetesesek számára a syrup helyett

Pilulae Colae comp. Hell

minden szénhidráttól menten állítatnak elő.

7408

Egy pilula egy kávéskanálnyi syrup leghatásosabb alkatrészeit tartalmazza.

Óvás! Kérjük az orvos urakat kifejezetten „Syrupus Colae comp. Hell” rendelni, mert egyes gyógyszerárakban önkényesen összeállított szert készítenek.

Az eladás minden gyógyszerárakban orvosi rendelre történik. Nagy-üveg 4 korona, kis üveg 2 korona 40 fillér. 1 doboz pilula 50 darabbal 2 korona 50 fillér.

Minták és irodalom ingyen **G. HELL & COMP. Troppau-ból.**

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA Tóth István szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEG-
KÓRTAN Babarzi Schwartz Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3-4 szám. UROLOGIAI SZEMLE Haberern Jonathan
Pál és Illyés Géza szerkesztésében 4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

- Kuzmík Pál:** Közlés a székesfővárosi új szent János-kórház sebészeti osztályáról. A tágujt gyűjtőerek percutan körülöltése. 943. lap.
- Nádósy István:** Közlés a budapesti egyetem I. sz. női klinikájáról. (Igazgató: Bárony János dr. ny. r. tanár.) A lues serundiagnosisa, különös tekintettel a congenitális syphilisre és a dajkaválasztásra. 944. lap.
- Kollarits Jenő:** Közlés a budapesti II. sz. belklinikáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., ny. r. tanár, udvari tanácsos.) A neurastheniás fájdalom diagnostikája. Ideges szívdobogás és angina pectoris. 966. lap.
- Roth Arnold:** Közlés a szt. Rókus-kórház bőr- és bujakóros osztályából. (Főorvos: Havas Adolf dr., egyetemi tanár.) Chinai tussal készített spirochaeta-készítmények. 968. lap.
- Az orvosok továbbképzése. 968. lap.
- Pólya Jenő:** A vakbélgyulladás gyógykezelésének kérdése a berlini gyűjtőstatistika és a XVI. nemzetközi orvoscongressus vitájának megvilágításában, különös tekintettel a korai operálásra. 970. lap.

- Irodalom-szemle. Könyvismertetés. B. Salge:** Einführung in die moderne Kinderheilkunde. — *Lapszemle. Általános kórtan. Hyman van der Bergh és Gutte-rink:* Nitritmérgezés-e a cholera? *Belorvostan. Romberg:* A szívneurosisok tana. — *Guillain és Vincent:* A meningialis vérzések pathognomias jele. — *Kochmann:* Az arsen hatása a pankreasra. — *Sebészet. Denk és Hellmann:* A véralvadékonyság meghatározásának jelentősége a sebészetben. — *Gyermekorvostan. Aurnhammer:* A termelt tej mennyisége és a tej zsirtartalma közti viszony. — *Wieland:* Újszülöttek, koraszülöttek és foetusok csontjain végzett szövettani vizsgálatok. — *Ponticaccia:* Barlow-kór. — *Fizikai és diétikai gyógyításmódok. Moser:* Adatok a kék ívfény gyógyító alkalmazásához. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Sommerville:* Jódival. — *Day:* A styrakol használata gümőkóros megbetegedésekben. — *Bourmoiff:* Diplosal. 972-975. lap.
- Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság.** 975. lap.
- Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések.** 975. lap.
- Tudományos társulatok és egyesületek.** 976-980. lap.
- Melléklet. Gynaekologia. 4. szám. Szerkeszti: Tóth István egyetemi tanár.**
Urologiai szemle. 4. szám. Szerkesztik: Haberern J. Pál és Illyés Géza dr., egyet. magántanárok.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a székesfővárosi új szent János-kórház sebészeti osztályáról.

A tágujt gyűjtőerek percutan körülöltése.¹

Irta: **Kuzmík Pál** dr., egyetemi tanár, főorvos.

Az orvosi tudomány gyakorlati ágaival foglalkozó kartársak nagyon jól ismerik azon nehézségeket, a melyekkel meg kell küzdenünk az alsó végtagok gyűjtőereinek tágulása, meghosszabbodása folytán keletkező következményes kóralakokban.

Indokolt tehát a törekvés, mely azt célozza, hogy ezen, habár nem életveszedelmes, de terhes s az általa sujtott betegünket sokszor koldusbotra juttató kóros elváltozást megszüntesse.

Az alapbántalomnak, a gyűjtőerek tágulásának kifejlődését megakadályozni, sajnos, az esetek legnagyobb százalékában nem tudjuk, már csak azért sem, mert betegeink rendszeren már csak a tágujt gyűjtőerekkel vagy egyidejűleg azok következményeivel keresnek fel bennünket s kériek segítségünket.

Ily körülmények között tehát, midőn már a kifejlődött bántalommal állunk szemben, a kezelésnek már csak két módja között választhatunk, úgymint a *tüneti, palliativ,* és a *gyökeres, radikális* kezelés között.

Tüneti kezelésben betegeinket csak az esetben részesíthetjük, ha a gyűjtőerek tágulása *csupán a lábszárra szorítkozik,* mert ha a tágulás már a térdalji árok vagy a ezomb gyűjtőereire is áttérjedt, tüneti kezelésünk, melylyel a tágujt gyűjtőereket összenyomva, benne a vérkeringést megkönnyítjük, technikai okokból kerül zátonyra. A legügyesebb kéz sem tudja ugyanis az alsó végtagot úgy bepólyázni, hogy az a végtag mozgásának ellentállva, az érre egyenletes nyomást gyakoroljon. De még a különben igen jó szolgálatot tevő gummiharisnya sem alkalmazható a lábszáron felül terjedő tágulatoknál, mert ez is az anatómiai viszonyok folytán

¹ Előadva a XVI. nemzetközi orvoscongressus sebészeti szakosztályának 1909 szeptember 3-i ülésén.

minden körülmények között lecsúszik s ez által céljának nem tud többé megfelelni. A *Landerer* által ajánlott, parabolás rugóval bíró, sérvkötőhöz hasonló készülék pedig, mely különben is csak a vena saphena billentyűinek elégtelensége esetén alkalmazható, csakis legfeljebb oly betegeinknél ajánlatos, kik anyagi helyzetüknél fogva kényelmes életet folytathatnak.

Egyáltalában ezen eljárások minden betegünkön terhesek, nagy gondot, tisztaságot követelnek s nem akadályozzák meg feltétlenül a következményes bántalmak kifejlődését.

Egyedüli észszerű és célhoz vezető csakis a *gyökeres kezelés,* mely a kitágult erek elzárásával a vérkeringést az ép erekre tereli át.

Az ajánlott számos eljárás között leggyökeresebb *Madelung* eljárása, melylyel a tágujt gyűjtőeret teljes hosszában kiirtja. Ezzel az eredménnyel biztos, de nagy hátránya az aránylag nagy beavatkozás s a vele járó nagy hegképződés, melytől a betegek nagy része visszariad. Szép eredményeket érhetünk el *Trendelenburg* módszerével is, azonban természetesen csak azon esetekben, melyekben a vena saphena billentyűinek az elégtelensége folytán tágultak a gyűjtőerek.

Számba vetve ezen körülményeket, 15 hónap óta ezen körülményekben a tágujt gyűjtőereket *percutan körülöltéssel* zárom ki a keringésből. Eljárásom hasonló a *Schede* által ajánlott eljáráshoz, körülöltéseimet azonban sűrűbben alkalmazva, eredményeim kifogástalanok.

Ezideig 15 betegnek 24 végtagján alkalmaztam ez eljárást s 22 esetben teljes sikert értem el. A nem teljesen kielégítő két esetben az eredmény meghiúsulását a nem eléggé szorosan megkötött fonalaknak tudom be.

22 gyógyult esetemben a fennállott nehézségek teljesen elmultak, a lábszárfelekéyek begyógyultak s betegeim hivatásuknak teljesen meg tudnak felelni.

Az alkalmazott varratok nyomai pár hét alatt teljesen elmultak s a szervülés oly tökéletes volt, hogy pár hét múlva a vérrögöket többé ki nem tapinthatam. Egyik esetemben műtét után három héttel egy érrészletet kimetszettem s meggyőződtem, hogy a vérrög faltálló volt s szervülésnek indult.

A körülölteket ez idő szerint következőképpen hajtom végre:

A beteg végtagját egy-két nappal a műtét előtt álló helyzetben a tágult ér lefutása mentén fényképezeti előhívóval kenem be s vékonyra kihegyezett lapispálcikával kirajzolom az ér lefutását, erősebb vonallal jelezve természetesen a nagyobb tágulatokat. A vegy bomlás folytán a bőr az ezüstnitrattal érintett helyeken azonnal megbarnul s az elszinesedés a végtag előkészítésével járó mosás alkalmával többé el nem tűnik.

Az általános bódításban vagy lumbalanalgesiában végzett műtétkor Esmarch- vagy Bier-pólyát többé nem alkalmazok, mert a barna sáv kellő tájékozást nyújt s az ér esetleges megsértése folytán bekövetkező összeesése az érnek, ezért teljesen közömbös.

A legszigorubb asepsis mellett a körülölteket erősen görbült tűvel s vastag selyemmel a tágult ér legközpontibb részén kezdem s periferiásan folytatom oly módon, hogy a tűt az ér szélétől körülbelül 0.5 cm.-nyire be- és kiszúrva behatolok lehetőleg az izompólyáig. Kis gyakorlat mellett az ellentállóbb izompólya igen jól kiérezhető. Minden egyes körülöltés fonalát azonnal csomózom, még pedig igen erősen, hogy ezáltal az intima sérülését is elérhessem.

Az egyes öltéseket körülbelül 4—5 cm.-nyi távolságban alkalmazom, de az egyes mellékágak torkolatánál az öltések közelebb is kerülhetnek egymáshoz, mert feltétlenül szükségesnek tartom, hogy a legkisebb mellékágak is körülöltessenek. Racemosus részleteken egymást keresztező öltéseket szoktam alkalmazni s mindazon esetekben, midőn az ér megsérül s a szúrtságorna vérzik, noha a vérzés a fonal csomózása után rendszerint eláll, az öltéshez közel periferiásan egy újabb öltést helyezek el.

Utolsó esetemben, melyben a tágulatok mind a két végtag egész hosszára terjedtek ki s az ikrákon hatalmas hálózattal bírtak, összesen 96 öltést alkalmaztam. Az aseptikus fedőkötést 14—16 napig fel sem bontjuk s csak ekkor távolítjuk el a varratokat. Ezen idő alatt a vérrög már oly erősen tapadt oda az ér falához, hogy leválásától többé nem kell félnünk.

A lefolyás minden egyes esetben teljesen láztalan, zavartalan volt s a betegek csak az első két nap panaszkodtak fájdalomról, melyek azonban kevés subcutan alkalmazott morphiumpalengedtek.

Ezen igen egyszerű, minden szövödmény nélkül lezajló, heget vissza nem hagyó, kitűnő eredményre vezető eljárást az igen tisztelt kartársaknak adandó alkalommal való megkísérlésre a legmelegebben ajánlom.

Közlés a budapesti egyetem I. sz. női klinikájáról. (Igazgató: Bársony János dr. ny. r. tanár.)

A lues serumdiagnosisa, különös tekintettel a congenitális syphilisre és a dajkaválasztásra.

Irta: *Nádasy István* dr. egyetemi tanársegéd.

A syphilibetegség tana az utóbbi évtizedekben úgyszólván holt pontra jutott. A syphilis homályos pathológiájában csak az analógiák alapján vonhattunk következtetéseket, de a feltevések nem vezettek mindig eredményre. Az utóbbi időben azonban három fontos momentum vetődött fel és ezek megadták a lökést a további kutatásoknak, a végzett vizsgálatok eredményei pedig a syphilis tanát egész más, újabb megvilágításban tárják elénk. Az a három hatalmas tényező pedig, mely a vizsgálatoknak új irányt adott, a *syphilis átvitelének a lehetősége az állatokra, a spirochaeta pallida felfedezése, a syphilis serodiagnosisa*. Noha vizsgálataimnak tárgyát a *spirochaeta pallida* és ennek az egyes szervekben való kimutatása is alkotta, az idő rövidsége miatt előadásomban csak a végzett serumreakciók eredményéről és az ebből vont következtetésekről számolok be. Szabadjon megemlítenem, hogy főnököm, Bársony tanár már a múlt év elején figyelmeztetett a Wassermann-syphilisreactio nagy fontosságára, mely a dolog természetéből kifolyólag minket szülészeket és nőgyógyászokat is érdekel. Szakmánkban sok fontos érdek kívánja meg azt, hogy a syphilit lehetőleg korán és biztosan felismerjük. A nem kezelt, vagy bár kezelt, de teljesen ki nem gyógyított syphilis az idők folyamán klinikailag nem is konstatálható úgynevezett latens szakba megy át, a szülők latens luese pedig az elvetéléseknek, koraszüléseknek vagy

a magzatok halva, maceráltan születésének lehet az okozója, és ha mégis élve születik a magzat, élete meg van metelyezve. Az öröklött luesnek a diagnosis megállapítására támpontot nyújtó tünetei pedig, a mint azt a Rosen-féle 344 és a Finkelstein-féle 56 eset is bizonyítja, a csesemőn sokszor csak a 10. héten, néha még később, a negyedik hó folyamán jelennek meg. Már pedig ezek az újszülötteken jelentkező lueses tünetek alkották eddig a biztos körjelzés alapját a szülők, az anya még mindig fennálló latens luesének. Ezen latens luesek tekintetében van reánk nézve különös fontossága a Wassermann felfedezésének, mert a reactio által meg van adva a mód és lehetőség, hogy a luest korán, már a terhesség alatt is fel tudjuk ismerni. Én tehát vizsgáltam a házi terheseket, a szülészobában vajudó szülönöket, a gyermekágyasokat, egyaránt a rendes és koraszülések és az abortusok után. Különös tekintettel voltam itt a kora, a tünetnélküli, macerált vagy a már lueses jelenségekkel a világra jött élő és a lueses halott magzatokra és ezeknek a szülőire. A magzatokon megejtett serumvizsgálataimat egynemely esetben spirochaetavizsgálatokkal is kibővítettem. Ezzel 443 vizsgálatomról tudok referálni. A mi a reactio kivitelének a technikáját illeti, a vizsgálatoknak egy részét, 113 vizsgálatot, a Wiener mediz. Wochenschrift 1908. 40—50. számában Detre és Brezovszky által irt czikkben ismertetett methodus szerint végeztem. Majd a legközelebbi 80 eset vizsgálatok az itteni tudományegyetem bakteriologiai intézet laboratoriumában használatos vizsgálati eljárást alkalmaztam. (Orvosi Hetilap 1908. 32. sz.)

Ezen eljárásnál antigen a lueses májkivonat, a complement tartalmazó serumot pedig a nyúlful venájából nyertem. Haemolyzáló serumot a marhavérrel előre kezelt nyúl szolgáltatott. Vérsajt-emulsió gyanánt 5%-os marhavérsajt-emulsiót használtam. A sensibilizálás ezen eljárás mellett úgy történt, hogy az 56^o-on 35 percig inaktivált haemolyzáló serumból háromszor annyit adtunk az 50%-os emulsióhoz, mint a mennyi (active) ezen véremulsióban teljes lysis okoz. Az extractumból 0.1, a vizsgálandó serumból 0.1, a complementből 0.05 cm³-t veszünk. A folyadékoszlopot felöntjük körülbelül 1 1/2—2 cm³ physiologiai konyhasó-oldattal, 1 órára a thermostatba tesszük, az onnan való kivétel után hozzáadjuk a sensibilizált vörösvérsajt-emulsiót (0.5 cm³), az egészet jól össze-rázzuk, visszatesszük a thermostatba és addig hagyjuk ott, míg azokban a kémlecsővekben, melyekben a normális serum volt, a teljes lysis beállt. A többi vizsgálatot az eredeti Wassermann-methodussal végeztem. De mielőtt erre végérvényesen elhatároztam magamat, kipróbáltam az összes eddig ajánlott vizsgálati eljárásokat és e végből 57 serumon a már közölt összes vizsgálati eljárásokat parallel alkalmaztam. Az idő rövidsége miatt röviden csak azt említem meg, hogy a Bauer-féle módosítással, a Tschernogubow, Hugó Hecht-féle methodussal, valamint a Porges és Klausner-féle eljárással dolgoztam. A mi e parallel vizsgálati eljárásokat illeti, azt láttam, hogy az eredeti Wassermann-eljárást egyszerűsíteni igyekvő összes eljárások voltaképpen komplikálják azt. Köztük a Bauer-féle methodus az elért eredményt illetőleg is a legmegfelelőbb eljárás volna, de tudvalevő, hogy éppen a magzatok vizsgálatok nem alkalmazható. Franz Ballner és Alfréd Decastello azon állítását sem láttam beigazolvva, hogy haemolytikus marhavérsystemával dolgozva ki lehet küszöbölni a serumok önkötési képességével (autopre sera) járó hibákat; a marhavérsystema a reactiót luesre nem teszi jellegzőbbé, a mennyiben a nem lueses, önkötő serumok positiv reactióit a lueses serumok positiv reactióitól nem különíti el és ezen eljárás már csak azért sem ajánlható, mert mint a hogy Meier eredményének megfelelőleg én is tapasztaltam, a tengerimalacz seruma néha önmagában is tudja oldani a marhavér vörössejtjeit. A Porges és Klausner-féle eljárást eredményeiben szintén nem találok identikusnak a Wassermann-féle eljárás eredményeivel, a mennyiben a Porges és Klausner-féle eljárásnál a luesnek a minket különösebben közelről érintő latens stadiumában az eredmény aránylagosan rosszabb. Mintán így a különböző eljárásokat vizsgáltam, további összehasonlító kísérleteimben az újabb kutatásoknak megfelelően a lueses máj alkoholos és vizes kivonatát, valamint a normális szerveknek, májnak alkoholos kivonatát helyettesítettem még lecithinnel, valamint a többi lipidhoz rokon anyaggal. Azt láttam ekkor, hogy a reactiók eredménye a parallel véghezvitt kísérletekben 7 ízben

különbséget mutatott. A különbség okát minden bizonynyal a különböző antigeneknek különböző gátlási intenzitásában kell keresni; az ilyen esetekben az antigennek ezen öngátlását kénytelenek vagyunk a haemolysin dosisával ellensúlyozni. Az, hogy antigenül a lipoidanyagokat is használni tudjuk, természetesen ellenmondásban van Bab azon régebbi feltevésével, melylyel ő az antitestet bizonyos összefüggésbe hozta a spirochaetákkal (als Spirochäten-Antikörper), azt állítván ugyanis, hogy bizonyos parallelismus észlelhető a szervek (a máj) spirochaetazsűrűsége és a reactio erőssége között, mely reactio az illető szerv (a máj) alkoholos kivonata segítségével, mint antigennel lett véghezvive. Többféle vizsgálati módot használva, arra a meggyőződésre jutottam, hogy a Wassermann-reactio akkor fog különös fontossággal birni, ha mindenki egyöntetű eljárással fog dolgozni. Egyöntetűséget kell megállapítani a használt eljárásban, a controlok mineműségében, azoknak a számában, a kísérleti idő tartományában, az eredmény értékesítésében, jobban mondva a reactio leolvasásában; ezélra vezetne, ha több kutató összeállana és megállapodnának egy közös eljárásban, hogy egymást ellenőrizhessék.

A magam részéről meggyőződtem arról, hogy a lueses máj alkoholos extractuma éppen úgy használható, mint a vizes kivonata, de az a fő, hogy az antigen pontosan ki legyen titrálva és ennek megfelelően dosirozva, valamint, hogy Klopstock vizsgálatának megfelelően az antigen hatása mindig ellenőrizve legyen. A haemolysint ugyancsak pontosan ki kell titrálni és a tulajdonképpeni kísérleteket megelőző, úgynevezett előzetes kísérletben annak a hatását mindig controlálni kell. A mi még a controlokat illeti, elégségesnek tartom, ha ellenőrizzük az extractum és a haemolysin használhatósága mellett az extractum és a serum esetleges önkötő képességét, valamint control gyanánt beállítunk még a vizsgálandó serumok sorozatába egy normális, rövid idő előtt már „—“ eredményt adott savót.

Hogy a többi kutató eljárásához némileg közelebb férközhessenek, mint előbb is említettem, az amúgy is legjobbnak tartott eredeti Wassermann-methodust alkalmaztam a rendelkezésemre álló többi serum vizsgálatokor. Kezdtém a házi terheseken. 183 házi terhest vizsgáltam. 183 közül 163-on „—“ eredményt kaptam, 20-on pozitívot. A negatív reactiót adó 163 házi terhes közül 15 szülés előtt távozott, 6 ezideig még nem szült le, így tehát ezeknek a szüléséről, illetve a születendő magzataiknak egészségi állapotáról nem referálhatok. A negatív eredményt adó és klinikánkon szült házi terhesek közül egyben (136. számú esetben), akitől élő kora magzat született, a *placenta typusosan, luesesen volt elváltozva*. A magzat két izben is „—“ Wassermann-reactiót adott. Az apa, sajnos, vizsgálatra nem jelentkezett. Három esetben az érett magzatok fulladási halállal haltak el. (6., 73., 147.) Két izben kora magzat született, de a magzatok „—“ reactiót adtak. Végül egy esetben, hol a megelőző szülések ugyan rendesek voltak, de a magzatok korán elhaltak (az első magzat két hét, a második 9 hóig, a harmadik három hóig élt) és így ez az anamnesis gyanus volt luesre, az apán, valamint a megszületett élő érett magzaton negatív eredménnyel végeztem a Wassermann-reactiót. (105. számú eset.)

A 20 pozitív reactiót adó eset közül két házi terhes a szülés előtt elment, 9 még nem szült le. Az egyik esetben (175. szám), hol a reactio csak igen gyenge volt, éppen ezért az asszonyt még kétszer megvizsgáltam, ekkor mindkét izben a reactiók eredménye „—“ volt és csakugyan élő, érett, egészséges magzat (3200 gm.) született. (Az első vizsgálat alkalmával a complement régi volt.) Három izben, hol a reactio pozitív volt (a 173., 176. és 182. sz. eset), a magzatok élő-érették, klinice luesmentesnek (eltekintve az egyik magzat nagyfokú icterusától), egészségesnek imponáltak, a függeléken nem volt lueses tünet konstatalható. Az első esetben a magzat serologice nem lett vizsgálva, a második esetben (176. sz.) a serologiai vizsgálat „—“ volt, a harmadik esetben (182. sz.) e vizsgálat két izben is foganatosítva lett. Ugyanis a szülés utáni napon az icterusos magzat „—“ reactiót adott, azonban a haemolysist, mint azt Bar és Daunay vizsgálatai, valamint az én saját vizsgálataim is igazolják, az epefestékanyagok jelenléte befolyásolja, a mennyiben ezen anyagok hatása folytán lueses magzatokon is „—“ eredményt kaphatunk és csak később, az icterus elmúltával lép előtérbe az anamnesisnek, valamint az esetleges kli-

nikai diagnosisznak megfelelő „+“ reactio. Tekintettel erre, ezen icterusos magzat serumát a második héten is, mikor az icterus már visszafejlődően volt, újólág megvizsgáltam, azonban újból „—“ eredményt kaptam.

Rosen és Finkelstein statistikája is megerősíti azt a klinikai tapasztalatot, hogy a congenitális lues az újszülötteken tünetileg sokszor csak későbbben, a 10. hét vagy esetleg a harmadik, sőt a 4. hó folyamán lép előtérbe és ennek megfelelőleg a negatív reactiót adó esetekben a vérsérumot újólág megvizsgálva, a klinikai tüneteknek megfelelően, vagy azt megelőző a későbbi vizsgálatkor pozitív reactiót kaphatunk. Ilyen esetet én is vizsgáltam egy pozitív reactiót adó házi terhes újszülöttén (190. számú esetben). Az újszülött vére az első napon vizsgálva „—“ eredményt adott, a 8. napon vizsgálva a reactio gyengén pozitív volt. Ennek alapján, ha alkalmam lett volna a negatív eredményt adó nem icterusos (176.) magzatot, valamint az icterusos (182.) magzatot újólág megvizsgálni, talán sikerült volna ezen esetekben is pozitív eredményt kapnom. Egy másik (196.) esetben, hol élő. kora magzat született, a Wassermann-reactio pozitív volt.

Ismét egy másik esetben (180. számú) élő, kora magzat született typusos lueses pemphigussal, mely magzat két nap mulva meghalt; a sectio luest konstatalt. Végül felemlitem még, hogy egy izben halott, érett, lueses, macerált magzat (lueses placéntával) (178.) született, valamint egy másik házi terhestől macerált kora (löttyögő koponyacsontok) magzat jött a világra (188.) *Látjuk tehát, hogy nyolcz biztosan „+“ reactiót adó házi terhes (kiknek a szülését is alkalmunk volt észlelni) magzatain öt izben volt alkalmunk a lustrésint serologice és klinice, részint a sectio alapján diagnosztizálni.* Belátva a fent vázolt vizsgálatoknak rendkívüli nagy fontosságát, e vizsgálatokat még a szülőszobában vajudó szülőnőkön is folytattam. Összesen 15 vajudó nőt vizsgáltam meg, ezek között pozitív eredmény 3 volt. A 22 „—“ eredményt adó esetben, hol az anamnesis, a megelőző szülések a lues jelenlétét nem tették valószínűvé, élő érett magzatok születtek. Az egyik (206. számú) esetben a magzat a IV. napon meghalt, a hullából eszközölt vizsgálat „—“ eredményt adott. Egy izben (a 212. számú esetben) a placéntán pontszerű elzsirosodások voltak, a reactio azonban negatív eredményt adott a magzaton. A pozitív reactiót adó 3 vajudó szülőnő közül egyen (a 221. számú esetben), a hetedik hónap végén lévő gravid asszonyon, kinek az első magzata két napig élt, a IIP. abortus m. IV. volt, a serumvizsgálat pozitív eredménnyel járt, a megszületett magzat halott, macerált volt (spirochaeta-lelettel). A másik esetben 850 gm. súlyú élő magzat született, mely pár óra mulva meghalt, a placenta zsirosan nagy fokban degenerált volt. Végül a harmadik (223. számú) esetben az anya pozitív reactiója mellett élő, érett, 3550 gramm súlyú magzat született, mely „—“ reactiót adott. (A magzat apja vizsgálatra nem jött be.)

Vizsgálataim már fentebb vázolt részének is igen nagy fontosságot kell tulajdonítani. Mindjárt előtérbe tolok több oly kérdést, melyre eddig csak töprengve, habozva adtuk meg a feleletet. Például szabad-e beleegyezésünket adni a házassághoz, vagy meg kell tagadni azt a reactio alapján? Már más szerzők vizsgálataiból úgy tudjuk, hogy a Wassermann-reactio a lues diagnosisjának felállításában nélkülözhetetlen. A pozitív reactio bizonyossá teszi a lues diagnosisját, sajnos azonban, a negatív reactio nem zárja ki teljes bizonyossággal a lues jelenlétét.

Ezek szerint tisztán csak a negatív eredmény alapján házassághoz való beleegyezést a lelkiismeretes orvos nem adhat. Ilyen esetben mérlegelni kell az összes anamnestikus adatokat és klinikai tüneteket, valamint az addig eszközölt gyógyítás idejét és módját. A negatív reactio csak anamnestikus, klinikus és gyógyítási adatokkal együtt alkot fontos diagnostikai momentumot, mely azután a házasság zavartalan jövőjének, az egészséges utódok születésének a kilátásait nagy fokban emeli. Nagy szolgálatot teljesít a Wassermann-reactio akkor is, a mikor a házastársak egyikének kételye támad arra vonatkozólag, hogy az átszenvedett lues nem lesz-e befolyással születendő gyermekének az egészségi állapotára? A már ismertett esetek e tekintetben is fontos felvilágosítással szolgálnak (noha sajnos, a női klinikai anyag természeténél fogva az apák csak igen ritkán teheték a vizsgálat tárgyát). Az anyán negatív reactiót adó esetekben, mint láttuk, az elhalt magzatokon a halál oka nem volt lueses eredetű. A született magzatok közül kettő

kora volt, kik azonban negatív eredményt adtak, sőt egy ízben, hol a placentán lueses tünetek látszóttak, a magzaton két ízben is megejtett reactio negatív eredménnyel járt. Ellenben a klinikánkon szült és pozitív eredményt adott 8 házi terhesen és 3 vajudó szülő nő megszületett magzatain összesen 7 ízben klinice vagy serum-vizsgálat alapján a lues konstatálható volt. Azon luest átszenvedett és teherbe esett asszonyokat tehát, kiken a többszöri vizsgálat (a férjek vizsgálata mellett) negatív eredményt adott, megnyugtathatjuk, hogy a születendő gyermekük egészségi állapotát illetőleg a legjobb kilátással nézhetnek a jövőbe; ellenben hol pozitív reactiót találunk, ott, ha a terhesség ideje még megengedi, az antilueses kúrát tanácsos elkezdeni. Erre a kérdésre később még visszatérek.

A nő hivatásának megfelelően erkölcsi és ethikai momentumok azt kívánják, hogy az anya ne csak megszüljje magzatát, hanem, ha egészségi állapota megengedi, saját maga táplálja, szoptassa, nevelje. E kötelességgel szemben felvetődik a kérdés, hogy mikor nem szabad az anyának saját magzatát szoptatni? Mint látni fogjuk, ebben a tekintetben is ad a Wassermann-reactio feleletet. Ha az anya nem szoptathat, a dajkaválasztáskor nagy súlyal bír a serumvizsgálat. Azelőtt a dajkákra nézve csak az objectív vizsgálat adatai álltak rendelkezésünkre. Az anamnesisben bemondottakat, tekintettel arra, hogy „omnis lueticus mendax”, nem lehetett figyelembe venni. Ma a Wassermann-reactio nagyot könnyít az orvos lelkiismeretén. A dolog természetéből következik azonban, hogy e vizsgálatoknak a dajkaválasztáskor ki kell terjeszkedni nemcsak a dajkára és gyermekére, hanem azokra is, anyára és gyermekeire, a kikhez dajkaságba beáll. Védelmet a vért fertőző betegséggel szemben mind a kettő egyformán igényel.

Az abortus és a koraszülés aetiológiájában a legnagyobb szerepet a lues játszsza. Habitualis abortusban az ok (legtöbb esetben a syphilis), mely az első vetélést előidézte, nem szűnik meg, hanem az azután következő terhességek alatt is fennállván, újlag abortust vagy koraszülést okoz.

Az abortusokat és koraszületeket a serumreactio alapján eddig tudtommal senki sem vizsgálta; én ebben az irányban is dolgoztam.

Összesen 68 abortus esetében végeztem serologiai vizsgálatokat. Ezek közül 23 adott pozitív eredményt, 45 negatív eredményt. A pozitív reactio tehát 35-29%.

A mi a pozitív eredményeket illeti, 23 eset közül 12 ízben született macerált magzat, három esetben abortus incompletussal lévén dolgunk, magzatot nem láttunk. IP.-n elvetélés 9 ízben történt. Ezen IP.-kon lefolyt abortusoknál a magzat 3 ízben (289., 295., 299.) volt macerált, a placenta 2 esetben luesesen degenerált. (295., 299.) A pozitív eredményt adó abortusok közül három volt habitualis (281., 282., 296.), ezek közül kettő typosus lueses placentával, a magzaton is a lues jeleivel. (282., 296.) Két abortus előtt a megelőző szülés alkalmával kora, halott magzat született (285., 290.), egy abortus előtt érett halott magzat (291.) és végül egy ízben a szóban forgó vetélést egy rendes és 2 abortusos szülés előzte meg (293.). Az anamnesis szempontjából megemlítesre méltó különösen két eset. Az egyik esetben 3 rendes szülés folyt le megelőzőleg, az utolsó szülés 10 év előtt volt, 4 évre rá „valami kiütést kapott a mellén”, azóta ez volt az első terhesség, melyet elvetélt (279. eset). Egy másik esetben az asszony 1901-ig négyszer rendszeresen szült; 1901-ben lues miatt kezelés alatt állott, a rákövetkező évben kora magzatot szült és majd újból egy évre abortált. (294.) A pozitív eredményt adó vetéléseknél az abortust megelőzőleg csak négy ízben folyt le normális szülés (180., 283., 292., 302.). A magzat apján kétszer végeztünk luesserumreactiót, mindkét ízben pozitív eredménnyel. (285., 304.) Az egyik esetben (304.) a férjnek bemondása szerint lágyfekélye volt. A magzaton három ízben végeztünk Wassermann-reactiót. Két ízben (287., 300.) a magzat is pozitív eredményt adott. A harmadik magzaton a hulla véreből eszközölt reactio negatív volt, noha a placentán typosus lueses elváltozásokat lehetett konstatálni és spirochaeta is volt kimutatható.

A negatív reactiót adó abortusok közül 13 ízben volt IIP.-val dolgunk. Ezenkívül a MP.-kon a megelőző születek 23 esetben megfeleltek a most kapott negatív reactionnak, vagyis rendes időben folytak le, az anya és magzatja egészséges volt. Habitualis abor-

tussal 2 ízben volt dolgunk. (277., 278.) Egy ízben (227.) a megelőző hat partus közül 2 volt abortus és a rendes partus alkalmával született magzatok közül 2 az első hetekben elhalt. Egy más esetben pedig 3 rendes szülés és ezt követőleg 2 abortus előzte meg a jelen vetélést (253.). Bemondás alapján luesre gyanús anamnesist egy esetben találtam. Ez esetben 1 1/2 év előtt az asszony testén kiütések támadtak, melyek azonban kezelés nélkül elmúltak, majd ugyanaz az asszony hat hónapra rá, tehát egy év előtt rendes szülésen esett át, a magzat azonban 3 óra meghalt. A jelen alkalmával az asszony lueses tünetek nélkül abortus incompletussal jött be, így magzatot nem láttunk. (229.) A negatív reactiót adó esetekben a magzatokon négy ízben végeztem serologiai vizsgálatot és pedig egy abortus gemellin (231.), mind a két magzaton negatív eredménnyel, egy másik esetben egy hármasszülés után vizsgáltam meg a magzatokat s ugyancsak mindegyik magzaton „—“ reactiót kaptam. Egy IIP.-nak (kinek 1. születe rendes volt) halott macerált magzata lues congenitával jött a világra és a reactio ennek megfelelően pozitív eredményt adott (549.). A vidéken élő apán serumreactiót nem végezhettem. Egy másik esetben pedig az IP. lueses magzatának a mája (lueses lepény) a további kísérleteim hosszú sorozatában jó antigenül szolgált (251.). Végül egy esetben, hol a magzat macerált, a placenta pedig zsírosan elfajult volt, a magzat „—“ eredményt adott (260.). A magzat apján is végeztem egy ízben Wassermann-reactiót, és pedig „—“ eredménnyel. Az illető 1 1/2 év előtt lues miatt kezelés alatt állott. Ezen esetben (ugyanezen apától) az abortust 2 év előtt rendes szülés előzte meg.

A mi pedig a koraszületeket illeti, azt látjuk, hogy 34 koraszülés közül a reactio az anyán 10 pozitív, 15 negatív eredményt adott. A pozitív eredményt adó koraszületek közül nyolc folyt le primiparán. A többször szülők koraszülését 6 ízben abortusok illetve koraszületek előzték meg. (329., 332., 336., 339., 345., 346.) Ezek közül egy esetben megelőzőleg 6 abortus folyt le. Egy másik esetben a megelőző partusok közt két kora, halott magzattal találkozunk, a többi magzat élve jött a világra, de rövid idő alatt meghalt. (345.) Csak egyetlen egy esetben találunk a koraszülés előtt rendes két partust, a hol a magzatok életben is maradtak. (348.) A 355. számú esetben ugyancsak a koraszülést megelőzőleg 2 rendes szülés folyt le, az egyik magzat él, a másik pedig 10 hónapos korában elhalt. Végül egy ízben a koraszülést 1 1/2 évvel rendes szülés előzte meg, de a magzat ugyancsak 6 hó előtt meghalt. (354.) A mi a magzatokat illeti, rajtuk 8 ízben volt konstatálható congenitalis lues, ezen 8 koraszülés közül 4 esetben a petefüggelékeken a lues jelei szintén láthatók voltak. (Egy ízben a köldökzsinór volt véresen beivódva, melyben spirochaetát is lehetett találni.) A placenta ezen felül 6 esetben volt zsírosan elváltozva. Macerálva összesen 7 magzat született. Végül megemlítem, hogy egy ízben halott macerált torz magzat, hydrocephalus is született. (A magzaton serumvizsgálat nem történt.) (331.) Tíz élő magzat született. Ezek közül a szülés után pár percze vagy két napon belül meghalt 6. Ezen hat eset közül csak egyben, egy gemellis placenta praevia esetében (348.) nem volt a lues a magzaton diagnosztizálható. Ezen eset azért is érdemel külön megemlítést, mert az asszonyon időközben dæssis puerperalis fejlődén ki, az első serumreactiót 24 nappal követő újabb vizsgálatkor a reactio negatív lett. (Több control vizsgálatot végeztem.) Ennek a magyarázatára kétféle eshetőség szolgál. Vagy a sepsis mint olyan birt befolyással arra, hogy a reactio „—“ változott, vagy a klinikánkon gyermekágyi lázban szokásban lévő kezelés, a vénákba injiciált sublimatoldat fordította meg a reactio eredményét. (Az iker-magzatok közül az egyikben „—“ eredménnyel végeztem Wassermann-reactiót, a másikon a bonczolat zárta ki a lues jelenlétét. Az élve született magzatok közül a klinikáról való elbocsátásáig életben maradt 3 magzat. Ezen három magzat közül egy IP. magzaton és a petefüggelékeken a luesnek semmi jele sem volt, a serum is „—“ reactiót adott. (351.) Egy IIP.-nak (kinek 1 1/2 év előtt az első születe rendes volt, de a magzat 6 óra exitált) a magzatán a reactio „—“ eredményt adott (353.), végül a harmadik esetben (a hol lueses placenta mellett a magzaton a luest konstatálni nem lehetett) a magzat pozitív eredményt adott. (337.) Wassermann-reactiót még két ízben végeztem mag-

Folyó szám	N é v	Terhességek száma	Wasser-mann-reactio	Korábbi terhességek lefolyása	Magzat súlya gm.-okban	Placenta súlya gm.-okban	A magzatra, a köldökzsinórra és a placentára vonatkozó megjegyzések
1	J. Zs.	IP. házi terhes	—	—	3675	730	élő, érett
2	Sz. K.	III. „ „	—	I—III. szabályos	3610	630	„ „
3	T. M.	III. „ „	—	IP. 2 $\frac{1}{2}$ évvel előbb, a magzat 2 hónapig élt	4250	685	„ „
4	T. L.	IP. „ „	—	—	4650	400	„ „
5	K. T.	IP. „ „	—	—	2875	490	„ „
6	M. J.-né	III. „ „	—	IP. 4 év előtt, rendes lefolyású, élő magzattal, III. 2 év előtt, rendes lefolyású, a magzat 1 évig élt	4200	575	„ „
7	Sch. L.	IP. „ „	—	—	3100	500	élő, érett; az 5. napon meghalt; boncoláskor a fuladási halál okául craniotabes vehető fel
8	F. M.	IP. „ „	—	—	2950	600	élő, érett
9	Z. E.	IP. „ „	—	—	3150	600	„ „
10	H. J.	IP. „ „	—	—	3750	700	„ „
11	L. M.	IP. „ „	—	—	3750	600	„ „
12	A. J.-né	III. „ „	—	IP. 2 év előtt, a magzat 13 hónapig élt	4075	450	„ „
13/a	G. A.	IP. „ „	—	—	—	—	—
13/b	magzat	—	—	—	—	—	—
14	St. B.	IP. házi terhes	—	—	3305	730	élő, érett
15	H. E.	IP. „ „	—	—	3510	600	„ „
16	T. M.	IP. „ „	—	—	4400	500	„ „
17	Sch. M.	III. „ „	—	IP. 7 év előtt, rendes lefolyású, a magzat 3 évig élt	3825	815	„ „
18	Cs. M.	IP. „ „	—	—	3950	460	„ „
19	P. R.	IP. „ „	—	—	3000	510	„ „
20	G. G.	IP. „ „	—	—	3675	750	„ „
21	P. V.	IP. „ „	—	—	3290	550	„ „
22	H. K.	IP. „ „	—	—	2975	525	„ „
23	V. R.	IP. „ „	—	—	2885	450	„ „
24	R. J.-né	III. „ „	—	IP. 7 év előtt, rendes lefolyású, a magzat 3 évig élt	3825	815	„ „
25	P. J.	IP. „ „	—	—	3235	525	„ „
26	P. J.	VP. „ „	—	I—IV. rendes lefolyású	3450	565	„ „
27	V. E.	III. „ „	—	IP. 4 év előtt, rendes lefolyású, a magzat 7 hónapig élt	3800	600	„ „
28	Sch. A.	IP. „ „	—	—	3600	600	„ „
29	H. A.	IP. „ „	—	—	3650	700	élő, érett; néhány percz mulva asphyxiában meghalt

Folyó szám	N é v	Terhességek száma	Wasser-mann-reactio	Korábbi terhességek lefolyása	Magzat súlya gm.-okban	Placenta súlya gm.-okban	A magzatra, a köldökzsinórra és a placentára vonatkozó megjegyzések
30	T. M.	IIIP. házi terhes	—	IP. rendes lefolyású	4250	685	élő, érett
31	K. M.	IP. " "	—	—	3425	525	" "
32	Sz. J.-né nephritis gravidarum	VP. " "	—	IP. 5 év előtt, élő magzat IIIP. 4 év előtt, magzat 19 hónapig élt IIIP. 3 év előtt, magzat 3 ¹ / ₂ hónapig élt IVP. 2 év előtt, abortus M. III.	2930	573	" "
33	Gy. J.-né	—	—	—	2950	700	" "
34	T. M.	IIIP. házi terhes	—	IP. rendes lefolyású	4250	685	" "
35	N. E.	IP. " "	—	—	3180	475	" "
36	P. K.	IP. " "	—	—	2970	550	" "
37	L. J.-né	IXP. " "	—	I—VIIIIP. rendes lefolyású	3500	450	" "
38	B. M.	IP. " "	—	—	3350	550	" "
39	B. P.	IP. " "	—	—	2815	550	" "
40	K. A.-né	— " "	—	—	eltávozott		—
41	B. E.	— " "	—	—	"		—
42	P. M.-né	VIIIP. " "	—	I—VIP. rendes lefolyású	4200	650	élő, érett
43	P. K.	IP. " "	—	—	A2850 B2800	}1200	ikrek, élő, érett
44	K. J.	IP. " "	—	—	3200		
45	K. J.	IP. " "	—	—	3800	650	" "
46	M. J.-né	VIIIP. " "	—	IP. 9 év előtt, Abortus M. II. IIIP. 8 év előtt, rendes lefolyású; magzat 13 napig élt IIIP. 7 év előtt, élő magzat IVP. 6 év előtt, magzat 4 ¹ / ₂ hónapig élt VP. 4 ¹ / ₂ év előtt, élő magzat VIP. 3 év előtt, élő magzat	3700	650	" "
47	D. R.	IP. " "	—	—	3000	500	" "
48	N. R.	IIIP. " "	—	IP. 4 év előtt, Abortus M. VI.	3000	500	" "
49	St. B.	IP. " "	—	—	3305	730	" "
50	P. V.	IP. " "	—	—	3290	550	" "
51	H. A.	— " "	—	—	eltávozott		—
52	P. J.	IIIP. " "	—	IP. 2 év előtt, rendes lefolyású, élő magzat	4380	925	élő, érett
53	K. J.-né	— " "	—	—	eltávozott		—
54	J. R.	IP. " "	—	—	3100	425	élő, érett
55	K. B.	IIIP. " "	—	IP. 3 ¹ / ₂ év előtt, élő magzat	3000	570	" "
56	M. J.-né	IP. " "	—	—	2550	550	élő, érett, az 5. nap meghalt
57	magzat	—	—	—	—	—	—

Folyó szám	N é v	Terhességek száma	Wasser-mann-reactio	Korábbi terhességek lefolyása	Magzat súlya gm.-okban	Placenta súlya gm.-okban	A magzatra, a köldökzsinórra és a placentára vonatkozó megjegyzések
58	J. M.	IP. házi terhes	—	—	2625	500	élő, érett
59	Dr. H. N.-né	III. " "	—	I—III. rendes lefolyású	2965	575	" "
60	B. M.-né	III. " "	—	IP. 1 év előtt, rendes lefolyású, élő magzat	3125	575	" "
61	M. M.	—	—	—	3590	825	" "
62	D. G.	III. házi terhes	—	—	eltávozott		—
63	B. E.	— " "	—	—	"		—
64	M. F.-né	— " "	—	—	"		—
65	M. A.	IP. " "	—	—	3370	600	élő, érett
66	R. J.	IP. " "	—	—	2675	425	" "
67	L. A.	III. házi terhes	—	IP. 5 év előtt, élő magzat III. 1½ év előtt, magzat 14 hónapig élt	3300	525	" "
68	S. K.	— " "	—	—	eltávozott		—
69	Gsch. Gy.-né	VP. " "	—	I—IV. rendes lefolyású	2750	450	élő, érett
70	E. J.	IP. " "	—	—	2775	475	" "
71	G. J.	IP. " "	—	—	3310	485	" "
72	F. J.	— " "	—	—	eltávozott		—
73	K. G.	IP. " "	—	—	3325	825	élő, érett, pár percz mulva meghalt algid asphyxiában
74	St. G.	III. " "	—	I—III. rendes lefolyású	3225	650	élő, érett
75	F. H.	IP. " "	—	—	2790	625	" "
76	M. Zs.	IP. " "	—	—	3030	650	" "
77	K. J.	IP. " "	—	—	2925	530	" "
78	Cs. F.-né	IP. " "	—	—	2771	500	" "
79	Sch. E.	IP. " "	—	—	3250	600	" "
80	magzat	—	—	—	—	—	a magzat a 10. napon meghalt, haláláért az anya okolható
81	B. W.-né	III. házi terhes	—	I—III. rendes lefolyású	3360	600	élő, érett
82	K. J.	III. " "	—	IP. rendes lefolyású	3620	625	" "
83	Sz. Zs.	— " "	—	—	eltávozott		—
84	Sz. Zs.	IP. " "	—	—	"		—
85	N. G.	IP. " "	—	—	3275	600	élő, érett
86	N. A.	IP. " "	—	—	3500	675	" "
87	R. G.	— " "	—	—	eltávozott		—

Folyó szám	N é v	Terhességek száma	Wasser-mann-reactio	Korábbi terhességek lefolyása	Magzat súlya gm.-okban	Placenta súlya gm.-okban	A magzatra, a köldökzsinórra és a placentára vonatkozó megjegyzések
88	T. V.	IP. házi terhes	—	—	3425	600	élő, érett
89	Sz. R.	IP. „ „	—	—	3490	775	„ „
90	K. J.-né	— „ „	—	—	eltávozott		—
91	H. A.	— „ „	—	—	„		—
92	H. R.	IP. „ „	—	—	3100	510	élő, érett
93	P. Zs.	IIIP. „ „	—	IP. 3 év előtt, rendes lefolyású, élő magzat	—	—	mindegyik élő, érett; néhány percz mulva meghaltak
94 a	Magzat	—	—	—	—	—	—
95 b	„	—	—	—	—	—	—
96 b	„	—	—	—	—	—	—
97	M. T. második vizsgálat vajudáskor	IP. házi terhes	—	—	3185	525	élő, érett, a placentán pontszerű elzsirosodás
98	Magzat	—	—	—	—	—	—
99	K. B.	—	—	—	3250	560	élő, érett
100	L. L.	—	—	IP. rendes, élő magzat	3500	650	„ „
101	K. L.	IP. házi terhes	—	—	3200	700	„ „
102	L. A.	IIIP. „ „	—	—	3150	500	„ „
103	A. K.	IP. „ „	—	—	3228	525	„ „
104	A. J.	IP. „ „	—	IP. 7 év előtt, rendes	4000	725	„ „
105	K. A.	IP. „ „	—	I—IIIP. rendes I. gyermek 2 hétig élt II. „ 9 hónapig élt III. „ 2 hónapig élt	2600	385	„ „
106	A gyermek atyja	IIIP. „ „	—	—	—	—	—
107	A gyermek	IVP. „ „	—	—	—	—	—
108	V. E.	—	—	—	3100	700	élő, érett
109	K. A.	—	—	—	2775	600	„ „
110	Cz. A.	IP. házi terhes	—	—	2725	615	„ „
111	T. M.	IP. „ „	—	—	3200	575	„ „
112	B. M.	IP. „ „	—	—	2850	575	„ „
113	K. M.	IP. „ „	—	—	3400	670	„ „
114	Gy. J.	IP. „ „	—	—	2775	600	„ „
115	R. R.	IP. „ „	—	—	4015	700	„ „
116	Zs. M.	IP. „ „	—	—	2960	500	„ „

Folyó szám	N é v	Terhességek száma	Wasser-mann-reactió	Korábbi terhességek lefolyása	Magzat súlya gm.-okban	Placenta súlya gm.-okban	A magzatra, a köldökzsinórra és a placentára vonatkozó megjegyzések
117	M. M.	IP. házi terhes	—	—	3300	780	élő, érett
118	J. J.	IIIP. " "	—	IP. rendes	3125	635	" "
119	G. J.	IP. " "	—	—	2200	450	" "
120	B. M.	— " "	—	—	eltávozott		—
121	P. M.	IP. " "	—	—	3225	890	élő, érett
122	M. E.	IP. " "	—	—	2950	550	" "
123	H. L.-né	— " "	—	—	2650	650	" "
124	V. K.	IIIP. " "	—	IP. rendes	3225	800	" "
125	F. R.	IP. " "	—	—	3050	525	" "
126	Özv. K. J.-né	IIIP. " "	—	IP. rendes	3575	660	" "
127	P. T.	IP. " "	—	—	3000	625	" "
128	J. M.	IIIP. " "	—	IP. rendes	3125	635	" "
129	B. A.	— " "	—	—	eltávozott		—
130	B. Cz.	IP. " "	—	—	3170	625	élő, érett
131	T. Zs.	IP. " "	—	—	3600	800	" "
132	Sz. M.	IP. " "	—	—	2725	575	" "
133	T. St.	IP. " "	—	—	3360	520	" "
134	F. M.	IP. " "	—	—	2525	600	" "
135	G. G.	IP. " "	—	—	2100	450	élő, koraszülött
136	Pl. A.	IIIP. " "	—	IP. rendes	2200	75	" "
137	Magzat 2 vizsgálat	—	+	—	—	—	typusos lueses placenta, magzat a klinikán kívül meghalt
138	K. E.	— házi terhes	—	—	—	—	—
139	P. E.	— " "	—	—	—	—	—
140	B. M.	— " "	—	—	—	—	—
141	M. J.	— " "	—	—	2800	575	élő, érett
142	K. M. L.	IP. " "	—	—	4000	700	" "
143	K. L.	IP. " "	—	—	3100	450	" "
144	F. P.	IP. " "	—	még nem szült meg	—	—	—
145	B. Sz.	— " "	—	—	—	—	—
146	Sz. M.	IP. " "	—	—	2725	575	élő, érett

Folyó szám	N é v	Terhességek száma	Wasser-mamm-reactio	Korábbi terhességek lefolyása	Magzat súlya gm.-okban	Placenta súlya gm.-okban	A magzatra, a köldökzsinórra és a placentára vonatkozó megjegyzések
147	M. K.	IP. házi terhes	—	—	2360	525	élő, érett, pár percz múlva meghalt asphyxiában
148	Hr. M.	IIIP. „ „	—	IP. rendes	3575	570	élő, érett
149	A. J.	IP. „ „	—	—	3250	575	„ „
150	Sz. K.	— „ „	—	—	vizsgálat előtt eltávozott		—
151	Gy. K.	IIIP. „ „	—	I—IIIP. rendes	2950	675	élő, érett
152	D. K.	IIIP. „ „	—	IP. rendes	3175	575	„ „
153	R. G.	IP. „ „	—	—	3410	650	„ „
154	H. R.	IP. „ „	—	—	2525	600	„ „
155	K. K.	— „ „	—	még nem szült meg	—	—	—
156	Cs. Fr.	IP. „ „	—	—	3325	725	élő, érett
157	Cs. R.	IIIP. „ „	—	IP. rendes	2950	600	„ „
158	Tr. M.	IP. „ „	—	—	3875	660	„ „
159	T. T.	IP. „ „	—	még nem szült meg	—	—	—
160	H. A.	— „ „	—	„ „ „ „	—	—	—
161	Sz. G.	IP. „ „	—	—	2350	400	élő, koraszülött
162	Magzat	—	—	—	—	—	—
163	E. S.	IP. házi terhes	—	—	3700	1000	élő, érett
164	K. A.	IP. „ „	—	—	2775	600	„ „
165	F. J.	IP. „ „	—	—	3300	500	„ „
166	G. J.-né	IP. „ „	—	—	3400	800	„ „
167	S. E.-né	IVP. „ „	—	I—IIIP. rendes	4300	850	„ „
168	Tsch. M.	IP. „ „	—	még nem szült meg	—	—	—
169	M. J.	IP. „ „	—	—	2825	735	élő, érett
170	F. E.-né	— „ „	—	még nem szült meg	—	—	—
171	P. A.-né	— „ „	—	„ „ „ „	—	—	—
172	Tr. M.	— „ „	—	„ „ „ „	—	—	—
173	D. J.	IP. „ „	++	—	3350	635	élő, érett
174	J. A.	— „ „	+++	—	eltávozott		—
175	K. J.	IP. „ „	+ majd 2-szer —	—	3200	500	élő, érett
176	A. A.	IIIP. „ „	+	IP. 3 év előtt, rendes, magzat 1½ évig élt	—	—	—

Folyó szám	N é v	Terhességek száma	Wasser-mann-reactio	Korábbi terhességek lefolyása	Magzat súlya gm.-okban	Placenta súlya gm.-okban	A magzatra, a köldökzsinórra és a placentára vonatkozó megjegyzések
177	Magzat	—	—	—	—	—	—
178	Cs. E.	IP. házi terhes	+++	—	2800	500	halott, érett, luetikus macerált magzat lueses placentával
179	L. M.	— " "	+++	—	eltávozott		—
180	Sz. A.	IIIP. " "	++	—	2180	570	élő, kora, 2 nap mulva meghalt. Pemphigus luetikus
181	V. T.	— " "	++	még nem szült meg	—	—	—
182	V. T.	— " "	+	—	2925	560	élő, érett
183	Magzat kétszeri vizsgálatának eredménye:	—	—	—	—	—	—
184	K. A.	— házi terhes	++	még nem szült meg	—	—	—
185	A. A.	— " "	+	" " " "	—	—	—
186	H. R.	— " "	+++	" " " "	—	—	—
187	B. J.	— " "	+	" " " "	—	—	—
188	M. J.	IP. " "	gyenge +++	—	1800	500	macerált, kora (löttyögő koponyacsontok)
189	Magzat	—	++	—	—	—	—
190	B. G.	IP. házi terhes	+++	—	2900	480	—
191	Magzat (8. napon újól vizsgálva)	—	+	—	—	—	élő, érett
192	Sp. R.	— házi terhes	+	még nem szült meg	—	—	—
193	K. Zs.	— " "	+++	" " " "	—	—	—
194	M. Gy.-né	IP. " "	+++	" " " "	—	—	—
195	K. M.	— " "	+	" " " "	—	—	—
196	G. K.	IIIP. " "	+++	IP. 1½ év előtt; magzat 6 hónapig élt	2700	525	élő, érett
197	Magzat	—	+	—	—	—	—
198	Sz. R.	IP. vajudó	—	—	3030	600	élő, érett
199	K. E.	IP. " "	—	—	3305	730	—
200	S. E.	IP. " "	—	—	—	—	élő, érett
201	L. A.	VIP.	—	I—VP. rendes	3450	425	" "
202	M. E.	IP.	—	—	3270	675	" "
203	P. M.	IP.	—	—	3055	400	" "
204	F. M.	IP.	—	—	2800	500	—
205	M. M.	IP.	—	—	3100	600	—

Folyó szám	N é v	Terhességek száma	Wasser-mann-reactio	Korábbi terhességek lefolyása	Magzat súlya gm.-okban	Placenta súlya gm.-okban	A magzatra, a köldökzsinórra és a placentára vonatkozó megjegyzések
206	M. S.-né	IP.	—	—	2500	550	élő, érett; a 4. napon meghalt; lueses elváltozás nem volt kimutatható
207	Magzat	—	—	—	—	—	—
208	Sz. J.-né	IP.	—	—	3100	500	élő, érett
209	F. M. J.	IIIP.	—	IP. rendes	3125	375	" "
210	H. A.	IP.	—	—	3000	500	" "
211	B. E.	IP.	—	—	3025	575	" "
212	M. T.	IP.	—	—	3185	525	" "
213	Magzat (kétszeri vizsgálat)	—	—	—	—	—	a placentán pontszerű elzsírosodás
214	M. G.-né	IP.	—	—	3845	775	élő, érett
215	P. J.	IVP.	—	IP. 6 év előtt, a 8. hónapban koraszülés, magzat meghalt II—IIIP. rendes	2965	275	" "
216	K. A.	—	—	—	3300	700	" "
217	B. M.	IIIP.	—	IP. 6 év előtt, rendes IIIP. 5 év előtt, rendes	3800	665	" "
218	K. J.-né ikrek	IIIP.	—	I—IIIP. rendes, gyermekek élnek	A2450 B2650	1700	" "
219	Kl. B.	IP.	—	—	2660	500	" "
220	Sz. K.	IP.	—	—	2800	825	—
221	B. A.	IIIP.	++	IP. 7 év előtt, rendes, a magzat 2 napig élt IIIP. 2 év előtt, abortus M. VI.	850	375	éretlen, halott, macerált, spirochaeták kimutathatók
222	W. J.	IP.	+++	—	850	340	élő magzat; 3 nap múlva meghalt. A placentán jelentékeny zsíros degeneratio
223	K. R.	IIIP.	+++	IP. 5 év előtt, rendes, élő magzat	3550	525	élő, érett, magzat apja nem jött el
224	Magzat	—	—	—	—	—	—
225	O. J.-né	IIIP.	—	IP. 1/2 év előtt, rendes, élő magzat	—	—	abortus incipiens M. III—IV.
226	T. V.	IP.	—	—	—	—	abortus incompletus M. II.
227	Kr. M.	VIIIP.	—	IP. 6 1/2 év előtt, magzat 2 hétig élt IIIP. 6 év előtt, abortus M. III. IIIP. 4 1/2 év előtt, rendes, élő magzat IVP. 3 1/2 év előtt, magzat 2 évig élt VP. 2 1/2 év előtt, magzat él VIP. 3/4 év előtt, korai, halva született	450	darabokban	—
228	Sz. J.	IP.	—	—	160	130	abortus incompletus M. II—III.
229*	F. P. J.	IIIP.	—	IP. 1 év előtt, rendes, a magzat 3 hónapig élt	nem észleltetett	darabokban	abortus incompletus
230	B. E.	IIIP.	—	IP. 2 év előtt, rendes, magzat él	nem észleltetett	darabokban	abortus incompletus M. II—III.
231	Cs. P. ikrek	IIIP.	—	IP. 9 hónap előtt, a magzat 3 hónapig élt	A 900 B1000	675	élők, éretlenek, pár perc múlva meghaltak
232	A. magzat B. (a hullákból vett vér vizsgálata)	—	—	—	—	—	abortus completus M. VI—VII.

* Beteg előadja, hogy mellén kiütése volt, a mely magától elmúlt.

Folyó szám	N é v	Terhességek száma	Wasser-mann-reactio	Korábbi terhességek lefolyása	Magzat súlya gm.-okban	Placenta súlya gm.-okban	A magzatra, a köldökzsinórra és a placentára vonatkozó megjegyzések
233	F. P. M. (a gyermekágy 3. napján hozták be a klinikára)	VP.	—	I—IVP. rendes	—	—	abortus completus M. III—IV.
234	B. Zs.	IP.	—	—	300	180	halott, éretlen, abortus incompl. M. IV—V.
235	F. M. G.	IVP.	—	I—II—IIIP. rendes	170	125	halott, éretlen, abortus incip. M. V—VI.
236	Gy. E. (ambulans)	Grav. M. VI.	—	A korábbi terhességek abortussal végződtek	—	—	—
237	Sz. J.	IIIP.	—	I—IIIP. rendes, magzatok élnek	nem észleltetett	decidua-részletek	abortus incompl. M. I—II.
238	P. J.-né	IXP.	—	I—VIP. rendes VIIIP. abortus M. IV. 2 év előtt VIIIIP. 16 hó előtt, rendes, élő magzat	—	darábokban	abortus incompl. M. IV.
239*	L. M.	IIIP.	—	IP. 2 év előtt, rendes	1375	425	halott, éretlen
240	Magzat apja	—	+	—	—	—	—
241	K. R.	IIIP.	—	IP. 2 év előtt, abortus M. II.	nem észleltetett	foszlányokban	abortus incompl. M. II—III.
242	K. A.-né	IIIP.	—	IP. 1 év előtt, rendes, magzat él	1100	325	Partus M. VII., 4. nap meghalt
243	B. A.	IP.	—	—	325	150	abortus incip. M. IV.
244	P. Zs. (trigemini)	IIIP.	—	IP. 3 év előtt, rendes, magzat él	A 700 B 300 C 525	450	abortus completus M. V., mindhárom élő, éretlen, pár perc múlva meghaltak
245	Elbocsátáskor	—	—	—	—	—	—
246	A.	—	—	—	—	—	—
247	B.	—	—	—	—	—	—
248	C.	—	—	—	—	—	—
249	P. R.	IIIP.	—	IP. rendes	730	350	éretlen, macerált, halott
250	Magzat	—	+	—	—	—	—
251	Zs. A. (a gyermek apja vidéken él)	IP.	—	—	1300	400	macerált, lueses placenta
252	F. B. J.	VIIIP.	—	I—VIP. rendes; az első három szülésből származó magzatok korán elhaltak	1400	340	halott, macerált
253	Cz. K.	VIP.	—	3 P. rendes, 2 P. abortus	—	—	abortus incompl. M. I—II.
254	Fr. J.-né	VIP.	—	I—IVP. rendes, VP. abortus M. II.	—	—	„ „ M. II—III.
255	K. M.	IP.	—	—	—	—	„ „ M. II—III.
256	O. Zs.	IIIP.	—	IP. rendes	—	—	„ „ M. II.
257	P. P.	—	—	—	—	—	abortus incompl.
258	D. J.-né	IVP.	—	IP. korai, halott magzat II—IIIP. rendes, magzatok élnek	—	—	macerált; abortus incompl. M. III—IV.
259	J. T. E.	IP.	—	—	1300	400	abortus mens. V—VI.
260	M. M.	IP.	—	—	1250	500	halott, macerált, zsirosan degenerált placenta

* Első gyermekének apja 1 év előtt luesellenes kezelésben részesült.

Folyó szám	N é v	Terhességek száma	Wasser-mann-reactió	Korábbi terhességek lefolyása	Magzat súlya gm.-okban	Placenta súlya gm.-okban	A magzatra, a köldökzsinórra és a placentára vonatkozó megjegyzések
261	E. J.-né	VP.	—	I—III. rendes IVP. 1 év előtt, abortus M. III.	—	—	abortus incompl. M. I—II.
262	Sz. J.-né	VIP.	—	I—VP. rendes	—	—	abortus M. I—II. Az I—II—V. szülésből származó gyermekek csak 1—2 hónapig éltek
263	P. A.	IP.	—	—	650	175	halott, macerált
264	Fr. R.	—	—	több korábbi abortus	—	—	abortus M. II. Mi nem észleltük
265	Sz. J.-né	XIVP.	—	XIII. rendes, 1 P. abortus	—	—	abortus M. II—III. Mi nem észleltük
266	Sz. L.	IP.	—	—	1285	400	—
267	St. E.	III. P.	—	IP. rendes	800	250	—
268	V. A.-né	IVP.	—	I—II—III. P. rendes	—	—	abortus incompl. M. I—II.
269	D. J.-né	VIP.	—	I—IVP. rendes, VP. korai	—	—	„ „ M. I—II.
270	K. N.-né	III. P.	—	IP. rendes	—	—	„ „ M. II.
271	G. St.	IP.	—	—	1550	400	halott
272	Az apa	—	—	—	—	—	—
273	A magzat	—	—	—	—	—	—
274	H. J.-né	IVP.	—	I—III. P. rendes, élnek III. P. 6 hó előtt, abortus M. I—II.	—	—	abortus M. II—III.
275	Sz. L.	IP.	—	—	1285	400	abortus M. VI—VII., magzat él
276	Sz. R.	III. P.	—	IP. 7 év előtt, rendes, magzat él	—	—	abortus incompl. M. III—IV.
277	Poliklinikai eset	III. P.	—	I—III. P. abortus M. II—III.	—	—	—
278	„ „	VP.	—	I—IVP. abortusok	—	—	—
279	T. F.-né (betegnek 6 év előtt volt egy kiütése)	IVP.	+++	I—III. P. rendes	1370	285	halott
280	P. L.-né	IVP.	++	I—III. P. rendes, magzatok élnek	110	—	halott, macerált
281	W. L.-né	VIII. P.	+++	IP. 9 év előtt, magzat élt III. P. 7 év előtt, abortus M. VI. III. P. 6 év előtt, abortus M. VI. IVP. 5 év előtt, magzat 3 napig élt VP. 3 év előtt, abortus M. I. VIP. 1½ év előtt, abortus M. I—II.	415	135	élő, éretlen
282	Cs. J.-né	III. P.	+++	IP. 2 év előtt, koraszülés a 8. hónapban III. P. 8 hó előtt, abortus M. VI.	1225	523	halott, éretlen
283	K. J.-né	III. P.	+++	IP. 2 év előtt, rendes, magzat él	—	—	abortus M. VI. macerált
284	M. E.-né	III. P.	+++	—	225	—	abortus M. IV—V.
285	Ny. Kr.	III. P.	++	IP. 1 év előtt, partus praematurus M. VII—VIII.	740	—	élő, éretlen, néhány perc múlva meghalt
286	Magzat	—	+	—	—	—	—
287	D. J.-né	IVP.	++	—	—	—	abortus M. VI.
288	Magzat	—	+	—	—	—	—

Folyó szám	N é v	Terhességek száma	Wasser-mann-reactio	Korábbi terhességek lefolyása	Magzat súlya gm.-okban	Placenta súlya gm.-okban	A magzatra, a köldökzsinórra és a placentára vonatkozó megjegyzések
289	W. Fl.	IP.	++	—	350	200	halott, macerált, abortus M. V—VI.
290	P. J.-né	III.	++	IP. 1 év előtt, koraszülött, halott	1650	450	halott, macerált
291	F. L.	III.	+	IP. 2 év előtt, rendes	1300	450	macerált
292	T. J.	III.	+	IP. 3 év előtt, rendes	—	—	abortus incompl. M. II—III.
293	B. A.	III.	+	IP. 7 év előtt, rendes, a magzat 2 napig élt III. 2 év előtt, abortus M. VI.	850	350	halott, macerált
294	K. P. (beteg 1901-ben luesellenes kezelés alatt állt)	VIII.	+	I—IV. rendes VP. 7 év előtt, korai VIP. 6 év előtt, abortus M. II.	325	—	—
295	G. B.-né	IP.	+	—	1770	420	halott, macerált, luetikus placenta
296	G. J.-né (saját eset)	III.	+	I—III. koraszülések, halott, macerált magzatok	—	—	abortus compl. M. VI—VIII. luetikus magzat és placenta
297	G. J.-né (4 hónappal később, antiluetikus kezelés után újra megvizsgáltatott)	—	+	—	—	—	—
298	L. S.-né	IP.	+	—	—	—	abortus M. III.
299	M. M.	IP.	+	—	1250	500	halott, macerált, zsírosan degenerált placenta
300	Magzat	—	+	—	—	—	—
301	G. J. (ikrek)	IP.	+	—	A 800 B 675	400	abortus M. VI—VII. mindkettő él. pár perc múlva meghal
302	N. J.-né	III.	+	IP. rendes, magzat él	—	—	abortus M. V.
303	D. J.-né	IP.	+	—	—	—	abortus M. II—III.
304	M. J.-né	IP.	+	—	1410	375	—
305	M. J. (az apának 3 év előtt lágy fekélye volt)	—	+	—	—	—	—
306	P. E.	III.	—	IP. 2 év előtt, magzat 1 1/2 évig élt	2675	600	élő, koraszülött
307	B. S.-né	VIII.	—	I—VI. rendes	1650	650	halott, macerált
308	M. R.	III.	—	IP. immaturus	2450	410	halott, macerált, koraszülött, spirochaetavizsgálat negatív
309	Magzat	—	—	—	—	—	—
310	St. M.	IP.	—	—	1900	500	halott, macerált
311	G. G.	IP.	—	—	2500	450	élő, koraszülött
312	Pl. A.	III.	—	IP. rendes	2200	750	élő, koraszülött, tipikus luetikus placenta
313	Magzat (a klinikáról elbocsátás után 2 napra meghalt)	—	+	—	—	—	—
314	B. K.	III.	—	IP. rendes	2390	800	élő, koraszülött, 1 nap múlva meghalt

Folyó szám	N é v	Terhességek száma	Wasser-mamm-reactio	Korábbi terhességek lefolyása	Magzat súlya gm.-okban	Placenta súlya gm.-okban	A magzatra, a köldökzsinórra és a placentára vonatkozó megjegyzések
315	Magzat	—	—	—	—	—	—
316	F. M.	IP.	—	—	1525	400	élő, koraszülött, 4. nap meghalt
317	Magzat	—	—	—	—	—	—
318	M. Kr.	IP.	—	—	2360	525	élő, koraszülött, néhány óra mulva meghalt algid asphyxiában
319	Sz. G.	IP.	—	—	2350	400	élő, koraszülött
320	Magzat	—	—	—	—	—	—
321	W. J.-né (süketsége miatt nem lehetett ki-kérdezni)	III.P.	—	—	2100	500	élő, koraszülött
322	Magzat	—	—	—	—	—	—
323	F. R.	III.P.	—	IP. 4 év előtt, rendes	1825	700	élő, koraszülött
324	Z. J.-né	III.P.	—	IP. 1 év előtt, magzat 2 napig élt	1900	325	„ „
325	Kl. M.	IP.	—	—	1700	325	halott, koraszülött, macerált
326	Fr. M.	IP.	—	—	2485	525	élő, koraszülött
327	Magzat	—	—	—	—	—	—
328	Az apa	—	—	—	—	—	—
329	Sz. J.-né	VIII.P.	+++	IP. 5 év előtt, partus praematurus M. VIII., magzat egy napig élt III.P. 4 év előtt, abortus M. VI. III.P. abortus M. IV. IV.P. abortus M. V. VP. abortus M. II. VIP. abortus M. VII.	2000	775	Az egész placenta elzsírosodott szigetekből áll; magzat élő, koraszülött, lues congenitában szenved (a máj alsó határa 2 ujjnyira a köldök alatt), pár perc mulva meghal
330	K. M.-né	IV.P.	+	IP. 14 év előtt, rendes III.P. 12 „ „ „ III.P. 5 „ „ koraszülés	2200	500	halott, koraszülött, macerált; lues congenita, elzsírosodott placenta
331	B. R.	IP.	+	—	2210	225	hydrocephalus, koraszülés; halott, koraszülött, macerált
332	F. D.-né	VIII.P.	++	IP. 14 év előtt, magzat 2 hónapig élt III.P. praematurus, halott magzat III.P. „ „ „ IV.P. „ „ „ VP. „ „ „ VIP. „ „ „ VIII.P. „ „ „	2175	675	halott, koraszülött, macerált; lues congenita, elzsírosodott placenta
333	M. R.	IP.	+	—	1875	540	lues congenita; élő, korai, 10 perc mulva meghal
334	Az apa	—	+	—	—	—	—
335	A magzat	—	++	—	—	—	—
336	A. E.	III.P.	+	IP. 1 év előtt, abortus M. VI.	2750	1740	halott, korai, macerált; laza koponyacsontok, nagy, lueses, elzsírosodott placenta

Folyó szám	N é v	Terhességek száma	Wasser-mann-reactio	Korábbi terhességek lefolyása	Magzat súlya gm.-okban	Placenta súlya gm.-okban	A magzatra, a köldökzsinórra és a placentára vonatkozó megjegyzések
337	G. J.	IP.	+	—	1520	350	élő, korai, elzsírosodott placenta
338	Magzat	—	+	—	—	—	—
339	Sch. S.	III.P.	+++	IP. 9 év előtt, halott magzat II.P. 5 " " " "	1850	500	halott, korai, macerált, elzsírosodott placenta
340	A magzat apja	—	++	—	—	—	—
341	W. S.	IP.	+	—	1900	670	élő, korai magzat, néhány óra múlva meghal; a nyak jobb oldalán diónyi daganat, nagy máj, ascites, elzsírosodott placenta
342	Magzat	—	+	—	—	—	—
343	H. T.	III.P.	+	IP. 4 év előtt, rendes, élő magzat	2650	1040	macerált, korai, typosos lueses placenta
344	Sz. A.	III.P.	++	—	2180	570	élő, korai; 2 nap múlva meghal, lueses pemphigus
345	V. F.-né (az apa nem jött a vizsgálatra)	VIII.P.	+	IP. korai, halott magzat II.P. " " " " III.P. ikrek, A) halott B) élő, majd nemsokára meghal IV.P. élő, nemsokára meghal V.P. " " " " VI.P. " " " "	2575	575	lueses pemphigus; élő, korai, a következő nap meghal
346	G. J.-né	III.P.	+	I—III.P. abortus M. V—VI.	—	—	abortus M. VI—VII; elzsírosodott lueses placenta
347	V. J.	IP.	+	—	2050	375	halott, korai, beivódott köldökzsinór; a köldökzsinórban spirochaeták
348	M. Zs. ikrek placenta praevia centralis, a gyermekágyban sepsis keletkezett nála	III.P.	+	I—III.P. rendes	A2220 B1750	870	mindkettő élő, korai, rövid idő múlva meghalnak
349	M. J.	IP.	++	—	1850	500	korai, macerált; laza koponyacsontok
350	Magzat	—	+	—	—	—	—
351	N. M.-né	IP.	+++	—	2175	575	élő, korai
352	Magzat	—	"—"	—	—	—	—
353	G. Kl.	III.P.	+++	IP. 1½ év előtt, magzat 6 hónapig élt	2700	525	élő, korai
354	Magzat	—	+	—	—	—	—
355	P. Gy.-né	III.P.	++	IP. 4 év előtt, rendes, élő magzat III.P. 2 év előtt, magzat 10 hónapig élt	1675	685	halott, korai; lueses pemphigus
356	Az apa (lány fekélye és roseolája volt)	—	—	—	—	—	—
357	H. K.	III.P.	—	IP. rendes	2975	525	élő, érett
358	Magzat	—	—	—	—	—	—
359	K. E.	IP.	—	—	2525	550	élő, érett
360*	K. E.	IP.	—	—	—	—	—

* Az asszonyon kétszer végeztünk vérvizsgálatot. Az első vizsgálatkor bizonytalan volt az eredmény. Az ulcus parietis post. vaginae a mikrokokok alatt carcinoma epithelialisnak bizonyult.

Folyó szám	N é v	Terhességek száma	Wasser-mann-reactio	Korábbi terhességek lefolyása	Magzat súlya gm.-okban	Placenta súlya gm.-okban	A magzatra, a köldökzsinórra és a placentára vonatkozó megjegyzések
361	Magzat	—	—	—	—	—	—
362	S. Zs. ikrek	III.	—	IP. rendes, halott magzat IIP. rendes, magzat 6 hétig élt	A 2500 B 3450	A 625 B 420	mindkettő élő, érett
363	Magzatok	—	A — B —	— —	— —	— —	— —
364	K. J. (a gyermekágyban újra megvizsgáltuk)	IP. házi terhes	—	—	2925	530	élő, érett
365	N. J.-né	IP.	—	—	4075	625	halott, érett; lues congenita, macerált
366	Magzat	—	+	—	—	—	—
367	Az apja	—	+	—	—	—	—
368	Ny. M.	VP.	—	I—IVP. rendes	3450	750	élő, érett; a következő nap meghalt, algid asphyxia
369	Magzat	—	—	—	—	—	—
370	M. B.	IP.	—	—	3560	1025	élő, érett
371	M. J.-né	IP.	—	—	2800	575	" "
372	O. M.	IP.	—	—	3275	690	" "
373	R. K.	IP.	—	—	3200	500	" "
374	J. J.-né	XIP.	—	I—XP. rendes I—VP. élő magzatokkal VI—XP. érett, de halva született magzatokkal	2725	1075	élő, érett
375	Magzat	—	+	—	—	—	—
376	Az apa	—	+	—	—	—	—
377	K. Gy.-né	—	—	—	2800	500	élő, érett
378	B. T.	IIP.	++	IP. 3 év előtt; magzat farfekvésben halva született (a szülésnél csak bába volt)	3750	705	élő, érett; a placenta vaskos, elzsírosodott, nagy máj, pár perez mulva meghalt (boncoláskor lues konstatálható spirochaetákkal)
379	G. M. hydramnion	IP.	+	—	2427	690	halott, érett, macerált
380	Cs. E.	IP.	+	—	2800	525	halott, érett, macerált lues congenita; zsirosan degenerált placenta
381	Cs. J.	IIP.	+	IP. rendes	3555	850	élő, érett, a magzat nagy mértékben icterusos
382	Magzat	—	—	—	—	—	—
383	Gy. J.-né	IVP.	+	IP. abortus IIP. rendes, magzat 7-hónapig élt IIP. foetus maceratus	2500	600	érett, macerált, laza koponyacsontok, elzsírosodott placenta; a magzatban spirochaeták
384	Az apa	—	+	—	—	—	—
385	Cs. F.-né	IIP.	+	IP. 6 év előtt; magzat él	3050	525	érett, halott, macerált; lues congenita
386	R. M.-né	IIP.	+	IP. 1 év előtt, abortus M. VI—VII.	3000	1700	halott, érett, macerált

Folyó szám	N é v	Terhességek száma	Wasser-mann-reactio	Korábbi terhességek lefolyása	Magzat súlya gm.-okban	Placenta súlya gm.-okban	A magzatra, a köldökzsinorra és a placentára vonatkozó megjegyzések
387	K. J.-né	XP.	+	IP. 16 év előtt, rendes, élő magzat IIP. 14 " " magzat élt 3 1/2 évig IIIP. 13 " " " " 2 " " IVP. 11 " " ikrek VP. 9 " " élő magzat VI—VIII. rendes, mind halva született IXP. ikrek, holtak, maceráltak	4150	500	halott, érett, macerált
388	K. A.-né	XIIP.	+	I—VP. rendes VIP. rendes, magzat 6 hónapig élt VIII. abortus M. V. VIII. rendes IXP. 4 év előtt, magzat 8 napig élt XP. 3 év előtt, magzat 3 hónapig élt XIP. 2 " " " 2 " " XIIP. 1 " " " 10 " "	3200	320	halott, macerált
389	Magzat	—	+	—	—	—	—
390	Az apa	—	+	—	—	—	—
391	K. M. (gyermek apja nem jött be a vizsgálatra)	IIP.	+	IP. 1 év előtt, hydramnion, lues congenita; magzat 5 napig élt (beteg klinikánkon szült)	2600	250	halott, érett, macerált; lues congenita
392	Magzat	—	+	—	—	—	—
393	V. M. (az I. és IIP.-ből származó gyermekeknek másik apjuk volt)	IIIP.	+	IP. 8 év előtt, abortus M. VI. IIP. rendes	2550	450	élő, érett
394	Magzat	—	—	—	—	—	—
395	Az apa	—	—	—	—	—	—
396	B. T.	IVP.	+	IP. 3 év előtt, rendes IIP. 2 év előtt, korai, magzat 5 hétig élt IIIP. 1 év előtt, korai, lues congenita; magzat 1/2 évig élt	3225	735	élő, érett (a luesnek semmi jele nincs)
397	Magzat	—	—	—	—	—	—
398	T. E. eklampsia subpartu 3 nap mulva meghalt	IP.	+	gemelli	A 1435 B 1365	625	mindkettő élő, éretlen, pár óra mulva meghaltak
399	P. J. eklampsia. Elbocsátáskora reactio negativ	IP.	+	—	2850	560	élő, érett
400*	H. A.-né eklampsia	VP.	+	IP. rendes IVP. abortus M. III.	1450	—	éretlen
401	F. J. né endometritis catarrhalis, bubo inguinalis	VIIIP.	bizonytalan eredmény	VP. rendes IIIP. abortus	—	—	—
402	H. B.-né retroflexio mobilis, stenosis orif. ext.	OP.	+	—	—	—	—
403	L. V.-né	—	+	—	—	—	Betegnek 3 év előtt fistula ani completája volt és kétszer megoperáltak. Mai diagnosis: periproctitis chronica, fistula vagino-pararectalis. A kimetszett részlet mikroszkop alatt luesesnek bizonyul, a mit a positiv Wassermann-reactio megerősít

* 79/00 fehérje Esbach szerint. A 8. nap már alig kimutatható nyomokban van fehérje; kibocsátáskor a reactio negativ.

A tej vizsgálata.

Folyó szám	Vérserummal való reactio	Tejjel való reactio	Megjegyzések	Folyó szám	Vérserummal való reactio	Tejjel való reactio	Megjegyzések
404	—	—	nyersen	418	—	—	nyersen
			felmelegítve, ill. inactiválva				serummal
405	—	—	nyersen	419	+	+	nyersen
406	—	—	tejsérummal				inactiválva
			nyersen	420	+	—	nyersen
407	—	—	"				inactiválva
408	—	+	"				tejsérummal
			tejsérummal	421	+	+	nyersen
			inactiválva	422	+	—	"
409	—	—	nyersen	423	+	—	"
			felmelegítve				tejsérummal
410	—	+	nyersen	424	+	+	nyersen
			felmelegítve				inactiválva
411	—	—	nyersen				tejsérummal
			inactiválva	425	+	+	nyersen
			tejsérummal	426	+	+	tejsérummal
412	—	—	nyersen				nyersen
413	—	—	inactiválva	427	+	+	"
			nyersen	428	+	—	"
			tejsérummal				inactiválva
414	—	+	nyersen	429	+	+	nyersen
415	—	—	"	430	+	+	"
416	—	—	"				inactiválva
417	—	+	tejsérummal				tejsérummal

A vizelet vizsgálata Blumenthal és Wile módszere szerint.

Folyó szám	Vérserummal való reactio	Vizelettel való reactio	Megjegyzések	Folyó szám	Vérserummal való reactio	Vizelettel való reactio	Megjegyzések
431	—	—		435	—	—	0,5
432	—	—	0,5				0,1
			0,7				Nephritis gravidarum. 30/00
			1,0	436	+	+	fehérje Esbach szerint
433	—	—	0,5	437	+	+	antigennel
			1,0	438	+	+	antigen nélkül
434	—	+	antigennel	439	—	—	antigennel
			antigen nélkül				antigen nélkül

A magzatviz vizsgálata.

Folyó szám	Vérserummal való reactio	Magzatvizzel való reactio	Megjegyzések	Folyó szám	Vérserummal való reactio	Magzatvizzel való reactio	Megjegyzések
440	+	+		442	—	—	
441	—	—					

zaton (342., 352.), mindkét izben positiv eredménnyel. Egy izben pedig a magzat luesét, mint már fent említettem, Grafenberg szerint végzett Levaditi-eljárással, a köldökzsinórban, különösen a köldök-vena falában található spirochaeta-lelettel diagnosztizáltam. (347. eset). Ugy az anyán, mint az apán, valamint a magzaton egy izben sikerült „+“ reactiót nyernem (124., 333. eset). Egy másik esetben pedig, hol lueses macerált magzat született, az apán negativ reactiót találtam. Az illető apa luest szenvedett át és 1 évig kezelés alatt állott. (356.) Végül megemlítem, hogy egy asszony (ki lueses macerált magzatot szült, és kinek a férje jelenleg is lues miatt kezelés alatt áll) 25 injectio és jodkali-kezelés mellett másodizben is positiv eredményt adott. (346.)

*Mint láttuk, 15 anya, kiknél koraszülés folyt le, „—“ eredményt adott. 15 anya közül IP. volt 7. Egy izben a süketnéma asszonytól a megelőző szülések nézve nem tudtunk felvilágosítást kapni. A koraszüléseket a többi esetben — kivéve egy IIP.-t (308.), kinek az I. szüléskor is kora halott magzata született — rendes szülések előzték meg. A mi a magzatokat illeti, a 15 koraszülött közül élve jött a világra 10, 5 pedig macerált volt. Az élő magzatok közül az intézetben belül exitált három, egy magzat *partus után rövid időre algid asphyxiában*, kettő pedig az első, illetve a negyedik napon halt el. E két utóbbit eszközölt serumreactio negativ eredményt adott. (314., 216. és 318.) A negyedik esetben pedig (312.), a hol élő koramagzat született, „—“ eredményt kaptam, tekintettel azonban a lueses placentára, a koraszülöttön a vizsgálatot újból végeztem, mely alkalommal positiv reactiót sikerült nyernem. A magzat a „Fehér-kereszt“-kórházba lett átvéve, így abban a helyzetben voltam, hogy sorsáról értesítést kaphattam. A koraszülöttön a klinikáról való elvitele után az első napokban a lues manifestté vált, s a gyermek meghalt. Ez az eset is élénken demonstrálja azt a körülményt, hogy az újszülött látszólag egészen juesmentesen jöhet a világra, a megejtett Wassermann-reactio is negativ eredménnyel járhat, de az újabban eszközölt vizsgálat positiv reactiója, melyet azután nemsokára a manifest tünetek is kísérhetnek, elárulja a lues jelenlétét. Serumreactiót végeztem továbbá ugyancsak „—“ eredménnyel még egy élő kora újszülöttön. (319.) A négy macerált magzat közül háromon végeztem (307., 308., 330.) luesreactiót, egy izben (330.) kaptam csak positiv eredményt. Sajnos, ezen esetben az apa többszöri felhívásunkra sem jött be vizsgálatra. Azonban mégis vizsgálataim ezen sorozatában, a hol tudniillik koraszülések mellett az anyán „—“ reactiót nyertem, két izben sikerült az apán is eszközölni a Wassermann-reactiót. A már fentebb említett esetben (308.), hol a magzaton „—“ eredményt kaptam, tekintettel az anamnesisre (az egyedüli eset, hol a jelenlevő koraszülést szintén koraszülés halott macerált magzattal előzte meg), a Wassermann-reactio eredményének értékét spirochaeta-vizsgálattal is megerősítettem; az apán is végeztem reactiót negativ eredménnyel. Ezen esetben az egybevágó reactiók alapján feltehető tehát, hogy a koraszülésnek és a magzat maceratiójának nem lues volt az okozója. Ugyancsak ilyen egybehangzó eredményre jutottam egy először szülés esetében, hol az apán, anyán és élő kora magzaton sikerült negativ eredményt kapnom. (326.)*

Már a serumreactio előtti időben is, mikor csak az anamnesis vagy a klinikai tünetek alapján diagnosztizáltuk a luest, sikerrel végeztünk antilueses kúrát. Most, mikor a Wassermann-reactioval egy exactabb diagnostikai eszköz birtokába jutottunk, az esetek nagyobb számában tudjuk a luest idejében diagnosztizálni, azt idejében gyógykezelés alá venni és ez által lehetővé tenni, hogy a következő partusok alkalmával élő egészséges magzatok jöjjenek a világra. Hogy ilyenkor az eredményben egészen biztosak lehessünk, tekintettel arra, hogy a magzattól akár a köldökzsinórban át, akár köpülőzéssel könnyen vehetünk vért, nézetem szerint nem lenne felesleges az újszülöttön is Wassermann-reactióra (egyszer, esetleg többször is) vizsgálni és szükség esetén a magzatot is kúrának alávetni.

Mielőtt az abortusok és koraszülések terén eszközölt vizsgálataimból a többi következtetést is levonnám, áttérek előbb a gyermekágyas osztályon eszközölt többi serumreactio eredményeinek ismertetésére. Összesen 24 olyan gyermekágyast vizsgáltam, kinek érett magzatja született, ezek közül 12 positiv eredményt adott, 12 negativat, tehát a positiv eredmény 50%.

A positiv eredményt adó asszonyok közül IP. volt kettő (379., 380). A megelőző szülések 7 esetben megfelelnek a positiv reactiónak. A mi a magzatokat illeti, azt látjuk, hogy négy magzat élve jött a világra (378., 381., 393., 396.), ezek közül pár percz múlva exitált egy (378.), három életben maradt. Az exitált lueses magzaton a sectio, valamint a spirochaeta-lelet is luest konstatált. Az életben maradt magzatokon két izben végeztünk Wassermann-reactiót, mindkét izben negativ eredménnyel. Az egyik esetben (381.) a magzat igen icterusos volt és talán ezért adott negativ eredményt, ebben az esetben az apa szintén positiv reactiót adott, a másikban pedig úgy a magzaton, mint az apán „—“ reactiót kaptunk. (393.)

A positiv eredményt adó többi gyermekágyas kivétel nélkül macerált magzatot szült. A macerált magzaton, részint a petefüggeléken a lues klinice diagnosztizálható volt 5 esetben (380., 383., 385., 378., 389.). Ezen 5 eset közül egy izben spirochaeta-vizsgálat is megerősítette a lues jelenlétét; ebben a magzat apja is positiv eredményt adott (894.). Az öt közül egy másik macerált magzaton a serumvizsgálat positiv eredménnyel járt. Sajnos, a magzat apja vizsgálatra nem jelentkezett (391.). Végül megemlítem, hogy egy esetben, hol a megelőző szülések és az újszülött macerált volta is (egyébb luestünetek nélkül) bizonyossá tették az anyán fennálló luest, az apán és a magzaton megejtett serumreactio is positiv eredményt adott (388., 389., 390.).

Összesen 12 gyermekágyast vizsgáltam meg, kiken a Wassermann-reactio negativ eredményt adott, ezek közül az egyik (359.) IP. asszonyon, kin a vagina hátulso falán egy luesre gyanús fekélyült, a reactio igen gyengén positiv volt. Vizsgálataimban azonban, tekintettel arra, hogy azok tudományos kutatásokat alkotnak, csak a kifejezett gátlást tekintem positiv eredménynek. Az újbóli serumreactio ezen esetben negativ eredményt adott, a mi megfelel a fekély széléről készített göröcsövi metszetek adta diagnózisnak. (Carc. epith.). Az ezen anyától született élő érett magzat negativ eredményt adott. A többi negativ serumreactiót adó asszony közül IP. volt 7. A multiparák közül a megelőző szülések két izben felelnek meg a negativ eredménynek (358., 368.), nem felelnek meg ugyancsak két esetben. (362., IP. halott érett magzat, IIP. élő érett, 6 hét alatt exitus és 374., XIP. közül a hat utolsó érett, de halott, a jelen szülés is halott, érett magzatot eredményezett). Élő magzat született 9 esetben, egy esetben halott érett (374.) és egy izben macerált érett (lues jeleivel) magzat született (365.). Magzaton serumreactiót végeztem hét izben. Ötször negativ eredménnyel (358., 363., gemelli A és B magzaton, 360., 361.) Ezen öt eset közül egy izben a magzat apján is végezve Wassermann-reactiót, szintén negativ eredményt kaptam. Végül két olyan esetben, hol az anyán negativ eredményt kaptam, a serumreactio a magzatokon és ezek apján positiv volt. (366., 367., 375., 376.) Ezen esetekben az egyik magzat maceráltan (lues tüneteivel), a másik holtan született meg. Azonban csak az egyik (374.), IP. eset látszik hódolni a Collesféle törvénynek, mert a másik esetben, egy XIP.-ban a már megelőző szülések (hat utolsó partus halott magzatokkal) bizonyos teszik azt, hogy itt oly esettel állunk szemben, hol a Wassermann-reactio megtagadta a szolgálatot; ugyanis tudva van, hogy még fennálló lues mellett is 3—4^o/o-ban negativ eredményt járhat a Wassermann-reactio.

Ha röviden átpillantjuk az eddigi reactiók értékét, az látjuk, hogy az abortusok 35-29^o/o-ában sikerült a „+“ reactiót kimutatni, holott az anamnesis csak két esetben szólt lues mellett, hirtuális abortus pedig csak három asszonynál volt felemlítve. Megjegyezni akarom még azt, hogy 23 positiv reactiót adó eset kettőben abortus completussal volt dolgunk és 12-ben macerált magzat született. A mi a magzatokon megejtett Wassermann-reactiót illeti, azt látjuk, hogy a positiv abortusoknál vizsgálatunk 3 reactio közül 2, a negativ abortusoknál eszközölt 9 reactio közül 7 felel meg az anya serumvizsgálata eredményének. A congenitálisan lues megítélésékor sokkal fontosabb a házi terhesek, a vajudók magzatainak, valamint a kora, érett magzatoknak reactiója.

A házi terhesek közül 10^o/o-ban, a vajudó nők közül (kiválasztás nélkül) pedig 12^o/o-ban kaptam positiv eredményt. A negativ eredményt adó házi terhesek magzatain 3 izben megejtett serologiai vizsgálat, úgyszintén a negativ eredményt adó vajudó nők megszületett magzatain két izben megejtett vizsgálat megegyezett

az anya serumreactiójával. A biztosan pozitív reactiót adó házi erhesek közül klinikánkon szült 8 asszony magzatán 5 izben, ehat 62·5%-ban volt a lues részint klinice, részint serologicce vagy sectio alapján diagnosztizálható. A hiányzó három eset közül csak kettő lett serologiai vizsgálat megejtve, mind a kettő negativ eredménnyel, az egyik magzaton azonban nagyfokú icterus volt élen. A pozitív reactiót adó vajudó nő megszületett 3 magzata közül kettőn volt a lues diagnosztizálható — 66·6%. A harmadik magzat „—“ reactiót adott.

A koraszülések közül 19-ben — 55·8%-ban volt pozitív reactio. A pozitív reactióval bíró 19 asszony 8 congenitális lueses magzatot szült, ezenkívül 6 izben volt jelen lueses placenta. Tíz élő magzat közül két napon belül exitált 6 (ezen elhalt magzatok közül csak egy ikerszülés újszülöttjei nem voltak luesesek). Macerálva 7 magzat született. Az élve maradtak közül egy magzat negativ, kettő pedig pozitív reactiót adott. A magzatokon végzett reactiók megfeleltek az anya „+“ reactiójának. A negativ reactiót adó és koraszülést átszenvedett anyáknak 10 élő és 4 macerált magzata született. Az élő magzatok közül a klinikán exitált 3, melyek közül 1 algid asphyxiában halt meg, a másik kettőn a Wassermann-reactio „—“ volt. A négy macerált közül három magzaton eszközölt serologiai vizsgálat csak egy izben mutatott fel pozitív reactiót. Az ezenkívüli vizsgálatok a magzaton, valamint az anyán az anya reactiójával megegyezők voltak. Gyerekágyasokon, érett magzatokat szültek, 50%-ban nyertem pozitív eredményt. A pozitív eredménnyel bíró anyák közül négy szült élő magzatot, melyek közül egy elhalt. (Spirochaetalelet pozitív.) A 8 macerált magzaton, részint a petefüggeléken lues konstátálható volt 5 izben, ezenkívül serumvizsgálat alapján egy izben. A magzaton eszközölt vizsgálatok csak két esetben adtak az anya reactiójával szemben ellentétes eredményt, ezek közül az egyik esetben a magzat atyján is erősen pozitív eredmény volt konstátálható. Az apán 4 izben megejtett serumreactio 3 izben megegyezett az anya pozitív reactiójával. A negativ reactiót adó gyermekágyasok négy izben adtak élő magzatnak életet, egy izben született halott érett és egy izben halott macerált magzat. A magzatokon 7 izben végzett serumreactio 5 izben megegyezett az anya lues-reactiójával. Két halott magzaton, valamint a magzatok apján a reactio pozitív volt. (Lásd a 127. és 338. esetet.) Az apán ezenkívül eszközölt reactiók megegyeztek az anya negativ eredményével. Ha átnézzük a magzatokon eszközölt vizsgálatokat, akkor többek között azt látjuk, hogy a macerált magzatokon az eseteknek több mint $\frac{2}{3}$ részében a maceratióknak lues az okozója; a maceratiót illetőleg az enyémhez hasonló százalékot kapott Tissier és Girault is.

Ha végignézzük vizsgálataim sorozatán, azt látjuk, hogy a magzaton diagnosztizált congenitális lues esetében az anya serumreactiója is kevés kivétellel pozitív eredményt adott, azaz megegyező volt. Nem szabad azonban elfelejteni, hogy a magzatok serumá különböző antikomplementáris (antikomplementäre Wirkung) állással bíró, és azt a körülményt, hogy a magzatokban azon anyagoknak jelentkezése, melyek a reactiót kiváltják, rendszeren a szülés után később történik. Rosen és Finkelstein statistikájából azt is látjuk, hogy a veleszületett lues tünetei is csak később (344 esetből 1-ben a második hónapban stb.) jelennek meg. Tehát az anyai reactiók száma és a luesesnek diagnosztizált magzat vizsgálatával konstátált arányszám ebből kifolyólag az idők folyamán változást szenved. Sajnos, ezen változást a vidékre dajkaságba kiadott magzatokon ellenőrizhetjük, de nem fog minket meglepni, ha olyan magzatok is jelentkeznek majd a lues tünetei, a kiknek anyján a reactio pozitív eredményt mutatott. Vizsgálataim alkalmával azonban az anyák luese nem volt manifest, hanem latens és a latens luesben szenvedő anyák magzatai is örökölhettek az anya betegségét. A latens luesben pedig, mint azt az eddigi vizsgálatokból tudjuk, a negativ reactiók 50%-ot is kitehetnek. Rendkívüli nagy fontossággal bíró azonban a lues átöröklésének a kérdésében az a tény, hogy a hereditaer lueses magzatok anyáin, kik luest állítólag nem szenvedtek át (az anamnesisben csak négy esetben fordul elő a lues bemondása) és kiken a luesnek tünetei nincsenek jelen, kevés kivétellel pozitív luesreactio volt megállapítható. Ezen körülmény megdönteni látszik a Colles-féle törvényt, mely szerint az öröklött megméltelyezett magzat anyja immun a lues infectiója

ellen. Más szóval az apai úton inficiált magzatnak antitestei (Antistoffe) placentáris úton az anyába jutva az anyát immunizálják. Bauer azonban Mohr és Schkariu vizsgálatai alapján, valamint saját kutatásai alapján Opitz-czal szemben kizárja ennek a lehetőségét, mert szerinte az újszülöttek, mint általában újszülött állatok, nem tudnak antitestet (Antikörper), védő anyagot (Schutzstoffe) termelni. Bauer kizárja annak a lehetőségét is, hogy a magzatnak az anyai szervezetbe jutó lueses mérgei immunizálják az anyát. A serum-reactiók alapján azonban jogosan állithatjuk, hogy az illető anyák azért látszanak immunnak a magzat luese ellenében, mert maguk is luesben, latens syphilisben szenvednek. Az anyáknak ilyen latens luesénél fel kell venni, hogy az infectio és annak primaer megnyilvánulása egy elrejtett, általunk észre nem vett helyen történt, valamint az is lehetséges, hogy a betegség nem is birt primaer, kezdeti stadiummal. Bab vizsgálataiból azt látjuk, hogy egy luesesnek infectiós spermája a belső genitális szervekbe, vagy a hasüregbe (Peritonealraum) bejutva, ott és a környező mirigyekben lokalizálódó megbetegedést, latens luest okoz, mely azonban okozója lehet a tertiaer symptomáknak, néha a tabesnek és paralysisnek is, az így létre jött latens lues pedig az illető anyát immunizálja az újabb, más irányú lueses infectióval szemben és alkalmat ad arra, hogy a Wassermann-reactio pozitív legyen.

Továbbá lueses anyák magzatai is, kik egészen egészségesnek látszóttak és kiken a luestünetek teljesen hiányoztak, sikerült több izben pozitív reactiót nyernem (annak ellenére, hogy a magzat seruma több olyan sajátsággal bíró, mely a pozitív reactió létrejöttét az élet első időszakában megakadályozza). Az újszülötteken észlelt pozitív reactiók nyilvánvalóvá teszik a magzatok latens luesét. A már fennálló latens lues pedig megmagyarázza a magzatoknak a luesinfectióval szemben látszólagos immunitását és megmagyarázza azt a körülményt, hogy a csecsemőkön a pozitív reactiónak megfelelő lues első megnyilvánulása secundaer symptomák alakjában jelentkezik. Látjuk tehát, hogy a Profeta-féle törvény is ezen újabb megvilágításban szintén veszített értékéből. A Profeta-törvényt látszólag igazoló esetekben (ilyen esetem nekem is volt) rezervált álláspontra kell helyezkedni, mert a lues latens időszakában, a mikor is a betegség mondhatni nyugalmi állapotban van, a tünetek és a pozitív reactio igen sokáig hiányozhatnak; a rezervált álláspont annál is inkább kívánatos, mert Oluf Thomsen és Herald Boos (kik az anyai és magzati reactiót a magzaton és a függelékeken eszközölt egyéb vizsgáló módszerekkel nagy pontossággal ellenőrizték) vizsgálataik alapján konstátálták, hogy az anyán megejtett reactio pozitív volta valószínűvé teszi a magzat lueses megbetegedését is.

A szülők luesének a magzatra való átvitele két úton, germinatív és placentáris úton történhet. Fontos azonban annak a kérdésnek eldöntése, hogy a baj az apáról vagy az anyáról öröklődik-e át a magzatra? Rochon két áltoltási experimentuma és Ringer kísérletei a sperma által való inficiálhatóságot igazolják. A spirochaeta és a hereparenchyma szoros viszonyát (Affinität) igazolja az a körülmény, hogy a lues gyakran lokalizálódik a herére. Sőt Neisser-nek sikerült alsóbbrendű lueses majmok heréjéből több izben sikeres átoltásokat végezni. A spermában azonban spirochaetát találni ez ideig nem sikerült, de a térbeli, a nagyságbeli viszonyoknál fogva sem lehet elképzelni azt, hogy az ondószálcaska egy nálánál sokkal nagyobb spirochaeta által legyen megterhelve. A spirochaetának az ondók által való továbbvitele csak úgy lehetséges, ha az ondófolyadékban (Samenflüssigkeit) foglal helyet. Ha pedig a spirochaeta az ondószálcák mellett az uterusba vagy a tubába vándorol és ott hatol az ovulumba, akkor is az infectio bizonyos mértékben már maternális eredetű, de legvalószínűbb a fertőzésnek az a lehetősége, hogy a decidua, a hova az ovulum éppen befúrta magát, lesz a spermák által inficiálva, és a lues innen, azaz maternális úton terjed a magzatra. A megejtett serumvizsgálatok teljesen igazolták azon tényt, hogy a hereditaer lueses magzatok anyáin latens luesel van dolgunk; a reactiók ezzel bebizonyították a hereditaer lues maternális eredetét és így igazolták Matzenauer állítását, ki többek között megdöntötte azon tételt is, hogy egészséges szülőktől nemzett magzat nem lesz lueses, ha az anya syphilist acquirál a terhesség közben. Ilyen postconceptionális lueses magzat eseteim sorában ugyan nem fordult elő, de mások vizsgálatai és tapasztalatai alapján beigazolvom azt, hogy az

ilyen esetben a vérben keringő egy-két spirochaeta a placentában visszatartatván, a placentának makroszkopice nem is látható sérüléseinek keresztül a foetális bolyhokba jut és capillarisaiban elszaporodhat. Latens lues esetében is, mint azt Katzenstein kimutatta, keringhet a véráramban egy-két spirochaeta és ekkor a magzat inficiálása az előbb említett módhoz hasonlóan történhet. Hogy a nemzés utáni fertőzésnek a módja meg van adva a szülés közben is, azt Gräfenberg vizsgálataiból tudjuk, ki négy asszonynak (2 gravida) cervix-váladékában talált spirochaetát.

Igen fontos annak a kérdésnek eldöntése, hogy pozitív reactio esetében azonnal megkezdjük-e a specifikus antilueses kúrát. Olyan kutatók, kik e téren a legnagyobb érdemeket szerezték, sőt Bruck, a reactio egyik feltalálója is, vizsgálataik alapján szintén arra a meggyőződésre jutottak, hogy a pozitív reactio a még mindig fennálló luest dokumentálja. Igaz ugyan, hogy a tünetek nélküli latens lues nyugalmi állapotában sokszor nem fertőz, de viszont az esetek nagy számában a magzat az ilyen szakban lévő luest is átörökölheti. Positív reactio esetében, ha a tünetek nincsenek is kifejlődve, szerintem éppen a magzatok érdekében is a higanykúrát, az esetleges bekövetkezett terhesség idejében pedig a jó szolgálatot tevő jodkaliszerelést el kell kezdeni. A magzaton pozitív reactio esetében szintén el lehet kezdeni az antilueses kúrát, azonban itt a lueses tünetek jelentkezéséig a várakozó álláspontra inkább van helye. Azon esetben, mikor csak a magzaton észlelünk pozitív reactiót, osztom Opitz nézetét, hogy az anyát illetőleg szintén reservált álláspontra kell helyezkednünk.

A mi pedig a szoptatás kérdését illeti, a szoptatást csak akkor lehet nyugodt lelkiismerettel megengedni, ha úgy az anya, mint a magzat reactiója egymással megegyező eredményt adott; természetesen a már többször említett okokból kifolyólag a magzaton elért eredményt ismételt vizsgálattal kell ellenőrizni. Előbb engedhető meg, hogy egy hereditaer lueses magzaton szoptasson egy negatív reactiót adó anya, mert az eddigi vizsgálatok eredményei azt igazolják, hogy az ilyen esetekben az anyák részéről latens luessel van dolgunk, mint mikor arról van szó, hogy egy negatív reactiót adó magzaton tápláljon egy pozitív reactióval bíró lueses anya; itt a szoptatásra való engedélyt én a magam részéről nem adnám meg. Ezen véleményemet kénytelen vagyok bővebben megindokolni. Vizsgálataimban volt olyan eset is, hol a magzaton a luesreactio negatív eredményt adott, noha a magzaton spirochaeta volt található; ebből látjuk, hogy a spirochaeta jelenléte nem elégséges a pozitív reactio létesüléséhez, éppen ezért hibásnak tartom Bab-nak azon régebbi állítását, mely szerint ő az antitestet (Antikörper) mint immun anyagot a spirochaetákkal összefüggésbe hozta. Wassermann pedig a serum azon alkotórészét, mely komplementet tud lekötöni, és a mely alkotórész a tejben is megtalálható, exquisit kárteknony anyagnak gondolja, melyet tehát immun test gyanánt felfogni nem szabad és így nem lehet igazat adni Bab azon feltevésének sem, hogy az anya tejjével a lueses vagy erre gyanús gyermekek a tej alakjában egyszersmint orvosságot is szoptanak. A pozitív reactióval bíró anyák magzatai úgyis az esetek legnagyobb számában öröklik a luest és így egy esetleg kivételt tevő esetben nem szabad a megméltelyezés veszélyét a szoptatással még fokozni; ilyen esetekben a magzaton mesterségesen kell táplálni.

A mi a dajkaválasztás kérdését illeti, Blaschko-val szemben én is fontosnak tartom a már előbb vázolt értelemben a szoptatás dajka serumának vizsgálatát.

A dajkaválasztás, illetve a szoptatás kérdésével szorosan összefügg a tej vizsgálata is. E célból 27 tejet (15 pozitív reactiót adó és 12 negatív reactiót adó anyától) vizsgáltam. Mint tudjuk, Gross, Volk, Bab, valamint Quiciardi-nek és másoknak sikerült lueses anyák tejjében gátló anyagot találni, míg ezek az egészséges asszonyok tejjében hiányoztak. Nékem is sikerült a lueses asszonyok tejjében gátlást észlelnem, de dacára annak, hogy kísérleteimben különbözőképpen (nyersen, felmelegítve, illetve inactiválva, majd csak a savóval kísérleteztem) és különböző mennyiségben állítottam be a különböző napos gyermekágyasoknak a tejt, illetve colostrumát, vizsgálataim nem egyeztek meg a vérsavó reactióival. Viszont az egészséges asszonyok tejjében, különösen a friss és nyers tejben is lehetett találni néha komplementet lekötő alkotórészeket, antitestet. *Bauer-ral megegyezőleg én is a tej serologiai vizsgálatát, a mennyiben nem ad pontos eredményt, mellőzhetőnek tartom.*

Sokkal pontosabb eredményt ad azonban a magzatvízzel való vizsgálat. 3 ízben vizsgáltam a magzatvizet s a vérsavó-reactiónak megfelelő eredményt kaptam. (Egy ízben pozitív reactiót.) Nagy hátránya azonban a magzatvízzel való vizsgálatnak, hogy a magzatvizet tisztán, tehát igen körülményesen kell felfogni. Vizelettel 9 ízben végeztem Wassermann-reactiót. Vizsgálataimat Blumenthal és Wile szerint (10—05 vizelet) végeztem és az általuk talált azon eredményeket, hogy a vizelettel eszközölt kísérletekben a gátlás a vérsavóénál sokkal erősebb és sokszor antigen nélkül is létrejön, én is tapasztaltam. Ennek Blumenthal és Wile szerint az lehet az oka, hogy a húgyutakon Wassermann-reactiót előidéző anyagok is (glykocholsavas natron, mely mint tudjuk, bizonyos fokig antigen is tud pótolni) eliminálódnak. A vérsavóval való vizsgálat adja tehát a legpontosabb eredményt. A vér serumával eszközölt vizsgálataim közben meggyőződtem arról is, hogy a congenitális lues kérdésében különösen nagy fontossággal bír az a körülmény, ha kísérleteinket nagy anyagon végezzük. Így nem esünk abba a kellemetlen helyzetbe, hogy a véletlen folytán esetleg ötletszerűen csoportosuló esetekből hibás következtetéseket vonunk le. Mivel az eddigi vizsgálatok eredményei két oly több évtizedes klinikai tapasztalaton nyugvó törvényt, mint a Profeta-, de különösen a Colles-féle törvényt látszanak megdönteni, ezideig majdnem félezerre rúgó kísérleteimet még tovább folytatom. Ezen előadásom jelen terjedelmében az idej orvosi congressusra készült és azóta már újabb 250 reactiót végeztem, melyeknek eredménye azonban az eddigi vizsgálatokból levont következtetéseket nem befolyásolta. E helyen újlag hangsúlyozom azt, hogy a congenitális lues kérdésének nagy fontossága kivanatossá tenné azt is, hogy a kísérleteket mindenki kipróbált, egyöntetű eljárással eszközölje.

Nem hallgathatom el, hogy 3 asszonynak, kiken a szülés alatt eclampsia jelentkezett (398., 399., 400.), szintén végeztem, még pedig pozitív eredménnyel Wassermann-reactiót. Ezen három asszony közül kettő IP. volt (398., 399.), a harmadiknál megelőzőleg 3 rendes szülés és egy (az utolsó P.) abortus folyt le (400.). Egy asszonynak sem volt luesre gyanús anamnesise. Az egyik gyermekágyas negyednap exitált (398.), a másik kettő meggyógyult, a fehérje a vizelethől eltűnt. Az asszonyokon kibocsátásuk előtt újlag végeztem serumreactiókat, ekkor azonban negatív eredményt kaptam. Eleinte azt hittem, hogy az első ízben végzett reactiómat a vizeletben lévő nagy fehérjemennyiség befolyásolta, de ezen feltevésem hibás voltáról a vizeletekkel eszközölt Wassermann-reactiók meggyőztek. Ezen idő óta a klinikán több eclampsia nem fordult elő, de az 1909 június 3.-án megjelent „Wiener Klinische Wochenschrift“ 22. számában Gross és Bunzen cikkében hasonló öt esetről olvastam, s így a jövőben annál nagyobb érdeklődéssel fogom eclampiasokon ezirányú kísérleteimet folytatni.

Megemlítem még, hogy három nőgyógyászati betegen tisztán csak diagnostikai célból Wassermann-reactiót végeztem; egy ízben (401.) negatív, két ízben (402., 403.) pozitív eredménnyel. Ezen pozitív eredményt adó esetek közül az egyik retroproctitis chronicában és fistula vagino-pararectalisban szenvedett. A fistula falából kivágott részlet mikroszkopi diagnosisa igazolta a Wassermann-reactio pozitív voltát.

Vizsgálataim végeredményét röviden a következő pontokban foglalom össze:

1. A Wassermann-reactio jellegző a luesre (a congenitális lues diagnostizálására a legkönnyebben kivihető és a legpontosabb eredményt is adó reactiót a vérserummal lehet eszközölni).

2. A pozitív reactio bizonyossá teszi a lues diagnosist, ellenben 3. a negatív reactio csak az anamnestikus, klinikai és gyógytápi adatokkal együtt alkot fontos diagnostikai momentumot.

4. A negatív reactiót adó terhes asszonyok a megszületendő gyermekük egészségét illetőleg legjobb kilátással nézhetnek a jövőbe. A pozitív reactiót adó asszonyok megszületendő magzatain a lue már az élet első hetében körülbelül 60%-ban klinice vagy serlogice konstatálható. A talált percentet természetesen megjavítható a még a terhesség alatt foganatosított erélyes antilueses kúra. (A apai vérserum vizsgálata mindkét esetben kívánatos).

5. Abban az esetben, ha akár az apán, akár az anyán pozitív Wassermann-reactiót nyertünk, az esetleg foganatosítandó gyógyeljárás céljából az újszülöttön szintén szükséges a serum reactio eszközölése.

6. A lefolyt abortus és koraszülés után megejtett serumvizsgálat pontos útbaigazítást ad nekünk a rendellenesség okát illetően. Ugyanez áll a rendes időben lefolyt szülésekre is, ha halott vagy macerált magzat jött a világra. A serum-vizsgálat eredményétől függ, hogy antilueses kúrát használtassunk az abortusok vagy koraszülések után, az újabb terhesség megjavítására.

7. Szoptató dajka választásakor úgy a dajkának, mint magzatának vére, *s a dajka érdekében az általa szoptatandó újszülöttnének és anyjának a vére is vizsgálendő.*

8. A luesre gyanús esetekben az anyának a szoptatás csak akkor engedhető meg, ha a megejtett serologiai vizsgálat eredménye megegyező a magzat vérének reakciójával. Az egymással meg nem egyező reakciók esetében a negatív eredményt adó anyánál megengedhetjük a szoptatást, mert

9. vizsgálatok azt igazolták, hogy a hereditaer lueses magzatok anyáin latens luesel van dolgunk (mely legtöbbnyire pozitív reakciót is ad), az esetleges negatív reakció pedig az anyai latens lues nyugalmi állapotának felel meg. A pozitív reakciót adó anya ne szoptassa a negatív reakcióval bíró magzatát; ilyen esetben az újszülöttet mesterségesen tápláljuk.

10. Az újabb megvilágításban a Colles-féle törvény elvesztette a jelentőségét, mert be van bizonyítva, hogy a congenitális lues maternális eredetű.

11. A serumreactio ideje előtt is már kétségbe vont Profeta-törvény szintén vesztett értékéből, mert a látszólagos egészséges, tünetek nélküli magzatokon is a megejtett serumvizsgálat legtöbbszőr pozitív eredményt ad s ekként a magzatok latens luese megmagyarázza az újabb syphilis-infectióval szemben tanúsított immunitást.

12. Kérdés, hogy az eclampsia tud-e gátolni és kérdés, hogy a sepsis puerperalis a vér complementkötőképességét megváltoztatja-e?

13. A Wassermann-reactio nemesak a szülészetben, hanem a nőorvostanban is fontos diagnostikai segédeszköz.

Közlés a budapesti II. számú belklinikáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., ny. r. tanár, udvari tanácsos.)

A neurastheniás fájdalom diagnostikája. Ideges szívdobogás és angina pectoris.

Irta: *Kollarits Jenő* dr., egyet. magántanár.

(Vége.)

2. *Szívdobogás, angina pectoris.* A neurastheniában előforduló szívdobogásnak és ál angina pectorisnak is van sajátos jellege.

A *szívdobogás* a neurastheniában és hysteriában többnyire rohamok alakjában jön más tünetek kísérete nélkül, de sokkal többször nem áll egyedül, hanem nyugtalanság, félelemérzés, szorongás, esetleg reszketés, szédülés, izzadás kíséri. E jelenség *neurastheniás rohamnak* nevezhető, a mely azonban nem téveszthető össze a paroxysmusos tachycardia rohamaitól. Ezzel szemben a szervi szívbajokban a szívdobogás állandóbb jellegű. Ha a szívdobogás izgalom után támad, az nem szól szervi szívbaj ellen, mert az izgalom után szívdobogás egészségesen, szívbajoson, valamint neurastheniáson egyenlőképpen előállhat. A szervi szívbaj szívdobogása azonban még ekkor sem jár az előbb említett neurastheniás, illetve hysteriás kísérő jelenségekkel, ha csak az illető beteg szervi szívbaján kívül nem szenved eme bajokban is. A hysteriás szívdobogás a hysteriás rohamra emlékeztet, golyóérzéssel, nehézlélekesséssel, fuladásérzéssel jár. Sem az ideges, sem a szívbajos ember nem szereti a meleget, de az ideges beteg talán még rosszabbul tűri el, még télen is a nyitott ablakhoz szalad, csakán a ruháját kibontja és megnyugszik, ha a nagy hideg arczába kap. Télen nyitott ablak mellett sok neurastheniás ember alszik éjszánt. Egynehány ideges nő arról panaszkodott, hogy ha a szívdobogás rájön, nem tűri el a magas nyak szorítását és kénytelen egészen minél gyorsabban felszakítani ruhája nyakát. Némelyek ülők télen is ezért járnak nyak nélkül való ruhában. Férfiak, akik ehhez hasonló panaszuk van, szeretnek télen is kézben tartott kalappal járni. A legfontosabb kórjelző jelek egyike, a mely sok esetben beválik, az, hogy a neurastheniás beteg szívdobogása enyhül, ha a beteg fel és alá jár, vagy egyébként mozog,

a mire nyugtalansága hajtja. A szívbajos baját ez okvetlen fokozná. De meg kell jegyezni, hogy a neurastheniás szívdobogásban szenvedők között is van olyan, a ki, ha rájön a baj, szívesebben leül. Az a szívdobogás, a melyet megerőltető izommunka után az egészséges ember is érez, a neurastheniáson sokkal kellemetlenebb érzést vált ki hasonló körülmények között. Ezért a neurastheniás ember is gyakran panaszkodik arról, hogy lépesójárásakor szívdobogást érez. A neurastheniás szívdobogás *Jendrassik*¹ szerint néha tachycardiával jár, máskor a szívdobogást objective kimutatni nem tudjuk. Ez utóbbi nem valószínű szívdobogás, hanem csak szívdobogásérzés. A szívdobogás javulásáról objective járás alatt nem tudtam meggyőződni. Nem szabad elfelejteni, hogy a hibás szívű e mellett neurastheniás is lehet. Mind a két baj a leggyakrabban előforduló betegségek közé tartozik és éppen ezért egybeesésük ugyanazon emberen már ezért is gyakori. Másrésről tudjuk, hogy minden szervi baj kiválthat neurastheniát vagy esetleg hysteriát. Ezért a szervi szívbajokban is lehetséges, hogy a szívdobogás maga neurastheniás alapon áll fenn.

Az *ál angina pectoris-roham* sohasem olyan teljes mint a valódi. A bal kar zsibbadása és fájdalma, a karok mozgásának rosszabbító befolyása nincs meg, ha csak bele nem suggeráljuk a betegbe. A szívverés rendetlenségei, különösen a ritkaság, hiányzanak. A tárgyilagossá szívlelet hiánya természetesen nem szól a valódi angina pectoris-roham ellen. Mindennél fontosabb az, hogy a valódi angina pectorisban a beteg nyugalmat kíván és a mozgástól gondosan óvakodik. Az *ál angina pectoris* a mozgás legalább is nem segíti elő. A legtöbb ilyen betegen azonban azt tapasztaltam, hogy a mozgás alatt jobban érzi magát, sőt ha rájön a roham, felugrik, nyugtalanul fel és alá jár, míg a baj elmúlik. *Jendrassik*¹ azt tapasztalta, hogy a valódi angina pectorisban szenvedő beteg legszívesebben mocczanás nélkül áll, feküdni nem tud és szereti mind a két karját mozdulatlanul felfelé tartani vagy valamely más erőltetett tartást változatlanul megtartani. Az *ál angina pectoris-rohamban* többnyire szúrás, nyomás van a szíven, sokszor minden egyéb tünet nélkül, máskor ama neurastheniás jelenségektől kísérve, a melyek az ideges szívdobogásnál említve voltak. A theobromin-készítmények gyors hatását a valódi angina pectoris mellett szóló érvnek tartják. A határozottan hysteriás *ál angina pectoris-rohamot Dieulafoy*² így jellemzi: „... a roham többnyire éjjel áll be; a praecordialis tájon, a sternumon hysterogen zónákat találni és e helyek hyperaesthesiájával kezdődik az aura. A hysteriás angina pectoris-roham sirással, zokogással végződik és psychés okokból származik, ellentétben a nem hysteriás alakkal, a melyet fizikai okok (fáradozás, járás, erőlködés) váltanak ki.

3. *A kezelésre* vonatkozó megjegyzések. A neurastheniás fájdalom gyógyításában az alapbaj általános kezelése az irányadó. Különös figyelmet érdemel, hogy a beteg nem ritkán kerül hévvezes fürdőre, pedig a meleg fürdő sohasem javít a helyzeten, sőt igen sok ideges ember rosszul érzi magát benne. Azon esetekben, a melyekben fel tudtuk használni azt a diagnostikai jelt, hogy a fájdalom a mozgás alatt esökken, útmutatót kapunk a therapia tekintetében is. Ilyenkor a túlzásba nem menő sportok és ezek közül különösen azok, a melyek szabad levegőn mivelhetők, lapdázás, úszás, esónakázás, kerékpározás, koreszolyázás, vadászás, lovaglás, hegymászás vagy ha minden egyéb keresztlühletlen volna, a séta kiváló gyógyítóerő.

A neurastheniás szívdobogás ellen némelyik kézikönyv még ma is a digitalist ajánlja azon tapasztalatra hivatkozva, hogy használata után a baj enyhül. Ez a szer ilyenkor, mint a hogy ezt a legtöbbben amúgy is vallják, legalább is felesleges, mert a neurasthenia általános kezelése rendbe hozza ezt a tünetet is. De a digitalis egyenesen ártalmas is lehet; minthogy a laikus is tudja, hogy e szert szívbaj ellen szokás rendelni, arra gondol, hogy ő is szervi szívbajban szenved. Ha egyszer gyógyszerünkkel ártalmasan suggeráltuk őt, alig lehet többé megnyugtani. A gyógyszerert ilyenkor is a fontosabb egyéb jelenségek szerint kell inkább kiszabnunk. A sovány, sápadt embernek arsenit, a székrekedésben és étvágytalanságban szenvedőnek rheumot, nux vomicit, az izgatottak bromot, az álmatlannak altatószert adjunk stb. és akkor a szív-

¹ *Jendrassik*: A belgyógyászat kézikönyve. 1897. IV. k., 224. l.

² *Dieulafoy*: Manuel de pathologie interne.

dobogás is meggyógyul. Fentebb említettem a neurasthenia kapesolódását szervi szívhajókkal. Ilyenkor nem hanyagolva el a szívhajó kezelését, enyhe vízkúrával, esetleg brommal és különösen általános roboráló eljárásokkal (arsen, táplálkozásjavítás, tej) a szívhajós ember neurastheniája ellen is kell fordulnunk.

Az elmondottakat egynéhány példa mutatja be, a melyekben a neurastheniára jellegző egyéb érdekes jelenség is fordul elő. A betegek legnagyobb részét a klinika idegbajos rendelésén észleltem.

1. *K. M.-né*, 40 éves, munkás neje 1909 október 16. án keresi fel a klinikát. Szüleit nem ismeri, testvérei kis korban haltak meg. Egy gyermeke 1 hetes korban halt meg. A betegnek évek óta lehetett ideges panaszokat találni, leginkább fejfájást. A beteg mégis úgy adja elő baját, hogy az 6 hónappal azelőtt kezdődött, a mióta is lábaiban, karjaiban felváltva fájdalmat érez. Alkalmi okra nem emlékszik. A fájdalom húzó jellegű, helyét a lábszár, czomb, al- és felkar közepe táján jelöli meg a esontokban. A fájás sokszor rohamokban jön, rendszeren izgatottsággal, forróságérzéssel, a fejben dobogással. Ilyenkor járkál, a mire a fájdalom megszűnik. Néha a fogak is fájnak mind a két oldalon, de inkább a balon. A beszéd nincs megzavarva, két egészséges fog ki is van már húzva. A szív ép, a pupillák jól reagálnak, a patella-, Achilles-, triceps brachii inreflexe kiváltható. A szemek finom remegés látszik. A kinyújtott kéz kissé remeg. Az inreflexek kiváltásakor a váll is összerezzen. Hysteriás stigma nincs. Kórjelzés: neurasthenia.

2. *H. M.*, 50 éves állatorvos 1909 október 13. án jelentkezett. Szülei és testvérei nem voltak idegesek. Ő maga gymnasia korában már fejfájós volt. Ez most is megvan. A fejfájás inkább nyomó jellegű, a tarkón ül és reggel jön. Idegessége körülbelül 6 hónap óta fokozódott, a mikor foglalkozásával összefüggőleg kellemetlenség érte. Most szív-dobogásról panaszodik, ez este szokott reájönni és ilyenkor nem szeret sem ülni, sem feküdni, hanem fel és alá jár, mire enyhül a baj. Panaszja még étvágytalanság, kedvetlenség. Idegességének rosszabbodása előtt izületi fájdalma is volt, a mely most sem mult el egészen. Akkor meleg fürdőtől látott javulást. A bokaizület nyomáskor fáj. Ha jár, rosszabb a fájdalom az izületekben. A pupillák jól reagálnak. A patella-, Achilles-, tricepsinreflex kiváltható, élénk. Kiváltáskor a térdizület érzékeny. A szív ép. A csukott szemem szemhéjregzés látszik. Kórjelzés: Neurasthenia, polyarthritus.

3. *S. Gy.*, 41 éves mészáros 1909 október 5.-én jött a klinikára. Atyja igen indulatos ember, anyja fiatal korban halt meg, nem tud róla. Őt testvére van, egyik sem ideges közülök. A beteg 20 éves korában sokat szenvedett fejfájásban és később „gyomoridegbajban”. Felesége 3 év óta elmebajos, azóta az ő idegessége is fokozódott, mert feleségének betegsége izgalomban tartja. Két év előtt luesba esett, ez is bántja. Mostani panasz az, hogy 3—4 hónap óta a dereka fáj, leginkább a hát alsó részén. A fájdalom nyomás-, húzás-érzésben nyilvánul és leginkább akkor jön reá, a mikor fekszik, míg ha jár vagy dolgozik, könnyebben érzi magát. Ehhez járul az álmatlansága, a mely alatt szintén deréknyomás bántja. A pupillák jól reagálnak. A szív ép. A patella-, Achilles-, tricepsinreflex kiváltható. Kézremegés, szemhéjregzés található. Kórjelzés: neurasthenia.

4. *D. D.*, 39 éves iskolaszolga 1909 október 11.-én jött a klinikára. Atyjáról nem tud. Anyja nem volt ideges, fiatalon halt meg. A beteg gyermekkorában gyakran hasogatást érzett a fejében, később ez elmaradt ebben az alakban, de most is fejfájós „mintha az agya fájna”. Lábat gyengének mondja, de a vizsgálatkor jó erőben levőnek bizonyulnak. Jelenlegi panasz az, hogy állandóan fázik és testében itt is, ott is, az izületekben leginkább, fájdalmat érez. A fájdalom égő jellegű és a talpon és a bokában legkifejezettebb. Az izület nyomásra nem fájdalmas. Kővön nyáron sem tud állani, még ha a kő át is melegedett, mert ilyenkor ég a talpa. Nyáron is meleg bélést tesz a cipőjébe. A klinikai vizsgálatszoa köpadlóján állva, a meleg idő ellenére, ugyancsak érzi a kellemetlen érzést, a mely őt nyugtalanítja teszi. Ezért izeg-mozog vizsgálat közben. Valóságos phobia fogja el a kővön való állástól, de különben is rosszul érzi magát, ha áll. Ha mozog, jobban lesz, ha csendesen áll, fokozódik az égés. A pupillák jól reagálnak. A patella-, Achilles-, tricepsinreflex élénk. Kórjelzés: neurasthenia.

5. *Zs. J.*, 21 éves munkás. 1909. évi október havában jelentkezett. Atyja beteges ember volt, időnként elvesztette eszméletét, a leírás szerint úgy látszik epilepsiában szenvedett. Anyjáról nem tud. Egy testvére kis korában halt meg, kettő nem ideges. A beteg azzal a panaszszal jön, hogy alsó végtagjaiban az izületekben fájdalmat érez 3 hónap óta szakadás alakjában. Az izületek nyomásra sehol sem fájnak. A baj inkább nyugtalanban van meg, de nem éjjel. A beteg maga, kérdéses nélkül mondja, hogy járnia kell a fájdalom megszüntetésére. A kérdezősködésre azt mondja, hogy nem ideges, nem fejfájós. A vizeletben nincs idegen alkotórész. A szív ép. Tabestünet nincs. Később a beteg étvágytalanságról panaszodik és azt a nézetét adja elő, hogy a fájdalom csak syphilisből származhat. Kiderül azonban, hogy semmi venereás baja sem volt. Miért gondolja tehát, hogy mégis syphilisből származik betegsége? A felelet az, hogy „mert sok nővel volt dolga”. Most látszik csak, hogy a beteg syphilidophobiás és hallotta, hogy a luesból lábfejés keletkezik. Most ez a gondolat uralkodik rajta annyira, hogy enni és aludni sem tud miatta. Az inreflexei élénkek, a szemhéjai remegnek, kis kézremegése van. Kórjelzés: neurasthenia.

6. *A. J.*, 33 éves díjnok 1909 februárban jelentkezett először a klinikán. A beteg gyerekkora óta rendkívül érzékeny és indulatos. 14 éves korban vesztette el anyját és a koporsó beszögezésekor leesett, fejét

többször a földbe vágta és egy ideig eszméletlen volt. Azután nem volt baja. 18 éves korban atyját vesztette el, e felett annyira el volt keseredve, hogy a temetéskor a koporsó leeresztése után beakart ugrani a sírgödörbe és nagybátyát, a ki őt visszatartotta, megrúgta és megütötte. Ekkor, 5 hónappal az érettségi vizsga előtt kénytelen volt abbahagyni a tanulást és nem is folytatta tovább, csak az év októberében gondolt újból az érettségi letetésére. A februári vizsgálatkor a 3 hét óta rendkívül izgatott ember majdnem zavart benyomást tesz, úgyannya, hogy dementia paralytica gyanúja támad. A számtani és a tájékozódottsága megítélésére feltett kérdések elől kitér izgatottságára hivatkozva. Alkalmi okot az izgalom kitörésére sem tőle, sem feleségétől nem lehetett megtudni. Októberben elmondja a beteg, hogy a februári izgalom onnét származott, hogy egy nagyon kedves házinyula kimúlt és a mikor annak „vonagló tetemét” látta, lett hirtelen rosszul, nagyon heves szívdobogása támadt, alig tudott lábán megállni, izzadás ütött ki egész testén. A szívdobogás járáskor és fekvéskor egyenlően jön reá. A mozgás nem javítja, nem rosszabbítja. A szív ép, a pupillák jól reagálnak. Patella-, Achilles-, tricepsinreflex élénk. A kéz kissé reszket. Kórjelzés: neurasthenia.

7. *T. M.-né*, 29 éves, vasúti munkás felesége 1909 október 8.-án jelentkezett. Az atyja ideges ember. Anyja nem fejfájós, nem ideges. 7 testvére közül kettő ideges. Ő maga mindig ideges volt. Most az a panaszja, hogy szívében érez fájdalmat, mintha abban „ér húzódná végig”. E fájás rohamok alakjában jön, a mikor hirtelen gyengeség jön reá, elesnék ha nem tartaná meg magát, feje fáj, egész testében reszket, ilyenkor nehéz a lélegzete. A szív-fájdalom nem sugárzik ki bal karjába. A baj néha órákig eltart. Ilyenkor legjobban, ha fekszik, mert a járáskor még jobban fáj a szíve. A pupillák reagálnak. Patella-, Achilles-, tricepsinreflex kiváltható, élénk, kiváltáskor az egész test megrezdül. Ovaralgia. Kórjelzés: hysteria.

8. *M. M.*, 21 éves leány 1909 október 8.-án jelentkezik a klinikán. Az atyja ideges, az anyja és testvérei nem idegesek és nem fejfájósak. Ő maga 3 éve ideges. Időnként 3 hónap óta szorongó érzése van a mellén a bal oldalon, a szíve táján, e mellett szűró természetű fájdalma, a mely a hátba kisugárzik. Ideges panaszait csak később mondotta el, de a kópogtatáskor feltűnt, hogy minden egyes ütésekor, különösen ha az a bal oldalát érte, még ha gyenge is volt, összerezzen. A szív és tüdő ép volt. Ekkor mondja el a beteg panaszait a kérdésekre részletebben. A fájás sokszor szorító, göresös, nem sugárzik ki a bal karba, sőt a karok mozgására enyhül. Mikor a fájdalom jön, nem tud lélegzetet venni és nem tud sem ülni, sem feküdni, hanem fel kell kelnie és járnia. Erre azután enyhülést érez. Utólag a kérdezőskor, hogy máshol van-e fájdalma, a beteg még hozzátéste, hogy gymra és hasa is szokott időnként fájni. A pupillák jól reagálnak. Patella-, Achilles-, tricepsinreflex kiváltható. A kinyújtott kéz finom reszkető mozgást végez. A szemhéjjak behúnyt szemmel rezegnek. Kórjelzés: neurasthenia.

9. *O. J.*, 36 éves varrónő 1909 október 6.-án jelentkezik a klinikán. Atyjáról és anyjáról nem tud. Egy nővére ideges, fejfájós. Ő maga már gyermekkorában fejfájós volt és szédült. Ez a baj most is megvan. Egy hónap óta mellében baloldalt égő fájdalmat érez, e miatt aludni nem tud. Mellfájása fokozódik ha ül vagy ha fekszik, míg a fel és alá járás csillapítja. Székeléskor égést érez végelében. A pupillák jól reagálnak. Patella-, Achilles-, tricepsinreflexek kiválthatók. A szív, a tüdő ép. Kórjelzés: neurasthenia.

10. *T. A.-né*, 38 éves, munkás neje 1909 szeptember 18.-án jelentkezik a klinikán. Szülei, testvérei nem idegesek. Ő maga sem volt az fiatalabb korában, de most nagyon levert, kedvetlen, szomorú, sokat sír. Szívdobogása van. Kedvetlensége oka felől kérdezve őt, azt a feleletet kapjuk, hogy három púpos leánya van és ez bántja őt. A három leányt Kópits dr. magántanárral megvizsgálta, az egyik közülök rachitisből kifolyólag elgörbült, a másik kettő scoliosis habitualisban szenved. A beteg szívdobogásakor inkább járkál, a csendes ülés, fekvés nem jól esik neki. A szív ép. Az inreflexek kiválthatók. Szemhéjregzés. Kórjelzés: neurasthenia.

11. *O. J.*, 18 éves műhímező 1909 október 11.-én jelentkezik azzal a panaszszal, hogy egy-két nap előtt hirtelen rosszul lett és azóta heves szívdobogása van. Szívverések száma 124. A részletes kikerdezőskor kiderül, hogy atyja és egy testvére ideges, fejfájós és hogy ő maga évekként elelőtt órákig tartó göresrohamokban szenvedett és 1907-ben 10 hónapig a megfigyelő osztályon feküdt. Nagyon ijedős, félénk. A szívdobogás alatt reszket, szédül, fél, fel és alá kell járnia, a mi enyhíti. Ez alatt fulad. A szív ép. Ovaralgia. Igen élénk inreflexek, kéztremor. Kórjelzés: hysteria.

12. *V. I.-né*, 37 éves, rendőr felesége 1909 október 6.-án jelentkezett. Atyja részeges volt, anyja nem ideges. Négy testvére kis korban halt meg. A beteg leánykora óta fejfájós, ok nélkül fél. Hat éve rosszabb az állapota, a mióta Budapesten lakik, mert a zaj bántja. Szívdobogása van. A kérdésre azt feleli, hogy „sőt felkelek és járok, ha dobog.” Ha lefekszik, megfájdul a háta, ilyenkor is fel kell kelnie és járnia. A vizsgálat befejeztétől visszajön azzal a kérdéssel, hogy nincs-e gyomorrákja. Ugyanis gyomorpanaszok miatt orvoshoz fordult a nélkül, hogy erre a bajra gondolt volna, az orvos a rendelés közben nevetett és azt mondta neki, hogy „ne féljen semmit, nincs gyomorrákja”. Az őt ez is nyugtalanítja. Az inreflexek élénkek. A pupillák jól reagálnak. Szív, tüdő ép. Kórjelzés: neurasthenia.

13. *X. Y.*, egyetemi hallgatót 1909 október 9.-én vizsgáltam meg először. Szülei nem idegesek és nem fejfájósak, három testvére nem ideges, egy huga, a ki hivatalba jár, szívdobogásban szenvedett, de ez a baj a hivatalból vett szabadság alatt meggyógyult. A beteg mindig nagy

érzékeny volt, csekély okból elérzékenyült és most félve kezd jobban idegeskedni, a mennyiben ezen idő óta szívdobogása és gyomorfájása van. Tanulmányai mellett mint nevelő keresi kenyerét és abban az időben, a mikor idegessége előtérbe nyomult, több dolga volt a rendesnél és sokat bosszankodott. A szívdobogás ritkán jön reá járás közben, hanem inkább akkor, a mikor nyugodtan van és járás közben javul. Szívdobogásba esik betegünk néha széketétel előtt, míg székelés után eltűnik a baj. Ha éhes, kábultság fogja el, szíve dobog, lázasnak gondolja magát, izzad. Megmérte a hőmérsékletet e lázas érzés alatt, de a hőrendes volt. Étkezés alatt elmúlik az egész tünetesoport. A beteg szíve ép, pupillái jól reagálnak, inreflexei kiválthatók, szeme rendesen csillogó. Kórjelzés: neurasthenia.

14. X. Y., 23 éves egyetemi hallgatót 1909 szeptember eleje óta kezelem. Anyja ijedős, fejfájós, sokszor rosszul érzi magát és szívdobogása van. Atyjának megfájdul a feje, ha ellenkeznek vele. Egy 12 éves nővére nagyon érzékeny, hamar sír, dühös természetű, egy öccse hány és elzöldül, ha megharagszik. A beteg maga későn tanult beszélni és iskolába járva, 6 éves korban hebegni kezdett. A hebegés később elmaradt, de 15 éves korban újból reájött és 2 évi tartam után a beteg „önuralma következtében” újból elmaradt. A fiatal ember azt mondja, hogy régebben idealista gondolkodású volt. Összehasonlítja mostani életét és gondolkodását a régebbi éveivel és azt találja, hogy idealismusból igen alacsonyra bukott egész gondolkodása. Panasza, hogy a közösülés nem elégíti ki, néha olyan rosszul sikerül, hogy már nem is tarthatja magát férfiúnak és aggodalma van e tekintetben arra az időre, a mikor majd meg fog nősülni. Ez a baj szerinte onnét ered, hogy másfél év előtti virgolta immissio nélkül coitált és azt nem deforálta. Ez a tény most befejezetlen és más nő nem tudja ingerelni. Szerinte jobb volna, ha ez a dolog befejeződött volna, mert akkor már rég megunt volna azt a leányt, de így annak képe mindig előtte van és megzavarja a másokkal való coitust. Ha reá gondol, állítólag 2-3 napig majdnem állandóan van merevedése és ez alatt igen éles fájdalma a herékben és a húgycsőben. Tanulni nem tud. Egy pár megnyugtató szóra pár nap alatt e tekintetben annyira javul az állapot, hogy fél órai időközben két közösülést végez. De most minden ilyen alkalom után önmaga iránt undort érez, szívdobogásba esik, ez nyugtalansággal jár. „lelkismerete furdalja”, gondolatai ilyenkor kinzók, elaludni nem tud. Fel kell kelnie, de a szívdobogás nem javul, „sem feküdni, sem járni nem tud”. Ezek a rohamok coitus után igen kinzók reá nézve és ő maga azt mondja, hogy az egész tünetesoport lelküismereti furdalás eredménye. A szív ép. Az inreflexek élénkek. A pupillák jól reagálnak. A kedélyhangulat igen levert.

15. J. Zs., 25 éves egyetemi hallgatót első ízben 1909 februárban, azután újból október 22-én vizsgáltam. Atyja ideges ember volt, és fájdalmakról is gyakran panaszkodott, anyja sem ideges, sem fejfájós nem volt. Testvére nincs. Négy év óta hasában fájdalom van, „nem olyan mint a neuralgia, a mely cikázik — úgymond a beteg —, hanem állandó”. A fájdalom a jobb oldalon székel. Ez a fájdalom enyhül, ha nyugodtan fekszik. Leginkább reggel jött rá a baj és izgatottsággal járt. Nemcsak a hasa fájt, hanem sokszor végig a testén mindene fájt. Ez utóbbi fájás inkább akkor jött reá, a mikor nyugodtan ült és ilyenkor nem is tudott ülni maradni, hanem fel és alá kellett járnia. A járkálás javulást hozott, a nélkül, hogy a fájást teljesen elmulasztotta volna. Mikor betegünk már egy éve érezte e bajokat, magát seborvossal (nem Magyarországon) megvizsgáltatta. Ez vakbelemet kivette, de bizonyosan hagyott belőle valamit, mert semmit sem javult az állapotom azóta”. A beteg lázas nem volt. Sőt azóta rosszabbodás állott elő, a mennyiben máshol is támadt kellemetlenség. Most időnként szívdobogása is szokott lenni, „mert a vérkeringés nincsen rendben”. A szívdobogás alatt szívebben ül csendesen egy helyen, mert mozgáskor rosszabb a dolog. A beteg czéduláról olvasva panaszait, felemlíti, hogy most már az arca is fáj. Ez a fájdalom szerinte „sokkal rosszabb, mint a fogfájás”, kétoldali, állandó. Fájalmakor nem szabad beszélnie. Közösülés után igen levert, mindene fáj és ilyenkor izzadás jön reá. Ehhez járul még az álmatlanság. A beteg szíve ép, pupillái jól reagálnak, inreflexei élénken kiválthatók, vizeletében idegen alkotórész nincs. Kórjelzés: neurasthenia. A beteg 2 hónap alatt meggyógyult.

A közölt megfigyelések datumai mutatják, hogy a leírt neurastheniás jelenségek mondhatni mindennaposak és hogy a neurastheniás fájdalom, szívdobogás és ál angina pectoris igen sokszor javul a mozgás alatt, és hogy e jelnek igen jó hasznát lehet venni a kórjelzésben, ha nincs is érvényessége minden esetben.

Xölés a szt. Rókus-kórház bőr- és bujakóros osztályából.
(Főorvos: Havas Adolf dr., egyetemi tanár.)

Chinai tussal készített spirochaeta-készítmények.

Közli: Roth Arnold dr., alorvos.

A tussal való eljárás, melyet Burri a bakteriumfajok különválasztására használt, kitűnőnek bizonyult a spirochaeták megszemlítésére is. Az ő eljárása abból indult ki, hogy merev gelatine-agy agartalajon vékonyan kiöntötte a vizsgálandó bakteriumokat,

melyeket előzőleg hígított tussal összekevert és ezeket mikroszkop alatt egyenként tudta különválasztani s így tiszta tenyészetet kapott.

A spirochaeta pallida és más nehezen felismerhető bakteriumok kimutatására a tussal való eljárás igen jónak bizonyult a tárgylemezen is. Ezen eljárás, melyet főnököm, Havas tanár utasítására fogánatba vettem, előnyösebb a festésnél, mert a tus nem a bakteriumokat, hanem csak a környezetet festi meg, tehát míg a festési eljárással a bakteriumok elhalása és esetleges elváltozása jár, addig a tussal való eljárás mellett a sejt s a mikroorganizmusok szöveti szerkezetükben nem támadtatnak meg, eredeti ép alakjukban maradnak, úgy mint az élőben. Tehát az eredmény itt nem a spirochaeta vagy a bakterium festődési képességétől függ, mert itt csak a környezet lesz megfestve és valami sötétebb vagy világosabb színárnyalat nem határoz. A tus tehát nem bir electiv hatással a bakteriumokra, sejtekre, zsírszemcsékre stb. mint a festés, mert egyenletesen fehéren fénylők. A spirochaeta pallida tussal való vizsgálata aképpen történik, hogy tárgylemezre veszünk kevés megvizsgálandó váladékot, hozzákeverünk egy csepp tust, gyorsan s jól összekeverjük és egy másik tárgylemez jól lecsiszolt élével vékonyan elsimitjuk. A felkent váladék pár pillanat alatt megszárad. Az így készített praeparatumokon czédrusolaj alatt immersiósi lencsével néhány pillanat alatt megtalálhatjuk a fekete alapon erősen fénylő spirochaetákat. Ez oly egyszerű eljárás, hogy a gyakorló orvos rendelő órája alatt a beteg szeme előtt egy-két perc alatt megejtheti a vizsgálatot. Ezen eljárás előnye a festési módszer fölött az, hogy sokkal gyorsabb mint a Schaudin- vagy a Preisz-féle eljárás és hogy a spirochaetáknak felkeresése is sokkal könnyebb, mert a fekete alapon az erősen fénylő spirochaeták igen könnyen megláthatók. Előnye a festési módszerrel szemben az is, hogy a spirochaeta pallida alakja nem változik s így sokkal könnyebben s biztosabban tudjuk megkülönböztetni más spirochaetáktól. Előnyösebb ezen eljárás mint a „Dunkelfeldbeleuchtung”, mert gyorsabb, egyszerűbb, kevesebb apparatust igényel s a mi a fő, hogy a sejtek és törmelékek nem zavarják a látteret és így a spirochaeta könnyebben található meg, továbbá, hogy a praeparatum állandósítható, a mi nagy horderejű.

A vizsgálatra szolgáló anyag vétele éppen úgy történik mint a festésnél: a vizsgálandó elváltozást késsel óvatosan felhorzoljuk mindaddig, míg véres serum mutatkozik. Az így nyert véres serumot tárgylemezre visszük és az előbb leírt eljárást követjük. Fixálás nem szükséges, mert a szoba hőmérsékleténél pár pillanat alatt beszárad a praeparatum.

A spirochaeta felkeresése éppen úgy történik, mint a festett praeparatumon, tehát irányadók lesznek itt is a vörösvérsejtek, a melyek az ily módon készített praeparatumon fehér fénylő korongok alakjában láthatók. A festésre szolgáló Günther-Wagner-fele chinai tus minden papírkereskedésben kapható.

Az orvosok továbbképzése.

Az orvosok továbbképzése ügyében gróf Apponyi Albert vallás- és közoktatásügyi miniszter 1909 december 18.-ára tanácskozást hívott össze, melyen Tóth Lajos miniszteri tanácsos elnököl. A tanácskozásra meghívást kaptak: Kepes Gyula és Myrdacz Pál vezértörzsorvosok, Téry Ödön, Frank Ödön, Hajós Béla közegészségi főfelügyelők, Liebermann Leó és Löte József orvoskari dékánok, báró Müller Kálmán főrendiházi tag és Ludvik Endre kórház-igazgatók, Eröss Gyula, a poliklinika igazgatója, Magyarevics Mladen tisztii főorvos, az Országos Orvos-Szövetség elnöke: Kétly Károly egyetemi tanár, a kolozsvári szünidei orvosi cursus elnöke: Makara Lajos egyetemi tanár, a budapesti szünidei orvosi cursus eddigi elnökei: Báró Korányi Frigyes, Böke Gyula, Dollinger Gyula, Moravcsik Ernő Emil, Jendrassik Ernő, báró Korányi Sándor, Grósz Emil egyetemi tanárok. A jegyzői tisztet Nagy Árpád miniszteri titkár, az előadóit Grósz Emil tanár töltötte be.

Tóth Emil a miniszter nevében üdvözli a megjelenteket s ismerteti a tanácskozás tárgyát, melyre a kezdeményezést a XVI. nemzetközi orvosi congressus adta. Ez alkalomból ugyanis Budapestben megalakult Waldeyer elnöklésével az orvosi továbbképzés nemzetközi bizottsága, melynek az a célja, hogy az orvosok tovább-

képzését a különböző államokban kölesönös támogatás által előmozdítsa.

A minister az orvosok továbbképzését a maga részéről is fontos közérdeknek tekinti és kívánatosnak tartja, hogy az eddig is fennállott szünidei orvosi cursusok bevonásával a külföldi intézményekhez hasonló szervezet létesüljön, melynek működése a vidékre is kiterjedjen és mely az orvosok továbbképzéséről hathatósan gondoskodik.

A tanácskozás alapja azon előadói jelentés volt, melyet Grósz Emil tanár ez alkalomra készített s mely a következőképpen szól:

„Magyarországon eddig a Fodor József, Korányi Frigyes és Müller Kálmán által 1883-ban szervezett szünidei orvosi cursus intézménye teljesítette az orvosok továbbképzésének nagy fontosságú feladatát. Negyedszázad alatt 14 tanfolyamon körülbelül 1000 orvos vett részt s több mint 100 előadó körülbelül 300 tanfolyamot tartott. A beiratási díj előbb 60. majd 50 s az utolsó években 20 korona volt, mely az összes hirdetett előadások hallgatására jogosított s mely összeg az adminisztratív kiadások fedezésére szolgált, úgy hogy a szünidei orvosi cursusokat bátran sorolhatjuk a díjtalan tanfolyamok közé.

Tekintettel arra, hogy egészen a legutolsó évekig e cursus kizárólagosan az egyetemi előadók áldozatkészsége tartotta fenn, s tekintettel arra, hogy az orvosok többnyire minden anyagi támogatás nélkül hagyták el otthonukat s keresetüket, hogy ismereteiket gyarapítsák, nyugodt lelkiismerettel állíthatjuk, hogy az intézmény negyedszázadon át eredményes munkát végzett.

A mai keret azonban már nem felel meg a megnövekedett feladatoknak. Az orvosi tudományok fejlődése s mondhatjuk átalakulása azt kívánja, hogy ne csak egyes önkéntes vállalkozók bocsássák szabad idejüket a jó ügy szolgálatába, hogy ne csak minden 50. orvos részesüljön továbbképzésben, hanem legalább is minden 5 vagy 10 évben valamennyi. Erre éppen olyan szüksége van a gyakorló, mint a tiszti orvosoknak s a katonarvosoknak, sőt azon specialistáknak is, kik nincsenek állandó érintkezésben a tudományos munka központjaival, az egyetemekkel vagy nagy kórházakkal,

Intézményszerűen kell biztosítanunk a továbbképzés lehetőségét és eredményességét. E téren is ez idő szerint Németország vezet. Az orvosok továbbképzésének porosz központi bizottsága ma már hatalmas szervezet, mely Berlinen kívül 30 vidéki városban rendez tanfolyamokat. A berlini Frigyes császárné ház gazdag felszerelésével, kiállításával, tanszergyűjteményeivel, a 4000 példányban megjelenő Zentralblatt für ärztliche Fortbildung mindmennyi eszköz arra, hogy az orvosok továbbképzését szolgálják. A kölni és düsseldorfi gyakorlati orvostani akadémiák is első sorban e cél érdekében létesültek. A porosz példát a többi német állam is követte, Badenben a belügyi budgetben több ezer márka szerepel a tanfolyamok céljaira. Szászországban a kórházakban 122 externatusi hely van, s ezek közül 80 havi 50 márka subventióval, a drezdai továbbképző tanfolyamon számos 150 márkás ösztöndíjas hely van, a bajor állami költségvetésben 10,000 korona szerepel e célra. A szeptérvári Helena Pawlowna-intézet 10 épületével, évi 50,000 rubel budgetjével, az Ott tanár által vezetett, 7 millióért épült szülőház, a newyorki 205 ágyas hétemeletes házban elhelyezett Post Graduate Medical School, melynek 45 rendes tanára, 32 adjunctusa, 78 előadója s 100 assistense van, a milánói 200 ágyas női klinikát magába foglaló továbbképző akadémia, a longoni Post Graduate Medical College mind az orvosok továbbképzésére létesített hatalmas intézmények.

Ezekkel szemben valóban kicsinyes a keret, melyben eddig mozgottunk. Követnünk kell a külföld példáját s szélesebb körben, intenzívebb oktatással kell orvosaink továbbképzéséről gondoskodnunk. Az ügy megérdemli az államnak és legjobbainak érdeklődését. Az államnak, a törvényhatóságoknak és a társadalomnak vállatvetnie kell az ügyet felkarolni. Poroszország megmutatta az utat: a társadalom milliókra menő tőkét gyűjtött, az állam évi subventiót ad, de még ezeknél is értékesebb az az erkölcsi tőke, melyet az uralkodóház, a kormány, az egyetem, a születési, szellemi és pénzaristocratia meleg érdeklődésével a gyakorlóorvosok, és pedig a legszegényebb nép legszegényebb orvosai számára felhalmozott.

A porosz központi bizottság tervszerűen, évről évre tágabb térre terjeszti az actiót. A múlt évben megalakította a birodalmi bizottságot, mely működését egész Németországra kiterjeszti s a birodalom hatalmi eszközeit veszi igénybe. A szervezet élén maga a kancellár áll, s hiven édesanyja, a fennkölt lelkű Frigyes császárné példájára, Vilmos császár szóval, tettel, erkölcsi és anyagi erővel támogatja az orvosok továbbképzését. S ugyancsak a porosz központi bizottság kezdeményezésére alakult meg Budapesten a XVI. nemzetközi orvosi congressus alkalmával a továbbképzés nemzetközi bizottsága, melynek az a célja, hogy kölesönös támogatás és informálás által az orvosok továbbképzését előmozdítsa. Ezen központi bizottságba képviselők kiküldésére felszólítás érkezett a vallás- és közoktatásügyi ministerhez s éppen ezen felszólítás ad alkalmat arra, hogy az orvosok továbbképzésének ügyét mi is szélesebb alpra fektessük.

Azon alapelvek, melyeket húsz év előtt Korányi Frigyes és Dollinger Gyula megállapított, ma is helyesek s valóban mi sem bizonyítja jobban a szövegezők böles előrelátását, mint az, hogy az alapelveken nincs mit változtatnunk. Ma is hangsúlyoznunk kell, hogy az orvosok továbbképzését egy fajta tanfolyam nem teljesítheti, hanem a cél és a résztvevők szerint különböző cursusokra van szükség. Negyedszázad alatt természetesen gyökeres átalakuláson ment át az oktatás anyaga, alkalmá s vele a módszere is. A mi annak idején csak óhaj volt, hogy az oktatás par excellence gyakorlati legyen, az ma valóság lehet, a midőn a budapesti egyetemi klinikákon nem kevesebb mint 1500 ágy s legmodernebbül felszerelt laboratóriumok állanak rendelkezésre s a midőn a poliklinikán s a székesfőváros kórházaiban, de még a magánkórházakban is, kiváló szakemberek vezetése alatt, minden egyes szakma részére rendszeresített osztályok vannak. De mennél több a tanulás alkalmá, mennél nagyobb a továbbképzés szüksége, annál inkább szükséges egy erős központi szervezet, melyben az orvosképzés minden tényezője képviselve legyen s melynek módjában áll, hogy a szükséges anyagi eszközöket megszerezze s azokat helyesen felhasználja. Nem új hivatatról van szó, hanem a szétforgácsolt erők egyesítéséről.

I.

Ezen központi bizottság feladata, hogy az orvosok továbbképzéséről gondoskodik, ezen cél elérésére:

1. Kéthetes ismétlő tanfolyamokat rendez vidéki gyakorló-orvosok számára, első sorban az egyetemi városokban s első sorban az egyetemi előadók közreműködésével.
2. Hosszabb tanfolyamokat rendez a nagyobb kórházakban, a helybeli és környékbeli orvosok számára.
3. Rendezi és közvetíti a tiszti- és katonarvosok számára rendezendő tanfolyamokat.
4. Közvetíti a kórházi internatusok és externatusok létesítését és működését.
5. Vidéken fiókokat szervez azon célból, hogy ezek az orvosok és a központi bizottság érintkezését közvetítsék.

II.

A központi bizottság gondoskodik szükség szerint az előadók honorálásáról és a hallgatók számára subventiók megszerzéséről. Az előbbire szolgálja az állami támogatás, az utóbbira a törvényhatóságok és illetékes hatóságok anyagi segítsége.

III.

A központi bizottság tagjai: a vallás- és közoktatásügyi, a belügyi és honvédelmi ministerium, a budapesti és kolozsvári egyetem orvosi fakultásainak, a székesfővárosi közoktatásügyi, a poliklinika, a székesfőváros, az Országos Orvos-Szövetség képviselői. E bizottság a vallás- és közoktatásügyi minister fennhatósága alatt áll és ügyrendjét saját maga állapítja meg s a minister hagyja jóvá.

A kérdéshez első sorban Myrdacz Pál vezértörzsorvos szól, ki a maga részéről nagyon üdvösnek tartja, ha a katonarvosok is a hadügyministeriumtól kieszközlendő engedéllyel részt vesz a továbbképzésben. Baró Korányi Frigyes az oktatás decentralizációja s a közegészségügy szempontjából helyesli az orvosok tovább-

képzésének fejlesztését. Kétly Károly tanár reámutat a kötelező kórházi év reformjának szükségére s pártolja, hogy a szüneti orvosi cursusok helyett erősebb és eredményesebb szervezet létesüljön. Báró Müller Kálmán hangsúlyozza, hogy Budapesten és Kolozsváron kívül még néhány olyan vidéki város van, melyben a cursus eredményes lehet, ezek képviselőinek a központi bizottságban is kell ülnök. Az orvosoknak díjtalan cursusokat kell nyújtanunk, de az előadókat honorálni kell. A költségeket a különböző ministeriumok tárczái között kell elosztani; elkerülhetetlen a megfelelő állami támogatás. De a cél olyan, melyért érdemes áldozni, mert az orvosok továbbképzése elsőrendű közegészségi feladat. Makara Lajos az oktatás gyakorlati irányának szükségét fejtette ki. Moravcsik Ernő és Ludvik Endre az internatusi rendszer fejlesztését tartják szükségesnek. Frank Ödön, éppen úgy mint táviratban Téry Ödön, kijelentette, hogy azon fontos közegészségi érdeknél fogva, mely az orvosok továbbképzéséhez fűződik, melegen rokon-szenvez a kitűzött czállal.

Tóth Lajos elnök összegezi a felhozottakat és kijelenti, hogy az értekezlet minden tagja szükségesnek tartja az orvosok továbbképzésének szélesebb alapra való fektetését és egy központi bizottság megalakítását és kiegészítését. A további lépések előkészítésére szűkebb körű bizottság küldetik ki, melynek elnöke: Tóth Lajos, tagjai: Báró Müller Kálmán, Liebermann Leó, báró Korányi Sándor és Grósz Emil.

A vakbélgyulladás gyógykezelésének kérdése a berlini gyűjtőstatistika és a XVI. nemzetközi orvoscongressus vitájának megvilágításában, különös tekintettel a korai operálásra.

(Vége.)

II.

Miként a berlini statistika feldolgozásában a vita főleg a korai operálás körül forgott, úgy a nemzetközi orvoscongressus tárgyalásaiban is ezen kérdés volt leginkább a discussio tárgya, ezenkívül az appendicitis-therapiának néhány kevésbé lényeges pontja (technikai kérdések, a belső kezelés mikéntje) s az appendicitis pathológiájából főleg az appendicitisnek a női genitáliák megbetegedéseivel való összefüggése (*Segond, Fabricius, Hartmann, Raymond, le Filliatre*) és az appendicitis miént az általános sepsisnek egyik részjelensége (*Sonnenburg, Delbet*) tárgyalatott.

A mi az appendicitis korai operálását illeti, konstatálnunk kell, hogy a legtöbb felszólaló a principiell korai operálás lelkes hívének vallotta magát (*Walther, Hartmann, Potherat, Lucas-Championnière, Murphy, Morris, Kümmell, Giordano, Schnitzler, Herczel*), sőt *Lenhartz* is, a ki erős kritikát gyakorolt a korai operálás felett, egész friss esetekben ezt tartja a legjobbnak. *Sonnenburg* ellenben, a kihez *Einhorn* csatlakozik, ellene van a principiell korai operálásnak, a mely minden appendicitis esetet az első 48 órában meg akar operálni, és csak súlyos esetekben sürgeti az operálást. Tehát a differentia köztük ugyanaz, mint *Rotter* és *Albu* között. Ezzel szemben a régi elvet, mely az acut rohamnak a lezajlását lehetőleg bevárja s azután a froid, az intervallumban operál, csak *Delbet* és *Ceccherelli* vallja — bár ez utóbbi a roham legelején való műtéttől sem idegenkedik —, míg *Bourget* per absolutum a belső kezelés híve, azt állítván, hogy az ő lausannei kórházában észlelt 217 appendicitisben és perityphlitisben szenvedő és kizárólag belsőleg kezelt beteg közül csak 2 halt meg. Nem vett be a statistikába 7 peritonitisesetet, melyek már oly későn kerültek a kórházba, hogy nem voltak az ő *methodusa* szerint kezelhetők s a melyek sebészi kezelés ellenére is elvesztek volna. *Bourget*-val hasonló hírokat penget *Rivere*, a ki szerint nincs is appendicitis, csak az orvosok csinálják jéggel, opiummal és vérelvonással, a minek következtében az appendix elszárad, megfagy, inficiálódik és végre elhal, úgy hogy ki kell venni szegényt. A Manche-megyében, a hol, mint ő, az orvosok csak calomelt, ricinust, meleg borogatásokat és bő vizivást rendelnek, ilyesmi sohasem fordul elő.

Eltételezve tőlük, az operatív beavatkozások jogosultságát appendicitis alkalmával senki sem vonta kétségbe s a congressus vitája, mint említém, csak a körül forgott, hogy ha az első 48 órában belül kapjuk a beteget, meg kell-e minden esetben rögtön operálni, vagy csak akkor, ha súlyos tüneteket mutat.

Hartmann, a ki előbb a temporizálás és várás híve volt, megbánta ezt. Látott eseteket, melyek javulóban voltak, a 4—5. napon hirtelen rosszabbodni, és ha gyógyultak is a műtét után, ez a gyógyulás hosszú, kínos szenvedés volt. Azért oly esetekben, hol kifejezett acut appendicitis van jelen, azonnal operál, csak egészen enyhe esetekben tartózkodik a műtéttől; továbbá ott is várakozik, a hol már kifejezett lögátat talál, a tályogképződésig vagy a folyamat megnyugvásáig.

Ugyancsak a korai operálás feltétlen híve *Schnitzler*; de ha a 48 óra elmúlt, individualizál és csak ott avatkozik be, a hol arra sürgős indicatio van. A válogatás nélkül való operálás minden időpontban káros, a mint arra nemesak a statistika, hanem még inkább egyes esetek gondos észlelése is tanít.

Ezzel szemben *Potherat, Murphy, Lucas-Championnière, Giordano* bármikor operálnak, a mikor a beteget megkapják. „Nem szabad“ mondja *Giordano* „azon órák száma felett vitatkozni, melyek a sebész látogatása előtt elmultak; ezek annak a lelkén száradnak, a kik őket elmúlni engedték; de a sebész lelkén szárad minden óra, a melyet ő enged elmúlni a beteg megoperálása előtt.“

Pedig ezek az órák, melyek a baj kezdete és a műtét közt eltelték, fontosak, mert ezeknek a számától függ első sorban az, hogy milyen állapotot találunk. *Murphy* nagy tapasztalatai szerint az esetek legnagyobb részében 30—54 óra alatt áll be a perforatio. Azért kedvező viszonyokra a korai műtét szempontjából, melynek ezélya éppen a perforatio, az abscessus és a peritonitis elkerülése, megelőzése volna, *Murphy* szerint csak az első 30 órában számíthatunk, a mi körülbelül megegyezik *Kümmell, Walther, Rotter* és *Sonnenburg* adataival, a kik szerint szintén az első 24 óra az igazán kedvező idő, melyben úgyszólván „prodromális stadiumban“ írhatjuk ki a súlyos állapottal fenyegető appendixet s melynek eredményei ennél fogva a legeslegkedvezőbbek. „Meg vagyok róla győződve — mondja *Murphy* —, hogy az ilyen korán operált appendicitis esetekben sohase látnánk sem általános peritonitist, sem subperitonéalis phlegmonekat, sem pylephlebitist, sem metastasisos tályogokat.“ „Mind a perityphlitis tályog és minden appendiculáris peritonitis az az én szememben csalhatatlan jele annak, hogy a kezelőorvos vagy nem értett a dologhoz, vagy gyáva volt magára venni a felelősséget annak megtevéséért, a mi a beteg életbenmaradásához a legtöbb reményt nyújtotta volna“ — mondja ugyanő.

Walther referatumban különös súlyt helyez az időre, mely a bántalom kezdete és a műtét közt eltelik. Ő maga

az első 6 órában operált 6 esetet, meghalt 0				
a 12—18	”	”	5	”
a 18—24	”	”	2	”
a 24—36	”	”	5	”
a 36—48	”	”	4	”
a 48—72	”	”	5	”

A chanceok tehát óráról órára rosszabbodnak s míg 24 órán belül a mortalitás 0, 48 órán belül 18⁰/₀, 72 órán belül már 22⁰/₀. Ennek magyarázata, hogy mentől tovább várunk, annál inkább találunk kifejezetten üszkös és phlegmones appendixeket; az első órákban való operálással pedig megmenthetünk olyan toxin-aemiás eseteket is, melyek később menthetetlenek.

Morris négyféle appendicitist különböztet meg, melyek közül az „acute intrinsic infective appendicitis“ felel meg a mi általunk acut appendicitisnek nevezett fogalomkörnek. A többi forma a mi általunk appendicitis larvátának nevezett kórképet s a szomszédságból az appendixre ráterjedt gyuladást foglalja magában. Míg ezen formákra nézve bizonyos latitudeöket enged meg az operatív indiciók tekintetében, az acut appendicitist feltétlenül és rögtön a diagnosis megtétele után operálandónak tartja. Szerinte minden más álláspontra immorális, mert tudnunk kell a betegség pathológiájából, hogy lefolyásának előrelátása ítélőképességünket felülmúlja és nem tudjuk megmondani az egyik órában, hogy a következő óra mit fog hozni. S ezt az állítást hangsúlyozza *Murphy* is, a ki 4000 acut appendicitist operált és a ki annyi eset észlelése után őszintén bevallja, hogy nem tudja megmondani, vajjon a betegség a gyógyulás vagy a halál felé halad-e.

Es ez a körülmény, hogy a klinikai symptomákból a betegség jóindulatúságára vagy rosszindulatúságára nem lehet biztos következtetést vonni, és hogy de facto rosszindulatú esetekben a

várákozással eljátszszuk, vagy legalább is jelentékenyen alászállítjuk a gyógyulás lehetőségét: ez a két legfőbb érve azoknak, a kik a korai operálás mellett törnek lándzsát.

De lássuk már most a korai operálás ellen szóló érveket. Ezeket a legélesebben *Lenhartz* csoportosítja. Hangsúlyozza, hogy a korai operálások alkalmával az eseteknek legalább 10%-ában ép appendixet távolítanak el; hogy az appendicitis spontán gyógyulásra hajlandó, a mint ezt az is bizonyítja, hogy a hatodik és hetedik évtizedet élő emberek $\frac{3}{4}$ — $\frac{4}{5}$ -ének appendixe előzetes lobról tanuskodik és végül a legszámottevőbb érve kétségtelenül az, hogy a korai operálások eredményei nem jők, nem oly jők, mint várnók. *Riedel*-nek első 639 esetében 7·3%, utolsó 541 esetében 5·3% mortalitása volt és az eppendorfi kórházban is 7%-ot tett ki azon 57 appendicitis-eset mortalitása, melyet korai operálás céljából tettek át a sebészeti osztályra. Ha ezzel szemben a direct a sebészeti osztályra felvett 117 korán operált appendicitis csak 1·7% mortalitást mutat, ez onnan magyarázható, hogy ezek 10%-ának az appendixe ép volt és 40—50% sebészi beavatkozás nélkül is meggyógyult volna. Még inkább rosszabbítják a korai beavatkozás eredményét azok az esetek, melyekben hamis a diagnosis s melyekben az appendix fölösleges eltávolítása az amúgy is komoly baj (női genitáliák megbetegedései, acut gyomor-, bél-, vese-, májzavarok, angina, influenza, pneumonia) rossz kimenelét előmozdítja vagy directe okozza s melyek nem is szerepelnek a sebészeti statistikákban (?), mivel hogy tulajdonképpen az appendix ép volt és így nem is volt appendicitisről szó.

Mindazonáltal oly esetekben, melyekben a diagnosis kétségtelen és melyek egészen frissek, ajánlja a korai operálást. A 2. napon túl azonban jobb várni, különösen, ha a peritoneum nagyobb bántalmazottsága s a feregnyúlvány súlyosabb elváltozásának jelei vannak jelen, nehogy a műtéti megbolygatással a lob gyors terjedését s az infectio általánosodását idézzük elő; ezen esetek nagy része belorvostani kezelésre meggyógyul, legfeljebb jóindulatú tályogképződés áll be. Általában a belorvostani kezelés eredményei nem rosszak. Osztályán, hol pedig sok a súlyos peritonitis, az 1905—8-ban kezelt 491 eset közül csak 5·9% halt meg, s levonva azon 79 esetet, a melyet a sebészeti osztályra helyeztek át, csak 2·9%, ezzel szemben a sebészeknek ugyancsak az eppendorfi kórházban 1245 esete 6·1% mortalitással járt.

Míg *Lenhartz* csak nincsen elragadtatva a korai operálás eredményeitől, de azért friss esetekben, sőt éppen a legfrissebbekben ajánlja, addig *Sonnenburg* határozottan kikel a principiell korai operálás ellen. Korán csak azokat az eseteket kell megoperálni, a melyekben az infectio súlyos; enyhe, catarrhális appendicitisek ricinusadagolásra is meggyógyulnak. Csak akkor volnánk jogosítva minden appendicitist válogatás nélkül megoperálni, ha nem volna egyáltalán módunkban annak megítélése, hogy az eset miképpen fog lefolyni. Azonban az általános benyomás, a pulsus, a temperatura, a leukocytosis és ha ezek nem adnának kielégítő felvilágosítást, az *Arnth*-féle vérkép elegendő támpontot szolgáltatnak annak megítélésére, hogy az eset súlyos-e vagy könnyű; a súlyosokban operáljunk rögtön, a könnyű esetekben várjunk. Legjobb ricinust adagolni és várni, s ha a ricinus nem hat a kívánt módon, akkor operáljunk. Súlyos infectio esetén rögtön operáljunk, mert a 48 órán túl való műtétek sokkal rosszabb chanceokat nyújtanak, mint a 48 órán belüliek, sőt a tulajdonképpeni korai stadium már az első 24 órával ér véget. Hogy pedig kellő gonddal a sürgősen operálandó eseteket a nem sürgősen operálandóktól a gyógyulás lényeges kockázatát nélkül el lehet különíteni, arra nézve közli statistikáját, mely szerint a betegség első 48 órájában osztályára beszállított 411 appendicitisbeteg közül a roham alatt operálva lett 210, ezekből meghalt 13 = 6·2%, nem lett operálva a roham alatt 201, ezek közül nem halt meg egy se. Az első 48 órában beszállítottak összmortalitása tehát 3·1%. *Sonnenburg*-gal azonos álláspontra helyezkedik *Einhorn* new-yorki professor, a ki szintén a könnyű és súlyos esetek közt való gondos differentialdiagnosis fontosságát és ezen szempontból a vérvizsgálat szükségességét és jelentőségét hangsúlyozza, míg *Murphy* erre kevesebb súlyt helyez.

A diagnostikai tévedésekről, melyeknek az acut appendicitis kapcsán ki vagyunk téve, többször esett szó a congressus folyamán; így *Lenhartz* a bizonytalan diagnosist mint egyik érvet hozta fel a korai operálás ellen; *Braatz* is megemlékezett oly esetekről, melyek-

ben pneumonia kezdete acut appendicitis képét nyújtotta. *Murphy* szerint azonban, ha a classikus tünetekre (hirtelen keletkező fájdalom a köldök, majd az appendix táján, hányásinger, hányás, nyomási érzékénység a has jobb oldalán, hőemelkedés, leukocytosis) figyelünk, tévedések ritkán fordulnak elő — ő csak 1%-ban tévedett — s a tévedést többnyire oly természetű bántalmak okozzák, melyek úgysis műtetre szolgáltatnának okot (acut cholecystitis, átfűrő gyomor- vagy duodenumfekély); egyedül a typhus kapcsán az appendixben keletkező ulceratiók olyanok, hogy nem kellene őket megoperálni.

Az intervallum-operatiókról aránylag kevés szó esett. Említettük már, hogy *Delbet*, *Ceccherelli* ezt tartják az ideális szaknak a beavatkozásra s a többi chirurgus közül is sokan ezen véleményben vannak oly esetekre vonatkozólag tudniillik, melyek 48 óra után kerülnek észlelés alá. Különösen melegen kel védelmére az intervallum-operatióknak *Schnitzler*, a ki mesének jelenti ki azt az állítást, hogy a feregnyúlvány nehéz rohamok alkalmával tönkremegy; csak egyetlen egyszer történt meg vele, hogy nem talált appendixet, a többi esetben, ha súlyosan elváltozva is, mindig megtalálta. Éppen úgy *Hartmann* is azt a tapasztalatot tette, hogy a míg az appendix nincs eltávolítva, még genyedések után is, a folyamat rendszerint visszatér. *Herczel* ezzel szemben előzetes genyedés után legtöbbször feleslegesnek tartja az appendix kiirtását. *Sonnenburg* viszont könnyű esetekben (appendicitis simplex catarrhális) tartja feleslegesnek az appendix utólagos kiirtását, mert ezek tartós kóros elváltozás létrehozása nélkül teljesen meggyógyulhatnak. *Lenhartz* határozottan ellene van a principiell intervallum-operatióknak, mely szerinte nem oly veszély nélküli, mint általában gondolják és nem hárít el oly nagy veszélyt, mint feltételezni szokták.

Ezzel a konzervatív irányzattal ellenkezőleg mások az ép appendix eltávolítása mellett törnek lándzsát oly esetekben, a melyekben az másféle operatiók, például sérvműtétek (*Wolff*, *Herczel*), a női genitáliákon végzett műtétek (*Segond*) közben a műtő kezébe kerül. *Lucas-Championnière* ellenzi a szervenek ilyen ok nélkül való feláldozását, mert nem lehet tudni, hogy nincs-e valamely physiologiai jelentősége.

Az appendicitis belorvosi kezelésének módjára nézve meg lehetős eltérő vélemények kerültek napfényre. Míg *Lenhartz*, *Einhorn* lehető nyugalmat, táplálék-megvonást és a fájdalom csillapítására elegendő opiumot ajánlanak, *Bourget* és *Riviere* a calomel, az oleum ricini, a vastagbélmosások, a meleg kataplasmák és a bőséges vízadagolás mellett foglalnak állást. *Sonnenburg* is ajánlja a ricinust, de csak enyhe esetekben; hogy ilyenkor adagolása nem hoz lényeges kárt, azt bizonyítja *Sonnenburg* statistikája, mely szerint 293 beteg kapott ricinust, ezek közül 281 állapota gyorsan megjavult, műtét a roham alatt nem vált szükségessé; 12-n javulás nem mutatkozott, úgy hogy a következő napon meg kellett őket operálni, azonban a ricinus ilyenkor sem tett kárt, mert a műtét után mind a 12 meggyógyult. *Lenhartz* 2 esetben rosszabbodást látott a ricinus alkalmazása után és úgy neki, mint *Einhorn*-nak, valamint *Sonnenburg*-nak is az a véleménye, hogy ricinust adagolni appendicitisek betegeknek csak kórházban lehet, hol a műtétre már minden elő van készítve. *Wein* is a ricinusadagolás híve.

A sebészeti technika kérdései közül, bár véleményeltérések több más pontban is mutatkoztak, például az incisiók helye, a drainage minősége, a peritonitis tekintetében stb., a legélesebb vitát *Lenhartz* azon ajánlata keltette, hogy az appendiculáris abscessusokat egyszerű punctióval ürítsék ki; ez 125 esetében sima gyógyulásra vezetett, 42 esetben többszörös punctiók után kisebb incisiókra volt szükség. Minden betege meggyógyult, míg a sebészi feltárás az eppendorfi kórház sebészeti osztályán kerek 24%, *Herczel*-nél 19% mortalitással s *Garré*-nél hasonló halálozással járt. Ezt a teljesen achirurgikus eljárást, mely veszedelmes (belsőülések) és bizonytalan is s a geny tartós lefolyását nemcsak hogy nem biztosítja, de eo ipso retentióval jár, a felszólaló sebészek hosszú sora (*Hartmann*, *Lucas-Championnière*, *Herczel*, *Wohlgemuth*, *Sonnenburg*, *Schnitzler* stb.) mind egyhangúlag elítélte.

Még néhány statistika volna hátra, melylyel a congressus folyamán ismerkedtünk meg. Így *Kümmell*-é 464 korai operatióról, melyek 2·3% mortalitással jártak, *Hartmann*-é 54 acut appendicitisműtétről 4 halálozással és 111 a froid műtétről halálozás nélkül, *Schnitzler*-é 2000 appendicitisműtétről, ezek közül 937 az acut

szakban (köztük 112 tályognyítás) 10·5% mortalitással (az első 48 órán belül operáltak mortalitása 6·5%, a 48 órán túl operáltaké 17·3%) és 1063 a froid műtét 0·56% halálozással és végül *Walther*-é, a kinek 415 chronikus appendicitis miatt végzett appendectomiája 0·72%, 309 az acut roham lezajlása után végzett a froid műtét 0·3% és 56 a chaud végzett műtét 28·5% halálozással járt. S ezzel a congressus appendicitisvitájának anyagát nagyjában megismertettük volna.

III.

Áttekintve az ellentmondó adatok és nézetek e hosszú során, az első pillanatban szinte megzavarodva állunk, és a kiben csak egy kis rosszmájúság van, keserű cynismussal fog gondolni az emberekre, a kik csökönnyösen ragaszkodnak a bennük meggyökeresedett ideákhoz, és még csökönnyösebben a beteghez, a kinek kezelését másféle meggyőződés esetén egy más szakmán működő orvosnak kellene átengedniök és mosolyogni fog a statistika felett, mely úgy forog, mint a szélkakas és mindenféle irányzatnak igazat ad és melynek jóhiszeműsége is nem egyszer kétséges. Hisz azt semmiféle statistikának sem lehet elhinni, hogy 217 acut appendicitis, olyan acut appendicitis, a minőket mi szoktunk látni, kettő híján simán meggyógyuljon tisztán belorvostani kezelésre. Azt sem tudom elhinni, nemcsak 125 esetet, de ezernyi eseteket felölelő statistikának sem, hogy appendicularis tályog, olyan appendicularis tályog, a minőt mi szoktunk látni, melynek virulentiáját, sokszor komplikált anatómiai viszonyait, nehéz kiűritetőségét, mely az utókezelést nem egyszer igen nehéz feladattá teszi —, hogy az ilyen tályog gyógyulási chancái jobbak a punctio, mint a bő bemetszés s a tályog összes zugainak feltárása, kitisztítása és nyílt kezelése után.

Ha azonban a dolog mélyére hatolunk, látjuk, hogy az eltérés a vélemények túlnyomó többsége és éppen a legkomolyabban számbajövő vélemények közt nem oly nagy, mint a minőnek az első pillanatra látszik, s hogy a fennálló véleményeltéréseknek megvan a maguk jogszerű alapja abban, hogy tulajdonképpen niucsenek oly műtét indicióink, melyek minden tekintetben csakugyan kielégítőek volnának.

Hiszen nem vitás ma már, hogy a súlyos appendicitis eseteket meg kell operálni. Az sem vitás, hogy az ilyen eseteket legjobb lehető korán operálni, lehetőleg mielőtt még ezen súlyosságuk nyilvánvalóvá vált, mielőtt még a bántalom a hashártyára, a venosus rendszerbe való tovaaterjedésével nagy veszélybe hozta volna a beteg életét. A vita csak azon fordul meg, hogy vannak a kik azt mondják, hogy az ilyen súlyossá váló eseteket fel tudják idejekorán ismerni, fel tudják ismerni már olyankor, a mikor még életük az operatív beavatkozással nagy valószínűséggel megmenthető (*Albu*, *Sonnenburg*), és vannak a kik azt mondják, hogy az esetek súlyosságát sokszor nem lehet elég korán megállapítani és az esetek megoperálásával nem szabad addig várni, a míg súlyosságuk nyilvánvalóvá válik, mert ekkor az operációval már sok esetben elkéstünk, és ezek a korai operatőrök. Ezek éppen azért operálnak meg minden esetet, mert nem tudják abban az időben, midőn az appendix kiirtása még súlyos elváltozás esetén is nagy valószínűséggel gyors gyógyulásra vezet, megmondani, hogy az eset spontán gyógyulásra hajlandó-e vagy sem. Ily módon persze sok olyat is megoperálnak, a ki operatio nélkül is meggyógyult volna. de a kire nézve az operatio csak csekély kárral és risicóval jár, a mivel szemben az elv jogosultságát csak az adja meg, hogy csak az ilyen válogatás nélkül való operálással sikerül megmenteni sok olyan életet, a mely várakozó álláspont mellett áldozatul esne a betegségnek, vagy legalább is az illetők hosszú kinlódásnak volnának a reconvalescentia folyamán kitéve.

És ha az esetek nagy többségét véve, ez az eljárás kétségtelenül nagyobb számú emberélet megmentésével jár, mint a válogató álláspont, s az appendicitisnek körülbelül 10%-ra rúgó mortalitását ötödére szállítja alá (*Rotter* 1·9%, *Kümmell* 2%), mégis kétségtelen, hogy a korai operatio elve nem elégítheti ki teljesen sem orvosi önértékünket, mert hisz egyedüli jogalapja diagnostikai és prognostikai képességeink korlátozottsága, sem orvosi lelkiismeretünket, mert hiszen e műtét sem risicónélküli és megeshetik, hogy olyan emberek is meghalnak benne, a kiknek az appendicitise spontán meggyógyult volna, sőt olyanok is, a kik csak diagnostikai

tévedés folytán kerültek műtetre, s a kiknek az appendixe ép. Nem szabad figyelmen kívül hagyni azt sem, hogy ha a korai operatio elvét mereven felállítjuk, akkor az appendicitis diagnosisa egyértelmű az azonnal való műtét indiciójával s hogy a téves diagnosisa ilyenkor sokszorosan megbosszulhatja magát, ha oly betegekbe vonatkozik, a kiknek valódi baja minden műtét beavatkozást egyenesen contraindikál (pl. pneumonia, influenza), nem is szólva arról, hogy könnyelmű diagnosisa és indiciói esetén ez az elv a gyakorlati életben hallatlan visszaélésekre vezethet és ürügyül és palástul szolgálhat „finanziperatiók“ végrehajtására.

Mindezt számbavéve, teljesen jogosulatlan volna a korai operálás, ha biztos támpontjaink volnának mindjárt a roham elején a roham súlyosságának megállapítására, a hogy azt *Albu* és *Sonnenburg* állítja. De az egyszerű, közönséges klinikai jelek nem egyszer kétségben hagynak, sőt megesznek e tekintetben; a leucocytosis vizsgálata sem ad döntő felvilágosítást, az *Arneth*-féle vérkép megállapítása pedig nem hogy a magángyakorlatban, de még a kórházi praxisban sem tekinthető felhasználható diagnostikai segéd-eszköznek, még akkor sem, ha megbízhatósága a mostaninál nagyobb anyagon feltétlenül beigazolódna.

Addig pedig, a míg nem tudjuk előre megmondani, lesz-e gangraena vagy perforatio, vagy sem, és a míg a gangraenát és perforatiót, illetve az ezekkel vagy ezek nélkül támadó peritonitist és tályogképződést nem bírjuk másképpen a biztosságot megközelítő valószínűséggel meggyógyítani, mint ezen állapotok megelőzésével s a beteg féregnyújtványának lehetőleg az első 24, legfeljebb 48 órában való kiirtásával, addig jogosult az az álláspont, hogy minden appendicitises beteget, a ki az első 48 órán belül kezelésünk alá jut, megoperáljunk, jogosult mindazon hátrányai ellenére, melyeket fennebb felsoroltunk.

De ha el is fogadjuk ezt az álláspontot, nem szabad feledni, hogy a korai műtét csak raison-műtét, oly műtét, mely az adott viszonyok között a legokosabbnak látszik, de nem kényszerítő műtét, nem olyan beavatkozás, melynek minden áron meg kell történnie, mint például a diffus peritonitis megoperálásának vagy az appendicularis tályog feltárásának. Azért kizárandók a korai műtétek sorából

1. a nyilvánvalóan enyhe esetek, melyeket *Hartmann*, *Walther*, *Kümmell* stb. szintén kizárnak;
2. azok, melyek, mikor látjuk, kétségtelenül a javulás útján vannak;
3. azok, melyekben speciális műtét contraindicatiók állnak fenn (diabetes, nephritis, tüdő- és szívbajok, arteriosclerosis, öregkor);
4. azok, melyekben a diagnosisa nem absolut biztos.

Ellenben minden legkisebb jel, mely a folyamatnak a hashártyára való tovaaterjedését, a toxinaemia prodromáját, az infectio súlyosságát jelenti, legyen az magas hőmérsék, vagy magas leucocytaszám, vagy a nyelv szárazsága, a pulsus indokolatlan szaporasága, a has nagy feszessége, túlnagy érzékenység stb. stb., mindaz feltétlen indicatio a műtetre. És ne várjuk be ilyenkor, míg a hashártyagyulladás és sepsis képe kifejezetten áll előttünk, hanem operáljunk mentől hamarabb, operáljunk rögtön és operáljunk azzal a tudattal, hogy ez a műtét már nem korai műtét, mert ilyenkor már rendszerint nem az appendicularis complicatiók megelőzéséről, hanem a már bekövetkezett complicatio, a körülírt vagy diffus hashártyagyulladás leküzdéséről van szó.

Az indiciók ilyesféle felfogásával körülbelül kiegyenlítettük az appendicitis korai operálására vonatkozó két álláspont közötti ellentéteket és legjobban járunk el az appendicitis pathológiájáról és diagnostikájáról való mai ismereteinkhez képest.

Pólya Jenő dr.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

B. Salge: Einführung in die moderne Kinderheilkunde.
Berlin. Verlag von J. Springer. 1909. 360. l.

A gyermekgyógyászat tudománya az utolsó két évtizedben gyökeres átalakuláson ment keresztül. Bakteriologia, chemia, biologia, újabb szempontok a klinikai megfigyelésben, mind együttesen

közreműködtek ebben. A táplálkozás-zavaroknak, a fertőző betegségeknek kórlényegét e megváltozott, megtisztult felfogás szemüvegén keresztül nézzük, s ez nyomta rá képét gyógyító eljárásainkra is.

Ennek a modern felfogásnak szószólója könyvében *Salge*, freiburgi professor. Nem compendiumot akart írni, s nem szándékozik a tanulók emlékezetét adathalmazok tömegével megterhelni, mint inkább a mai gyermekorvosi gondolkodásmóddal, a nyílt kérdésekkel iparkodik a tanulót s a gyermekorvoslásban kevésbé járatott megismertetni. Ezért lehetőleg ritkán idéz szerzőket nézetekkel, inkább kialakult, megállapodottabb felfogásban fejtegeti a kóralakokat. Minthogy így nem részletes, mindent felölelő, rendszeres tankönyv írása a cél, a tárgyalás is meglehetősen aránytalan: a szerző szerint kevésbé fontos fejezetek teljesen elmaradtak, s a tárgyaltak fejtegetése is hol tágabb, hol szűkebb mederben folyik. A könyv beosztását, felfogását így is elég szerencsésnek, sikerültnek mondhatjuk.

Az egészséges csecsemő táplálása és az újszülöttek megbetegedései után a csecsemő táplálkozás-zavarait tárgyalja nagy gondnal és részletességgel, bőségesen felhasználva *Czerny*, *Finkelstein* és iskolájuk kutatásainak eredményeit. Kár, hogy ezek után a szoptatás mellett észlelhető táplálkozás-zavarokra csak nagyon röviden tér ki. A második rész a fertőző betegségekkel foglalkozik, s e keretben tárgyalja a náthát, furunculosis, stb. is. Mint *Heubner* tanítványa, kiváló figyelemmel és pontosan vázolja a heveny specifikus fertőző megbetegedéseket, nem kevésbé a veszélyes bujakór és gümőkór kérdéseit is, az érdeklődést tárgya iránt folyton ébren tartva. Majd az alkati megbetegedéseket (exsudatív diathesis, angolkór, Barlow-kór) s végül a fontosabb szervi betegségeket fejtegeti.

Habár egyes kérdéseket (göresök, poliomyelitis, serumbetegség, stb.) mostoha elbánásban részesít, s ha nem is tekinthetjük e könyvet *Heubner* vagy *Finkelstein* tankönyvének versenytársaként, mégis tekintve, hogy nagy önállóság, teljes áttekintés a nagy anyag felett, jó kritika, teljesen modern gondolkodásmód és eleven, könnyű irány a jellemvonásai, mint nagy haszonnal forgatható rövidebb munkát melegen ajánlhatjuk. *Flesch*.

Új könyvek. *E. Aufrecht*: Zur Pathologie und Therapie der Arteriosclerose. Wien, A. Hölder. 1.20 m. — *Krause*: Lehrbuch der klinischen Diagnostik innerer Krankheiten. Jena, G. Fischer. 14 m. — *P. Bartels*: Das Lymphgefäß-System. Jena, G. Fischer. 12 m. — *H. Jaeger*: Die Bakteriologie des täglichen Lebens. Hamburg, L. Voss. 8 m. — *R. Birbaum*: Klinik der Missbildungen und kongenitalen Erkrankungen des Fötus. Berlin, J. Springer. 13.50 m. — *F. Fromme*: Die Physiologie und Pathologie des Wochenbettes. Berlin, S. Karger. 9.60 m. — *W. Hilger*: Die Hypnose und die Suggestion. Jena, G. Fischer. 4 m. — *H. Greinacher*: Die neueren Strahlen. Stuttgart, F. Enke. 4 m. — *R. Müller*: Einleitung in die Gesellschaftsbiologie. Stuttgart, F. Enke. 4 m. — *Fr. Thöle*: Das vitalisch-teleologische Denken in der heutigen Medizin. Stuttgart, F. Enke. 8 m. — *E. Gausp*: Die normalen Asymmetrien des menschlichen Körpers. Jena, G. Fischer. 1.50 m. — *C. Bachem*: Unsere Schlafmittel. Zweite Auflage. Berlin, A. Hirschwald. 2 m. — *C. Bruck*: Die Serodiagnose der Syphilis. Berlin, J. Springer. 4.80 m. — *A. Fournier*: Sekundäre Spätsyphilis. Deutsch von Sklarek. Berlin, J. Springer. 12 m. — *L. Bamberger*: Die innere und die chirurgische Behandlung des chronischen Magengeschwürs und ihre Gefolge. Berlin, J. Springer. 8 m. — *F. Hamburger*: Allgemeine Pathologie und Diagnostik der Kindertuberkulose. Wien, F. Deuticke. 3.50 m. — *Kratschmer v. Forstburg* und *E. Senft*: Mikroskopische und mikrochemische Untersuchung der Harnsedimente. 2. Auflage. Wien, J. Sfar. 8.40 m. — *R. Picker*: Die topische Diagnose der chronischen Gonorrhoe. Berlin, O. Coblentz. 1.60 m. — *Poncet et Leriche*: Le rhumatisme tuberculeux. Paris, Doin et fils. 4 fr. — *Percy Sargent* and *A. E. Russell*: Emergencies in general practice. Oxford Medical Publications. 15 s. — *Claude Buchanan Ker*: Infectious diseases. Oxford Medical Publications. 20 s. — *Sir William H. Bennett*: Lectures on the use of massage and early movements in recent fractures and other common surgical injuries. London, Longmans, Green and Co. 6 s.

Lapszemle.

Általános kórtan.

Nitritmérgezés-e a cholera? Értekezésükben *Hymans van der Bergh* és *Gutterink* (Rotterdam) kétségbe vonják Emmerich-nek azon nézetét, hogy a cholera nitrit- illetve salétromossavmérgezés (l. Emmerich dolgozatának referatúráját a jelen évfolyam 44. számában). A szerzőknek ugyan csak két esetben volt alkalmuk cholera

beteg vérének megvizsgálniok — a mikor is salétromossavreactiót nem kaptak —, de azért mégis felszólalnak, mert nézetük szerint a gyakorlatban káros következményei lehetnek Emmerich elméletének, ha megezáfolatlanul marad. A szerzők ellenérvei a következők: Abból, hogy valamely betegség esetén a hányadékban mérgező anyag mutatható ki, nem lehet azt következtetni, hogy ez az illető betegséget előidézi. A Gries-féle reactio rendkívül érzékeny; intenzitásának durva megbecsüléséből nem lehet egyszerűen a nitritek mennyiségére következtetni. Ezenkívül meg kellene állapítani azt, hogy a nitriteknek mekkora mennyisége szívódik fel s jut hatásra a szervezetben, mert a vérben — a mint Emmerich maga is elismeri — a nitriteket már nem lehet kimutatni, a mint — a szerzők állítása szerint — nem tudta kimutatni a haemoglobinnak a nitritek behatására keletkező átalakulási termékét, a methaemoglobint sem. (Megjegyzendő, hogy Emmerich dolgozatában nagyon is felhívja a figyelmet ezen vérelváltozásra.) Minthogy pedig a methaemoglobin spektroskopos kimutatható már akkor, ha az összes vérfestéknek 20⁰/₀-át teszi s a nitritek csak akkor szoktak mérgező hatást kifejteni, ha a haemoglobinnak legalább 40⁰/₀-a alakult át haemoglobinná, nem képzelhető el, hogy a cholera súlyos tünetei egyedül vagy egyáltalában nitritmérgezés következményei volnának. Nehezen érthető Emmerich azon állítása, hogy a súlyos mérgezési jelenségeket a szabad salétromossav felszívódása okozza, hiszen ha volna is szabad salétromossav a bélben, ezt a vérbe kerülése alkalmával rögtön közömbösítené a vér alkalija. A szerzők véleménye az, hogy cholerajárvány esetén egyelőre nem szabad elhagynunk az eddig követett s biztosan hatásos prophylaxisis intézkedéseket Emmerichnek legalább is kétséges elmélete kedvéért. (Berliner klin. Wochenschrift, 1909. 45. szám.)

Belorvostan.

A szívneurosisok tanáról tartott előadásában *Romberg* rámutat arra, hogy sok esetben meglehetősen nehéz a szívneurosisok elkülönítése a szervi szívbetegségektől, többnyire lehetséges azonban, ha szem előtt tartjuk Romberg meghatározását, mely szerint szívneurosis alatt a szív- és érbeidegzés működési zavarait értjük, melyek az általános keringés, a véreloszlás és a szív nagyságának befolyásolása nélkül jelentkeznek, abnormis subjectív érzésekkel és sokszor a szívmozgás és az erek működésének alteratiójával járnak.

Az elkülönítő kórjelzést illetőleg a szív nagyságának meghatározásában gyakran vannak nehézségek, a melyeket még az orthodiagraphia segítségével sem lehet mindig elkerülni. Biztosan szervinek mondhatjuk a pulsus irreguláris perpetuus és pulsus alternans, biztosan ideges eredetű a légzés feltételezte arhythmia. Az extrasystolés arhythmia jellegét nem lehet ily pontosan meghatározni. Romberg nem tartja egészen bebizonyítottnak, hogy az extrasystolés arhythmia a szív gyengeségének s így valamely szervi elváltozásnak korai előjele; jelentkezése minden esetre a szívnek rendkívül pontos megvizsgálására int. Nem használható fel az elkülönítésben a pulsus zaporasága és ritkasága; így a többnyire ideges eredetű tachykardia paroxysmalis mint a coronariasclerosis tünete is előfordulhat. Az érelkés nagysága, teltsége és feszültsége is csak nagy elővigyázattal értékesíthető. A verőeres nyomás tartós megnagyobbodása (170—180 mm. fölé) szervi elváltozásra enged következtetni. A zörejeket illetőleg időnként nehéz lehet a minimális mitrális insufficiencia zörejeinek elkülönítése az accidentális zörejektől; gyakorlatilag jelentősebb az abnormis hangjelenségek észlelése az aortán. Nehéz lehet egyes esetekben a szervi és ideges angina pectoris elkülönítése; általános ideges tünetek még nem engedik meg a neurosis felvételét. Kizárható a szívneurosis (a szív elváltozásának nem léte esetén is), ha a szív bizonyos munkatöbblethez zavar nélkül nem tud alkalmazkodni. A szívgyengeség tünetei kórjelzésileg inkább kombinációikban, mint különállóan értékesíthetők. Tekintetbe kell venni továbbá azt, hogy a szervezet általános gyengesége (vérszegénység, rossz táplálkozás stb.) miatt csökkenhet a szív munkaképessége, a nélkül, hogy szívelgtelenségről beszélhetnénk. Megfordítva valamely tünet elszigetelt értékelése útján ideges állapotra lehetne következtetni, így pl. arteriosclerosisos egyének nagy pulzusából, zsugorvesés egyének nagyfokú diuresiséből. Vannak azután esetek, mikor csak subjectív panaszokat hallunk, a keringés károsodása még nem észlelhető és mégis szervi elváltozással van dol-

gunk, a mely első kezdetében teljesen a szívneurosishoz hasonló képet nyújthat. Különösen tekintetbe jönnek e szempontból a kezdődő arteriosclerosis könnyű jellegű zavarai, — a mikor fontosak a felhágó aortán esetleg észlelhető fizikai jelek —, a könnyű természetű Basedow-szerű megbetegedések, a hájkórosak és juvenilis arteriosclerosisban szenvedő egyének szívpanaszai. A környéki verőerek arteriosclerosis esetén még nem következethetjük, hogy a szívre vonatkozó kellemetlen érzések szervi természetűek. Sok esetben segít bennünket a kórjelzésben a lefolyás és az anamnesis.

Az egyes szívneurosisok elkülönítésében a tüneteken kívül még tekintetbe kell vennünk a lefolyást, a kiváltó momentumokat, hogy biztos kórjelölést mondhatunk s eredményes orvoslást kezdhetünk. Minthogy mindig különbséget tudunk tenni szívgyengeség, szervi szívelégtelenség és szívneurosis között, azt ajánlja Romberg, hogy a káros suggestióval ható ideges szívgyengeség kifejezést kerüljük. (Münch. med. Wochenschr. 1909. 42. sz. Autoreferatum.)

A meningeális vérzések pathognomiás jelének tartja Guillaín és Vincent a fehérjevizelést. Állításuknak támogatására a következő esetet említik. Az 54 éves nő erős fejfájásról, hidegség-érzetről és általános rosszullétről panaszkodott. Vizeletében 2% fehérjét találtak, úgy hogy uraemiára is gondoltak. A lumbalis punctio eredménye (véres liquor cerebrospinalis) azonban a meningeális vérzés diagnózisát biztosította. A betegség kedvezően folyt le, a vér felszívódásával arányosan a vizelet fehérjetartalma is kevesbedett és végül teljesen eltűnt. (La semaine médicale, 1909. 43. sz.)

Az arsen hatását a pankreasra tette állatkísérletek tárgyává Kochmann. Azt tapasztalta, hogy tengerimalacok pankreasában 4—5 heti arsenhasználat után a Langerhans-szigetek tetemesen megnagyobbodtak. Minthogy a Langerhans-szigetek a ma érvényes felfogás szerint a pankreas belső elválasztásának székhelyét alkotják, a pankreas belső secretuma pedig úgy látszik jelentős szereppel bír a cukor anyagforgalmában: diabetes esetében kísérletet lehetne tenni az arsen használatával. Megjegyzendő, hogy Leube már évek hosszú sora előtt ajánlotta az arsen diabetes ellen. (Medizinischer Verein in Greifswald. Deutsche medizinische Wochenschrift, 1909. 49. szám.)

Sebészet.

A véralvadékonyság meghatározásának jelentőségéről a sebészetben ír Denk és Hellmann. A Wright-féle methodussal dolgozva határozták meg a vérmegvaladás idejét egészségeseken és betegeken. Egészséges egyénekben a fibrinképződés 2 perc 30 másodperc alatt áll be rendszeren. Ha a hibaforrásokat gondosan figyelembe vesszük, akkor ettől a normától való már aránylag csekély eltérést is kórosnak kell tekintenünk, s ennek nagy fontossága van a chirurgusra nézve, a kinek így egyfelől meg van adva a lehetőség arra, hogy a haemophilianak már csekély fokait is felismerje, másfelől a vér gyorsult alvadóképessége esetén emboliákra és thrombosisokra lehet elkészülv. Haemophil egyénekben az operációt mézszókkal vagy seruminjeciókkal való kezelésnek kell megelőznie. Ezen szerek hatását a véralvadékonyság meghatározásával kell ellenőrizni (calcium használata után a véralvadás ideje 1—1½, sőt egyszer 2 percnél is többel csökkent) és nem sürgős műtétet, ha a véralvadás calcium után is feltűnő lassan következik be, nem szabad elvállalni. A normális vagy fokozott véralvadékonysággal bíró betegek utókezelésében lehetőleg tartózkodjunk a tejadagolástól, mely a véralvadást kimutathatóan gyorsítja, az embolia veszélyére való tekintettel. Ha a vér igen gyorsan alvad meg, citromsav adagolása és a mézszók teljes megvonása ajánlatos. (Mittheilungen aus den Grenzgeb., 20. kötet.) P.

Gyermekorvostan.

A termelt tej mennyisége és a tej zsirtartalma közti viszonyt vizsgálta Aurnhammer Schlossmann düsseldorfi intézetében. Vizsgálatait olyan asszonyokon végezte, kiket a klinikán dajka gyanánt alkalmaztak, s a kiknek naponta termelt tejmennyisége a normálisnak két-háromszorosa is volt. Tíz dajkán végzett vizsgálatainak eredménye a következő:

1. A női tej zsirtartalmának napi középértéke minden asszonyban állandó nagyságú.

2. Ezen érték egyéni különbségnek van alávetve, a mely többnyire 4.5—5.5% közt ingadozik.

3. A tejtermelésnek nagyobb fokú megnövekedése sem tudja az átlagos zsirtartalmat megváltoztatni.

4. Ebből következik, hogy minden emlő bizonyos zsirtartalmú tejet választ el; e zsirtartalom csak rövid ideig tartó és kis ingadozásoknak van alávetve és hosszú időre nem növelhető meg. (Arch. für Kinderheilkunde, 1909, 54. kötet, 160. lap.) *Flesch.*

Újszülöttek, koraszülöttek és foetusok esontjain végzett szövettani vizsgálatai alapján Wieland a következő eredményre jut: A csecsemő angolkórjának szövettani korai diagnózisára mérvadó két tényező, tudniillik a mézlerakódás megkevesbedése a porcsozódási övben, valamint az osteoid szövet megsaporodása az ezen életszaknak megfelelő physiologiai mértéken túl, újszülötteken nem található. Éppen azért a méhen belül fejlődött, klinice ugyan nem, de szövettanilag felismerhető úgynevezett latens rachitis létezését a szerző szövettani vizsgálatai alapján nem erősítheti meg. Az angolkór mindig a születés után fejlődik. A legelső klinikai tünet a supraoecipitális elpuhulás, a craniotabes, melylyel párhuzamosan mint szövettani lelet az osteoid szövet szaporodása található főleg a gyorsan növevő esontokon. Normális újszülöttekben és koraszülöttekben is elég gazdag, mézsnélküli, apponált, friss esontállomány van, mely a kor előhaladásával mindinkább fogy. Ezen physiologiai osteoid szövet vezette az észlelőket néha a veleszületett angolkór téves diagnózisára. (Jahrbuch für Kinderheilkunde, 1909 november 3.) *Vas J. dr.*

Barlow-kór ritka alakját észlelte Ponticaccia egy éves gyermekben, ki 2 hóig szopott, azután mesterségesen tápláltatt. Első fogait nyolcz hónapos korában kapta; még nem jár. Elég kifejezetten angolkóros, gyengén táplált, sápadt fakó arcszínű, kifejezetten mirigyes alkatú. A tüdő felett mérsékelt hurut, 2 ujjnyi máj tapintható, a lép tömött. A vizelet tiszta. A legfeltűnőbb jelenségek a koponyán vannak. Mindkét falcsonton két narancsmekkoraságú, és a homlokcsonton és a nagy kutaeska elülsőszögleténél kétoldalt 2 mandarin nagyságú, rugalmas, gyengén hullámzó fájdalmas duzzanat tapintható, melyből próbabeszúráskor vér ürül. A gyermek foghúsa duzzadt, erősen vérzékeny és helyenkint vérrel telt hólyagocskák vannak rajta. Igen kifejezett s érdekes a kétoldali, a szemüreg belsejében történt vérzéstől feltételezett exophthalmus. A szemgolyók kissé lefelé fordultak, nyomásra nem igen érzékenyek, a szemhéjakon elszíneződés nincs. Megfelelő diatára (nyers tej, citromlé) a tünetek elég hamar visszafejlődtek. (La pediatrie pratique, 1909 október 5.) *Vas J. dr.*

Fizikai és diatikai gyógyításmódok.

Adatok a kék ívfény gyógyító alkalmazásához. Moser (Zwittau) azt tapasztalta, hogy az ívfény kék sugarai furunculosis eseteiben a fájdalmakat csillapítják. De ez a hatás azon esetekben, a melyekben a kelevény még megnyitva nem volt, csak néhány óra hosszat tartott. Ezért a napsugárzást a heves fájdalmak idején napjában kétszer alkalmazta. A kék sugarakkal azt is megakadályozhatta, hogy az eredeti furunculus környékén újak képződjenek. Az ivlámpának kék szűrőn áthaladt fénye genyedő és sarjadzó sebekre is kedvezően hatott, a sarjadzást kellő mértékben élenkítette, a genyképződést csökkentette és a hebrödést megelőzően elősegítette. A kék ívfény szerinte ezen tekintetben kedvezőbben hat, mint a napnak vagy az ivlámpának fehér fénye.

A megsugárzás kék ívfénnyel acné, eczema, pruritus ani, lichen ruber és vitiligo, főképpen pedig scrophulás gyermekek eczémája eseteiben gyógyítóan hatott, ulcus crurisra is többnyire szembeötlően kedvező hatással volt, sőt mastitis és genyes mellhártyaizadomány esetében is jó eredménnyel járt. Szerző azt is tapasztalta, hogy a kék ívfény alkalmazása után keletkező hegek rugalmasak, puhábbak, mozgékonyabbak és kevésbé fájdalmasabbak mint azok, a melyek másfajta kezelés után képződnek. Sőt azt is megfigyelhette, hogy ez a fény a már megmerevedett heget is megpuhítja. Kék ívfénnyel még túltengő callusképződés

és izületi merevség, szintúgy egyik-másik izületi bántalom esetén is jó eredményt ért el.

Feltűnő, hogy a gyógyulás némely esetben már néhány (3—4) megsugárzásra is mutatkozott. A cikk részben azt a benyomást kelti, hogy szerzője elfogultan és némely esetben kellő megbírált nélkül ítélte meg a hatást. (Med. Klinik, 1909. 42. sz.)

Lenkei V. D. dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Jodival. Tertiaer syphilis eseteiben *Sommerville* a jodkalium helyett a jódival nevű újabb jodkészítményt használja, mint a mely úgylátszik hosszabb ideig tartatik vissza a kóros góczok szomszéd-ságában. Előnye az is, hogy hosszú időn át adható káros követ-kezmény nélkül. A mióta jódivalt használnak abban a londoni kórházban, a melyben a szerző működik, jod-dermatitis esete nem fordult elő. A jódival használata mellett a diatétában a savanyú éte-lek, a szeszes italok és a zsirok lehetőleg kerülendők. Az adag 30 centigramm naponként háromszor. (Fol. therap. 1909 október.)

A styrakol hasznára gümőkóros megbetegedésekben hívja fel a figyelmet *Day*. A styrakol a guajakol cinnamomumsavestere. A gyomron változatlanul halad át és csak a bélben hasad, a mikor is guajakol és cinnamomumsav válik szabaddá, a melyek mindegyike antisepsis hatású. Különösen nem nagyon előrehaladt bélgümő-kór eseteiben volt kifejezetten kedvező hatású ez a szer. (New Albany Med. Herald, 1909 október.)

A diplosal nevű újabb salicylkészítményt *Bourmoff* is dicséri. Naponként 6 grammot ad $\frac{1}{2}$ —1 grammos adagokban $\frac{1}{2}$ —1 órási időközben. Eredményei izületesűz, influenza és ischias eseteiben jők voltak. Kellemetlen melléktüneteket nem igen észlelt. Más szerzőkkel ellentétben azonban, a kik szerint ez a szer soha-sem okoz izzadást, azt állítja, hogy főleg az első napon való hasz-nálatát követő éjjel erős szokott lenni a diaphoresis.

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1909. 51. szám. *Weisz Ferenc*: A hólyagkőnek kór-isméjéhez. *Vámosy Zoltán*: Hat év mérgezési statistikája a magyar-orosz kórházak esetei alapján.

Orvosok lapja, 1909. 52. szám. *Tóvölgyi Elemér*: Az egyszerű-sített trachealis befecskendezésekről a vidéki gyakorlatban. *Halász Henrik*: Adatok a bőrreakciónak chininnel való gyógyításához. *Poszvácz Lajos*: Törvényszéki elméorvostani tanulmány. „Socialis egészségügy” melléklet, 4. szám. *Máthé Gábor*: Napközi bölesöde. *Szántó Manó*: A villamos áram előidézte balesetekről s a magas feszültségű áramok hatásáról.

Budapesti orvosi újság, 1909. 51. szám. *Friedrich Vilmos*: Tüdő-megbetegedés esete trauma után. *Mutschenbacher Tivadár*: A Sauerbruch-féle alacsony légnyomás és a Brauer-féle magas légnyomás értékéről a mellkasi sebészetben. „Urologia” melléklet, 4. szám. *Feleki Hugó*: A vesemedenczegyuladásról. *Remete Jenő*: A kömorzsolás technikájáról. *Hahn Dezső*: Ideges hólyagzavarokról. *Zilahy Jenő*: Adatok a hólyag-kövek műtéti eljárásaihoz.

Vegyes hírek.

Udránszky László dr. kolozsvári egyetemi tanárt a király a buda-pesti egyetemen az élettan nyilvános rendes tanárává nevezte ki. Az ország első egyetemének orvoskari tanártestülete Udránszky tanár ki-nevezésével elismert, az ország határain túl is jónévtű szakférfiúval és kiváló tanerővel is gyarapodik, a kinek a tágabb munkakörben való működéséhez méltán a legszebb reményeket fűzhetjük. Fogadjon Udránszky tanár kinevezése alkalmával az Orvosi Hetilap részéről is a legjobb szerencsekívánatokat.

Tóth István dr. budapesti egyetemi rendkívüli tanárt a székes-főváros főpolgármestere a szt. Rókus-kórház gynaekologiai osztályának főorvosává nevezte ki.

Kovács József dr.-nak a mellkasi szervek betegségeinek kór-és gyógytanából magántanárrá képesítését a vallás- és közoktatásügyi minis-ter megerősítette.

Alexander Béla dr.-nak, a budapesti egyetem Röntgen-laborato-riuma vezetőjének magántanárrá képesítését a vallás- és közoktatásügyi minis-ter megerősítette.

Kinevezés. *Hollós István* dr.-t a nagyszombati állami elmegyógy-intézet főorvosává, *Takács Manó* dr.-t a marosvásárhelyi állami gyermek-menhely igazgatóját m. kir. államvasúti orvosi tanácsadóvá, *Szarka*

László dr.-t Bereg vármegye közoktatójának igazgatójává, *Candea Aurél* dr.-t a pozsonyi állami kórház másodorvosává és *Spitzer Jakab* dr.-t a nagyikindai közoktatóhoz alorvossá nevezték ki.

Választás. *Szent János* dr.-t a szombathelyi fehéskereszt-egyesület gyermekorvosának igazgató-főorvosává választották.

Meghalt. *Kröczer László* dr. Tokajban 48 éves korában deczem-ber 17.-én. — *Rettkes Imre* dr. 63 éves korában Kiskunfélegyházán, december 19.-én. — *Rudnay Imre* dr. 36 éves korában Salgótarjánban, december 20.-án. — *Hönigswald Henrik* dr., volt magyaróvári közszéki orvos, 67 éves korában december 12.-én. — *W. B. Ransom* dr., kórházi főorvos Nottinghamban, december 9.-én 48 éves korában. Az elhunyt jeles és nagy kiterjedésű irodalmi működést fejtett ki, fiatalabb korában a physiologia terén, később klinikai terén.

Kisebb hírek külföldről. Rendkívüli tanárok lettek a következő magántanárok: *E. Münzer* dr. és *G. Pick* dr. (belorvostan) a prágai cseh német egyetemen, *A. Vesely* dr., *L. Syllaba* dr. és *A. Heveroch* dr. a prágai cseh egyetemen, *E. Kellner* dr. (bőrorvostan) a heidelbergi egye-temen. — *G. Crocker* newyorki polgár egy millió értékű alapítványt tett a rákkutatás céljaira.

Kocher tanár a neki odaitélt Nobel-díjat, közel 200,000 frankot, felében a vörös kereszt-kórháznak adományozta, felében a berni egye-temen szegény tanulók segélyezésére szolgáló ösztöndíj alapítására fordította.

A jodlecithin Richter nagy jodtartalmánál fogva (32%) felette alkalmas oly esetekben, a hol hosszú időn át kell jodhatást kifejteni, mint asthma bronchiale, chronikus emphysema, arteriosclerosis, torpid luetikus megbetegedések eseteiben. Gyorsan szívódik fel a szervezetben. Pilulák alakjában kerül forgalomba.

Dr. Jakab-féle Ligetsanatorium Budapest, VI., Nagy János-utca 47. sz. (A Városliget közvet-ten szomszéd-ságában.) Diatétás, diagnostikus, physikotherapiás sanatorium.

Budapesti ZANDER-gyógyintézet

VIII., Muzeum-körút 2. Teljes physikális gyógyberendezés. Főbb javalatok: Idült gyomorbeláttonia, székrekedés, elhízás, közsűvén, csűz, idegsűzák (ischias stb.). Csonttörések és egyéb sérűlések után visszamaradt mozgás-zavarok. Eremszesedés, szűzbajok, bronchialis asthma (villamos fűny-fűrdővel), neurasthenia, bűnűlések. Gyenge testalkatű gyermekek fejlesztése (Zander módszerével). Gerinczűgűbűlések.

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

Tamássy Park-sanatoriuma DUNAHARASZTIBAN, Pestmegye. Intézetű orvos: **Somossi Lajos** dr. Alkohol-, morphium-, nicotinelvűnás.

Téli kúra tüdű- TÁTRAHÁZA

Pavillon-rendszer. Villanyos világítás. Központű légfűtés. Téli sportok. Serumkezelés. Igazgató-fűorvos: **Műller Vilmos** dr., az „Erzsűbet királyné”-Sanatorium v. assistense.

Orvosi laboratorium és czukorbetegek toleranciájának meghatározása Dr. Mátraű Gábor v. egyetemi tanársűgű. Andrásű-út 59 (Útkőgyűn-tér). Telefon 26—96.

CIRKVENICA THERAPIA-Sanatorium teli gyógyhely a magyar tengerparton. Be-rendezeve az összes gyógyítű eljárásokra. Modern kényelem. 120 szoba. Vezetű-orvos: Gyermekek kísűret nél-kű felvétetnek. Vezetű-orvos: **Dr. Groó Béla.**

SAN-REMO teli klimás gyógyhely az olasz Rivierán, fűleg a légzűszervi és nű bajok, az ideg-, szűz- és vesebajosok gyógyítására. A „Grand Hotel de Nice”-ben fekvűesarnűk és magyar ápolnű áll rendelkezűsűre. A „Hotel Continental Palace” minden emeletén meleg tengerifűrdű van bevezetűve; foatos kűrűlműny kűllűnűsen a nű bajok teli gyógykezelésűben. Bűvebb felvilágosítással késűzűsgűl **Czűfűsz Dezsű** dr. kir. tanácsos, gyakorlatű-orvos. (Nyáron: Stooszfűrdű igazgató-fűorvos.) 8951

Elektromágneses intézet Budapest, VII., Városligetű Faszor 15. sz. Gyógy-tűnyezűk: D’Arsonval-, Elektromágnes-, Sin-soidal-, Galvan-, Farad-, Franklin-, Leduc-áram. 4 cellás villanyfűrdű. V. forrólégdűs. Vibr. massage. Prospectus. Vezetű-orvos: **REH BÉLA** dr.

Dr. GRűNWALD SANATORIUMA BUDAPEST, VÁROSLIGETű FASOR 13—15. Felvétetnek fűrű- és nűbetegek nűgyógyászatű, sebészetű és belgyógyászatű bajokkal. Gyógykezelés tetsűszű szerint bármely tanár által. 2852

Dr. GARA GÉZA, Meran. SANATORIUM. PROSPECTUS.

ERDEY Dr. sanatoriuma. Budapest, IX., Bakács-tér 10. sz. Nűbetegek és szűlűnűk részűre.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. Budapesti kir. Orvosegyesület. (XXII. rendes tudományos ülés 1909 november 27.-én.) 976. l. — Közkórházi Orvostársulat. (IX. bemutató ülés 1909 október 20.-án.) 977. l. — A XVI. nemzetközi orvosi congressus tárgyalásai. 978. l. — Budapesti kir. orvosegyesület orv- és gégegyógyászati szakosztálya. (1908. évi június hó 2.-án tartott III. ülés.) 979. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XXIII. rendes tudományos ülés 1909 november 27.-én.)

Elnök: Friedrich Vilmos. Jegyző: Rotter Henrik.
(Vége.)

Veleszületett bujakórság.

Nádasy István: (L. mai számunk eredeti közlései között.)

Guszmán József: Az előadó adatai közül leginkább az a tapasztalás ragadta meg a figyelmét, hogy a pozitív Wassermann-reactiót adó terhes nőknek körülbelül 60 százalékában a magzat luesesnek bizonyult. Ez ismét egy adattal több, hogy a seroreactio az anamnesis tekintetében mily értékes felvilágosítást nyújthat. A szokásos anamnesis ugyanis tapasztalás szerint éppen lueses nőknél az eseteknek igen nagy százalékában eszerben hagy. A Wassermann-féle seroreactio értéké ma első sorban abban áll, hogy szükség esetén igen értékes anamnesis-adattal szolgálhat, feltéve, hogy nagy körültekintéssel végezzük és kizárjuk mindazokat a nem lueses folyamatokat, amelyek olykor szintén adnak pozitív reactiót. A pozitív reactio jelentősége ilyenkor mindig nagy valószínűséggel az, hogy előzőleg volt lueses fertőzés. A házasság megengedésének kérdésében a Wassermann-reactio nem juthat szerep. Ha a fertőzés szempontjából a kellő idő elmúlt és a klinikai körülmények ellent nem mondanak, egyedül az esetlegesen fennálló pozitív reactio alapján a házasság nem tiltható meg. Ismeretes, hogy az infectio után 30–40–50 év után is állhat még fenn pozitív reactio, noha az illetők évtizedeken keresztül teljes egészségnek örvendtek és közben egészséges utódokat nemzettek. Mai nap a seroreactio tanában a legvitásabb kérdés az, hogy a pozitív Wassermann-reactio lueses tünetszámba megy-e vagy sem. A tüneti jelentőségét sok adattal lehet támogatni is, meg cáfolni is. Az, hogy a pozitív reactio lecithines injectiókkal is negatívvá alakítható át, mindenestre azt látszik bizonyítani, hogy nem lehet lueses tünetszámba. De különben is tudjuk, hogy a reactio nem specifikus jelentőségű a luesre nézve. Való az, hogy a pozitív seroreactio antilueses kezeléssel még a késői latens időszakban is igen gyakran csökkenthető, sőt negatívvá változtatható. De kérdés, hogy ezzel javult-e a betegnek lueses folyamata. A hozzászóló tapasztalatai azt bizonyítják, hogy az így elért negatív reactio sokszor már rövid idő alatt ismét pozitívvá válik. S ha negatív marad, még nem tudjuk, hogy ez a betegre nézve gyógyulást jelent-e, mert erre nézve ez idő szerint még senkinek sem lehetnek tapasztalásai. Ez a további vizsgálati és észlelési adatok gyűjtésének a feladata. E tekintetben a rendszeresen észlelt magán esetek, melyek inkább maradnak állandó megfigyelés alatt, különösen jó szolgálatokat tehetnek.

Heim Pál: A congenitális lues eseteit a tünetek jelentkezésének idejét illetőleg két csoportba oszthatjuk. Az esetek egyik részében a tünetek intrauterin támadnak és a foetus elhalására, és így abortusra vagy halvaszületésre, a legjobb esetben súlyosan lueses magzat születésére vezetnek, a mely csakhamar elhal. A második csoportban a csecsemők látszólagosan egészségesen születnek és senki sem mondhatná meg előre, hogy luesesek lesznek. A Wassermann-reactiót illetőleg az első csoport pozitív reactiót ad, a második csoport negatívát, mely csak kevéssel a secundaer tünetek keletkezése előtt lesz pozitívvá. Vagyis úgy viselkedik, mint az acquirált lues, a mely a latentia, a sclerosis szakában negatív és csak a secundaer tünetek megjelenésével lesz pozitív. Ennélfogva különbséget kell tenni a kétféle eset között a kezdetet illetőleg: az első csoport germinatív, a második csoport a teljes pillanatában haematogen úton szerzi luesét. A bolyhok leszakadása folytán az intervillosus ürök tartalma átszorítottatik a magzatplacentába. Ebből következik, hogy lueses magzatot szült anya a terhesség második felében erősen kezelendő.

Alexander Béla: Figyelemre méltónak tartom a veleszületett syphilis körjelzése tekintetében az x-sugarakkal való megvizsgálást. A talált változás a fejlődő csontok képein, a diaphysisek képein oly jellegzetes, hogy semmi más bántalommal sem téveszthető össze. Már egy eset is illusztrálja, mily fontos az x-sugarakkal való megvizsgálás. Gyermeket küldtek hozzám a czéliből, vizsgálnám meg a gerincoszlopát, mert valószínűleg csigolyabántalom van. A gerincoszlop nem mutatott elváltozást, de tovább keresve, a radius diaphysisén az x-sugarak kimutatták a syphilis-vonalat. Ezen lelet mindenestre teljesen felderítette az esetet és az eljárás útja határozottan ki volt jelölve.

Preis Károly: Már két évvel ezelőtt kifejtette ezen a helyen a Wassermann-reactióról való nézetét és a mi azóta történt, nézetében csak megerősítette.

A reactio tudományos alap és szigorú specificitás híján csak az empiriára és statistikára támaszkodhatik és az empiria nem is olyan nagyon tiszta, mert egyre több hibaforrást fedeznek fel. Legfőleg anamnestikai adat. Így tehát a reactióból ez idő szerint csak azt szabadna

következtetni, hogy az illető egyén valamikor luesel fertőződött. Semmi esetre sem tudja a Colles- és Profeta-féle törvényeket megengedni, hanem igenis ezek a tényeken alapuló törvények szólnak ama korántsem igazolt elmélet ellen, a mely szerint a pozitív reactio activ luest jelent. Hogy mi idézi elő a reactiót, nem tudjuk, hiába él Citron a „reagin“ névvel. A házasság engedélyezésekor a reactiót még csak figyelembe sem szabad venni. Az az igyekezet, hogy a reactio elnyomásával a beteg sorsát irányíthassák, a paralyistól stb megóvhassák, valóságos struccmadár-politika. A dajkavizsgálat jogosultnak látszik ugyan, mert ebben a tekintetben a legmesszibbre menő óvatosság sem árt, viszont azonban, a mint azt már régen követeltem, az ilyen esetekben a csecsemőt, de még a szülőket is meg kellene vizsgálni, és örömmel hallottam, hogy az előadó is csatlakozott ebbeli nézetemhez. A reactioinak a gyakorlatban csak akkor van helye, ha a klinikai és bakteriologiai eljárások ki vannak merítve. A ki ezek megkerülésével ez idő szerint a vérből akarja kiolvasni, hogy milyen természetű valamely kérdéses betegség, ugyanolyan színvonalon áll, mint a középkerületi vizeletvizsgáló. A hivatott klinikus kezében alkalomadtán üdvös lehet, de különben több kárt okoz, mint hasznot.

Torday Árpád: A Wassermann-reactio technikájáról és módosításairól szól. A vérvétel módját birkán és tengerimalacson ismerteti. Utóbbin a felületes nyaki vena megmetszésével 2–3 cm³ tiszta serumot lehet nyerni a nélkül, hogy az állat elpusztulna, úgy hogy egy hét múlva az állatból újra vehető vér. A haemolysint 1:100 hígításban üvegcsőbe beforsasztva akár két hónapig is el lehet tartani, a nélkül, hogy az anyag hatóképeségéből lényegesen veszítene. Ennek az az előnye, hogy a tömény serumot nem szükséges minduntalan felbontani, és így az esetleges fertőzés elkerülhető. Legkevesebb pozitív eredményt adott, 0.2 serumot használva, a Bauer-féle módosítás, mert a kontroll ritkán oldódik fel teljesen. Ezért már olyan reactiót is pozitívnak kell felvenni, a melynél a serumkivonat-komplementvér keveréke teljes oldatlansága mellett a kontroll nagyfokú oldódást mutat. A Stern-féle eljárásnál activ serumot veszünk és a vér saját complementjét használjuk fel. Ezen módszerrel a legtöbb lueses egyén vére pozitív eredményt szolgáltat. Egyetlen olyan esete sem volt, a melyben Stern módszerével a luest ki lehetett volna zárni. Mivel azonban mások pozitív eredményt kaptak olyankor is, a mikor autopsia útján a luest ki lehetett zárni, további vizsgálatoktól teszi függővé végleges ítéletét. Activ serumot használva az eredeti Wassermann-eljáráshoz, több ízben pozitív reactiót kapott olyankor, a mikor az inactiv serum nem kötött complementet. Ennek oka a „Complement-Verstopfung“ lehet, a mikor is a tengerimalacz serummal és extractummal megkötődik ugyan, azonban a complementoid feleslegben lévén, a vérszöveteket feloldja, vagy inactiválás folytán a complementkötő anyagok egy része elpusztul. Eddigi vizsgálatai, a melyeket Csépai dr.-ral együtt végzett, eddig még nem tisztázták a complementoid kérdését, úgy hogy a második felvétel látszik valószínűbbnek. Több esetben ellenkezőleg az eredeti Wassermann-próba mellett az activ serumos próba negatív eredménnyel járt, a minek oka az volt, hogy a rendszer mennyiségű extractum használata ellenére a serumban normálisan jelenlevő complement + tengerimalaczcomplement annyira fölös complementet eredményezett, hogy ennek folytán az oldódás létrejött. Egy ilyen esetben a serumot filtrálva, még 0.65 serum is oldott 1 cm³ 5% birkavérolatot, vagyis a serum sok complementet tartalmazott. Hogy az emberi vérsavó normálisan is elég bőven foglal magában complementet, mutatja az is, hogy a Stern-féle eljárás kontrollja minden esetben feloldódott.

Basch Imre: A Wassermann féle serumreactio értékéről csak úgy lehet meggyőződni, ha a reactiókat úgy állítjuk össze, a mint azt ő első 360 esetében tette, melyekről a XVI. nemzetközi orvosi congressus dermatologiai sectiójában előadást tartott. Minthogy a Hg kisebb-nagyobb mértékben csökkenti a complementkötés fokát, sőt teljesen meg is szüntetheti, ezért eseteit két főcsoportra osztotta: 1. melyek akár csak egyszer is Hg-kezelésen keresztülmentek, 2. melyek sohasem részesültek Hg-kezelésben.

Igy összeállítva azt találta, hogy 75 klinice lues-eset közül 74-ben volt erős complementkötés, vagyis 98.7%-ban. Az egy eset, mely negatíve reagált, nyilván nem is volt lues, a mennyiben az illetőnek ulcus venereumában többszörös vizsgálat ellenére spirochaeta pallida nem volt, táji mirigyduzzanat sem volt, de négy hét múlva gyógyulása után a hely kisfokú infiltrációt mutatott, s további két hét múlva gyanus, de nem typosus elszórt maculák mutatkoztak. De még így is 98%-ban volt erősen pozitív reactio. Így hát nem lehetett kételkedni, hogy az erősen pozitív reactio luest jelent, mert álmokor nálunk nem fordul elő, framboesiát ki lehet zárni, a scarlatina is, minthogy 4 legfeljebb 6 héttel utána senki sem tudott pozitív reactiót kapni, könnyen kizárható; az elvétele kapott reactio daganat, tuberculosis stb. eseteiben pedig inkább azt teszi valószínűvé, hogy a daganat stb. mellett az illetőnek latens luese volt. Kénesóval kezelt lues 197 esete közül csak 37.1% reagált positive, 83 nem lues-eset mind, vagyis 100% reagált negative.

Különben Preis concedálja, hogy tizedes klinikai megvizsgálás után hadd jöjjön a Wassermann-reactio. E tekintetben teljesen egyet-

érték Preis kártárral, mert mindenekelőtt a klinikai vizsgálat fontos s csak ha ily módon nem lehet határozottan eldönteni a betegség természetét, kell a Wassermann-reactiót megejteni, ilyenkor azonban a fenti feltételek mellett az erősen pozitív reactio biztos jele annak, hogy az illető betegnek luesse van. Most már 650 esetben gyűjtött pontos adatokat s ezek alapján a Wassermann-reactiót kiválóan fontos klinikai segéd-eszköznek tartja.

Bársony János: A szülő klinikáján folytak a kísérletek. Két dolog adta meg rájuk az impulsust. Az egyik az, hogy valamennyi orvosi foglalkozása közben akkor érezte magát legrosszabbul, a mikor dajkát kellett vizsgálnia. A klinikai tünetek negatívak voltak, az újszülött is egészségesnek látszott és 4—6—8 hét múlva a szoptatott gyermeknek kitört a lues. T. i. latens luesel volt fertőzve a dajka gyermeke, melyet anyja megszojtatott, inficiálta magát és így vitte át tápgyermekére a lues. Mikor a Wassermann-módszer megjelent, mint szalmaszálhoz kapkodtunk hozzá, ez is valami. És ha ennek daczára tévedünk, legalább megpróbáltunk mindent. Ez a törvényvel szemben is megvéd bennünket. A másik ok az volt, hogy a kérdés vitás lévén, hozzá akartunk látni a tisztázásához, s erre éppen a szülészeti klinikai anyag a legalkalmasabb, mert az anyát, az apát és a magzatot megvizsgálhatjuk. Adatokat gyűjthetünk. Nehéz mind a háromnak a vizsgálata, mégis könnyebb, mint a magánygyakorlatban. Majd ki fog derülni, kinek van igazsága: Preisnak-e vagy Wassermann-Neissernek.

Nádósy István: Guszman hozzászólására utal arra, hogy, mint azt már az előadásának legelején is felemlítette, a Wassermann-reactiót jó kísérítő vizsgálati eszköznek tartja. A Wassermann-reactio eredménye jó anamnestikai adat, különösen látjuk ezt a házi terheseken végzett reactiók eredményein, és mint ilyent a lelkiismeretes orvosnak fel kell a reactiót használni akkor, a mikor valaki a házasság, illetve a férjhez menés engedélyezése miatt fordul az orvoshoz. Heim hozzászólására ismerteti azon két esetet, a melyben a magzatok a szülés utáni nap negatív Wassermann-reactiót adtak, mely a nyolcz nap múlva megéjtett újbóli vizsgálat alkalmával pozitívra változott, míg végre az újszülöttek a Fehér-keresztben manifest lues tünetei között elhaltak. Heim azon véleményét osztja, hogy azon esetekben, a melyekben az újszülöttnél a szülés után közvetlenül a serumreactio negatív volta mellett spirochaeta volt található, az infectio valószínűleg a szülés közben történt, de voltaképpen az, hogy a magzat a megindult szülés előtt vagy alatt lett-e fertőzve, a dolog lényegén nem változtat. Az előadó megjegyzi még, hogy a magzatokon megejtett további vizsgálat alkalmával sem látott párhuzamot az illető magzatszervek spirochaetagsága és a pozitív reactio erőssége között Preis collegával szemben, ki a reactiót feleslegesnek, sőt egyenesen károsnak tartja, mert az orvost csak tévútra vezeti, megjegyzi, hogy a Preis említette azon esetet, a melyben egy betegnek előbb végeztek reactiót, mely pozitív eredményt adott és csak később kutattak a klinikai tünetek után, melyet a szájban levő papula alakjában meg is találtak, igazolja legfényesebben a Wassermann-reactiónak a luesre jellegző voltát. A Wassermann-reactio jó kísérítő vizsgálati eljárás, mely útbaigazítást ad akkor is, ha a lues nem a szájban, jól található papula alakjában nyilvánul meg, hanem elrejtett gumma van a szervezetben. Basch collega és az előadó hétszáz vizsgálata igazolja, hogy a Wassermann-reactio igen jó vizsgálati eljárás és fontos anamnestikai adatot nyújt. Preis véleménye tisztán individuális és teljesen izolált.

Torday felszólalására megjegyzi, hogy megpróbálta az összes eljárásokat, de visszatért a Wassermann-féléhez, hogy módszere egyöntetű legyen.

Közkórházi Orvostársulat.

(IX. bemutató ülés 1909 október 20.-án.)

Elnök: **Weisz G. S.** Jegyző: **Körmöczy Emil.**

(Folytatás.)

Megrepedt pyosalpinx, diffus peritonitis.

Gellért Elemér: B. M. 35 éves eselédet 1909 október 2.-án délután 6 órakor azzal szállították be Herezel tanár sebészeti osztályára, hogy déli 1 órakor hirtelen rosszul lett, heves gyomortáji fájdalmi támadtak, hányt, összeesett. Eddig még nem szült és nem is abortált. Négyhetenként három napig tartó menstruatio. Gyomorbaja miatt többször, legutóbb fél év előtt kórházban kezelték. Elesett nőbeteg, hűvös orr, hűvös végtagok. Pulsus 104, hőmérsék 38°. A has igen puffadt, feszes, nyomásra mindenütt, de különösen a scrobiculusban igen érzékeny. A has felett, a két csípőtányér felett és a lumbális táj kivételével mindenütt magasan dobos a kopogtatás hangja, ez utóbbi helyeken tompult. Szék- és szélrekedés. A májtompulat feltolt, bordaköznyi.

A vaginából mérsékelt fluor, tapintható adnextumok, a méh rögzített, rectálisan semmi rendellenesség. Tekintettel az anamnesisre, gyomorperforatióra gondolunk s a beteget azonnal megoperáljuk. A hasban nagymennyiségű fehéres-sárgás, nem nagyon sűrű, alig szagos geny. A gyomor és duodenum ép. A geny lát-

szólag jobboldalt lévén, ezért az appendixre és az adnexumokra való tekintettel jobboldalt hatolnak be pararectálisan, befelé kanyarodó metszéssel. Az appendix ép, mindkét oldalt két férfiókölnyi tubazsák, a jobb puhább, alóla állandóan geny szivárog, miért is összenövéséből felválasztva, adnexumaival eltávolítjuk. A hasüreget, tekintettel arra, hogy összetapadások, fibrinfelrakódások nincsenek, nagymennyiségű konyhasós vízzel átmoszuk, miután a hasat a hátulsó hüvelyboltozaton át draineztük.

A pyosalpinx ágyából vérzés, melyet a hasseb belső zugán két csikkal tamponálunk, a többi részt rétegesen bevarrjuk. Infusio. Másnap hőmérsék 37.5°. A nyelv nedves, a has puha. Harmadnap spontan szék, szelek. Ezután fokozatos zavartalan javulás.

A kiirtott tubazsák szövettani és a geny bakteriologiai vizsgálatát Krompecher tanár végezte. A nyálkahártya teljesen hiányzik; a submucosa kötőszövege genysejtesen beszűrődött, helyenként egyrétegű hámtól bélelt mirigyesöveket vesz körül.

A genyből gonococcus, vagy valamilyen más bakterium nem tenyésztett ki.

Az irodalomban kevés s csak az utóbbi időből származó hasonló esetet találtam. Cotte és Chalier öt esete közül három halálosan végződött. Ugyanígy végződött Zacharias egy esete. A tankönyvek csak gonorrhéas pyosalpinxrupturáról tesznek említést, a melyek Döderlein szerint jó prognosistúak, mert ő gonococcus-peritonitises halált még nem látott. Osztályunkról Milkó dr. mutatott be hasonló esetet néhány évvel ezelőtt.

Szili Jenő: Szülészeti tankönyvekben úgy van leírva, hogy a pyosalpinx igen ritkán tör át a hasüregbe. Ennek oka részben a hashártya erős reactióképesége, másrészt pedig az, hogy legtöbbször nem ismervén fel pontosan a körképet, a sebész és nem a nőgyógyász kezébe, tehát műtetre kerül. Másik megjegyzése a műtét technikájára vonatkozik. Ha a pyosalpinx a hasüreg felé készül áttörni, műhibának tartja csak a has felé való megnyitást: mindig drainezni kell a vagina felé.

Módosított coaltarral orvosolt bőrbeteggek.

Werner Sándor: Folyó évi márczius hó 10.-én számoltam be a Róna tanár osztályán tapasztalt azon gyógyeredményekről, melyeket a coaltarral, vagyis a nyers köszénkátránnyal értünk el. Igyekeztünk ezt ambulans betegeknek is alkalmazni. Ámde a kórházon kívül a szernek alkalmazása nehézségekbe ütközik, úgy hogy most ezen hibákon segitendő, a szer egy módosítását, a bemutatandó kenőcsöt alkalmazzuk.

A módosítás abban áll, hogy a concentrált coaltar helyett 10%-os coaltar-kenőcsöt használunk, melyben a vivőanyagot az ungu. caseini szolgáltatja; maga a coaltar sapo kalinussal van eldörzsölve, hogy a praeparatumban a ható anyag egyenletesen eloszoljék; a gyógyszerész a készítményhez 1% acidum salicylicumot adott, mely antisepticum a szer hatását még fokozza.

Eddig 19 esetben használtuk e készítményt. Tapasztalataink szerint hatása megegyező a tömény coaltaréval. Minden esetben a körülményekhez képest felváltva alkalmazzuk a szert más kenőcsesél. A következményes heveny dermatitist 10% zinkvaselinnel, zinklinimentummal, vagy zinknaftalannal coupirozzuk, a bőr kiszáradását puhító kenőcsesél, ungu. boricummal akadályozzuk meg. A szernek a következő előnyei vannak: 1. kevésbé kellemetlen a szaga, mint a coaltaré; 2. 1—2 percz alatt beszár, a fehérműt nem piszkítja; 3. hámfosztott helyeken nem fájdalmas; 4. langyos vízzel könnyen lemosható. Alkalmazása úgy történik, hogy akár ujjal, akár spatulával a beteg bőrére keshát vastagon kenjük fel a kenőcsöt, előzetes benzines megtisztítás után; a kenőcs 1—2 percz alatt zománcszerűen beszár.

A gyógyszer Bartha budai gyógyszerész „Coaltar“ néven tubusokban hozta forgalomba és minden nagyobb gyógytárban kapható.

Portatív extensió s innel kezelt supracondylaer felkartörés gyógyult esete.

Hlési Aladár: A 10 éves beteg október 6.-án vétetett fel Hainiss osztályára. A bal felkar typusos supracondylaer törését találtuk. A Röntgen-átvilágítás jelentékeny dislocatiót mutatott. A dislocatiót enyhe Sudeck-bódulatban Röntgen-átvilágítás mellett könnyű szerrel sikerült megszüntetni, a törvégeket ebben a helyzetben a Fischer által szerkesztett extensió eljárással rögzítettük. A könyökizület merevségét mozgás-gyakorlatokkal akadályoztuk meg. Tizenkét nappal az extensio alkalmazása után teljes gyógyulás követ-

kezett be. Nagy gond fordítandó kezelés közben az alkar normális állásának megtartására is, mely ez esetben teljes mértékben sikerült.

Czombszúrásból eredő intraperitoneális vérzés.

Gellért Elemér: S. F., 18 éves asztalost 1909 június 24.-én reggel azzal szállították a Herezel tanár vezetése alatt álló sebészeti osztályra, hogy 23.-án este álló helyzetben hegyes reszelővel megszárták, éjjel nem tudott aludni, egyszer hányt. A sápadt betegen a jobb spina ant. sup. és trochanter major közti középen háromszögletű, egyik csúcsával befelé álló éles szélű folytonossághiány van, mely nem vérzik. Az alhas jobb részén mérsékelt fájdalom, défense; a májtompulat egy bordaközrel magasabban áll. R. 44, pulsus 86, mely rohamosan rosszabbodott. Az arteria iliaca-nak sértéséből eredő belső vérzésre s esetleges bélsérülésre teszszük a diagnosztis s ezért a beteget megoperáljuk. A szúrás mentén hatolunk be, felfelé pararectálisan folytatva. A hasüregben több liternyi folyékony és alvadt vér; a medenczetányér peritoneumán 1/2 cm.-nyi nyílás, melyen át az art. circumflexa ilei profunda harántul átmetszett és visszahúzódott lumenéből történik a hasüregbe a vérzés. A vakbél alsó-külső részén 1/2 cm.-nyi serosa-sérülés. Ennek és a vérzésnek ellátása után a hasfalat reconstruálva, a sebet zárjuk. Zavartalan gyógyulás. Az art. circumflexa ilei profunda az art. iliaca externa ága, mely az epigastrica inferior felett lateralisán ered s fölfelé kanyarodva, a peritoneum és a fascia transversa között a Poupart-szalag külső harmadának belső végén kanyarodik fel. Lefutásának iránya adja magyarázatát annak, hogy nem kifelé, hanem befelé vérzett. Érdekes, hogy a jelentéktelennek látszó s a hasüregtől messzefekvő sérülés mily végzetessé válható vérzésre szolgáltatott okot. A helyes diagnosztisra ismét főleg a hassérülések diagnosztikájának Herezel által ismételt hangsúlyozott fontos tünete, a défense musculaire vezetett.

Gyomorsipoly zárása hashártyalebenynyel.

Herezel Manó: H. Istvánné, 32 éves napszámosnő 1/2 éve beteg gyomorpanaszokkal. Három hónap óta naponta vannak görcsei, melyek a lapoczkába és a hátba sugároznak ki. Többször hányt. Egy hónap óta majdnem naponta kirázta a hideg, állandóan lázas, 20 kgm.-ot fogyott.

Felvételkor a nagyon elesett, vézna nő jobb bordaíve alatt egy körülbelül kétfenyérfi, a középvonaltól az első hónaljvonalig, lefelé a köldök magasságáig terjedő kemény, sima, egyenletes resistentia, mely a légzőmozgásokat követi, tapintásra igen fájdalmas. Naponta többször hidegrázás, állandóan görcsök, sokszor hány. Icterus. Kórisme: *Genyes cholecystitis és pericholecystitis*. Műtét 1908 július 28.-án aethernarcosisban. 12 cm. hosszú pararectális metszés. A gyomor pylorusrésze és a duodenum szélesen össze volt nőve a máj mindkét lebenyével. Szétválasztásuk után meg lehetett találni a zsugorodott epehólyagot, a mely körül sarjadzások falú tályogüregekben szabadon fekszik két mogyorónyi, facettált epekő. Magában az epehólyagban 5 kicsiny, facettált kő. Az epehólyagot kiirtjuk. Az epehólyagköri, mintegy 2 tojásnagyságú üreg fala porckemény, beszűrődött, a duodenum hátulso faláig terjed. Steril esikokat vezetünk a tályogürbe és az epehólyag helyére, a cseplesz egy visszahajtott részletével a hasüregbe a máj és gyomor felé elzárjuk és a hassebet 3 rétegben legnagyobbbrészt zárjuk. Jóllehet a pylorusrész felfelé húzódtott és szögletbe tört, s a fundus hatalmasan tágult, a gastroenterostomiát, mely e miatt javalt lett volna, a beteg elesett voltára való tekintettel nem lehetett egyidejűleg végezni.

Műtét után a beteg 6 napig jól van, láztalan, pulsusa 100, erőteljes, a seb reactionmentes.

A hetedik napon kötészváltoztatáskor a sebből körülbelül 60 cm³ hig, szürkés-fehéres váladék ömlik elő, mely a kék lakmust vöröstre festi. Feltárással meggyőződünk, hogy a kis görbület mögött a gyomor hátulso felszínén a pylorus fölött mintegy 2 cm. hosszú, 1 cm. széles ovális sipoly van. Nyilván a gyomorba áttörőfélben lévő kövek arrosiója folytán a gyomor falzata itt annyira elvékonyodott volt, hogy másodlagosan áttört. Hogy a sipoly hozzáférhető legyen, a jobb rectust harántul átmetszszük. A sipoly kiöblösödő nyálkahártyáját körülnyírva, a sipoly nyílást 2 rétegben harántul zárjuk. De mivel a második varrat sarjszövetben történik, több mint bizonyos, hogy tartani nem fog. A csepleszt előhúzni és vele

az ilyképpen zárt sipolyt borítani az összenövés miatt nem lehetett. Ezért a lig. falciforme hepatis tapadásánál hosszirányban átvágjuk és az így alkotott 4 cm. hosszú lebenynyel a sipolyt fedve, néhány öltéssel a gyomor falhoz rögzítjük. A gyomor kirekesztése ezéjából jejunostomia. A lefolyás sima, teljesen láztalan. A 12. napon a jejunostomianyílásból eltávolítjuk a esövet. A beteg erőbeli állapota állandóan javul. Augusztus 30.-án gyógyultan, 6 kgm.-ot hívva távozik.

A plastikusan peritoneummal elzárt gyomorsipoly tehát per primam gyógyult, noha a sarjadzó üregben szabatos varrást végezni nem lehetett. Ilyen súlyos esetekben ezen peritonizáló módszer kitűnően beválik, a mit bizonyít a következő, Gellért dr. segédem által hasonló körülmények között operált eset:

Duodenális sipoly elzárása hashártyalebenynyel. A 45 éves asszony 5 év óta szenved gyomortáji és a hátba kisugárzó görcsökben, melyekhez az utolsó hónapokban hányásinger és gyomortágulat járult. A beteg 14 kgm.-ot fogyott. Diagnosztisunk cholelithiasis cum stenosi pylori e cholecystitide chron. A megejtett műtét alkalmával kitűnik, hogy a gyomor, a vékony- és vastagbél hegesen egy halmazba nőtt össze egymással, a májjal és a csepleszszel. Az összenövés éles szétfejtése után megtaláljuk a kicsiny, mintegy 7 cm.-re összezsugorodott, ágyához kérgesen odanőtt epehólyagot, melyben néhány apró facettált kő volt. Az utolsó beékelt kő eltávolítása után a duodenumba jutunk. A duodenum-nyíláson keresztül megállapítjuk, hogy a pylorus a kisujj hegyét alig befogadó. Az epehólyag-duodenum-sipoly mintegy 3 cm. hosszú duodenális nyílását 4 áttöltő varrattal egyesítjük, s minthogy a sero-serosus varratok a kérges szövetben kiszakadtak, az igen megnyúlt lig. teres hepatisből lebenyt készítünk, melyet néhány öltéssel odavarrunk és visszacsapott csepleszszel erősítünk. A kérges epehólyag és a sarjszövet kikaparása után gastroenterostomia retrocolica posticát végzünk. Az epehólyag helyét drainezzük, a seb többi részét bevarrjuk. Zavartalan gyógyulás.

A XVI. nemzetközi orvosi congressus tárgyalásai.

VII. szakosztály: *Sebészet.*

Doyen (Páris) az aneurysmák kezelésének újabb módjáról számolt be. Eljárásának lényege, hogy a verőeret az aneurysma felett selyemfonállal addig ligálta, a míg a verőériökés az aneurysmán alig volt érezhető. Ezen incomplet ligatura után az aneurysmazsákból hosszirányú segmentumot vágott ki és az arteriát ketős hosszvarrattal szűkítette a rendesre.

A discussióban *Garrè* (Bonn) utal arra, hogy az aneurysmák incomplet ligaturáját *Mattas* (New-York) ajánlotta. *Garrè* sokat kísérletezett klinikáján vérér-átültetésekkel; használt hasonfajú és másfajú anyagot, az előbbinél ritkább a thrombosis.

Mac Even (Glasgow) elektrolysis segélyével kezeli az aneurysmákat. *Loresi* (New-York) két ér lumen egyesítésére kis eszközt szerkesztett, melylyel a varrást elkerüli és mégis teljesen szoros egyesülést ér el. Mindkét ér lument két kis alumíniumcylinderbe invaginálja és az ereket a cylinderek belső szélén úgy fordítja ki, hogy az intima kifelé fekdjék. Az ereket ezen helyzetben finom horgok rögzítik. Most az alumíniumhengereket kis sinen egymáshoz közelíti és szorosan adaptálja; kutyában átlag 48 óra mulva oly erős az összetapadás, hogy az eszközt eltávolíthatjuk.

A transplantatio kérdésénél még *Sklevos Zervos* (Smyrna) szólt fel. Különböző szervátültetéseket végzett állatokon s kísérleti állatait be is mutatta. Kutyákon és házinyulakon hasonfajú és idegenfajú (disznó) heréket a test különböző részein subcutan módon implantált. A heréknek egy része resorbeálódott, másik része megmaradt s az előadó állítása szerint teljesen működőképes. *Skevos* olyan házinyulat is mutatott be, melynek bulbusát más állat bulbusával cserélte ki. A bulbus ugyan atrophias volt, de élt és mozgott.

Skevos-nak fejtegetései sok jogosnak látszó skrupulussal találkoztak; fejtegetéseit physiologice nem indokolta meg, az anatomiai készítmények bemutatásával pedig, jóllehet ezt több ízben a meghatározottabban megígérte, adós maradt.

f) Radiotherapia; heliotherapia.

P. Delbet (Páris) a radiumkezelés értékét méltatta a sebészeten. Delbet 0.03—0.05 gm. radiumbromidot üvegtubusba forrasztott s troikar segélyével neoplasmák szövetében helyezte el. Kiterjedt szövettani vizsgálatai arról győzték meg, hogy a radiumsugarak electiv módon ölik meg a ráksejteket. Ily radiumtubusok akár négy napig is a tumorban maradhatnak, a nélkül, hogy a betegre nézve veszélylyel járnának.

Bucsányi (Budapest) méltatta a lencsék segélyével kondenzált napfény befolyását különböző sebészi bántalmak gyógyulására. Bucsányi tapasztalatai sebekre, bőrrákra, lupusra és gangraenára vonatkoznak; a napfény hatására a sebfelületek gyorsabban hámosodnak.

g) Fulgurálás.

Keating-Hart (Páris) a fulguratióról tartott előadást, a mely eljárásnak kezdeményezője volt. Tapasztalatai 247 esetre vonatkoznak. Az eseteket 3 kategoriába osztja: 1. Rákos megbetegedések a bántalom legutolsó szakában. Itt az esetek 72 százalékában lényeges javulás volt elérhető; a javulás hegesedésben, a fájdalmak csillapodásában és a vérzések megszűntében nyert kitejleszt. 2. Igen súlyos inoperabilis esetek. A maximális gyógytartam az esetek 65 százalékában 3¹/₂ év volt, a minimális gyógytartam 6 hónap. 3. Operabilis rákok. Ezen esetekben Keating-Hart a tumor kiirtásával kapcsolatban a fulguratiót is végezte, a gyógyulás állítólag mindig teljes volt.

Mind a három kategoriában a legkülönbözőbb szövetek rákjai szerepelnek. Sikertelenség esetén Keating-Hart szerint technikai hibákban kell keresnünk az okot. A fulgurálás módszerét nehéznek mondja; kiváló eredmények csakis tökéletes technikával érhetők el.

Alessandri (Roma) csak sebészi kezeléssel kapcsolatban alkalmazza a fulgurálást. Rákos daganatok ilyen kezelése mellett látott néha teljes eredménytelenséget, néha meg időleges volt az eredmény. Eseteiben végleges gyógyulásról nem nyilatkozik, arra az eltelt idő (néhány év) még tüdővid.

Az általános sebészettel foglalkozott még Kuhn (Kassel) előadása. A steril catgut előállítását ismertette és fejtegetéseit számos vetített képpel kísérte. A catgut gyártásában eddig nem jártak el elég aseptikusan; ha a catgut jódozott és teljesen csiramentes, úgy lekötések, mint varratok ezéjából jobb a selyemfonalnál. A jódozásnak azonban a catgut sodrása előtt kell történnie.

Gergő Imre.

Budapesti kir. orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya.

(1908. évi június hó 2.-án tartott III. ülés.)

Elnök: Navratil Imre. Jegyző: Lipscher Sándor.

1. Lénárt Zoltán: Idült gégeodema esetét mutatja be újból.

Donogány Zakariás: Az első bemutatás alkalmával is myxoedemára gondolt. A thyreoidin-tabletták talán jó hatásúak volnának.

Navratil Imre: Hasonló esetet észlelt az osztályán, melyben a sajodin jó hatásának bizonyult.

Polyák Lajos: Az esetet sem gyuladós, sem pangásos oedemának nem tartja, hanem larynx-hyperplasiának, melynek kórokát nem ismerjük.

Lénárt Zoltán: Thyreoidin-tablettákat szedett a beteg eredmény nélkül. Az első kórszövettani vizsgálat oedemás szövetet mutatott, újabb vizsgálatot fog megjejtetni.

2. Navratil Dezső: Angioma laryngis esete.

A 31 éves nőbeteg egy esztendeje rekedt. Gégevizsgálatkor baloldalt az álhangszálagnak megfelelőleg körülbelül kis mogyorónyi elődomborodás látható, mely a valódi hangszálagot fedi, sőt a központon túl is terjed. Cocainnal vizsgálva, kitűnik, hogy ezen elődomborodáson két helyütt lencsényi területen livid részletek vannak.

Tonogennal bekenve az elődomborodást, tetemesen kisebbedik. Szondával tapintva, az elődomborodás puha tapintatú és olyan érzést nyújt, mint az angiomas szövet. Az előadó a beteget továbbra is meg fogja figyelni és a mennyiben az angiomas képlet növekednék s a légzéskor a legkisebb nehézséget okozná, a betegnek mielőbbi extralaryngeális műtétet fog ajánlani.

Lénárt Zoltán: Az eset idült hypertrophia benyomását teszi. Nem tartja angiomasnak, miért is endalaryngeális beavatkozást tart indokoltnak, melytől a rekedtség megszűnnék.

Donogány Zakariás: Szintén hypertrophiának tartja, de a histologiai lelet szükséges.

Navratil Dezső: Háromnegyed év óta észleli az esetet, tehát látja, hogyan nő. Borsónyi kékes göb látható, melyet angiomasnak tart. Endalaryngeálisan nem merne beavatkozni.

3. Lipscher Sándor: Highmorüreg-daganat két esete.

1. S. F., 20 éves földmives előadja, hogy 1¹/₂ év előtt vette észre, hogy a jobb orrán nem kap levegőt és a jobb pofája dagadni kezd; fájdalmai nem voltak.

A jobb orrfélben az alsó orrjárat szondával átjárható; a középső orrjáratban sima felületű kemény daganat látszik; a cavumban diómekkoraságú, szintén sima felületű, rózsaszínű daganat látható, mely digitális vizsgálattal a jobb choanából kiindulónak érezhető. A jobb pofa izomzata között könnyen mozgatható puha daganat tapintható, mely a fossa canina táján rögzítve van. A Highmor-üreg próbapunctiója véres savót adott. Röntgen-átvilágítás-kor az egész jobb arcfél sötét. Próbakimetszés nem történt, hogy a kórkép ne változzék, azonban a klinikai kép a daganat jóindulatúsága mellett szól. Ha a kórszövettani vizsgálat is igazolni fogja ezt a föltevést, gyökeres műtétet fogunk végezni, mely a prognosis tekintetében kedvező.

2. A 35 éves földmives márczius hóban vette észre, hogy a jobb szemén rosszul lát és a jobb orrfele nem szelel; fejfájás, szédülés jelentkezett. A szemészeti osztályra vétette fel magát, a hol a következőket állapították meg: a szemteke előre düleedt, kb. 1 cm.-rel előbbre áll a balnál, mozgásai igen korlátoltak. A cornea ép, a pupilla tág, fénymerev; a közegek tiszták. A retina borús, a papilla határai elmosódottak, az erek kanyargósak. Orrbajának megállapítása végett az orr-gégeosztályra utaltattott, hol a következőt találtuk: a jobb orrfélben a középső kagyló erősen duzzadt, az orr nem járható át; a rhinoskopia posterior lelete szerint a jobb choanát egyenetlen felületű daganat tölti ki. Röntgen-átvilágítás-kor az egész jobb arcfél sötét. A próbapunctio eredménye negatív.

A középső kagyló eltávolítása után rögtön daganattömegbe jutottam, melyet az erős vérzés ellenére is eltávolítottam. A mikroskopi vizsgálat el nem szarusodó laphámrákot derített ki, mely, mint tudjuk, a legrosszabb indulatú rákok közé tartozik. A prognosis mindenképpen rossz, mert számos ily. lehetőleg gyökeresen operált esetünkben a recidiva igen rövid idő múlva bekövetkezett.

Navratil Dezső: Az első esetet jóindulatúnak, a másikat rosszindulatúnak és inoperabilisnak tartja; az utóbbihoz hasonló négy esetet látott, melyek közül három operált, kettőt eredménytelen, a harmadik, melyben a daganat a koponyába terjedt, néhány nap múlva halálosan végződött.

Tóvölgyi Elemér: Azt hiszi, hogy az első esetben a két daganat összefügg.

PÁLYÁZATOK.

A Rimamurány-Salgótarjáni vasmű részvény-társaság salgótarjáni gyártelepén fennálló munkás-társpenztárnál üresedésbe jött, 3200 korona nyugdíjra jogosító évi kezdőfizetés, évi 600 korona személyes pótlék és körülbelül 500 korona évi jutalom, továbbá természetbeni szabad lakás és szabályszerű fűtési illetmény élvezetével egybekötött orvosi állásra ezennel pályázat hirdetik.

Pályázóktól egytetemes orvostudori oklevéllel igazolandó képesítés kívántatik, megjegyezvén, hogy kimutatható kórházi gyakorlattal, különösen pedig műtői képesítéssel bírók előnyben fognak részesülni.

Hiteles okmányokkal kellően felszerelt folyamodványok 1910. évi január hó 15.-éig az alulírt ezimhez intézendők.

Rimamurány-Salgótarjáni vasmű
részvény-társaság.

Budapest, V., Nádor-utca 36. II. emelet.



2258/1909. sz.

A travniki városi kórháznál 1910. évi február hó 1.-étől üresedésben levő **másodorvosi állás** betöltendő. Az évi járulék áll 2400 koronából és szabad lakásból a kórházban. A másodorvos a városi hivatalnokok kötelékébe tartozik, továbbá mint városi másodorvos szerepel. Közelebbi felvilágosítással a kórház vezetősége szolgál.

Kérvényezőktől az osztrák, magyar, vagy a boszn.-hercegov. honosság megkívánatik, továbbá egy szláv nyelv ismerete. Kellően felszerelt kérvények a travniki városi tanácshoz intézendők.

Travnik (Bosznia), december hóban.

12.110/1909. sz.

A pozsonyi kerületi munkásbiztosító pénztárnál pozsonymegyei Ligetfaluban az **orvosi állás** betöltendő.

Ezen orvosi körzethez tartozik: Pozsony városának a Duna jobbpartján levő része, Ligetfalu, a mosonmegyei Köpcsény és Nemesvölgy, továbbá az Ausztriában fekvő Berg és Wolfthal községek. A körzet székhelye Ligetfalu.

Ezen orvosi állással 4000 korona évi fizetés 10⁰/₀-os ötödéves korpótlék és 400 korona fuvarátalány jár.

Pályázni óhajtok az 1907. t. cz. 110. §-ában előírt minősítésen kívül ezen állásra való képesítést megfelelő okmányokkal és szolgálati bizonyítványokkal kötelesek igazolni.

A folyamodványokat **f. évi december hó 31.-éig** bezárólag az igazgatósághoz kell beküldeni. Az állásra vonatkozó információ Glaser Károly dr. pénztári főorvostól szerezhető be.

A választás a pénztár igazgatóságának végleges átszervezéséig ideiglenes. A megválasztott az állást legkésőbb 1910. évi január hó 15.-éig elfoglalni köteles Ligetfaluban tartozik lakni.

Pozsony, 1909. évi december hó 15.-én.

Somlyay Lajos, igazgató. Dworak Károly, igazgatósági elnök.

3585/1909. kig. sz.

Alsófehér vármegye újonnan felállított tövisi járásában a jelenleg 20.224 lakóval bíró 19 községből álló tövisi egészségügyi körben a **körorvosi állás** elhalálozás és a helyettesül megbízott lemondása folytán megürlvén, arra ezennel pályázatot hirdetek.

Megjegyzem, hogy a jelenlegi beosztás, a mennyiben az orvosi körök beosztásáról alkotott 984/909. kgy. számú vármegyei szabályrendelet jóvá fog hagyatni, 10 községből fog állani.

A javadalom áll: 1600 korona törzsfizetés, 5 évenként 200 korona korpótlék s belügyminister úr által jóváhagyandó lakbér, úti átalány, rendelési, látogatási, távolsági díjakból és kilométerpénzből.

Felhívom pályázni szándékozókat, hogy minősítésüket és eddigi alkalmazásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérésüket **1910. január hó 1.-éig** hozzám adják be.

Tövis, 1909. évi december hó 8.-án.

3-2

Tókos Géza, főszolgabíró.

Egy nagy vidéki iparvállalatnál egy önálló működési körrel bíró **kórházvezető orvosi állás** betöltendő.

Javadalmazás: nyugdíjra jogosító 3600 korona évi fizetés, körülbelül 500 korona évi jutalom-részesedés, továbbá lótaras címén folyósított 1200 korona mellékjárandóság, 4 szobás lakás a kórházépületben, szabályszerű fűtési illetmény és villanyos világítás.

Pályázóktól az egyetemes orvostudori oklevéllel igazolandó képesítés, valamint a kórházvezetésre szükséges gyakorlat, úgyszintén a műtői képesítés kimutatása kívánatik.

Hiteles okmánymásolatokkal felszerelt pályázatok **f. évi december hó 31.-éig** „H. R. T.” cím alatt a lap kiadóhivatalához címzendők.

3-3

HIRDETESEK.

A Bór és Lithion tartalmú
GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

kitűnő sikerrel használtatik
vesebajoknál, a húgyhólyag bántalmainál és
köszvénynél, a cukorbetegségnél, az emésztési és lélegzési szervek hurutjainál.

Húgyhajtó hatása!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!

Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Szinye-Lipőcei Salvatorforrás-Vállalatnál
Budapest, V. Rudolfrakpart 8

SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. D. EGGER

Indicatio: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhaachitis.
Kapható minden gyógyszerárban.

Pályázat segédorvosi állásra.

Abbaziai sanatoriumom részére egy a belgyógyászatban kellő jártassággal bíró segédorvost keresek. Legalább egy évi, valamely belgyógyászati klinikán, vagy budapesti közkórház belgyógyászati osztályán töltött gyakorlat kimutatandó. Német nyelvben való tökéletes jártasság feltétel, francia nyelv ismerete kívánatos. Fizetés megegyezés szerint. Az állás 1910 január 15.-én elfoglalható.

Rövid curriculum vitae-vel ellátott ajánlatok mielőbbi szíves be-
küldését kérem.

Dr. Mahler Gyula.

Egyetlen szer sem segíti elő annyira a felszívódást, mint a

Vasogen

Creosot-Vasogen 20%

belsőleg és külsőleg minden esetben rendeljük, a mikor Creosot javulva van. A külső applicatio teljesen pótolja a belső adagolást, a nélkül, hogy az emésztőszervek működését zavarná. Fényes eredmények a gyakorlatban.

Az értéktelen utánzatok elkerülése czéljából kérjük mindig csak „PEARSON”-féle eredeti csomagolást rendelni.

Lactagol

egy specifikus ható lactagogum.

A zsír- és fehérnyertartalom, valamint a tejmennyiségnek meglepő gyors szaporodása már 1-2 nap múlva világosan észrevehető.

Vasogenfabrik Pearson & Co., Hamburg.

Főraktár Ausztria és Magyarország részére:
Maager Vilmos, Bécs, III/3.
Heumarkt 3.

Világhírű

VICHY

-források.
A francia állam tulajdona.

== Igazgatóság: Paris, 24 Boulevard des Capucines 24. ==

Elsőrendű orvosi tekintélyek ajánlják!

Célestins-forrás: Vese- és hólyagbajokban, köszvény és diabetes ellen.

Grande Grille: Májkölika és epekő ellen, alhasi pangásoknál.

Hôpital: Valamennyi dyspepsiás bántalom ellen.

Forrástermények: **Fürdő-, ivósók és pastillák.**

Kapható minden ásványvízkereskedésben és gyógyszerárban. Csak akkor valódi, ha a címken és dugóborítékon a forrás neve rajta van.

Tessék pontosan a forrást megnevezni.

3757

Bromlecithin „Agfa“

Vaspraeparatumok pótszere vérszegénységénél.

Adag: 3 × 2 pilula pro die. — Üvegek à 50—100 pilula à 0.1 gm. Bromlecithin „Agfa“.

I. számú
erősség
erősen
savanyú.

Acidol-Pepsin

II. számú
erősség
gyengén
savanyú.

Kitünő hatású, teljesen tartós
Sósav-Pepsin-Készítmény.
50 0.5 gm.-os pastillákat tartalmazó cartonokban.

Minták és irodalom kívánatra.

ACTIEN-GESELLSCHAFT FÜR ANILIN-FABRIKATION.

PHARMACEUTISCHE ABTHEILUNG.

BERLIN S. O. 36.

Kitünő a légzési szervek megbetegedéseinél a

Syrupus Guajacoli comp. Hell

(Aphthisin szörp alakban) és

Capsulae Guajacoli comp. Hell (Aphthisin capsulákban.)

Guajacolszereink lényegesen megkülönböztetendők a szokásos készítményekkel szemben a jelenlévő Stomachicis és Petrosulfol által; az előbbi könnyű emésztést idéz elő; az utóbbi pedig tüdőaffectiók specificuma gyanánt bizonyult. — Tisztelettel kérjük tehát az orvos urakat, miszerint világosan:

Syrupus Guajacoli comp. Hell és Capsulae Guajacoli comp. Hell

rendelni sziveskedjenek. — Adag: 3—4-szer naponta egy teáskanálnyi syrup, vagy 3—4-szer napjában 1—2 capsula.

Részleteladási ára egy üveg syrupnak 3 korona, pénztári csomagolásban 2 korona, egy doboz capsulának 2 korona.

7408

Irodalom és minták ingyen.

Fabrik pharm. chem. Produkte G. HELL & COMP. Troppau und Wien.

„Nervinol Barabás“

Mélyen tisztelt Orvos úr!

Naponta 3-szor egy evőkanállal egy harmadrész pohár szóda-
vagy ivóvízben étkezés előtt egy jó félórával, méltóztassék
rendelni a klinikailag kipróbált Nervinol Barabást, mely a leg-
tökéletesebb idegerősítő szer.



Kapható minden gyógyszerárban.



ALBOFERIN

Dr. Fritz és
dr. Sachsse által
bevezetve.

tápláló- és erősítő szer kiváló eredménnyel alkalmazható: vérszegénység, sárgaság, scrophulosis, agynélküliség esetén, reconvalescenseknél, neurastheniánál és szoptató asszonyoknál. Számos orvosi dolgozat és vélemény áll rendelkezésre.

alboferin phosphort és vasat természetes, szerves összetételben tartalmaz, víz-, tej-, kakao-, malátakávéban teljesen feloldódik. 8049

Alboferin-por egy-egy kávéskanállal, tej-, kakao- vagy malátakávéban oldva 2-3-szor veendő napjában. Kapható 100, 50 és 25 grammos dobozokban; ára 3.70, 2.—, 1.— korona.

Alboferin-tabletták 0.25, — 50 és 100 darabot tartalmazó dobozokban, naponta 3-szor 2-3 tablettát; ára —.80, 1.— korona.

Alboferin-dragéék (csokoládé-dragéék) 50 és 100 darab, naponta 3-4-szer 3-4 darab. Gyermekneknél és asszonyoknál különösen ajánlható. Ára —.90, 1.70 korona.

Tiszta állapot mellett az Alboferin még más gyógyanyagokkal is összetehető és a következő compositiókban használható:

Arsen-Alboferin-tabletták

1/10 milligramm natr. kakodylic.-al tablettánként. A táplálás előmozdítására a fent említett betegségeknek. Naponta 2-3-szor 2-3 drb., 50 és 100 drb.-ot tartalmazó dobozokban. Ára 1.60, 3.20 K.

Guajacol-Alboferin-tabletták

0.15 Kal. sulfo guajakollal tablettánként. Katarrhusoknál az emésztés előmozdítására és erősítésére. Naponta 3-szor 3 drb., 50 és 100 darabot tartalmazó dobozokban. Ára 1.75, 3.50 K.

Legújabb közlemény: Klinisch-therap. Wochenschrift Nr. 34, 1909, Reichelt J. dr., Bécs: Újabb tapasztalatok Alboferinum purum és Alboferin-kombinációkkal.

———— Brosürák és a nyolcz éven keresztül elért eredményeket tárgyaló dolgozatok, úgyszintén minták rendelkezésre állanak. ————

Gyár és nagykereskedés: G. HELL & COMP., Troppau.

Főraktár Bécsben:

G. HELL & COMP. I., Biberstrasse 8.

Főraktár Budapesten:

TÖRÖK J. gyógysz. VI., Király-utca 12.

A

Liquor-Hypnobromid comp. Glück

tartalmazza az idegrendszerre csillapítólag ható megbízhatóbb szereket (paraldehid, bromidok, opium alkaloidok stb.), de a mellett semmi olyasmi benne nem foglaltatik, mi a szívre káros lenne, vagy pedig még hosszabb alkalmazás mellett is a szervezetet károsan befolyásolná. Összhangzó vélemények szerint a legmegbízhatóbb, minden kellemetlen mellékhatástól ment, betegek által szívesen vett specificum, neurasthenia és hysteria esetében. Emelett kitűnő altatószer és javalva van az idegrendszer izgalmi jelenségekkel összekötött bántalmainál.

Adagja naponta három kávéskanálról három evőkanálra.

A Digestol Glück

a legtökéletesebb emésztőpor.

Összetételénél fogva elősegíti az emésztést (natrium, carbonat, magn.-carbonat, natriumsulphat, kis mennyiségű phenolphtalein, cetrarin stb.), de egyszersmind fokozza a bélműködést s cetrarin-tartalmánál fogva étvágyjavítólag is hat. Javalva van a gyomor és bél legkülönbözőbb bántalmainál, nehéz emésztés esetében, bélrenyheségnél, erjedési savak képződésénél, étvágytalanságnál stb.

Adagja étkezés után egy késhegynyi, egész egy kávéskanálra.

Irodalommal és mintával készséggel szolgál:

GLÜCK REZSŐ gyógyszerészeti laboratoriuma
„Szent Péter“ gyógyszertár
Budapest, VIII., Rákóczi-tér 2. — Telefon 9-32.

SPERMINOL

mint tonikus gyógyszer mindazon betegségek ellen, melyek fogyatékos anyagcsere, vérszegénység, neurasthenia, zavart idegműködés, agykori gyengeség és több más betegségi tünetekből erednek, kitűnően bevált.

Diaethylendiimin- (Spermin-) tartalma 2.26⁰/o.

TAMULECON

egy teljesen ártalmatlan, kitűnően bevált szer minden neurastheniás betegség, impotentia, továbbá hiányos libido, sterilitás, ideges depressziós állapotok stb. ellen.

Kimerítő irodalmat és mintákat az orvos uraknak ingyen és bérmentve küld:

8333

HANDELSHAUS LEOPOLD STOLKIND & Co.
Berlin O. 27. Schicklerstrasse 6.

vagy

JAKITSCH JÁNOS magyarországi vezérképviselő,
Budapest, VI., Rózsa-utca 71.