

# ORVOSI HETILAP.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

LENHOSSÉK MIHÁLY ÉS SZÉKELY ÁGOSTON.

21 TÁBLÁVAL ÉS 134 RAJZZAL.

MELLÉKLETEK:

SZEMÉSZET.

(1—4. szám.)

SZERKESZTI: GRÓSZ EMIL.

GYNAEKOLOGIA.

(1—4. szám.)

SZERKESZTI: TÓTH ISTVÁN.

ELME- ÉS IDEGKÓRTAN.

(1—4. szám.)

SZERKESZTI: BABARZI SCHWARTZER OTTÓ ÉS MORAVCSIK ERNŐ EMIL.

UROLOGIAI SZEMLE

(1—4. szám.)

SZERKESZTI: HABERERN J. PÁL ÉS ILLYÉS GÉZA.

BUDAPESTI ORVOSTUDOMÁNYI FŐETEM  
II. sz. Sebészeti Intézet könyvtára  
Budapest, VIII. Erzsébeti 23-25  
Telefon: 143-600.

~~F.L.~~  
~~4/49~~

1909

ÖTVENHARMADIK ÉVFOLYAM.

BUDAPEST, 1909.

A PESTI LLOYD-TÁRSULAT NYOMDÁJA.

V., MÁRIA VALÉRIA-UTCZA 12. SZ.

XV/53 F 46/1909

ORVOSI HETILAP

LENYÓSZÉK MIHÁLY & SZÉKELY ÁBOSTON

GYERMEKORVOSI

GYERMEKORVOSI



Fl. 52. 25.

Leltári szám; F 46/189.

1909

OTVÁNYI RÁDIAK ÉVORZÁK

1909

OTVÁNYI RÁDIAK ÉVORZÁK

1909

# TARTALOM.\*

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

### Egyetemi intézetekből, klinikákból és kórházakból.

#### I. sz. kórboneczolástani intézet.

1. **Halász Aladár:** A különböző ezukorfajok felszívódása és biológiai viselkedése a vastagbélben 808, 829, 848, 887, 910

#### II. sz. kórboneczolástani intézet.

2. **Kovács József:** A tüdő- és hörgőmirigy-gümőkór pathogenesisének némely vitás kérdéséről ... 95, 115
3. **Goldzieher Miksa és Neuber Ede:** Vizsgálatok a rhinoscleromáról ... 479, 496

#### Bakteriológiai intézet.

4. Ifj. **Liebermann Leó:** Tanulmányok az oxyhaemoglobinnak és néhány más anyagnak bakteriumok okozta reductiójáról ... 577
5. **Gózonny Lajos és Wiesinger Frigyes:** Vizsgálatok az eklampsia puerperalis pathogenesisére vonatkozólag 418

#### Közegészségtani intézet.

6. **Liebermann Pál:** Módszer a phosphorsav quantitativ meghatározására a vizeletben és alkaliphosphatolatokban 445

#### I. sz. belklinika.

7. **Kéty Károly:** A belrostannak és sebészetnek egymáshoz való viszonyáról ... 751, 773
8. **Torday Árpád és Klier Arthur:** Az epefesték újabb színreakciói ... 495
9. **Tornai József:** Az auscultatiós nyomásmérésnek diagnostikai értékéről, különösen a szív functiovizsgálata szempontjából ... 693, 713

#### II. sz. belklinika.

10. **Jendrassik Ernő:** Gyógyulhat-e a dystrophia? ... 523
11. **Jendrassik Ernő:** A neurasthenia fogalmáról ... 901
12. **Kollarits Jenő:** A neurastheniás fájdalom diagnostikája. Ideges szívdobogás és angina pectoris ... 921, 966
13. **Herzog Ferencz:** Extramedulláris gerincvelődaganat 354
14. **Engel Károly:** A mellkasi aorta aneurysmájának át-fürödéséről a vena cava superiorba ... 575

#### III. sz. belklinika.

15. **Ritoók Zsigmond:** Az előbeli vérnyomásmeghatározás értékéről ... 589
16. **Engel Károly:** Haematológiai tanulmányok 623, 643, 661
17. **Kentzler Gyula:** Vizsgálatok a phagocytosisról és az opsoninról ... 370, 391
18. **Róth Miklós:** A Cammidge-féle pankreasreakcióról ... 287
19. **Morelli Gusztáv:** A Kuhn-féle légzőkosár hatása szívhajokban ... 322, 341
20. **Galambos Arnold:** A Schürmann-féle színreactio értékéről lues eseteiben ... 372
21. **Kern Tibor:** Adatok a yoghurt-bacillusnak (bacillus bulgarus) a coli-bacillusra gyakorolt hatásához ... 416, 432

22. **Molnár Béla:** A pankreasnedvnek a gyomorba való jutása ... 463, 481
23. **Benczur Gyula és Kentzler Gyula:** Az antipyreticumok hatása a phagocytosisra ... 511
24. **Schrank Ferencz:** Az adrenalin és chlorcalcium antagonistikus hatásáról ... 539
25. **Ország Oszkár és Barcza Sándor:** A vérsavó trypsinellenes hatásáról ... 592

#### I. sz. sebklinika.

26. **Dollinger Gyula:** Balassa János és a gümős csont- és ízületgyuladások gyógykezelése ... 17
27. **Dollinger Gyula:** A háromosztatú ideg gyökeinek kihúzása az agyacs-sátor alul és az ideggyökök átmetszése, mint a Gasser-dűz kiirtását helyettesítő műtét ... 149
28. **Dollinger Gyula:** A gümős nyaki nyirokesomók subcutan eltávolítása 200 műtött eset alapján ... 321

#### II. sz. sebklinika.

29. **Borszékny Károly és Turán Géza:** A ferment- és antifermentkezelés ... 408
30. **Mutschenbacher Tivadar:** Adatok a strumák kór-tanához 182 eset alapján ... 285, 306

#### I. sz. nőbeteg-klinika.

31. **Báronny János:** Megjegyzések az eklampsianak vese-kihámózással való gyógyítása felől ... U. 97
32. **Wenczel Tivadar:** A prophylactikus lábrafordításról a szülészeti gyakorlatban ... 79
33. **Wenczel Tivadar:** A méhrepedések konzervatív kezeléséről ... 234
34. **Wenczel Tivadar:** Thrombusok és emboliák a gyermekágyban és gynaekológiai operációk után ... 904
35. **Avarffy Elek:** Accouchement forcé per vias naturales 792
36. **Bogdanovics Milos:** Vérnyomásmérések terheseken, gyermekágyasokon, egészséges és beteg asszonyokon ... 923
37. **Horváth Mihály:** Vérvizsgálatok a szülészetben és nőrosvostanban ... 861
38. **Nádossy István:** A lues serumdiagnosisa, különös tekintettel a congenitális syphilisre és a dajkaválasztásra 944

#### II. sz. nőbeteg-klinika.

39. **Tóth István:** Méhenkivüli terhesség eseteiben mikor operáljunk ... G. 101
40. **Tóth István:** Adenoma uteri diffusum ... G. 187
41. **Tóth István:** Chorionepithelioma malignum öt esete G. 209
42. **Kubinyi Pál:** A modern sebészeti irányzat a szülészeti műtétben ... G. 1
43. **Frigyesi József:** Császármetszés hegének nagyfokú elvékonyodása ... G. 34
44. **Frigyesi József:** Az anyagcsere-vizsgálatok értéke a terhességi hányásban ... G. 143
45. **Frigyesi József:** Az anyagcserezavar különböző vizsgálatainak értéke a hyperemesis gravidarum észlelésében ... G. 227

\* Sz. = „Szemészet“. — G. = „Gynaekologia“. — E. = „Elme- és Idegkórtan“. — U. = „Urológiai Szemle“.

46. Scipiades Elemér: Újabb adatok a méhrepedés kezeléséhez	G.	15
47. Scipiades Elemér: Myoma és terhesség	G.	153
48. Schmidlechner Károly: A gyermekági láz kezelése	G.	163
49. Mansfeld Ottó: Appendicitis és terhesség	G.	191
50. Mansfeld Ottó: A descensus- és prolapsus-műtétek tartós eredménye	G.	204

## I. sz. szemklinika.

51. Grósz Emil: A klinika betegforgalma az 1908. évben	Sz.	41
52. Barlay János: Az uvealis tractus sarcomájában szenvedők sorsa	Sz.	107
53. Guth Antal: Methylalkohol okozta megvakulás	Sz.	112
54. Herz Lipót: Lövési sérülés esete	Sz.	8
55. Herzfeld Karola: A klinikán az 1908. év folyamán ápolott glaukomás betegek	Sz.	2
56. Herzfeld Karola: A kezdődő öregkori szürke hályog specifikus organoterápiája	Sz.	43
57. Herzfeld Karola: A myopiaellenes operálás eredménye, különös tekintettel a műtétet követő ideghártyaválásra	Sz.	59
58. Herzfeld Karola: A glaucomaellenes iridectomia tartós eredményei	Sz.	105
59. Herzog H.: A trachoma aetiológiája	Sz.	79
60. Ifj. Imre József: A klinikán ápolott ophthalmia sympathica-esetek	Sz.	4
61. Ifj. Imre József: Az ultraviolet sugarak elleni védekezés ügyének mai állása	Sz.	44
62. Ifj. Imre József: Ophthalmia sympathica	Sz.	109
63. Szekeres Oszkár: Cataracta diabetica esete	Sz.	6
64. Szekeres Oszkár: A trachoma aetiológiája	Sz.	48
65. Szekeres Oszkár: Az atoxyl okozta látás-zavar	Sz.	56
66. Zvarinyi Andor: Az astigmatismus gyakorlati meghatározása és javítása összehasonlító vizsgálatok alapján	Sz.	121

## Budapesti egyetem elmebeteg-klinikája.

67. Reuter Camillo: A Morton-féle betegségről	E.	33
68. Goldberger Márk: Szervi szívhajhoz társuló heveny elmebetegség esetei	E.	35
69. Goldberger Márk: A Korsakov-féle tünetesoport szerepe a dementia paralyticában	E.	87
70. Dósainé Révész Margit: Kísérleti adatok az erkölcsileg züllött gyermekek psychológiájához	E.	109
71. Csordás Elemér: Amentia	E.	163
72. Goldberger Márk: Therapiás közlemények. I. Gynoval. II. Bioson	E.	174

## Budapesti egyetem bőrkórtani intézete.

73. Guszman József: Adatok a syphilitis recidivák létrejöttéhez		185
74. Guszman József: További adatok a syphilitis recidivák létrejöttéhez		657
75. Guszman József és Neuber Ede: A Wassermann-féle syphilisreactio értéke a gyakorlatban		493, 515
76. Neuber Ede: Az elektromos colloidfémek némely alkalmazásáról		269
77. Sella József: Psoriasis-betegen észlelt anaphylaxia		627

## Állatorvosi főiskola gyógyszer-tani intézete.

78. Kóssa Gyula: Eljárás vérnek kimutatására		609
----------------------------------------------	--	-----

## Kolozsvári egyetem ált. kór- és gyógytani intézete.

79. Konrádi Dániel: A veszettség elleni mentesség öröklése		675, 697
------------------------------------------------------------	--	----------

## Kolozsvári egyetem kórboncolástani intézete.

80. Veszprémi Dezső: A Wassermann-féle syphilisreactio jelentősége kórboncolások alkalmával		827, 845
---------------------------------------------------------------------------------------------	--	----------

## Kolozsvári egyetem bőr- és bujakórtani klinikája.

81. Marschalkó Tamás, Jancsó Miklós és Csiki Mihály: A Wassermann-féle syphilisreactio klinikai értékéről		788
82. Veres Ferencz: A Wright-féle opsonin-elméletéről és staphylococcus-betegségek vaccinás gyógyításáról		509, 527, 544

## Kolozsvári egyetem elme- és idegbeteg-klinikája.

83. Zsakó István: Fuldoklás-rohamok epilepsiában		596
84. Zsakó István: A kolozsvári elmebeteg-klinikán észlelt pellagrás psychosisokról		678

## Berlini egyetem II. belklinikája.

85. Benczúr Gyula: Az intramuscularisan befeeszkedett húgysav kiválasztása köszvényes betegen		626
-----------------------------------------------------------------------------------------------	--	-----

## Brüsszeli Pasteur-intézet.

86. Királyfi Géza: Adatok a pneumococcus pathológiájához		843, 885, 908, 928
----------------------------------------------------------	--	--------------------

## Budapesti állami szemkórház.

87. Blaskovics László: Jelentés a kórház 1908. évi működéséről	Sz.	19
88. Blaskovics László: Sajátságos trichiasis-eset gyógyítása a fülkagylóból vett porzogódarab átültetésével	Sz.	129
89. Blaskovics László: A cystoidhegek operatív kezelése	Sz.	131
90. Blaskovics László: A szemhéj szélének újjáalakításáról	Sz.	144
91. Schiller Vilmos: A trachomás áthajlás kimetszésének hasznáról	Sz.	139

## Budapest-lipótmezei állami elmeegógyintézet.

92. Hollós István: A lipótmezei állami elmeegógyintézet 50 évi betegforgalma	E.	75
------------------------------------------------------------------------------	----	----

## Szent Rókus-kórház.

93. Havas Adolf: A szénsavhó-kezelés		842
94. Haberern J. Pál: A prostata ép és kóros physiologiája	U.	1
95. Haberern J. Pál és Makai Endre: A prostatarokról	U.	49
96. Preis Károly: A tuberculosis-bacillusnak a vizeletből való kimutatásáról	U.	20
97. Róth Arnold: Sarcocoele syphiliticum		206
98. Róth Arnold: Chinai tussal készített spirochactakészítmények		968
99. Róth Arnold és Goldner Viktor: A lues színreactiójáról		341
100. Szinnyei József: Az extractum digitalis depuratum hatása a vérkeringési rendszerre. Megjegyzések a digitalis hatásmódjáról		303, 324, 343, 360, 375, 393
101. Weisz Ferencz: A functionális vesediagnostika jelenlegi állásáról	U.	27
102. Weisz Ferencz: Húgyhólyagkőesetek a Rókus-kórház urológiai osztályáról	U.	57

## Szent István-kórház.

103. Dieballa Géza: Heredodegeneratio és lues congenita		1
104. Donath Gyula: A terjedő hűdéses elmezavar kezelése nucleinsavas natrium-injectiókkal		711
105. Balás Dezső: Casuistikus esetek		218, 238
106. Balás Dezső és Brezovsky Emil: Spondylitis luetica ritkább esete		446
107. Szabóky János: Praecipitációs vizsgálatok gümőkór eseteiben		81, 100

## Szent János-kórház.

108. Kuzmik Pál: A tágult gyűjtőerek percutan körülöltése		943
109. Szontagh Félix: A vörheny contagiositásának kérdéséhez		639, 659

	Oldal		Oldal
110. <b>Hudovernig Károly:</b> Neurasthenia és neuralgia E.	1	Bródy-Adél gyermekkorház.	
111. <b>Hudovernig Károly:</b> A Basedow-kór elmezavarairól E.	69	143. <b>Kovács Pál:</b> A gyermekkori lágyéksérveknek műtét- tel való kezelése	167
112. <b>Hudovernig Károly:</b> Tabeszes gyomorkrizisek és mor- phinismus E.	73	Fehér-kereszt gyermekkorház.	
113. <b>Hudovernig Károly:</b> A functionális és organikus nyomási érzékenység megkülönböztetése E.	159	144. <b>Berend Miklós:</b> A kanyaró elleni kórházi védekezés mai állása	564
114. <b>Hudovernig Károly:</b> A brophenin hypnotikus és seda- tiv értékéről E.	140	145. <b>Berend Miklós és Winternitz Arnold:</b> A csecsemők veleszületett pylorusgörcséről	555
Szent János-közkórház.		146. <b>Bakay Lajos:</b> A Deschamp-tű módosítása	628
115. <b>Ifj. Imre József:</b> Cysticercus taeniae saginatae a carun- cula lacrimalisban Sz.	15	147. <b>Czekkel Ferencz:</b> A csecsemőbél-sár fehérjebontó hatá- sáról	563
116. <b>Sárközy Róbert:</b> Ólommérgezéses elmezavar gyógyult esete E.	84	148. <b>Lukács Pál:</b> A Pirquet-féle allergiás próba értéke a csecsemőkorbán	566
Szent Margit-kórház.		Budapesti poliklinika.	
117. <b>Fejér Gyula:</b> Adatok az embolia art. centralis retinae kórképéhez és gyógykezeléséhez Sz.	152	149. <b>Vas Bernát:</b> Anyageserevizsgálatok Röntgen-sugárral kezelt leukaemiásokon	129, 150, 169
118. <b>Pólya Jenő:</b> Néhány új plastikus eljárásról	23	150. <b>Jacobi József:</b> Összehasonlító physikai és Röntgen- vizsgálatok tüdőtuberculosisban. Egyszersmind a Calmette- féle ophthalmoreactióról Röntgen-vizsgálatokkal kapeso- latban	235, 255, 271
119. <b>Pólya Jenő:</b> A modern rákgyógyítás módjai és ered- ményei 97, 118, 134, 154, 171,	188	151. <b>Farkas Ignác:</b> A hólyagtuberculosisról U.	121
Székesfővárosi bakteriologiai intézet.		152. <b>Stossmann Rezső:</b> A vesetuberculosisnál végzett vese- kiirtás késői eredményei U.	102
120. <b>Kiss Gyula:</b> Vizsgálatok a komplementum természetéről	754	Charité-poliklinika.	
Stefánia-gyermekkorház.		153. <b>Sellei József:</b> A húgycső-massage újabb módja	7
121. <b>Bókay János:</b> Adatok a stridor inspiratorius conge- nitus lényegének tisztázásához	38	154. <b>Szili Jenő:</b> Készülék törlek, kendők és lepedők steri- lizálására és felmelegítésére laparotomiáknál	26
122. <b>Bókay János:</b> A bárányhimlőnek a zoster bizonyos eseteivel való kóroktani összefüggéséről	736	Brassói állami szemkórház.	
123. <b>Bókay János:</b> Rachitis tarda ritka esete	738	155. <b>Fabritius Ágoston:</b> A kórház 1908. évi működése Sz.	34
124. <b>Bókay János:</b> Idiopia myxoedematosa. Rendszeres thyreoidéas kezelés tizenegy éven át	742	Hódmezővásárhelyi kórház.	
125. <b>Paunz Márk:</b> Idült genyes középfülgyulladásnak sinus thrombosis-szal és tüdőtályoggal szövődött, műtéttel gyógyult esete	54	156. <b>Ifj. Genersich Antal:</b> Gyermekfejnyi angioma eaver- nosum hepatis operált esete	4
126. <b>Flesch Ármin:</b> Az anaemia infantum pseudoleukaemica	46	Kassai m. k. állami bábaképző.	
127. <b>Flesch Ármin:</b> Pseudoanaemiák a gyermekkorban	739	157. <b>Szabó Gusztáv:</b> Méhrák miatt végzett abdominális gyökeres műtét kiterjedt hólyag- és ureter-resectióval	466
128. <b>Koós Aurél:</b> Az úgynevezett mongolfoltról 30 eset kapesán	42	Nagybeeskereki közkórház.	
129. <b>Péteri Ignác és Singer Gusztáv:</b> Myositis ossificans progressiva esete négy éves fiún	50	158. <b>Báthori Endre:</b> A kórház szemészeti osztályáról Sz.	35
130. <b>Péteri Ignác:</b> A Hirschsprung-féle betegségről egy eset kapesán	55	Pécsvárosi közkórház.	
131. <b>Tóth Sarolta:</b> Duhring-kór nyolcz éves gyermekén	59	159. <b>Kenessey Aladár:</b> A szemészeti osztály működése 1908-ban Sz.	41
132. <b>Vas J.:</b> A Stefánia-gyermekkorház garatmögötti tályog statistikája	61	Szabadkai Mária Valéria-közkórház.	
133. <b>Bókay Zoltán:</b> Hernia diaphragmatis esete	741	160. <b>Donáth Gyula:</b> I. A trachoma változatossága és keze- lése. II. Gyermekági fertőzés folyamán támadt irido- cyclochorioiditis. III. Tertiaer syphilis megnyilvánulása a conjunctiván Sz.	18
134. <b>Finály György:</b> Bőralatti veserepedés műtét által gyógyult esete gyermekén	52	* * *	
135. <b>Lobmayer Géza:</b> Az urachus-sipolyról	57	161. <b>Arany S. Zsigmond:</b> A diabetes kezelése	220, 240
Irgalmas-kórház.		162. <b>Arany S. Zsigmond:</b> Adatok a köszvény ismereté- hez	468, 485
136. <b>Heim Pál és John M. Károly:</b> Adatok a human és bovin tuberculosisbacillus specificitásához	217	163. <b>Áldor Lajos:</b> Adatok a gyomornyalvaelválasztás kór- tanához	267, 290, 309
Pesti izraelita hitközség kórháza.		164. <b>Bajor Dezső:</b> Megfigyelések a tatabányai typhus- járvány alkalmával	450
137. <b>Stiller Bertalan:</b> Észrevételek a gyomor sósavhiányá- nak oktanához	860	165. <b>Baumgarten Egmont:</b> A hangszalagmegvastagodás- nak műtéttel való gyógyításáról	642
138. <b>Kassai Jenő:</b> A Sahli-Seiler-féle leves használható- ságáról	201	166. <b>Csapodi István:</b> A látás élességének új mértéke Sz.	148
Vörös kereszt-kórház.		167. <b>Csillag Jakab:</b> Elektrolysises szőrkiirtás látható heg- nélkül Kromayer-féle tüvel	811
139. <b>Imrédy Béla:</b> Veszettség elleni védőoltások után kelet- kezett hevenyész felszálló jellegű hűdés	824	168. <b>Deutsch Ernő:</b> Novocol Richter-rel tett tapasztalatok	851
Ferencz József-kereskedelmi kórház.		169. <b>Eisenmenger Rudolf:</b> Radioaktivitás és a bázisai jodsóforrások	430
140. <b>Boross Ernő:</b> Coli-fertőzés okozta veseelgyenyedés	525		
141. <b>Boross Ernő:</b> Autovaccinatio a vesemedenceze, hólyag és prostata idült coli-fertőzéses megbetegedéseiben	758		
142. <b>Boross Ernő:</b> A heveny gonorrhoeás mellékherelobok sebészi kezeléséről U.	126		

	Oldal		Oldal
170. <b>Falta Marczel:</b> Adatok a trachoma gyógyításához Sz.	154	182. <b>Ónodi Adolf:</b> Az orrsövény gümőkórjának sebészi	
171. <b>Ferenczi Sándor:</b> Az álom psychoanalysisé és annak		kezeléséről ... ..	610
kórtani jelentősége ... ..	771, 796	183. <b>Paunz Márk:</b> Adatok a homlok- és rostaesontöböl	
172. <b>Fischer Ignác:</b> A homosexualitás és forensikus		mucocelájének ismeretéhez ... .. Sz.	117
méltatása ... ..	E. 5	184. <b>Porosz Mór:</b> Prostata okozta pollutio, spermato-	
173. <b>Fornet Elemér:</b> Gyógyjavulatok idült szívbajokban		rrhoea és impotentia ... ..	927
388, 418		185. <b>Porosz Mór:</b> Epididymitis sympathica (Porosz) és	
174. <b>Halász Henrik:</b> A halántékesont csesnyújtványá-		nem epididymitis erotica (Waelsch) ... .. U.	23
nak elsődleges csontlobjából létrejött extradurális tályog	580	186. <b>Rejtő Sándor:</b> A gyermekkori középtülhurutok ok-	
175. <b>Hollós József:</b> Gümőkóros intoxicationnak bonczolá-		tanához ... ..	82
sal igazolt esete ... ..	306	187. <b>Rosenthal Béla:</b> A karlsbadi víz és a húgysav ...	203
176. <b>Lenkei Vilmos Dani:</b> A légfürdők hatása a test		188. <b>Sámson Márton:</b> A gyomor- és bélbetegségek ész-	
hőmérsékére ... ..	252	szerű kezelésének feltételei ... .. 813,	832
177. <b>Lenkei Vilmos Dani és Weisz Ede:</b> Adatok az		189. <b>Schoitz Kornél:</b> A trachomaellenes védekezés Magyar-	
emanatio-mérés módszeréhez ... ..	428, 447	országban ... .. Sz.	95
178. <b>Lobmayer Géza:</b> Körörmeltávolító eszköz ...	257	190. <b>Udvarhelyi Károly:</b> Az ép és a beteg labyrinthus	
179. <b>Németh Ödön:</b> Az epilepsiások bűneselekményeiről E.	25	functio-vizsgálatának mai állása ... .. 339, 358,	373
180. <b>Okolicsányi-Kuthy Dezső:</b> A tüdőgümőkór hydro-		191. <b>Vajda Géza:</b> Vasdarab 42 évig a szemben tünetek	
therapiája ... ..	610	nélkül ... .. Sz.	12
181. <b>Ónodi Adolf:</b> Fül- és gégeorvostani közlemények		<b>Vajda Géza:</b> Parinaud-féle kötőhártyagyulladás esete Sz.	13
337, 357, 390		192. <b>Wein Manó:</b> A Marmorek-féle gümőkórellenes serum-	
		mal tett tapasztalataim ... .. 113, 131,	152

## TÁRCZA.

	Oldal		Oldal
A községi (kőr-) orvosok országos nyug-		A Stefánia-gyermekkorház jubiláris köz-	
díjintézménye ... ..	8	gyűlése ... ..	396
<b>Grósz Emil:</b> A szünidei orvosi cursusok	27	<b>Győry Tibor:</b> A mellkas kopogtatásának	
A Stefánia-gyermekkorház huszonötéves		felfedezése ... ..	397, 420
fennállása alkalmából ... ..	37	<b>Pfeifer Gyula:</b> Az anyaság és a csesemő	
A Stefánia-gyermekkorház diphtheria-		védelme ... ..	434, 450
statistikája ... ..	63	Az elmebetegek családi ápolása ...	470
A Stefánia-gyermekkorház intubált croup-		<b>Győry Tibor:</b> Az antitoxikus therapia	
esetei ... ..	64	egy magyar előharcosa ... ..	487, 499
A Stefánia-gyermekkorház irodalmi mun-		Darwin-ünnepély ... ..	488
kálatai az intubatióról ... ..	64	<b>Kovács Richárd:</b> Hamburgtól Yoko-	
A Stefánia-gyermekkorház ambulans-		hamáig ... ..	517, 529, 547, 597
betegforgalma alapításától fogva ...	65	<b>Berend Miklós:</b> A budapesti Fehér	
A Stefánia-gyermekkorház fekvőbeteg-		kereszt-gyermekkorház belosztályá-	
forgalma alapításától fogva ... ..	66	nak munkabeosztása (tejkonyha és	
<b>Eröss Gyula:</b> Schoepf-Merei Ágost ...	67	eseseemőosztály, dispensaire) ... ..	568
Az egyetemi gyermekorvostani klinika		<b>Ónodi Adolf:</b> A lipcei egyetem 500 éves	
építése kérdésének jelenlegi állása ...	69	jubileuma ... ..	580
Beszámoló a XIV. szünidei orvosi cursus-		XVI. nemzetközi orvosi congressus 607,	
ról ... ..	83	628, 645	
<b>Hollós József:</b> A tuberculosis elleni küz-		<b>Kovács Ödön:</b> A berlini „Kaiserin	
dés ... ..	84	Augusta Viktoria-Haus“ ... ..	615
<b>Jendrassik Ernő:</b> Bevezető előadás 102,	120	<b>Téglás Gábor:</b> A municipiális orvosok	
<b>Grósz Emil:</b> A specialista-kérdés ...	137	képesítése, hivatalos ezime és alkalmaz-	
<b>Téglás Gábor:</b> A görög orvosi tudomány		zatás módja a Krisztus utáni II.	
történeti kútfőinek legújabb terveze-	207	és III. században Ephesusban ... ..	664
téről ... ..	207	<b>Müller Kálmán:</b> Elnöki megnyitó a XVI.	
Magyarország egészségügye ... ..	222	nemzetközi orvosi congressuson ... ..	683
† <b>Thanhoffer Lajos</b> ... ..	242	<b>Jacobi József:</b> Az orvosi oktatásról	
<b>Kóssa Gyula:</b> A régi magyar orvos-		Svédországban ... ..	684
növendék 257, 273, 292, 310, 326,	345	† <b>Id. Elischer Gyula</b> ... ..	703
A vidéki kórházak igazgatóinak II. orszá-		<b>Pach Henrik:</b> A Társadalmi Múzeum és	
gos értekezlete ... ..	328	a közegészségügy fejlesztése ... 702,	725
<b>Árkóczy József:</b> A budapesti kir. magy.		<b>Jendrassik Ernő:</b> Avató előadás ...	718
tudomány-egyetem stomatologiai kli-		<b>Korányi Sándor:</b> Bevezető előadás ...	720
nikája ... ..	362, 380	<b>Bókay János:</b> Elnöki megnyitó a XVI.	
<b>Tanagl Ferenc:</b> † <b>Klug Nándor</b> ... ..	378	nemzetközi orvosi congressus gyer-	
		mekorvostani szakosztályában ... ..	735
		<b>Grósz Emil:</b> Főtitkári jelentés a XVI.	
		nemzetközi orvosi congressus meg-	
		nyitó ülésén ... ..	761
		<b>Sticker Gy.:</b> A járványok történetének	
		jelentősége a modern epidemiológiá-	
		ban ... ..	761
		<b>Sugár K. Márton:</b> Labyrinthus és nystag-	
		mus ... ..	776
		Markusovszky-féle jubiláris előadások 815,	
		834, 852, 890, 912, ... ..	932
		<b>Nolda:</b> Über die Indikationen der Hoch-	
		gebirgskuren für Nervenranke ... E.	176
		<b>Pólya Jenő:</b> A vakbélgyulladás gyógy-	
		kezelésének kérdése a berlini gyűjtő-	
		statistika és a XVI. nemzetközi orvos-	
		congressus vitájának megvilágításá-	
		ban, különös tekintettel a korai ope-	
		rálásra ... ..	930, 970
		Az orvosok továbbképzése ... ..	968
		<b>Leitner Vilmos:</b> A szegedi m. kir. állami	
		szemkórház ... .. Sz.	21
		<b>Fabritius Ágoston:</b> A brassói m. kir.	
		állami szemkórház új épülete ... Sz.	28
		<b>Grósz Emil:</b> Elnöki megnyitó a XVI.	
		nemzetközi orvosi congressus szemé-	
		szeti szakosztályában ... .. Sz.	77
		<b>Blaskovics László:</b> Magyarország szem-	
		orvosai egyesületének V. közgyűlése	
		... .. Sz.	134
		<b>Ifj. Imre József:</b> Továbbképző cursus	
		szemorvosok számára ... .. Sz.	167
		<b>Taufer Vilmos:</b> Elnöki megnyitó a XVI.	
		nemzetközi orvosi congressus szülé-	
		szeti szakosztályában ... .. G.	96
		<b>Moravcsik Ernő Emil:</b> Lombroso Cesare	
		... .. E.	217
		<b>Weisz Ferenc:</b> A német urológiai tár-	
		saság II. congressusa ... .. U.	77

## IRODALOM-SZEMLE.

## Könyvismertetés.

	Oldal		Oldal
A brünni kerületi betegsegélyző pénztár		<b>Bing:</b> Compendium der topischen Gehirn-	
évi jelentése ... ..	631	und Rückenmarksdiagnostik ... ..	835
<b>Abderhalden:</b> Handbuch der biochemi-		<b>Boenninghaus:</b> Lehrbuch der Ohrenheil-	
schcn Arbeitsmethoden ... ..	800	kunde ... ..	9
<b>Adamson:</b> The skin affections of childhood	71	<b>Boruttau:</b> Handbuch der gesammten me-	
<b>Albarran:</b> Médecine opératoire des voies		dizinischen Anwendung der Elektri-	
urinaires ... ..	275	zität ... .. E.	176
<b>Bayliss:</b> The nature of enzyme action ...	381	<b>Buday:</b> Az egyke Baranya vármegyében	
<b>Biéganski:</b> Medizinische Logik ... ..	570	890	
		<b>Bum:</b> Vorlesungen über ärztliche Unfalls-	
		kunde ... ..	616
		<b>Bumm:</b> A szülészet alapvonalai ... G.	260
		<b>Chyzer:</b> Üti levelek ... ..	260
		<b>Croner:</b> Die Therapie an den Berliner	
		Universitäts-Kliniken ... ..	835
		<b>Curschmann:</b> Lehrbuch der Nervenkrank-	
		heiten ... .. E.	143

	Oldal		Oldal		Oldal
<b>Csabay:</b> Keeskemét város közegészségügyi szabályrendeletének előadói tervezete ...	312	<b>Láday:</b> Emlékezés hírneves budapesti egyetemi tanárokról ...	381, 531	<b>Salamon:</b> Atlas der stomatologischen Brücken- und Regulierungsarbeiten ...	726
<b>Dollinger:</b> A budapesti egyetem I. sz. sebészeti klinikájának évkönyve ...	259	<b>Lechner:</b> Die klinischen Formen der Schlaflosigkeit ... E. 143		<b>Salge:</b> Einführung in die moderne Kinderheilkunde ...	972
<b>Dreyfus:</b> Über nervöse Dyspepsie. E.	144	<b>Legrand:</b> Les invalides cérébraux ...	471	<b>Schneider:</b> Die Prostituierte und die Gesellschaft ...	208
<b>Dührssen:</b> Gynäkologisches Vademecum ...	762	<b>Loeb:</b> Die Bedeutung der Tropismen für die Psychologie ... E. 175		<b>Schott:</b> Acute Überanstrengung des Herzens und deren Behandlung ...	85
<b>Edinger:</b> Der Anteil der Function an der Entstehung von Nervenkrankheiten ...	312, E. 42	<b>Lommer:</b> Die Wahrheit über die Irrenanstalten ... E. 175		<b>Schwalbe:</b> Vorlesungen über Geschichte der Medizin ...	570
<b>Eichhorst:</b> Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie innerer Krankheiten ...	364	<b>Magyarország orvosainak évkönyve és czímtára ...</b>	175	<b>Sinclair:</b> Semmelweis, his life and his doctrine ... G. 219	
<b>Elsner:</b> Lehrbuch der Magenkrankheiten ...	933	<b>Marburg:</b> Mikroskopisch-topographischer Atlas des menschlichen Zentralnervensystems ... E. 176		<b>Strauss:</b> Vorlesungen über Diätbehandlung innerer Krankheiten ...	778
<b>Engel:</b> A gyermekvédelem böleselete ...	174	<b>Martius:</b> Neurasthenische Entartung einst und jetzt ...	816	<b>Strümpell:</b> Nervosität und Erziehung ...	224
<b>Fournier:</b> Kann ich geheilt werden? ...	452	<b>Merzbach:</b> Die krankhaften Erscheinungen des Geschlechtssinnes ...	137	<b>Sudhoff:</b> Aerztliches aus griechischen Papyrus-Urkunden ...	665
<b>Gerber:</b> Die Komplikationen der Stirnhöhlenentzündungen ...	157	<b>Näcke:</b> Über Familienmord durch Geistesranke ... E. 145		<b>Szana:</b> Az új ipartörvény közegészségügyi szempontból ...	243
<b>Guyan:</b> A vallás sociológiája ...	913	<b>Neisser et Jacobi:</b> Iconographia dermatologica ...	548	<b>Szatmári:</b> Fracastoro Jeromos tankölte-ménye a francia kórságról ...	518
<b>Heim és Preisich:</b> Általános haematologia ...	501	<b>Neuburger:</b> Geschichte der Medizin ...	489	<b>Trotsenburg:</b> Die Seekrankheit und ihre Verhütung ...	933
<b>Hoehenegg:</b> Lehrbuch der speziellen Chirurgie ...	193, 600	<b>Nolda:</b> Über die Indikationen der Hochgebirgskuren für Nervenranke E. 176		<b>Turán:</b> Az orvosi titoktartásról ...	208
<b>Hollós:</b> A gümőkóros intoxicatiók ...	726	<b>Olsavszky:</b> Az ambulatorikus betegvizsgálat methodikája ...	328	<b>Urstein:</b> Die Dementia praecox und ihre Stellung zum manisch-depressiven Irresein ... E. 145	
<b>Horváth:</b> Vezérfonal a vegytani gyakorlatokhoz ...	347	<b>Osváth:</b> Egészségi tanácsadó ...	121	<b>Útmutató a baleseti sérülések körüli orvosi eljárásokban ...</b>	294
<b>Hraše:</b> Die Pflege der Geistesranke E. 42		<b>Ónodi:</b> Die Stirnhöhle ...	471	<b>Vorberg:</b> Guy de Maupassant's Krankheit ... E. 177	
<b>Hutinel:</b> Les maladies des enfants ...	742	<b>Pikler:</b> Orvosi emlékeimből ...	121	<b>Voss:</b> Klinische Beiträge zur Lehre von der Hysterie ...	471
<b>Hutya und Marek:</b> Spezielle Pathologie und Therapie der Haustiere ...	193	<b>Polgár:</b> Legelő segélynyújtás mindenki használatára ...	399	<b>Winckel:</b> Allgemeine Gynäkologie G. 260	
<b>Jehle:</b> Die lordotische Albuminurie ...	72	<b>Pouilhès:</b> La criminalité juvénile et les récidivistes ...	548	<b>Zuntz und Loewy:</b> Lehrbuch der Physiologie des Menschen ...	852
<b>Jubileumi dolgozatok a poliklinika huszonöt éves fennállásának alkalmából ...</b>	103	<b>Preisich:</b> Lehrbuch und Atlas der Zahnkrankheiten mit Einschluss der Mundkrankheiten ...	224		
<b>Kelinack:</b> Tuberculosis in infancy and childhood ...	71	<b>Rabl:</b> Geschichte der Anatomie an der Universität Leipzig ...	647		
<b>Klopstock und Kowarsky:</b> Praktikum der klinischen chemisch-mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchungsmethoden ...	435	<b>Rank:</b> Der Mythos von der Geburt des Helden ...	815		
<b>Kneise:</b> Handatlas der Cystoskopie ...	275	<b>Richardière et Sicard:</b> Maladies de la nutrition ...	616		
<b>Knoblauch:</b> Klinik und Atlas der chronischen Krankheiten des Zentralnervensystems ... E. 144		<b>Röhmman:</b> Biochemie ...	436		
<b>Knorr:</b> Die Cystoskopie und Urethro-skopie beim Weibe ...	28	<b>Röse:</b> Erdsalzarmut und Entartung ...	421		
<b>Körner:</b> Fülörvostan ...	704	<b>Rumpel:</b> Die Cystoskopie im Dienste der Chirurgie ...	913		
<b>Landois-Rosemann:</b> Lehrbuch der Physiologie des Menschen ...	686	<b>Sahli:</b> Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden ...	582		

## Lapszemle.

I. Bonczolástan. Összesen 3 közlés.
II. Általános kör- és gyógytan. Összesen 34 közlés.
III. Gyógyszertan. Összesen 7 közlés.
IV. Belorvostan. Összesen 89 közlés.
V. Sebészet. Összesen 122 közlés.
VI. Szemészet. Összesen 4 közlés.
VII. Szülészeti- és nőorvostan. Összesen 57 közlés.
VIII. Elme- és idegkórtan. Összesen 100 közlés.
IX. Gyermekorvostan. Összesen 59 közlés.
X. Bőrkórtan. Összesen 35 közlés.
XI. Venereás betegségek. Összesen 37 közlés.
XII. Húgyveszervi betegségek. Összesen 74 közlés.

XIII. Orr-, torok- és gégebetegségek. Összesen 19 közlés.
XIV. Fülörvostan. Összesen 15 közlés.
XV. Orthopaed sebészet. Összesen 4 közlés.
XVI. Fizikai és diéta gyógyításmódo-dok. Összesen 17 közlés.
XVII. Kiseb közlések az orvosgyakorlatra. Összesen 127 közlés.

E rovatokat a szerkesztésén kívül a következők gyarapították közlésekkel: Adler Oszkár, Avarffy Elek, Berecz János, Bogdanovics Milos, Bókay Zoltán, Csordás Elemér, Faludi Géza, Fleisch Armin, Frigyesi József, Galambos Arnold, Gergő Imre, Goldberger

Márk, Goldner Viktor, Guszman József, Györi Bella, Halász Aladár, Heller Pál, Hudover-nig Károly, Inselt Arnold, Kollarits Jenő, Koós Aurél, Kopits Jenő, Lenkei V. Dani, ifj. Liebermann Leó, Lichtenberg Sándor, Lob-mayer Géza, Loránd Leó, Lovrich József, Makai Endre, Mansfeld Ottó, Mező Béla, Müller Imre, Nagy László, Ország Oszkár, Pólya Jenő, Rejtő Sándor, Reuter Camillo, Révész Ernő, Révész Margit, Safranek János, Schütz János, Scipiades Elemér, Steiner Pál, Székely Zsigmond, Szili Jenő, Szimyei József, Tibor Ervin, Tóth Sára, Tótfalussy Imre, Udvarhelyi Károly, Vas Jakab, Verness Ferenc, Weisz Ferenc, Winter Ferenc, Zoltán Elek.

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

	Oldal		Oldal		Oldal
Magyar tudományos akadémia 162, 229, 385, 767		Budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya ... 34, 93, 111, 146, 604		V. országos elmeorvosi értekezlet ... E. 183	
Budapesti kir. orvosegyesület 91, 108, 126, 142, 162, 180, 197, 213, 229, 248, 264, 281, 333, 351, 385, 404, 440, 783, 804, 820, 839, 856, 896, 917, 937, 976		Közkórházi orvostársulat 13, 33, 92, 110, 127, 145, 199, 215, 230, 282, 298, 317, 334, 351, 368, 386, 426, 441, 458, 476, 620, 637, 671, 732, 768, 938, 977		Szegedi orvos-egyesület 14, 165, 182, 300, 655, 672, 733, 786	
Budapesti kir. orvosegyesület dermatologiai és urológiai szakosztálya 232, 250, 265, 299, 406, 443, 460, 477, 507		Budapesti orvosi kör ... 145		Német nőorvosok egyesületének XIII. congressusa 506, 522, 535, 552, 587, 603	
Budapesti kir. orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztálya E. 51, E. 151, E. 205		Magyar orvosi könyvkiadó-társulat ... 280		Német pathologiai társaság XIII. évi összejövétele ... 352, 369	
Budapesti kir. orvosegyesület gynaekologiai szakosztálya ... G. 39, G. 237		Magyarország szemorvosai egyesületének V. közgyűlése ... Sz. 134		Német urológiai társaság II. congressusa G. 257, U. 77	
Budapesti kir. orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya 459, 979		Erdélyi Múzeum-egyesület 35, 94, 183, 199, 216, 300, 319, 335, 352, 387, 537, 605, 621, 768, 940		XVI. nemzetközi orvosi congressus 635, 651, 670, 690, 708, 731, 748, 767, 785, 806, 820, 840, 857, 897, 939, 978, Sz. 158, U. 110, U. 135, E. 190	
		Országos orvos-szövetség máramarosi fiók-szövetsége ... 638		Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléséből 16, 128, 147, 266, 301, 320, 407, 461, 522, 605, 622, 638, 656, 673	

## TÁRGYMUTATÓ.

	Oldal		Oldal		Oldal
Abducens-hűdés otitis mellett	140	Aorta-aneurysma	442	Bismuthum subnitricum használata a sebé-	146
Abducens-hűdéssel szövődött mastoiditis	195	Aorta-aneurysma átfürödése a vena cavába	229, 575	Borchardt fraise	216
Accouchement forcé per vias naturales	792, G. 249	Aortitis syphilitica	622	Bossi-Knapp-féle méhszájtágító	301
Achilles-in elszakadása és csontosodása tabeszes egyéneken	111	Apoplexia kezelése	705	Bóráttüneteskor érzéstelenítés	159
Achylia gastrica kapcsán tetania	671	Appendectomia után megmaradó vakbél-táji fájdalmak	601	Bórbaj, sajátságos	443
Aeromegalia gyógyítása	277, E. 149	Appendicitis és terhesség	G. 191, G. 251	Bórbajok gyógyítása	781, 801, 977
Aeromegaliában a canalis craniopharyngealis persistálása	E. 149	Appendicitis gyógyítása	106	Bórrák, másodlagos	508
Adenoid vegetatio okozta hangrészgöres	424	Appendicitis kapcsán tetania	365	Börreflexek jelentősége nephritisben	407
Adenoma uteri diffusum	G. 187	Appendicitis korai operálása	930, 970	Börtuberculosis, autoinoculatio	477
Adrenalin és chlorcalcium antagonistahatása	539	Appendicitis-műtét utáni korai fölkelés	277	Bransford-Lewis-féle cystoskopok	U. 106
Adrenalin használata a gyógyításban	461, G. 74	Appendicitis sévtömlőben	111	Bromexanthema	637
Aether-narcosis, rectális	584	Appendicitis tünetek pneumoniában	276	Bromfersan	383
Aggkor és kriminalitás	E. 181	Appendicitis-szel összetéveszhető betegségek	225	Bromural	246, 315, 438, 619
Agyvelődaganat eseteiben spontan javulás	423	Appendix-carcinoma	123	Bromvalidol	278
Agyvelődaganatok keletkezésében a trauma jelentősége	E. 147	Appendixben, betegben, vérzések	853	Bronchectasia gyógyítása	586, 894
Agyvelőgümő	13	Apraxia motorica	E. 176	Bronchitis, idült, kezelése	669
Agyvelőkamara állandó drainézése	10	Arccsába körjelzése és kezelése	816	Brophenin	E. 140
Agyvelőkamarák pungálása	347	Argentum colloidalis	617	Brown-Séquard-sérülés	33
Agyvelőkéreg functiója	E. 43	Argyll-Robertson-tünet pedunculus-bántalomban	E. 147	Brown-Séquard-sínteresoport	E. 53
Agyvelő-lues	E. 58	Arsen hatása	104	Budapesti kir. orvosegyesület — I. Orvosegyesület	
Agyvelőpunctio	194, 348, 490	Arsen hatása a pankreasra	974	Bulbaerparalysis kétoldali ophthalmoplegiával és látóidegsorvadással	92
Agyvelőrázkódás után Korsakow-tünet-csoport	E. 147	Arsenkészítmények, szervesek	548	Bursitis calcanea	111
Agyvelőszövődmények, otogen eredetűek	182	Arteriosclerosis	549	Cachexiások vizeletének színreactiója	312
Agyvelőtályog és sinus thrombosis, otogen, műtévese	248	Arteriosclerosis és gyomor-fájdalmak	669	Cammidge-reactio	287
Agyvelőtályog homloküreggyenedés után	533	Arteriosclerosis pathogenesis	522	Cannabis indicae extractum butyricum	634
Agyvelőtályog műtett esete	318	Arthritis gonorrhoeica	508	Carcinoma-anaphylaxis	600
Agyvelővérzés seborvosi kezelése	364	Arthritis gonorrhoeica gyógyítása	160	Carcinoma appendicis	123
Akadémia, magyar tudományos	162, 229, 385, 767	Arthritises izomsorvadás	E. 62	Carcinoma conjunctivae	804
Albuminuria a vesék tapogatása után	U. 149	Aspermatismus, időszakos	407	Carcinoma cutis, másodlagos	508
Albuminuria, idült intermittáló	519	Asthma bronchiale és gyógyítása	244, 329, 349, 584	Carcinoma, epeütbeli, gyökeres műtévese	688
Albuminuria idült székrekedés esetén	891	Astigmatismus meghatározása és javítása	Sz. 121	Carcinoma, foglalkozásból eredő	366
Albuminuria, múltékony	400	Atoxyl	277	Carcinoma-gyógyítás	97, 118, 134, 154, 171, 188, 226
Albuminuria összefüggése a vizelet savanyúságával	632	Atoxyl okozta látás zavar	Sz. 56	Carcinoma, inoperabilis, kezelése	673
Albuminuria prognosisa	835	Atoxylsavas kénéső	854	Carcinoma kórtana	501
Alexander-Adams-műtét kellemetlen következménye	383	Auscultatiós nyomásmérés	693, 713	Carcinoma mammae — I. Emlőrák	
Alimentaris intoxicatio	74	Autovaccinatio húgyivarszervi coli-fertőzésekben	758	Carcinoma multiplex a fejtetőn	319
Alkoholok élettani hatása	162	Álmatlanság, toxikus, viszonya gyomorbajokhoz	E. 45	Carcinoma prostatae	U. 49
Almatein	331, 424	Álom psychoanalysis	771, 796	Carcinoma, Röntgen-fény okozta	331
Alopecia gyógyítása	520, 634	Ásványkötőrészek anyagforgalma	583	Carcinoma ureteri	U. 90
Alopecia, traumás eredetű	11	Ásványvizek hatása a bére	616	Carcinoma uteri — I. Méh- és méhnyakrák	42
Alopecia universalis	508	Bakteriumok okozta reductio	577	Carcinoma vaginae, elsődleges	G. 42
Alvás zavarai	E. 45	Balassa János és a gümös esont- és ízületgyulladások gyógykezelése	17	Carcinoma, vesemedencebeli	U. 91
Amblyopia sympathica	732	Baleset és elmebetegség	181	Carcinoma vulvae	G. 39
Amentia	E. 163	Baleset, ipari, összefüggése a sérvvel	163	Carcinoma golyva	839
Amylnitrit befolyása az érrendszerre	600	Balesetbiztosítás	142, 162	Cardia-rák kiirtása	87
Anaemia, csecsemőkori	688	Balesetbiztosítás és orvosi titoktartás	197	Cardiospasmus kezelése	139, 601
Anaemia infantum pseudoleukaemica	46	Barlow-kór ritka alakja	974	Cataracta diabetica	Sz. 6
Anaemia pernicioza	441	Basedow-kór családos előfordulása	E. 51	Cataracta organotherapiája	Sz. 43
Anaemia perniciosában a szemfenék elváltozásai	687	Basedow-kór elmezavarai	E. 69	Chloroform-halál, elhúzódo	618
Anaemia splenica infantum kezelése	532	Basedow-kór, gyermekkori	215	Cholecystitis és cholangitis, kö nélküli	914
Anaemiával járó lép- és májmegnagyobbodás	816	Basedow-kór gyógyítása	474	Cholelethiasis-műtétek	123
Anaesthesia cerebri corticalis	E. 66	Basedow-kór összefüggése a női nemi szervek működésével	764	Cholera kórtana	779, 973
Aneurysma, agyalapi	538	Bárányműtét összefüggése zosterrel	736	Cholesterin és Wassermann-reactio	E. 178
Aneurysma aortae	442	Báznai jód-só források és radioaktivitás	430	Chorea kezelése	244
Aneurysma aortae átfürödése a vena cavába	229, 575	Belorvostan és sebészet egymáshoz való viszonya	751, 773	Chorionepithelioma malignum	G. 209
Aneurysma a. popliteae	769	Belső elválasztású mirigyek kölcsönhatása	666	Chyluscysta, mesenterialis	123
Aneurysma, fiatalkori	764	Beszámíthatóság, korlátolt	E. 183	Cirrhosis hepatis gyógyítása	244
Aneurysma műtévese	296	Beszédfejlődés	E. 44	Coal-ar, módosított	977
Angioma cavernosum hepatis műtett esete	4	Bélelzáródás, ligamentum rotundum okozta	106	Colifertőzés okozta veseelgyenedés	525
Angioma kezelése	105, 245	Bélhurut, csecsemőkori, kezelése b. acidi lactici-vel	746	Collargol	226, E. 150
Angioma laryngis	979	Bélkiiktatás, nagy kiterjedésű, következményei	520	Colloidfémek némely alkalmazása	269
Angolkór, veszületett	974	Bélmozgásra a senna- és ricinus-olaj hatása	138	Complementum természetese	754
Antipyreticumok hatása a phagocytosisra	511	Bélrepedés, spontan	109	Conjunctiva-rák plastikai műtévese	804
Antisepsis, műtét utáni	10	Bélrepedés, subcutan	283	Conjunctivális tuberculinreactio sebészi értéke	313
Antitoxikus therapia egy magyar előharczósa	487, 499	Bélresectio	127, 283, 638, 672, 857	Conjunctiván a tertiar lues megnyilvánulása	Sz. 18
Anuria	U. 147	Bélsárban a nyálka kimutatása	104	Conjunctivitis, Parinaud-féle	Sz. 13
Anuria méh- és méhnyakrák eseteiben	U. 148	Bélsárban a vér kimutatása	193, 260	Cornea-homály, kétoldali symmetriás elsődleges szalagszerű	93
Anuria prophylaxisos kezelése méh- és méhnyakrák eseteiben	473	Bier-pangás befolyása az immuntestek képződésére	503	Coryfin	533
Anyagforgalom, ásványkötőrészeké	583	Bioson	E. 175	Coryzol	227
Anyagforgalom csökkenése	453	Bismuth-pasztá befecskendezése után agyhyperaemia	93	Creosotal	689
Anyaság és csecsemő védelme	434, 450			Cysta epiglottidis	386
Aorta nem halálos lött sérülése	618			Cysta ovarii	621



Családi bajok ...	Oldal 531	Eleidin ...	Oldal 649	Fehérjevizelés — I. Albuminuria.	Oldal
Családi degeneratio ...	856	Elektrargol ...	329	Fehérkereszt-gyermekkorház belosztálya-	
Császármetézés ... G. 68, G. 69	69	Elephantiasis genitalis ...	334	nak munkabeosztása ...	568
Császármetézés, cervicalis ... G.	263	Elhújasodás gyógyítása 266, 802, 853,	890	Fehérvérsejt-elváltozások genyedő folya-	
Császármetézés, extraperitoneális 214, G.	261, G. 262, G. 264, G. 265, G. 266,	Elhújasodás különböző alakjai ...	294	matokban ...	704
G. 267, G.	268	Elischer Gyula † ...	703	Fejbőr mikroorganizmusai ...	124
Császármetézés, suprasymphysaer ... G.	264	Elmebaj és baleset ...	181	Felkartörés, supracondylaer ...	146, 977
Császármetézés hegének nagyfokú elvé-		Elmebaj, szervi szívbajhoz társuló ... E.	35	Ferment- és antiferment-kezelés ...	408
konyodása ... G.	34	Elmebajokban a collargol használata E.	150	Fersan ...	160
Csecsemőbélár fehérjebontó hatása ...	563	Elmebajosok családi ápolása ... E.	189	Fertőzőbetegségek kezelése ...	105
Csecsemő és anyaság védelme ...	434, 450	Elmebajosok neurogliájának vizsgálata E.	148	Fertőzőbetegségekben a láz jelentősége	294
Csecsemő gyomorműködése ...	503	Elmebajosok táplálása szondával ... E.	150	Fertőzőbetegségekben meteorismus ...	780
Csecsemőhalandóság, nyári ...	801	Elmebajosok véreinek cytologiai vizsgálata	E. 49	Fibrin használata a sebkezelésben ...	836
Csecsemők veleszületett pylorusgörcse ...	555	Elmebetegnek családi ápolása ...	470	Fibrolysin ...	802
Csecsemőkorbán a Pirquet-reactio értéke	566	Elmekörtanban aetiologiás és therapiás		Fibrolysin alkalmazása a végbélen és	
Csecsemőkori alimentáris intoxicatio ...	211	irányelvek ...	145	hüvelyen át ...	707
Csecsemőkori alkati eczema ...	314	Elmeorvosi értekezlet, V. országos ... E.	183	Fibrolysin-tapasz ...	837
Csecsemőkori anaemia ...	688	Elmezavar, Basedow-kóros ... E.	69	Fibromyoma uteri ...	317, 621
Csecsemőkori bélhurut kezelése b. acidi		Elmezavar, indukált ... E.	149	Foglalkozási göresök ... E.	178
lacticivél ...	746	Elmezavar, ólommérgezéses ... E.	84	Forrólég használata a sebészetben ...	632
Csecsemőkori hasmenés kezelése ...	729	Emanatio-mérés ...	428, 447	Forróvízkezelés bőrbajokban ...	801
Csecsemőkori hányás összefüggése aero-		Emboliák a gyermekágyban és gynaeko-		Framboesia tropica ...	601
phagiával ...	16	logiai operációk után ...	904	Frangol ...	800
Csecsemőkori heveny csont- és ízületgyu-		Emlékezőcsalódás, azonosító ...	199	Fumiform ...	729
ladás ...	915	Emlédegánatok a gyermekkorban ...	277	Furunculosis, gyermekkori, kezelése ...	572
Csecsemőkori leukaemia ...	780	Emlőgyulladás, gümőkóros ...	199	Furunculosis gyógyítása ...	894
Csecsemőkori multiplex tályogok vaccina-		Emlőmirigy késői lueses megbetegedése ...	195	Fülbaj, syphílisés ...	550
gyógymódja ...	618	Emlőrák késői recidívája ...	30	Füledetűl agyvelőszövődmények ...	182
Csecsnijútvány-műtétéknél helybeli érzés-		Emlőrák-műtétek tartós eredménye ...	601	Fülgenyedéshez társult sinusthrombosis	
telenítés ...	935	Emphysema pulmonum — I. Tüdőemphy-		operált esete ...	94
Cseplez-csavarodás ...	941	sema.		Fülhurutok, gyermekkoriak, oktana ...	82
Csipőizületi ficzomodás, veleszületett	165,	Empyema, idült, operatív kezelése ...	600	Füljárat teljes elzáródása ...	537
Csonttörések kezelése ...	180, 298	Encephalitis luetica ... E.	206	Fül, középső, gümőkórja, kétoldali ...	894
Csúz kezelése ...	106, 138	Endographia ...	816	Fül, középső, gyuladása és malaria ...	894
Czombszúrásból eredő intraperitoneális		Endothelioma ganglii Gasseri ...	331	Fül, középső, gyuladása sinusthrombosis-	
vérzés ...	978	Epefésék újabb színreakciói ...	495	sal és tüdőtályoggal szövődve ...	54
Czukor kimutatása a vizeletben ...	638	Epeköbetegség — I. Chololithiasis.		Fül, középső, idült genyedésének konzervatív	
Czukrok felszívódása és viselkedése a		Epeút-bronchusfistula ...	490	gyógyítása ...	88
vastagbélben ... 808, 829, 848, 887,		Epeutak rákjának gyökeres műtévése ...	688	Fülsclerosis és autointoxicatio ...	729
488		Epevezeték-elzáródás ...	605	Fülrégek genyes gyuladásának operatív	
Darwin-ünnepély ...	488	Epididymis-sarcoma, elsődleges ...	605	kezelése ...	127
Deformitások, világrahozottak, aetiologiája	335	Epididymitis gonorrhoeica sebészi keze-		Fülrégek ellen a labyrinthus megnyitása	278
Dementia praecox prognosisa ... E.	50	lése ... U.	126	Fürdő, forró ...	227
Dermoid a szemhéj alatt ...	334	Epididymitis gyógyítása ...	160	Galvánózás szívbajokban ...	816
Desalgin ...	436	Epididymitis sympathica ... U.	23	Gangraena nosocomiale, lábszárfekélyhez	
Deschamp-fé módosítása ...	628	Epiglottion cysta ...	386	társult ...	508
Diabetes mellitus gyógyítása ... 158, 220,		Epilatio electrolytica Kromayer-tível 811,	896	Gangraena praeputii et glandis ...	352
240, 729, 800		Epilepsia, genuin és symptomás, viszonya	472	Gangraena senile ellen arteriovenosus	
Diabetes mellitusra vonatkozó újabb vizs-		Epilepsia, gyermekkori, kezdete ...	473	anastomosis ...	473
gálatok ... 157, 175, 312		Epilepsia gyógyítása 504, 689, 763, 765,		Gangraena, spontan multiplex ...	458
Diabeteses czukorkiválasztásra az izom-		894, E. 149		Garatmögötti tályog műtéti kezelése ...	893
munka befolyása ...	531	Epilepsia, Jackson-féle, trepanált esete ...	216	Gasser-dűcz endotheliomája ...	331
Diabeteses hályog ... Sz. 6		Epilepsiaszerű göresök középfülgyuladá-		Gastritis, idült, gyógyítása ...	178
Diarrhoea — I. Hasmenés.		sos geny retentiója következtében ...	383	Gastroenterostomia öt éves gyermekén ...	318
Digipuratum 141, 303, 324, 343, 351, 360,		Epilepsiában a vérnyomás viselkedése E.	180	Gastroenterostomiát követő ulcus jejuni ...	687
375, 393		Epilepsiában fuldoklás-rohamok ...	596	Gerincoszlop blastomycosisa ...	473
Digitalis-forrázat tartóssá tévése ...	573	Epilepsiában sajátosság reszketés ... E.	47	Gerincvelődaganat, extramedulláris ...	354
Digitalis hatásmódja 303, 324, 343, 360,		Epilepsia göres és húgysav viszonya E.	47	Gerincvelődaganat műtete után a gyógyu-	
375, 393		Epilepsiaások bűncselekményei ... E.	25	lás lefolyása ...	454
Digitalis kombinálása más szerekekkel	329	Epithelioma multiplex ...	352	Gége-angioma ...	979
Digitalis-kúra, prolongált ...	471	Erdélyi Múzeum-egyesület 35, 94, 183,		Gégecső elsődleges daganatai ...	124
Diphtheria folyamán tüdőemphysema ...	532	199, 216, 300, 319, 335, 352, 387, 537,		Gégegümőkór és terhesség ...	915
Diphtheria gyógyítása ...	688	605, 621, 768, 910		Gégegümőkór kezelése ...	178
Diphtheria-mérgezés ...	366	Erkölesileg züllött gyermekek psycholo-		Gégehűdés kezdődő tabesben ...	281
Diphtheria serumtherapiája ...	619	giájja ... E.	109	Gégelupus ...	459
Diplosal ... 296, 438, 975		Erythema nodosum-szerű metastasisok pe-		Gégeorvostani közlések ... 337, 357,	390
Duhring-kór nyolcz éves gyermekén ...	59	riostális tályog mellett ...	477	Gégepapilloma műtete ...	672
Duodenum-fekély diagnosisa ...	225	Esbach-féle fehérjepróba módosítása ...	602	Gégerák műtévéének eredményei ...	246
Duodenum-fekély az első évtizedben ...	75	Eucerin ...	728	Gégescleroma gyógyítása Röntgen-suga-	
uodenum-fekélyek paedatropiában ...	348	Eulatin ...	802	rakkal ...	918
Dysmenorrhoea gyógyítása ...	32	Eustach-kürt endoskopiája ...	894	Gégeszűkület és tüdőtuberculosis ...	248
Dystrophia gyógyulhat-e? ...	523	Eustenin ...	935	Gégeszűkület, heges, kezelése ...	178
Dystrophia, 37 éve tartó ...	914	Exostosis multiplex mellett chondrosar-		Gégeszűkület scleroma folytán ...	459
Dystrophia musculorum progressiva E.	64	coma ...	768	Gégevarrat, körkörös ...	733
Dystrophia musculorum progressiva in-		Exsudativ diathesis, serophulosis és tuber-		Gégevizényő, idült ...	979
fantilis ...	319	culosis ...	934	Glaucoma ... Sz. 2	
Echinococcus a hasfalban ...	604	Égésesbnek transplantációval gyógyítása	15	Glaucoma ellen új műtét ... Sz.	171
Echinococcus ellen belső kezelés ...	89	Égés után támadt szemhéj- és ajak-ectro-		pium műtete ...	105
Eczema, csecsemőkori ...	314	pium műtete ...	33	Gliaszövet festése ... E.	43
Eczema, csecsemőkori, czukorvizeléssel ...	229	Ehezés hatása a táplálkozás zavar külön-		Glioma cerebelli ...	604
Eczema, csecsemőkori, esetében váratlan		böző szakáiban ...	314	Glykogen a köpetben ...	194
halál ...	366	Érzéstelenítés, általános ...	295	Glykosuria jelentősége a terhességben ...	436
Eczema, gyermekkori, gyógyítása ...	894	Érzéstelenítés bőrátültettkor ...	159	Glykosuria, nem diabeteses ...	667
Eczema gyógyítása ... 177, 368		Érzéstelenítés, gyűjtőeres ... 260, 604,	934	Goldschmied-féle irrigációs endoszkop U.	94
Eczet vagy citromlé? ...	781	Érzéstelenítés, helybeli ...	263	Golyva, rákos ...	839
Egyetemi gyermekorvostani klinika építé-		Facialis-hűdés családós előfordulása E.	51	Gonorrhoea cervicis kezelése ...	520
sének kérdése ...	69	Favus a scrotumon ...	458	Gonorrhoea gyógyítása ... 456, 916	
Egyetemi stomatologiai klinika ... 362,	380	Favus gyógyítása ...	215	Gonorrhoea, leánykori, vaccina-gyógy-	
Eklampsia gyógyítása vesekihámozással U.	97	Fájdalomcsillapítás ...	320	módja és serumkezelése ...	77
Eklampsia puerperalis pathogenesisis ...	418	Fehérjeanyagforgalom terén haladás ...	264	Gonorrhoea recti ...	649
Eklampsia puerperalis placentáris elmélete	106				

	Oldal		Oldal		Oldal
Gonorrhoeás arthritis és gyógyítása	160,	Hemiplegia kezelése	705	Ichthyosis és pajzsmirigy közötti összefüggés	128
Gonorrhoeás mellékheregyulladás sebészti kezelése	U. 126	Hemiplegia migraine mellett	E. 148	Icterusos újszülött vérsavójának haemolysises képessége	77
Gonorrhoeás serpiginosus fekély	728	Hemiplegia öröklött lues alapján gyermekben	914	Idegbajok baleset következtében 142, 143,	891
Gonorrhoeás spermatoocystitis	U. 87	Hemiplegia sajátságos esete	458	Idegbajosok, vagyontalanok, intézete	210
Granuloma malignum	768	Hemiplegia, szervi, felismerésére új jelek	276	Idegesség, gyermekkori, összefüggése a táplálkozással	262
Graphospasmus tetaniás typusa	E. 62	Hemiplegiában nevető- és sírógörcsök	E. 178	Idegkórtan helyzete és tanítása	9
Guajacose	854	Hepatikus köhögés	9	Idegrendszer, központi, festése	E. 43
Gummaképződés, másodlagos	315	Hepatocholangioenterostomia	382	Idiotia myxoedematosa thyreoideás kezelése	742
Gümőkór — I. Tuberculosis.		Heredaganat	232	Iköbölgenyedés orbitális szövetdménynyel	35
Gynoal	474,	Herére a Röntgen-sugarak hatása	U. 47	Infraspinatus-reflex	E. 58
	855, E. 174	Heredodegeneratio és lues congenita	1	Inreflexek jelentősége nephritisben	407
Gyengeelméjűség megállapítása az első iskolaévben	436	Hernia cruroscrotalis	424	Intubációs gégeszűkületek retrograd tágitása	786
Gyermekágyban thrombusok és emboliák	904	Hernia inguinalis nőkben	853	Iridocyclochorioiditis gyermekkori fertőzés folyamán	Sz. 18
Gyermekágyi fertőzés folyamán iridocyclochorioiditis	Sz. 18	Hernia musculi tibialis antici	440	Irógöres kezelése	634
Gyermekágyi kisebb gyuladások kezelése	G. 269	Hernia — I. Sérv és Lágycsérvtől is.	817	Ischiadicus resectiója	764
Gyermekágyi láz elleni küzdés	G. 67	Herniologiai adatok	383	Ischias kezelése	502, E. 46
Gyermekágyi láz kezelése	G. 163	Heroin	383	Isopral	32
Gyermekbénulás, heveny	818	Herpes zoster — I. Zoster.		Iszakosság gyógyítása	225
Gyermekmek, erkölcsileg züllöttek, psychologiaja	E. 109	Higany — I. Kéneső.		Ivókúra kénesvízzel a gyermekkorban	76
Gyermekkori középfülhurutok oktana	82	Híghomörireg-daganat	979	Izomsorvadás, arthritises	E. 62
Gyermekkori légycsérvtől operálása	167	Hímlőltás technikájának módosítása	818	Izomsorvadás, neurális	E. 46
Gyermekkori pseudoanaemiák	739	Hírschsprung-féle betegség	55	Járványok történetének jelentősége a modern epidemiológiában	761
Gyermektetania pathogenesise	E. 179	Homlok-empyema	784	Jod mennyiségi meghatározása	229
Gyomorátífürödés	503	Homloküreggyenyedés kapesán agyvelőtályog	533	Jodbenzin	533
Gyomorátífürödés után létrejött, idegen test okozta hashártyagümőkór	331	Homloküreg villamos és radiographiai átvilágítása	404	Jodival	975
Gyomorbaj okozta álmatlanság	E. 45	Homlok- és rostaesontöböl mucocelje	Sz. 117	Jodkalium hatásmódja	312
Gyomorbajok észszerű kezelésének feltételei	813,	Homokóra-gyomor	93	Jothion	178
Gyomor endographiás vizsgálata	816	Homosexualitás	249, E. 5,	„Kaiserin Augusta Viktoria-Haus“	615
Gyomor érzékenysége sósavval szemben	87		E. 182	Kanyaró elleni kórházi védekezés	564
Gyomorfejdalmak és arteriosclerosis	669	Húgy megváltozása a vese tapogatása után	531	Kanyaró járó való felismerése	296
Gyomorfejkély gyógyítása	472	Húgyban a gümöbacillusok kimutatása	U. 20	Karell-kúra	705,
Gyomorfejkély kórszárnyazása, műtévéseinek javallatai és kezelése	763	Húgyban czukor kimutatása	638		836
Gyomorfejkély operált esete	183	Húgyban festékes sejtek	801	Karlsbadi víz és hűgysav	203
Gyomor, homokóraalakú	93	Húgybeszűrés	318	Katatonía a gyermekkorban	E. 50
Gyomorhyperaciditas kezelése	279	Húgycső-massze újabb módja	7	Katatonía kórbonezolástana	E. 50
Gyomorkrízis sebészeti kezelése	549	Húgycsőspoly, többszörös	232	Kámför használata	349
Gyomor lött sebzése	300	Húgycsőszakadás, medenczetérés által okozott	401	Kártérítési paranoid	181
Gyomorfűködés csecsemőben	503	Húgyelválasztás magyarázata	422	Kátrányfürdő	125,
Gyomorműtét	300	Húgyhólyag-bélsipolyok	836		619
Gyomor nedvelválasztó és emésztő képessége	9	Húgyhólyagdaganatok a gyermekkorban	77	Keratohyalin	649
Gyomornedvelválasztás és menstruatio	194	Húgyhólyagdaganatok kór- és gyógyana	423	Kék fény gyógyító hatása	974
Gyomornedvelválasztás mechanizmusa	896	U. 89, U. 117, U. 149	149	Kéneső kiválasztása és felszívódása	474,
Gyomornyálkaelválasztás kórtana 267, 290,	309	Húgyhólyag-gangraena, sequestráló	U. 89	Készülék törlek, kendők és lepedők sterilizésére	26
Gyomorrák műtévése	655	Húgyhólyaggyulladás gyógyítása	G. 74	Kézdesinfeció	G. 74
Gyomor-sarcoma	93	Húgyhólyaggyümőkór	U. 121	Kéztő sajkaesontjának izolált törése	111
Gyomor savtartalmának mennyileges meghatározása	933	Húgyhólyaghasadék gyökeres műtévése	U. 117	Klimakterium kór- és gyógytana	139
Gyomorsipoly zárása hashártyalebenyvel	978	Húgyhólyagizomzat megbetegedései	U. 90	Klug Nándor †	378
Gyomor sósavhiányának oktana	860	Húgyhólyag-méh-fistula	317	Kocher-féle ventrofixatio következményei	G. 251
Gyomortágulás, postoperatív 245,	277	Húgyhólyagnyak papillosus daganatai	U. 46	Kolpokoeliotomia kellemetlen következményei	383
Gyomorteljes kiirtása rák miatt	282	Húgyhólyag-papilloma, recidiváló	216	Koponya, veleszületett puha	744
Gyomórvérzés esetében az a. coronaria ventriculi lekötése	231	Húgyivarszervi coli-fertőzésekben auto-vaccinatio	758	Koponyaacsontthiány pótlása celloidin-lemezzel	300
Gyomórvérzés kezelése	781	Húgykövek	U. 47, U. 57	Koponyaacsont nagyobb anyaghiányának esontos pótlása	108
Gyula-lás	28	Húgyretentio a terhességben	U. 89	Korsakow-tünetesoport agyvelőrázkódás után	E. 147
Gyűjtőértárgulat gyógyítása percutan körülöltéssel	943	Húgszervi gümőkór	U. 115	Korsakow-tünetesoport szerepe a demencia paralyticában	E. 87
Haematocela kezelése ectopiás terhesség után	G. 277	Húgyutak radiographiája	U. 95	Kórházak, vidékiek, országos értekezlete	328
Haematologiai tanulmányok	623, 643,	Húgyutak sérelése hasúri méhrák-műtétek után	87	Köhögés, hepatikus	9
Haematomyelia	661	Hüvely és méh kettős volta	127	Köldöksérvműtét Mayo szerint	300
Haematuria a terhességben	G. 70	Hüvelyrák, elsődleges	G. 42	Köldökszinór-kezelés	G. 74, G. 75
Haematuria nőkben	U. 119	Hüvelyzuhany	G. 75	Köldökszinórconk kezelése	177
Haemophilia serumtherapiája	519	Hydrocephalus kezelése	245	Könyökizület osteoplastikai resectiója	633
Hajhullás kezelése	618	Hydrocephalus-műtét, érdekes	473	Köpet glykogentartalma	194
Halator	104	Hydronephrosis, intermittáló	U. 96, U. 119	Körömbaj, ritka	11
Hamburgtól Yokohamáig 517, 529, 547,	597	Hydronephrosis rendellenes veseverőeren lovgoló ureterrel	804	Körömbajok kezelése Röntgen-fénnyel	585
Hangrészgöres, adenoid vegetatio okozta	424	Hydronephrosis, részleges	U. 90	Körömtávolító eszköz	257
Hangszalagmegvastagodás operálása	642	Hypernephromák pathogenesise	10	Köszvény kór- és gyógytana 260, 347, 468, 485, U.	95
Hangszalagzavarok strumectomia után	30	Hypnosis előidőzésére egyszerű segédeszköz	E. 49	Köszvényben az intramuscularisan befecskendett hűgysav kiválasztása	626
Hashártyagyulladás — I. Peritonitis.		Hypnosis mint gyógyeljárás	934	Közkórházi orvostársulat 13, 33, 92, 110, 127, 145, 199, 215, 230, 282, 298, 317, 334, 351, 368, 386, 426, 441, 458, 476, 620, 637, 671, 732, 768,	938,
Hasmenés	422	Hypophysis-kivonat okozta érrelváltozás	294		977
Hasmenés, csecsemőkori, kezelése	729	Hysteria-diagnosis, téves	687	Kraurosis penis	U. 94
Hasreflex	122	Hysteria fogalmának átalakulása	329	Kretinismus kezelése pajzsmirigyátültetéssel	853
Hasüreg védelmi berendezései	194	Hysteria gravis és sclerosis multiplex együttes előfordulása	E. 62	Kuhn-féle álarczczal való kezelés	456
Hasúri szervek érzékenysége	313	Hysteriás brachialgia	E. 178	Kuhn-féle légzőkosár hatása szívbajokban	322,
Hályog — I. Cataracta.		Hysteriás láz	572		341
Hebosteotomia	G. 69	Hysteriás rohamok	E. 47		
Hemiatrophia facialis circumscripta	198				
Hemicrania gyógyítása	549				
Hemicrania mellett hemiplegia	E. 148				
Hemicrania ophthalmoplegia	763				

Kuhn-féle peroralis intubatio	820
Kulcsosonhiány, kétoldali veleszületett	604
Kutyakölyök használata tejszívásra	836
Labyrinthus és nystagmus	776
Labyrinthus functio-vizsgálata	339, 358, 373
Laparo-kolpohysterotomia	79, G. 70
Lábelonius körjelző jelentősége	123
Láb elejének fájdalomassága	313
Lábizzadás kezelése	935
Lábrafordítás, prophylaxisos	79, G. 51
Lábszárfejkély kezelése	424
Lábszárfejkélyhez társult gangraena nosocomiale	508
Lágyfekély gyógyítása	89, 456
Lágyék-lymphomák sebészi kezelése	34
Lágyéksérv, gyermekkori, operálása	167
Lágyéksérv gyökeres műtete	668
Látás élességének új mértéke	Sz. 148
Látás-zavar orrbaj folytán	937
Látóidegfen szemölcsképződés	180
Látótér egyszerű jelzése	Sz. 171
Láz, hysteriás	572
Láz jelentősége fertőző betegségekben	294
Leiomyoma multiplex dorsi	232
Lepényi időszak kezelése	437
Lepra aetiologiája	893
Lepra-fertőzés módja	893
Leprabacillusok agglutinációjára	533
Leprabacillusok, Ziehl-eljárással nem festhetők	585
Leukaemia, csecsemőkori	780
Leukaemiásokon, Röntgen-fénnyel kezelve, anyagcserevizsgálatok	129, 150, 169
Leukocytia-eltározások genyedő folyamatokban	704
Leukocytosis vesegyulladásban	301
Leukoderma psoriaticum	532
Légcsőszűkületnek plastikával gyógyított esete	673
Légtüdő hatása a test hőmérsékére	252
Légmell — I. Pneumothorax.	
Lép kocsnycsavarodása	632
Lichen albus	406
Lichen a szájnyalukbártyán	246
Lichen ruber planus familiaris	262
Lichen scrophulosorum	476
Lichen scrophulosorum tuberculinoltás után	818
Lipesci egyetem 500 éves jubileuma	580
Lipótmezei elmegyógyintézet 40 évi betegforgalma	333
Lipótmezei elmegyógyintézet 50 évi betegforgalma	E. 75
Lipótmezei elmegyógyintézet története	281
Lombroso †	E. 217
Lupus erythematosus gyógyítása tuberculinnal	460
Lupus laryngis	459
Lupus nasi	459
Lupus operatív-plastikai kezelése	649
Lupus vulgaris gyógyítása	88, 443, 503, 605, 765
Lysoform	85
Magzatabortentio	G. 74
Magyarország egészségügye	222
Malaria gyógyítása	367
Malaria perniciosában meningitises jelenségek	454
Malum perforans alae nasi	937
Mandolaimetszés javalatai és technikája	424
Mandola-túltengés kezelése	124
Maniás-depressió elmezavar lefolyása	E. 181
Maniás-depressió betegek gyermekei	E. 181
Markusovszky-féle jubilaris előadások	815, 834, 852, 890, 912, 932
Marmorek-serum	113, 131, 152, 572
Mastoiditis abducens-hűdéssel	195
Masszázs a bőr megvédése	160
Májangioma műtett esete	4
Májbajok viszonya a chromaffin-rendszerhez	348
Májcirrhosis gyógyítása	244
Májcirrhosisban vesevérzés	86
Meckel-diverticulum invaginációjára	139
Medinal	212
Melanoderma phthiriatica	402
Meleg levegővel kezelés	633
Melgvíz-kezelés a dermatológiában	668
Mellhártya — I. Pleura.	
Mellkas kopogtatásának felfedezése	397, 420
Mellékheregyulladás — I. Epididymitis.	

Mellékpajzsmirigy tünetek	549
Mellékvese és nemi jelleg	U. 95
Mellékvese-kiirtás hatása a vér cukortartalmára	147
Meningealis vérzésben albuminuria	974
Meningitis basilaris gummosa	476
Meningitis cerebrospinalis	934
Meningitis cerebrospinalis gyógyítása	602
Meningitis cerebrospinalis epidemica serumkezelése	73, 381
Meningitis cerebrospinalis, hosszú lefolyású	226
Meningitis cerebrospinalis következményei	225
Meningitis, gyermekkori, új tünete	836
Meningitis tuberculosa gyógyulása	30
Meningitisben (szinleltben) kétszeres trepanatio	401
Menstruatio a terhességben és gyermekágyban	G. 68
Menstruatio és gyomornedvelválasztás	194
Menstruatio késleltetése	669
Mesenterialis chyluscysta	123
Mesenterium commune	897, 919
Metamorphosisról élettani és energetikai vizsgálata	767
Meteorismus fertőző betegségekben	780
Methylalkohol okozta megvakulás	Sz. 112
Méh diffus adenomája	G. 187
Méh érző beidegzése	G. 71
Méh, fibromás, teljes torsiója	G. 240
Méh-fibromyoma	317
Méhleszállás és előesés műtétének tartós eredményei	G. 204
Méhmyoma és gyermekágy	G. 269
Méhnyak-gonorrhoea kezelése	520
Méhnyak és terhesség	30
Méhnyak metastasisa a coecumban	917
Méhnyak műtete	333, 335, 466
Méhnyak szűkekben	438
Méhnyak műtete	G. 52, G. 243, G. 252
Méhnyak műtete	234, G. 15
Méh-retroflexio kezelése	159
Méh-szájtágító, Bossi-Knapp féle	301
Méh-tágító, új	G. 75
Méh teljes kiirtása, ritka indiciójú	G. 248
Méhvérzés kezelése	331
Méhenkivüli terhesség	109, 940
Méhenkivüli terhesség kezelése	11, G. 101
Mészók a gyógyításban	147
Migraine — I. Hemigrania.	
Mikrokephalia	605
Mongolismus	424
Monotal	916
Morphinismus alapján polyneuritis	E. 180
Morphiumról leszoktatás	622
Morton-féle betegség	E. 33
Moulage-készítés technikája	508
Mucocela, homlok és rostacsontöbbsi	Sz. 117
Műtét utáni antiseptis	10
Mycosis fungoides	768
Myoma cysticum	G. 47
Myoma és terhesség	G. 153
Myopiaellenes operálás eredménye, különös tekintettel a retina leválásra	Sz. 59
Myositis ossificans progressiva	50, 896
Myositis ossificans traumatica	424
Myotonia congenita anatómiája	E. 146
Myxoedema	319
Myxoedema kezelése pajzsmirigyátültetéssel	853
Myxoedemás idiotismus infantilis	33
Naevus verrucosus linearis partim atrophicus	406
Napfény használata a sebészetben	402
Napszűrásban a cerebrospinalis folyadék vizsgálata	277
Napfűrdözés káros hatása	729
Narcosis mesterségesen kibebített vérkör mellett	87
Narkotizálás új módja	437
Nausea	571
Nátha gyógyítása	227
Nebézlégzés alvás közben	404
Nephritis — I. Vesegyulladás.	
Nephrolithiasis diagnózis és kezelése	804, U. 93, U. 113, U. 114
Nephrolithiasis gerinczvelősérülés eseteiben	U. 43
Nephrolithiasisban a nephrotomia és pyelotomia értéke	87
Neurasthenia és neuralgia	E. 1

Neurasthenia fogalma	901
Neurastheniás állapotok pathogenesis	519
Neurastheniás fájdalom diagnostikája	921, 966
Neurofibrillumok természete	126
Neurofibroma multiplex	896
Neuroglia vizsgálata elmebajokban	E. 148
Neurosis traumatica	180, 727
Neurosisok, belső szervek	726
Neurosisok, érzőszervek és trophiásak, gyógyítása és körjólata	122
Neurosisok gyógyítása	12, 504
Neurotoxinos savok	E. 177
Novocol Richter	851
Nőorvosok, németek, XIII. congressusa	506, 522, 535, 552, 587, 603
Női nemi szervek gümőkórja	G. 275
Női nemi szervek kiterjedt égési hegei miatt végzett műtét	385
Női tej physiologiai hőmérséklete	74
Nyálka kimutatása a bélsárban	104
Nyelv sclerodermiája	455
Nyelvestűsön a syphilis első nyilvánulása	458
Nyomásérzékenység, funkcionális és organikus, megkülönböztetése	E. 159
Nyomáskülönbségi eljárás	139
Obesitas — I. Elhízás	
Obstipatio, spasmosus, kezelése	656
Oesophagus-sarcoma	331
Ophthalmia sympathica	Sz. 4, Sz. 109
Ophthalmoplegiás migraine	763
Opsonin	124, 370, 391, 509, 527, 544
Orrbaj okozta látás-zavar	937
Orrban gümőkóros daganat	386
Orrkő	459, 605
Orrkrizis, tabes	295, 424
Orrlupus	459
Orrmelléküregek genyedei szövettana	706
Orrmelléküregek megbetegedése vörhenyben	106, 491
Orr, mesterséges, aranyvázalattal megtámasztott	33
Orrsvény-gümőkór sebészi kezelése	610
Orrsvényluxatio	605
Orrüreg kemény sánkere	246
Orrvörösség gyógyítása	402
Orvosegyesület, budapesti királyi	91, 108, 126, 142, 162, 180, 197, 213, 229, 248, 264, 281, 333, 351, 385, 404, 440, 783, 804, 820, 839, 856, 896, 917, 937, 976
Orvosegyesület, budapesti királyi, dermatologiai és urológiai szakosztálya	232, 250, 265, 299, 406, 443, 460, 477, 507
Orvosegyesület, budapesti királyi, elme- és idegkörtani szakosztálya	E. 51, E. 151, E. 205
Orvosegyesület, budapesti királyi, gynaekologiai szakosztálya	G. 39, G. 237
Orvosegyesület, budapesti királyi, orr- és gégegyógyászati szakosztálya	459, 979
Orvosegyesület, budapesti királyi, sebészeti szakosztálya	34, 93, 111, 146, 604
Orvosegyesület, szegedi	14, 165, 182, 300, 655, 672, 733, 786
Orvosnövendék, régi magyar	257, 273, 292, 310, 326, 345
Orvosszakértők díjazása	197
Orvos-szövetség mármaroszi fiókszövetsége	638
Orvostársulat, közkörházi — I. Közkörházi orvostársulat.	
Orvosi congressus, XVI. nemzetközi	607, 628, 635, 645, 651, 670, 683, 690, 708, 731, 748, 761, 767, 785, 806, 820, 840, 857, 897, 939, 978, Sz. 158, U. 110, U. 135, E. 190
Orvosi cursus, szünidei	27, 83
Orvosi könyvkiadó társulat, magyar	280
Orvosi kör, budapesti	145
Orvosi oktatás Svédországban	684
Orvosi titoktartás és balesetbiztosítás	197
Orvosi tudomány, görög, történeti kútforrás	207
Orvosok foglalkozásból eredő syphilise	490
Orvosok (községi és kör-) országos nyugdíjintézménye	8
Orvosok, municipiálisok, a Krisztus utáni II. és III. században Ephesusban	664
Orvosok továbbképzése	968
Osteomalacia	335
Osteopathia tabetica	E. 207
Osteoplastika	30, 159

Otogen sinus thrombosis és pyaemia	Oldal	14	Pneumoniában vesegyulladás	Oldal	632	Scleroedema felmöttek	Oldal	402
Oubain	727		Pneumothorax, miftét közben /amad, megszüntetése	147, 455		Scleroma az orrban és gégeben	264	
Ovariotomia, kétoldali, terhesség mellett	G. 49		Pneumothorax tuberculosa gyógyítása	490		Scleroma laryngis gyógyítása Röntgensugarakkal	918	
Oxycephalia látás-zavarokkal	E. 46		Poliomyelitis acuta adultorum	E. 63		Scleroma okozta gégeszűkület	459	
Oxygenfürdők neurosisok ellen	12		Poliomyelitis anterior acuta kórjólata	503		Sclerose en plaques kórjólata	30	
Oxygen intraabdominalis használata	455		Polyarthritus tuberculosa	86		Sclerosis multiplex cerebralis anaesthesia tüneteivel	E. 65	
Oxykámfor rendelése	474		Polyex haemia vera	92		Sclerosis multiplex és hysteria gravis együttes előfordulása	E. 62	
Ólommérgezés gyógyítása	551		Polyneuritis is angina után	E. 154		Sclerosis multiplex kórbonecolastana	E. 48	
Ólommérgezés és elmezavar	E. 84		Polyneuritis elmezavar morphinismus alapján	E. 180		Sclerosis és struma a serdülő korban	E. 149	
Óngyilkosok, fiatalkorúak	E. 182		Polypus cavi nasopharyngealis	459		Scopolamin morphium	G. 74	
Öröklési terheltség tana	E. 154		Praehepatitis fibrinosa et purulenta	914		Scopolamin-morphium-chloroform-aetherbódítás	123	
Pajzsmirigy és gümőkór	619		Propaesin	263		Scotoma, fibrae medullares által okozott	Sz. 171	
Pajzsmirigy és ichthyosis közötti összefüggés	128		Prostata belső secretiója	U. 87		Scrotumon elsődleges favus	458	
Pajzsmirigyátültetés	30, 105		Prostatadaganat, szokatlan lefolyású	U. 87		Sebészi műszerek sterilizése	573	
Pajzsmirigykiirtás következményei	123		Prostata ép és kóros physiologiája	U. 1		Sebkezelés gipszszel	105	
Pajzsmirigy teljes kiirtása káros következményeinek megelőzése	638		Prostata-kövek	U. 147		Senna hatása a bélmozgásra	138	
Pankreas-bajok viszonya a chromaffin-rendszerhez	348		Prostata okozta pollutio, spermatorrhoea és impotentia	927		Sepsises megbetegedések gyógyítása	226, 617	
Pankreas-cysta	13		Prostata-rák	U. 49		Serum-betegség megelőzése	227	
Pankreas-elégtelenség új jele	158		Prostatatültengés kezelése	917, U. 86, U. 88, U. 118		Sérv, diaphragmás	741	
Pankreasnedvnek a gyomorba való jutása	463, 481		Prostatatültengés pathogenesisise	934		Sérv és ipari baleset	163	
Pankreasra az arsen hatása	974		Prostata vegyes daganata	U. 87, U. 119		Sérv, inguinalis — I. Lágyéksérv		
Pankreatitis	648		Prostituáltak psychéje	86		Sérvtömlő gümőkór	605	
Pankreatitis epeköbetegség kapcsán	473		Prostituáltak serodiagnostikai vizsgálata	854		Sérvtömlő, kettős	146	
Pantopon	246, 800		Prostitutio New-Yorkban	764		Sérvtömlőben keletkezett appendicitis	111	
Papilloma laryngis	672		Prurigo gyógyítása	505		Simulatio — I. Szimlelés		
Papilloma vesicae recidivans	216		Pruritus gyógyítása	894		Situs inversus viscerum	264, 426	
Parakeratosis	649		Pruritus universalis pylorusrák kapcsán	476		Skarlátvörös-kenőcs	705	
Paralysis és trauma	E. 180		Pruritus univcrsali kezelése	634		Skrofulás mirigyduzzanatok kezelése	263	
Paralysis progressiva, fiatalkori	E. 50, E. 149		Pseudoanaemiák a gyermekkorban	739		Spasmophilia	E. 179	
Paralysis progressiva kezelése	711		Pseudoparalysis luetica	E. 59		Specialista kérdés	137	
Paralysis progressiva lefolyásmódjai	145		Psoriasis és syphilis szövődése	386		Spengler újabb szerének értéke	780	
Paralysis progressiva újabb kórjelző módszerei	934		Psoriasisos be egen észlelt anaphylaxia	627		Spermatocystitis gonorrhoeica	U. 87	
Paralysis progressivában a Korsakov-tünetesoport szerepe	E. 87		Psoriasisos leukordema	532		Sphincter ani restructiója	383	
Paranoia acuta	E. 148		Psychopolyneuritis chronica és dementia	E. 147		Spirochaeta-készítmények, tussal előállítottak	968	
Paranoia klinikai alapkérdése	E. 48		Psychosis, pellagrás	678		Spirochaeta pallida kimutatása	550	
Paranoia, kártérítési	181		Purpura haemorrhagica	127		Spondylarthritis deformans	247	
Parasiták kimutatása a vérben	104		Purpura urticans, generalizált	460		Spondylitis luetica	446	
Parinaud-féle kötőhártyagyulladás	Sz. 13		Pustula maligna gyógyítása	438		Stefánia-gyermekkorház 25 éves fennállása	37, 78	
Parotis-sipoly, veleszületett	605		Pyelitis a terhességben	G. 72		Stefánia-gyermekkorház jubilaris közgyűlése	396	
Parotitis epidemica	638		Pyelocystitis, gyermekkori	401		Stefánia-kórház garat mögötti tályog statistikája	61	
Pathologiai társaság, német, XIII. évi összejövele	352, 369		Pyelonephrosis operált esete	300		Stefánia-kórház ambulans-betegforgalma	65	
Pellagra gyógyítása	313		Pyelotomia	839, U. 91, U. 113		Stefánia-kórház fekvőbeteg-forgalma	66	
Pellagrás psychosok	678		Pyelonephritis anyán és újszülöttjén	U. 92		Stefánia-kórház diphtheria-statistikája	63	
Pemphigus neonatorum kezelése	572		Pyelonephritis anyán és újszülöttjén	U. 92		Stefánia-kórház intubált croup-esetei	64	
Pemphigus vulgarisban biológiai vizsgálatok	195		Pylorusgöres, csecsemőkori veleszületett	555		Stefánia-kórház irodalmi munkálatai az intubatióról	64	
Pergenol	707		Pyonephrosis	U. 93		Stenon-vezeték körkörös varrata	918	
Pericarditis — I. Szívburkolob.			Pyonephrosis tuberculosa	231		Stomatologiai klinika	362, 380	
Pericollitis	532		Pyonephrosis typhosa	296		Stridor inspiratorius congenitus	38	
Peritonitis acuta diffusa kezelése	365, 550		Pyosalpinx megrepedése	977		Strophantin befeckendezése a vérbe	436	
Peritonitis, homályos eredetű	159		Rachitis congenita	76		Struma és scoliosis a serdülő korban	E. 149	
Peritonitis tuberculosa gyógyítása	9		Rachitis, szokatlan lefolyású	319		Strumák kórtaához adatok	285, 306	
Pertussis gyógyítása	196, 277, 315, 632, 634, 802, 818		Rachitis tarda ritka esete	738		Strumectomia után hangszálagzavarok	30	
Pertussishoz társuló eklampsia kezelése	818		Radioaktivitás és a bázni jodsó források	430		Styptol	331	
Peru-lenicet	817		Radiotherapia eredményei	633		Styralok	975	
Pénztári orvosok incompatibilitása	163		Rák — I. Carcinoma.			Subphrenikus tályog operált esete	183	
Phagedaenismus, lágyfekély kíséretében támadó, kezelése	765		Reactio, mozdulatoknál jelentkező reproductiós és associációs	E. 44		Süketnéma tud-e úszni?	818	
Phagocytosis	370, 391, 511		Rectoplastica	621		Sycosis parasitaria	317	
Pharmakomania	138		Reszketés sajátos alakja epilepsiában	E. 47		Synoskop	Sz. 171	
Phimotomia, kozmetikai	13		Retina központi verőerek emboliája	Sz. 152		Syphilis, agyvelőbeli	E. 58	
Phosphoros csukamájolaj hatása a só-anyagcserére	124		Retinában idegen test	198		Syphilis a tropusokban	915	
Phosphorsav quantitativ meghatározása a vizeletben és alkaliphosphat-oldatokban	445		Részeg állapotban nemzés befolyása az utódokra	E. 48		Syphilis átöröklése	745	
Phrenocardia	489		Rhino-laryngoscleroma	264		Syphilis congenita és heredodegeneratio	1	
Pirquet-reactio értéke a csecsemőkorbán	566		Rhinosecleromára vonatkozó vizsgálatok	479, 496		Syphilis congenitában szenvedő csecsemők lumbal punctiós folyadékának vizsgálata	177	
Pitylen	572		Rhodanatrium therapiás alkalmazása	602		Syphilis d'emblee	490	
Pityriasis lichenoides chronica	317, 460		Ricinus-olaj hatása a bélmozgásra	138		Syphilis első nyilvánulása a nyelvcsőben	458	
Pityriasis pilaris Devergie	198		Rivalta-próba	260		Syphilis és pityriasis rosea Gibert	476	
Pityriasis rosea Gibert és lues	476		Röntgen-fény	214, 215, 235, 255, 271, 331, 532, 585, 768, 918, E. 149, U. 47		Syphilis és psoriasis szövődése	386	
Plastikai műtétek	23, 732		Sabromin	141, 689		Syphilis és tactoválás	572	
Pleuraösszenövés gyógyítása	853		Sahli-Seiler-féle leves	201		Syphilis-fertőzés, extragenitális	111, 199, 368, 460	
Pleura-punctio u'áni savós kiköpés	704		Salicylkészítmények hatása a gyomorra	837		Syphilis gyógyítása	12, 88, 140, 178, 277, 505, 533	
Pleuritis sero-fibrinosa autoserotherapiája	276		Salpingoskop	195		Syphilisimmunitás majmokon	438	
Pneumin	278		Samol-kenőcs	160		Syphilis-kutatások Jáva szigetén	245	
Pneumococcus-fertőzés	605		Sanosin	818		Syphilis maligna	111	
Pneumococcus pathológiájához adatok	843, 885, 908, 928		Santyl	456, G. 73		Syphilis megnyilvánulása a conjunctiván	Sz. 18	
Pneumonia gyógyítása	727		Sarcocele syphiliticum	206, 298		Syphilis, öröklött, prognosisa	456	
Pneumoniában a szív működés vizsgálata	600		Sarcoma epididymitis	605		Syphilis papulosa psoriasiforme	111	
Pneumoniában hastünetek	276, 687		Sarcoma miatt végzett scapulakiirtás	688				
			Sarcoma oesophagi	331				
			Sarcoma uveae-ben szenvedők sorsa	Sz. 107				
			Sarcoma ventriculi	93				
			Sarjadzó sebek kezelése	705				
			Scapulakiirtás sarcoma miatt	688				
			Scarlatina — I. Vörheny.					
			Schoepf-Mérei Agost	67				

	Oldal		Oldal		Oldal	
Syphilis serodiagnostikája	31, 349, 493, 504, 508, 515, 533, 550, 571, 788, 827, 837, 845, 944, G. 272, G. 273, G. 274, G.	275	Szülészeti műtétben a modern sebészi irányzat	G. 1	Tuberculosis-bacillus kimutatása a vizeletben	U. 20
Syphilis-statisztika	474	Szüniidei orvosi cursus	27, 83	Tuberculosis-bacillus megkülönböztetése a smegma-bacillustól	404	
Syphilis színreactiója	296, 341, 372,	Tabes, ifjúkori, gyomorkrizisekkel	E. 151	Tuberculosis-bacillus sporái	404	
Syphilis története	601	Tabes, ifjúkori, ophthalmoplegia internával	E. 151	Tuberculosis-bacillus virulentiájának összefüggése a tüdőgümőkór lefolyásával	158	
Syphilis, veleszületett	976	Tabes kezeltetése	281	Tuberculosis a női nemi szervekben	G. 275	
Syphilis aortitis	622	Tabes sebészi kezelése	649	Tuberculosis a sérvtömlőben	605	
Syphilis emlőmirigy-megbetegedés	195	Tabes pupillamerevség nélkül	401	Tuberculosis cutis, autooculatio	477	
Syphilis encephalitis	E. 206	Tabes újabb körjelző módszerei	934	Tuberculosis diagnosa complementeltérítéssel	85	
Syphilis keratitis háziyúlón	178	Tabeses bélkrízis kezelése	780	Tuberculosis és pajzsmirigy	619	
Syphilis labyrinthusbajok	550	Tabeses orrkrízis	295, 424	Tuberculosis gyógyítása	86, 312, 914	
Syphilis pericarditis exsudativa	195	Tabeses osteopathia	E. 207	Tuberculosis laryngis — I. Gégegümőkór.	I. Tüdővész.	
Syphilis recidivák létrejötte	185	Tabeses krízis gyógyítása	227	Tuberculosis pulmonum	I. Tüdővész.	
Syphilis reinoculatio	537	Taenia okozta zavarok	853	Tuberculosis renum — I. Veségümőkór.	Tuberculosis, sebészi, conservatív gyógyítása	
Syphilis sarcocele	206, 298	Taetoválás és syphilis	572	365	Tuberculosis ulcerosa cutis kezelése tuberculinnal	232
Syphilis spondylitis	446	Talo-cruralis ízület arthrodese	668	Tuberculosis urogenitalis	U. 115	
Syphilis pseudoparalysis	E. 59	Tatabányai typhusjárvány	440, 450	Tuberculosis, veleszületett	746	
Syphilis recidivák létrejötte	657	Tájékozódási zavar, a saját testre kiterjedő	E. 147	Tuberculosis vesicae urinae	U. 121	
Syngobulbia	E. 152	Táplálás a végbélen át	534	Tuberculosisban praecipitációs vizsgálatok	81, 100	
Syngomyelia	E. 65	Társadalmi muzeum	702, 725	Tuberculosisus betegek fehérméjének fertőtlenítése	491	
Syngomák a szemhéjakon és a törzsön	507	Tejbizottság, orvosi	745	Tuberculosisus daganat az orrban	386	
Szamarhurut — I. Pertussis.		Tejelválasztás fokozása	89	Tuberculosisus fekélyek és sipolyok gyógyítása	491	
Szaruhártya — I. Cornea.		Tej mennyisége és zsírtartalma közti viszony	974	Tuberculosisus intoxicatio	15, 306	
Szájápolás kénesórára alkalmával	438	Tej okozta megbetegedések és halálozások statisztikája	744	Tuberculosisus mastitis	199	
Szájnyálkahártya festékes elváltozásai	455	Tengeri betegség gyógyítása	196	Tuberculosisus meningitis gyógyulása	30	
Szájnyálkahártya lichene	246	Terheltség, örökletes, tana	E. 154	Tuberculosisus nyaki nyirokesomók subcutan eltávolítása	321	
Szájnyálkahártya sclerodermiája	455	Terhes méh okozta bélelzáródás	145	Tuberculosisus peritonitis gyógyítása	9	
Szájvíz, fájdalomcsillapító	586	Terhesség és appendicitis	G. 191, G. 251	Tuberculosisus polyarthritus	86	
Szegedi orvosegyesület 14, 165, 182, 300, 655, 672, 733,	786	Terhesség és gégegümőkór	915	Tuberculosisus pyonephrosis	231	
Szembajok összefüggése balesetekkel	143	Terhesség és méhrák	30	Tuberositas tibiae tökéletlen lerakódása	648	
Szemben vasdarab 42 évig	Sz. 12	Terhesség és myoma	G. 153	Tussis convulsiva — I. Pertussis.	918	
Szemészeti osztály, nagybecskereki kórházi	Sz. 35	Terhesség, méhenkívüli — I. Méhenkívüli terhesség.	G. 70	Tüdőbaj, trauma okozta	93	
Szemészeti osztály, pécsi kórházi, működése	Sz. 41	Terhességben haematuria	G. 70	Tüdődaganat, elsődleges	93	
Szemfenék elváltozásai anaemia perniciosában	687	Terhességben pyelitis	G. 72	Tüdőembolia	913	
Szemhéj alatt dermoid	334	Terhességben vizeletretentio	764	Tüdőembolia operálása	631	
Szemhéj szélének újjalakítása	Sz. 144	Terhességben húgyszerv-betegségek kezelése konyhasómelegvonnással	764	Tüdőemphysema gyógyítása	349	
Szemklinika, budapesti I., betegforgalma	Sz. 41	Terhességi hányás esetében az anyagcserevizsgálat fontossága	G. 143, G. 227	Tüdőgyulladás — I. Pneumonia.	728	
Szemkórház, brassói	Sz. 28	Terhességi hányás kezelése	586, 781	Tüdőgyűjtőér-sérülés	105	
Szemkórház, brassói, működése	Sz. 34	Terhességi vizeletretentio	U. 89	Tüdőlőtt sérülés	551	
Szemkórház, budapesti, működése	Sz. 19	Tetania achylia gastrica kapesán	671	Tüdővész hydrotherapiája	610	
Szemkórház, szegedi	Sz. 21	Tetaniás typusu graphosasmus	E. 62	Tüdővész pathogenesise	95, 115	
Szem lőtt sérülése	Sz. 8	Tetanus	14	Tüdővész és gégeszűkület	248	
Szemorvosok, magyarországiak, egyesületének V. közgyűlése	Sz. 134	Térdizületi belső sérülés	537	Tüdővész diagnostikája	91, 122, 229, 364	
Szemorvosok számára továbbképző cursus	Sz. 167	Térdkalácsfeszamodás, szokványos, operatív kezelése	585	Tüdővész kezelése	124, 278, 729, 854, 916	
Szemteke- és szemhéjprothesis	213	† Thanoffer Lajos	242	Tüdővész sebészi gyógyítása	686, 801, 892	
Szemölcsök képződés a látóidegön	180	Thermopenetratio	706	Tüdővészben összehasonlító fizikai és Röntgen-vizsgálatok	235, 255, 271	
Szemölcsök eltávolítása	520, 765	Thrombusok	913	Tüdővész utánzó congestiók és oedemák	617	
Székszorulás, spasmusos, kezelése	656	Thrombusok a gyermekágyban és gynaekologiai operációk után	904	Typhus abdominalis gyógyítása	104, 402	
Szénsavhó-kezelés	842	Thymus sebésze	455	Typhus abdominalis serumtherapiája	779	
Szinlelés és aggravalás	181	Thymus elténgelt okozta hirtelen halál	226, 503	Typhus abdominalisban hámlás	224	
Szinlelés vizsgálata traumás idegbetegeken	E. 45	Thymus eredetű dyspnoë	503	Typhus abdominalis folyamán heveny gomortágulás	348	
Szívaj, veleszületett	672	Thymus eredetű stridor mellett képződő mellkastorzulás	490	Typhus abdominalis folyamán intussusceptio	348	
Szívajhoz társuló heveny elmebaj	E. 35	Thyresol	916	Typhus-diagnosiz új módja	835	
Szívajok kezelése	727	Tonsilla — I. Mandola.	250	Typhusjárvány Tatabányán	440, 450	
Szívajokban a Kuhn-féle légzőkösár hatása	322, 341	Toxicodermia	733	Typhusos pyonephrosis	296	
Szívajokban galvánózás	816	Trachea-varrat, körkörös	733	Úlcus gonorrhoeicum serpiginosum	7-8	
Szívajokban, idültékben, gyógyjavulatok	388, 418	Trachoma aetiologiája	Sz. 48, Sz. 79	Ulna- és fibula-defectus, veleszületett kétoldali	215	
Szívából kilökött vérmennyiség meghatározása	399	Trachoma-ellenes védekezés Magyarországon	Sz. 95	Ulnaris-hüdes mellett neuritis multiplex kezdeti tünetei	E. 63	
Szívurokgyulladás, syphilis	195	Trachoma gyógyítása	14, 92, Sz. 154	Ultramikroszkopia	251	
Szívuroklob műtete	401, 940	Trachoma változatossága és kezelése	Sz. 18	Ultraviolet sugarak elleni védekezés	Sz. 44	
Szívcollapsus kezelése	650	Trachomás áthajlás kimetszése	Sz. 139	Urachusipoly	57	
Szívdobogás, ideges, és angina pectoris	921, 966	Traumás neurosis	180	Uraemia az ureter rákos szűkülete következtében	13	
Szivectopia	857	Trepanatio occipitalis kisagycysta miatt	620	Ureterkatheterezés a gyermekkorban	U. 96	
Sziveurosisok	973	Trichiasis meggyógyítása a fülkagylóból vett porczogó átültetésével	Sz. 129	Ureterkatheterezés asepsise	U. 44	
Sziveurosis, Herz-féle	489	Trichobezoar	87	Ureter-implantatio	633	
Szivebek műteti kezelése	764	Trichophytia maculosa universalis	334	Ureterkő	U. 91	
Sziveérülés	10	Trigeminus gyökeinek átmetszése	149	Ureter-rák, elsődleges	U. 90, U. 147	
Szivegység klinikai jelentősége	29	Trigeminus-neuralgia kezelése	854	Uretersérülés	U. 91	
Szivegységre ható tompaütések hatása a szive	295	Tubacarcinoma, elsődleges	G. 250	Uretervég cystás táglata	U. 93	
Szörkiürtés, elektrolisis, Kromayer-tíval	811, 896	Tuberculin-oltás nyomán lichen scrophulosorum	818	Urethroskopia, irrigatio	U. 148	
Szurok okozta bőrbajok	296	Tuberculinreactio sebészi jelentősége	331	Urethrotom	U. 94	
Szülés közben hirtelen halál	G. 57	Tuberculosis-bacillus, human és bovin, specificitása	217	Urobilin kimutatása	158	
Szülés méh-hasfalstulán át	G. 263	Tuberculosis-bacillus impermeabilitása	351			
Szülészet, régi és új	211	Tuberculosis-bacillus kimutatása antiformin igénybevételével	452			
Szülészetben újabb gyógyító eljárások	G. 67	Tuberculosis-bacillus kimutatása vérben	780			

	Oldal		Oldal		Oldal
Urológiai társaság, német, II. congressusa	G. 257, U. 77	Vesegyulladás gyógyítása	894	Vérköpés kezelése	504, 634
Urticaria haemorrhagica	265, 299	Vesegyulladás pneumoniában	632	Vér molekulás koncentrációjára a táplálék és ivóvíz befolyása	385
Urticaria pigmentosa	477	Vesegyulladásban az in- és bürreflexek jelentősége	407	Vérnyomás meghatározás értéke	589
Újszülött leányok hüvelyvérzése	277	Vesegyulladásban exophthalmus	853	Vérnyommérés, auscultatiós	693, 713
Újszülöttek koponyabehorpadásának kezelése	262	Vesegyulladásban leukocytosis	301	Vérnyommérés a gynaekológiában	923
Varicella közben halál	854	Vesegyulladásban a vérnyomás fokozódása	600	Vérsavó trypsinellenes hatása	592
Vastagbél sebészete	836	Vesekimetszés	U. 90	Vérvizsgálatok a szülészetben és nőgyógyászatban	861
Vállficzomodás helyretévesének akadályai	146	Vesekiirtás utáni quantitativ vizelet-analýsis	U. 41	Vérzések illapítás, fizikai, a gynaekológiában	550
Veneréas betegségek Brüsszelben	633	Veseköbetege — I. Nephrolithiasis	839	Villamosság okozta betegségek	209
Veneréas betegségek elleni régi párisi intézkedés	585	Vesemedencze, kettős	U. 91	Villámcsapás ritka esete	805
Veronal-natrium	12	Vesemedencze-ureterplastica	U. 42	Vitiligos területen létrehozott pigment	818
Veseátültetés	U. 93	Vese nyirokerei	347	Vizelet — I. Húgy	
Vesebajos vízenyósság keletkezése	110	Vese palpatiója után a vizeletmegváltozása	531	Vörheny contagiósitása	639, 659
Vese, cystás	U. 149	Vese, patkóalakú és uterus didelphys	334	Vörheny és Wassermann-reactio	533
Vesedecapsulatio	487, U. 97	Vese, patkóalakú, kövel	U. 91	Vörheny kezelése	105
Vesediagnostika	U. 27, U. 44	Veserep-dés, büralatti	52	Vörhenyben az orr melléküregeinek megbetegedése	106, 491
Vese-dystopia, retrocoecalis	215	Veseresectio vesesarcoma miatt	230	Vörhenyből kigyógyultak által okozott fertőzések	385
Vesedystopia, veszületett	U. 96	Vesevérzés, essentialis	U. 92	Vörheny után lágyzájpad-átfürödés	88
Veseelgenyedés, colifertőzés okozta	525	Vesztség elleni mentesség öröklése	675, 697	Vulva lymphás hypertrophiaja	387
Vesefertőzés, acut haematogen	401	Vesztség elleni védőoltás után felszálló jellegű hűdés	824, 938	Vulva-rák	G. 39
Vesegümökör	U. 42, U. 92, U. 102	Végbélben át táplálás	534	Wassermann-reactio — I. Syphilis serodiagnostikája	349
Vesegümökör, gyermekkori, konzervativ kezelése	U. 149	Végbélkánkó	649	Wertheim-mítét	G. 237, G. 240
Vesegümökörben (elsődlegesen) vesekiirtás	231	Végbélplastica	621	Wright-féle opsoninelmélet	509, 527, 544
Vesegümökörben a vesekiirtás késői eredményei	U. 102	Véralvadékonyság meghatározásának jelentősége a sebészetben	974	Yoghurt-bacillus hatása a coli-bacillusra	416, 432
Vese, gümökörös, kettős ureterrel	G. 147	Vér bakteriologiai vizsgálata lázas betegségekben	213	Zabkúra diabetesben	800
Vesegyulladás, gyermekkori idült	437	Vérben parasiták kimutatása	104	Zoster generalisatus	840, 935
Vesegyulladás kór- és gyógytanának mai állása	933	Vér kimutatása a bélsárban	193, 260	Zoster összefüggése bárányhimlővel	736
		Vér kimutatására új eljárás	609	Zuhanymassage neurosisok ellen	504

## NÉVMUTATÓ.

	Oldal		Oldal		Oldal		Oldal
Alapy Henrik 35, 93, 111,	112	Buday Kálmán	622	Fornet Elemér	388, 418	Herezél Manó 127, 215,	754
Alexander Béla	214	Bugarszky István	229	Földes Lajos	G. 57	216, 230, 231, 282,	301
Alt Egon	637	Chyzer Béla	260	Földi Ottó	264	283, 620, 621,	605
Apáthy István	126	Csabay Géza	312	Frank Géza	334	Sz. 8	495
Arany S. Zsigmond	220, 240, 468,	Csapodi István	Sz. 148	Frey Ernő	E. 51, E. 58	Herzfeld Karola Sz. 2,	921, 964
	485	Csiki Mihály	788	Friedrich Vilmos		Sz. 43, Sz. 59, Sz. 105	306
Austerlitz Vilmos	538	Csillag Jakab 317, 406,	811	Frigyasi József G. 34,	142, 197,	Sz. 354	151
Avarffy Elek 792, G.	249		507, 811	G. 143, G. 227	918	Sz. 79	675, 697
Ádám Lajos	318	Csordás Elemér	E. 163	Galampos Arnold	372	Herzog H.	335
Aldor Lajos 267, 290,	309	Czekkel Ferencz	563	Gámán Béla 199, 300,	605	Hevesi Imre	216, 335
Ángyán János	319	Deutsch Ernő	851	Gellért Elemér 426, 977,	978	Korányi Sándor	938
Árkövy József	362, 380	Dieballa Géza	1	ifj. Genersich Antal	4	Kovács Aladár	248
Bajor Dezső	450	Dirner Gusztáv 214, G.	237	Genersich Gusztáv 352,	537	Kovács József	95, 115
Bakay Lajos	146, 628	Dollinger Béla	820, 896	Gerber Béla	162, 440	Kovács Ödön	615
Balás Dezső 218, 238,	446	Dollinger Gyula 17, 146,	604	Gergő Imre	604, 605	Kovács Pál	167
Bareza Sándor	592	147, 149, 259, 321,	604	Géber János	941	Kovács Richárd	517, 529, 547,
Barlay János	Sz. 107	Donath Gyula 33, 180,	18	Goldberger Márk	E. 35, E. 87, E. 174	597	
Basch Imre	250	711, E. 153, Sz.	18	Goldner Viktor 341, 458,	477,	Kóssa Gyula 257, 273,	609
Bauer Lajos	198, 334	Dósainé Révész Margit	E. 109	477, 508	508	292, 310, 326, 345,	768
Baumgarten Egmond	281, 459, 642,	Dumitreanu Viktor	605	Goldzieher Miksa 93,	264, 352, 369, 479,	E. 159	768
	937	Eisenmenger Rudolf	430	264, 352, 369, 479,	496, 897	E. 193	264
Bársony János	U. 97	Elfer Aladár	94, 622	Goldzieher Vilmos 92,	93,	193	264
Bársony Tivadar	385	Elischer Gyula	317	92, 804	804	193	264
Báthori Andre	Sz. 35	Emödi Aladár	407, 443	Góth Lajos	335, 940	426, 977	42
Beck Soma	232, 265, 299	Engel Károly 229, 264,	661	Gózonny Lajos	418	839, 917	42
Bencze Gyula	110	575, 623, 643,	661	Grósz Emil 27, 137, 162,	7, 761, Sz. 41, Sz. 7,	Sz. 4, Sz. 15, Sz. 44, Sz. 109, Sz. 167	943
Benczúr Gyula	511, 626	Entz Béla	13, 672	Guszman József 185,	493, 515,	Sz. 167	143
Berend Miklós 229, 555,	856	Erdélyi Jenő	182, 786	493, 515, 657	657	109, Sz. 167	143
564, 568,	856	Eröss Gyula	67	Guth Antal	Sz. 112	167	143
Biró Ödön	92	Fabinyi Rudolf	605	Gyergyai Árpád	35, 94	824	638
Blaskovics László	Sz. 19, Sz. 129, Sz. 131, Sz. 134, Sz. 144	Fabritius Ágoston Sz. 28, Sz. 34	34	Györy Tibor 397, 420,	487, 499	264, 459	638
	318	Falta Marcel	Sz. 154	Haberern J. Pál U. 1, U. 49	49	476	638
Blum Simon	318	Farkas Ignác	U. 121	Hainiss Géza	33	Jacobi József 235, 255,	447
Bogdanovics Milos	923, G. 255	Faykiss Ferencz	919	Hajós Lajos 181, E. 62, E. 152	152	271, 684	447
Boros József 165, 300,	673	Fejér Gyula 180, 732, Sz. 152	152	Halász Aladár 808, 829,	848, 887,	788	508
655, 672,	673	Ferenczi Sándor 142,	771, 796	848, 887, 910	910	901	508
Boross Ernő 525, 758, U. 126	408	Finály György	52	Haberern J. Pál U. 1, U. 49	49	120, 523, 718,	979
Borszéky Károly	38, 735, 736, 738, 742	Fischer Aladár	34	Hainiss Géza	33	901	979
Bókay János	741	Fischer Ernő	298	Hajós Lajos 181, E. 62, E. 152	152	217	163
Bókay Zoltán 93, 442,	741	Fischer Ignác 249, E. 5	5	Halász Aladár 808, 829,	848, 887,	605	577
Braunstein Gábor 335,	940	Fischer Mór	198, 213	848, 887, 910	910	605	577
Brezovszky Emil 198,	334, 443, 446, 458,	Fleischmann László 14,	127, 248	Halász Henrik	580	201	445
460, 508,	768	46, 739	46, 739	Harkányi József	164	Keller Kálmán 92, 458,	459, 979
				Havas Adolf	317, 842	E. 151	257
				Heim Pál	217, 501	Kenessey Aladár Sz. 41	604
						370, 391, 440	511
						391, 440	511
						35	805
						416, 432	197
						751, 773	566
						213, 843,	49
						885, 908, 928	768

	Oldal		Oldal		Oldal		Oldal
Mansfeld Ottó G. 49, G. 191, G. 204, G. 251, G. 257	257	Paunz Márk ... 54, Sz. 117	117	Salgó Jakab ... 145, 181	181	Szabó József ... 199	199
Marek József ... 193	193	Pekár Mihály ... 857	857	Sarbo Artur 143, 146, 162, E. 53, E. 63, E. 64, E. 65, E. 66, E. 154, E. 206	206	Szabóky János ... 81, 100	100
Marschalkó Tamás ... 788	788	Péteri Ignác ... 50, 55	55	Sámson Márton ... 813, 832	832	Szana Sándor ... 243	243
Máchánszky László 14, 15, 733	733	Pfeifer Gyula 434, 450, 506, 522, 535, 552, 587, 603	603	Sándor István ... 537	537	Szász Tibor ... 385	385
Mihákovics Elemér ... 917	917	Pikler Gyula ... 121	121	Sárközy Róbert ... E. 84	84	Szekeres Oszkár Sz. 6, Sz. 48, Sz. 56	56
Minich Károly ... 197	197	Porosz Mór ... 927, U. 23	23	Schaffer Károly E. 58, E. 59, E. 207	207	Szili Jenő ... 26, 145	145
Mohr Mihály ... 144	144	Potoczky Dezső ... 35, 319	319	Schiller Károly ... 248, 604	604	Szinnyei József 303, 324, 343, 351, 360, 375, 393, 441	441
Molnár Béla 463, 481, Moravcsik Ernő Emil 145, E. 217	217	Pólya Jenő 13, 23, 33, 97, 110, 118, 134, 154, 171, 188, 732, 857, 930, 970	970	Schiller Vilmos ... Sz. 139	139	Szontagh Félix ... 639, 659	659
Morelli Gusztáv 322, Mutschenbacher Tiva- dar ... 285, 306	306	Preisich Kornél 385, 501	501	Schmidlechner Károly G. 163	163	Tangl Ferencz ... 378, 767	767
Müller Kálmán ... 683	683	Preisiz Kornél 251, 351, 404, U. 20	20	Schönheim Lajos ... 671	671	Taufner Vilmos ... G. 96	96
Nagy Samu ... 300, 940	940	Purjesz Béla ... 335	335	Schrank Ferencz ... 539	539	Tezner Ernő ... 857	857
Navratil Dezső ... 459, 979	979	Purjesz Zsigmond ... 319	319	Scpiades Elemér G. 15, G. 153, G. 243	243	Téglás Gábor ... 207, 664	664
Nádor Henrik ... 638	638	Reinbold Béla ... 216	216	Sebestyén Artur ... 476	476	Torday Árpád ... 495	495
Nádossy István ... 944	944	Rejtő Sándor ... 82	82	Sellei József ... 7, 627	627	Torday Ferencz ... 215	215
Neuber Ede 264, 269, 479, 493, 496, 515	515	Remete Jenő ... 232	232	Simkó Lajos ... 386	386	Tornai József ... 693, 713	713
Németh Ödön ... E. 25	25	Reuter Camillo ... E. 33	33	Singer Gusztáv ... 50	50	Tóth István G. 101, G. 187, G. 209, G. 240	240
Okolicsányi-Kuthy Dezső 91, 229, 610	610	Rihmer Béla ... 804	804	Spatz Elek ... 406	406	Tóth Sarolta ... 59	59
Olsavszky Viktor ... 328	328	Ritoók Zsigmond ... 589	589	Spitzer Gyula ... 232	232	Tóthfalussy Imre ... 605	605
Ország Oszkár 440, Osváth Albert ... 121	121	Rosenthal Béla ... 203	203	Steiner Miksa ... 459	459	Tövölgyi Elemér 404, 784	784
Ónodi Adolf 337, 357, 390, 404, 471, 580, 610	610	Rotter Henrik 109, 199, Róna Sámuel ... 443, 840	840	Steiner Pál ... 319, 941	941	Turán Bódog ... 208	208
Pach Henrik ... 702, 725	725	Róth Alfréd ... 232, 477	477	Stiller Bertalan ... 860	860	Turán Géza ... 408	408
		Róth Arnold 111, 127, 206, 298, 341, 458, 968	968	Stossmann Rezső ... U. 102	102	Udvarhelyi Károly 339, 358, 373	373
		Róth Miklós ... 287	287	Sugár K. Márton ... 776	776	Vajda Géza Sz. 12, Sz. 13	13
		Salamon Henrik ... 726	726	Szabó Dénes ... 387	387	Vas Bernát 129, 150, 169	169
				Szabó Gusztáv ... 466	466	Vas Jakab ... 61	61
						Verebély Tibor ... 839	839
						Veress Elemér ... 538, 940	940
						Veress Ferencz 352, 509, 527, 537, 544, 605, 621	621
						Vermes Mór ... 180	180
						Verubek Gusztáv ... 281	281
						Verzár Frigyes ... 162	162
						Veszprémi Dezső 622, 827, 845	845
						Vértés Oszkár ... 621	621
						Vidakovich Kamill ... 199	199
						Wein Manó 113, 131, 152, 163	163
						Weisz Ede ... 428, 447	447
						Weisz Ferencz U. 27, U. 57, U. 77, U. 135	135
						Wenzel Tivadar ... 79,	79
						234, 904, G. 51, G. 52, G. 252	252
						Wenhardt János ... 92	92
						Werner Sándor 199, 368, 460, 977	977
						Wiesinger Frigyes 418, G. 250	250
						Windisch Ödön ... G. 248	248
						Winternitz Arnold 555, 918	918
						Zacher Pál ... 538	538
						Zvarinyi Andor ... Sz. 121	121
						Zwillinger Hugó ... 918	918
						Zsakó István 596, 605, 678	678

H

W  
 15  
 20  
 30  
 50  
 65  
 70  


---

 130

10  
 20  
 25

130  
 95  
 25  


---

 250

15  
 40  
 50  
 60  
 65  
 85  
 95  
 ==

20 30 40 50 60 70 80 90

20 30 40 50 60 70 80 90

20 30 40 50 60 70 80 90

105



# ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markosovszky 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 és Temesváry Rezső szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEGKÓRTAN Babarcsi Schwartzner Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3—4 szám. UROLOGIAI SZEMLE Illyés Géza szerkesztésében 4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

## TARTALOM:

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

**Dieballa Géza:** Közlés a székesfővárosi szt. István-kórház E osztályáról. Heredodegeneratio és lues congenita. 1. lap.

**Generich Antal:** Gyermekfejnyi angioma cavernosum hepatitis operált esete. 4. l.

**Sellei József:** A Charité-poliklinika II. húgyszervi és nemi betegségek osztályából. A húgyveső-massage újabb módja. 7. lap.

A községi (kör-) orvosok országos nyugdíjintézete. 8. lap.

**Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Georg Boenninghaus:** Lehrbuch der Ohrenheilkunde. — **Lapszemle. Belorvosán. Ettore Jona:** A hepaticus köhögés. — **Giuseppe Morano:** Peritonitis tuberculosa gyógyítása. — **Landerer:** A gyomor névelvelasztó s emésztőképessége. — **Idegkörtán. Erb és Oppenheim:** Az ideg-

körtán helyzete és tanítása. — **Sebészet. Kaczvinszky:** A műtét utáni antisepsisre vonatkozó kísérletek. — **Stoerk és Haberer:** A hypernephromák pathogenesise. — **Pajr:** Az agykamara állandó drainézése. — **M. Grassmann:** A jobb szív-kamara szűrt sérülése és varrata. — **G. Bolognesi:** A vérsavó elváltozása a műtét hatása alatt. — **Szülészet és nőorvosán. A XXI. francia sebész-congressus gynaekologus-osztályának tárgyalásai. — Bőrkörtán. Wechselmann:** A traumás eredetű alopecia. — **J. Heller:** Ritka körömbajnak tanulságos esete. — **Fizikai gyógyításmódok. Flatau:** Oxygenfürdők alkalmazása a neurosisok kezelésében. — **Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Joseph:** Szer syphilis ellen. — **Fischer és Hoppe:** A veronal-natrium. 9—12. lap.

**Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság.** 12. lap.

**Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések.** 12.

**Tudományos társulatok és egyesületek.** 13—16. lap.

**Melléklet. Urológiai szemle. 4. sz. Szerkeszti: Illyés Géza dr., egyet. magántanár.**

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

## Közlés a székesfővárosi szt. István-kórház E osztályáról. Heredodegeneratio és lues congenita.<sup>1</sup>

Irta: **Dieballa Géza** dr. egyet. magántanár, kórházi főorvos.

**K. Czili** 18 éves cselédleány, felvétetett 1908 április hó 28.-án.<sup>2</sup>

**Körelőzmény:** Apja falusi czipész-mester, beteg soha nem volt, jelenleg is jó egészségben él. Apjának testvérei szintén egészségesek. Anyja ezelőtt mintegy 19 évvel 3 hónapig elmezavarban szenvedett s ezalatt egy vidéki kórházban gyógykezeltetett, de azóta is mindig ideges természetet tanusított, „lelki fogyatkozásban“ szenved. Két év óta férjétől elváltan Amerikában él. Anyjának testvérei közül az egyik siketnéma, de a többire sem mondható, hogy teljesen ép és egészséges emberek. A betegnek összesen 11 édes testvére volt, kik közül az első 5 évig élt és „sorvadásban“ halt el, nyolcz pedig 1—2 éves korban, többnyire „veleszületett gyengeségben“. Két testvére él, közülök az egyik, 13 éves fiú (ikerszülés), állandóan beteges, nem a legjobban tanul, mindig szomorú és ideges természetű, beszédében akadozik. A másik, 6 éves leány, sovány, szomorúságra hajló, keveset eszik s beszédében akadozik. Látása mindkettőnek jó.

A beteg rendes időre jött a világra, 4—5 éves korában kezdett járni és beszélni s innen kezdve 14 éves koráig rendesen fejlődött, az iskolában elég jól tanult és korához képest okos gyermek benyomását tette. Ezen időben kezdett magaviselete megváltozni. Szomorú lett s a dolgokkal keveset törődött; egyszer fára

<sup>1</sup> Bemutatva a kórházi orvostársulatnak 1908 május 20.-án tartott ülésén.

<sup>2</sup> A következő körelőzményi adatokat a betegnek apja levél útján szolgáltatva. Sajnos, nem minden kérdésemre tudott kielégítő választ adni. A betegnek családja egy távoleső (lengyel) határszéli faluban lakik, hol orvos nincs és azon törekvésem, hogy a családra és a körelőzményre vonatkozólag orvos részéről tárgyi felvilágosítást nyerjek, meddő maradt.

mászás közben valami a szemébe esett és látása állítólag attól fogva kezdett romlani.

A további körelőzményi adatokat maga a beteg szolgáltatva. Havi baját 2 év előtt kapta meg, mely azóta csak háromszor jelentkezett. Mult év végén anyjának kivánságára hozzá akart Amerikába költözni, de Antwerpenből orvosi vizsgálat után szemének állapota miatt visszaküldték. Az utat kíséret nélkül, egyedül tette meg. Azóta Budapesten él és szolgál.

Főpanasza látásának fokozatos romlása. Időnként fejfájásokban szenved, melyek néhány hét óta újból jelentkeznek s éjjeleit is megzavarják. A kórházat is e miatt kereste fel.

**Jelenállapot.** Az alacsony természetű (151 cm. magas), kissé gyengén fejlett csontrendszerű leány elég jól táplált, bőre rendes színű és kifejezett dermatographiát mutat. A hónalj-, fanszőrök és emlők jól fejlettek. A mellkasi és hasi szervek rendellenességet nem mutatnak. Az ivarszervek jól fejlettek; a hymen alapjáig terjedő be-repedést mutat. A vizelet rendes.

A koponya alkata rendesnek mondható. A fronto-occip. átmérő 16 cm., a biparietális 15.5 cm., a bimastoideus 11.5 cm., a fejkörfogat 54.5 cm., a két meat. audit. között a fejtetőn átvezetett iv 37 cm.

Az arczkifejezés többnyire szomorú és kissé bamba. A felső szemhéjak kissé leógnak és pedig a jobb kifejezettebben. A jobb szemteke kissé felfelé rotált helyzetben van. Kifelé nézéskor a jobb cornea külső széle a szemzúgtól 2, a balé 1 mm.-rel marad vissza. Az arcz részaránytalan, egészben némiképen bal felé eltoltnak látszik. Az arcz- és homlokizmoknak működése mindkét oldalon kifogástalan. A felső állkapocs- és fogsor rendellenesen fejlődött, a mennyiben az előbbi felfelé és erősen előrehajló ívet alkot, miáltal a száznak összeesukasakor a két fogsor között ivalakú rés támad, mely a középvonalban — hol legszélesebb — 1 cm.-t teszen ki. A felső fogsor egészben véve hiányosan fejlett, az egyes fogak a rendesnél jóval kisebbek, főképen a metszőfogak, melyek a rendesnek legfeljebb fél átmérőjével bírnak. A jobb felső középső metszőfog kitörött.

A beteg fejét többnyire bal felé hajlítva s a bal vállát lejjebb tartja, mi különösen járáskor tűnik fel. A gerincoszlopnak hátulsó

része kissé jobb felé görbült — legszembetűnőbben a betegnek ülő helyzetében —, a jobb lapoczká belső szélé és szöglete eláll. A gerincoszlopnak ágyéki részén kifejezett lordosis észlelhető és ennek megfelelően a has feltűnően elődomborodó.

A test felső részének izomzata valamivel gyengébben fejlettnak látszik mint az alsó. Az egyes izomcsoportoknak ereje a betegnek sajátságos psychés állapota miatt pontosan meg nem állapítható, az azonban kétségtelen, hogy ezen irányban a rendestől nagyobb eltérés nincsen.

Az izmoknak fáradós és galván ingerlékenysége rendes.

A beteg felső és alsó végtagjait, törzsét kifogástalanul tudja mozgatni, különféle műveletekre felszólítva semmi ügyetlenséget vagy coordinációs zavart sem árul el. Járása biztos és erőteljes, behunytt szemmel s összetett lábakkal minden ingadozás nélkül tud állni.

A hólyag és végbél működése rendes.

A tapintó- és fájdalomérzés, valamint a hőérzés teljesen normális. A helyérzés és stereognosztikus képesség kifogástalan. Az ízérzés, a szaglási képesség rendes. A zsebóráát a bal füllel 50, a jobbal 40 cm.-ről hallja. Rinne mindkét oldalt positiv, a esontvezetés jó.

A jobb szemmel fél meterről, a ballal másfél meterről olvas ujjakat. Bal szemével a vöröset zöldnek, az ibolyát kéknek látja, a világos rózsaszínt, a zöldet, sárgát és kéket felismeri. Jobb szemével szint egyáltalán nem lát. A látótér nem vizsgálható, mert a betegnek hemondásai ezen irányban nem megbízhatók.

A jobb pupilla átmérője 5, a balé 7 mm. A pupillák sem fényre, sem alkalmazkodáskor nem reagálnak, de pilocarpinbeesepítésre megszűkülnek.

A szemfenék vizsgálatát *Blaskovich* magántanár volt szíves végezni, melynek eredménye a következő: mindkét papilla fehér, nem teljesen éles határú, a lamina cribrosa likaicsai gyengén láthatók. Az ereknek lumenében számbavehető elváltozás nincsen. Atrophia nervi optici utriusque (némi neuritises jelleggel).

A talpreflex (hajlító alakban), a felső és alsó hasi, lágyék-, szemhéj- és garatreflex kiváltható.

A musculus triceps brachii, patella- és Achilles-inreflex mindkét oldalon teljesen hiányzik.

A betegnek kedélye igen változó, általában inkább szomorúságra hajló, de azért könnyen nevetésre is birható. Környezetére elég sokat panaszkodik, könnyen méregbe jön és ilyenkor gyakran sirásra is fakad. Nyugtalan természetű, szeret ki és bejárni, éjjel is gyakran felkel, főleg azért, hogy magának vizet hozzon és általában véve a rendszernél többet és gyakrabban iszik. Fonák vagy nem illő dolgokat nem beszél és nem tesz. Erkölcsi érzéke kifogástalan. Emlékezőtehetsége úgy a közel-, mint a távolmult eseményeire nézve kitűnő. Itélőképessége társadalmi helyzetéhez, tanultságához képest meglepően jó. Számolni is elég jól tud. Írása ügyetlen, de állítása szerint már több év óta alig volt alkalma magát benne gyakorolni. Beszéde, a felső fogsor rendellenessége okozta selypítést leszámítva, kifogástalan.

\* \* \*

A kórelőzménynek és a jelenállapotnak legkiemelkedőbb adatait egybefoglalva: egy kétségenkívül erősen terhelt anyának egyik testvére süketnéma, 12 gyermeke közül 3 marad életben, egyik sem normális. Maga a beteg csak 4—5 éves korában kezd járni és beszélni tanulni, azután rendes fejlődés és gyermekévek után a pubertás szakában kedélye megváltozik, látása romlani kezd, végre 18. életévében kórházba kerül, a következő tünetcsoportot mutatja: *anisocoria, Robertson-tünet, atrophia nervi optici, az összes inreflexeknek hiánya, rendellenesen fejlett felső állkapocs és fogsor, kisfokú scoliosis és lordosis, továbbá az itélőképességnek teljes épsége mellett a kedélyéletnek sajátságos zavara.*

A tüneteknek ezen sajátságos csoportosulása egy a gyermekkor küszöbét alig átlépett egyéneken, a beteg megfigyelésének első idejében azon meggyőződést érlelte meg bennem, hogy az átörökösödő (endogen) idegbántalomnak szokatlan tünetcsoportjával állok szemben. Ezen véleményemet részben positiv jelekre alapítottam, részben kizárás útján jutottam rá.

Az előbbieket között szerepelt: a terheltég anyai részről, a

beteg két élő testvérének egészségi állapota (ideges természet, akadozó beszéd), a 4—5. életévben kezdődő járási és beszédképesség, a felső állkapocsnak fejlődési hibája, a gerincoszlopnak elhajlása s az idegrendszerbeli rendellenességeknek egész sorozata, melyek között — mint később látni fogjuk — egy sincs olyan, mely tisztán endogen alapon már ne észleltetett volna.

Elkülönítés szempontjából a tüneti hasonlóság alapján csupán két exogen betegség jöhetett szóba: a *gyermekkori tabes* és a *lues congenita*.

A gyermekkori tabesre főképen a pupillamerevség és a mély reflexeknek hiánya kelthette fel a gyanút.

Általánosságban mondhatjuk, hogy a gyermekkori tabes igen ritka megbetegedés és az eddig közölt eseteknek a számát is a gondos kritika igen lepassztotta.<sup>1</sup> A *lues cerebrospinalis*sal való összetévesztésének a lehetősége ugyanis igen nagy. Minthogy azok a tünetek, melyek a gyermekkori tabest speciálisan jellemezni volnának hivatva, igen ingatag alapon nyugvók (a látóidegsorvadásnak és a hólyagtüneteknek korai jelentkezése, a tüneteknek sokoldalúsága stb.); a kórjelzés felállításában legcélszerűbb ugyanazon álláspontonra helyezkednünk, mintha a felnőttek tabeséről lenne szó (*Brasch*).

Ezen álláspontból vizsgálva a jelen esetet, tabest nem vehetünk fel első sorban azért, mert ha egyes tünetek emlékeztetnek is rá, az egész klinikai csoport mégsem felel meg a tabes körképének: a tabesre jellemző fájdalmak, érzés-zavarok, hólyag- és végbéltünetek a betegségnek eddigi lefolyásában teljesen hiányoztak, már pedig nélkülük, főleg pedig lancináló fájdalmak nélkül, egy több éve tartó tabeses folyamat alig képzelhető el, s az eddig közölt, kétségtelenül gyermekkori tabesnek elismert esetek között nem találtam egyet sem, melyben hiányoztak volna.

Ha pedig a betegnek gyanús tüneteit — a mély reflexeknek hiányát s a szemtüneteket — vesszük szemügyre, ez utóbbiak közül a látóidegnek a sorvadása nem tiszta atrophia, vagyis nem tabeses eredetű, mi azon jogos feltevést involválja, hogy akkor valószínűen a többi szemtünet is másféle származású (heredodegeneratio, *lues congenita*?).

Sokkal nehezebb a helyzet a másik lehetőséggel, a *lues congenitával* szemben.

Ezen irányban vizsgálva a betegnek *idegrendszerbeli* tüneteit, azt mondhatjuk, hogy *kedélyéletének* sajátságos megváltozása, mely semmiféle jól körvonalozott kórképbe nem illik, világrahozott *lueses* alapon jól magyarázható. Eltekintve az ilyen alapon fejlődött, kifejezett elmebántalmaktól (dementia, idiótáság), melyek túlnyomó részben a meningitisnek vagy meningoencephalitisnek következményei, a *lues congenita*, mint az agynak rendes fejlődését gátló bántalom, a megtámadott egyének különböző életkorában fejtheti ki ezen befolyását és nyilvánulhat kisebb-nagyobb psychés zavar alakjában. Igaz, hogy rendszerint egyéb kísérő jelenségek is szoktak ilyenkor mutatkozni, például epilepsia, görcsök, hűdések, önkivületi állapotok — melyek a jelen esetben teljesen hiányoznak —, de ezeknek hiánya még nem zárja ki a *lues cerebri* lehetőségét, másrészt lehet, hogy azok a betegségnek későbbi időszakában még jelentkezhetnek.

A *szemizmoknak* félfüdes állapot, a *látóidegnek* neuritises alapon fejlődött sorvadása egyik leggyakoribb tünete a *lues cerebri* congenitanak, s a *Robertson-féle tünet* sem tartozik a ritkaságok közé. Ez utóbbit észlelték már úgy is, mint a *lues cerebri*nek egyedüli megnyilvánulását (*Erb, Stolzenburg, Uthoff*).<sup>2</sup>

Az *inreflexek* kimaradása veleszületett *lueses* alapon a ritkább jelenségek közé tartozik, a mint hogy általában a gerinczagi tünetek az agyiakkal szemben nagyon háttérbe szorulnak. Mindazonáltal egész sorozatát ismerjük már az olyan eseteknek, melyekben a *Westphal-féle* jel kifejezett volt s egyéb tünetekkel kapcsolatban tabesre emlékeztető képet adott. Így például *Kalischer*<sup>3</sup> I. esetében kétségtelenül *lueses* szülők 6 éves fiúgyermekén fejlődő gyenge-elméjesség, reflectorius pupillamerevség, hólyagzavarok, *Westphal-jel*,

<sup>1</sup> *M. Brasch*: Beiträge zur Aetiologie des Tabes. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 1901.

<sup>2</sup> cit. *Oppenheim*: Die syphilitischen Erkrankungen des Gehirns. Nothnagel's spez. Path. u. Therapie. 1896. IX. kötet, 145. lap.

<sup>3</sup> *S. Kalischer*: Über infantile Tabes und hereditär-syphilitische Erkrankungen des Centralnervensystems. Archiv für Kinderheilkunde, 1898. XXIV. kötet.

specifikus chorioretinitis voltak jelen; tabes ellen bizonyított az ataxiának, a lancináló fájdalmaknak, az érzés-zavaroknak, a Romberg-tünetnek hiánya. II. esetében, lueses szülők 7 éves leánygyermekén: veleszületett bőrbaj, szellemi gyengeség, specif. szembaj maradványai, látóidegsorvadás, pupillamerevség, egyik oldalon hiányzó, a másikon gyengült patellareflex, hólyagzavarok mutatkoztak; tabes ellen szólt az ataxiának, Romberg-tünetnek, lancináló fájdalmaknak a hiánya.

A fentebbiek után nyilvánvaló, hogy a betegen észlelt idegrendszerbeli jelenségek a veleszületett lues alapján jól magyarázhatók. Mégis ha összességükben vesszük őket s a kórképet a congenitális alapon fejlett lues cerebrospinalis eddig közölt eseteivel összehasonlítjuk, feltűnő, hogy betegünkön (a kedélytelennek labilis voltától eltekintve) szorosan vett intelligenciázar egyáltalán nem mutatkozik, holott az eddigi tapasztalatok szerint hasonló esetekben ez egyike szokott lenni a legállandóbb és legkifejezettebb tüneteknek, továbbá hiányoznak az ilyen esetekben megszokott általános jelenségek: göresök, epileptiformis rohamok, önkívületi állapotok stb.

A mi a többi tünetet illeti, a kórképbe jól illik az a kórelőzményi adat, hogy a beteg későn tanult járni és beszélni, ellenben a lues hereditaria tartának egyik legjellemzőbb tünete: az infantilismus. épen nem kifejezett. Neumann<sup>1</sup> szerint az ilyen betegek 20—24 éves korukig 10—12 éves gyermek benyomását teszik; törpék, csont- és izomrendszerük kevésbé fejlett, arcszínük fakó, ivarszerveik feltűnő fejletlenek, ivarszövetük hiányzik, hajzatuk gyér s emlőik is igen visszamaradtak a fejlődésben. Szellemi fejlődésük is soká várat magára, a pubertas nagyon késik és kevésbé kifejezett.

Mindebből csak annyit fedezhetünk fel a betegen, hogy csontrendszere kissé gyengén fejlett, felső testének izomzata pedig fejletlenebb az alsónál, de e különbség nem feltűnő és magában véve kórosnak nem mondható. Szőrzete, emlői, külső és belső ivarszervei pedig egy nálánál jóval megtermettebb nőnél is normálisnak volnának minősíthetők. Hiányzanak ezenkívül a betegen a lues hereditariának ismert stigmái: a Hutchinson-féle triasból csupán a metszőfogaknak s általában a felső fogsornak feltűnő fejletlensége van meg, de ez egyrészt kapcsolatba hozható az egész felső állkapocsnak fejlődési rendellenességével, másrészt hiányzik a fogakon az alsó széleknek homorulatossága s a jellemző barázdáltság.

A beteg gerincoszlopának elgörbülése nem hozható okozati összefüggésbe a lues congenitával s ugyanez áll a felső állcsontnak fejlődési hibájára is, mert jöllehet a lueses csontmegbetegedés előszeretettel szokta helyéül választani a felső állcsontot, az vagy periostitis, vagy gummás destructiv folyamat alakjában szokott nyilvánulni, pedig a jelen elváltozás ezek közül egyiknek sem felel meg.

A legnagyobb nehézség természetesen az volt, hogy a betegnek szüleit és testvéreit megvizsgálni alkalom nem nyílt s a levél útján nyert kórelőzményi adatok sem voltak kielégítőek. Gyanús volt a beteg 9 testvéreinek korai elhalálása, de az a körülmény, hogy az anya 12 élő gyermeket szült, nem nagyon szólt lues mellett.

Mindezek után a pro és contra érveknek mérlegelésével oda következtettem, hogy az egész kórkép az átöröklődő idegbántalmaknak a csoportjába tartozik.

\* \* \*

Az öröklésnek mint egységes, fajlagos kórokozó tényezőnek elődomborítása s ezen alapon az egy csoportba tartozó idegbántalmaknak összefoglalása Jendrassik-tól<sup>2</sup> származik, ki miután 1896-ban azon tételt állította fel, hogy az átöröklődő idegbajoknak közös pathologiai alapja az idegelemeknek egyszerű elfajulása, klinikailag pedig jellemzi ezen bajokat az azonos lefolyás ugyanazon családban s a tüneteknek csaknem kimeríthetetlen változatossága a különböző családokban, 1899-ben a belorvostan kézikönyvének VI. köteté-

<sup>1</sup> J. Neumann: Syphilis. Nothnagel's spec. Path. u. Therapie, 1896. XXIII. kötet.

<sup>2</sup> Jendrassik: A paralysis spinalis spasticáról és az öröklött idegbajokról általában. Orvosi Hetilap, 1896. — Az átöröklődő idegbajok. Belgyógyászat kézikönyve, 1899. VI. kötet.

ben „átöröklődő idegbajok“ czime alatt az egységes pathologiai alapon nyugvó bajokat egybefoglalta. Ezen felfogás értelmében egy közös családba tartozónak tekintünk olyan bántalmakat, melyeknek endogen eredete ugyan már eddig is többé-kevésbé nyilvánvaló volt, de az egységes pathologiai felfogásnak híján s a tüneti hasonlóságnak alapján eddigelé exogen, tehát lényegileg egészen más betegségekkel kapcsolatosan nyertek felemlítést. Így például közös családba került a Friedreich-féle ataxia a Huntington-choreával, melyek közül az elsőt a tabessel, az utóbbit pedig a közönséges, fertőző choreával hozták régebben kapcsolatba. Az öröklődő betegségek tanának egy további fejlődési momentuma Jendrassiknak<sup>1</sup> az a tétele, hogy az öröklési kórformák nem typosos, körülírt kórképekben jelennek meg, hanem a tünetek variálása végtelen sorozatban, a legheterogenebb körben fordul elő. Az egyes typosok a gyakorlati használatra fenntarthatók ugyan, de nem szabad azokat különálló bántalmakként felfogni.

Higier<sup>2</sup> 1896-ban összegyűjtve a heredo-familiáris idegbántalmaknak legfontosabb képviselőit, megjegyzi, hogy szó sincsen mindig tiszta typosokról, hogy a kevert- és átmeneti alakoknak száma mindinkább szaporodik s az elhatároló vonalnak ingatag volta mellett az egyes esetekben a typosoknak szigorú különválasztása kivihetetlen. Hogy azután az ilyen kevert és átmeneti alakokat ataxiás cerebrális diplegiának, spastikus Friedreich-betegségnek, avagy cerebelláris heredo-ataxiának nevezzük-e, az végre is közömbös.

Kollarits<sup>3</sup> számos és tanulságos példányát írja le a határ nélkül egymásba átfolyó öröklött idegbajoknak, melyek egyrészt a régebben felállított typosokba egyáltalán nem illeszthetők, másrészt az azok között fennálló szoros kapcsolatot igazolják.

\* \* \*

A rendelkezésemre álló irodalomban körültekintve, fel kell említenem, hogy a tüneteknek a jelen esethez hasonló sajátosság csoportosulását egy esetben sem találtam; de másrészt kiemelendőnek tartom, hogy a betegen észlelt tünetek között egy sincs, melyet tisztán endogen alapon már eddig le ne irtak volna.

Igy például a szemtünetek közül a látóidegnek neuritises eredetű és mégis tisztán családi, öröklékenységen alapuló sorvadását közölte Leitner Vilmos.<sup>4</sup> Két család közül az egyikben 6, a másikban 5 családtagnon fejlődött ki a neuritis hereditaria s ezzel kapcsolatban a látóidegsorvadás. Blaskovich magántanár, ki ezen eseteket annak idején szintén észlelte volt, felemlítette nekem a nagy hasonlatosságot a jelen esethez és a fentemlítettnek szemtükri lelete között. Szükségesnek tartottam e körülménynek kiemelését azért, mert a családi degeneráción alapuló látóidegsorvadásnak túlnyomó része a tiszta, nem neuritises eredetű atrophia képét szokta mutatni.

A pupillamerevség, mely esetünkben észlelhető, bár kivételes, de mégsem egyedül álló tünet az öröklékenységen alapuló idegbántalmaknak irodalmában. A családi kóros ataxiának egy esetében Sanger Brown Robertson-tünetet, egy másik esetben Duranté<sup>5</sup> teljes pupillamerevséget látott fejlődni.

Egyes szemizmoknak felhűdéses állapota, mely betegünkön észlelhető, amnyira megszokott lelet a családi degenerációknak sorában, hogy azokra analogiát említenem felesleges.

Ugyanez áll a mély reflexeknek teljes hiányára is, s e tekintetben elég a Friedreich-féle ataxiára és az irodalomban található számos, typosba nem illeszthető esetre utalnom.

Figyelemreméltó tünetnek tartom a beteg gerincoszlopának elgörbülését. Már az első kikérdezéskor arról panaszkodott a beteg, hogy a hasát újabban növekedni érzi s egész határozottan emli-

<sup>1</sup> Jendrassik: Adatok az öröklődő bántalmak ismeretéhez. Orvosi Hetilap, 1902.

<sup>2</sup> H. Higier: Über die seltenen Formen der hereditären und familiären Hirn- und Rückenmarkskrankheiten. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 1896. IX. kötet.

<sup>3</sup> Kollarits Jenő: Adatok az öröklött idegbajok ismeretéhez. Orvosi Hetilap, 1905.

<sup>4</sup> Leitner Vilmos: Az öröklött látóidegsorvadásról. Orvosi Hetilap — Szemészet, 1897.

<sup>5</sup> cit. J. Bäumlín: Über familiäre Erkrankungen des Nervensystem. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 1901. XX. kötet, 305. lap.

tette, hogy az azelőtt nem domborodott előre. A has csakugyan jelentékenyen elődomborodó, a mi a gerincoszlop ágyéki részletének lordosisára vezethető vissza. Ha a betegnek fentebbi állítása megbízható, ebből az következik, hogy a gerincoszlopnak elgörbülése is újabb keletű, vagyis haladó folyamattal van dolgunk. Mivel pedig a törzsnek izomzata a rendestől eltérést sem nyugalmi helyzetében, sem működésében nem mutat, a csontrendszernek ezen elváltozását önálló, elsődleges folyamatnak kell minősítenünk.

A csontrendszer dystrophiája heredodegeneráltakon a bebizonyított tények közé tartozik. Rendkívül tanulságos *Schultze*-nak<sup>1</sup> észlelete, ki egy izomdystrophiás testvérpáron a gerincoszlopnak erős elgörbülése mellett a bordáknak, medenczeesontoknak s a végtagok csöves csontjainak nagyfokú sorvadását észlelte. Az egyik eset bonczolásra került, a mikor bebizonyult, hogy a gerinczvelő dűczsejtjei s az elülső gyökök sértetlenek, vagyis hogy nem ideg eredetű, hanem teljesen önálló atrophiaról volt szó. *Jendrassik* az öröklési bántalmaknak alaptételei közé vette fel, hogy azok a szervezet minden szövetét illethetik, az idegrendszert ép úgy, mint az izomzatot, a kötőszövetet, a csontokat (achondroplasia, osteodystrophia stb.), az egyes szerveket stb. *Kollarits* csontdystrophiás esetei közül az egyikben (VIII. sz. észlelet) az alsó állkapocs is elváltozott, miáltal a metsző és szemfogak között jelentékeny rés maradt, olyanformán mint a jelen esetben, azon különbséggel, hogy itt az elváltozás a felső állkapocsra vonatkozik.

\* \* \*

A fentebbiek után nyilvánvaló, hogy esetünknek az endogen bántalmak körébe való beillesztése nehézségbe nem ütközik. Mégis az a szokatlan körülmény, hogy a betegnek izomrendszerében és a mozgási körben számbavehető elváltozás nem volt kimutatható, holott az eddigi tapasztalatok szerint az eseteknek túlnyomó része amyotrophiás, merevgörösös vagy ataxiás typust szokott feltüntetni, további megfigyelésre és vizsgálatra intett, annyival is inkább, mert a betegnek családját megvizsgálni nem volt módomban, s így a betegség természetének eldöntésére a legmeggyőzőbb bizonyíték, az aetiológiai tárgyi momentum, nem állott rendelkezésemre.

Ez okból szükségesnek tartottam a vizsgálatot a Wassermann-féle syphilisreactio megejtésével is kiegészíteni, melyet egymástól függetlenül először *Róna* tanár osztályáról *Brezovszky* dr. orvos, később pedig *Vas Bernát* magántanár volt szíves eszközölni.

Az eredmény mindkét esetben minden kétséget kizárólag pozitív volt.

Nem tartozhatik ezen közlemény keretébe a Wassermann-reactionak bővebb méltatása, a kérdés különben is napirenden van; az eddigi tapasztalatokból azonban azt a következtetést minden esetre levonhatjuk, hogy a pozitív Wassermann-próba legnagyobb valószínűséggel (egyések szerint biztossággal) lueses fertőzés mellett bizonyít.

Ezen esetben sem szabad tehát a próba pozitív voltának bizonyító ereje elől elzárkózni, és így ismét előtérbe nyomul a kérdés, hogy a lueses fertőzésnek a lehetsége e sajátságos körkép létrehozásában, annyival is inkább, mert a betegnek fejfájására való tekintettel a második Wassermann-próbát követő naptól kezdve napi 1-5 gm. jodkaliumot adtam a betegnek, mire a fejfájás csakhamar megszűnt és azóta egyszer sem jelentkezett.

\* \* \*

Már fentebb kifejtettük, hogy a betegnek észlelt majdnem valamennyi tünet megmagyarázható a lues congenita alapján is; csupán a gerincoszlopnak elferdülése és az állkapocsnak deformációja szokatlan e képpen és inkább heredodegenerációs esetekre emlékeztet.

Vizsont azt is kifejtettük, hogy ezek a tünetek mind jól értelmezhetők heredodegeneratio alapján és hogy sajátságos csoportosulásuk e mellett látszik szólni. Hogy öröklött endogen terheltég van, azt az anya elmebaja, a nagynéne siketnémasága és a testvérek dadogása bizonyítja.

<sup>1</sup> *Fr. Schultze*: Über Combination von famil. progr. Pseudohypertrophie der Muskeln mit Knochenatrophie und von Knochenatrophie mit der „Spondylose rhizomelique“ bei zwei Geschwistern. Deutsch. Zeitschrift f. Nervenheilkunde, 1899. XIV. köt.

Mindezekből valószínűnek látszik, hogy betegünket heredodegeneratio sújtja és hogy a kórkép kialakulásában a világrahozott luesnek is fontos szerep jutott.

Minthogy ezen esetben az utóbbi körülmények felismerését a Wassermann-próba tette lehetővé, a mi némi therapiái eredménnyel is járt, ajánlatosnak tartom, hogy a heredodegeneratióra emlékeztető, de nem egészen tiszta kórképekben a Wassermann-próbát ne mulasztjuk el megejtteni.

## Gyermekfejnyi angioma cavernosum hepatis operált esete.<sup>1</sup>

Irta: ifj. *Genersich Antal* kórh. főorvos, Hódmezővásárhely.

A máj felületén vagy szövetében előforduló lencsényi egész mogyorónyi angiomák épen nem mondhatók ritka leletnek s bár pathogenesisük a kórbonczolástannak sokat vitatott témája, klinikai jelentőségük nincs, az élőben semmiféle kóros tünetet nem okoznak s az illető egyén egészségét nem befolyásolják.

Másképp áll azonban a dolog, ha ezen angiomák tyúktójasnyi, gyermek-, sőt emberfejnyi daganattá nőnek, ilyenkor már a szomszédos képletekre gyakorolt nyomás és a máj vongálása következtében állandó fájdalmakat váltanak ki, viselőjüket munkaképtelenné tehetik, sőt az esetleges megrepedésükkel járó súlyos vérzés révén életét is veszélyeztetik. Az ilyen lassan, de határtalanul növekvő daganatszerű angiomák ritkán fordulnak elő s csak az utóbbi évtizedekben teszik klinikai megfigyelés és sebészi beavatkozás tárgyát.

Az alább leírandó esetben is nagysága miatt vált a daganat fájdalmassá, tette munkaképtelenné a beteget s ezen fájdalomtól szabadulandó kereste fel a kórházat.

Petrecz Józsefné, 40 éves, napszámos neje. 1908 április 3.-án vétetett fel a városi kórházba. Gyermekkori betegségektől eltekintve jelen bajáig egészséges volt. Havi baját 14 éves korában kapta meg. 10 élő gyermeket szült, kétszer abortált. Nyolcz év előtt munkából hazamenve, a sötét utczán elesett s hasának jobb oldalát megütötte, azóta e helyen úgyszólván állandóan érzett kisebb-nagyobb fájdalmakat. Az elesés után pár hétre hasa és jobb lába megdagadt s ama hiszemben, hogy más állapotba jutott, csak 10 hónap mulva fordult orvoshoz, ki felvilágosította, hogy nincs teherben, oryosságot rendelt s erre a daganat eloszlott. Körülbelül hat év előtt vette észre először, hogy hasának jobb oldalán egy kis daganat keletkezett, a mely azóta lassan, de folyton növekedett s ezalatt fájdalmai folyton erősödtek. 1903 őszén három hónapos terhessége elvetéléssel végződött, röviddel ezután ismét teherbe esett, a magzatot kihordta, mint mondja a gyermek feje mindig a gyomor tájékán feküdt baloldalt, s a gyermekét lábbal előre szülte meg. A magzat hátának jobb fele a daganat nyomásának megfelelőleg már a szülés után láthatóan be volt horpadva s úgy is maradt 16 hónapos korában bekövetkezett haláláig.

A daganat okozta fájdalmai miatt 1906 február 26.-án kórházba vétette fel magát, s itt 1906 márczius 1.-én operálva is lett. A kórházból 1906 márczius 25.-én távozván, állapota nem sokat változott, eleinte ugyan ritkábban voltak fájdalmai, de a mint megerősödve nehezebb munkához látott, fájdalmai ismét nagy fokban jelentkeztek s csak teljes pihenés közben multak el 1—2 hét alatt, hogy a legkisebb megerőltetésre újból előálljanak. Ezen sokszor kínzó fájdalmak miatt az utóbbi időben teljesen munkaképtelenné vált s ezért újból felvétette magát kórházunkba.

1906 márczius 1.-én a próbalaparotomia alkalmával, melyet Witzel-narcosisban végeztem, a következő viszonyokat találtam. A jobb hypochondriumban egy a máj jobb lebenyének alsó felületéből kiinduló s vele széles alapon összefüggő, a májszövetből élesen el nem határolható, kétökölnyi, kékesvörös színű, tészatapintatú daganat foglal helyet, melynek felső felületét a sorvadt májlebeny s ennek közepén a rendes nagyságú epehólyag fedi. A daganat kiirtásáról szó sem lehetett, mert hisz legnagyobb része szélesen elterült a máj jobb lebenyének alsó felületén. Nem lévén teljesen biztos a daganat természetére felől, a hassebe akartam kivarni, azonban már az első öltésekör oly bő vérzés indult meg a szúrtesatornákból, hogy a kivarrás helyett a vérző helyre jodoform-tampont helyez-

<sup>1</sup> Bemutatva a magyar sebésztársaság II. nagygyűlésén.

tem s a heges májszélben vezetett két catgutöltéssel a daganatot a hasfalhoz rögzítettem. A hassebet a tamponcsik helyének kivételével 3 étageban egyesítettem.

Márczius 8.-án. Láztalan lefolyás után a per primam gyógyult sebből a varratokat eltávolítottam, úgyszintén a tampont is kihúztam minden vérzés nélkül. Két nap múlva a sebhez odanőtt daganatot három helyen és három irányban vékony tűvel megpungáltam s mindenütt, minden mélységben csak tiszta vért kaptam, tehát megállapítottam, hogy a daganat cavernosus angioma. A kórházból történt elbocsátása s újra felvétele közt eltelt két év leforgása alatt kéthónaponként vizsgáltam a beteget s a daganat lassú egyenletes növekedését állapítottam meg. 1908 április 3.-án a következő jelenállapottal vettük fel a beteget. A jól fejlett és mérsékeltén táplált nöbeteg bőrszíne halvány, csont- és izomrendszere ép, a mellkasi szervei normálisak, vegetatív funkciói zavartalanok. A has jobb oldalán gyermekfejnyi, sima felületű, kerekded, izom tömörségű, erősebb mozgásra fájdalmas, a hasfalakkal össze nem függő, a jobb oldalról a középvonalon túl balra tolható, lefelé a csípőtaraj magasságáig érő, alá és kétoldalt jól elhatárolható, a légzőmozgásokat követő térfogatmegegyesítés tapintható, a mely felfelé a bordaív alá folytatódik, de itt el nem határolható. Kopogtatásra mindenütt tompa hangot ad, azonban a 6. borda alsó szélénél kezdődő májtompulattal nem folyik teljesen össze, a menyinyben a bordaív alatt kétujjnyi széles dobos színezetű zóna mutatható ki. A bél és gyomor felfúvásakor a daganat kevésbé jól tapintható, de nem tűnik el s a bordaív alatti dobos színezetű zóna nem változik. A daganat felső részének megfelelőleg a bordaív alatt 2 ujjnyira az előbbi műtétnek megfelelő 8 cm. hosszú vonalas műteti heg, melynek középső része 2 cm.-nyi hosszban kissé behúzódott s a daganattal összefüggni látszik.

1908 április 8.-án (0.5 gramm veronal) Witzel-narcosisban a hasüreget az előbbi műtét helyének megfelelőleg megnyitottam; a hegek a daganathoz odanőtt részét felszabadítván, láthatóvá válik a daganat elülső felülete, melynek felső fele meglehetősen vastag, a máj szövetébe éles határ nélkül átmenő kötőszöveti burokkal fedett, alsó fele pedig a helyenként hegesen, itt-ott könnyen leválasztható módon lapjával odatapadt csepleszszel van takarva s a cseplesz szövetén kékesen áttűnik.

A csepleszt részben tompán lefejtjük, részben kettős lekötések között átmetszszük, majd a daganat alsó és oldalsó felületéről leválasztjuk, nagyrészt tompa praeparálással, az odanőtt vékonybélkacsokat és duodenumot s a tumort alsó felületén is leválasztjuk a fali hashártyáról. Az így szabaddá tett gyermekfejnyi daganatot a seben át kibuktatva, köröskörül lehető magasan a májszövetig izoláljuk, úgy hogy a mediális oldalou a vena portae oszlása is jól látható, a mint a daganat szövetébe hatol. A daganat elülső felületén fekvő heges burok, mely tulajdonképp a sorvadt májszövet kötőszöveti maradványa, a daganattal nagyrészt szétválaszthatatlanul össze volt növe s csak a középvonal felől sikerült óvatos praeparálással a daganat és a hegszövet közé jutni; az így alávált hegszövetet ollócsapásokkal néhány centimeter szélességben átmetszszük, mire a kívülről teljesen felismerhetetlen és üres epehólyag megsérült. Az epehólyag sebé két étageban egyesítvén, a lefejtést folytatjuk, s így sikerült egyfelől a kötőszöveti burkot a máj külső széléig átmetszeni, másfelől pedig a daganat a máj alsó felületéről, illetve az epehólyagról körülbelül a ductus cysticus kezdetéig lefejtteni. A daganatnak így szabaddá tett gyöki részét a segéd ujjai közt laposra nyomja s a külső szél felől néhány átöltő ligaturát alkalmazunk. Az egyes öltések helyén azonban olyan bő vérzést kapunk, hogy a műtét folytatásának ezen módjáról az elvérzés veszélye miatt le kell mondani. A szünni nem akaró vérzés csillapítására a máj közvetlen közelében jobbról és balról egy-egy hosszú szárú Lumniczer-fogóval gyenge szorítás mellett, nehogy a daganat vékony burka beropodjon, lefogjuk a daganat gyöki részét a jobb májlebens külső szélének mintegy tenyérnyi részletével együtt, mire a vérzés eláll. Ezután a Lumniczerek előtt közvetlen egymás mellett Madlener-féle Rami-czérnával átöltő lekötéseket alkalmazunk s ezek előtt 1 1/2 cm.-rel a daganatot átvágjuk. Az egészben 12 cm. hosszú csonkot vályúszerűen kimélyítjük s a széleket szűcsvarrattal egyesítjük. A fogók levétele után csak két-három lekötés helyén véreznek a szúrtesatornák. Bár ez a vérzés nem nagyfokú, teljes csillapítása az ismételt megkísérelt tamponálásra sem siker-

rült s épen ezért a csonk mindkét oldalára jodoformcsikokból álló egy-egy tampont helyezünk s a két tampont néhány catgutöltéssel a csonkba, illetve az utóbbival együtt a elülső hasfalba rögzítjük.

A sebüreget kitörlése után a szabadon fekvő vékonybélkacsokat a visszacsapott csepleszszel befedjük s a hassebet 3 étageban Rami-czérna-, illetve silkwormvarratokkal egyesítjük, kivéve a külső sebzugban kivezetett jodoformcsikok helyét.

A műtét közben meglehetősen gyenge szív működés másnapra megjavult s a beteg jól érezte magát. A varratokat 8 nap múlva távolítottuk el a per primam gyógyult sebből. A tamponokat a 10. naptól kezdve kétnaponként óvatosan kifelé húztuk s az utolsó esikot április 27.-én, a harmadik hét végén távolítottuk el, a legcsekélyebb utóvérzés nélkül; ekkor a beteg felkelt. A tampon helyén visszamaradt sebüreget az ötödik héten egy kis sipolynyílás visszahagyásával kitöltöttük.

A daganat kórszövettani vizsgálata (budapesti I. sz. kórboneztani intézet) a mikroszkopi diagnoszt beigazolta. A daganat valódi angioma cavernosum, mely magából a máj állományából indul ki, a sűrű öblökből álló daganatszövet a máj szövetébe fokozatosan éles határ nélkül megy át s a vele határos ép májszövetben is látható helyenként az intralobuláris hajszálerek kiöblösödése, viszont a daganat tömegében a májtól távol eső helyeken is a kötőszöveti sővényekben nagy epeutak és verőérátmetszetek is láthatók, kétségtelen bizonyítékul annak, hogy a daganat ritka nagysága dacára magának a máj állományának átalakulásából képződött, s nem újképződmény, vagy a foetális életben elszórt csirákából származik, a mint azt újabban a kórbonezolók egy része a máj angiomáinak eredetére nézve állítja.

A rendelkezésemre álló irodalomban összesen 8 operált esetet találtam s ezekről, különös tekintettel a műtét alkalmával követett technikára, az alábbiakban akarok röviden megemlékezni.

Az első operált esetet *Eiselsberg* (1893) közli: 59 éves nöbeteg, a daganat 15 év óta fejlődött, lassan, de folytonosan nőtt két férfőkölnyi nagyságra. A daganat a jobb hypochondriumban feküdt, különösen jobbra-balra jól mozgatható volt. Műtétkor a jobb bordaívvel párhuzamosan s alatta 2 cm.-rel 15 cm. hosszú metszést ejtettek. A sötétkéken áttűnő daganat csak sekély fűzési barázda által volt a májtól elválasztva s ezen barázdában a daganat gyengén izzó thermokauterrel le lett égetve. Az igen erős vérzés miatt utólag még 1 cm.-rel beljebb a májparenchymában a leégetést megismételték. A májszövet parenchymás vérzését azzal csillapították, hogy a sebfelületet kisebbítő átöltő varratokat alkalmaztak. A varratokkal egy jodoformtampont is rögzítettek a sebfelületre s a májat elsüllyesztve, a hassebet a külső zug kivételével 3 étageban egyesítették. A külső sebzugon át kivezetett varratokat a tamponnal együtt a 12. napon gyenge húzással eltávolították, s a visszamaradt üregbe hetenként kétszer jodoform-glycerint fecskendeztek. A beteget a 7. héten gyógyultan bocsátották el.

*Rosenthal* esete 41 éves nöbetegre vonatkozik, ki csak pár héttel előbb észlelte a daganatot. Vizsgálatkor gyermekfejnyi, kemény, mozgatható daganatot talált, mely sem a májjal, sem a genitáliákkal nem látszott összefüggeni.

A hasüreg megnyitásakor két éves gyermek fejének megfelelő, kékesbarna színű daganatot talált, mely a máj bal lebenye alól lépett elő, s előtte az epehólyag feküdt. Az epehólyag s a máj bal lebenyével való összenövés tompa szétválasztása után kiderült, hogy a daganat a lobus Spigeli-ből indul ki. A daganatot kibuktatta s kocsányszerűen elvékonyodó felső részére elastikus ligaturát alkalmazott, előtte a daganatot levágta, s a csonkot extraperitoneálisan látta el; műtét közben mérsékelt vérzés. Zavartalan gyógyulás.

*Pfannenstiel* esetében, melyet P. Langer közölt, a 37 éves nöbeteg a műtét előtt két évvel vette először észre az akkor férfőkölnyi daganatot, mely munkaközben fájdalmakat okozott. A daganat gyorsan nőtt, a felvételkor majdnem az egész hasüreget kitöltötte s a középvonalban feküdt. Az aethernarcosisban végzett műtét alkalmával a hasüreg a középvonalban a köldök alatt nyitott meg s a metszést csak később hosszabbították meg messze a köldök fölé s csak akkor volt megállapítható, hogy a daganat a máj bal lebenyéből indul ki.

A daganat kiszabadítása után a burkát illetve a sorvadt májszövetet az alig vörösen izzó paquelinnel köröskörül átvágták

s a tumor csonkját részben tompán, részben paquelinnel kifejtették. A kifejtés közben helyenként óriási vérzéssel kellett megküzdni s e miatt Dechamps-tüvel catgutligaturákat alkalmaztak, a tumor felőli vérzést részben nagy klammerekkel, részben a daganat erélyes lehúzásával csillapították. A műtét igen nagy vérvesztéssel járt s a vérzést a nagyszámú catgutligatura ellenére sem sikerült tökéletesen csillapítani, épen ezért a daganat ágát alkotó és folyton vérző májfelületre két steril gaze-tampont helyeztek s felettük a daganat burkának meghagyott sebszéleit catgut esomós varratokkal egyesítették. A hassebet a kivezetett gazetamponok helyének kivételével 3 étageban egyesítették. Műtét után bő konyhasós infúsiókat és kámforinjekciókat kellett alkalmazni. A műtét utáni első napokban ismételt volt szükség excitansokra. Icterus, fehérjevizelés, magas lázak mellett a hassebből bő epefolyás jelentkezett. Az epefolyás csak négy hét múlva szűnt meg teljesen s a beteg 10 hét múlva hagyta el a kórházat gyógyulva. A beteg négy év múlva még recidivamentes s teljesen jól érzi magát, munkaképes.

*Filippini* emberfejnyi angioma miatt sikerrel reszekálta a máj bal lebenyét.

*Keen* 53 éves nőbetegből a bal májlebeny alsó széléből kiinduló,  $7\frac{1}{2}$  cm. széles,  $6\frac{1}{2}$  cm. mély angiomát irtott ki thermokauterrel s a csonkot extraperitoneálisan látta el; a beteg meggyógyult.

*Dahlgren* körülbelül vesemekkoraságú angiomát sikerrel irtott ki 33 éves nőből. A daganat a máj bal lebenyének alsó széléből indult ki, közvetlen az incisura interlobaris mellett. A csonkot a cseplész odavarrásával látta el, sima gyógyulás.

*Hagedorn* által kiírtott daganatról tesz említést Birch-Hirschfeld kórbonecztanában, mely nagyságra nézve terhes méhhez volt hasonlítható s a mely a mikroskopi vizsgálatkor tipusos cavernomának bizonyult.

*K. Pichler* 37 éves nőbetegéről referál, ki körülbelül fél év előtt vette észre, hogy hasának jobb felében kemény daganat keletkezett, mely lassan, de folyton nőtt. A daganat munkaközben kissé fájdalmas. Objectiv vizsgálatkor az ép mellkasi és hasi szervek mellett a has felső részének jobb oldalán kétökönyi, feszes, sima, balra a középvonalon túl majdnem a bal bordaív alá tolható tumort talált; a daganat oldalt és alul jól elhatárolható, felfelé azonban nem.

A Smoley által végzett műtét lefolyása a következő volt: 14 cm. hosszú metszés a középvonalban. A hasüreg megnyitása után kitűnik, hogy a daganat a máj bal lebenyéből indul ki s a máj felületén még több apró cavernoma volt látható. A tumor jó két ujjnyi vastag és 10 cm. széles közönséges májszövet által alkotott nyélen ül, a cseplésszel többszörösen összenőtt, ezen összenövések lefejtésekor előállott erős vérzés az alkalmazott körülöltésekre sem csillapult s épen ezért a tumor kocsányát gummicsovéval leszorította s azután a leszorítás előtt alkalmazott két en masse ligatura előtt a kocsányt thermokauterrel átégette, a csonkon alkalmazott többszörös lekötésekkel a vérzést teljesen csillapította s a csonk felett a peritoneumot egyesítette. A hassebet a csonk elsüllyesztése után teljesen zárta.

A lefolyást lázak, peritoneális izgatottság, majd catarrhalis pneumonia, a bal vena saphena thrombosisa zavarta meg s a beteg csak 8 héttel a műtét után hagyta el a kórházat gyógyulva. Icterust a műtét után nem észlelt.

A beteget 3 évvel a műtét után vizsgálta újból. Recidivát nem talált s a beteg, a hegnek megfelelőleg képződött hasfali herniától eltekintve, teljesen jól érzi magát, időközben egy rendes szülésen s typhuson esett át.

*Alfred Mantle* 33 éves férjbetegét két év előtt vette észre, hogy hasa dagadni kezd, s utóbb étkezés után némi betegség-érzete s rövid légzése mutatkozott, de fájdalmai nem voltak.

A has megnyitása után a daganat próbapunctiójakor igen erős, csillapíthatatlan vérzést kapott, mire a hassebet zárta. A beteg két órával a műtét után elvérzés folytán meghalt. A boncoláskor a máj jobb lebenyéből kiinduló, 12 hüvely hosszú, felül 8, alul  $6\frac{1}{2}$  hüvely széles, placentaösszeállású daganatot találtak a hasüregben szabadon levő nagymennyiségű vér mellett.

A mikroskopi vizsgálatkor megállapítható volt, hogy a tumor csakugyan a jobb lebenyéből kiinduló cavernoma; a barlangos, vérral telt, endothellel bélelt üröket környező szövetközi septumokban jól felismerhető hámmal bélelt epeutak s helyenként egészen ép

májszövetzigetek, a daganat legalsó részében pedig sorvadt májsejtszigetek voltak láthatók.

A jobb májlebeny felső része, a lob. Spigeli és a bal lebeny ép májszövetet mutat, de a portális erek tágabbak.

Tekintsük már most a felsorolt eseteket diagnostikai szempontból.

Az esetek majdnem kivétel nélkül többször szült nőkre vonatkoznak (Rosenthal esetében öt, Pfannenstiel esetében hat, Dahlgren esetében négy, Pichler esetében kilenc s a mi esetünkben tíz szülés, két abortus) s ezen körülmény igazolni látszik azon feltevést, hogy pangásos folyamatok s különösen a terhesség és a fűző viselése előnyösen folynak be a cavernomák keletkezésére s növekedésére.

A cavernomák növekedése a legtöbb esetben lassú, fokozatos s hosszú évekre kiterjedő volt, csak Rosenthal és Pichler esetében látszik valószínűbbnek a gyors nagyobbodás.

A daganat minden esetben a máj alsó felületéből indult ki, többnyire a bal lebenyből, ritkábban a jobb lebenyből. A daganatnak a légzőmozgásokat követnie kell, ezen körülményt Pichler különösen hangsúlyozza, esetünkben szintén észlelhető volt.

Annak ellenére, hogy az angiomák rendesen széles alapon ülnek, mégis igen jól mozgathatók, a jobboldalt vagy a középvonalban ülő daganat könnyen áttolható a bal oldalra.

A májjal való összefüggésnek megfelelőleg az alul és oldalt jól körülfogható daganat felfelé nem határolható el. A percussio könnyen tévedésbe ejt, a mennyiben a májtompulat nem folytatódik mindig megszokás nélkül a daganat tompulatába, hanem töle keskenyebb vagy szélesebb dobos szinezetű zóna által van elválasztva (Pfannenstiel és a mi esetünkben).

A pontos diagnoszt egy esetben sem sikerült a műtét előtt megállapítani, sőt a daganatnak a májjal való összefüggését is csak Pichler állapította meg azon tünetre támaszkodva, hogy a kitapintható májszél a daganatba folytatódott.

A fentiek alapján mondhatjuk, hogy az angiomákra feltétlenül jellemző körjelző tünetet nem ismerünk, de a valószínűségi diagnoszt támogatják a következő tünetek: a daganat nagyfokú mozgathatósága, a májszélnek a daganatra való folytatódása s azon körülmény, hogy a térfogatmagnagyobbodás a légzőmozgásokat követi; egyáltalán nem szól a májjal való összefüggés ellen, ha a két tompulat közt akár két ujjnyi dobos zóna kopogtatható is ki. Jellemző tünetnek tekinthető még, hogy az alafelé és mindkét oldalon jól körülfogható tumor felfelé nem határolható el. A műtét technikáját illetőleg a következőket mondhatjuk.

A hasfalon való behatolás helyét és irányát, az ejtendő seb nagyságát a daganat helyzete és nagysága szerint esetről esetre kell megállapítani. Részünkről a bordaív alatti ferde metszést választottuk, a mely metszés a nem túlnagy tumoroknál úgy hisszük leginkább biztosítja a szabad hozzáférhetést a néha igen mélyen, a máj hátulsó széle közelében kiinduló daganatok kiirtása közben.

A hasüreg megnyitása után következik a daganat illetőleg a csonk szabaddá tétele. Eiselsberg, Pfannenstiel, Keen az alig vörösen izzó thermokautert használta, s bár Pfannenstiel mint a legjobb eljárást ajánlja, mégis mindkét esetben a műtét közben támadt igen nagy vérzésekről tesz említést mindkét szerző; sok catgutligaturára s varratra volt szükségük a vérzés teljes csillapítására. Rosenthal elastikus ligaturával szorította le a csonkot s az előtt vágta azt át, vérzése csak igen kiscokú volt. Pichler-Smoley szintén elastikus ligatura előtt vágta át a csonkot thermokauterrel, miután előzőleg két körülöltéssel is biztosította a vértelenséget.

Esetünkben az elastikus ligatura helyett a könnyebben kezelhető és mégis biztosabb két klammerbe fogtuk a kocsányt s az ezek előtt alkalmazott körülbelül 10—15 körülöltéssel akadályoztuk meg a vérzést; ezen eljárás talán a legegyszerűbb s célravezető.

A csonkot illetőleg Keen, Rosenthal az extraperitoneális ellátást látta javálnak, a többi műtő a csonknak lehetőleg peritoneummal való befedése után a hassebet a kivezetett tamponcsik kivételével zárta; mi is ez utóbbi eljárást követtük, mint a mai sebészeti szabályoknak egyedül megfelelőt.

A csonk ellátására vonatkozólag még azt kívánom megjegyezni, hogy ha a sebet tamponáljuk, a mit rendesen a vérzés miatt kell megtennünk, a csonk varrásához és a körülöltésekhez vagy catgutot használjunk, vagy pedig ha nem felszívódó anyaggal kötöttünk le,

a fonalak végeit hagyjuk hosszúra, s vezessük ki a hasseben át (Eiselsberg), mert különben a tampon útján fertőződő fonalak sipolyképződésre vezetnek, mint a mi esetünkben a Rami-czérna.

A műtét prognosistát illetőleg nem sokat mondhatunk, erre nézve nem nyújthat biztos támpontot a kevés számú közölt eset jó vagy rossz eredménye, annál kevésbé, mert hisz valószínű, hogy nem egy rosszul végződött eset közlése elmaradt; annyit azonban minden optimismus nélkül is mondhatunk, hogy az esetekben minden esetben a műtét sikerült s gyógyulásra vezetett.

**Irodalom.** 1. v. *Eiselsberg*: Wiener klinische Wochenschrift, 1893. 6. szám, 1. l. — 2. *J. Rosenthal*: Deutsche medizinische Wochenschrift, 1897. 23. szám, 54. l. — 3. *P. Langer* (Pfannenstiel): Archiv für klinische Chirurgie, 64. kötet, 630. l. — 4. *Dahlgren*: Nordisches medizinisches Archiv, 1902. II. kötet. — 5. *Keen*: Ref. Zentralblatt für Chirurgie, 1899. — 6. *Filippini*: Ref. Zentralblatt für Chirurgie, 1901. — 7. *Birch-Hirschfeld*: Lehrbuch der pathologischen Anatomie. 5. kiadás, II. kötet, 220. l. — 8. *K. Pichler*: Zeitschrift für Heilkunde. XIV. kötet. Új folyam, 1903. IV. kötet, 250. l. — 9. *A. Mantle*: Brit. med. Journal, 1903. I. kötet, 365. lap.

## A Charité-poliklinika II. húgyszervi és nemi betegségek osztályából.

### A húgycső-massage újabb módja.

Irta: *Sellei József* dr.

A húgycső mechanikai kezelése régóta gyakorolt gyógyító eljárás. A szondakezeléshez csatlakozott később a húgycsőnek dilatátorral kezelése, melyet tudvalevőleg *Oberlaender* vezetett be a therapiába. A szondával és dilatátorral a tágitáson kívül az idült körülírt húgycső-lobfolyamatoknak felszívódását célozzuk. Mint a külső testrészekben alkalmazott massage-zsal, a húgycsőnek ezen említett mechanikai kezelésével is végeredményképen bővebb fluxiót és így oszlató hatást kívánunk elérni. A húgycső kezelése szonda segítségével tulajdonképen, ha szabad ezt a kifejezést használni, egyszerű „passzív” húgycsőmassage-nak nevezhető; ugyanilyen a kombinált massage is, a midőn a húgycsőbe szondát vezetünk és ujjainkkal külső massaget végezzük; ezen eljárás használatakor, mely a húgycső idült gonorrhoeás elváltozásainak, valamint fibrosus folliculitises alakjának megszüntetésére kiválóan alkalmas,<sup>1</sup> a húgycsőben közvetlen „aktív” működést nem végzünk. Az egyszerű és kombinált passzív eljárással ellentétben áll ugyanilyen variációkkal az a kezelésmód, a midőn közvetlenül intraurethrálisán fejtünk ki hatást, a mely módszert röviden „aktív” húgycső-massage-nak nevezném. Ezen eljárás használatakor tehát a főszűly egyenesen a húgycső falára, a húgycsőelváltozásoknak massage útján megszüntetésére irányul.

Ha az eddigi szonda- vagy dilatátorkezelésnek a húgycső beszűródéseinek felszívódására kifejtett hatásmódját kissé szemügyre vesszük, könnyen belátjuk, hogy úgy a szonda-, mint a dilatátor-kezelés sok esetben a célnak nem tud megfelelni, a minek okát a húgycső anatómiai viszonyaiban kell keresnünk. A húgycső tudvalevőleg egyes segmentumaiban változó kaliberű. Hogy a pars pendula, vagy a bulbus, valamint a bulbus mögötti húgycsőrésztlet gyuladással megvastagodásaira a szonda vagy dilatátor hatást fejtsen ki, feltétlenül szükséges, hogy a húgycsőbe vezetett eszköz hatása a lobos beszűródésre közvetlenül érvényesüljön, ez pedig sem a szondával, sem pedig a dilatátorral nem sikerülhet mindig, épen az előbb említett húgycső-lumen egyenetlensége miatt. Tegyük fel, hogy a húgycsőnek a s tőle lejjebb levő b pontján beszűródés van, akkor a húgycsőbe vezetett szonda ugyan tágitó hatást fejthet ki a-ra, azonban a b-vel jelölt beszűródés helyén, a hol a húgycső kalibere más, ugyanazon vastagságú szonda már nem fogja ugyanazon hatást kifejthetni. Még szembevetőbbek a viszonyok a bulbus táján. Itt a szonda a gömbszerű tágulatnak legfeljebb csak egyik felületére hat, míg a másik felületen szondahatás egyáltalában nem érvényesülhet. Azokban az esetekben pedig, mint a melyekről alább még szó lesz, a melyekben a bulbus tatóngó és felső, valamint alsó felületén nyálkahártyaduzzanatokkal bír, a szonda e duzzanatokra egyáltalában nem fog hatást kifejthetni. A mi a szonda hatására áll, az egyszersmind a dilatátorra is vonatkozik. Sem

a szonda, sem pedig a dilatátor segítségével nem lokalizálhatjuk pontosan a „tágító” hatást, a mire eddig oly nagy súlyt fektettek.

Mint említettük, a tágitás végeredményképen a lobos beszűrdések felszívódását célozza. De akkor helyesebb ahhoz az eljárásához folyamodni, a mely az orvosi gyakorlat más ágaiban már jól bevált, vagyis directe a massage-hoz. S ha az idült infiltrációk elosztatására a massage az a mechanikai beavatkozás, a mely sikerrel jár, akkor a húgycsőbeszűrdések elosztatásakor miért ne lehetne hasonlóképen ehhez a mechanikai kezeléshez fordulni? Az elmondottak eléggé indokolják tehát, hogy a régi kezelésmód mellett az endourethrális massaget is alkalmazzuk.

Ezen endourethrális, activ massage végrehajtására mindenképen előtölty eszközre van szükségünk, melylyel az könnyen és a nyálkahártya minden sérülése nélkül végezhető.

**Eszköz.** Az eszköz, mely a használt urethroskop-tubusok obturatoraihoz vagy a Guyon-féle bougie à boule-hoz hasonlít, hajlékony, rézből készült és nickel-lel bevont fémpálcából áll, melynek egyik vége az ellipsis- vagy körtealakú masszáló olivával, másik vége pedig a szonda pavillonjához hasonló fogantyúval bír. A páleza a közepe táján kihúzható és betolható készülékkel bír, azon célból, hogy az orificium urethraetól rövidebb vagy hosszabb távolságokban lehessen masszálnunk. Készítettem továbbá tolokészülék nélküli, rövidebb és hosszabb masszáló pálcákat is.

A massage-ra szolgáló oliva proximális végén csúcsosabb, hogy a húgycsőnyíláson könnyen becsúsztathassuk. Az oliva distális vége legömbölyített, mert éles szél könnyen vérzést idézhet elő. A körtealakú olivákon a distális vég a fémpálcába megy át. A különböző tágasságú húgycsövek számára más és más vastagságú olivák szükségesek. Legcélszerűbb, ha a 20—30 Charrière-sorozat páros számainak megfelelő oliva-készletet tartunk. (Az eszközöket a Garay S. és társa cég készítette.)

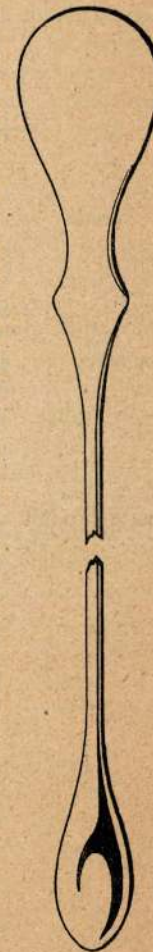
**Technika.** A glicerinbe mártott, kellő vastagságú olivával felszerelt masszáló pálcát a húgycsőbe vezetjük és az előzetes tükrözéssel kiderített helyen akképen végezzük a massage-t, hogy a penist bal kezünkkel körülmarkolva, a masszáló pálcával eleinte gyengén, majd erősebben masszálunk. A massage a húgycsővel hosszirányban vagy körkörös irányban végzett dörzsölésekkel fejezzük be a massage-t. Fokozhatjuk a beavatkozást akképen, hogy a masszáló olivát a penist körül fogó bal kéz tenyeréhez nyomjuk, a midőn a húgycsőben erősebb dörzsölést fejthetünk ki. Ugyiszintén fokozhatjuk olyképen is, hogy az endourethralis massage-t kombináljuk külső massage-zsal. A bal hüvelyk- és mutatóujj közé vesszük ilyenkor a húgycsőbe vezetett olivát és külsőleg, ujjainkkal masszálunk.

A mint kiemelttem, a dörzsölés enyhén, gyengén végzendő; az erőszakos massage, eltekintve attól, hogy könnyen a nyálkahártya sérülésével végződik, nem felelhet meg annak a célnak, a melyet ezen eljárással tulajdonképen elérni kívánunk, tudniillik hogy hyperaemiát, bővebb fluxiót és ezzel felszívódást létesítsünk. Még enyhe massage mellett is néha csekély vérzés támad, a minek azonban nincsen jelentősége.

Nyomban az endourethralis massage után kiöblítjük a húgycsővet gyenge kalium-hypermanganat- vagy bórsav-oldattal, utólag pedig a célnak és esetnek megfelelőleg az ismert antigonorrhoeicumok valamelyikét híg oldatban alkalmazhatjuk úgy instillációk mint öblítések alakjában.

**Javlat.** Az endourethralis massaget mint kiegészítő eljárást ajánlom a többi ismert eljárás mellett vagy velük kombinálva.

Magától értetődik, hogy első sorban akkor alkalmazandó, ha hosszabb idő óta fennálló körülírt lobos duzzanatokat akarunk felszívódásra bírni, vagy pedig ha a mirigyek váladék-retentióját kívánjuk megszüntetni. Az úgynevezett kemény beszűrdésnek glanduláris és folliculáris alakja, a folliculitis fibrosa, valamint az



<sup>1</sup> Orvosi Hetilap, 1907.

ügynevezett postgonorrhoeás állapotok tehát a fő dominiiumai ezen eljárásnak. Ismételen kell azonban hangsúlyoznom, hogy vele egyidejűleg a többi eljárás (instillatio, öblítés stb.) és kezelésmód (például prostata-massage) szintén alkalmazandó; az endourethrális massage csakis elősegíteni kívánja a gyakorlatban bevált többi gyógyító eljárás sikerét.

Az idült gonorrhoeás urethritiseknek nem egy esetében, midőn a szokásos instillatiós, öblítéssel, valamint a mechanikai kezelések közül a szonda és tágitó alkalmazásával nem lehetett végleges eredményt elérnem s a beszűrődések a hosszas kezelés ellenére sem tüntek el teljesen, a váladék nem szűnt meg, ezen említett eljárásokkal csakhamar a váladék megszűnését, a lobos beszűrődések felszívódását és így végleges gyógyulást tudtam elérni. Hasonló jó eredményt érhettem el azon ügynevezett postgonorrhoeás esetekben, a melyekben reggel, de napközben is váladék volt a húgyesöből kinyomható, e váladék azonban gonococcusokat már nem tartalmazott. Hogy az ilyen váladék jelentkezése — bármennyire is hangsúlyozzuk a betegnek, hogy semmiféle jelentőséggel sem bír, hogy már nem fertőző — mennyire tud sok betegben aggodalmat kelteni, azt felesleges itt külön kiemelni. Sok ilyen esetben azzal kellett eddig megelégednünk, hogy a beteget gonococcusmentessé tettük, azonban a szokásos eljárásokkal a váladékot nem tudtuk megszüntetni. *Lohnstein* egyik tanulmányában, utalva az ilyen esetekre, azon eredményre jut, hogy egyrészt az epithel körülírt burjánzása a bulbus táján, annak nagyfokú kitágulása mellett, tartja fenn a váladékképződését és teszi lehetetlenné, hogy a szonda vagy dilatator tágitó hatása érvényesülhessen, másrészt a pars posterior nyálkahártyájának kiválóan erős proliferációjára okozza azt, hogy a váladék nem akar szűnni, a vizelet a kettős-pohár-próba megejtésekor mindkét felében egyenlően zavaros marad. *Lohnstein* ezen elváltozások megszüntetésére a kürettezést ajánlja, azonban én az ilyen esetekben is, ha csak polypusszerű epithelburjánzásról nem volt szó, az általam szerkesztett masszálóval is célt tudtam érni. Az endourethrális massaget 2—3 percnél tovább nem végeztem, úgyszintén nem alkalmaztam egymásután, hanem közben-közben az esetnek megfelelőleg egyéb eljárásokhoz is folyamodtam. Igen fontos, hogy néhány massage után az urethra állapotát urethroskoppal is megvizsgáljuk és csakis a tükrövizsgálat eredményétől tegyük függővé a massage folytatását. Klinice útbaigazításul szolgálhat, hogy a váladék csökken, sőt sokszor már néhány massage után ad minimum redukálódik. Sohasem szabad azonban ezen különben is elég erélyes beavatkozást hatásában még más, szintén erélyes kezeléssel, például igen erős argentum nitricum-instillatiókkal fokozni; a váladék és a gyuladás erős fokozódása volna az ilyen túlzott kezelés eredménye.

Eljárásom előnyeit a következőkben foglalhatom össze: 1. Az endourethrális massage-zsal meglazított nyálkahártyán könnyebben szívódik fel az utólag befelelendezett gyógyszer; 2. a váladékkal, genynyel telt mirigyek a massage folytán tartalmukat kiürítik és a nyomban alkalmazott enyhe antigonorrhoeumokkal a lobos mirigyek gyógyulását elősegíthetjük; 3. a beszűrődésekre közvetlenül gyakorolhat felszívó hatást a massage.

### A községi (kőr-) orvosok országos nyugdíjintézete.

A községi (kőr-) orvosok országos nyugdíjintézete tárgyában a belügyminister a következő körrendeletet bocsátotta ki: Az 1908. évi XXXVIII. t. cikk 26. §-a megállapította, hogy e törvény életbeléptetése után egy év alatt a községi (kőr-) orvosok számára országos nyugdíjintézet létesíttessék. A törvény eme rendelkezése folytán a szükséges előkészítő munkálatokat megtettem s a többi között az intézményre vonatkozó különböző módokat alapul vétele mellett szakzszerű számításokat végeztem. Mielőtt azonban e tárgyban véglegesen döntenék, szükségesnek tartom az érdekelt községi (kőr-) orvosok meghallgatását is, hogy esetleges kívánságaikat a nyugdíjintézet létesítésénél figyelembe vehessem. A nyugdíjintézményre vonatkozólag matematikai alapon megállapított módozat tervezetét azzal a meghagyással küldöm meg alispán úrnak, hogy azt a vármegye területén alkalmazott valamennyi községi (kőr-) orvossal közölje s egyszersmind hívja fel őket arra is, hogy képviselületükben egy községi (kőr-) orvost küldjenek ki a vezetésem alatt álló ministeriumban 1909. évi február hó 12.-én délelőtt 10 órakor tartandó szaktanácskozományra.

A községi és kőr-orvosok nyugdíjintézményére vonatkozólag matematikai alapon megállapított módozat tervezete.

1. Nyugdíj és agghori ellátás. A nyugdíjigény 10 évi várakozási (karenc) idő elteltével az évi fizetés, korpótlék és személyi pótlék össze-

gének 40%-ában állapítatik meg. Ez az arány betöltött szolgálati évenként 2%-kal nő, és így 40 évi megszakítás nélküli szolgálati év után 100%-ra emelkedik, mely azután állandó marad. Negyven betöltött év után a nyugdíjhoz való jogosultsága az orvosnak akkor is megvan, ha nem szolgálhatéptelenség miatt hagyja el állását. Ez a kedvezmény azoknak az orvosoknak is biztosított, kik 65. életévüket már betöltötték, s legalább 30 éven át tagdíjfizetési kötelezettségüknek eleget tettek. Ezeknek azonban nem teljes összegű, hanem a tagsági éveik alapján őket megillető nyugdíjösszegre van igényük.

2. Özevegyi nyugdíj. A tagsági kötelezettségnek legalább 10 éven át eleget tett orvos özevegyének az elhalt férjét megillető nyugdíjnak felét kitevő özevegyi nyugdíjra van igénye.

3. Nevelési járulék címén, ha az atya fizetési kötelezettségének legalább 10 éven át eleget tett, az atyátlan árvák a következő ellátásban részesülnek: egy árva után fizeti az alap az özevegyi nyugdíj 1/5-ét, két árva után 2/5-ét, három vagy több árva után 3/5-ét. Szülötlen árvák ennek kétszeresét élvezik. A nevelési járulék megszűnik, ha a gyermek 18 éves korát elérte, ha ezt megelőzőleg elhal, avagy leánygyermeknél, ha ezt ezt a kort megelőzőleg férjhez megy.

4. A végkielégítés abban az esetben esedékes, ha az orvos akkor hal el vagy lesz szolgálhatéptelen, a mikor sem az özevegy és árva, sem maga az orvos ellátásra nem jogosult. A végkielégítés az egy évi törzsfizetés, személyi pótlék és az élvezett korpótlék 60%-ában állapítatik meg. E módozat alapul vétele mellett a fizetendő díjak megállapítása alább következik. Előre kell azonban boesátani, hogy a községi és kőr-orvosokat a beszámítható nyugdíj-alapösszege szempontjából három csoportba lehet osztani. Az első csoportba tartoznak azok az orvosok, a kik több mint 20 évi szolgálattal bírnak, a kiknek tehát további korpótlékre igényük nincsen, s így fizetésük már nem emelkedhetik. A második csoportba tartoznak azok, kik már alkalmazásban vannak ugyan, de beszámítható 20 szolgálati évük nincsen, tehát fizetésük a korpótlékkal még növekedhetik. A harmadik csoportba sorozhatók azok, kik még ezután fognak alkalmaztatni, tehát szolgálati idejük még nincsen. Az első csoportba tartozókra nézve a nyugdíj-alapösszeg könnyen megállapítható. Ezek ugyanis a törvény értelmében 1600 korona alapfizetést és 800 korona korpótléket élveznek, ha tehát személyi pótlékuk nincsen, nyugdíj-alapösszegük 2400 korona. Ez után az összeg után fizetendő volna havonként 28 korona 80 fillér. S ha az illető orvosnak még személyi pótléka is van, úgy minden évi 100 korona személyi pótlék után a fenti díj havi 1 korona 20 fillérrel emelkedik. A 65. életéven felül levőkre nézve azonban — tekintettel előrehaladt korukra — elkerülhetetlen az a korlátozás, hogy a végkielégítési összegre igényt nem tarthatnak. Különös kedvezményül még ki lehetne mondani, hogy az első csoportba tartozó 50 és 60 életév között levő orvosok 5 vagy 10 karenciális évet megvásárolhatnak, feltéve, ha a belépés alkalmával e tekintetben azonnal nyilatkoznak s az itt felsorolt díjakat nyomban befizetik. 2400 korona nyugdíj-alapnál az 5 év megvásárolható: az 51—55 évesek részéről 2160 koronával, az 56—60 évesek részéről 2400 koronával és a 2400 koronán felül minden további évi 100 korona személyi pótlék az 51—55 évesek részéről 90 koronával, az 56—60 évesek részéről 100 koronával. Ugyancsak 2400 korona nyugdíj-alapnál a 10 év megvásárolható az 51—55 évesek részéről 6360 koronával, az 56—60 évesek részéről 9120 koronával és a 2400 koronán felül minden további évi 100 korona személyi pótlék az 51—55 évesek részéről 265 koronával, az 56—60 évesek részéről 380 koronával. A megvásárolt karencék a 40 éven át tartó tagdíjfizetési kötelezettségbe beszámíthatnak. A második csoportba sorozott orvosoknak, tehát a kiknek még nincs 20 szolgálati évük, a beszámítható nyugdíjalap összege várandó korpótlékkal emelkedni fog. Ezekkel szemben megengedendő volna, hogy ezek az orvosok szabadon választsák meg a beszámítható nyugdíjalap összegét, azzal a korlátozással, hogy az kevesebb nem lehet, mint a mennyit a belépés alkalmával törzsfizetésben, személyi és korpótlékban élveznek, de több sem lehet annál az összegnél, melyet a korpótlék emelkedése által meg elérhetnek. Ha tehát például valamely orvosnak 4 szolgálati éve van, törzsfizetése 1600 korona és pótléka még nincsen, az illető orvos szabadon választhatná meg az 1600 és 2400 korona között azt az összeget, melylyel az intézménybe belépni akar. Így, ha például 2000 koronával kíván belépni, akkor a havi díj 24 korona volna. Most már ha az illetőnek személyi pótléka is volna, ezt is joga volna beszámíthatni és ennek folytán a fenti 24 korona havi díj minden 100 korona személyi pótlék után 1 korona 20 fillérrel emelkednék. Az e csoportba tartozó 65. életéven felüliekre nézve is elkerülhetetlen az a korlátozás, hogy a végkielégítési összegre igényt nem tarthatnak. Méltányossági szempontból kimondható volna, hogy az e csoportba tartozó 50 és 60 életév között levő orvosok, ha legalább 10 éven át alkalmazva vannak, 5 karenciális évet megvásárolhatnak. Ennek díja 2000 korona után az 51—55 évesek részéről 1800 korona, az 56—60 évesek részéről 2000 korona. A megvásárolt karencék a 40 éven át tartó tagdíjfizetési kötelezettségbe beszámíthatnak. A harmadik csoportba sorozott orvosoknál az elől említett nyugdíjbiztosítási módozat annyiban változik, hogy itt már előre megállapítható, hogy a nyugdíjigény 10 évi várakozási idő elteltével 2000 korona után számítandó 40%-os, mely a tagság következő évében 2—2%-kal emelkedik, azzal a kiterjesztéssel, hogy a ki a 16—20. évi szolgálati idők között lesz szolgálhatéptelen, annak már nem 2000 korona, hanem 2200 korona után s a kinek több mint 20 évi szolgálata van, annak 2400 korona után állapítandó meg az igénye. Ezeknél a tagdíj állandóan havi 22 korona. Ez a díjtétel 1600 korona törzsfizetésre és az 5 évenként 200 koronával, de legfeljebb 800 koronáig emelkedő korpótlékre vonatkozik. Ha pedig valamely harmadik csoportba tartozó újonnan alkalmazott orvosnak a nyugdíjba beszámítandó személyi pótléka is van,



ezért minden 100 korona után külön havi 1 korona 20 fillért kell fizetnie. Ha a személyi pótlék élvezetében az orvos nem az állás elfoglalásakor, hanem később lép, úgy az 100 koronánként havi 1 korona 20 filléren kívül tartozik még az elmúlt időre eső matematikai értéket legfeljebb 12 havi egyenlő részletben szintén megtéríteni.

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

**Georg Boenninghaus: Lehrbuch der Ohrenheilkunde.** Verlag von S. Karger, Berlin.

Az orvosi irodalom mai óriási túltengése mellett nagy művészet orvosi könyvet írni úgy, hogy az minden szakbavágó haladást híven adjon vissza, s a mellett ne legyen túlságosan nagy terjedelmű, a mi a mű használatát kényelmetlenné teszi, de nagyon szűk keretek közé se legyen szorítva, mert ez esetben nem mélyed bele a tárgyába oly részletességgel, mint a hogyan kívánatos. Ezen két végletet szerencsésen elkerülve, a középúton haladva írta meg *Boenninghaus* boroszlói egyetemi magántanár fülörvostanát. Szabatos, rövid és a mellett világos előadásban, igen ügyes és könnyen áttekinthető ábrákkal illusztrálva adja a hatalmasan kifejlődött fülörvostan mai igazságait. Különös érdekességet nyújt *Boenninghaus* könyvének, hogy a szerzők és eltérő nézetek idézetésével nem bonyolítja a könyve tartalmát, hanem kiválogatva az irodalom tömkelegéből az értékes és közkincsesé vált részeket, az ő egészséges, józan logikáján és saját tapasztalatain keresztül szűrve adja olvasóinak. A mű beosztása is egészen új. Az első rész propaedeutika, a mely a vizsgálati módszerekkel, a vizsgálatlelettel és a hallószerv élettanával foglalkozik. Ebben a többek között a dobhártya rendes és kóros fényreflexeit eddig egy tankönyvben sem talált részletességgel tárgyalja. Legjobban kimagaslik azonban a hallószerv élettanának világos és mesteri előadásával. A könyv második, általános része a pathológiáról és terapiáról szól. Ebben a hallószerv tárgyalás alá vett egyes részeinek az anatómiáját és speciális működését ismerteti először, s utána közvetlenül ugyanazon rész kóros elváltozásait és gyógyításukat tárgyalja. Ezen beosztás az emlékezetbe való bevésődés szempontjából nagyon praktikusnak bizonyult. Ugyanezen részben főként a hallóideg periferiás és centrális részeinek a leírásában tűndöklök előadásának világossága és könnyen megérthetősége, a rövidsége mellett is. A könyv valóban hézagot pótol, úgy a gyakorló orvosok, mint a szakorvosok igen jól használhatják.

*Udvarhelyi dr.*

### Lapszemle.

#### Belorvostan.

**A hepaticus köhögésről** értekezik *Ettore Jona* (Turin) 2 esete kapcsán. Első esete 42 éves férfira vonatkozik, a kinek aorta-insufficiencia mellett a lépe és mája is megnagyobbodott volt. A máj nemesak nagyobb térfogatú, de tömöttebb is volt a rendszerenél. Az anamnesisben lues és alkoholismus szerepelt. A légzőszervek teljesen normálisak voltak. A máj tájékának legkisebb nyomására is heves köhögés állott be. A máj domború elülső felszínének, valamint éles szélének a nyomása köhögésrohamot váltott ki, a mely addig tartott, míg az inger hatott. A legérzékenyebbek azonban a regio epigastrica mutatkozott, a hol még a legfelületesebb érintés is heves köhögésrohamot váltott ki.

A második esete annál értékesebb, mert bonczolás is történt, a mely beigazolta, hogy a hashártya teljesen ép volt, s így nem a hashártya részéről kiváltott reflex-köhögés szerepelt a köhögés létesítésében. Egyébként aorta-insufficienciában szenvedett az illető az incompensatiós szakban. A duzzadt s kemény máj majd a köldök magasságát érte el. A máj nemesak nyomásra, hanem magától is fájdalmas volt. Az egész máj felületéről kiváltható volt a köhögés, de itt is a proc. ensiformis s a köldök közti terület mutatkozott legérzékenyebbek. Érdekes, hogy a jobb csipőizület táján levő decubitus érintése hasonló köhögésrohamokat váltott ki. A bonczoláskor perihepatitist nem találtak.

A hepaticus köhögésre jellemző, hogy huzamosan ható ingerekre a köhögés mindinkább gyengül, míg végre megszűnik, de az újbóli nyomásra vagy érintésre újból heves köhögés támad.

Az első, a ki a tussis hepaticusra felhívta a figyelmet, *Naunyn* volt. Szerinte egyáltalában nem szükséges, hogy a tüdőben s a légutakban a legesekélyebb elváltozás is legyen. A reflex kiválthatóságának feltétele a májnak megnagyobbodott volta, s bizonyos egyéni dispositio. Ezen reflexet ép úgy észlelték gyermekeken, mint felnőtteken, férfin s nön egyaránt. A májmegnagyobbodás oka bármily megbetegedés lehet: máj pangás, hepatitis interstitialis diffusa, leukaemia stb. Ezen reflex általában legkönnyebben a máj alsó széléről váltható ki, főképen mikor ez a belégzés alatt a tapintó ujjal érintkezik. *Naunyn* felvette a lehetőségét annak, hogy perihepatitises elváltozások játszanak szerepet ezen reflex kiváltásában, de a bonczolások kimutatták, hogy egyáltalában nem szükséges perihepatitist a jelenléte. Ezen reflex egy csoportba helyezhető azon reflexekkel, melyek különböző szervek, így az urogenitális szervek, a fül, a belek, a gyomor stb. részéről köhögést váltanak ki. Ezen ideges köhögés mechanizmusának magyarázatára *Eichhorst* felveszi, hogy e reflex centripetális idege a n. pneumogastricus, a centrifugális pedig a n. phrenicus. (II Policlínico. Sezione pratica. 1908. Fasc. 39.)

*Galambos Arnold dr.*

**Peritonitis tuberculosa** esetében teljes gyógyulást ért el *Giuseppe Morano* a *Durante*-féle eljárással. Guajacolos jodo-jodurat-oldatot feeskendezett be naponként a betegbe és pedig úgy, hogy a guajacolból 20<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-os oldatot vett, a jodo-jodurat oldatát pedig 2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ról lassanként 5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ra emelte. A 47. befecskedés után teljes volt a gyógyulás. Az általános állapot javulása, a láz mérséklődése s a has körfogatának csökkenése már a 10. befecskedés után észlelhető volt. Az eset 19 éves egyénre vonatkozik, ki gümőkórosan terhelt családból származott és a kin a peritonitis tuberculosa típusos képe volt kifejlődve. *Centanni* a jodnak specifikus hatást tulajdonít a tuberculosissal szemben, mert szerinte úgy hat, mint az antitoxin, tudniillik a tubereulinreactio jodnak egyidejű alkalmazása mellett gümőkóros egyénekben negatív marad. Főképp oly esetekben ajánlja a szerző ezen eljárást a sebészi eljárás helyett, a melyekben adhaesiv fibrosus peritonitis, vagy nagyfokú cachexia van jelen, vagy a beteg nem egyezik bele a laparotomiába, illetve más szervek részéről fennálló szövödmények ellenjavallják a súlyos beavatkozást. Különben a sebészi beavatkozás hatásosságának fokozására is igen ajánlatosnak tartja a guajacolos jod használatát. (II Policlínico. Sezione pratica. 1908. Fasc. 39.)

*Galambos Arnold dr.*

**A gyomor nedvelvasztó s emésztőképességére** vonatkozólag végzett vizsgálatokat *Landerer*, a melyekből a következő következtetéseket vonta. A gyomornak azon részében található a legtöbb sav és fermentum, a melyben tartalmának legnagyobb része időzött. Az emésztőképességet a gyomortartalom savtartalmának fokozódása nem javítja, sőt gátolja. Még igen csekély savtartalom mellett is észlelt emésztést, mely annál jobb, minél higabb a gyomornedv, azaz minél kisebb a pepsin concentrációja. A jó emésztésnek e szerint előfeltétele lehet az, hogy kis pepsintartalom mellett egyszerűen kiesiny legyen a savtartalom is. (Deutsches Arch. f. klin. Med., 53. köt., V. és VI. füzet.)

*Ország Oszkár dr.*

### Idegkórtan.

**Az idegkórtan helyzetéről és tanításáról** tartott előadást *Erb* és *Oppenheim*.

*Erb* megemlíti, hogy az utolsó évtizedekben több tárgy szakadt le az orvostudomány főtörzseiről. Ilyen a szem-, fül-, gége-, bőr- és nőgyógyászat stb. A pszichiatria már régen elszakadt a belorvostanától. 1870-ben épült az első német pszichiatriai klinika Heidelbergben. Az idegkórtan területén hasonló fejlődésfolyamat észlelhető. Ezt a tudományszakot belorvosok (*Romberg*, *Friedreich*, *Leyden* stb.) és elmeorvosok (*Wernicke*, *Hitzig*, *Jolly*, *Westphal*, *Gudden*, *Meynert*) egyaránt sikerrel művelték. Hozzájuk csatlakozott a francia *Salpêtrière*-iskola és az a szakcsoport, a mely Németországban magát elektrotherapeutának nevezte. Angolországban és Amerikában is sok elismert ideggyógyász működik. A tanítás a belorvostani klinikán történt. Ennek területe azonban most már szinte át nem tekinthető, a mikor a belorvos fertőző betegségekkel, bakteriológiával, biochemiával, serológiával, serotherapiával, organofosforos és organotherapiás kutatásokkal is foglalkozik. Most három irány küzd

az idegkörtan műveléseért. Az egyik önállóan akarja kifejleszteni, a másik a belklinikák, a harmadik az elmeklinikák munkakörébe akarja csatolni. *Erb* szerint e tudományzakot sem a bel-, sem az elmeklinika nem láthatja el úgyszólván mellékesen (in Nebenamte), szüksége van önálló képviselőkre, önálló intézetekre és önállóan képzett szakemberekre. Így létesültek idegklinikák, idegosztályok és idegambulantiák többnyire elmeklinikák kapcsolatában és egynéhány neurologiai intézet (Bécs, Frankfurt, Zürich); következni fognak a többé-kevésbé önálló neuropathologiai stációk és klinikák, a mire jelentős kezdet Heidelberg, a hol idegosztály alakult külön tanítási megbizással. A belklinika jogát az ideganyagra és az elmeklinikáét a határesetekre ezek mellett érvényben kell tartani. Ugyane szükségletből alakult a Gesellschaft deutscher Nervenärzte 1907-ben, a mely a szoros értelemben vett neuropathológiát segédtudományaival együtt műveli, fenntartva a kapcsolatot úgy a belorvostannal, mint az idegkörtannal. *Erb* ez egyesület megalakulását jelentős lépésnek tartja a neuropathologia fejlődésében, a mely szerencsés jövő elé néz. (Neurol. Centralblatt, 1908. 13. sz.)

*Oppenheim* hivatkozva az imént kivonatolt előadásra, kifejti, hogy az idegbajjokat többnyire és leginkább a baj első szakában a gyakorló orvosok kezelik, a miért is fontos, hogy e szakmában jobban ki legyenek képezve. Sokan e téren helyesen járnak el, de még mindig találkozik elég hiba. Így a szervi idegbajjokat összetévesztik a functiók zavarokkal; az operálható gerinczvelő- és agyvelőbajjokat nem ismerik fel és így elmulasztják a műtét idejét; a neurosisokat, hysteriát, kényszerképzeteket, neurastheniát nem értik meg; a rendszeres psychotherapiát nem tudják megbecsülni. Mindezt az idegorvosnak tudnia kell. Kétes még, hogy bizonyos műtétet az idegorvos végezzen-e, vagy nem. A gyakorlóorvos eleget sajátíthat el mindezekből a belorvostani klinikákon, de az idegorvos kiképzésére Németországban nincs meg az az alkalom, a mely különösen Párisban megvan. Szükség van ilyen tanító-műhelyekre az egyetemi kórházak kapcsolatában klinikai és poliklinikai forgalommal. A közkórházakban a betegek érdekében szükség van idegosztályokra megfelelő dolgozóhelyiségekkel idegszakorvosok vezetése alatt.

*Oppenheim* előadásához vita fűződött, melyben *Erb* szólt fel legelőbb helyeslően és megemlékezett arról, hogy e követelésekkel ő már 1880-ban állott elő. Kiemeli, hogy a balesetneurosisokat csak az idegorvos tudja megítélni, továbbá hogy nem elégséges az idegkörtant a belorvostanban mellékesen ellátni és hogy az idegorvos íránt való szükséglet napról napra nő. *Frankl-Hochwart* szerint az idegkörtan feladata az uro-, oto-, ophthalmologia ellenőrzése neurologiai szempontból. *Rothmann* kifejti, hogy a sinlőházak anyagának felhasználása idegorvost kíván. *Schultze* az idegosztályok felállítását lényegében személyes ügynek tartja. Szerinte a neurologia különválása több tekintetben káros, a mennyiben túlterheli a tanulókat. A belorvos-professorok órást fognak emelni az ellen, hogy a belorvostan szétforgácsolódjék. A mit ma a neurologia számára kívánnak, holnap a fertőző bajok részére lehet követelni. Végül *Auerbach* indítványára *Oppenheim* referatúmat elküldték a közoktatásügyi hatóságoknak és a német városok ülésének. (Neurol. Centralblatt, 1908. 20. szám.)

*Kollarits Jenő* dr.

### Sebészet.

**A műtét utáni antisepsisre vonatkozó kísérleteiről** számol be *Kaczvinszky*. Ezen kísérleteknek kiinduláspontja ama megfigyelése volt, hogy az erysipelasra a chininnek feltűnően jótékony, úgyszólván specifikus hatása van, a mennyiben a pír eltűnik és a hőmérsék letszáll. Azóta észlelte, hogy furunculásokra, elgenyedt bubókra, panaritiumra, genyes lymphomákra, parametritisekre kedvező befolyással bír és kialakult az a nézete, hogy a chinin első sorban nem lázellenes, hanem antizymotikus szer és hogy olyan fertőző bántalmakban is, melyek lázzal nem, vagy csak csekély lázzal járnak, a chininnek feltűnő jó hatása van. Ezért megpróbálta oly műtétet után, a melyekben a műtési terrenum már fertőzött volt (pyosalpinx, prostatectomia inficiált vizeletet tartalmazó hólyagban, genyes appendicitis, kizárt sérvvel kapcsolatos peritonitis), továbbá gyermekágyi complicatiók esetében, sérüléssel kapcsolatos infectiók, műtési pneumoniák megelőzésére a chinin intramuscularis használatát

(4—5-ször  $\frac{1}{4}$ — $\frac{3}{4}$  gm. naponta, ez utóbbi nagy dosist csak kétségbe-ejtően súlyos infectio esetén); enyhébb esetekben, javulás esetén, hányásinger hiján pedig per os adta a chinint. Három év óta évenként több mint száz esetben tett próbát a chininrel, tőle sokszor látott hasznot, kárt sohasem. Néhány szép kóresettel is illusztrálja a chinin adagolásával elért eredményeit, maga is hangsúlyozza azonban, hogy a szerről végleges ítéletet mondani csak akkor lehet, ha még több tapasztalat fog rendelkezésünkre állani. Az eljárás egyszerűsége, veszélytelensége és a szerző által elért sikerek miatt kétségtelenül megérdemli, hogy mások is próbálkozzanak vele. (Gyógyászat, 1908.) *Pólya*.

**A hypernephromák pathogenesisére** vonatkozó vizsgálatakat végeztek *Stoerk* és *Haberer* (Wien) oly módon, hogy a mellékvesét a vesébe transzplantálták. A mellékvese egy erezett kocsány kivételével teljesen mobilizáltatott. Ilyen módon sikerült is a transplatio, a mennyiben az átültetett mellékvese egy része — és pedig úgy a kéreg, mint a velőállomány — megmaradt. Ezen részből kedvező táplálkozási feltételek mellett új szerv fejlődött, mely úgy functionális szempontból, mint mikroszkopos alkatának számos részlete tekintetében a physiologiai mellékvesével megegyezett. Az átültetett mellékvese kéregállományának proliferatiója, annak újjáalakulása, a mellékvese-adenoma szövettani képét mutatta. Ezen alakulások azonban semmi tekintetben sem egyeztek meg a *Grawitz*-féle vesedaganatok histologiai képével. (Archiv für klin. Chirurgie, 87. köt. 4. füz.) *Lichtenberg*.

**Az agykamara állandó drainezését** szabadon átültetett vérer segítségével kísérlette meg három esetben (két egyénen) *Payr* (Greifswald). Az állandó kamaradrainage a vérpálya útján — az átültetett vena saphena distális vége az agykamarába, peripheriás vége a sinus longitudinalisba lett iktatva — nemcsak a hydrocephalus internusban, hanem általában az agygyomás növekedésekor alkalmazható mint palliativ kezelési módszer, különösen ha a nyomásnövekedés okát nem ismerjük vagy nem távolíthatjuk el. Ezen drainage létesítésére legalkalmasabb egy endothel bélelt összekötőcsatorna (az átültetett vérér) a kamarareg és sinus sagittalis között. Kifogástalan aseptis, provisorius vérzésesillapító eljárások, szabatos varrat segítségével a beavatkozás főbb veszélyei, az infectio, légembolia, vérzés és utóvérzés elkerülhetők. Fontosak a vena billentyűi, melyeknek a sinusból a kamarába való vérzés megakadályozásakor jut szerep. A billentyűk ugyanis a kamaranyomás süllyedésekor, ha a sinusnyomás esetleg az előbbi felülmúl, szelepként működnek és a vér behatolását a sinusból a kamarába megakadályozzák. Az eljárás csak akkor alkalmazható, ha a liquornak a vérpályába való vezetésével nem árthatunk a szervezetnek, vagyis ha a liquor steril (műtét előtt kamarapunctio!). A műtét anatómiai, élettani és kórtani alapoza, valamint kivételének részletei tekintetében az eredeti közleményre kell utalnunk az olvasót. (Archiv für klin. Chirurgie, 87. köt., 4. füz.) *Lichtenberg*.

**A jobb szívkamara szűrt sérülésének és varratának** két esetét közli *M. Grassmann* (München). Egyik esete meggyógyult, a másik a műtőasztalon halt meg. A mi a szívsérülések diagnosist illeti, ezt *Grassmann* szerint néha nagyon nehezen állapíthatjuk meg; következtetéseinket a sérülés helyéből, a szív felett hallható zörejeiből, a haemopericardium tüneteiből, sőt esetleg még az x-sugaras képből kell levonnunk. A műtét technikájára vonatkozólag *Grassmann* a tág feltárást ajánlja bordaresectióval; a szív sebének el-látására legalkalmasabbnak tartja a csomós selyemvarratot. Fontos továbbá, hogy a pericardium- és pleuraürről minden vért eltávolítsunk. A pleuraürr esetleges megnyitása előtt a pneumothorax elkerülése végett a tüdő a mellkashoz rögzítendő; ha *Sauerbruch*-féle készülékünk van, e kérdés megoldása természetesen egyszerű. A pericardium és pleura sebet lehetőleg elsődlegesen zárjuk el. *Grassmann* végre a szívsérülések halálozásának statistikáját közli; 137 szívsérülés esetében a szívvarrat 43% gyógyulást eredményezett. (Münchener med. Wochenschrift, 1908, 46. szám.)

*Tóthfalussy*.

**A vérsavó elváltozását a műtét hatása alatt** kutatta *G. Bolognesi* (Modena). Állatkísérletekkel már előbb megállapította a vérsavó proteintartalmának változását közönséges genykeltők hatása alatt. Újabb kísérleteinek célja az volt, hogy megállapítsa

a vérsavó viselkedését műtéti beavatkozásokkal szemben. E czélből házinyulakon a legkülönbözőbb műtéteket hajtotta végre: nephrotomiát, nephrektomiát, hepatotomiát, splenektomiát stb. végzett és a műtétek után állandóan elváltozásokat észlelt a vérsavóban. Állítólag mindig erősen kifejezett globulin-reactiót adott a vérsavó. A vérsavónak említett elváltozását emberen végzett műtét után a szerző jelenleg kutatja. (Centralblatt für Chirurgie, 1908, 49. szám.)

Gergő.

### Szülészet és nőorvostan.

**A XXI. francia sebész-congressus gynaekologus-osztályának tárgyalásaiból.** A XXI. francia sebész-congressuson, mely 1908 október 5.-étől 10.-éig folyt le Párisban, a nőgyógyászokat érdeklő következő előadásokat tartották:

*De Rouville* (Montpellier) haemophil virgóról referál, a kin méhvézés miatt kaparást végeztek. Mineralizált és oldhatlanvasból készült mesterséges serum befeeszkendezésével gyógyította meg a beteget.

*Lapeyre* (Tours) a virgókban és nulliparákban előforduló méh-előesés ellen az abdominális méhfelvarrást ajánlja annál is inkább, mert a gátvarrás nem vezet célra. Ezen egyének gátja ép, s így az új gátképzés nem javítja a betegséget. Laparotomiát végez, de a méhet, tekintettel a későbbi terhességre, egész mélyen rögzíti a hasfalhoz.

*Barnsby* (Tours) a mobilis retroflexio ellen, mely fiatal asszonyokban fordul elő, az abdominális ligamentum-varrást ajánlja az adnexumok megtartásával. Az abdominális műtét a méhet normális anteflexióba hozza és a terhességet nem befolyásolja. A műtétet 6 virgón, 9 fiatal nulliparán és 5 fiatal multiparán végezte. Közülük három és fél év után 15-öt teljesen gyógyultnak, 5-öt javultnak talált. Már a műtét utáni első hónapokban megszűnik a derékfájás és nem bő a havi vérzés. Kilenc fiatal asszony közül, kik 3—7 éve sterilek voltak, öt terhes lett. A szülések normálisak voltak.

*Walther* (Páris) a méhnek abdominális rögzítését ajánlja a ligamentum-megrövidítés helyett, mely utóbbi recidiválhat. Az abdominális rögzítés a prolapsusban nem elegendő, itt perineoplastikát is kell végezni. A varráshoz silkwormot ajánl és közel a nyakhoz varrja a méhet. *Lucas Championnière* szintén ezt a műtétet ajánlja mint legjobbat, de catgut-tal varr.

*Albertin* (Lyon) 62 eset kapcsán a méhenküli terhesség kezeléséről referál. 32-szer colpotomiát, 30-szor laparotomiát végeztet. Ajánlja, hogy nagy vérzés esetén 2—3 napig várjunk, míg a beteg összeszedi magát, így kedvezőbb viszonyok közt operálunk. A 30 nem inficiált tubáris terhességben laparotomiát végezve, valamennyi beteg meggyógyult. A 32 colpotomia közül kettő meghalt, ezek inficiált haematoecélak voltak. A colpotomiát fertőzés esetén végzi, ha vérzés már nincs. *Pozzi* (Páris) ellentmond *Albertin*nek és erős vérzéskor nem ajánlja a várakozást, mert időt veszítve, elvesztjük a beteget is. *Pozzi* még shock-ban is operál. Ajánlja, hogy az ötödik terhességi hónap előtt a diagnosist követőleg azonnal operáljunk. Az ötödik hónaptól kezdve pedig állandóan műtétre készen észleljük a beteget. *Pozzi* a fertőzött esetekben sem ajánlja a colpotomiát, mert igen sokszor nem lehet megállapítani, hogy van-e fertőzés, sőt úgy mondja, hogy 40 fokos lázban végezve a műtétet, sem talált mást mint véralvadékokat (?). A colpotomiát veszedelmesnek tartja és csakis a laparotomiát ajánlja. *Delaunay* (Páris) szerint az érverés jobban mutatja az infectiót, mint a hőmérsék. Ő sem ajánlja a colpotomiát. *Duret* (Lille) belső vérzés esetén szintén veszélyesnek tartja a várakozást. 4 óra alatt elvesztett egy ilyen beteget, mert a diagnosiban nem volt biztos. *Vidal* a colpotomia előnyét abban látja, hogy gyorsan végezhető. Két esetben operált sikerrel úgy, hogy a hüvelyen át távolította el a megrepedt tubát. *Chavannaz* (Bordeaux) 14 gyógyult operált esetről referál. Közülük egyben végzett colpotomiát, 13-ban laparotomiát. *Reynés* (Marseille) szerint a colpotomia kitűnő eredményeket ad, ha a méhenküli fiatal pete nem fejlődik tovább, ha a vérzés kicsi és ha a gócz elgenyedt. Nagy belső vérzés esetén csak ritkán segíthet a hüvelyen át végzett műtét; ilyenkor laparotomiát kell végezni, lehetőleg konzerválva a méhet és az egészséges adnexumokat. Igen nagy vérzés esetén csak a laparotomia segíthet. Megjegyzí, hogy a tubáris abortusok egyszerűen fekvésre maguktól meggyógyulhatnak.

*Jayle* (Páris) szivbajosokon és atheromás betegeken végzett hasmetszés eseteiben nem ajánlja a fejnek erős sülyesztését műtét közben, vagy csak igen rövid időre engedi meg, míg a beleket törölkkel visszahelyezzük.

*Abadie* (Oran) a hüvely veleszületett hiánya esetében műtétet végzett. Előbb laparotomiával győződött meg a méh jelenlétéről s azután Thiersch-transplantációval új hüvelyt készített. A beteg meggyógyult. *Pozzi*-nak most két ilyen betege van, az egyiket már meg is csinálta a műtétet, mely szerint ilyenkor mindig javult. Az új hüvelyt oly mélyen kell készíteni, a milyen mélyen csak lehet. A tágitást mandrinnal ajánlja. *Roux* (Lausanne) két gyógyult esetről tesz említést; ő a kis ajkat használta fel a kibélelésre. *Fournier* (Amiens) hasonlóan járt el és jó eredményt látott. *Pénaire* szintén gyógyult esetről tesz említést, melyben az újonnan készített hüvely tágitása után a menstruatio rendes lett. (Semaine médicale, 1908. 41. szám.)

Lovrich József dr.

### Börkörtan.

**A traumás eredésű alopeciáról** ír *Wechselmann* (Berlin).

A szerző kimerítő irodalmi adatok és saját észlelése nyomán mindazon alopecia-eseteket ismerteti, a melyek különböző fokú és minőségű traumák kapcsán jelentkeznek. Jellegzők első sorban is azok az alopeciák, a melyek súlyos, a koponyát érő sérülések nyomán támadnak. Nem oly nagyon ritka ez az eshetőség főleg akkor, ha a koponyát érő traumát hosszabb rövidebb ideig tartó önkivületi állapot követi. Ily typosos esetet a szerző is észlelt. 27 éves fiatal ember nyakszirtjére esett, a mi agyrázkódást idézett elő. Rövid idővel reá a haja nagy foltokban tökéletesen kihullott, a mi az alopecia areatának teljes képében nyilvánult. Az úgynevezett traumás neurosisok kapcsán is előfordul olykor kisebb-nagyobb fokú hajhullás. *Stepp* vasúti baleset folyamán észlelt ilyen eseteket. Hasonló eredményt okozhat minden testi sérülés nélkül egyedül a nagyfokú ijedtség is. Ez nem is csodálatos, ha tekintetbe vesszük, hogy a traumás neurosisok létrejöttében az ijedtség mindig fontos tényezőnek ismerhető fel. A szerző több idetartozó esetet észlelt és az irodalom is számos idetartozó adatot tartalmaz. *Wechselmann* az így létrejövő alopeciákat tisztán idegrendszer-zavarokból származtatja. Valószínű, hogy ilyenkor az idegrendszernek nem anatómiai elváltozásai, hanem csakis működési zavarai szerepelnek. Felveszi, hogy az ijedtség vasomotoros zavarokat okoz, melyek a kis arteriák spasmusos contractióját létesítik. A labilis életű hajszál táplálkozása így könnyen szenvedhet, a mi azután rövidebb-hosszabb ideig tartó hajhullásban vagy kopaszágban nyilvánulhat. *Wechselmann* érdekes tanulmányának eredményét a következőkben foglalja össze: A fejsérülések gyakran okoznak alopecia areatát. Fölvehető, hogy ilyenkor az idegrendszernek részben anatómiai, részben működési elváltozásai működnek közre. A klinikai és kísérletes tapasztalások azt mutatják, hogy a keletkezett központi izgalmi állapot periferiás trophikus zavarokat létesít, melyek a hyperalgesias Head-féle zónákban nyilvánulnak. Valószínű, hogy az arteriosclerosishoz hasonló érelváltozások is okozói a hajkihullásnak, de ilyenkor is az ideglaesio a fő aetiologiai tényező. A psychés traumák, tehát első sorban az ijedtség, ugyanilyen hatásúak lehetnek. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1908. 46. szám.)

Guszman.

**Ritka körömbajnak tanulságos esetét** közli *J. Heller* (Charlottenburg-Berlin), a ki már számos adattal bővítette a körömbántalmak ismeretét. Jelen esete a körömöknek fagyás nyomán keletkező trophikus bántalmára vonatkozik, mely könnyen összetévesztendő a *Raynaud*-féle betegséggel. Az eset a következő: 46 éves kocsis, a ki erős potator, mintegy 6 órán keresztül 19<sup>o</sup>-os hidegben tartózkodott. Csakhamar rá a fagyásnak jellemző tünetei támadtak a két kezén. Erős cyanosis után hólyagok keletkeztek ujjain, ezután pedig körömleválások és csak lassan gyógyuló ulceratiók. Hónapok múltán spontán tályogok támadtak a körömperezein, a mit apró csontszilánkok lelködése követett. Jelenleg a bőr állapota a következő. Az ujjak bőre erősen atrophias, fénylő. Számos pörk és fekélyke az ujjakon. A körömök egy része hiányzik; a mely ujjon megmaradt a köröm, ott hosszában rovátkolt, vagy pedig megvastagodott, eldurvult. Röntgen-átvilágítás segélyével kiderült, hogy a jobb II. és III. ujj körömpereze teljesen hiányzik.

A két kéz az atrophia következtében nem szorítható ököbe. Ideg-  
elváltozás hiányzik, csak megemlítendő a tipikus alkoholos tremor  
mindkét kézen. Az észlelés alatt még enyhe időjárásakor is gyakran  
tapasztalta a szerző, hogy az ujjakon apró vérzések, angioneuro-  
sissos folyamatok, valamint hólyagok keletkeztek. Az egész lefolyás  
nagyon emlékeztet a *Raynaud*-féle tünetsoportra, de a szerző,  
főleg azért, mert a fagyást megelőzőleg semmiféle kóros tünet  
sem volt észlelhető a körmökön és a bőrön, az esetet az erős  
hideginger képesen létrejött trophikus megbetegedésből magyarázza.  
Valószínű, hogy az idült alkoholizmus is hozzájárult a baj súlyos-  
bodásához. (Dermatologische Zeitschrift, 1908. 10. szám.)

Guszman.

### Fizikai gyógyításmódok.

**Oxygenfürdők alkalmazása a neurosisok kezelésében.**  
*Flatau* (Berlin) főképen azon esetekben tett ényfürdőkkel kísér-  
leteket, a melyekben a neurosis izgalmi tünetekben és álmatlan-  
ságban nyilvánult. Hét esete közül, a melyek között traumás ere-  
detű hysteria, szívbajjal kapcsolatos hypochondriás neurasthenia,  
arteriosklerosissal párosult időszaki izgalmi állapotok, sexuales izgal-  
mak, félelemérzések és ideges szívdobogás szerepeltek, az oxygen-  
fürdők az izgatottságot egy esetben még fokozták, de a többiben  
— ha nem is mindjárt az első fürdés után — kellemes közérzést,  
megnyugtató hatást és alvást eredményeztek.

Többnyire 35 C<sup>o</sup>-os, negyedórás oxygenfürdőt adott és azt  
tapasztalta, hogy a hatás akkor a legjobb, ha a fürdőt jóval  
lefekvés előtt adják. Az altató hatás némely esetben nemcsak a  
fürdést követő első vagy második éjszakán mutatkozott, hanem  
15—20 fürdő után állandó is maradt. (Medizinische Klinik, 1908.  
47. szám.)

Lenkei V. D. dr.

### Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

**Syphilis ellen** *Joseph* szerint nagyon kedvezően és gyorsan  
hat a hydrargyrum bijodatum elegye kalium jodatummal. A követ-  
kező oldatot használja: Rp. Hydrargyri bijodati 0.1; Kalii jodati  
10.0; Aquae destill. ad 200.0. Eleinte 1 kávékanálnyi ad napon-  
ként, majd 3 kávékanálnyira emelkedik, végül pedig legnagyobb  
adag gyanánt 3 evőkanálnyi vétet be naponként. Némelyik beteg  
rosszul tűri ezt az oldatot (rossz szájiz, hasmenés, jodismus); az  
ilyeneknek capsula geloduratában rendeli a két szert; minden egyes  
capsula 0.5 gramm jodkaliumot és 5 milligramm hydrargyrum  
bijodatumot tartalmaz. (Dermatol. Zentralblatt, 1908 október.)

A **veronal-natrium** vízben jól (1:5 arányban) oldódó  
veronal-összeköttetés, a mely bőr alá fecskendezés alakjában is  
használható, a mint ezt a többi között *Fischer* és *Hoppe* is hang-  
súlyozza. Egyszerű álmatlanság ellen 0.4—0.6 grammot, epilepsia  
nocturna eseteiben 0.3—0.4 grammot, status epilepticusban, valamint  
súlyos zavartsági állapotokban 0.5—1.0 grammot adtak a bőr alá  
jó eredménnyel. A hatás már 1/2 óra alatt beállott, a befeesken-  
dezés nem okozott helybeli reactiót s egyéb kellemetlen mellék-  
hatások sem mutatkoztak. 0.4 gramm veronal-natriumnak kiürülése  
a szervezetből 3 napot vett igénybe, a mi nem hosszú idő ugyan,  
de azért mégis óvatosságra int, mert a veronalnak huzamosabban  
használata esetén cumulatio útján mérgezés állhat be. (Therapie  
der Gegenwart, 1908 december.)

### Magyar orvosi irodalom.

**Gyógyászat**, 1908. 52. szám. *Salgó Jakab*: A hypochondria. *Felletár  
Emil*: Phosphormérgezés orvosi gyógykezelés következtében. *Schächter  
Miksa*: A haemangioma kezelés alkohol-injectiókkal.

**Orvosok lapja**, 1908. 52. szám. *Jankura Iván*: A kanyaró.

**Budapesti orvosi ujság**, 1908. 52. szám. *Bauer Lajos*: A periodi-  
kus éjjeli köhögések lényege gyermekeknél. *Glück Tibor*: Az asthma  
bronchiale gyógykezelése atropin-inhalatiókkal. *Weisz Miksa*: A coryfin  
gyógytani értéke tabesekes gastrikus kríziseinél. „Sebészet” melléklet,  
4. szám. *Pólya Jenő*: Adatok a pancreas-cysták műtévéhez. *Szili  
Jenő*: Lobos, genyes adnex-tumort utánzó appendicitis. *Gellért Elemér*: A  
Narath-féle gastrophorral végzett gyomorműtéteinkről. *Faragó Zsigmond*:  
Pessarium a húgyhólyagban. „Szemészeti lapok” melléklet, 3—4. szám.  
*Schütz Aladár* és *Vidéky Richárd*: A phlyktaenás szembajok gyógy-

kezeléséről aetiologiájuk alapján. *Keller Kálmán*: A tabes különösebb  
formája. *Biró Ödön*: Bulbaerparalysis jelenségeivel párosult kétoldali  
ophthalmoplegia és atrophia n. optici. *Goldzieher Vilmos*: 1. A cornea  
szalagszerű elhomályosodása. 2. A pannus trachomatosisus gyógyítása  
gonorrhoeás váladék beoltása által.

### Vegyes hírek.

**Jubileum.** *Poszvek Lajos* dr., *Füredy Sándor* dr. és *Breuer Mór* dr.  
soproni orvosok 25 éves orvosi működésének jubileumát ünnepelte a  
napokban a soproni orvosok egyesülete.

**Kinevezés.** *Pesthy Endre* dr.-t a székesfőváros főpolgármestere  
a jobbparti kórházakhoz segédorvossá nevezte ki. — *Osárássy Zoltán*  
dr.-t Aninára bányaorvossá, *Fritz Sándor* dr.-t pedig a Bródy Adél-  
gyermekkorházhoz segédorvossá nevezték ki.

**Meghalt.** *Kincses Imre* dr. nyugalmazott cs. és kir. főorvos  
Vésztőn. — *Elefánt Zoltán* dr. 26 éves korában Újpesten.

**Kisebb hírek külföldről.** *M. Jahrmäker* (psychiater) és *W. Krauss*  
(szemész) marburgi magántanárok a tanári ezimet kapták. — *Sacharjin*  
moszkvai orvostanár örökösei két millió rubeles alapítványt tettek kórház  
létesítésére. — Azon három év óta, a mióta az amerikai Egyesült-Államok  
átvették a Panama-csatorna építését, a munkások halálzási aránya  
460/00-ről 330/00-re esett le. Sárogláz-éset két év óta nem fordult elő. —  
*Leser* dr., a sebészet rendkívüli tanára Halleban, Frankfurtba költözött  
át. — Hamburg városában és területén a rákra vonatkozó statisztikai  
adatokat gyűjtöttek. Az anyagot *Körber* dr. fogja feldolgozni. —  
*Haeckel* utódja a jeni állattani tanszéken *L. Plate* dr. berlini rend-  
kívüli tanár lett. — A leeds-i egyetemen a törvényszéki orvostan tanárává  
*F. W. Eulich* dr.-t nevezték ki.

**A football-okozta balesetek** statistikáját közlik Amerikából. 1908-  
ban 10 halálesetet és 272 sérülést jelentettek be. Az előző évek ezirányú  
számai a következők: 1901: 7 haláleset, 74 sérülés; 1902: 15 haláleset,  
106 sérülés; 1903: 14 haláleset, 63 sérülés; 1904: 14 haláleset, 296  
sérülés; 1905: 24 haláleset, 200 sérülés; 1906: 14 haláleset, 160 sérülés;  
1907: 15 haláleset, 166 sérülés.

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

**Széchenyi-telepi sanatorium** az Erzsébet királyné-úti villamos vég-  
állomásánál. Igazgató-főorvos *Schnier György* dr. Felvétetnek ideg- és kedélybetegek, neur-  
astheniás, hysteriás, kimerülési esetek, alkoholisták, morphinisták. — Sörgöny: Buda-  
pest. — Posta: Budapest, Széchenyi-telep. — Telefon 79—72. — Prospectus. 4859

**Justus Dr. bőrbajosokat** gyógyító  
Budapest, IV., Károly-körút 14. Fürdők, sugaras gyógyítás, fizikális gyógymódok.

**Kopits Jenő dr.** testgyenesítő intézetét VIII., Gyöngygyűk-utca  
14. sz. alá (Rókus-kórház közelébe) helyezte át.

**Dr. MÜLLER VILMOS** a tátraházi tüdőbeteg-  
sanatorium főorvosa  
**SAN-REMOBAN** (Corso Garibaldi 25) rendel.  
Prospektus

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

**Reiniger, Gebbert & Schall**  
Budapest, VIII., Rákóczi-ut 19. szám. Villamos orvosi műszerek különlegességi gyára.

**San-Remo** Téli klimatikus gyógyhely az olasz Rivie-  
rán. Mindennemű felvilágosítással szolgál  
**Hasenfeld Oszkár dr.**, San-Remo magyar  
gyakorlóorvos. Via Roma 43, Casa Roggerino.

„VÖRÖSKERESZT-KÓRHÁZ“ SANATORIUMA Budapest, I., Györi-út 17.

**Dr. Widder Bertalan** operateur testgyenesítő (orthopädia) intézete esont- és izületi  
(tuberculotikus, angolkóros, rheumás, elgöbült) betegeknek. Budapest, IV., Kossuth Lajos-  
utca 19. Magyar-utca sarok. Rendel: d. é. 11—12-ig, d. u. 3—5-ig. Szegényeknek díjtalanul.

**ERDEY Dr. Sanatoriuma** Budapest, IX., Bakács-tér 10.  
Nőbetegek és szülők részére.

**Dr. GARA GÉZA, Meran.** SANATORIUM.  
PROSPECTUS.

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

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

**TARTALOM.** Közkórházi Orvostársulat. (XII. bemutató ülés 1908 november 18.-án.) 13. l. — Szegedi Orvos-Egyesület. (1908 november hó 11.-én tartott ülés.) 14. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 16. l.

## Közkórházi Orvostársulat.

(XII. bemutató ülés 1908 november 18.-án.)

Elnök: **Weisz G. S.** Jegyző: **Körnöczy Emil.**

## Agygümő.

**Entz Béla:** Azon eset kórboncolástani készítményét mutatja be, melyet Dieballa főorvos az 1908 május 20.-án tartott ülésen in vivo bemutatott. A bal lábon kezdődő Jackson-epilepsiát a klinikai felvétel igazolásaként a jobb centrális gyrus felső részében levő solitaer gümő okozta. A meningo-encephalitis gócz, mely a centrális gyrus felső részét foglalja el, 6 cm. hosszú és 2·8 cm. széles, s a mediális felületnek is 2·8 cm.-nyi részletére terjed. Ráterjed továbbá a felső homlokkanalyarulat hátulsó részére és a lobulus paracentralisra is; a gyrus fornicatus hátulsó végén is van egy mogorónyi sajtos gümő és a bal lobulus paracentralison néhány lencsényi sajtos folt. A sajtos gümő 3 cm.-nyire betérjed az agyállományba. Az agygümőn kívül még a vesében volt egy solitaer gümős gócz. A halált diffus hashártyagümőkór és tüdőgümőkór okozta, mely másodlagosan fejlődött. Az agygümőnek mikroszkopai metszeteiben sikerült kimutatni a gümőbacillust.

## Uraemia az ureter rákos szűkülete következtében.

**Entz Béla:** A 42 éves nőt portio-rák miatt két év előtt operálták. Az operatio után egészséges volt. A kórházba való felvételkor alhasztáji fájdalomról panaszkodott, melyek a térdekig kisugároztak. A szaggató fájdalmak okát az idegrendszer vizsgálatából nem lehetett megállapítani, de az osztályon való megfigyelés alatt teljes anuria mellett uraemia tünetei fejlődtek ki. A beteg bőrvizsgálatáról panaszkodott és ismételtlen epéset hányt. Esméletét azonban csak a három héttig tartó anuria utolsó napján veszítette el, a mikor görcsök is jelentkeztek. Az uraemiát az uretereknek rákos mirigyek által való összenyomása okozta. Mint a boncolás-kor kiderült, a jobb ureter a parametriumban volt összenyomva. Az e miatt kifejlődött hydronephrosishoz másodlagosan fejlődött interstitialis nephritis társult. A bal uretert a megnagyobbodott retroperitoneális nyirokesomók nyomták össze, de csak mérsékelt fokú hydronephrosis fejlődött. A szervezetben egyebütt semmi kóros eltérés sem volt kimutatható.

**Keller Kálmán:** A 42 éves nőt 1908 október 3.-án vették fel a szent István-kórház idegosztályára öt hónap óta tartó, a csípőtől a térdekig kisugárzó hasogató fájdalmak miatt. Azonkívül a térdek elülső felületén bizsergést érzett és sajátságos övszerű érzésről is tett említést. Az idegrendszer vizsgálata semmi rendellenes sem mutatott, a hüvelyen át azonban a kismedencze mindkét felében ülő, göbös felületű daganatok voltak érezhetők és a méhet nem tapintották. E daganatokat tehát a másfél év előtt történt műtéttel hozták összefüggésbe és rákos képződésnek tartották.

Betegük a fájdalmak mellett is elég jól érezte magát s a mi fel-tűnő, igen jó színben volt. Bejövetele után körülbelül 10 nap múlva minden különös ok nélkül hányni kezdett függetlenül az ételfölvételtől, s hányt is naponta a négy hét múlva bekövetkezett haláláig. A vizelet rendellenes alkotórészeket nem tartalmazott. A hüvely-lelet alapján a hányást a gyomor rákos beszűrődésével akarták magyarázni, a beteg azonban három héttel a halála előtt vizeleltrekedésről kezdett panaszkodni. Az ekkor megejtett katheterezés alkalmával a hólyagban kávéskanálnyi tiszta vizeletet találtak. Ez időtől fogva a beteg többet nem vizelet, a felfogott szék vizeletet nem tartalmazott, úgy hogy joggal tételezhatték fel az uretereknek rákos szűkületét. Az ezek után várt eklampsiás görcsök s a typosos uraemiás állapot feltűnő mániás színezetű és euphoriás izgatottság mellett a halál előtt két nappal állottak be. Meg kell még említenie az egész testen egyenletesen elosztott, nagyfokú viszketésg okozta vakarás-pörköket; a viszketést a bőr pótló működése folytán kiválasztott anyagok izgató hatásának kell betudni, habár a bőr fel-színén lupéval kristályos anyagot nem találtak.

Ha tehát a megfigyelésük pontos és lelkiismeretes volt, három hetes teljes vizeleltrekedéssel állottak szemben, a mi mindenestre nem mindennapi dolog. Ilyen hosszú időre terjedő teljes anuriát főleg kő okozta ureter-elzáródáskor figyeltek meg. Úgy látszik tehát, hogy a vese alatt történt elzáródások folytán előállott anuriák jobb indulatúak, mint

a vesék betegsége folytán létrejöttek. Mondhatná úgy, hogy a már kiválasztott vizeletnek újra felszívódása kevésbé mérgező, mint a vérben vese-baj folytán visszatartott anyagok mérgező hatása. A vesék tehát bizonyos fokig méregtelenítők is.

**Ráskai Dezső:** Ez év május havában a ker. munkásbiztosító pénz-tárban jelentkezett egy beteg vizeleltrekedés miatt. A cystoskop a hólyag alapját elfoglaló carcinomás újképletet derített ki. Hütlí osztályán sectio altával el akarta távolítani a daganatot, de ez oly terjedelmű volt, hogy a műtéttől el kellett állani. Megtisztította és bevarrta a sebet, mely per primam gyógyult. Két hét múlva a vizelet mennyisége csökkent, de az ureterekből jött vizelet. A beteg uraemiás tünetek között meghalt. A boncolás azt mutatta, hogy mindkét ureterszájadékba rákos növedékek hatoltak be; ezenkívül pyonephrosis is volt.

## Kozmetikai phimotomia.

**Pólya Jenő:** A műtét célja, hogy a fityma szűkületének megszüntetése mellett a fityma alakja lehetőleg megőriztessék. Ez T-alakú metszéssel érhető el, melynek harántszára a külső, hosszanti szára a belső lemezen vonul át; utána a külső és belső lemez sebszélei egyesítettnek. A phimotomia után a penis bőrének egy redője reáborulván a makkra, azt teljesen elfedi s így oly benyomást kelt, mintha nem végeztek volna phimotomiát. A műtétet egy 12 éves fiún végezte, ki gombostűfejnyi nyilással bíró, veleszületett phimosiban szenvedett; a beteget gyógyult állapotban mutatja be.

## Pankreascysta.

**Pólya Jenő:** Az 57 éves föellenőrnök 5—6 év óta 2—3 havonként jelentkező kólikái voltak gyomra táján, a melyeket epe-kövekből származtattak. A kólikák hányással jártak s 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> év előtt 3 hónapig tartó nagyfokú sárgaság követte a rohamot. Azóta fájdalmai nincsenek, ellenben f. é. június havában minden különös fájdalom nélkül sárgaság jelentkezett, mely a szent Margit-kórházba felvétele idejéig (1908 július 14) makacsul fennállott; ezen idő alatt nagyon elgyengült és lesóványodott.

Felvétele alkalmával súlyos sárgaság. A jobb bordaív alatt a has elődomborodó, ennek megfelelően egy körülbelül emberfejnnyi, sima felszínű, hullámzó térfogatnagybodás tapintható, mely a légzőmozgásokat követi és tompa kopogtatás-hangot ad. A szék acholiás, a vizelet bő epefestéktartalmú, sörbarna. A máj alsó lapján ülő echinococcusra gondoltunk, mely a choledochust összenyomja és talán epekövekkel van kombinálva vagy belétörött a choledochusba s azt fiókhólyagjaival időnként eltömi. A július 16.-án végzett műtét alkalmával a máj alsó lapján ülő, a lig. gastrocolicummal és a duodenummal erősen összekapaszkodott, sárgás tiszta folyadékot tartalmazó, emberfejnyi tömlőre bukkantunk. Az epehólyag közepnagy, vékonyfalú, punctióra tiszta epét ürít, kövek nincsenek benne. A cystát a hasfalhoz kivarrtuk, megnyitottuk, kitapintottuk hátrafelé egészen a gerincoszlopig és draineztük. A lefolyás láztalan, a seb per primam egyesült. A műtétet követő 3. napon epetartalmú székletét, az icterus szemmel-láthatólag halványodott. Július 28.-án a seb körül pir mutatkozott; augusztus 1.-én e pir eredeti helyén elhalványodott, ellenben kiterjedt a hasra, s az eddig láztalan beteg 38·4—38·9° esti hő-mérségeket kap, melyek reggelre mindig a normálisra szállanak le. A pir eredeti helyén gyorsan elhalványodva, a környezetben terjed, felkúszik messze a mellkasra és a felső végtagokra, lefelé az alsó végtagokra, miközben az intermittens természetű láz acméi a fenti határok közt ingadoznak. Augusztus 12.-én túl a pir elmúlt s a beteg teljesen láztalan. Augusztus végén vettük észre, hogy a fistulából tiszta nyálkás folyadék ürül, mely keményítőt ezukorra alakít át és bélnedv hozzáadására fehérjét jól emészt. Tehát nyilvánvalóan pankreas-nedv. Szeptember közepén antidiabetikus kúrát kíséreltünk meg, mely azonban a pankreasnedv ömlését nem igen befolyásolta, úgy hogy még most is a fennálló lencsényi mély fistulán át naponta mintegy 25—30 cm<sup>3</sup> nedv ürül. Ettől eltekintve a beteg teljesen gyógyult, sárgasága tökéletesen elmúlt, tetemesen meghízott és jó közérzettel hagyta el a kórházat.

**Ádám Lajos:** Hütl osztályán három eset fordult elő. Tapasztalatai szerint a kivarrás sokkal veszélytelenebb, mint a kiirtás. Kiirtani csak a retentiós cystát lehet. A traumás eredetű cystának elülső falát a gyomor hátulsó fala alkotja, ezt kiirtani nem lehet. 1905-ben operált 59 éves nőbetegnek bursa omentalisában pankreascysta volt csokoládé-szerű folyadékkal, mely fehérjét emésztett. Egy férfibetegben traumás eredetű volt (kocsi ment rajta keresztül) a kétemberfejnyi pankreascysta. 1906-ban operálták; tiszta, borsárga folyadékot tartalmazott, mely fehérjét nem emésztett. A 3. esetet, 17 éves fiút, ki megütötte a hasát, a szülő operálta; a cysta keletkezése óta folyton fogyott a beteg, a kivarrás után meghízott.

A bőrt a pankreascysta váladéka felmarja, ezért fedni kell.

Dollinger is között hasonló esetet. Mindenesetre célszerűbb a kivarrás, mint a kiirtás.

**Pólya Jenő:** A kiirtást akkor végzi, ha könnyen megy; utána gyorsabb a gyógyulás. A fistula begyógyul, de addig, míg fennáll, kínos a betegre. Kétkedik, hogy a retentiós cystákat inkább lehetne kiirtani. Kétféle retentiós cysta van. Az egyik a kivezető cső elzáródása folytán keletkezik, a másik pedig pankreatitis interstitialis mellett. A cysták többsége trauma folytán támad, vagy pedig pseudocysta. Ezeket is ki lehet irtani.

Az esetek többsége olyan, hogy a kiirtás nem javalt, hanem inkább a kivarrás.

### Otogen sinusthrombosis és pyaemia esetei.

**Fleischmann László:** 1. A 18 éves tanuló gyermekora óta szenved jobb oldali fül-folyásban, mely vörhenytől származott. Folyó évi augusztus 1.-én a fül mögötti tájék fájdalmas lett, a mi néhány nap alatt az egész fejbe kisugárzó fájdalommal nőtt, s szédülés, láz és jobb szemének könnyezése kísérte. Orvosa tanácsára a szent Rókus-kórház fülbetegosztályát kereste fel.

Jól fejlett, halavány férfibeteg, szenvedő arc kifejezéssel, icterusos árnyalatú nyálkahártyákkal. Száraz, bevont nyelv, a hőmérséklet 38-2<sup>o</sup>, az érverés 96. A jobb csecsnyújtvány nagyon érzékeny, hasonlóképpen a v. jugularis tájéka; a jugularis-mirigyek megnagyobbodtak. A fejmozgások korlátozottak a jobb fejbicezentő göresös összehúzódása miatt. A jobb fülből bűzös, detritussal kevert geny ürül, a dobüregből cholesteatoma-részletek távolíthatók el. A hallás iobboldalt 0. A jobb arczideg paresises, a jobb szem állandóan könnyezik. A szemfenéken vénás pangás. Este a beteg hőmérséklete 39-6<sup>o</sup>, érverése 130, félóraig tartó hidegrázás. Ezek alapján a diagnoszt sinusthrombosisra tévén, másnap műtétet végeztem. A v. jugularis kettős leköttése és átmetszése után a centrális csont lassan telődik meg, jeléül, hogy a bulbus felől kevés vér áramlik belé. A csecsnyújtvány felvessése (gyökeres műtét Küster-Bergmann szerint) alkalmával kiderül, hogy az antrumot szétesett cholesteatoma tölti ki, mely a középfül összes rétegeit elfoglalja, hátra pedig a hátulsó agygödörbe vezet, a hol egy perisinusos fekvésű, bűzös genyget tartalmazó tályog található. A sinus transversus fala szennyeszürke, előduzzadó, vastag, rugalmatlan, tartalmaz szennyes-barna, lágy thrombus, mely lefelé a bulbus v. jugularisba, periferiás irányban pedig a sinus felső könyökén túl 5 cm.-nyire követhető a torcular Herophili irányában. Az egész területen a sinust feltárva, falát felmetszettem, a thrombust belőle eltávolítottam, a beállott vérzést tamponálással csillapítottam. A gyökeres műtét befejezése után plastika Panse szerint.

A műtétet követő napon a betegnek volt még egy gyengébb hidegrázása 39-2<sup>o</sup> hő kíséretében, hőmérséklete azonban egy hét alatt a normálisra szállott alá, karöltve a közérzetnek és az erőbeli állapotnak javulásával. A facialis teljesen visszanyerte épségét. A műtét utáni 8. napon a jobb váll-, majd a jobb sternoclaviculáris ízületben fájdalmak jelentkeztek, az ízületek mérsékelt láz kíséretében meg is duzzadtak, de hideg borogatásokra és elektrargol-befecskendezésekre úgy a duzzanat, mint a láz elmúlt. A további gyógyulás zavartalan volt, a beteg 10 hét alatt tökéletesen meggyógyult, a retroauriculáris seb kozmetikai szempontból is kifogástalan heggel gyógyult; a gyökeres műtét ürege teljesen kihámosodott, a dobüreg teljesen száraz.

2. A 21 éves munkás f. é. szeptember 29.-én vétette fel magát a Rókus-kórház filosztályára, fél év óta fennálló jobb oldali fül-folyás és az utóbbi napokban támadt heves fül- és fejfájás miatt, melyet magas láz kísért. Felvételekor a hőmérséklet 38-9<sup>o</sup>, az érverés 120; jobb oldali subcut otitis kevés genyes váladékkal, nyomásra érzékeny csecsnyújtvány és hátulsó agygödör, heves fejfájás, szédülés, száraz nyelv, megnagyobbodott lép. Fájdalmak és csökkent mozgásképesség a jobb csipőizületben. Este erős remissio, másnap reggel ismét 39-4<sup>o</sup>, borzongás. A vena jugu-

laris nyomásra érzékeny. Műtét: a vena jugularis leköttése a vena facialis beszájadása fölött, a csecsnyújtvány felvessése Schwartz szerint; az antrumban geny és nekrosisos sarjak, a hátulsó agygödörbe vezető fistula, mely a sinus transversusig követhető, az utóbbi körül laposan elterülő extradurális tályog. A sinus fala lobos, a felső könyöktől a bulbus v. jugularisig, ürében 2 1/2 cm. hosszú, közepén ellágyult thrombus. Kitakarítása után tamponade. A műtét után a láz csökken, azonban öt napig még 38<sup>o</sup>-on felül emelkedik. Ez idő alatt a jobb trochanter fölött hullámzó duzzanat fejlődik, melynek bemetszésére egy periarticuláris tályogból mintegy 30 cm<sup>3</sup> geny ürül.

Ettől kezdve a lázak megszűnnek és öt hét alatt a betegnek úgy a füle, mint áttétele tökéletesen meggyógyult és úgy a functionális, mint a kozmetikai eredmény kifogástalan.

### Szegedi Orvos-Egyesület.

(1908 november hó 11.-én tartott ülés.)

Elnök: Faragó Ödön. Jegyző: Berger Mór.

**Leitner Vilmos: Trachomaműtétek.** A trachoma kórokozóját nem ismervén, nem áll rendelkezésünkre a bántalom specifikus gyógyszere. A betegség ellen alkalmazásban levő valamennyi szerünk és eljárásunk célja, hogy a gyógyulás időtartamát megrövidítsük, a szövödményeket elhárítsuk, vagy a meglévőket leküzdjük.

A gyógyszeres kezelésről ez alkalommal nem óhajt szólni. A kisebb mechanikai beavatkozásoknak (csomók kipréselése, kímángorlása) haszna annyira elismert, hogy róluk bővebben tárgyalni felesleges. A tulajdonképeni trachomaműtéteket illetőleg (az áthajlasi redő és a porczogó kimetszése) azonban még elég nagyok a nézeteltérések. S míg a külföldön általában kedvezőbben ítélik meg e műtétek értékét és sokkal több követőjük akad, nálunk az orvosok nagy része még perhorreskálja az excisiót s így hazánkban kevés szemorvos is végzi. Ennek okát abban találja, hogy a most élő orvosnemzedék jelentékeny része a régi bécsi iskola elveit, felfogását sajátította el; boldogult Schulek Vilmos tanár ellene volt e műtéteknek, a mint hogy Arlt mester egyik-másik nagynevű tanítványa, így Fuchs, a jelenlegi bécsi tanár is ma sem ismeri el az excisiók jogosultságát.

Hogy a hangoztatott ellenvetések nagy része akademikus értékű, azt a tapasztalat igazolja. A szülő a budapesti állami szemkórházban Blaskovics László egyet. magántanár által végzett nagyszámú ilyen műtét útján győződött meg a kombinált excisiók és tars-ektomiák hasznáról. Alkalmos esetekben] végezve e műtéteket, velük a gyógyulást lényegesen gyorsítjuk, a pannus feltisztulását elősegítjük, s a trichiasis okozta hátrányokat a legbiztosabban megszüntethetjük. Arra nézve, hogy a pannus keletkezését is el tudja-e hárítani az operatio, kellő tapasztalat még nem áll rendelkezésére. A vezetése alatt álló szegedi állami szemkórházban 3 hónap alatt kb. 60 ily trachoma-műtétet végzett, s az eredményekkel meg van elégedve.

A műtétek javalatait és technikáját illetőleg szigorúan azon irányelveket követi, a melyeket Blaskovics a budapesti Orvosegyesület 1906. évi márczius 24.-én tartott ülésén a tárgyra vonatkozóan előadott.

Néhány bemutatott beteg az operálásra alkalmas eseteket s a műtét eredményét demonstrálja.

Falta utal arra, hogy a trachomáról szóló értekezésében bőven kifejtette azon javalokat, a melyek alapján a műtét beavatkozás végzendő és maga is minden tekintetben hozzájárul az előző által említettetekhez.

**Máchánszky László** bemutatja a szegedi kórházban nagy adag morphiummal és antitetanus-serummal kezelt **tetanus két gyógyult esetét.** Mielőtt a betegek kórtörténeti adatait részleteznék, beszámol a tetanus kórtanának és terapiájának jelen állásáról. Eme bakteriumfertőzésen alapuló megbetegedés a legkülönbözőbb sérülésekhez csatlakozhatik (szemsérülés, ulcus molle kapcsán is láttak már halálos kimenetelű tetanust). A bakteriumok azonban a sebből sohasem szívódnak fel a nyirok- vagy vérerek útján, csupán toxinjaik, melyeket az idegrendszer cholesterinje és lecithinje köt meg; hogy miképpen váltja ki a toxin a göresrohamot, arra Ehrlich oldalláncz-elmélete adja meg a legelfogadhatóbb magyará-

zatot. A tetanus-bacillusok aránylag hamar pusztulnak el a nyílt sebben, mert obligat anaerobok, ellenben soká virulensek maradnak a rossz vérkeringéssel bíró zúzott sebekben és a mélybe hatoló szúrt és lött sebekben. A betegség incubatio-ideje 1—60 nap között változik: annál súlyosabb természetű a megbetegedés, minél rövidebb az incubatio. Eme kóroktanilag teljesen tisztázott betegségnek úgy megelőzésére, mint gyógykezelésére nem áll rendelkezésünkre teljesen megbízható, biztos hatású gyógyszer. A serumtherapiába vetett remény nem teljesedett. Jobb híján mégis az antitetanus-serum a specifikus gyógyszere a tetanusnak. Prophylaxis céljából legcélszerűbb többször egymás után a bőr alá fecskendés alakjában adni (felnöttek 200—250 egységet, gyermeknek 100-at egyszerre) és a sebet a kellő fertőtlenítés után beszárított poralakú serummal behinteni; végtagsérülés esetén a megfelelő idegbe való befecskendés javalt. A prophylaxisos serum-adagolás sem biztosítja a betegség ellen, de legalább megnyújtja az incubatio idejét és esökkenti a görcsrohamok intenzitását. Gyógyításra ajánlották a curarint, 25%-os magnesiumsulfat intradurális befecskendését, cholesterint subcutan, az eredmények azonban nem kecsesetők. Többet lehet várni a morphiium nagy adagjaitól és a serumtherapiától; e két gyógyszert adta a bemutatott esetekben is és a súlyos természetű, 40<sup>o</sup>-os lázzal, igen erős görcsrohamokkal járó baj gyógyulással végződött. A morphiumból annyit kell adni, hogy a fájdalom és görcs csillapodjék; a betegek kitűnően tűrik, toxikus tünetek jelentkezésekor az adagot kisebbítjük. A serum adagolásáról igen eltérők a nézetek; fődolog eleget adni és a megfelelő helyen alkalmazni. Vannak, akik a bőr alá recskendett serumtól is láttak jó eredményt, de így igen nagy mennyiséget kell adni hosszú időn át (költséges gyógyításmód). A trepanatio útján az agykéregre juttatott serumot nem kötik meg kellőleg az agysejtek; azután meg az alkalmazás is nehéz, súlyos műtéti beavatkozást igényel. Intravenásan adva a serumot, hamar kiküszöböli a szervezet. Leghelyesebb s legtöbb eredményt nyújtó alkalmazásmód az intraneurális és lumbal punctio útján az intradurális.

A bemutatott betegek közül az elsőt, egy 25 éves csordást, 1908 szeptember 8.-án vették fel a szegedi kórház sebészeti osztályára. A beteget legelőn bika öklelte fel; jobb lapoczkájának csúcsa alatt tallérnyi, czafatos szélű, a mellűrbe hatoló sebzés volt látható. Jobboldali pneumothorax, véres köpet. A jobb öreg-ujj nyílt esontörése. A beteg szeptember 25.-éig súlyos sérülései ellenére láztalan s állapota napról napra javul. Szeptember 25.-én, a sérülés utáni 17. napon trismus, másnap kifejezett tetanus támad, a beteg lázas. A görcs az egész testre kiterjed, intenzitásának legmagasabb fokát október 5.-én éri el, ugyanekkor hőmérséklete 39.9<sup>o</sup>. A tetanus jelentkezésének első napján nagy adagban morphiiumot kapott a bőre alá: később az adagot a baj súlyosbodásának megfelelően emelte. Az első napon összesen 8 egm.-ot kapott, a második napon már 18 egm.-ot, 20%-os oldatból 1 cm<sup>3</sup> mennyiségben. Az adagot 33 egm.-ig fokozta pro die, 50%-os oldatot adagolva. A mint a tünetek javultak, kisebb adag morphiiummal érte be s így október 8.-án már ismét csak 18 egm., okt. 12.-én már csak 6 egm. morphiiumra volt szükség; október 21.-én kapta az utolsó morphiium-adagot. Ezenkívül kapott a beteg antitetanus-serumot, és pedig a betegség 6. napján, szept. 30.-án 100 egységet intradurális lumbal punctio útján, s ugyanannyit subcutan, hogy a vérben keringő toxinok közömbösítségnek. Okt. 1.-én 200 egységet kapott subcutan, majd okt. 7.-én 100 egységet szintén subcutan. A beteg a serumbefecskendést követő napokon határozott javulás volt észlelhető, de a görcsrohamok még ekkor is oly erősek voltak, hogy nem lehetett feltűnően kisebbíteni a morphiiumadagot. Való, hogy a baj mindinkább idült lefolyást vett és 1908 október 26.-án, tehát egy hónapra a kitöréstől, gyógyulással végződött.

A második eset egy 17 éves kenderfonógyári munkásra vonatkozik, kinek jobb kezét a gép kereke elkapta; roncsolt, czafatos sebbel hozták a kórházba szeptember 15.-én. A beteg másnap lázas lett az alkar és kézfele phlegmoneja miatt. A 11. napon, csaknem ugyanakkor, a mikor az előbb leírt esetben jelentkezett a tetanus, ezen beteg is nyelésnehézségekről panaszkodott s minduntalan a nyelvét megharapta. Ezen beteg is azonnal megkezdte a morphiium adagolását, azonban már 8 egm.-ra (pro die) mérgezés-tünetek jelentkeztek (hányás, álmoság, igen szűk

pupillák), azért az adagot kisebbítette. A kezelés egész tartama alatt a beteg nem kapott többet 8 egm.-nál 24 óra alatt. Antitetanus-serumot két ízben adtak: a betegség 5. napján 100 egységet lumbal punctio útján intradurális s ugyanekkor 100 egységet subcutan, továbbá a betegség 6. napján 200 egységet subcutan. A rendkívül heves megbetegedés, mely 40.2<sup>o</sup>-ig terjedő lázakkal járt, idült lefolyást vett s lassanként enyhülve, 1908 október 19.-én, 25-öd napra gyógyulással végződött.

Eseteinek észleléséből azt a benyomást nyerte, hogy eme kombinált methodussal a gyógykezelés a legsúlyosabb esetekben is eredményteljes kecseset.

Az eljárást könnyű kivihetősége s aránylag olcsó volta miatt melegen ajánlja.

Hozzászól: Papp Oszkár dr., Kovács József dr., Boros József dr., Hollós József dr., Faragó Ödön dr. és Simonyi Aladár dr.

**Máchánszky László** bemutatja nagy kiterjedésű égés-sebnek transplantatio útján gyógyult esetét. A 7 éves leányt 1908 augusztus 31.-én vették fel a szegedi kórházba azon panaszszal, hogy két hónappal azelőtt forró levessel leöntötték. A jobb váll, a mellkas elülső részének jobb fele, a jobb kar hajlító oldala és az alkar radialis felszine bőrtől fosztott, vaskos, genyes sarjfelülettől borított. A seb megtisztítása után szeptember elején a czombról vett Thiersch-lebenyekkel fedte a hiányt. Az átültetett lebenyeket collodium-kötéssel rögzítette oly módon, hogy a lebenyek fölé egy réteg hydrophil gazet fektetve, annak a defectuson túl érő kb. 1 cm.-nyi szélét collodiummal rögzítette az ép bőrhöz. A mikor a collodium megszáradt, steril kötést alkalmazott. Első kötés-váltás négy nap múlva; ez alkalommal a collodiummal ragasztott gaze-on át ellenőrizte a lebenyeket s a sebvaladékot eltávolítva, dermatol-gazet alkalmazott. Háromnaponként kötés-váltás. A collodium-kötést 8—10 nap múlva távolította el. Néhány keskeny szigetlet leszámítva, a lebenyek megtapadtak. A beteg teljesen jól van. Functionális eredménytel október 21.-én gyógyultan távozott a kórházból. Jelenleg karját minden irányban mozgatja. A bőrlebenyek rögzítésének ezen egyszerű módja tette lehetővé a nagy kiterjedésű hiánynak aránylag gyors gyógyulását. E módszer alkalmazása óta eredményei kifogástalanok.

**Hollós József** a gümöbacillusok spóráiról értekezik. Már Koch spóráknak tartotta a bacillusok festetlenül maradt részeit, míg a többi bűvár inkább degenerációs terméknek tartotta őket. Spenglernek sikerült először a spórákat pikrinmódszerével megfesteni, s egyszersmind a gyöngyökbacillusra nézve a valódi spóra-természetüket kimutatni úgy, hogy csupán ily spórákat (Splitter) tartalmazó köpetből a bacillust tisztára kitenyészette. A Muchtól újabban leírt granulák sem egyebek spóráknál. Ez évben Spengler laboratóriumában Betegh, fiemei állatorvos dolgozott ki egy módszert, melylyel kimutatható, hogy az összes saválló bacillusok spórákat tartalmaznak. Nevezetes, hogy e spórák nemesak a tenyészetekben, hanem az élő szervezetben is kifejlődnek. Úgy látszik a spóra közvetlenül is tud fertőzni. Nagy számmal vannak a human típusú gümöbacillus igen kicsiny spórái a lupusban. Braun eklampsia puerperalisban szenvedők vizeletében talált nagy mennyiségű spórákat. Ez irányban a szülő is végzett állatkísérleteket, melyek azonban még nincsenek befejezve.

Nem ritkán a köpetben kizárólag spórák találhatók, ezt főleg haemoptoés betegekben látta. Bemutat egy 16 éves fiút, a kin a tüdőgümőkór kifejezett objectív tünetei találhatók, egy ízben 3 hétig vért is köpött, s kinek köpetében mindig csak spórák voltak találhatók. Az illető ATO-ra semmi, PTO-ra erős bőrreakciót adott. 3 hét óta tartó vérzése a Spengler-féle „IK“ egyetlen injectiójára megszűnt.

**Hollós József** a gümökóros intoxicatiókat ismerteti. Ezek oly jellemzők, hogy legtöbbször már a subjectív tünetekből föllátható a diagnosis. E tünetesoportha tartoznak: fejfájás, szédülés, álmatlanság, zavart álom, néha túlnagy álmoság, szívdobogás, szapora érverés, gyomor-fájdalmak, étvágytalanság, hányás, nagy fáradtságérzés, főleg reggel, gyors kifáradás, orrvérzés, menstruatio-zavarok. Néha az imént említett tünetek mind megvannak, néha csak egyetlen tünet van az elöterben. A betegeket akárhányszor éveken át anaemia, neurasthenia, hysteria diagnosissal kezelték, többször eredménytelenül, pedig a Spengler-féle vaccinatióval vagy az „IK“ (Immun-Körper) terapiával, gyakran a legnagyobb

könnyűséggel meggyógyíthatók voltak. A menstruatio-zavarok az esetek legnagyobb részében nem egyebek, mint gümőkóros intoxicatiók részjelenségei. Van egy esete, melyben a 6 év óta fennálló súlyos és minden kezeléssel daczó fejfájás 2 injectióra végleg megszűnt. Azóta 10 hó telt el minden recidiva nélkül. Bemutat egy 15 éves leányt, kin a 3 év óta fennálló nagyfokú fejfájás, étvágytalanság, szédülés, szívdobogás és kínos dysmenorrhoea egy havi Spengler-kezelésre tökéletesen megszűnt; 4 hó óta az említett tüneteknek nyoma sem mutatkozik; a beteg azóta 10 kgm.-ot hizott. Igen fontos a gümőkór leküzdésében ezen intoxicatiós tünetek helyes értelmezése által a korai diagnosis felállítása.

### Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléséből.

A csecsemőkori hányás összefüggéséről az aërophagiával értekezett Lesage, Leven és Barret a párisi „Société de biologie“ egyik utóbbi ülésén. Tudjuk, hogy minden csecsemő aërophag, vagyis táplálkozás alkalmával levegőt nyel. Ha ez az aërophagia nagyfokú, hányást okozhat. Az aërophagia vagy cardia-görcsessel kapcsolatos, vagy e nélkül áll fenn. Ha cardia-görcsessel kapcsolatos, a lenyelt levegő nem hagyhatja el hamar a gyomrot; ilyen esetekben kevés tejet kell adni rövid időközökben, hogy egyszerre ne juthasson sok levegő a gyomorba. Míg ha nincs cardia-görcs, sok tejet kell adni egyszerre hosszabb időközökben, a nagymennyiségű tej ugyanis kiszorítja a nyitva álló cardián a levegőt.

### PÁLYÁZATOK.

A pozsonyi m. kir. bábaképezdében az 1000 korona évi jutalomdíjjal és teljes ellátással dotált gyakornoki állásra egy év tartamára történendő ki-nevezéssel pályázatot hirdetek. Az orvos-doktori oklevéllel és a valamely klinikai avagy kórházi gyakorlatot feltüntető okmányokkal felszerelt folyamodványok az 1909. év január 15-éig hozzám nyújthatók be.

Velits Dezső dr., igazgató-tanár.

6218/1908. V. szám.

Torontál vármegye törökkanizsai járásához tartozó tiszaszentmiklósi kör-orvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek. A kör székhelye Tiszaszentmiklós, melyhez csupán a 6 km-re fekvő Jázova község tartozik.

Ezen állás 1600 korona kezdő évi fizetéssel s az 1908. évi XXXVIII. t.-cz szerint a törvényhatóság által megállapítandó lakpénz s látogatási díjak élvezésével van egybekötve.

Ezenfelül a községek, nevezetesen Tiszaszentmiklós 300 korona, Jázova 138 korona személyi pótlékot szavaztak meg s így összesen 438 koronával emelkedik a jövedelmezés. Ezen összeg a törvényhatósági bizottság jóváhagyásától fől-tételezeten havonta fog visszamenőleg kiutaltatni.

Megjegyzem, miszerint a népes magyar, német és szerb nyelvű lakosságból álló körben tekintélyes mellékjövdelemre számíthat; Tiszaszentmiklóson gyógyszer-tár van s a község vasut mentén fekszik.

Felhívom azon orvosdoktorokat, kik ezen állásra pályázni óhajtanak, hogy törvényes minősítésüket s eddigi alkalmaztatásukat igazoló okiratokkal felszerelt kérvényeiket hozzám 1909. évi január hó 25.-éig adják be.

Törökkanizsa, 1908 december hó 24.

A tb. főszolgabíró.

A református Bethlen-collegium előjárása pályázatot hirdet a Bethlen-collegium (főgymnasium, néptanítóképző és gyakorló iskola) orvosi állására.

Ezen állás kötelességei: a collegium összes tanulóinak a főhatóságilag megállapított „Utastás“ szerinti gyógykezelése, az iskolai kórház vezetése, tanácsadás iskolai egészségügyi kérdésekben, az egészségtan tanítása a főgymnasiumban heti 2 órán és a néptanítóképzőben heti 1 órán.

Javadalma a Bethlen-collegium pénztárából évi 1300 korona havi előleges részletekben.

Felkérjük a pályázni óhajtókat, hogy pályázatukat 1909. évi január hó 20.-áig kellően felszerelve a Bethlen-collegium előjárásához címzetten adják be.

A pályázati kérvényhez melléklendő: keresztlevelel, orvosi oklevél, egészségtan-tanári oklevél és szolgálati bizonyítvány eredetiben, vagy hiteles másolatban.

Megjegyzendő, hogy iskolaorvosi és egészségtan-tanári képesítéssel nem bíró orvos megválasztása esetén is egyelőre csak egy-egy évi ideiglenes alkalmazásra számíthat.

Az „Utastás“, valamint a köteendő szerződés szövege a Bethlen-collegium gazdasági irodájában a hivatalos idő alatt bármikor megtekinthető.

Nagyonyed, 1908 december 21.

Gáspár János s. k., főgondnok.

Fejes Áron s. k., jegyző.

### 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 hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!

Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Szinye-Lipóczi Salvatorforrás-Vállalatnál  
Budapest, V. Rudolfrakpart 8.

## 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., Andrassy-út 84.

# Liq. Gude

## MANGAN-VAS-PEPTON GUDE

### Liquor mangano-ferri peptonat. Gude.

több mint 10,000 orvos által legjobb vérvételező szernek elismerve,

készíti: **1890** óta.

**Dr. A. Gude & Co., G. m. b. H. LEIPZIG.**

Magyarországi főraktár: Dr. Rosenberg Sándor „Csillag“-gyógyszertára, Budapest, VIII., Rakóczi út 39. (József-körút sarkán.)

Kórházi, egyfeti csomagolás 1.50.



**MALTOCOL**

LEGOLCSÓBB  
LEGTÖKÉLETESEBB

GUAJACOL-PRAEPARATUM.

TARTALMAZ: FANÉJSÁVAS (METOL) MALÁTASZŐRBPEN

7% KAL. SULFOGUAJAC. 2% CALC. s NATR. GLYCEROPHOSFOR.

1% NATR. CAMPHOR. STB. AROMÁS ANYAGOT.

ÁRA  
1k.80f.

KÉSZÍTI —

MARBERGER GYULA

VÖRÖSKERESZT-GYÓGYSZERTÁR  
BUDAPEST, VACI-ÚT 25.

Irodalom és minta ingyen.

## A SOVÁNYÍTÓ KÚRÁK LEGHATÁSOSABB SZERE!

10 kg. súlyvesztés 4 héten belül az erő elgyengülése és csökkenése nélkül.

## THYREOTHEOBROMINPILULÁK

soványító kúráknak  
Prof. Dr. V. Mladějovsky,  
marienbadi fürdőorvos előírása szerint.

Készítő: B. Fragner's Apotheke, Prag 203-III. A pilulák csak orvosi rendelésre szolgáltatnak ki.

Irodalom rendelkezésre.

Kapható minden gyógyszerárban.



# 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 és Temesváry Rezső szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEGKÓRTAN Babarcezi Schwartzer Ottó és Moravesik Ernő Emil szerkesztésében 3—4 szám. UROLOGIAI SZEMLE Hlyés Géza szerkesztésében 4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

## TARTALOM:

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

**Dollinger Gyula:** Balassa János és a gümös csont- és ízületgyulladások gyógykezelése. 17. lap.

**Pólya Jenő:** Közlés a szt. Margit-kórház sebészeti osztályáról. Néhány új plastikus eljárásról. 23. lap.

**Szili Jenő:** Készülék törlok, kendők és lepedők sterilizálására s felmelegítésére laparotomiáknál. 26. lap.

**Grósz Emil:** A szünidei orvosi cursusok. 27. lap.

**Irodalom-szemle.** Könyvismertetés. R. Knorr: Die Cystoskopie und Urethroskopie beim Weibe. — Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Bier: A gyuladás. —

Bélorvostan. Romberg: A szívágulás klinikai jelentősége. — Idegkórtan. Stark: Gyógyult meningitis tuberculosa. — Warrington: A sclerose en plaques kórjólata. — Sebészet. Leischner: A strumectomia után keletkező hangszálzavarok. — N. M. Mastin: Emlőrák késői recidívája. — Barth: Az osteoplastika. — Kocher: A pajzsmirigyátültetés. — Szülészet és nőorvostan. H. Hoffstetter: Terhesség és méhrák. — Venerás bántalmak. A. Blaschko: A syphillis serodiagnostikájának jelentősége a gyakorlatban. — Kisebbségi közlések az orvosgyakorlatra. Mathes: Dysmenorrhoea. — Meissner: Lágyfekély gyógyítása. 28—32. l.

Magyar orvosi irodalom. Klinikai füzetek. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság. 32. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 32.

Tudományos társulatok és egyesületek. 33—36. lap.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

### Balassa János és a gümös csont- és ízületgyulladások gyógykezelése.<sup>1</sup>

Dollinger Gyula egyetemi nyilv. rendes tanártól.

Mélyen Tisztelt Nagygyűlés!

Negyven esztendeje lesz egynehány hét múlva, hogy Balassa János, egyetemünkön a sebészet nyilvános rendes tanára, elhunyt. Halála után barátja, Markusovszky Lajos minden esztendőben egy estén egybehívta barátjait, ez estét Balassa emlékének szentelte és ebbe a társaságba meghívta azon fiatal collegákat is, a kik tudományos munkálkodásukkal feltűntek. Ilyenkor pohárköszöntőt csak maga Markusovszky mondott, tárgya Balassa emléke, követendő példája volt, szavai fenkölt hangulatot keltettek és nem volt közöttünk egy sem, a kinek lelkiületében ez az est mély nyomokat ne hagyott volna.

A midőn Markusovszky is elhagyott bennünket, Egyesületünk vette át Balassa emlékének ápolását, de azért én ma is e Markusovszky-féle Balassa-esték folytatásának tekintem ezen évenként megújuló ünnepélyt, a szónokot pedig Markusovszky helyettesének. Egy okkal több arra, hogy igen nagy megtiszteltetésnek vegyem, a mely engem ért, a midőn egyesületünk igazgató tanácsa felkért, hogy Balassa nevével ajkaimon, egyesületünk alapító ünnepélyén előadást tartsak.

Méltóbb név nem is hangozhat el e napon, mert az orvostudománynak igazán tudományos és nagyobb méretű művelése hazánkban Balassa nevével a legbensőbb össze van forrva. Tudományunk góczpontja időről időre változtatja székhelyét és egyik nemzettől a másikhoz vándorol. A mult század negyvenes éveinek elején Bécsben volt.

Rokitansky megírta kórboncztanát, Skoda tanai tért foglaltak és hatásuk alatt a nagynevű bűvároknak egész generációjára

fejlődött ki hirtelen, a mely seregesen vonzotta oda a világ minden részéből a tanulni vágyó orvosi ifjúságot. A sebészetben itt Wattmann és Schuh vezetnek és mindketten jól kihasználják a tanítás és a tudományos bűvárokodás érdekében az Allgemeine Krankenhaus sebészeti nagy beteganyagát. És minálunk itthon? Minálunk, Pesten, a városi kórház évkönyve hangsúlyozva emeli ki, hogy sikerült a sebészeti osztályon egy esztendő alatt 3 lábszáramputatiót sikeresen végezni, a sebészet nyilvános rendes tanára pedig, 10 évi tanárkodás után, 56 éves korában otthagyja tanszékét, hogy az országos protomedikus állással cserélje fel.

Ekkor nevezik ki a tanszékre, nagy küzdelmek után, Wattmann nyomatókos pártolása folytán, a 28 éves Balassa Jánost, a ki Bécsben Wattmann és Schuh nagy iskoláján ment keresztül, a ki mindazt, a mit a bécsi klinikák lelkes tanáraitól tanulni lehetett, mohó hévvel szívta magába, a ki a nagy mestereinél látott sebészeti eljárásokat és műtéseket nem tanulta be egyszerűen, hogy azokat adandó alkalommal gépiesen utánozza, hanem azok átértéséhez megszerezte az anatómiai és a kórbonczolástani alapot, a ki szöveti elváltozásokat értékelni Rokitanskytól, beteget megvizsgálni, megfigyelni és az összegezett tüneteket a sablonos felfogástól függetlenül, a kórjelzés érdekében önállóan felhasználni Skodától tanulta meg és a kiből e két óriás tanai dúsan termő talajra találtak.

És most nézzük, hogy mi történik ezen a 13 ágyas klinikán, a mely később 27 ágyra bővül ki, melyben nincs sem elegendő ápoló, de a melyben egy jellemes, kitűnően képzett, világos fejű, vasszorgalmú, tudományáért lelkesülő, egészen fiatal tanár működik.

Balassa már bécsi mütönövendék korában, 1842-ben tett közzé két figyelemreméltó cikket. Az egyikben a lábszár gyűjtőeresz tágnulatairól értekezik, a melyeket már akkor Velpeau szerint a vena saphena lekötésével gyógykezelt, a másik cikkből pedig megtudjuk, hogy 1841-ben a bécsi közkórház IV. osztályának vezetését a 27 éves magyar Balassára bízták és hogy abban az egy esztendőben osztályán 1289, sebészeti betegségeken szenvedő beteget gyógykezelt. A midőn tanszékét elfoglalja, 7 esztendeig semmiféle tudományos közlést nem tesz, megtartja előadásait és folytatja tanulmányait. 1850-ben veszi kezdetét tanári irodalmi tevékenysége és ekkor kezd kibontakozni nagy műtői egyénisége.

<sup>1</sup> A budapesti kir. Orvosegyesület 1908. évi Balassa-előadása.

Mások sebészkező dilettantismusa mellett most hirtelenül nő fel az óriás. A hír szárnyaira kapja, nevét messze elviszi mindenfelé, mindenütt vannak tisztelői, bámulói és itthon természetesen szép számmal irigyei és ellenségei is.

Aneurysma miatt leköti a közös fejűtőeret, koponyasértések-nél trepanál, a behorpasztott csontot kiemeli, agytályogot nyit meg és konstatálja, hogy a teljesen hitelét vesztett trepanatio azóta kezd ismét helyet foglalni az életmentő műtétek sorában, a mióta a kórboneczolástan a sebészet terét is mindinkább megvilágítja. Helyreteszi a kificzamodott V. nyakcsigolyát és ezzel meggyógyítja a compressziós féloldali bénulást, plastikai műtéteket végez, a szemhéjakon a saját módszere szerint, az orron a régi indiai módszer szerint, de ezt az adott esetben kínákozó helyi viszonyok ügyes kihasználásával tökéletesíti, míg egy másik esetben a saját módszere szerint készít az eddigieknél szebb orrsövényt és filtrumot. Nyálsipolyt operál sikeresen a saját eszméje szerint, életmentő légső-metszést végez gümös, bujakóros és typhusos gégelobokból származó szűkületeknél, hártás toroklobnál és a gége felhasításával gégehabarczot, rákot és húsdaganatot távolít el a gége üregéből.

A fej bőralatti kötőszövetének emphysemájánál a baj okául a esecsnyújtvány sejtjeinek közlekedését ismeri fel a fedő bőr alatti kötőszövettel, pontosan leírja a dobüreg melléküregeit és betegét műtéttel meggyógyítja. Dolgozatát nemcsak magyarul és németül, hanem 1853-ban francia nyelven is közzéteszi és ezzel hazánk és a szomszéd Ausztria határait túllépve, a nagyvilág elé áll dolgozatával.

Húgykővet gátmetszéssel távolít el, de ha szükséges, azonnal áttér a magas hólyagmetszésre, húgycsőstricturákat kezel, sérvműtéteket végez, hólyaghüvelysipolyokat zár el és folytonosan emelkedő lendülettel egy esztendővel halála előtt, 1867 július 2.-án petefészektümlőt irt ki.

A végtagok sebészetét is kitünően műveli. Izületi zsugorodások alkalmas eseteiben inmetzésekét végez, anatómiai részletezéssel írja le a czombficzamok különböző válfajait és ezen viszonyok, úgyszintén a kórboneczolástani elváltozások méltatásával állapítja meg a helyretevés leghelyesebb módjait. Czombtörés eseteiben arra törekszik, hogy az egyesülés rövidülés nélkül történjék meg, e végből a Seutin-féle kötést kiterjeszti a medenczére és az egész végtagra, száradásáig súlynyújtást alkalmaz és, mindenesetre Seutin hatása alatt, betegét a kötésben 12—14 nappal a törés után mankó segítségével fennjártja, tehát eljutott az alsó végtagok csonttöréseinek fennjáró kezeléséhez.

Dolgozatainak egy része ma idejét multa, a kérdések, a melyekért hevül, a tudomány haladásával más alakot öltöttek, de még e czikkeiben is érdekes természettudományi alapon álló felfogása és kritikája, a melylyel azokat az akkor rendelkezésre álló adatokkal döntésre igyekszik vinni.

Egész pályáján semmi visszaesés, hanem folytonos haladás. Évről évre új területekkel bővíti ki programját. Nem ragaszkodik mereven a saját, egyszer elfoglalt felfogásához, hanem régebbi gyógykezelési módjait folyton újra meg újra tökéletesebb formában írja le. A sebészet egész akkori anyagát átöleli, felette teljesen uralkodik és alkalmazása közben a szükséghez képest új alakba gyúrja, vagy pedig egészen új irányba tereli.

És most áttérek Balassa azon dolgozatára, a melylyel ma bővebben óhajtok foglalkozni, a mely hivatalbeli ezen nagy elődömmel bensőbben köt össze, mert egyik nagyobb dolgozatom kiinduló pontjává vált. Ez a gümös csont- és ízület-gyuladások konzervatív gyógykezelése rögzítéssel.

\* \* \*

1852-ben írta e tárgyról első értekezését, ezt követte 1856-ban a második és 1864-ben a harmadik.

Kiindulási pontja egy 7 éves leány esete, a kinek gümös térdizületi gyuladása volt, e miatt elesett és eltörte a czombját. A czombesonttörés miatt Seutin-féle csirizkötést alkalmazott a végtagjára s a midőn azt 6 hét múlva eltávolította, feltűnt neki, hogy a gyermek térdizületi gyuladása is lényegesen megjavult. Folytatta tehát a rögzítést, a kötést a gyermekkel még 3 évig viseltette, a mialatt megengedte neki, hogy fenjárdjon és 3 évi rögzítés alatt az ízületi tuberculosis meggyógyult. Ezen eset arra indította, hogy

más izületek gümös gyuladásait ugyancsak rögzítéssel gyógykezelje, nevezetesen a kéztő, a könyök, a lábtő és a csípőizület gümös megbetegedéseit, és arra bátorította fel, hogy az alsó végtagok izületeinek gümös gyuladásával betegeit fenjárdassa, ha az izületeiket rögzítette.

12 esztendővel az első közlés után e tárgyról szóló III. czikkében írja, hogy míg eleinte úgy tetszett, hogy a rögzítő kötésnek mindenütt csudaszerű hatáaa van, addig nemsokára jöttek esetek, a melyekben javulás állott ugyan be, de a baj el nem enyészett, a miért egyesek a gyógykezelési módot kezdték csüggetegen elhagyni és azért szükségesnek tartja, hogy most már a rögzítő kötés javalatait újabb tapasztalatai alapján részletesebben körülírja.

Hivatkozik azon észlelésre, hogy az ízületi gyuladás első szakában a természet maga is korlátozza az ízület mozgásait, vagy azokat esetleg egészen be is szünteti és ezzel a betegséget gyakran bámulatosan legyőzi. Ebből arra következtet, hogy ezt kell tennie az orvosnak is, és ő csakugyan teszi, a midőn az ízület jobos bántalmainál az eltávolíthatlan kötést alkalmazza.

Ezek alapján a rögzítést a következő ízületi bajoknál ajánlja:

1. A lágyrészekben székelő ízületi loboknál, a melyek *zúzódások, rándulások* vagy *csúz* következményei.

2. Az ízületi végekben és az ízületi lapokban támadt loboknál, a melyek *sebzési hatányok* eredményei.

3. Görvélyes és gümökóros ízületi loboknál. Ezen utóbbi ízületi bajnál ne várjunk nagyobb eredményt, mint a milyen a betegség természete mellett lehetséges, mert megcsik, hogy a rögzítés daczára is genyedésbe megy át az ízület vagy pedig merevvé válik vagy zsugorodik és a ferdeségek elhárítása nem sikerül.

A rögzítési kezelést nem ajánlja heveny ízületi loboknál, a melyek a csontban és a csonthártájában székelnek. Ezek alatt az osteomyelitises eredésűeket érti.

A rögzítési kezelés hátrányaira is figyelemztet. Ezek közül kiemeli az izomsorvadást és az ízületi zsugorodást, de egyúttal hangoztatja, hogy ezek ízületi gyuladásnál akkor is beállnak, ha az ízületet nem rögzítjük.

A mint ezen indicatiókból látjuk, Balassa mindenféle ízületi bajokat gyógykezelt abszolút nyugalommal, így a többi között pl. *rándulásokat is*, a melyeket mi ma csak kivételesen rögzítünk, rendszeren pedig mozgattással gyógykezelünk, továbbá mindenféle ízületi sebzésekből származó sértéseket, a melyeket ma, tökéletesebb vizsgálati módjainkkal pontosabban körjelzünk és más-más gyógykezelésben részesítünk úgy, hogy mondhatjuk, hogy Balassának nem sikerült abbéli törekvése, hogy élesen megjelölje azon ízületi betegségeket, a melyek gyógykezelése a teljes rögzítéssel történik a leghelyesebben, *azonban az, a mit a gümös izületek rögzítési gyógykezeléséről mond, állandó becsü és mi ma csupán ezzel az egy indicatiójával óhajtunk foglalkozni.*

1852 előtt Balassa a gümös izületeket az akkor általánosan bevett szokás szerint helybelileg hideg borogatással és pióczával gyógykezelte, belsőleg pedig betegeivel csukamájolajat, jodvasat, calomelt és cicutát asa foetidával szedtetett. Azonkívül a beteg ízület szomszédságában fontanellákat készített. Az előbb említett első esetén alapuló és lassanként bővülő tapasztalatai Balassát arra tanították, hogy e gyógykezelés egy része felesleges, más része directe ártalmas és hogy a gümös ízületi gyuladás leghatásosabb gyógyító szere, kapcsolatban a hygienés intézkedésekkel, a beteg ízület állandó rögzítése kemény kötéssel.

A rögzítést eleinte a Seutin-féle csirizkötéssel, később a könnyebb túrómész-kötéssel végezte. Kovács tanár klinikáján 1877-ben még ezt a túrómész-kötést használtuk, de ennek, ép úgy mint a csirizkötésnek, egyik főhátránya, hogy nagyon lassan szárad s azért erről csakhamar áttértem a gipszkötésre, a mely gyorsan keményedik meg és a mely, ha sok mullból és kevés gipszből készül, nem olyan nehéz, mint a régi primitív gipszkötés. De ennek a kötésnek is van hátránya, és ez az, hogy ha levehetővé készítjük, még mindig elég nehéz ahhoz, hogy nagyon kényelmetlen legyen s azért az olyan betegnél, a ki a gép költségeit meg tudja fizetni, a gipszkötést a könnyű és lehetőleg rögzítő tokkal helyettesíttem.

A mikor a gümös izületek gyógykezelésével foglalkozni

kezdtem, általánosan bevett szokás volt, hogy a kezelő orvos felírta, hogy milyen gépet óhajt betege számára készíttetni. Azzal az irással betegét elküldte a műszerészhez s az már most mérték és számtalan próbálgatás után elkészítette a kívánt gépet. A tapasztalat csakhamar megtanított reá, hogy jól illő gépet így készíteni nem lehet, hanem hogy annak az egyedül helyes módja, hogy az orvos a beteg testrésztől gipszmintát készít s a műszerész nem e szerint, hanem ezen a mintán készíti el a rögzítő tokot.

A mintázásnál az illető testrészt egyik oldalára hosszában vastag kötelet alkalmazunk s azután a testrészt meleg vízbe mártott gipszpólyával bepólyázzuk. A midőn a gipsz szikkadni kezd, a kötélen felvágjuk, a testrésztől leemeljük, ismét összecukjuk, belső felületét zsirlapokkal behintjük és gipszpéppel kiöntjük. Megkeményedés után leveszszük a negatív mintát, a pozitívét lesimitjük, reá rajzoljuk a gép körvonalait és átadjuk a műszerésznek. Lásd az 1. ábrát.

A rögzítő tokok hengerezett marhabőrből készülnek. Ezt hideg vízben puhára áztatjuk, a mintán fogókkal erősen megfeszítjük, mindenhol jól odasimitjük, reászögeljük és rajta száradni hagyjuk.

A börtök erősítésére acélpántok szolgálnak, a melyek ugyancsak a mintán nyerik el végleges alakjukat. E tokok egyvagy kétoldalt kinyithatók, többé-kevésbé erősen összehúzhatóak és a hányszor az ízület megtekintése vagy a bőr tisztítása céljából szükséges, levehetőek. Balassa szabályul állította fel, hogy „a végtag helyzete, a melyben a kötés alkalmaztatik, ne legyen más, mint a természet által adott kóros helyzet” és hozzáteszi, hogy ez „nagyfokú zsugoroknál némileg nehezíti a kötés alkalmazását”. Ezt a szabályt én nem követtem, mert csakhamar azt tapasztaltam, hogy nem kell attól tartanunk, hogy a zsugorodott gümös ízület redresszálása a gyuladást fokozza. Ha a redresszálást fokozatosan végezzük és minden egyes redresszálás után az ízületet az elért kedvezőbb helyzetben azonnal teljesen rögzítjük, akkor ez nem vezet az ízületi gyuladás kiújulásához. Ezért Balassa ezen gyakorlatát oda módosítottam, hogy a zsugorodott gümös ízületet előbb redresszálom, vagyis a használatra a legjobb helyzetbe hozom, csak azután készítem el róla a mintát és csak a teljes redresszálás után veszi kezdetét a tulajdonképeni állandó rögzítés.

1. ábra. A csípőizületi gyuladás rögzítésére és tehermentesítésére szolgáló géphez készített gipszminták. Reá rajzolva a gép terve.

A midőn e betegségekkel foglalkozni kezdtem, a különböző ízületek redresszálására más-más, igen bonyolult szerkezetű gépek szolgáltak, a melyek sohasem illettek arra a betegre, a kinek szüksége lett volna reájuk. Ezek a lomtárba kerültek. A redresszálást nem gépekkel, hanem gipszkötésekkel eszközölöm. Már Balassa is rájött arra, hogy a zsugorodott végtagot minden újabb kötésnél nyújtottabb állásba lehet hozni és így sikerült neki nagyfokú zsugorokat megjavítani. E végből a kötések 6—7 hét múlva változtatta meg. A kötés ezen hatását annak tulajdonította, hogy a zsugorodott izomzat alatta enged. Azonban nem egyedül az izomzat gátolja meg, hogy egy zsugorodott ízületet kinyújtsunk. Gátolják a kinyújtást, különösen a régi esetekben, az ízületet körülvevő szervült lobos izzadmány, heges összenövés és az ízületi felületek alakváltozásai. Az összenövések a kötés feszítő hatása alatt ép úgy felpuhulnak, mint a tágitó szonda állandó érintése alatt a strictura hegyűrűje.

Én a redresszáló kötések 6—8 nap múlva újítom meg és

a redresszálást 2—3 kötéssel ugyanannyi hét alatt be is fejezem. A legtöbb ízületnél a redresszáló gipszkötést abban a helyzetben teszem a végtagra, a melyben gyógykezelésbe került, azután a mikor a kötés már készen van, de még puha, az ízületet a redresszálás irányában kissé megfeszítem és így tartom a míg a kötés megkeményedik, a mi egy percz alatt megvan. Ez sokkal kiméletesebb eljárás, mint ha előbb redresszáljuk az ízületet és csak azután kezdjük reátenni a gipszkötést, a mikor a betegnek már fájdalmai vannak. A haladás tehát e téren a redresszálás gyorsításában és egyszerűsítésében áll. Az utolsó kötetet, a melyben a redresszálás már teljesen sikerült, 3—4 hétig hagyom a beteg testrészen, azután elkészítem róla a gipszmintát s rajta a rögzítő tokot.

\* \* \*

Balassa egyik-másik esetben a kötésből ki-kivette a gümös ízületet és megmozgatta, hogy merevvé ne váljék.

Balassa nem ismerte a gümös ízület azon tulajdonságát, hogy az esetben, ha anatómiai képletei a tuberculosis folytán alakváltozást nem szenvedtek, a gümös ízület az állandó rögzítés mellett nem merevvé, hanem önként mozgékonyvá válik és azt sem tudta, hogy a gümös ízületet a gyógykezelés ideje alatt nem szabad megmozgatni, mert a gyuladás könnyen kiújul. Én 1885-ben jöttem reá erre és e tapasztalatot annak idején egyesületünkben elő is adtam. Azóta a gümös ízületet a rögzítés egész ideje alatt soha meg nem mozgatom és csak hosszabb időszakokban győződöm meg felőle, vajjon nem tért-e vissza önként az ízület mozgékonyasága. Ha visszatért és ha egyébként a gyuladás minden jele elmúlt, a rögzítő tok előkészített ízületet annyira megnyitom, a mennyire az ízület a rögzítés alatt önként mozgékonyvá vált. Egy szóval az ízületnek magától kell előbb mozgékonyvá válnia és csak akkor teszem lehetővé activ mozgását, de akkor is csak azon a határon belül, a melyen belül önként vált mozgékonyvá. Ekkor a beteg ízület izomzatát masszálom és a létrejött mozgás határára belül gyakoroltatom, de sohasem azon túl. Semmi esetre sem szabad a merev gümös ízületet passiv mozgásokat végezni abból a célból, hogy mozgékonyabbá tegyük, mint a milyenné a rögzítés és később a használat alatt önként vált. Az ilyen passiv mozgás a legjobb esetben eredménytelen, de többnyire a gyuladás kiújulásához és a gümös folyamat terjedéséhez vezet.

Balassa soká viseltette a rögzítő kötések. Némelyik beteggel 3 esztendeig. Azután először éjjelre távolította el és ha az ízület ezt tűrte, lassanként kötés nélkül vétette használatba az ízületet. Mi reájöttünk arra, hogy a midőn a gyuladás elmúlt, az ízület a rögzítés alatt önként ismét mozgékonyvá vált és a beteg azt használni kezdi, nagyon ki van téve a distorsiónak, a mi sokszor a gyuladás kiújulásához vezet. Ennek az egyik oka, hogy a hosszas rögzítés alatt az izmok elgyengültek, a másik oka pedig, hogy a beteg elfelejtette az ízület használatának rendes mozgási beidegzését, vagyis hogy ez a reconvalescens ízület ügyetlen. Ezért a rögzítés megszüntetése után a rögzítő tok oldalsínjeire az ízület helyén sárnir-izületeket készítettünk és a tokot még hosszabb ideig így viseltetjük a beteggel. A beteg mozgathatja ízületét, de a sárnir megvédi a distorsió és a gyuladás recidívája ellen.

Némely ízület a rögzítés dacára is duzzadt marad. A tokszalag is meg van vastagodva és néha az ízületi üregben kevés folyékony izzadmány is van, a mely nem tud felszívódni, noha a rögzítés folytán a gyuladás tünetei elmúltak. Az ilyen esetekben a rögzítéshez még a compressiót is csatoljuk, a mit az úgynevezett ideál krep-pólyával eszközölünk.

\* \* \*

Balassa az alsó végtag gümös ízületi gyuladásainál is egyszerű rögzítő kötetet alkalmazott. A gümös ízületi gyuladások kórboncolásánál csak később dolgozták ki részletesebben s ezért ő nem ismerte a gümös ízületi gyuladás azon tulajdonságát, hogy lefolyásában nem rakódik le a gyuladás helyén a csontanyag, mint pl. az osteomyelitis acuta infectiosánál, hanem hogy a csontszövet a gümös gócz körül nagy kiterjedésben felpuhul úgy, hogy könnyen össze lehet nyomni; az egyes gümös ízületek azon alakváltozásait sem ismerte részletesebben, a melyek részint

e felpuhult csontok összenyomatásából, részint a gümös csontgócok széteséséből származnak. A felső végtag gümös ízületi végeit a gyuladás ingere folytán reflectorice összehúzó izmok szorítják úgy egymáshoz, hogy alakjuk megváltozik, a gerincoszlopon és az alsó végtagokon azonban ehhez még hozzájárul a testsúly is, a mely a lobosan felpuhult ízületi véget összenyomja, elgörbíti, behorpasztja, egy szóval alakját megváltoztatja.

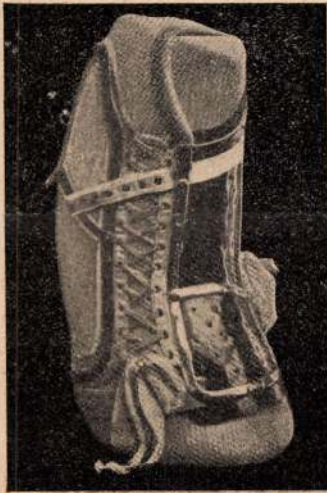
Az ilyen ízület, a melynek felületei rendes, összeálló alakjukat elveszítették, a gyuladás után nem lehet többé teljesen mozgékony.

Ezért az alsó végtagok ízületeinek gümös gyuladásainál nem elegendő a Balassa által alkalmazott egyszerű rögzítés, hanem ezen ízületeket a gyuladás idejére fel kell menteni a testsúly nyomása alól. Hogy e célra mi módon értem el, azt az alsó végtagok egyes ízületei számára szerkesztett gépek leírásakor be fogom mutatni.

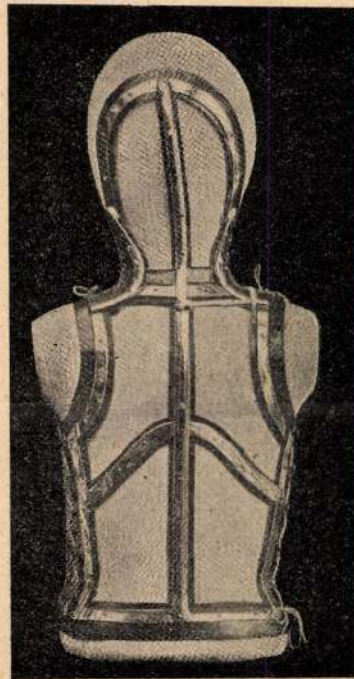
Nagyot haladtunk Balassa óta a gümös tályogok gyógykezelésében. Balassa, a mint mondja, „a veszélyes hideg tályogokat” vagy szűresappal többször kiürítette, vagy pedig ablakos tapaszra kent maróúggal felétette. Később az antiseptikus időszakban és még az aseptikusban is egyik-másik sebész azt, hogy hideg tályog jelent meg az ízület környékében, elegendő oknak vette arra, hogy

stadiumában vesszük gyógykezelés alá, a teljes rögzítéssel és a helyes tehermentesítéssel meggyógyíthatjuk a gümös csontgyuladást és meggátolhatjuk, hogy a beteg púposná váljék. A fűzők, a melyeket e célra használtak és sokan még ma is használnak, nem rögzítenek jól. Közülük a legjobbak is csak a háti részen állanak merev sínekből és azonkívül még oldalt támasztják meg némileg a törzset, elül pedig a közönséges fűző módjára puhák, miért is a törzs minden lépéskor előre hajlik és a beteg csigolyarészt megmozgatja, megnyomja. Találtam azonban két kötést, a mely Balassa rögzítési elvének megfelelő. Az egyiket a gerincez mellkasi részének lobjánál Sayre alkalmazta, a másikat a gerincez nyaki részeinek lobjánál Falkson.

A Sayre-féle gipsz-zsáket az álló helyzetben megnyújtott gerincoszlopra tesszük fel. Ebben a helyzetben a testsúly a beteg csigolyatestekről áthelyeződik a hátrább fekvő és rendszeren egészséges ízületi nyújtványokra, a beteg csigolyatestet tehát tehermentesítjük. Azonkívül a zsáket a törzset körülveszi, elülről jó támasztékot ad neki és ebben a hátrahajlított helyzetben jól rögzíti. Hogy a rögzítés még tökéletesebb legyen, a kötést elül magasabbra felvittem és most ezen megjavított gipsz-zsáket mintájára bőrből és aczélsínekből kétoldalt fűzhető, levehető páncélfűzőt készít-



2. ábra. A gerincoszlop alsó felének gyuladásainál használt páncélfűző.



3. ábra. A gerincoszlop felső felének rögzítésére használt fejtartó-fűző hátulról.



4. ábra. A 3. ábrán bemutatott fűző elülről.

az ízületet reszekálja. A jodoformglycerinemulsio általánosan ismeretes alkalmazásával ma a legtöbb gümös tályogot, a mely a kellő időben került gyógykezelésbe, meggyógyítjuk és ezzel elkerüljük a sipolyképzést és a tályogok másodlagos fertőződését genykeltő bakteriumokkal.

És most be fogom mutatni azon készülékeket, a melyekkel Balassa túroméskötéseit helyettesítettem. Valamennyit magam szerkesztettem meg és egyik-másik számtalan átalakuláson ment keresztül, a míg jelenlegi alakját elérte.

\* \* \*

A gümös csigolyagyuladással Balassa nem foglalkozott, legálább idevágó ezikkeiben nem említi meg. A gümös csontgóc rendszeren nem támad a csigolyák közötti ízületekben, hanem a csigolyatestekben, a melyek egymással rostporozos összeköttetésben állanak, de csakhamar elpusztítja a csigolyatest csontgerendezeteit, felpuhítja és áttöri kérgét, úgy hogy ez a reánehéző törzs súlya alatt behorpad és megkezdődik a púpképződés. A csigolyagyuladás legelső jelei közé tartozik a merevség és a fájdalom. Ezek jóval a púpképződés előtt keltik fel figyelmünket. Ha a beteget baja ezen

tetem, a mely elül-felül a szegycsontkivágásig ér és a törzset elülről is jól megtámasztja.

A 2. számú ábra minden leírásnál jobban megmagyarázza ezen fűző szerkezetét. Egyébként a fűzők, valamint mindazon gépek, a melyekről ezen előadásomban szó lesz, klinikai évkönyveinkben részletesen le vannak írva.<sup>1</sup>

Azonban az imént bemutatott páncélfűzővel jól megtámasztani csak a gerincoszlop mellkasi részének alsó felét lehet, míg a felső hat mellkasi csigolya gyuladásainál a vállakon lógó felső végtagok és a szabadon hagyott fej súlya és mozgásai a gerincoszlopot akkor is mozgatják, ha a törzset elül akár a szegycsontig megtámasztjuk.

A felső hat háti csigolya gyuladásainál, úgyszintén a nyaki csigolyák gümös lobjánál a közönséges páncélfűzővel sem sikerül a beteg részt sem jól rögzítenünk, sem tehermentesítenünk, és ekként sem a gyuladás terjedését nem állíthatjuk meg vele, sem pedig a púpképződést meg nem gátolhatjuk. Ezért a gyuladásainál bele kell foglalnunk a rögzítő kötésbe a fejet is, azt a nyakszirtnél és

<sup>1</sup> Dollinger. Sebészeti módszerek. Magyar orvosi könyvkiadó társulat 1901. Folytatása a klinika kiadásában megjelenő évkönyvekben.

az állagnál fogva meg kell támasztanunk és ekként a fejnek, valamint a gerincz magasabb részeinek súlyát le kell vennünk a beteg csigolyáról. Azon fejtartók, a melyeket mindenfelé használnak, a melyek a fejet fűző nélkül a mozgó vállakra támasztják vagy pedig, ha el is vannak látva jó törzsfűzővel, a fejrészt ezzel rugókkal kötik össze, nem felelnek meg annak a feladatnak, a melyet magunk elé tűztünk s azért a Falkson-féle kötés mintájára levehető, hozzá hasonló, fejtartóval egybekötött szilárd rögzítő tokot szerkesztettem, a melyet a 3. és 4. számú ábra mutat be.

Ezen készülék segítségével jól rögzítjük a gerincoszlop egész nyaki részét és a mellkasi rész felső felét, a mi nagyon fontos, mert épen e részek tuberculosus gyuladásaiban fenyegeti a beteget a compressió bennél.

A mikor a gümös gőcz áttörte a csigolyatest kérgét, akkor, ha a mozgással járó izgalom tovább tart, áttöri a gerincoszlop hátsó széles szalagját is, a gümös sarjak beleburjánzanak a gerinczsatornába, benne gátolják a vér- és nedvkeringést és nyomási bennélást okoznak. E bennélást úgy kerüljük el a legbiztosabban, ha a gerincz említett szelvényeinek gümös részeit teljesen rögzítjük, a mire a legjobb eszköz a leirt fejtartó fűző.



5. ábra. Gümös csigolyagyuladásnál alkalmazott fekvőkészülék.



6. ábra. Gümös csípőizületi gyuladásnál használt tehermentesítő és rögzítő gipszkötés.



7. ábra. Gümös csípőizületi gyuladásnál használt tehermentesítő és rögzítő gép.

Ha a beteg hanyatt fekszik, alkalmas készülékkel úgy tudjuk rögzíteni a gerinczét, hogy a mellkasa elül szabadon marad és a beteg egészen szabadon lélegzik. Ezért régebben a csigolyagyuladásos beteget hónapokig, évekig hanyattfekve tartották. Ezen fekvő kezelésnek súlyos hátrányait csakhamar beláttuk s azért szerkesztettük a fentebb leirt rögzítő és tehermentesítő fűzőket, a melyekben a beteg az egész gyógykezelés alatt fennjár. Éjjel azonban kívánatos, hogy a fűzőből kiszabaduljon s ekkor a rögzítést azzal érjük el, hogy vályuba fektetjük, a melyet vörösrézből, ugyanazon mintán kalapálunk ki, a melyen a fűző készült és a melyet megpárnázunk. (5. ábra.)

A vállizület gümös gyuladása ritkák. Az izületrögzítés a szegény-gyakorlatban egyszerű kendővel történik, a melylyel a könyökben behajlított végtagot felkötjük. A rögzítő gép korzetzől áll, a melyhez a felkart körülfogó bőrtokot odarögzítjük. Maga a vállizület nem is kerül a tokba.

A könyökizületet körülbelül 80°-ig behajlítva kétoldalt felvágott circularis gipszkötéssel vagy pedig kétoldalt fűzhető bőrtokkal rögzítjük, a mely az egész alkarra és felkarra kiterjed.

A kéztőcsontok gümös gyuladásaiban levehető gipszkötés vagy bőrtokot alkalmazok, a mely az alkar distális kétharmadát

és a kéztőt a kézközép és ujjpercscsontok közötti izületekig fogja körül, de ezen izületeket szabadon hagyja.

\* \* \*

A gümös csípőizületet Balassa nélkül, hogy előbb redreszszálta volna, abban a helyzetben, a melyben találta, túrómész-kötéssel rögzítette, a mely a csípővel együtt a térdet és a lábat is körülfogta.

A kötés spicával körülvette a csípőizületet és körülbelül 3—4 ujjnyi széles csikkal a medenczét. A kötés felső részét a csípőizület körül vízben megpuhított kartonpapírral erősítette meg.

Ezt a kötéset ugyanebben az alakban Kovács professor is alkalmazta, tőle tanultam meg s belőle indultak ki további tanulmányaim.

Ennek a kötésnek a fő hibája a tökéletlen medencezőv, a mely sokkal keskenyebb, semhogy jól tudná rögzíteni a csípőizületet. Ezért a kötéset felfelé meghosszabbítottam, körülfogtam vele az egész medenczét és felette a törzsből még mintegy 6—8 centimeter széles részt, a kötés alsó részét pedig, a mely a térdet és a bokát rögzítette, elhagytam, mert a gümös csípőizületet évekig kell rögzíteni és ha ezen egész idő alatt az egészséges térdet és bokát is rögzítjük, ezen izületek összes bonczani képletei túlságosan elgyengülnek és fejlődésükben visszamaradnak, izomzatuk pedig elsovrad.

Az előbb mondottaknál fogva gondoskodnom kellett az izület tehermentesítéséről. Ezt úgy értem el, hogy az ülőgumó alá jó széles gipszpelottát készítettem, másrészt pedig a czombbüttyöket használtam fel a támaszkodásra s azért ezek felett a kötéset jól benyomtam. Így a törzs súlya reánehazkodik az ülőgumóra, a honnan a gipszkötés a czombbüttyökre viszi át, a gümös, felhagyult csípőizület pedig felszabadul a nyomás alól. (6. ábra.)

Ugyanezen elvek szerint szerkesztettem meg a levehető rögzítő és tehermentesítő bőrtokot, a mely ugyan az egész végtag

hosszára terjed ki, de azért a térd és bokaizület mozgásait nem korlátozza, mert a gép sinjei ezen ízületeknek megfelelőleg ízületekkel vannak ellátva. A végtag tehermentesítése a gépben tökéletesebb mint a gipszkötésben, mert a beteg sarka alatt a cipőben mintegy 15 mm.-nyi rés van szabadon hagyva. A gépnek felső és alsó részeit a beteg növéseivel lépést tartva meg lehet hosszabbítani. (7. ábra.)

A mint említém, Balassa a csípőizületi gyuladással a túró-méskötést ugyanazon zsugorodott helyzetben tette fel, a melyben az izület gyógykezelésébe került, bár panaszkodik, hogy azok az adductiós-flexiós contracturák nagyon megehezítik a kötés feltevéését.

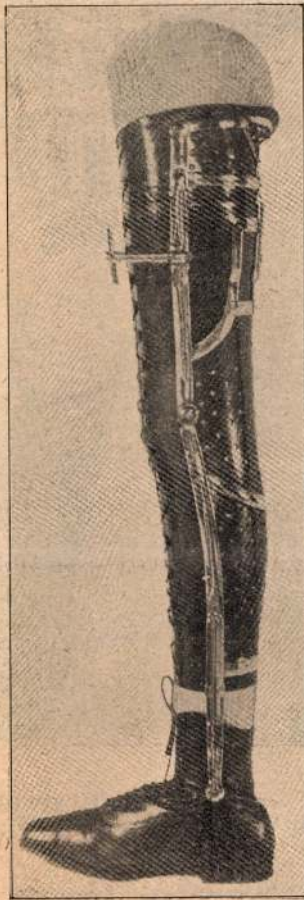
Balassa ezen gyakorlatától eltérőleg én előbb abba a helyzetbe hozom a contrahált végtagot, a melyben a járásra a legalkalmasabb, vagyis redresszálok, csak azután készítem el róla a mintát és ezen a tokot. Ennek a redresszálnak a régi módjai igen tökéletlenek. Velük legfeljebb a flexiós contracturák könnyebb fajtáit sikerült kedvezőbb állásba hozni, míg az adductiós, abductiós és

A gümös térdizületi gyuladással a rögzítő kötés a czomb felső végétől a bokáig ér. A kötés ezekre támaszkodik, míg felül az ülőgumó alatt ülő pelottával bir. A levehető bőrtok hasonló, esakhogy alsó vége az oldalainak segélyével a cipő  $\Delta$  kengyeleire támaszkodik, és a végtag felfüggesztését egy 15 mm.-es rés eszközli, a mely a beteg sarka alatt a cipőben szabadon marad. (8. ábra.)

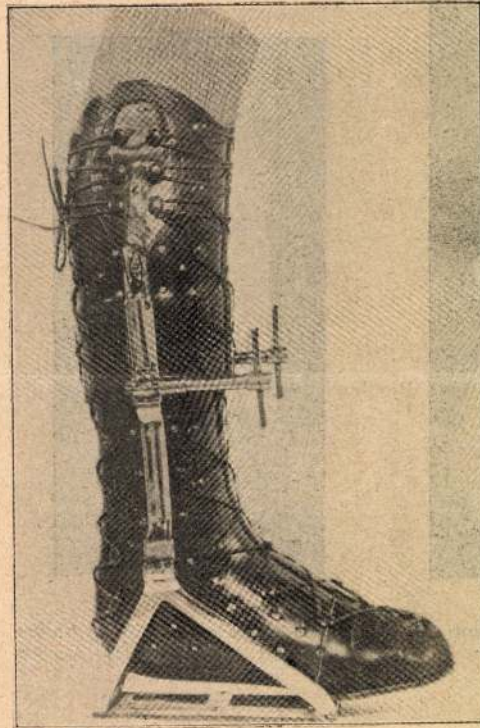
A térdizület vonalának magasságában a tok két oldalsinjén sárnir-izületeket készítek elő, azon időre, a mikor a gyuladás elmúlt és a beteg a térdét önként kezdi mozgatni. Ekkor a rögzítő tok bőrrészeit a térdnek megfelelőleg kimetszem és a gép izületeit az előbb kifejtett elvek szerint fokozatosan annyira kinyitom, a mennyire az izület a rögzítés és később a használat alatt önként mozgékonyra lett.

\* \* \*

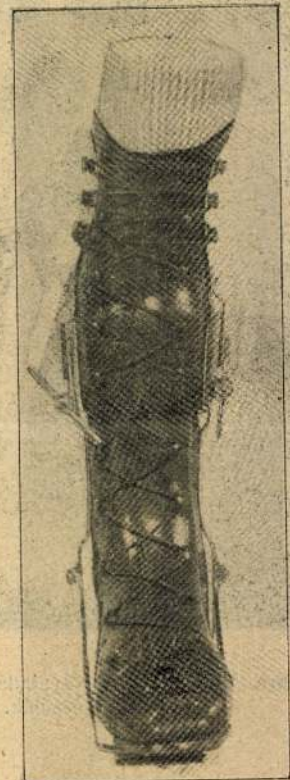
A bokaizület gümös gyuladását Balassa egyszerű túró-mész-



8. ábra. A gümös térdizület tehermentesítésére és rögzítésére szolgáló gép.



9. ábra. A bokaizület gümös gyuladásainál használt tehermentesítő és rögzítő tok oldalt nézve.



10. ábra. A 9. ábrán bemutatott gép elülről.

rotatiós contracturákat teljesen redresszálni nem sikerült. Ezért egy módszersorozatot dolgoztam ki, a melylyel mindenféle komplikált gépezet nélkül csupán gipszkötéssel bármiféle csípőizületi contracturát lehet redresszálni. Ezt a módszert számos bel- és külföldi collega kipróbálta és állandóan alkalmazza.<sup>2</sup>

A mint tehát méltóztatnak látni, a Balassa-féle kezeléssel a csípőizületi gümös gyuladással is vajmi kevés maradt meg. A kötés anyaga, alakja, kiterjedése, a vele való rögzítés módja megváltozott, mielőtt a végleges kötsést alkalmazom, előbb az izületet redresszálok, a gyógykezelést tökéletesíti egy új elv, az izület tehermentesítése, evégett szerkesztettem egy gépet, a mely levehető, a túró-méskötésnél és a gipszkötésnél könnyebb és bármikor hozzáférhetővé teszi az izületet, de érintetlenül megmaradt a gyógykezelés leglényegesebb és legbecsesebb része, az izület rögzítése.

\* \* \*

<sup>2</sup> Dollinger, A csípőizület gyuladásai. Budapest, Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat, 1907.

kötéssel kezelte. Ezt a kötsést szintén úgy kellett kiegészítenem, hogy az izületet tehermentesítse is.

Támasztó pontokul erre, úgy a mint a lábszártöréseknél, a sípcsont bütykét és a szárkapocs fejcsét használtam fel. Hogy a tehermentesítés tökéletesebb legyen, a kötésbe a beteg talpa és a gipszkötés talpa közé vattatalpat alkalmazok.

Ugyanezen elvek szerint van megszerkesztve a rögzítő és tehermentesítő tok is, a mely az egész lábat és a lábszárt körülvevő bőrtokból áll. A két oldalsín felül a sípcsont bütykének és a szárkapocs fejcsének gipszmintáján kikalapált aczélpelottákban végződik, középen fogas szerkezettel meghosszabbítható, alsó végén pedig delta-alakú kengyelbe megy át, a mely járó felületén talpbőrrel bevont ráában végződik. A beteg lábat betagadó tok az oldalsíneken függ és a talpat nem éri, a beteg sarka alatt a tokban 15 mm.-es rés van fennhagyva. (9. és 10. ábra.) Később, a midőn a gyuladás tünetei elmúltak, a láb tokrésze helyett magas fűzős cipőt alkalmazok. Ekkor már elmarad az a ráma, a mely

az előbbeni gépnél a láb tokrészét felfüggeszti, a beteg közvetlenül a cipő talpára lép, de sarka alatt a cipőben a 15 milliméteres rés meggátolja, hogy a testsúly a bokaizületet érje.

\* \* \*

Balassa az izületi gyuladások rögzítési kezeléséről szóló dolgozatában a következőket mondja: „Azt hiszem, hogy minél inkább terjed el és szerez gyakorlati érvényt ezen nézetem, annál ritkábbak lesznek az életmentés céljából végzett csonkítások.“

Balassa óta a gümös izületek operatív kezelésének kérdése nagy változásokon ment keresztül. A csonkításokat előbb a resectiók, később az arthrectomiák váltották fel, de ezen úgynevezett konzervatív műtétekkel sokan visszaéltek. Az antiseptikus és az aseptikus sebkezelés első idejében ezek minden gümös izületet reszekáltak és ezzel sok kárt tettek. Ujabbán ismét az x-sugarak bátorították fel egyes sebészeket arra, hogy az ekként felismert gümös gócot arthrectomiával eltávolítsák, a mi sok esetben nemcsak felesleges, de ártalmas is. Mert a legsikeresebben reszekáltak és arthrectomizált izületnél is jobban működik az, a melyet sikerült rögzítéssel úgy meggyógyítani, hogy mozgékonytágot teljesen visszanyerte. Sőt a konzervatív kezelést mellett megmeredt és alkalmas helyzetben rögzített csipőizülettel a beteg jobban tud járni, mintha resectio következtében álizülete lesz, a mi még a legkedvezőbb kimenet.

Balassa szelleméhez híven én sohasem léptem e térre, hanem a gümös izületeket rögzítéssel konzervatív gyógykezelem, és ezzel a legtöbb esetben célzt érek. Resectiót vagy arthrectomiát csak azon ritka esetekben végezek, a melyekben a rögzítési kezeléssel célzt érnem nem tudok. Ilyenek azon ritka esetek, a melyekben nagy gümös csontsequesterek, vagy pedig sajtos nagy tömegek gátolják a gyógyulást, továbbá azon esetek, a melyek későn jutottak kezelésünkbe, a melyekben sipolyok képződtek, a melyeken keresztül genyedést keltő bakteriumok vándoroltak a gümös izületbe és a szervezet ezeket kiküszöbölni nem tudja, hanem az izület a másodlagos fertőzés folytán megdagad, a beteg lázas lesz és a gümös csont- és izület-gyuladáshoz phlegmone csatlakozik, a mely a beteget kimerüléssel fenyegeti. Ezen esetekben életmentés céljából végezek izületi resectiót és a legvégső esetben amputatiót. Rendesen csak olyan esetek kerülnek amputatióra, a melyek nagyon elhanyagolt állapotban fordultak segélyért hozzám, a mikor konzervatív gyógykezelésre többé nem valók, hanem rajtuk már csak a végtag eltávolításával lehet segíteni. Balassa azon reménye tehát, hogy minél inkább terjed el az ő gyógykezelési módja, annál ritkábbak lesznek az életmentési célból végzett amputatiók, egészen teljessébe ment, mert olyan súlyos kórfolyamatok, a melyeket azelőtt szinte gyógyíthatatlannak tartottak, az általa kezdeményezett gyógykezeléssel gyógyíthatóvá váltak.

\* \* \*

Balassa azon eszméje, a melylyel ma behatóan foglalkoztunk, egy betegnek észlelése közben villant meg agyában. Ezt a beteget állandóan szemmel tartotta, a hozzá hasonlókat a legnagyobb figyelemmel észlelte, évekig jegyezte betegségük lefolyását, először 6, azután 12 esztendő után visszatért kórtörténeteikhez és belőlük szigorú inductiv módon levonta következtetéseit.

Ime a klinikus Balassa úgy dolgozik, mint a laboratoriumi munkás. Minden egyes esetet kísérletnek tekint, a melyet végig-észlel. A pontosan vitt kórtörténet a laboratoriumi jegyzőkönyvnek felel meg, adatainak összefoglalásából szűrődik le a tudományos eredmény. A melyik természettudományi munka nem ilyen gondos észleléseken alapul, hanem csak amolyan felületes impressiók alapján íródik, az esetleg rövid időre feltűnést is kelthet, de belőle semmi sem fog megmaradni; a melyik író pedig felületes észleléseit képzeletének terményeivel egészíti ki, az megszünt természettudós lenni és a regényírók sorába lépett. Minden tudományszakmának megvannak a maga regényírói.

Balassának nemcsak ezen egy dolgozata, hanem minden egyes cikke gondos megfigyelésen alapul és nagy munkának eredményét tárja elének. A kinek egész napja akár testi, akár szellemi napszamos munkában telik el, és a kinek nincsen semmi lelkesítő eszméje, az napi fáradsága után könnyű szórakozásban igyekszik kivenni munkájáért

a jutalmat, állásához képest a nagyvilág ragyogó estélyein, a kisvárosi kaszinó kártyaasztalánál vagy tereferében, vagy a csárda asztala mellett. Ennek az ellenkezője lelkesedést, nagy energiát tételez fel. Csak az, a ki képes reá, hogy e kísértéseknek ellentálljon, hogy felelősségteljes napi munka után elbujjék az emberek elől, gondolatait szakmájának valamely fejezetére koncentrálja, abban elmélyedjen, ismereteit beható tanulmányokkal kiegészítse és gyarapítsa, tapasztalatairól jegyzeteket készítsen, azokat időről időre összegezze és közreadja s a ki mindezt a nem köteles munkát lelkesedéssel végezi, csak az tudja Balassa munkálkodását igazán méltányolni.

A tanárnak legelső és legfőbb feladata hogy tanítson. Ha ennek eleget tett, akkor megfelelt napi, hivatalos feladatának. De az olyan tanár, a ki az összes tudományát csak másoktól vette át, a ki azt a saját eszméivel meg nem termékenyítette, annak az a tudomány nem az édes gyermeke, hanem csak a fogadott mostohája, az azért a tudományért sem igazán lelkesedni, sem iránta lelkesedést kelteni nem tud. Lelekesedést másokban csak az kelthet, a kinek a saját lelkében lobog ez a szent tűz, ezért mindenkor a legjobb tanár a bűvár és ezért tudott Balassa retorikai gyengeségei mellett is tanítványaira olyan nagy hatással lenni, hogy ez oly sok esztendő után még unokatanítványaiában is megnyilvánul.

Balassa az izületi gyuladások gyógykezeléséről szóló egyik dolgozatában azt mondja: „Sok dolog, a mi eleinte feltűnik, idővel nyom nélkül elenyészik, míg más lényegében megmarad, bár külalakjában és részleteiben változik“ és ezzel látnoki szemmel cselelt a gümös izületek gyógykezelésére vonatkozó eszméjének sorsát, a melynek eszköze az egyszerű törőmészkötés külalakjában és részleteiben teljesen átalakult, de a melynek tulajdonképeni lényege, ezen izületi betegségek gyógykezelése rögzítéssel, megmaradt és mint egészséges szilárd alap alkalmasnak bizonyult arra, hogy reá a réginnél tökéletesebb eszközökkel dolgozó therapiát építsünk.

Balassa Jánost nem egyedül ezen egy, hanem számos más dolgozata, a melyeket előbb ismertettem, azok sorába emeli, a kik nem a mások által megnyitott utakat tapossák végig egész életükben, hanem a kik szellemük élével behatolnak a tünetek mélyébe, meglátják azok lényegét és azt a borító salaktól megtisztítva, becses ajándékul átadják az emberiségnek. Ezen kiváltságos egyének a felfedezők. Ritkán vannak ők elhintve az emberiség milliói között. Az emberiség haladásának pályáján ők az útmutatók, a többi pedig a munkás vagy gyáros, a ki a felfedező eszméi szerint dolgozik, vagy a kereskedő, a ki az ő eszméit értékesíti.

Az ilyen férfiú szellemének varázshatása előtt az emberiség meghajol. Nem hajolnak meg előtte valamennyien életében. Balassának is megvolt a maga ellenzéke, a mely neki, a hol lehetett, gáncsot vetett, de ime ezekről ma már alig tud valaki, mi pedig, 40 esztendővel a halála után, évenként összejövünk és daczára annak a nagy haladásnak, a melyet tudományunk azóta tett, a mely ismereteinket annyira átalakította, ma is találunk munkái között olyanokat, a melyek egészséges eszméket tartalmaznak.

Balassa János életfolyása, jelleme, nagyszabású tudományos munkálkodása mély nyomokat hagyott maga után orvosi rendünkben. Egyesületünk alapításának évfordulóját egészen az ő emlékének szenteli, emlékére érmet veretett, a mely a legmagasabb kitüntetés, a melyben tagját részesítheti, s a melyet viszont legdrágább kincsei, legszebb tudományos emlékei közé zár el mindegyikünk, a kit reá érdemesnek tart és a kit vele feldiszi. Balassa jellemének ideális vonása pedig, a melynél fogva tudományát mindenekfelett nagyrabecsülte, örökké dicsfényvel fogja övezni emlékét.

#### Közlés a szt. Margit-kórház sebészeti osztályáról.

#### Néhány új plastikus eljárásról.

Irta: *Pólya Jenő* dr., oszt. rendelő orvos, egyetemi magántanár.

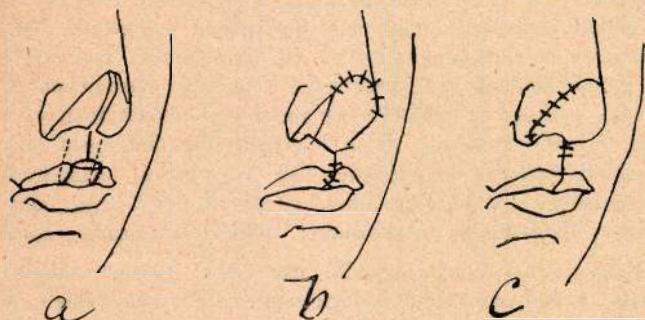
Az alábbiakban bátorodom néhány plastikus eljárást ismertetni, melyek leírását legalább a részemre hozzáférhető irodalomban nem találtam, melyek azonban egyes eseteimben beváltak s melyeknek azt hiszem alkalomadtán mások is hasznát vehetik.

*I. Az orrcsúcs és az egyik orrszárny defectusának kétszakaszos pótlása a philtrumból vett lebenynyel.*

Az orrcsúcsra szorító defectusok pótlása egyike a legnehezebb plasztikai feladatoknak. A közvetlen szomszédságból nem lehet pótló lebenyt venni, ha csak az ember nem akar az orron torzító hegeket előidézni, az arezból vett lebenyek közvetlenül nem illeszthetők a defectusba, legfeljebb csak akkor, ha a meglévő laterális orrszárnyrészlet feláldoztatik, a mi szintén lehetőleg elkerülendő. A legjobb kozmetikai eredmények ép ilyen kisterjedelmű defectusok esetén az olasz módszertől várhatók. Idősebb egyének, ideges emberek azonban a vele járó kényelmetlen helyzetet nem igen tűrik s így azt hiszem a leirandó eljárásnak meglesz a maga terrenuma. Az ideát hozzá az a *Dieffenbach*-tól származó régi eljárás adta meg, mely a septum mobile hiányát a philtrumból pótolja. Alább leirandó esetben a septumból aránylag kis darab hiányzott, ellenben hiányzott az orrcsúcs és az egyik orrszárny s így jutottam ama gondolatra, hogy az ajaklebenyt oly hosszúvá veszem, hogy az orrcsúcs defectusát kényelmesen pótolja, ama részét pedig, mely a septumot fedi, secundaer az orrszárny-defectus pótlására fogom felhasználni.

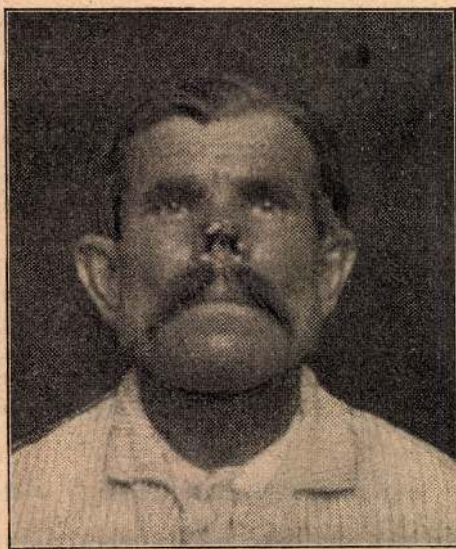
A műtét tehát a következőkép alakult.

*I. műtét. 1. Lebnykészítés a philtrumból.* Villaalakú bemetszés a felső ajaknak pontosan a közepén (lásd 1. ábra a), a villa nyele



1. ábra.

felfelé néz, széttérő szárai magas félkörrel irnak le; ezen szárok folytatásában az ajkpiron át a felső ajak nyálkahártyáján 2 párhuzamos metszést vezetünk a foghúsig. Az így készített lebenyt felpraeparáljuk. A lebeny nyele tehát a felső áthajlási redőben ül, a lebeny maga izomzatból, a felső ajak közepének nyálkahártyájából s az ajkpirral szomszédos bőrrészlethől áll; ezt a lebenyt a bőrnek és nyálkahártyának szétpraeparálása által megnyújtom.



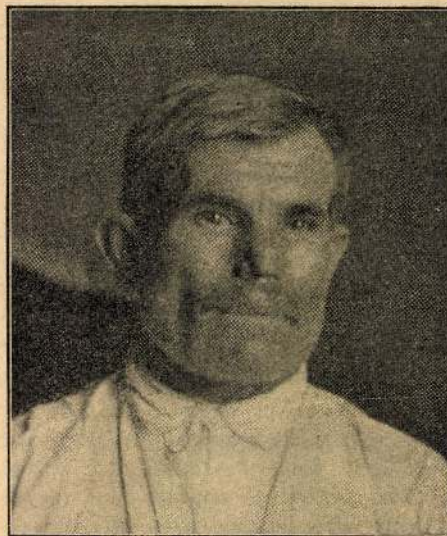
2. ábra.

2. A lebeny beillesztése a defectus egyik oldalába és pedig abba az oldalába, melyen az orrszárnyból kevesebb hiányzik.

*II. műtét.* A lebeny megtapadása után a lebeny nyelét el-

vágom és beillesztem a még fennálló defectusba, vagyis azon oldalra, melyen az orrszárnyból több hiányzik és felfrissítés után a sebszéleket egyesítem (l. 1. ábra c).

Az eset, melyben ezen műtétet végeztem, H. I. 56 éves napszámosra vonatkozik, kinek a szállásadó gazdája mult év július 19.-én leharapta az orrát. Az orrcsúcsról  $1\frac{1}{2}$  cm.-es éléssel bíró prismának megfelelő darab hiányzik, csak a bal orrszárnyból több, úgy hogy itt az orrszárnyból alig 1 cm.-nyi darab maradt vissza (l. 2. ábra). Július 25.-én történt meg a



3. ábra.

defectus széleinek felfrissítése után a műtét I. actusa és 14 nappal később (augusztus 9) a lebeny nyelét átmetszvé, azt a sebszéleket felfrissítése után a bal orrszárnyon visszamaradt defectusba ültettük. Augusztus 18.-án a lebeny egy kis darabját, mely a bal orrlikat szűkítette, eltávolítottuk. A beteg szeptember 2.-án teljesen gyógyulva távozott. A kozmetikai eredmény igen jó, az orr formája rendes (l. 3. ábra), a hegek az ajkon és orronkevessé feltűnők, a bal orrszárnyat pótló nyálkahártyarészletnek egész bőrszerű külseje van.

*II. Az orrszárny pótlása a felső ajak nyálkahártyájából vett lebenynyel.*

Az orrszárny pótlására különösen a sulcus nasolabialisból vett lebenyek igen alkalmasak. Ha azonban az orrszárny laterális esücske megvan, akkor a beültetésük nehézségekkel jár. Ezért egy ilyen defectus esetében, kiindulva abból, hogy a szájnyalkahártya, ha a szájból kikerülve a külső levegő hatásának van kitéve, bőrszerű külsőt nyer — a mint az például a Lexer-féle septumplastika után, mely szintén a felső ajak nyálkahártyájából veszi a lebenyt, látható — : elhatároztam, hogy a felső ajak nyálkahártyájából veszem a pótló lebenyt. Hogy a lebeny nyugalmát a megtapadásáig biztosítsam, a felső ajkat kifordítva, két erős átöltő silkfonalal az orrhoz rögzítettem. A defectus széleinek felfrissítése után egy annak megfelelő alakú lebenyt készítettem az ajak belső felszínéről és azt a defectusba varrtam. A lebeny megtapadása után nyelét successive elvágtam s a silkfonalak eltávolításával az ajkat visszaengedtem normális helyzetébe.

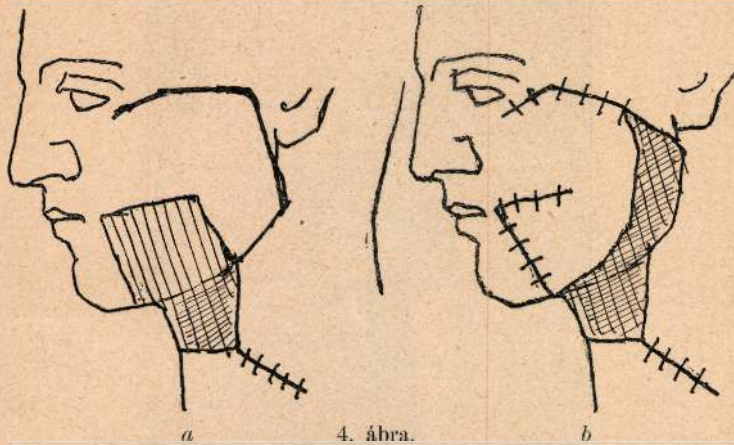
A műtét P. F. 26 éves földmivésznőn történt, kinek kis magyorónyi earcinomája volt az orra bal felén; ez 5 év előtt keletkezett, 3 év előtt röntgenezték, akkor meggyógyult, 1908 januárja óta azonban kiújult és kifeléyesedett. Az epitheliomát július 28.-án kivágtuk, helyét megpaquelineztük s a seb felszín megtisztulása után augusztus 12.-én végeztük a körülbelül  $1 \times 1\frac{1}{2}$  cm. négyszögletes defectus fedésére az előbbieken leírt műtétet. A lebeny szépen megtapadt, csak felhámjának egy kis része löködött le, a mi gyorsan pótlódott. Augusztus 16.-án és 17.-én vágtuk át a lebeny nyelét, a nyél felesleges részét az ajakra visszavarrván. Augusztus 31.-én a beteg távozott. Az orr formája rendes; a lebeny piros színe már ezen idő alatt, különösen miután



angusztus 21.-étől kezdve kötés nélkül hagytuk, kevésbé feltűnő lett; a lebenyt tudniillik beszáradt szürkés hámréteg borította, mely a bőr színétől csak kevésbé ütött el, ennek lehúzása után azonban az élénkpiros nyálkahártyaszín tünt elő. A beteget azóta, sajnos, nem volt alkalmam látni. Mint a beteg orvosa, *Bruck* dr. perkáta körorvos 1908 november hó 26.-án kelt levelében szíves volt értesíteni, „az átültetett bőr még kissé pirosabb a rendesnél és kissé duzzadtabb, de úgy látszik a rendes színe és alakja rövidesen helyreáll”. Magam is azt hiszem, hogy az átültetett lebeny pár hó leforgása alatt teljesen bőrszerű külsőt fog nyerni. Mindenesetre előny, hogy a hiányt a beteg arcán visszamaradó heg elkerülésével lehetett pótolni.

III. A pofanyálkahártyát pótló *Gersuny-féle lebeny fedése a masseter-tájról vett bőrlebenynyel.*

Mint egy még *Dollinger* tanár klinikájáról írt közlésben kifejtettem s a mint róla azóta is számtalan alkalommal meggyőződtem, a pofanyálkahártyának pótlására a *Gersuny-féle*, vagyis



4. ábra.

az állalatti táj bőréből vett és az állkapocsszél periostján függő bőrlebeny kiténő szolgálatokat tesz. De csak addig, a míg a lebenyt sikerül bőrrel befedni; ha a lebeny sebes felszínét bőrrel nem fedjük, vagy csak *Thiersch*-lebenyekkel transplantáljuk, a lebeny szélén a legkisebb elhalás, a legkisebb varratinsufficiencia, a mi alig kerülhető el, a lebeny retractiójára vezet, az arczon a szájrőre



5. ábra.

hatoló kisebb-nagyobb nyílás keletkezik, mely csak kellemetlen, fáradságos és nem sok sikert ígérő utóműtétekkel zárható el többé-kevésbé. Azért olyan esetekben, a melyekben a pofa bőrét is kiterjedtebben el kellett távolítani, inkább lemondtam a *Gersuny*-lebenyről és 2 lebenyes vagy duplebenyes plastikákat végeztem, a mennyiben a *Gersuny*-lebeny fedése a nyakról csak hosszú és nagy távolságból vagy a nyak másik oldaláról vett lebenynyel

látszott lehetségesnek, az pedig igen nagy nyaki defectusok visszamaradását eredményezte volna. Csak újabban jöttem rá, hogy az arczon levő bőrd defectust könnyű magából a visszamaradt arczbőrből fedni oly módon, hogy egy a defectus szélével párhuzamos metszést vezetünk az alsó szemhéj alatt, a fül előtt és az állkapocs széle mentén egészen a defectusig, a mint az a 4. a. ábrán látható. Az így készített lebenyt felpraeparáljuk és fordítjuk oly módon, hogy alsó széle mediál felé nézzen, a mi által a lebeny fekvő U (∩) alakot nyer. A lebenynek a bőrd defectusba való bevarrása által a *Gersuny-féle* lebeny jól befedhetővé válik (l. a 4. b. ábrát), míg a masseter-tájon visszamaradt defectus egyszerű *Thiersch*-lebenyekkel jól fedhető. Ezen műtéttel pofarék egy esetében elért eredményt az 5. ábra mutatja.

IV. Alsóajak-ectropium műtéte.

Az alsó ajak pótlására az arcz bőréből, a felső ajakból, az állalatti tájból számtalan methodus van. Mindez azonban használhatatlan volt egy esetben, a melyben égés folytán az alsó ajak bőre teljesen elpusztult, nyálkahártyája az álltájra volt letapadva és az egész ajak köröskörül keloidos hegszövettel körülvéve. Ebben az esetben az ajkat környezetéből restituálni nem lehetett és vagy a felkarból vett, vagy a mellkas bőréből alkotott hosszú lebeny tudta volna csak a defectust pótolni. Nyeletlen lebeny a folyton mozgó ajakon, mint azt már más esetben is sajnos tapasztaltam, nem maradt meg. Azért arra határoztam magam el, hogy az ajak bőrét magának az ajaknak kifordult, erősen kiszélesedett és duzzadt nyálkahártyájából pótlom. A műtét ezek szerint abban állott, hogy az álltájra lenőtt ajaknyálkahártya felpraeparálása s a nyálkahártyán tapadó hegek leválasztása után az ajak egyik feléből nyelvalakú lebeny alkotott, mely az ajaknyálka-



6. ábra.

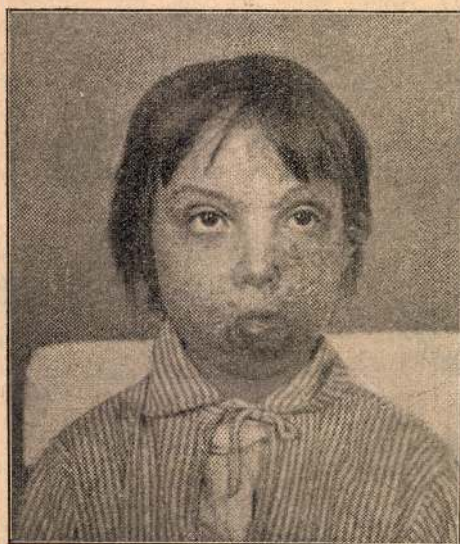
hártyának egész szélességére kiterjedt, nyele az egyik szájrőgnél volt s a pofa bőrével és nyálkahártyájával összefüggésben állott (l. 6. ábra a); ezt a lebenyt úgy fordítottuk, hogy hámos felszínével kifelé nézzen (b), míg az ajaknyálkahártya visszamaradt részének sebszélét a pofanyálkahártyának a lebeny kimetszése által keletkezett sebszélébe varrtuk és végül ezen belső ajakrészlet sebes színét (l. sraffirozott vonalakat a b ábrán) a hámszélével kifelé néző ajaknyálkahártyalebenynyel fedtük (c). Ilyen módon nemcsak azt értem el, hogy az alsó ajak bőrhiánya pótoltatott, hanem egyszersmind a kiszélesedett szájrőre a normálisra szűkített s a lelógó ajak felemeltetett.

Az eset, mely a fent leirt műtéti terv megalkotására és kivételére alkalmat szolgáltatott, *R. T.* 8 éves leánykára vonatkozik, ki mult év tavaszán spiritusfőzővel összeégette magát. Az egész arcza a jobb pofa, a szem és a homlok kivételével egyetlen heg. A vaskos keloidoszerű heg, mely az áll mögött 2 harántujjal húzott vonal alakjában végződik, s erősen kifordítja a bal alsó szemhéjat, letapasztja a jobb fület; a legcsúnyább és legkellemetlenebb deformitás azonban az alsó ajak kifordulása volt. Az ajak széle az álltájra van rögzítve, az összes fogak kilátszanak, a betegnek állandó nyálesurgása van, enni sem tud jól, mert a folyékony ételekből sok kiesurog a száján. Az ajak- és szemhéj-ectropiumot a mult év október 25.-én végzett első műtét alkalmával oly módon operáltam, hogy a hegeket kimetszve s a szemhéjat és alsó ajkat normális helyzetükbe hozva, a támadt defectusokat a czombból vett *Krause-féle* nyeletlen lebenyekkel fedtem be. Az arczon levő lebeny hiánytalanul meg is tapadt s az ectropium megszűnt, az ajakra tett nyeletlen lebeny azonban elhalt és különben sem lett volna elégséges a deformitás megszüntetésére, a mennyiben az igen laza ajak előrelógó vályút alkotott, melyen át a fogak kilátszottak s a nyál

folyton csurgott. Az elhalt lebeny eltávolítása és a sebfelület megtisztulása után hajtottam végre november 3.-án a fent leirt műtétet, mely az ajak formáját egyszeriben visszaadta. Az ajaknyálkahártya bal feléből készítettem az ajak bőrt pótolni hivatott lebenyt, míg az ajaknyálkahártya jobb felének a középvonal táján levő szebszélét a bal szájugból kiinduló pofasebbe húztam. A jobb szájugon, mely kerek maradt és kissé lelógott, mindjárt ez alkalommal kis korrigáló műtétet végeztem, tudniillik a felső ajak pirjából készült kis lebenynyel az alsó ajak jobb zugában levő kis, hámmal nem fedett területet befedtem s ezzel egyszersmind a szájugot felemeltem és szögletes formáját megadtam. A bal szájugon csekély varrat-szétválás állott be, a mit november 11.-én kis correctiós műtéttel tettem jóvá, egyébként a lebenyek kifogástalanul megtapadtak, a varratvonalak per primam egyesültek s a beteg 1908 december 2.-án teljesen gyógyulva hagyta el a kórházat, a mely alkalommal a közkórházi orvostársulat ülésén is bemutattam.

A functionális eredmény úgy az ajak, mint a szemhéjectropiumot illetőleg tökéletes. A beteg a szemét, ajkát jól bírja zárni, könnyesorgása, nyálesorgása nincs, étel nem folyik ki a szájából.

Kozmetikai eredményről ennél a szerencsétlen leánynál, a kinek úgyszólván az egész arcza egy heg, nem igen lehet szó; mindenesetre azonban ebben a tekintetben is sokat nyert általa, hogy szemének és ajkának rendes formája lett (l. 7. ábra). Az ajak



7. ábra.

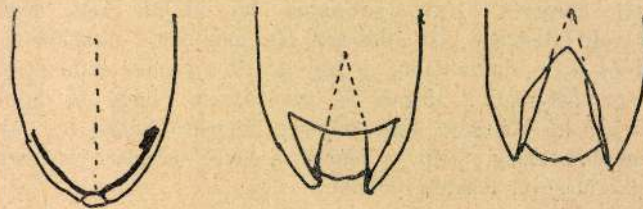
színe ez idő szerint egészen piros, 2—3 nap alatt ugyan szürke hártya képződik rajta, mely a piros színt elfedi, azonban ez még lehúzható (bár az utóbbi időben a lehúzás már apró capillaris vérzésekkel jár). Mindenesetre azonban remélhető, hogy a felhám a küllevegő hatásának kitéve meg fog vastagodni és bőrszerű külsőt fog ölteni, úgy hogy a szomszédos amúgy is pirosas hegtől nem igen fog elütni — esetleg egy kis felületet paquelinezéssel lehet majd előmozdítani azt, hogy az ajak bőre a környező égési hegekhez hasonlóvá váljék.

Felesleges tán említenem, hogy a leirt eljárás alkalmazását csak oly esetekben tartom indokoltnak, a melyekben az ajkat környező hegek a szomszédságból való lebenykészítést lehetetlenné teszik s a melyekben az ajak nyálkahártyája olyannyira feleslegben van, hogy a pótló lebeny kimetszése nem idézi elő a szájnak megszükülését s a műtét után rendes nagyságú és jól nyitható száj jöhet létre, a mint az esetünkben is történt.

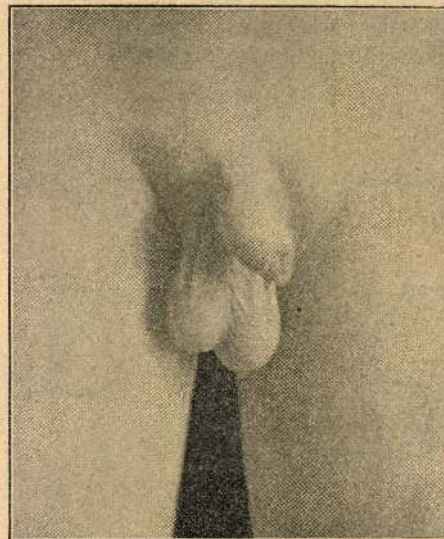
#### V. Kozmetikai phimotomia.

A fitymaszüküllet megoldását a fityma konzerválásával és alakjának lehető megtartásával többféle műtét eljárás előzta. Közülük azok, melyek tényleges kozmetikai eredményt látszanak ígérni (*Schloffer, Habs-féle*), meglehetősen komplikáltak. Igen egyszerűen oldható meg a problema a következő módon. A fityma nyílásának megfelelően harántul bemetszszük a külső lemezt, a sebszéleket széthúzva a külső lemezt a belsőről a penis háti oldalán

lepraeparáljuk és e közben successive felhasítjuk a belső lemezt, még pedig hosszirányban a középvonalban egészen a sulcus coronariusig (l. 8. ábra). Végül a belső lemez sebé a külső lemez széthúzott sebszéleihez varrjuk. A fityma nyílása ilyen módon tág lesz, a külső



8. ábra.



9. ábra.

lemezből visszamaradó bőrfelület azonban a fityma visszahúzása alkalmával félhordalakú redő képében elfedi a glansot s ezáltal a fityma normális alakját tökéletesen utánozza, a mint azt a 9. ábra mutatja, mely ily módon operált, congenitális phimosisban szenvedő s gyógyult állapotban a közkórházi orvostársulat 1908 november 18.-i ülésén bemutatott fiúról készült.

### Készülék törlok, kendők és lepedők sterilizálására s felmelegítésére laparotomiáknál.

Közlő: *Szili Jenő* dr., a „Charité” poliklinika nőgyógyász-főorvosa.

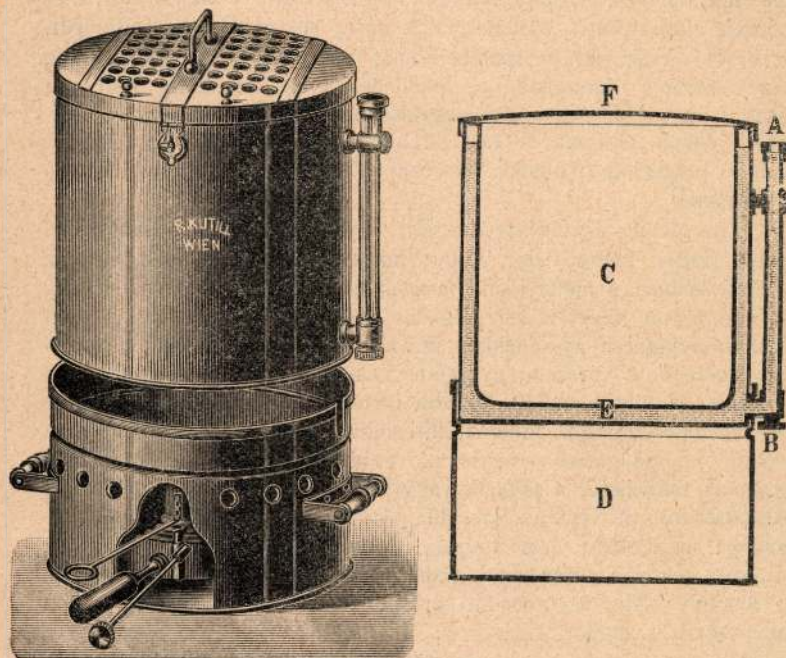
A műteti asepsis terén egyelőre nyugvóponthoz ért a sebészet; inkább a műtéteket, főleg a nagy műtéteket kísérő illetve környező egyéb külső körülmények azok, melyekre mind nagyobb és nagyobb gondot fordít, és pedig nemcsak általánosságban, hanem a legapróbb részletekig menő lelkiismeretességgel. Ilyen a narcosisok tökéletesbitése, veszélytelenebbé tétele, a beteg előkészítése a műtét előtt, kezelése a műtét után és — a mire újabban mind nagyobb súlyt helyezünk — a beteg műtét alatti lehülésének megakadályozása. Természetes, hogy mindez legesleginkább a nagy hasi műtétekre, mint a legkényesebb s legnagyobb veszélyű beavatkozásokra vonatkozik.

Újabban a műtőasztalokat sorra alakítják át fűthetővé, mert bebizonyosodott, hogy a lehülés megakadályozása lényegesen csökkenti a műteti shock-hatást, s jelentékenyen javítja a postoperatív pneumoniák megbetegedési arányszámát. Csak épen a beteg testével, sőt testüregével közvetlenül érintkező kötőszerek, kendők stb. megfelelő módon való temperálására történt eddig kevés.

Sok helyen meleg steril vízbe vagy konyhasóoldatba mártották a betegre borítandó ruhákat vagy használandó törloket, ezzel azonban kérdés, hogy nem ellenkező hatást értek-e el: az ilyen nedves ruha tudvalevőleg igen gyorsan hűl le, a mikor azután épen nedves volta miatt igen sok meleget von el a testtől. A használa-

tos sterilizáló (Schimmelbusch-féle) dobozoknak kályhák mellett felmelegítése eléggé kényelmetlen eljárás, s e mellett csak a műtét előtt történhetik, míg például épen a hosszabb tartamú hasi műtétekben igen fontos, hogy a steril s meleg kendők, törlek stb. a műtét közben is folyton válthatók legyenek.

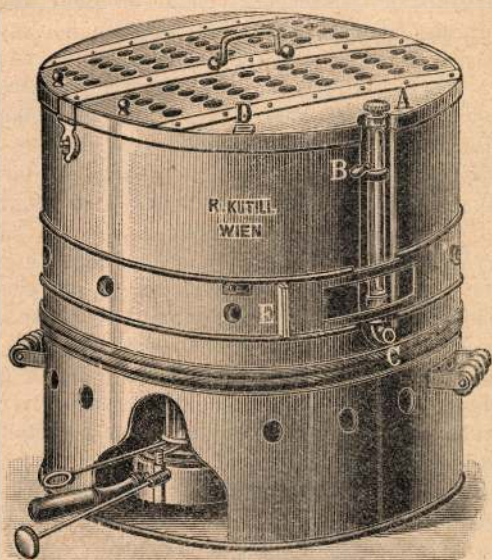
E bajon van hivatva segíteni egy egyszerű készülékem, melyet még a bpesti 2. sz. női klinikán segédeskedésem idejében szerkeszt-



I. ábra.

ttem, s melynek első modellje ott jelenleg is (3 éve) használatban van, úgy tudom teljes megelégedésre.

A készülék elve: dupla köpenyű sterilizáló doboz, a melynek falai között levő víz az alája konstruált állvány lámpája által felmelegítetve, egyenletes melegét a doboz tartalmának adja át. A kötőszerek magában a dobozban sterilizálhatók, mely a műtétig elzárva marad, s csak a felmelegítés után nyitattik ki.



II. ábra.

A készülék I. sz. modellje kettős falú doboz, melynek falközi ürege (E) víz befogására szolgál. A belső ürtérbe (C) jönnek a kendők, törlek stb. Fedele (F) tolózáros szellentyűkkel ellátott a sterilizáló magas nyomású gőz átboesátására. Az A B közlekedő cső részben a víz betöltésére (A csavar) illetve kibocsátására (B csavar), részben mint vízmagasságmérő szolgál. Az egész doboz megfelelő állványra állítható, melyen a készüléket borszeszláng, Bunsen-égő vagy villamos kályha fűti (D). A víz- és a doboz-

tartalom kellő átmelegedéséhez  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  óra szükséges, a már egyszer átfűtött doboz azonban melegét a láng eloltása után is sokáig megtartja.

A II. sz. modellen több javítás van, úgymint: a közlekedő cső a doboz falába préselt árokban fut, miáltal külbehatások ellen védett, a doboznak nemcsak fedele, hanem alsó széle is el van látva szelepekkel, a víz kibocsátása C-nél a felső csavar (A) működése által történik, a víz betöltése pedig D-nél eszközölhető, mely nyílás egyszersmind a képződő vízgőzök kibocsátására szolgál; a gőzök feszítőereje különben kinyomhatná a közlekedő csövön át a víz egy részét. (Ugyanezt az I. sz. modellenél pár apró, a doboz felső szélén fűrt lyuk által érzük el.)

A készülék borszeszégővel is teljesen tűzbiztos, de czélszerűbben fűthető elektromos úton.

A doboz sterilizálása előtt a víz a falából kibocsátandó, mert különben a magas hőben vehemensen fejlődő gőzök a doboz falait szétfeszíthetnék. Műtét előtti felmelegítését gyorsíthatjuk, ha falába mindjárt meleg vizet bocsátunk, melyet a lámpás csak kellő hőfokon tart.

A készülék kizárólagos gyártási jogát a bécsi Kutill R. czég szerezte meg.

### A szünidei orvosi cursusok.

A XIV. szünidei orvosi cursus vezetősége 1908 december hó 19.-én számolt be az utolsó cursusról. Az előadók értekezletén a budapesti egyetem orvosi fakultásának 134 előadója közül 12-en jelentek meg, és pedig *Korányi Sándor* elnök, *Kétyl Károly*, *Grósz Emil* nyilvános rendes tanárok, *Ónodi Adolf*, *Erőss Gyula*, *Kuzmik Pál* rendkívüli tanárok, *Illyés Géza* titkár, *Gerlóczy Zsigmond*, *Wenhardt János*, *Donogány Zakariás*, *Preisich Kornél*, *Heim Pál* magántanárok.

A vezetőség bizonyára egész terjedelmében közzé fogja tenni beszámolóját, így csak a főbb adatok közlésére szorítkozom: A tanfolyamon 49 hallgató vett részt, kik közül 18-at a törvényhatóságok segélyben részesítettek, olyan arány, a milyen eddig még nem fordult elő. A beiratási díj 20 korona volt, a vallás- és közoktatásügyi ministerium 1000 korona subventiót adott, úgy, hogy a pénztári maradványból a tartalékon kívül segélyezésre is lehetett 900 koronát fordítani.

*Kétyl Károly* indítványozza, hogy 1909-ben a XVI. nemzetközi orvosi congressus előkészületei miatt, de meg azért is, mert a congressus tudományos tárgyalásai némileg pótolják a cursust, ne tartsák meg a szokásos tanfolyamot. A magam részéről is melegen pártoltam ez indítványt, mivel épen a congressus alkalmával, egyik általános ülésén, a német birodalom középponti bizottságának főtitkára az orvosok továbbképzésének ügyéről előadást fog tartani. Egyúttal azt is indítványoztam, hogy a tisztújítást halasztás a jövő évre és addig a végrehajtó bizottság az eddigi tapasztalatok, de épen az előbb bejelentett nagy előadás adatainak felhasználásával részletes programot dolgozzon ki a szünidei orvosi cursusok újjászervezéséről s ezt a congressus után, tehát 1909 őszén, terjessze az előadók értekezlete elé.

A tanfolyamok újjászervezését már 1906 december hó 15.-én indítványoztam, és pedig mintául a porosz rendszert ajánlottam. Az előadói értekezlet akkor nem fogadta el javaslatomat, hanem az eddigi keret fenntartását határozta el. Ezen határozat következményei már jelentkeznek. Az előadói értekezleten a jogosultak 90%-a jelent meg, a cursuson résztvevők száma felére apadt, úgy hírlik, hogy azon egyetemi docensek, kik egyszersmind kórházi főorvosok, külön cursusokat akarnak tartani, szóval a Fodor József által 25 év előtt alapított intézmény újból a bomlás előjeleit mutatja. Akkor, a midőn épen az erők egyesítésére volna szükség, azok elforgácsolása fenyeget. Ilyen körülmények között az intézmény minden igaz barátjának közre kell működnie annak megmentésén. Az orvosok továbbképzésére nagyobb szükség van mint valaha, ezen feladat teljesítésére állandó középponti bizottság szükséges, melyben az orvosképzés minden tényezője képviselve legyen s melynek díjazott tisztviselőkkal kell rendelkeznie.

Azon meggyőződésben vagyok, hogy ezen az alapon a jövő év végével sikerülni fog a szünidei orvosi cursusok negyedszázados intézményét újabb fejlődés s újabb virágzás elé vezetni. *Grósz Emil*.

## IRODALOM-SZEMLE.

## Könyvismertetés.

**R. Knorr: Die Cystoskopie und Urethroskopie beim Weibe.**  
Urban & Schwarzenberg, Berlin-Wien, 1908.

A szerzőnek ezéja, hogy a kezdővel és főleg a gynaekologussal megismertesse a cystoskopia jelen állását és a functiós vesediagnostika módszereit. Hogy mint gynaekologus vállalkozott ezen feladatra, annak az oka az, hogy a hólyagbántalmak relatív gyakorisága nőorvostani betegekben már körülbelül egy évtized óta arra készítette, hogy betegeit rendszeres cystoskopos vizsgálatnak vesse alá.

Azon gazdag tapasztalatok, melyeket a szerző ilyen módon gyűjtött, munkájában a leghűbben tükröződnek vissza. Az összes idevonatkozó kérdéseket kimért rövideggel, de azért elég kimerítően tárgyalja.

A munka első részében a hólyagtükrözés technikáját ismerteti. Leírja a cystoskop optikai szerkezetét, a phantom-technikát és az előben szükséges kézfogásokat. Még a legújabbban inaugurált *Völcker-Joseph*-féle chromocystoskopiát, a *Stöckel* tökéletesítette légcystoskopiát, valamint az orthocystoskopiát is behatóan ismerteti.

A munka második részét a különböző urethroskopok leírásával kezdi. Folytatólagosan az ureterkatheterismust, ennek technikáját, az ureterographiát, a pyelographiát és a functiós vesevizsgálat módszereit tárgyalja.

A munka harmadik része végül a hólyag, az ureterek és a vesék kórtanát öleli fel, tekintettel a cystoskopia, az ureterkatheterizálás és a functiós vesevizsgálat módszereire. Ezen fejezetek után a női nemi szerveknek azon lobos és neoplasmás folyamatait méltatja, melyek jöllehet extravescicálisak, mégis a cystoskoppal is észlelhető elváltozásokat okoznak.

A szerző az említett kérdéseket könnyen érthető és élvezetes módon fejtegeti. A szöveg közé nyomott 145, részben színes képpel és a könyv végéhez esatolt színes táblákkal a munka igen alkalmasan szolgálja a tanítás céljait. Mivel pedig minden cystoskopos tanulmány czélszerűségi okból a könnyebben tükrözhető női hólyagon kezdődik, ezen munka még azok számára is igen áttekinthető és használható kézikönyv, a kik nem épen szigorúan nőorvostani téren óhajtkják az említett vizsgálati módszereket alkalmazni.

A könyv terjedelme körülbelül 300 oldal. A szerző munkáját mesterének, *Olshausen* tanárnak ajánlja. *Gergő.*

**Új könyvek:** *J. Steinhaus:* Grundzüge der allgemeinen pathologischen Histologie. Leipzig, Akad. Verlagsgesellschaft. 10 m. — *Braun und Lühe:* Leitfaden zur Untersuchung der tierischen Parasiten. Würzburg, C. Kabitzsch. 5.20 m. — *Breuer und Freud:* Studien über Hysterie. 2. Aufl. Wien, F. Deuticke. 7 m. — *Calcar:* Dialyse, Eiweisschemie und Immunität. Leipzig, J. A. Barth. 3 m. — *Calcar:* Immunitätsreaktionen und einige ihrer praktischen Verwendungen für Klinik und Laboratorium. Leipzig, J. A. Barth. 5 m. — *M. Dost:* Kurzer Abriss der Psychologie, Psychiatrie und gerichtlichen Psychiatrie. Leipzig, F. C. W. Vogel. 4 m. — *B. Mayrhofer:* Prinzipien einer rationellen Therapie der Pulpagangrän und ihrer häufigsten Folgezustände. Jena, G. Fischer. 7 m. — *A. Posselt:* Die klinische Diagnose der Pulmonalarteriosklerose. Leipzig, J. A. Barth. 3 m. — *Trotsenburg:* Die Seekrankheit und ihre Verhütung. Leipzig, J. A. Barth. 0.75 m. — *G. Singer:* Die atonische und die spastische Obstipation. Halle, C. Marhold. 1 m. — *A. Magnus-Levy:* Das Koma diabeticum und seine Behandlung. Halle, C. Marhold. 1.40 m. — *F. Schultze:* Die neuere Entwicklung der Therapie in der inneren Medizin. Rektoratsrede. Bonn, F. Cohen. 1 m.

## Lapszemle.

## Általános kór- és gyógytan.

A gyuladásról tartott előadásában *Bier* azon meggyőződésének ad kifejezést, hogy ez a folyamat a szervezetre nézve hasznos, természetes gyógytényező, a melyet nem leküzdeni, de támogatni kell. A gyuladás káros vagy hasznos voltát illetőleg mindig ingadozóak voltak a felfogások. A legősibb nézet szerint hasznos folyamat: a szervezetbe behatolt ellenséggel szemben folyó küzdelem jele. Később bonczolástani és szövettani vizsgálatok alapján a gyuladást mint betegséget írták le és magyarázták. Ezt a felfogást látszott igazolni az orvosi gyakorlat is. *Weigert* volt az, a ki nem-

csak kimondotta, de anatómiailag be is bizonyította, hogy a gyuladás a szövetek károsítására visszahatásként támadó regeneráló folyamat; hogy különböző ártalmak: sérülések, vegyi anyagok, növényi és állati mérgek, bakteriumok közös tulajdonsága az, hogy szövetelhalást idéznek elő s a gyuladás feladata egyrészt az elhalt szövetet kiküszöbölni (feloldás, betokolás stb.), másrészt a visszamaradó szövethézagot kitölteni. Később a gyuladásnak egyéb hasznos műveleteket is tulajdonítottak, nevezetesen a bakteriumok és mérgek elpusztítását. Jöllehet ez a nézet ma általánosan elterjedt, az orvosi gyakorlat ez irányban még nem alakult át, még mindig nagy szerepet játszanak a lobellenes orvoslásmódok. *Bier* azt hiszi, hogy a pangásos vérbőség-kezeléssel elért eredmények nemcsak végkép eldöntik a kérdést a gyuladás hasznossága javára, hanem polgárjogot fognak szerezni általában a gyuladást fokozó orvoslásnak.

Az előadó ezután azt vizsgálja, hogy a gyuladás 5 klasszikus tünete (rubor, tumor, calor, dolor, functio laesa) mennyiben tartozik a gyuladáshoz, s mennyiben hasznos vagy káros. Bizonyos, hogy az első három tünet a megváltozott vérkeringés eredménye s mint ilyen feltétlenül a gyuladáshoz tartozik. *Cohnheim* szerint a gyuladás legelején a véráram gyorsult, később lassubbodik és fokozott verőeres odafolyás mellett lassubb is marad. A pangásos vérbőség-kezeléssel tett tapasztalatok minden kísérletnél szebben igazolják ezt a nézetet: a pangással (vagyis a véráram lassításával) a heveny gyuladás fokozható, a subacut vagy idült gyuladás pedig hevenynyé változtatható. A véráram lassubbodását a gyuladásban természet-tanilag magyarázni nem tudjuk, mert ha kis területen tágulnak az erek, akkor a véráramnak (minthogy a vérnyomás nem változik, az akadály pedig kisebbbedik) gyorsulnia kellene. Bonyolult módon magyarázza a dolgot *Landerer*: a szövetek rugalmas feszülése a hajszálerek vérkeringés természet-tani feltétele; a gyuladásban ez a feszülés alábbhagy, a véráram tehát gyorsul; később azonban annyira csökken a feszültség, hogy tökéletesen elégtelenné válik, minek következtében a mozgató erő egy része a szövetek tágítására felhasználódván, elvész s a véráram lassubbodik. Ezen elmélet ellen szól egyrészt az, hogy oly szövetben is támadhat gyuladás, a melyben tágulás nem lehetséges, például a esontokban, másrészt nem látszik igaznak az az állítás, hogy a hajszálerek falzata nem tudja hordani a vernyomást, mert hisz akkor a sarjszövet ereinek nagyon kellene véreznük minden vérnyomásemelkedéskor, a mi pedig bizonyos tág határokon belül nem következik be. Érdekes s eddig még meg nem magyarázott jelenségként említi fel *Bier*, hogy a míg az egészséges végtag *Esmarch*-pólya alatt egészen halvány lesz (a vér a verő- és hajszálerekből a gyűjtőerekbe távozik), addig a gyuladós hely a pólya feltevése után is vérrel telt marad, kinyomás s a nyomás abbahagyása után a vér újra beleszökell: tehát a gyuladós terület a vért mintegy tevékenyen magába gyűjti.

A fájdalmat a gyuladás lényeges tünetének tartották s az izzadmánynak és a tágult ereknek nyomásából az idegvégződésekre magyarázták. Merő tévedés. A fájdalmat a szövetet károsító anyagok az idegvégződések közvetlen ingerlése útján idézik elő s a gyuladás nem hogy okozná, de csökkenti, a mit eléggé bizonyít az, hogy rendkívül heves fájdalmak a *Bier*-féle kötés feltevése után megszűnnek. Ez a tapasztalat teljesen indokolatlannak és haszontalannak tünteti fel azt az elterjedt eljárást, mely a gyuladt résznek magasabbra helyezését áll, mi által (részben vérszegényebbé válván) csökken ugyan a lüktető fájdalom, de helyette más természetű, sokkal kintőbb fájdalom támad. Minthogy a pangásos vérbőség oly hamar érvényesíti fájdalomcsillapító hatását, hogy az a kórokozó anyagok elpusztításával nem magyarázható, azért el kell fogadnunk azon lehetőséget, hogy a vérpangás nyomában támadó oedema a fájdalomcsillapító (*Ritter*). Vérbőség és oedema előidézése útján fájdalomcsillapító a melegbehatások és az úgynevezett deriváló szerek is, a melyek hatását eddig úgy magyarázták, hogy a felületen (bőr, nyálkahártya) vérbőséget okozva, elvonják a gyuladás helyéről a fájdalmat előidéző pangó vért.

A mi a functio laesát illeti, ez sokszor a fájdalom következménye, s annak megszűntével a normális működésnek ad helyet. A mennyiben a gyuladással összefügg a functio laesa, oly folyamat, mely vagy a gyuladós gócz nyugalmának biztosítására, vagy a káros anyag eltávolítására, illetve a károsult szövet pótlására irányul.

A nekrosisokat ezelőtt szintén a gyuladás rovására írták. Weigert nézetének elfogadása után is azt gondolták, hogy a stasis, ha nem is okozza, de elősegíti az elhalást. Bier nagy tapasztalata alapján épen az ellenkezőt bizonyíthatja, a mennyiben a pangásos vérbőség alkalmazásával sikerült életben tartania oly gyuladt szöveteket, a melyek elhalásával azelőtt mint természetes következmény-nyel számoltak. A nagyobb kiterjedésű, üszkös szétesésig előhaladó nekrosisok — épen úgy mint a mikroskoppal alig konstatalhatók — csak annyiban függnek össze a gyuladással, hogy ezt előidézik s fenntartják, de nem a gyuladás, hanem az ártalom következményei.

Sokat beszéltek az idült gyuladásos gócz káros voltáról, a mennyiben locus minoris resistentiae, fertőzéses megbetegedések, rossztermészetű daganatok képződésének a megalágya. Nem is szólván arról, hogy a gyuladást fenntartó ártalmat nem szabad összetévesztenünk a gyuladással, tekintetbe kell vennünk azt, hogy az idült gyuladásos szövetnek az a tulajdonsága, hogy — mint a lép, csontvelő, nyirokszövet — a keringésben levő idegen s káros anyagokat magához ragadni s rögzíteni tudja. Bizonyíték erre az, hogy ha lupusos betegen végezünk transfúziót, a lupus a heveny gyuladás tüneteit mutatja. Ha így áll a dolog, akkor az idült gyuladásos gócz gyakori megbetegedésén nem szabad csodálkoznunk, de nem szabad hitványabb szövetnek mondanunk, épen úgy, mint nem tartjuk kevésbé ellenállónak a csontvelőt, a nyirokszövetet vagy a lép szövetét.

A gyuladás hasznos voltát finomabb (mikroszkopos és biológiai) jelenségei is bizonyítják. A gyuladásos góczban sok sejt és vérsavó halmozódik fel. A sejtek (lymphocyták, leukocyták) idegen anyagokkal szemben faló tulajdonságokkal bírnak; a savó felhígítja a toxinokat, rýilt sebről vagy nyálkahártyáról a bakteriumokat leöblíti, de ezeket megölni is tudja, a mennyiben Buchner szerint már a rendes savó bakteriumölő, a gyuladásos még inkább az, mert ebben leukocytaszétesés közben bakteriumölő s bakteriummérgeket semlegesítő anyagok képződnek. Hamburger még a véráram lassúsága miatt nagyobb mennyiségben képződő CO<sub>2</sub>-nak is tulajdonít bakteriumölő szerepet. A gócz határán sejtek felhalmozódása, később sarjadzás gátolja meg az ártalom tovaterjedését. Az esetleg bekövetkező genyedés a kórokozók kiürülését, a demarkáló gyuladás az elhalt szövet kiküszöbölését eredményezi. A nyomán támadt házagot élénk burjánzással új kötőszövet tölti ki.

Miután meggyőződünk arról, hogy a gyuladás a szervezetre nézve hasznos, kötelességünk e meggyőződésnek a gyakorlatban érvényt szerezni. A gyuladást fokozó orvoslást öntudatlanul már ősidők óta alkalmazzák a meleg borogatások és úgynevezett leveztető szerek (derivántia) alakjában. A meleg tudvalevőleg véráramgyorsulást idéz elő egészséges szövetben. Hogy a gyuladást mégis fokozni tudja, annak az a közvetett oka, hogy a gyuladást (helyesebben a részleges szövetelhalást) okozó ingereknek az a tulajdonsága, hogy úgy a rendes, mint a gyorsult véráramot lassítani tudják, minek következtében minden olyan behatás, a mely vérbőséget idéz elő, a gyuladás fokozására alkalmas. A legnagyobb vérbőség pangás előidézése folytán támad. A deriváló szerek hatását — ellentétben az eddigi felfogással — szintén úgy magyarázza Bier, hogy magában a gyuladásos góczban idéznek elő vérbőséget. Ezen szerek felett a pangásos hyperaemiának az az óriási előnye, hogy új szövetroncsolást nem idéz elő, a gyuladás fokozására a legerélyesebb s legtermészetesebb eszköz, a mely a mellett pontos adagolást is megenged. Régióta tapasztalható az a törekvés, hogy idült gyuladásokat vegyi anyagok segítségével heveny jellegűvé igyekeznek átváltoztatni gyógyítás céljából. Kitünően bevált ilyen esetekben is a pangásos vérbőséggel való orvoslás. (Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung, 1908. 22. sz.)

### Belorvostan.

**A szívtágulás klinikai jelentőségéről** értekezik *Romberg*. A teljesen kompenzált aorta- vagy kéthegyű billentyűelégtelenség annál jelentősebb, mennél inkább tágult a jobb szívfél. Egyébként a szív működését a fizikai vizsgálat módszerek alapján alig ítéltük meg. Sem a szív felett hallható s billentyűelégtelenségből származó zörejek, sem a látható s tapintható szívlüktetés a szív munkaerejének megítélésére támpontot nem nyújt. A szívtompulat megnagyobbodása, illetve visszafejlődése sem mutatható mindig ki

s akárhányszor nincs közte s a szívműködés között parallelismus; annak ellenére, hogy javult a szívműködés, vizsgálati módszereinkkel a szívtompulat kisebbedését aránylag ritkábban mutathatjuk ki. Ha nehéz a klinikailag megállapítható szívnagyság s szívműködés egymáshoz való helyes viszonyát oly esetekben megtalálni, melyekben a szívtágulat kétségsbevonhatlan, még sokkal nehezebb a kezdődő szívdilatatio megállapítása. Egyedül a szív nagysági viszonyaiból, ha zörej útba nem igazít bennünket, csak nagyon ritkán állapíthatunk meg kezdődő szívbajt. Szívdilatatiót manapság gyakorta vesznek fel ott is, a hol nincs. A téves diagnosisra okot adhat például az izgatott szívműködés mellett kiterjedten látható esücsülökés, a mennyiben nem egyszer a pulsatio legszűsű pontját a szív bal határával azonosnak tartják, a helyett, hogy a szívesücsülökés helyéül a legerősebben lüktető pontot vennék fel. Megnehezíti a kezdődő szívtágulat felvételét a szívnek a mellkas falához való s egyénileg változó viszonya. Közismert dolog, hogy a tüdő tömegének megnagyobbodása a szívet eltolja a mellkas falától s így nagyfokú tüdőtágulás mellett normális méretű szívtompulatból szívdilatatióra következtethetünk. Ily esetben ülőhelyzetben rendes kopogtatással a szív helyzete jobban kimutatható, mintha fekszik a beteg. Súlyos chlorosis mellett, egyéb vérszegénységes állapotokban s fertőző betegségekben a bal tüdő retractionja s hiányos légzési kitérése folytán a szív nagyobb felülettel fekszik a mellkasfalhoz, mint különben. Ily esetekben néha a magasan álló rekesz is útbaigazíthat bennünket. Tévedésre adhat okot az egyoldali tüdőzsugorodás s a szívnek állandó helyzetváltozása jobb vagy bal oldal felé. Közismert továbbá a kyphoskoliosis egyének szívtompulatának sajátos alakulata: Jobboldali kyphoskoliosis esetében normálisnak látszó bal határ mellett gyakorta szembetűnő messze s a közép-vonaltól jobbra esik a szív jobb határa, a mi tévesen jobbszívtágulat felvételére adhat okot s az ép szív nehezen lesz megkülönböztethető a skoliosisban szenvedőkön egyébként gyakran észlelhető tágult jobbszívtől s tágult jobb pitvartól. A szív helyzetváltozásait aorta-aneurysma, sőt egyszerű arteriosclerosis mellett sem hagyhatjuk figyelmen kívül. Az aorta meghosszabbodása következtében a szív nagyobb felülettel fekszik a mellkas falához, s így könnyen szívtágulat felvételére vezethet. Fontos szerepe van a szív helyzetének megváltoztatásában a hasüregnek is. Meteorismus, hasvízkór, sőt a zsírszövet felhalmozódása is felfelé nyomja a rekeszt, minek következtében a szív nagyobb felszínnel fekszik a mellkas falához, a nélkül, hogy ily esetekben a tüdőhatárok is feljebb tolnának. Ugyane viszonyok teszik nehezzé hypertrophia s cirrhosis mellett, agymyomák s terhesség esetében a szív valódi nagyságának megítélését. Nehezzé teszi a szív nagyságának projectiójából való megítélését a változatos alakú mellkas is. Ez alapon leginkább kövér egyénekben nem egyszer tévesen vesszük fel a szív megnagyobbodását. Az abnormisan vastag mellkas függőleges kopogtatásakor jóval nagyobb szívtompulatot kapunk, mint a mekkora a szív valódi nagysága. A tévedést a pleura s pericardium közé eső s a szív-májszegletben levő zsírlerakódás csak növelheti. Idősebb egyénekben a bordáknak a mellkas oldalfalánál való erősebb hajlása következtében szintén nagyobbak tűnik fel kopogtatáskor a szív, mint a mekkora valójában. Gyermekekben szintén nagyobbak látszik a szívtompulat. E tévedésektől bizonyos fokig az orthodiagraphia megkímél, különösen oly esetekben, a melyekben a tévedést a mellkas vastagsága vagy alakja következtében kopogtatáskor előálló hibás szívprojectio okozta. Ellenben az orthodiagraphia alapján sem tudunk eligazodni, hogy adott esetben a szívtompulat megnagyobbodása kezdődő szívtágulatnak, vagy a szív rendellenes fekvésének rovására irando-e? A mondottakból látható, hogy kezdődő szívmegebetegedést a kopogtatási s orthodiagraphiás eltérések alapján nehéz körjelezni, s ha auscultatiós tünetények nem biztosítják a diagnosist, a szívműködési zavar egyéb jellemző symptomái után kell keresnünk, melyek közül legfontosabbak a diuresisnek a felvett folyadékmennyiséggel szemben való esökkenése, a máj megnagyobbodása, vizenyőképződés, kifejezett cyanosis, dyspnoé, esetleg a légutak hurutja; s mégis a mily jellegzők e tünetek együttes jelentkezésük alkalmával, ép oly nehéz a jelentőségüket megítélni, ha csak egyikükkel állunk szemben. Gyakran fel kell tennünk a kérdést, hogy adott esetben a minden erősebb testmozgáskor jelentkező légzési nehézségek, nemkülönben a szembetűnő bágyadság nem-e kezdődő szívbaj következménye? Ily esetekben az érlökés anomáliái, neve-

zetesen szaporaságának megváltozása, rhythmusának zavara, frustran szívcontractiók, respiratorius s infantilis arhythmia alapján nem egyszer tévesen körjeleznek szívbjait. Még egyedül az extra-systolákra sem szabad építenünk kórisménket, annál kevésbé a beteg subjectív panaszaira, így az angina pectorisra. Számos esetben csak az anamnesis s egyéb körülmények figyelembevétele mellett gyanakodhatunk kezdődő szívbjaira. Így útbaigazíthat bennünket az előrement izületi csúz és chorea, a többször ismétlődő testi megerőltetés, a túlságos sörivés, a röviddel azelőtt kiállott infectiosus betegségek, a lues, esetleg az alkohollal vagy dohánynyal való visszaélés. Ily esetekben gyakorta leszünk kénytelenek a szív megbetegedését oly alkalommal is felvenni, a mikor anatómiai eltérés még nem mutatható ki s máskülönbben is ideges szívzavart tartottunk volna lehetségesnek. Máskor pedig szinte lehetetlen annak az eldöntése, hogy mi irandó az organikus szívelváltozásnak, s mi az ideges zavarnak a rovására. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1908. 47. szám.)

*Halász Aladár.*

### Idegkórtan.

**Gyógyult meningitis tuberculosa - esetet** mutatott be Stark a német ideg orvosok évi ülésén. A beteg 44 éves munkás, a kinek fejfájása volt, 4 napig hányt, fejét nehezen mozgatta. Ezenkívül láz és hasmenés állott fenn. A baj kifejlődésének elején typhusnak látszott, de azután új tünetek támadtak, még pedig pupilladifferencia, facialis-paresis, tarkómerevség és pangásos papilla. A többször megejtett lumbalpunkció fokozódott nyomást, leukocytaszaporulatot és sok saválló pálczikát derített ki. A folyadék fehérjertartalma meg volt szaporodva. A leukocyták kisszámúak voltak és sokmagvúak. Az 5. punctio után a lelet javult és a klinikai tünetek is kedvezőbbek lettek. A tuberculinreactio positiv volt. Izolált tuberculomok ellen szólt az albumen mennyiségének növekedése. A gyógyulás után pupillakülönbség maradt fenn. A beteg 1½ kilót hizott. (Neurol. Centralblatt, 1908. 13. szám.)

*Kollarits Jenő dr.*

**A sclerose en plaques kórjólatahoz** szól hozzá Warrington (Liverpool), egynehány érdekes esetből vonva le következtetéseit. Különösen arra figyelmeztet, hogy e baj korántsem oly rossz kimenetelű, mint a hogyan általában hiszik. Egy 45 éves betege 24 év óta él e betegséggel, a mely bénulással indult meg; a bénulás egymás után igen sokszor ismétlődött olyan módon, hogy közben majdnem egészen meggyógyult. Ezért általában hysteriának tartották a vizsgáló orvosok. Az újabb bénulások mindig súlyosabbak voltak a megelőzőknél. A kórjelzés főleg azért volt megállapítható, hogy a talpreflex kiváltásakor feszítő helyzetbe jött az öregujj és hogy a has-reflexek nem voltak kiválthatók. Ez a javulásoktól megszakított ingadozó lefolyás annyira fontos, hogy kétes esetben sclerose en plaques mellett tanuskodik. Ez különösen jól használható fel a myelitistól vagy encephalitistól való megkülönböztetésre, mert e kóralakokban az állapot inkább elég egyenletesen szokott haladni vagy a gyógyulás, vagy a halálos kimenetel felé. A sclerose en plaques kezdetéről is vannak a szerzőnek érdekes tapasztalatai, a mennyiben az első tünetek több ízben nagy hirtelenséggel egynehány nap alatt fejlődtek ki. (Review of Neurology and Psychiatry, 1908. 9. sz.) *Kollarits Jenő dr.*

### Sebészet.

**A strumectomia után keletkező hangszálagzavarokról** ír Leischner. Az Eiselsberg-klinika anyagát dolgozta fel, mely 6 év alatt 500 jóindulatú strumectomiát mutat fel. Ezekből 258 féloldali exstirpatio, 126 intracapsularis enucleatio, 36 ezek combinatioja, 64 féloldali exstirpatio s a másik oldal alsó polusának eltávolítása, 14 Mikulicz-féle ékresectio, 2 arteria thyreoidea-lekötés. Meghalt 14 beteg, ezekből 4 Basedowos (3-szor status thymicus!). Hangszálagzavarokra nézve 330 beteg lett a műtét előtt és után megvizsgálva; 67 esetben támadtak postoperatív hangszálagzavarok, ezek nagy része (56) féloldali exstirpatióra illetve ennek combinatióra esik. Összesen tehát 230/0-ban támadtak hangszálagzavarok. Más szerzők közül Suher a strumectomiák 12/6, az enucleatiók 4/10/0-ában, Bergeat a strumectomiák 6/3, az enucleatiók 1/10/0-ában, Schiller 10/3, Kocher 7/0/0-ában láttak hangszálagzavart. Krönlein klinikájának 670 esete közül Monier 6-szor teljes

egyoldali bénulást és 7 paresist látott. Az Eiselsberg-féle esetek közül 4-ben súlyos kétoldali recurrens-zavar volt, kétszer a betegek teljesen visszanyerték hangjukat; féloldali paralysis 6 esetben állott fenn, 3-szor visszanyerték a betegek a hangjukat, 2 állandóan rekedt maradt, 1 csak időnként volt rekedt. 35 kifejezett féloldali paresis közül 13 lett utólag laryngoskopice megvizsgálva. A paresis 9-szer megmaradt, 2-szer teljes bénulásba ment át, 2-szer megjavult. A hang 22-szer tiszta, 2-szer állandóan, 4-szer időnként rekedt. 19-szer könnyű féloldali paresis volt jelen; 13-szor történt utóvizsgálat: 12 normális, 1 paralysis. A hang 17-szer tiszta, 1-szer rekedt. Háromszor volt kétoldali enyhe paresis jelen, ez esetekben úgy a hangszálagok, mint a hang normálissá lettek. A műtét előtt 22-szer volt zavar jelen: 12 féloldali paralysis vagy kifejezett paresis és 10 enyhe paresis. Csak az utóbbiak javultak meg, a hang sohasem mutatott elváltozást.

Észleletei alapján ama conclusióra jut, hogy a n. recurrens törzsének átmetszése vagy lekötése által előidézett hangszálagbénulások anatomicæ sohasem gyógyulnak ki, a hang azonban a másik hangszálag kompenzáló hatása alatt lényegesen megjavulhat, a mi többnyire be is következik. A másféle recurrensértékek folytán létrejött paralysisok és kifejezett paresisek többnyire megmaradnak, ritkán javulnak, de a paresisek még rosszabbodhatnak is. Könnyű paresisek általában jó kilátást adnak teljes restitutióra s csak ritka esetekben rosszabbodnak. A műtét előtti hangrés-zavarok is csak akkor tűnnek el a műtét után, ha kiscsök voltak. A phonatio azonban rendszerint minden esetben annyira megjavul, hogy a beteg a hangszálag elváltozásainak nem is jut a tudatára. (Mittheilungen aus den Grenzgebieten, XIX. kötet, 2. füzet.) *Pólya.*

**Emlőrák késői recidiváját** írja le N. M. Mastin. A betegnek 1885-ben írtották ki akkor 3 év óta fennálló emlőrákját, a diagnosist a mikroskopos vizsgálat igazolta. Csak egyszerű emlőamputatio történt mirigykiirtás nélkül. A recidiva a hegben 1903-ban, 17 évvel és 8 hóval a műtét után jelentkezett. Ez a daganat most már 4 éve áll fenn, lassan növekszik; a 70 éves beteg műtétbe nem egyezett. (Annals of surgery, 191. füzet.) *Pólya.*

**Az osteoplastikáról** értekezik Barth (Danzig), a ki már 14 év előtt vizsgálat tárgyává tette e kérdést histologiai szempontból. A csontthártyának, a melyet megfelelő csontdarabbal átültetünk, nagy vitalitása és productiós képessége van. Nagy csontdefectusok pótlása holt csontdarabbal rendesen azért nem felelt meg a célnek, mert hiányzott a megfelelő ossificatiós talaj, a honnan a holt csont ujjal pótolható volt; a resectiós felületek kis terjedelme erre nem elegendő. Az átültetett holt csont idegen testként szerepel s elébb-utóbb beálló másodlagos fertőzés dönt a sorsa felett. A csöves csontoknál az auto- és homoeoplastika csontthártyával borított csonttal felel meg legjobban a célnek, míg koponyadectus esetében sterilis holt csontanyag implantálása is célhoz vezet. Érdekes és sikerrel operált esetek casuistikája, szép radiogrammok egészítik ki ezen eredeti közlést. (Archiv für klinische Chir., 86. kötet, 4. füzet.) *Steiner Pál dr.*

**A pajzsmirigyátültetésről** értekezik Kocher tanár (Bern). Ismeretes Payr esete, a melyben a lépbe való pajzsmirigyimplantálás eredménnyel járt, de az eljárás kissé bonyolódott. Kocher pajzsmirigyét az epiphysis-vonal alatti tibiarészbe ültetett át, a mely rész nagyon alkalmas a pajzsmirigy befogadására, mert jól erezett és resistens szövet. Fontos, hogy előzetesen a vérzés jól csillapíttassék, hogy erőteljes élő szövet közvetlen érintkezésbe kerüljön az implantatummal. Ezért Kocher két szakaszban végzi e műtétet, előbb a csontban a megfelelő üregről gondoskodik, a melybe sterilis ezüstgolyót helyez s később végzi a pajzsmirigy átültetését. Fontos, hogy az átültetett mirigy rész életképes, jól erezett, nem degenerált legyen, akkor várható, hogy a csontvelő és a pajzsmirigy közt közvetlen összeköttetés jön létre. (Archiv für klin. Chir. 87. kötet, 1. füzet.) *Steiner Pál dr.*

### Szülészet és nőorvostan.

**Terhesség és méhrák** czim alatt értekezik H. Hoffstetter. Méhrakkal a terhesség ideje alatt ritkán találkozunk. Sarvey kimutatása szerint 51,883 szülő nő közül 26 szenvedett ebben a beteg-

ségben, tehát 2000 közül 1 (0.05%) Orthmann operálható rákos betegeinek 10%-a terhes is volt (!). A ritkaság okát könnyű fel-fedezni. A rák az éltesebb kor betegsége, a mikor a fogamzás képessége már megszűnt. Ha a betegség a terhesség II. felében jelentkezik, a gyógyítás négyféle módon történhet: 1. A már előzetesen kiűrt méh eltávolítása a hüvelyen át. 2. A terhes méhnek a has felől való teljes kiirtása. 3. Az extirpatio vagino-abdominalis. 4. Császármetszés utána következő gyökeres műtéttel. Az első Olshausen ajánlja. Előnye, hogy a fertőzés veszedelme sokkal kisebb. Hátránya, hogy hiányzik a műtét helyének tökéletes áttekinthetősége. Stocker, Zweifel, Fehling a vagino-abdominális módszer hívei. Ennek a műtétnek előnye, hogy a rákos méh nem vagyunk kénytelenek a has sebén át kivenni. Eltávolíthatjuk azt a hüvelyen keresztül. A kivétel nehézségei nem nagyok.

A terhesség II. felében a magzatot nem hagyhatjuk számításon kívül. A terhesség I. felében a viszonyok mások. Ebben az időszakban a magzattal alig törődünk. Csak egy esetben törődünk vele, ha az anya életével leszámoltunk, ha a rák a hüvelyfalat, a hólyagot megtámadta, ha tehát a műtét már elkésztett. Ilyenkor minden igyekezetünknek oda kell irányulni, hogy szorgos kezeléssel, erőfentartással nyújtsuk az anya élete fonálát, míg a magzat az életképesség határát elérte. Idáig jutva, azonnal operálunk Porro szerint. Ha a betegség még nincs előrehaladott állapotban, szóval az anya élete megmenthető, akkor a jelszó: rögtön operálni! A műtét: extirpatio uteri totalis abdominalis.

Két esetet ismertet. Az egyikben a terhesség III.—IV. hónapjában lévő asszony méhét irtották ki. Az asszony meggyógyult. A másik eset körülményesebb. 1908 évi március hó 5.-én egy kis, sápadt, rosszul táplált beteg jött a rendelésükre. Négy hét óta tartó bűzös folyásról és vérzésről panaszkodott. A VI. hónapban viselő. Tízszor szült már és mindig rendesen. Van öt élő gyermeke (!). A vizsgálat portiocarcinomát állapít meg. Ezt megerősíti a mikroszkop is. A mennyire tájékozódni lehetett, a betegség még nem terjedt el annyira, hogy a műtéttel ne várakozhattak volna. Várakoztak tehát a magzat érdekében. Hátha életképesen tudják a világra hozni. Az asszonyt, a ki különben is súlyt helyezett arra, hogy élő gyermeke legyen, a fenti értelemben bocsátották el. Alig múlt el azonban egy hónap, a mikor a vérzések következtében a végkép elgyöngült beteg ismét az intézetbe szállították. A műtétet tovább halasztani nem lehetett. Császármetszést végeznek, majd kiirtják a méhet. A műtét azonban nem volt oly egyszerű és sima. A rákos szövetek erősen véreztek s annyira törékenyek voltak, hogy a vérzéscsillapításra alkalmazott fonalak minduntalan átvágtak. Végre is, nehogy a beteg a műtőasztalon pusztuljon el, a feckendő ereket csipőkbe fogták, a műtét mezejét pedig jodoformgázzal kitömték. Erre a vérzés megszűnt. A hasüreget felfelé elrekesztve, a has sebére az alsó zugig egyesítették. Tizenöt érszorító maradt a hasban! Ezeket a III. napon szedték ki, a jodoformgázt pedig apránként (a X. napig) távolították el. Az asszony május 31.-én gyógyulva ment ki az intézetből. Őt tehát megmentették, de a magzatot, a kinek az érdekében várakoztak, közvetlenül a műtét után hirtelen támadó asphyxiában elvesztették. Így, mint mondja, az eredmény részben illuzoriussá lett. Ezt a „kellemetlen esetet“ a szándékolt gyógyítási eljárás rovására írni lehetetlenségnek tartja. Az anya életét az az eljárás mentette meg, a melyet „Abkapselung“-nak nevez. Ez alatt a hasüregben felfelé való elzárást érti. Sokat tart róla. Nélküle bizonyára meghalt volna a beteg általános hashártyagyulladásban, jóllehet a hasüreget a hüvely felé is drainezték. Leírja, hogyan végezi Frank az elrekesztést. A vékonybelek visszatartására a körülményekhez képest a lig. latát, az omentum majust, az omentum minust, a mesocolont vagy mesorectumot használja; az appendices epiploicaet a fali hashártyával egyesíti.

Ily módon a vékonybélkacsok fertőzött anyaggal nem jöhetnek érintkezésbe és hashártyagyulladás keletkezésétől kevesebb okunk van félni.

(A rákbetegség ellen való védekezésben eddig mindenki nyomtérkel hangoztatta, hogy szigorúan kötelességünk arra törekedni, hogy a betegséget minél előbb felismerjük, mert csak akkor számíthatunk gyógyulásra, ha jókor operálunk. E cikkben most azt látjuk, hogy van olyan jóindulatú rák is („relatív gutartige karzinomatöse Neubildung“), a melylyel még terhes állapotban is hetekig lehet várakozni (!). Bizony furesán tágulékonyak a műtét-

tek indicióinak és contraindicióinak a határai! Ref.) (Medizinische Klinik, 1908. 41. sz.)

Avarffy Elek dr.

### Venereás bántalmak.

**A syphilis serodiagnostikájának jelentősége a gyakorlatban** című előadását közli A. Blaschko (Berlin). A szerző tapasztalása és vizsgálatai alapján azt ajánlja, hogy a serodiagnostikát csakis a legnagyobb körültekintéssel és óvatossággal értékesítsük az orvosi gyakorlatban. De azért hangsúlyozza, hogy a Wassermann-féle reactio nemcsak kétségtelenül jellemző a syphilitisre nézve, hanem azt is látszik jelteni, hogy a vizsgált egyének szervezetében activ virus van még jelen. E mellett nemcsak az szól, hogy a reactio a későbbi években gyakrabban negatív, hanem az is, hogy kezeléssel olykor a positiv reactio negatívá alakítható át. A gyakorlatban a serodiagnostika különösen három kérdés eldöntésére jöhetne szóba. 1. Azon kérdésre, hogy egyáltalán fenforog-e syphilis. 2. A kezelés szükséges voltának eldöntésére. 3. Az egyes eseteknek a prognosis szempontjából való elbírálására. Az első kérdés eldöntésében a szerzőt mindig csakis a határozottan kifejezett positiv reactio irányítja. Igen kellemetlen az orvosra nézve az a körülmény, ha a betegnek gyanus ulcusa volt, a melyben spirochaeták nem találtak, általános syphilitis tünetek sem voltak észlelhetők és a Wassermann-reactio mégis positiv. Blaschko ily esetekben megindítja az antilueses kúrát, de csak akkor, ha a reactio erősen kifejezett.

Az esetek elbírálásában tudnunk kell azt is, hogy a negativ Wassermann-reactio még nem bizonyítja feltétlenül, hogy az illető egyének luesse nem volt. Blaschko erre nézve érdekes esetet ismertet. Azt a kérdést, hogy positiv reactio esetében a kezelés megindítandó-e akkor is, ha a lueses tünetek hiányzanak, több szempontból kell eldönteni. Így felmerülhet mindjárt az a kérdés, hogy kezeljük-e positiv reactio alapján azt a frissen fertőzött egyént, a ki általános tüneteket még nem kapott? A felelet erre csak az lehet, hogy a korai kezelés nem vehető hibának épen úgy nem, mint ha megvárjuk az első általános tüneteket. Végleges bírálatot e kérdésben csakis évek múltán lehet mondani, odáig a korai kezelést csupán kísérletnek kell tartani. Nem tudjuk ma még határozottan, hogy miképen járunk el legjobban, ha a beteg az épen befejezett kúra ellenére a positiv Wassermann-reactio egyforma intenzitásában továbbra is kimutatható. Úgy látszik nem szükséges, hogy a beteget úgynevezett „kúrákkal“, tehát körülírt időn belül kezeljük, hanem úgy is gyógyíthatjuk, hogy Jullien ajánlása szerint a kezelést erősen megindítjuk s azt azután lassanként, hosszú időre kiterjedően gyöngítjük. Igaz ugyan, hogy ilyen elnyúlt kezelés közben is elég gyakran találkozunk recidivákkal, a mikor mégis csak egy újabb „kúrát“ kell igénybe vennünk. Felmerülhet továbbá az a kérdés is, hogy mitevők legyünk, ha a beteg már befejezett egy vagy több kúrát? Javasolták, hogy bizonyos időközökben vizsgálattassuk meg a beteget serodiagnostikailag, s ha positiv az eredmény, a kezelést kezdjük meg újra. A mai nap divó úgynevezett idült intermittáló kezelés helyébe tehát egy idült intermittáló vizsgálat lépne. Blaschko úgy akarja a kérdést megoldani, hogy positiv reactio alapján csak akkor kezd bele egy újabb kezelésbe, ha a vizeletben Hg már ki nem mutatható, vagy ha újabb recidivák jelentkeznek. Bizonyos azonban, hogy a mai ismeretek alapján hosszabb ideig és többet kell a beteget kezelniünk, mint a hogy annak-előtte tettük. A syphilis későbbi folyamán a positiv reactio nem lehet egyedül irányadó az esetleges kezelés megindításában. Itt a betegség eddigi lefolyását, az előző kezeléseket számát, a beteg általános állapotát és még sok egyéb körülményt kell latba vetni. A harmadik kérdés a serodiagnostikának a prognosis szempontjából való értékesítését illeti. Erre nézve megállapítható, hogy a Wassermann-féle reactio és a syphilis lefolyása között nem létezik absolut parallelismus. Mert igaz ugyan, hogy a syphilis folyamán általában csökken a Wassermann-reactio élessége s idővel eltűnik; de tudnunk kell, hogy lueses tünetek kapesán negatív is lehet a reactio, valamint azt is, hogy olykor kezelés előtt negatív a reactio, az antilueses kúra után pedig positiv. A lues prognosisa alatt sokat érthetünk. A prognosis vonatkozhat az egyén élettartamára, a lues gyógyulására, de vonatkozhat az utóbajok esetleges létrejöttére is (tabes, paralysis). Mindezekre a kérdésekre a Wassermann-reactio

határozott feleletet nem tud adni. Tudomásul kell venni, hogy a serodiagnosis alapján ma még nem lehet megállapítani azt, hogy a lueses egyén meggyógyult-e vagy sem. Az irányadó ma is még a klinikai lelet, nem pedig a serologiai vizsgálat. Újabbban a serodiagnosisnak az eseteknek főleg 4 csoportja számára ajánlották: 1. életbiztosítást kötni óhajtók számára, 2. házasságok számára, 3. dajkák és végül 4. prostituáltak számára. E négy csoport elbírálásában különböznek a nézőpontok, mert a míg az életbiztosítást kötni óhajtók esetében az élethance-ok a fontosak, addig a házasságok közvetlen és fő érdeke a syphilis fertőző és átöröklődő voltának eltűnésében rejlik. A prostituáltak és a dajkák esetében az egyedüli közvetlen kérdés csakis a fertőzőképesség. Ezt a kérdést a Wassermann-reactio el nem döntheti s így nem is használható. De a reactio a házasságok esetében sem értékesíthető, mert pozitív reactio alapján egyelőre eltiltható a házasság és megindítható egy újabb kezelés, de azért nincs több jogunk később, ha egy időre negatív talál lenni a reactio, a házasságra az engedélyt megadni. A Wassermann-reactiónak gyakorlati kiaknázása tehát ma még igen gyöngye alapon nyugszik s így az egyedüli feladatunk a további tapasztalások szorgalmas gyűjtésében áll. (Medizinische Klinik, 1908. 31. szám.)

Guszmán.

### Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

**A dysmenorrhoea** Mathes szerint az eseteknek egy részében nem valami genitális bajnak a következménye, hanem az enteroptosisra függ össze. Ennek megfelelően az ilyen esetekben eredménytelen a nemi szerveknek helyi kezelése, s az enteroptosis illetve asthenia ellen kell irányulnia a kezelésnek. (Monatsschrift für Geburtshilfe u. Gyn., XXVIII. kötet, 1. füzet.)

**Az isopral** nevű hypnoticum állítólag semmiféle káros hatást sem gyakorol a szívre és az érrendszerre. Ezt azt állítást teljesen beigazolvta találta Peters, a ki nagyszámú súlyos szívbajosnak adta ezt a hypnoticumot, részben nagy adagokban és hosszabb időn át. Még megjegyzi a szerző, hogy heveny izületcsúz olyan eseteiben, a melyekben a betegek nem türték a salicylkészítményeket, nagyon jó fájdalomcsillapítóknak bizonyult az isopral. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1908. 44. szám.)

### Magyar orvosi irodalom.

**Klinikai füzetek**, 1908. 12. füzet. *Ráskai Dezső*: Az urológiai diagnosztika módszereiről.

**Gyógyászat**, 1909. 1. szám. *Szegő Kálmán*: Adatok a gyermekek asthmás megbetegedéséhez. *Müller Vilmos*: Lues és tuberculosis.

**Orvosok lapja**, 1909. 1. szám. *Sellei József*: Ehrlich chemotherapiás elmélete és a syphilis mai gyógykezelése. *Jankura Iván*: A kanyaró.

**Budapesti orvosi újság**, 1908. 53. szám. *Torday Árpád*: Az újabb vérvizsgálati eljárások jelentősége az orvosi gyakorlatban. „Urologia” melléklet, 4. szám. *Feleki Hugó*: Adatok a prostata anatomijához és kórtanához. *Török Lajos*: Az ú. n. physiologiai fehérjevizelés magyarázata. *Vas Bernát*: A physiologiai és orthostatikai albuminuriáról. *Emődí Aladár*: Adatok a kétoldali mellékherelyuladás után fellépő sterilizálás kérdéséhez. *Ferencci Sándor*: Az ejaculatio praecox jelentőségéről.

### Vegyes hírek.

**Kinevezés**. *Scholtz Kornél* dr. budapesti egyetemi magántanárt trachomaügyi segédfelügyelővé nevezte ki a belügyminister. — *Szenti János* dr.-t a belügyminister a szombathelyi állami gyermekmenhely igazgató-főorvosi teendőinek ellátásával bizta meg. — *Nagy Pál* dr.-t Karczagon fogházorvossá. — *Sárközy Adorján* dr.-t az avasi járás orvosává, *Gaál Kálmán* dr.-t az esztergomi „Kolos”-kórház segédorvosává, *Dorn Géza* dr.-t és *Schwarz Ottó* dr.-t a kaposvári közpórház segédorvosává nevezték ki.

**A II. sz. belklinika** (volt Korányi-klinika) vezetését *Jendrassik Ernő* tanár e hó 1-én átvette.

**A budapesti orvosi kör** ezen évben is tart sorozatos előadásokat, még pedig ezúttal az ideg- és elmekórtan köréből. Előadást tart január 25-én *Moravcsik E. Emil* („Aetiologiás és therapiás irányelvek a psychiatriában”), február 1-én *Salgó Jakab* („A terjedő hűdéses elmezavar lefolyási módjairól”), február 8-án *Sarbo Artur* („Az organikus ideg-betegségekről”), február 15-én *Ferencci Sándor* („A functionális ideg-betegségekről”). Az előadások a budapesti kir. orvosegyesület nagytermében lesznek d. u. 6 órakor. Vendégeket szívesen lát az elnökség.

**A budapesti önkéntes mentőegyesület** november hóban 791 esetben nyújtott első segítséget; ezenkívül 677 szállítást végzett, 88 esetben mint mozgó őrség működött és 21 esetben vaklárma miatt vonult ki; a november havi működési főösszeg tehát 1577. Az egyesület december 15-én választmányi ülést tartott, a melyen az egyesületi orvosok czímét következőképen állapították meg: első főorvos: *Aczél Károly* dr.; egyesületi főorvosok: *Virostek A. Győző* dr., *Iványi Ernő* dr., *Körmöczy Emil* dr. és *Löbl Vilmos* dr.

**A budapesti egyetem II. sz. nőbeteg-klinikájával kapcsolatos szülészeti poliklinikum** segélyét decemberben 103 esetben vették igénybe; a műtétek száma 72 volt.

**Meghalt**. *Strelinger Herman* dr. járásorvos, tiszteletbeli megyei főorvos 55 éves korában Sárváron. — *A. Robertson* dr., valaha a bel-orvostan tanára a glasgowi St. Mungo's College-en.

**Kisebb hírek külföldről**. *Schaenkenbecher* dr., a belorvostan rendkívüli tanára Marburgban, Frankfurtba költözik át, hol a városi kórház igazgatói állását foglalja el. — *Schmidt-Rimpler* tanár, az ismert hallei szemész, december 31-én töltötte be 70. évét. — *Röntgen* tanárt a bajor uralkodóherceg az excellentiás czímmel tüntette ki. — Londonban kötelezővé tették a giümökörösetek bejelentését. — *Gutzmann* dr.-t, a beszéd-zavarokról szóló tan docensét, a berlini egyetemen ezimzetes tanárrá nevezték ki. — *F. Sauerbruch* marburgi docens a tanári czímet kapta.

**A párizsi egyetem orvosi karán** a zavarok csak nem akarnak megszűnni. A hallgatóság egyfelől *Nicolas* tanár, az anatomia professora ellen tüntet a boncolásra vonatkozó különböző intézkedései miatt, másfelől pedig az egész orvosi fakultás ellen az „agrégé” czím elnyeréséhez szükséges vizsgálatok új rendje miatt. December 21-én lett volna az első újrendszerű agrégé-vizsgálat, de a hallgatóság ezt tömeges betódlásával és zajongásával megakadályozta, úgy hogy *Bouchar* tanár, a vizsgáló-bizottság elnöke, rendőri segítséget, majd mikor ez elégtelennek bizonyult, katonai segítséget volt kénytelen igénybe venni, a mi I. Napoleon ideje óta nem fordult elő. A hallgatóság és katonaság közt valóságos harc fejlődött ki, melynek mindkét részről sok sebesültje volt. Ez a harc megismétlődött december 24-én, a mikor a vizsgálat megtartását újra megkísérelték. Másnap *Clémenceau* miniszterelnök az orvostanhallgatók küldöttségét fogadta, s kérésükre egyelőre felfüggesztette az új agrégé-vizsgálati rendet. — Az anatomia tanára ellen való tüntetés miatt az I. és II. évesekre nézve az orvosi karon az előadásokat márczius 1-éig beszüntették; az illetők a félét vesztik.

Orvosi körök rendkívül méltányolják a **Zoltán-féle csukamájolaj** nagy előnyét, mely annak kellemes íze és könnyű emészthetőségében csúszosodik ki.

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

### Budapesti ZANDER-gyógyintézet

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

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

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

**Dr. MÜLLER VILMOS** a tátraházai tüdőbeteg-sanatorium főorvosa. **SAN-REMOBAN** (Corso Garibaldi 25) rendel. Prospektus

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

**Röntgenlaboratórium:** Tulajdonos: **Dr. HUBER ALFRÉD** a szt. István-kórház Röntgenlaboratóriumának vezetője. Budapest, VIII., József-körút 26. I. em.

**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. Nőbetegek és szülők részére.



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

**TARTALOM.** Közkórházi Orvostársulat. (XIII. bemutató ülés 1908 december 2.-án.) 33. l. — A Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya. (1908 november hó 12.-én tartott ülés.) 34. l. — Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya. (XXII. szakülés 1908 november 21.-én.) 35. l. — Pályázatok. 35. l.

## Közkórházi Orvostársulat.

(1908. évi december hó 2.-án tartott XIII. bemutató ülés.)

Elnök: **Elischer Gyula.** Jegyző: **Körmöczy Emil.**

## Claude Martin-féle aranyvázal megátasztott műorr.

**Pólya Jenő:** A 19 éves tanuló orrán 1905 augusztus havában lueses gyuladás keletkezett, melynek folyamán porozok és csontok lökődtek ki és végre az orra egészen összeesett. Három műtét és paraffin-injectio sikertelensége után, midőn a beteg f. é. októberében újra megjelent az apertura pyriformisba teljesen behúzódott orrcsúcsal, elhatároztam, hogy a Claude Martin-féle tripus-alakú aranyvázal próbálom az orr lágyrészeit alátámasztani. Az aranyvázat, melyet Salamon Henrik dr., az egyetemi stomatologiai klinika tanársegédje készített, az orrnak jobb oldalmetszéssel eszközölt temporaer feltárása után helyeztem be oly módon, hogy kiálló szögleteit az apertura pyriformis periostjába egyszerűen benyomtam. Az orr lágyrészeit összezsugorító hegeket már előzőleg az orrüreg felől bevitt skalpellel szétválasztottam; az orr lágyrészei a vázat jól befedték, csak a septum alatt futó aranylécz látszott ki, ezért a septumot a középvonalból felszabadítva, oly módon transzplantáltam, hogy az aranyléczet fedje. Sima, per primam gyógyulás. Az orr formája jelenleg normális, csak a rajta futó hegek és a septum asymmetriája miatt különbözik a rendestől.

## Égés után támadt alsó szemhéj- és alsó ajak-ectropium műtete.

**Pólya Jenő:** A 8 éves leány f. év tavaszán spiritus-főzötől meggyuladt s arca összeégett. Felvételekor a szent Margit-kórházba (X. 14) az arc egész bal fele s a jobbnak alsó része keloid kiemelkedésektől átjárt egyetlen heget alkot, melynek alsó határa a nyak felé az állésűcs mögött húzott harántvonal. A bal alsó szemhéj teljesen kifordult, az alsó ajak annyira ki van fordulva, hogy az ajkpir széle az állésűcs tájára van lenőve, az alsó fogak állandóan kilátszanak s a beteg nyála folyvást csurog. Étkezés közben is a folyékony ételek nagy része kifoly a száján. Azonfelül a bal fülcimpa odanőtt a halántéktájra, úgy hogy mediális felszíne kifelé néz. Az október 25.-én végzett műtét alkalmával a bal arczfélen levő erős heget, mely az alsó szemhéjat kifordította, a felső ajkat is felhúztam s a bal orrcsúcsot 2 rendkívül esunya keloiddal vette körül, kimetszettük s az alsó szemhéjat annyira felpraeparáltuk, hogy a szemet bőven fedte; azután a hiányt a jobb czomb bőrből készült félhaldalakú Krause-féle lebenynyel pótoltuk. Az alsó ajkat is felpraeparálása után egy ilyen Krause-féle lebenynyel fedtük. A szemhéjat pótló lebeny megmaradt, az alsó ajaké elhalt. Ezért november 3.-án az alsó ajak nyálkahártyáját felezve, bal feléből egy a bal szájjugon lógó lebenyt alkottunk, s ezzel pótolva az ajak bőrét, az ajak jobb felének sebzését a bal szájjug táján a pofanyálkahártya sebéhez varrtuk. Az ajak jobb zugának felemelését egy a felső ajakról vett kis lebeny segítségével eszközöltük. November 11.-én még egy kis pótló műtétet kellett végezni a bal szájjugon, mely alkalommal a fül formáját is megjavítottuk. Jelenleg úgy a szemhéj, mint az alsó ajak ectropiuma teljesen meg van szüntetve, nyál- és könyesorgás nincs, evés közben nincs nehézség. Az alsó ajak bőrét pótló nyálkahártya még piros, de szárazabb és halványabb az ajkpirnál, úgy hogy alkalmasint nem-sokára bőrszerű leend.

## Myxoedemás idiotismus infantilis.

**Hainiss Géza:** A kutatások azt mutatják, hogy a pajzsmirigy hiánya vagy megszünt secretiója annál mélyrehatóbb következményeket von maga után az egész szervezetben, minél fiatalabb korban vagy a mirigy fejlődésének minél kezdetibb idejében áll be ez a működés-zavar.

Ilyen mélyreható következmény a testi és szellemi fejlődés

hiánya, megszűnése vagy visszafejlődése, a mely azután a kretinismus, myxoedema és myxoedemás idiotismus kórképét állítja elénk.

A leányka most 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> éves, hossza 72 cm., tehát az átlagnál 24—26 cm.-rel rövidebb. A bőr száraz, anaemiás, jellegzően myxoedemás, térszaserűen pöffedt, különösen a kézen és lábon; az alsó végtagok rövidek, vastagok. A haj bozontos, száraz; a homlok sűrűsödött, de néha a nélkül is ráncos, a mi a gyermeknek visszataszító külsőt ad. Kifejezett nyeregorr; az ajkak vastagabbak, a szájrés nagyobb, belőle a húsos, nagy, vastag nyelv kilóg; bő nyálfolyás, a fogak a III. csoportig fejlődtek ki, a mi rendes viszonyok között a 13—15. hónapban szokott befejeződni; most 12 foga van s ezek közül is az utolsó 4 a kezelés tartama alatt bujt elő gyors egymásutánban. A nyak vastag, rövid, határai elmosódtak. Kifejezett pókhas az elmaradhatatlan köldöksérvvel.

A gyermek mozgásképesége rendkívül korlátolt, az eleje tartott tárgyhoz rendkívül lassan vezeti a kezét, ha pedig végtagjainál fogva felemeljük s helyére visszatéve eleresztjük, a végtagok ebben a helyzetben hosszú időn keresztül megmaradnak, csak lassan juttatja őket nyugalmi helyzetbe, szóval valóságos lajhármozgást mutat. Hangja mély, rekedtes, beszélni nem tud, időnként tagolatlan hangokat ad. Székét, vizeletét maga alá bocsátja, az utóbbi időben azonban már különös hanggal jelzi ezirányú óhaját. Leginkább ül s csendesen viseli magát, folyton maga elé bámulva. Utóbbi időben már észreveszszük, hogy játéktárgyai iránt érdeklődik és figyelni is látszik, néha már egy-egy mosoly is megjelenik az ajakán.

A vérvizsgálat szerint a vörösvérsejtek és a fehérvérsejtek száma, valamint a haemoglobin megkevesbedett, a mennyiben 3.250,000 és 3600 a számuk, s a haemoglobintartalom 40 %.

Három hónapos kora óta veszik észre a szülők a testi és szellemi fejlődés visszamaradását. A családban hasonló bántalom nem fordult elő; a szülők elsőágú unokatestvérek.

Kezelés: a hústáplálék teljes elvonása mellett tej, tejes étel, főzelék, makk-kávé és párolt gyümölcs; gyógyszerként pajzsmirigy-kivonatot kap. Én a Richter-féle 0.5 gm.-os tablettából <sup>1</sup>/<sub>4</sub> részt, tehát 0.125 gm.-ot adtam másodnaponként, a mi a gyermek eddig jól tűrt; mátol kezdve <sup>1</sup>/<sub>3</sub> részt adunk, tehát körülbelül 0.17 gm.-ot, többet nem merek adni, bár Becker pld. 0.30 gm.-os tablettákat adott egy 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> gyermeknek 90-szer és a thyreoidismus jelenségeit nem látta.

Néhány hó múlva bemutatom a gyermeket, hogy az organo-therapia eredményéről véleményt alkothassunk.

**Donath Gyula:** Ilyen esetekben a thyreoidin-kezelésre teljes gyógyulás is lehetséges. 17 éves myxoedemás idiotához hívták, a ki olyan volt, mintha 5—6 éves gyermek volna. Proponálta az organo-therapiát, de mert nem tudta megigérni a teljes gyógyulást, meg sem engedték kísérelni, azon indoklással, hogy ha a gyermek intelligentiája javul és belátással bír majd helyzetébe, szerencsétlen lesz, míg most idiotaságában boldog.

## Brown-Séquad-féle sérülés ritkább esete.

**Donath Gyula:** A 34 éves nőtlen fodrászegedet f. é. október 5.-én koresmában ittas állapotban zsebkéssel hátra szúrták. Hirtelen összeesett, de eszméletét nem veszítette el. A merénylet színhelyéről a Rókus-kórház sebészeti osztályára szállították, a hol 4 hétig feküdt. A sérülést követő három napon át vérköpése volt, mely reggelenként csekély mértékben most is mutatkozik. Az anamnesisből kiemelendő az erős potus és dohányzás. 20 éves korában gonorrhoeát szerzett, mely másfél évig tartott; lues tagad. Osztályomra november 1.-én tették át.

A vizsgálat a lágyszájpadlás közepén fillérnagyágú anyaghiányt derített ki, melynek alsó széléről vékony szálon csüng az uvula, a mi állítólag 14 éves korában keletkezett. Talán jelentőséggel bír erre nézve azon családi előzmény, hogy tiz testvére többnyire korán halt meg, 1 ikerpár pedig halva jött a világra; szülői és 5 testvére azonban egészségesek.

A 4. hátesigolya processus spinosusától kissé jobbra 1.5 cm.-nyi pirosas, tömött heg.

*Mozgás-zavarok* mutatkoznak a jobb, tehát a szűrés oldalának megfelelő alsó végtagban, melynek goromba ereje erősen csökkent; ezt a fekhelyről csak féllábnyi magasságra tudja felemelni. Oszályomon tartózkodása elején ezen végtag járása még erősen spastico-paresis volt, lábát a földön csúsztatva maga után húzta, most azonban már jobban emeli. A reflexekre vonatkozólag érdekes, hogy a jobb oldali has- (epi-, meso- és hypogastrikus) reflexek, valamint a jobb eremaster-reflex hiányzanak, míg a baloldaliak élénkek. A térd- és Achilles-inreflexek fokozottak, különösen jobb oldalt; ezen oldalon lábelenus is van. Babinski-tünet nincs.

Érdekesekek, mint minden egyes Brown-Séguard-féle laesióban, már a sérülés változó kiterjedése és a sensibilis vezetékek elrendeződésének homályossága miatt is az érzés-zavarok. Ezek elül a csecsbimbó magasságában, hátul jóval mélyebben, körülbelül a 10. hátesigolyán kezdődnek és röviden így foglalhatók össze: *a jobb testfélén tactilis hypaesthesia és erős hyperalgesia, a bal testfélén analgesia illetőleg hypalgesia és thermanaesthesia úgy a hideg, mint a meleg iránt.* Az izomérvés mindkét alsó végtagon egyenlően jó.

A székelés, vizelés, erectio, libido rendes. A beteg állapota észlelésem alatt javult, és pedig nemcsak a jobb alsó végtag mozgékonyasága, hanem a tactilis hypaesthesia is. Egy erősen anaesthesiás terület van még hátul, tenyérvnyi nagyságban, a gerincoszlop mellett a 9. hátesigolyától a 4. lumbális csigolyáig terjedőleg, valamint elől a jobb csecsbimbó magasságától az inguinális tájig, melynek külső határa a mamilláris vonalban fekszik.

A gerincvelősérülés tehát az 5. és 6. hátségmentumban történt, melyek egy síkban fekszenek a 4. hátesigolya processus spinosusával. Ennek megfelelő az érzés-zavar felső határa, mely elül az 5. borda, hátul a 8. hátesigolya magasságában fekszik. Érdekes az epi-, meso- és hypogastrikus, valamint a eremaster-reflex kiesése a sérülés oldalán. *Oppenheim*-nek élő emberen tett ingerlési kísérletei szerint a hasreflexek centruma a VIII—XII. hátségmentumba helyezendő, tehát itt már a laesio helye alatt van. Ellenkezőleg viselkednek a még mélyebben fekvő centrumokkal bíró térd- (2—4. lumbális segmentum) és Achillesin-reflexek (5. lumbális, 2. sacrális segmentum), melyek mindkét oldalt fokozottak, de különösen a sérülés oldalán. Ugyanezen oldalon találjuk a tactilis hypaesthesiát, mert a tapintásérzést vezető hátulsó kötegek a pyramispályákat tartalmazó oldalsó kötegekkel együtt átmetszettek. A fájdalom-, valamint a hideg- és melegérzést vezető pályák kereszteződése miatt a sérülés oldalán hyperalgesia van (a beteg már csekély tűszúrásokra itt felugrik), az ellenkező testfélén pedig analgesia és thermanaesthesia. Mint ritkaságot ki kell emelnem, hogy a betegen november 29.-én öt ízben rendkívül erős fájdalomrohamokat észleltünk a jobb oldalon, melyek a jobb alsó végtag feszítő göresével jártak együtt. A fájdalmakat a beteg különösen a hypochondriumba és bokába lokalizálta; nyöszörögve ide-oda vetődött és eltorzult arczát hideg verejték borította el; ezen fájdalomrohamok 5—10 percig tartottak. Alkalmassint a fájdalomvezető rostok izgalma forgott fenn.

Meglepő ily gerincvelősértésekben a jelentékeny javulás, mely magától áll be. Úgy látszik, hogy ebben nagy része van azon körülménynek, hogy az ejtett sebek tiszták s hogy összetapadás, vikariálás és regeneratio útján messzemenő működés-javulás jöhet létre.

(Folyt. következik.)

## A Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(VI. ülés 1908 november 12.-én.)

Elnök: *Dollinger Gyula*. Jegyző: *Winternitz Antal*.

### Fischer Aladár: Az inguinális lymphomák sebészeti kezeléséről.

A tágabb értelemben vett lágyék-mirigyek két csoportban vannak elhelyezve. Az egyikéi a Poupert-szalaggal párhuzamosan felületesen fekszenek, ezek a szorosabb értelemben vett inguinális mirigyek; a másik csoportéi az előbbi lánc irányára függőlegesen fekszenek, ezek az ún. crurális mirigyek; közülük a mélyebbek a vena femoralis mentén, annak belső oldalán a canalis cruralisban egészen a septum cruraleig terjednek, a hol ezen mirigyek legutolsója és legnagyobbika mint Rosenmüller-féle mirigy ismeretes.

Operatív szempontból ezen mirigyek viszonya a czomberekhez

igen fontos. Az arteria femoralis a processus falciformis fasciae latae alatt, jól védve, kifelé fekszik, úgy hogy gümös mirigyek kiirtásakor alig sérülhet meg. A vena femoralis már kevésbé védett; mediális részét erős pólya nem borítja; megtörténhetik, kivált periadenitises kérgesedés esetén, hogy a vena femoralis megsérül.

Ha a nagy czomberek megsérülnek, vérér-varratot végzünk mindazon esetekben, a melyekben szét nem esett, műtét közben el nem mállott mirigyét irtunk ki. Fistulás, szétesett mirigyek kiirtásakor — a sebüreg hiányos asepsise miatt — biztosabb és jobb a ligatura, kivéve, ha valamely ok miatt (pl. nagy vérvesztés, a szívizom hiányos működése) a vérnyomás rendellenesen alacsony. Ha a venán kívül az arteria femoralis is megsérült, első sorban vérér-varratra törekedünk. A mi ezen mirigyek kiirtásának javalatát illeti, a vélemények ingadozók. Ez onnan van, mert tagadhatatlan, hogy a megbetegedett mirigyek sokszor maguktól gyógyulnak, másrészt a beteg mirigyesomók kiirtása nehéz, fáradságos és a nagy erek szomszédsága miatt kényes beavatkozás, a melyet ha nem végezzünk szabatosan, a gyógyeredmény nem valami csábító. Az előadó álláspontja az, hogy a gümös mirigyek gyors és biztos gyógyszere csakis a kiirtás. Általános elvül szolgálhat, hogy mobilis, periadenitises elváltozásokat nem mutató, el nem lágyult mirigyek fennforgásakor az expectatív álláspont megengedhető. Azonban ilyen esetben is, ha az expectatív kezelés rövidesen nem ad eredményt, a kiirtás ajánlatos. Ellágyulásokat, periadenitises elváltozásokat, sipolyokat, exulceratiókat mutató mirigyeket mindig ki kell irtani. Kivételt csak oly betegek tesznek, kikben egyéb szervek nagyfokú gümösödése van jelen, s a kik erőbeli állapotuk fogyatékossága miatt nagyobb beavatkozást nem tudnak elviselni.

Az inguinális lymphomák kiirtásának technikáját illetőleg az előadó a következőket ajánlja:

A beteg mirigyek feltárására legjobb a Lauenstein-féle metszés. Ezen metszés függőleges szára biztosítja a mirigyek könnyebb lepraeparálását a czomberekről és a drainezésre is igen jó. A metszés a fennálló sipolyok és serophulodermás bőrrészek szerint módosulhat. A mirigyek kipraeparálásakor törekedünk az egész mirigyesomót egy darabban eltávolítani, a nélkül, hogy az esetleg ellágyult mirigyek tartalma a friss sebüregekbe ömöljék. Ha ez mégis megtörténik, a seb leöblítése hydrogenhyperoxyddal, az eszközök, a keztyük és az izoláló kendők váltása szükséges. A mirigyek kipraeparálásának módját illetőleg az élesen, szikével való dolgozás előnyösebb, mint a mirigyeknek tompa úton eltávolítása. Az esetben, ha az iliacális mirigyek is betegek, ez utóbbiak eltávolítására a legismertebb eljárás a Lennander- és a Kocher-féle. A Lennander-féle műtét igen beható és inkább csak rossztermészetű mirigyek kiirtásakor ajánlatos. Tuberculosis mirigyek eltávolítására a sokkal kevésbé beható Kocher-féle eljárás használandó, melylyel eseteiben az előadó is czélt ért. A műtét után minden esetben ajánlatos a drainage, illetve az antisepsis tamponade Kocher értelmében. Annál inkább szükség van rájuk, mert a lymphorrhoea ezen műtétek után elég gyakran jelentkezik.

Állandó nyirokkeringési zavaroktól és oedemáktól a gümös lágyéki mirigyek kiirtása után nem kell félnünk, mert egyrészt néhány egészséges mirigy visszamarad, másrészt szabatos vizsgálatok szerint a mirigyeket környező kötő- és zsírszövetnek megvan az a képessége, hogy a kiesett nyirokpályákat pótolja.

*Dollinger Gyula*: A vezetésem alatt álló klinikán többször kötöttük le a vena femoralist. A végtagon ennek folytán súlyos táplálkozás-zavarok nem támadtak. Hogy ilyenkor az arteria femoralist is lekössük, semmikép sem tartom indokoltnak. Ha a gümös nyirokesomók rövid időn belül nem fejlődnek vissza, kiirtjuk. Ezzel először is egy gümös gözezt távolítunk el a szervezetből, másodsor pedig elejét vesszük azoknak az elváltozásoknak, a melyek később sok kellemetlenség kúforrásává válnak. A ki nem irtott nyirokesomók bizonyos idő múlva szíjjelmálnak és tályogokat alkotnak, a melyek nyomán sipolyok maradnak fenn. Ezek folytonos sebkötözést tesznek szükségessé és nem gyógyulnak meg, a míg az egész sajtos tömeg ki nem ürült, a mi néha hónapokig is eltart. Ez alatt a beteg mindenféle fertőzésnek van kitéve és a nyirokesomók kiirtása is ekkor már nehezebb, mert a szomszédsággal erősebben kapaszkodnak össze. Ha a nyirokesomó szétesett, de a felületre még nem tört át, tehát a tályog egyébként be nem fertőzött, tiszta gümös sajtos anyagot tartalmaz, a nyirokesomó kiirtása után ez nem gátolja meg a per primam gyógyulást, ha a sebből gondosan kitéröljük. Így van ez az ízületkörüli tályogokkal is, a mire már sokszor felhívtam a figyelmet. Ha azonban a tályog már áttört és már genykelő bakteriumok is vándoroltak be a sipolyon keresztül, a sebet nem szabad egészen bevarrni, mert a genyedés majdnem bizonyos.

**Alapi Henrik: Vesesarkoma transperitoneális kiirtása.**

A 4 éves leánykát mult hó végén vettük fel azzal a kórelőzménnyel, hogy egy hó óta fáj a hasa és egy hét óta veszik észre, hogy hasa növekszik. Mi a felvétel alkalmával a has bal felén már gyermekfejnyi daganatot találtunk, mely a horpaszra feltett egyik kéz és a hasra fektetett másik kéz között ballottál, elülső felületén a colon tapintható. A has és mellkas bőrén erősen tágult gyűjtőerek láthatók. Cystoskopia segítségével csak az volt konstatálható, hogy a hólyag kevés vizeletet fogad be, ennek folytán az ureterek nem katheterezhetők, de az időnként láthatóvá váló ureter-szájadéknak lobos udvara nincs. A fenti tünetek alapján vesesarkomát állapítottunk meg. A gyermekkori sarkoma igen rosszindulatú daganat, kiirtása nagy beavatkozás, de minthogy más gyógyulási lehetőség a beteg számára nincs, erre határozunk el magunkat, még pedig transperitoneális metszéssel, a mint azt *Mouchet*, *Monsarrat*, *Winternitz*, *Küster* és mások ajánlják. A módszer magától kínálkozik. Az eredetileg a hashártya mögött fekvő vesének ilyen nagy daganatai a mesocolon lemezének szétválása folytán intraperitoneálissá válnak, s tiszta kiirtásuk másképp, mint a hasüregen át, el sem képzelhető. A hashártyára nézve is sokkal kiméletesebb a tiszta átmetszés és a szabatos varrat, mint az a műtét, mely lumbális behatolás mellett a hashártyát kimélni igyekszik, de a melynél a hashártya ily nagy daganat kifejtése közben előbb-utóbb okvetlen beszakad, még pedig jól hozzá nem férhető s jól át nem tekinthető helyen.

A műtétet november 4.-én végeztem olyan harántmetszéssel, mely a lumbosacralis izomtömeg elülső szélétől az egyenes hasizom külső széléig terjedt. A hashártya átmetszése után előttünk volt a colon descendens, mely csakugyan a daganat elülső felületén haladt. A mesocolon külső lemezének bemetszésével, a colont befelé tolvá, számos ér előzetes lekötése és átmetszése után elég könnyen hozzá lehetett férni a daganat alsó harmadában megfeszülő hilserekhez, melyek lekötése és átmetszése után a daganatot egészében, megsértése nélkül lehetett kifejteni. A hashártya sebét tova futó varrattal teljesen egyesítettük, a megmaradt hashártya mögötti, aránylag kis sebüreget cigaretté-csővel drainezve, a hasfal sebét többretegű varrattal teljesen elzártuk.

A kiirtott daganat, melynek alsó pólusára sapkaszerűen borul rá a vese, Entz Géza vizsgálata szerint kevert daganat (teratoma) rostos kötőszöveti alapvázal, számos egyrétegű köbhámmal bélelt üreggel, az ürök közötti kocsonyás szövetben tömör hámfészkekkel s nagymennyiségű harántesikolt izomzattal. A nagy műtétet a gyermek feltűnő könnyűséggel állotta ki, a mihez talán az is hozzájárult, hogy megkisebített vércső mellett operáltunk, t. i. az altatás megkezdése előtt mindkét czombot duzzasztó pólyával leszorítottuk s a pólyát csak a műtét befejeztével távolítottuk el. Ezt a módszert tudvalevőleg az altatás veszélyének csökkentésére alkalmazták, de valószínű, hogy ilyen kis gyermekben, kire nézve a csekély vérvesztés is aggályos, a megkisebített vércsővel való operálás nemcsak az altatásnak, de a műtétnek veszélyeit is alábbszállítja.

(Folytatása következik.)

**Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya.**

(XXII. szakülés 1908 november 21.-én.)

Elnök: **Purjesz Zsigmond.** Jegyző: **Konrádi Dániel.**

**Kenyeres Balázs** előadást tartott „A szakértői működés körül előforduló hibákról” czímen.

(XXIII. szakülés 1908 november 28.-án.)

1. **Potoczky Dezső** két **appendicitis**-esetből származó **kórbonczati készítményt** mutat be.

2. **Gyergyai Árpád: Orbitalis szövődménnyel járó iköbölgenyedésnek műtéttel gyógyult esete.**

A 40 éves téglavető asszony f. év április közepén erős fejfájás kíséretében betegedett meg; 8 nap mulva bal szemhéja megdagadt, szeme fáj, látása kissé homályosabbá vált és a fény igen sértette. Május 7.-én vidékről bejött; a kolozsvári szemészeti klinikán a bal szemhéjakat vizenyösen duzzadtnak találták, kis exophthalmus volt, a szemfenéken azonban nem volt eltérés. Pár

hétig a szemészeti és belgyógyászati klinikán gyógykezelés alatt állott, de nem javult; a nyarat családi viszonyai miatt vidéken töltötte.

Egész nyáron borzasztó fejfájása volt, úgy hogy néha öngöngött az iszonyú fájdalomtól. Dolgozni nem tudott, sötét szobában tartózkodott, mert a fényt nem tűrte; a lámpavilágot bal szemével pirosnak látta. F. év szept. 4.-én újból felkereste a szemészeti klinikát; 11.-én átküldték a bemutatóhoz orrvizsgálatra azzal, hogy papillitis intumescens, exophthalmus és oedema palpebrarum l. sin. van jelen, melynek oka ismeretlen. Az orrvizsgálat az orrkagylók túltengését mutatta, elüli geny nem volt látható, rhinoskopia post.-ral a bal recessus splenoethmoidalis táján igen kis genyeseppeske mutatkozott, mely a más napokon végzett vizsgálat alkalmával is többnyire ugyanott volt található. A bévilágítás, a Röntgen-vizsgálat különösebb felvilágosítást nem adott. Szept. 18.-án szemvizsgálat (Borbély dr.): visus jobb o.  $\frac{6}{10}$ ; bal o.  $\frac{6}{20}$ . A bal szemhéjak kissé duzzadtak, az orbitális ráncok kissé elmosdottak, a bőr élénkpiros színű, a felső szemhéj kissé lefög, felfelé nézéskor nem egészen emelhető (kísfokú ptosis). A bulbus a szemüregből kissé előre van tolvá. A bal pupilla a rendesenél tágabb, 5 mm. átmérőjű; fényre, alkalmazkodásra és consensualisan is alig reagál. Tükörvizsgálatkor a háttér kissé fátyolozott, a papilla n. opt. 3 D.-nyira elődomborodik, vöröses szürke színű, határai elmosdottak, a verőerek a rendesenél szűkebbek, a gyűjtőerek ellenben teltebbek és kanyargósak. Az erek néhol a duzzadt papilla által fedettek; a papillát környező retinális részlet beszűrődött.

Október 1.-én cocain-adrenalin-érezéstelenítés mellett a középső orrkagyló hátulsó felét eltávolította, a sin. sphen. bedugult nyílásán át szondát vezetett, mire sok geny ürült. A nyílás tágitása Hajek-féle horoggal és csipővel. A genyből streptococcus-telepek eredtek meg.

A műtét után harmadnap a beteg valamivel könnyebben érezte magát, ötödnap a szemhéjak oedemája, az exophthalmus teljesen megszűnt. A 3 hét mulva (okt. 21) végzett szemvizsgálatkor kitént, hogy a bal szem a visus  $\frac{6}{15}$ , a pupilla középtág, jól reagál; a háttér még kissé fátyolozott, a papilla nervi opt. határai azonban jól kivehetők, az erek rendesek. Nov. 23.-án b. o.  $\frac{6}{12}$ -re javult a visus, j. o.  $\frac{6}{10}$ -ról  $\frac{6}{6}$ -ra, a szemfenék nagyjában gyógyultnak tekinthető.

Röviden összefoglalva: ez esetben az orr részéről szinte tünetek nélkül fennálló iköbölgenyedéshez neuritis retrobulbaris, papillitis, a szemhéjak oedemája és ptosis társult, melyek közel  $\frac{1}{2}$  évi fennállás után az iköböl megnyitására megszűntek. A bal iköböl volt beteg, de az erősebben megtámadott bal szem kivül a jobb szem látása is szenvedett kissé.

(Vége következik.)

**PÁLYÁZATOK.**

5449/908. sz.

Alsófehér vármegye kisenyedi járásában a vingárdi **körorvosi állás** Vingárd község székhelyvel üresedésben lévén, arra pályázatot hirdetek.

Ezen közegészségügyi körhöz Vingárd, Oláhgyőr, Gergelyfája, Spring, Drassó és Kútfa községek tartoznak.

A körorvos évi javadalmazása:

1. 1600 korona és négyszeri, egyenként 200 koronát tevő, a nyugdíjba is beszámítandó ötödéves korpótlék.

2. Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 17. §-a értelmében megállapítandó lakáspénz — esetleg természetbeni lakás —, fuvarátvolsági és látogatási díj.

A megválasztandó körorvos kézi gyógyszerész tartására fel lesz jogosítva.

Pályázók az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előirt képesítést, életkort és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket **1909. évi január hó 31.-éig** hozzám nyújtsák be, mert a később érkezőket figyelembe nem fogom venni.

A választás határidejét későbbre fogom kitűzni.

V i z a k n a, 1908. évi december hó 30.-án,

3-1

*Szabó Lajos*, főszolgabíró.

28,430/1908. sz.

A nagyfalocsányi kórházban lemondás folytán üresedésbe jött **alorvosi állás** betöltendő lévén, ezen állásra az ügyviteli szabályzat 2. §-a alapján pályázatot nyitok.

Felhívom mindazon nőtlen orvostudorokat, a kik ezen 1500 korona fizetéssel, lakással, fűtéssel, világítással és elelmezéssel javadalmazott és a kórházban való belakás kötelezettségével és nyugdíjjogosultsággal egybekötött állást elnyerni óhajtják, hogy kellően felszerelt kérvényeiket az ügyviteli szabályzat 4. §-ában előirt módon **1909. évi február hó 28.-áig** hozzám nyújtsák be.

Azon pályázó, a ki közszolgálatban állott és azt megszakította vagy abbahagyta, köteles hivatalos működése időleges szünetelésének, illetőleg kilépésének okát okirattal igazolni.

N y i t r a, 1909. évi január hó 2.-án.

2-1

*Az alispán.*

96/1909. fh. sz.

A Budapesti Kerületi Munkásbiztosító Pénztár pályázatot hirdet a következő **kerületi kezelőorvosi állásokra:**

1. Budapesten, VIII. kerület (az illetőnek a Práter- és a Szigetvári utca körüli területen kell laknia), évi 1200 korona fizetéssel és 400 korona működési pótlékkal.

2. Dány, Valkó, Váczzentlászó és Zsámbok községekben lakó pénztári tagok számára Zsámbok székhelyvel, évi 500 korona fizetéssel és 100 korona működési pótlékkal.

3. Budafok-Nagytétényben, évi 1500 korona fizetéssel és 300 korona működési pótlékkal.

4. Gödöllőn, évi 500 korona fizetéssel és 100 korona működési pótlékkal.

Fenti állásokra a pályázati kérvények, oklevélmásolattal és egyéb képesítést tanúsító bizonyítványokkal felszerelve f. évi január hó 25.-éig adandók be fenti pénztár főorvosi hivatalához címelve (VII. Damjanich-utca 36. II. emelet 2), a hol az állásokra vonatkozó egyéb felvilágosítás is nyerhető (hétköznapokon délelőtt 10—12 óra között).

Az állások f. évi február hó 1-ével elfoglalandók.

Budapest, 1909. január 5.-én.

Budapesti Kerületi Munkásbiztosító Pénztár.

A pozsonyi m. kir. bábaképezdeben az 1000 korona évi jutalomdíjjal és teljes ellátással dotált **gyakornoki állásra** egy év tartamára történendő ki-nevezéssel pályázatot hirdetek. Az orvos-doktori oklevéllel és a valamely klinikai avagy kórházi gyakorlatot feltüntető okmányokkal felszerelt folyamódványok az 1909. év január 15-éig hozzám nyújtandók be.

2-2

Velits Dezső dr., igazgató-tanár.

A református Bethlen-collegium előjárósága pályázatot hirdet a Bethlen-collegium (főgymnasium, néptanítóképző és gyakorló iskola) **orvosi állására.**

Ezen állás kötelességei: a collegium összes tanulóinak a főhatóságilag megállapított „Utastás” szerinti gyógykezelése, az iskolai kórház vezetése, tanácsadás iskolai egészségügyi kérdésekben, az egészségtan tanítása a főgymnasiumban heti 2 órában és a néptanítóképzőben heti 1 órában.

Javadalma a Bethlen-collegium pénztárából évi 1300 korona havi előleges részletekben.

Felkérjük a pályázni óhajtókat, hogy pályázatukat 1909. évi január hó 20.-áig kellően felszerelve a Bethlen-collegium előjáróságához címzetten adják be.

A pályázati kérvényhez melléklendő: keresztlevelével, orvosi oklevél, egészségtan-tanári oklevél és szolgálati bizonyítvány eredetiben, vagy hiteles másolatban.

Megjegyzendő, hogy iskolaorvosi és egészségtan-tanári képesítéssel nem bíró orvos megválasztása esetén is egyelőre csak egy-egy évi ideiglenes alkalmazásra számíthat.

Az „Utastás”, valamint a kötetendő szerződés szövege a Bethlen-collegium gazdasági irodájában a hivatalos idő alatt bármikor megtekinthető.

Nagyenyed, 1908 december 21.

3-2

Gáspár János s. k., főgondnok.

Fejes Áron s. k., jegyző.

## HIRDETÉSEK.



A Bór és Lithion tartalmú  
**GYÓGYFORRÁS**

# SALVATOR

kiváló 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-Lipóczi Salvatorforrás-Vállalatnál  
Budapest, V. Rudolfrakpart 8

# Basedow-kór,

vérszegénység, idegbajok, stb.

# Tátrafüred:

téli saison.

Fürdőorvos: **Dalmady Zoltán dr.**

Egyetlen szer sem segíti elő annyira a felszívódást, mint a

# Vasogen

## Ichtiol-Vasogen 10%

az Ichthyol legrationalisabb és leghatékonyabb alkalmazási módja. A Vasogen elősegíti a gyors felszívódást: a gyógyszer tehát pontosan hat.

*Az értéketlen utánzatok elkerülése céljából kérjük mindig a „PEARSON”-féle eredeti csomagolást rendelni.*

# Lactagol

egy specifikus ható lactagogum.

A zsír- és fehérnyetartalom, valamint a tejmenyiségnek 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.

**Zománcz, üveg, öntött vagy vaslemez czimtáblákat**  
tetszés szerinti színezésben készít :: **ENGEL A.**, :: cím- és címerfestő Budapest,

TELEFON: 83-01.

IV., Gróf Károlyi-utca 28. szám.

Költségvetések ingyen.

**A SOVÁNYÍTÓ KÚRÁK LEGHATÁSOSABB SZERE!**

10 kg. súlyvesztés 4 héten belül az erő elyengülése és csökkenése nélkül.

# THYREOTHEOBROMINPILULÁK

soványító kúráknak

Prof. Dr. V. Mladějovsky,  
marienbadi fürdőorvos előírása szerint.

Készítő: B. Fragner's Apotheke, Prag 203-III. A pilulák csak orvosi rendelésre szolgáltatnak ki.

Irodalom rendelkezésre.

Kapható minden gyógyszerárban.

# 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 és Temesváry Rezső szerkesztésében 4. szám. ELME- ÉS IDEGKÓRTAN Babarezi Schwartzert Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3-4. szám. UROLOGIAI SZEMLE Ilyés Géza szerkesztésében 4. szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

## A Stefánia-gyermekkorház huszonötéves fennállása alkalmából.

A Stefánia-gyermekkorház, mely az 1839. évben Schoepf által alapított 12 ágyas, Pesti kisdedkórházból fejlődött ki fokozatosan, ez évben ünnepli mai épülete fennállásának negyedszázados évfordulóját. Az ősz-utcai Pesti szegény-gyermekkorház ugyanis, mely 1845-ben adatott át a nyilvánosságnak s a Pesti kisdedkórháznak volt természetes folytatása, 1883 szeptember hó 17.-én költözött át új díszes hajlékába s ezzel a gyógyintézet fejlődésének oly korszakába lépett, melyre ma, 25 év után, visszatekintünk érdemes, s alólirott hálás köszönettel adózik az „Orvosi Hetilap” érdemdús szerkesztőinek, hogy a mai számot, tekintettel az ünnepi alkalomra, a kórház tudományos közléseire teljességében rendelkezésére bocsátani kegyeskedtek.

Az új kórház építésének megkezdése merész lépés volt az intézetet fenntartó s szerény anyagi eszközökkel rendelkező egyesület részéről s ennek dacára a szenvedő beteg gyermekek ezen új otthona teljes mérvben sikerült volt s a Stefánia-gyermekkorházzal az egyesület saját erejéből egy oly nagy-szabású gyermekkorházat létesített, melyhez foghatót akkoron a külföldön is keresni kellett.

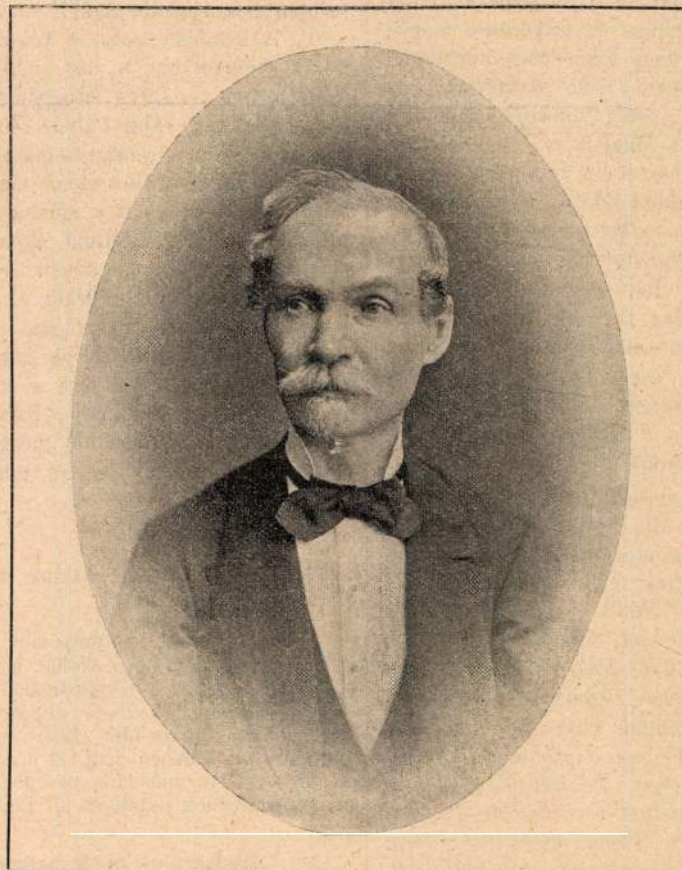
Bókai sen. csüggedést nem ismerő kitartása, meleg emberbaráti érzése s szakmája iránti odaadó szeretete alkotta

meg e nagy művet, melyre a társadalom méltán büszke lehet s bár Bókai sen., fájdalom, korai elhunyt folytán fáradozásainak gyümölcsét csak alig élvezhette, az intézet emberbaráti s szaktudományos működésére s továbbfejlesztésére kijelölte a helyes irányt, úgy hogy az igazgató utódnak az új intézet orvosi működésének teljes beállítása s továbbfejlesztése, a kor igényeinek megfelelőleg, az egyesület igazgató választmányának előzékeny s meleg támogatása mellett nagyobb fáradságot és gondot alig okozott.

Bókai sen. geniusa vezette az egyesületet s annak orvosi karát negyedszázados nehéz és küzdelmes munkájában, s hogy a lefolyt időben sikert mutatott fel, ezt csak annak köszönheti, hogy a kijelölt úton haladt előre s mindenkoron azon szellemben törekedett működni, melyet Schoepf-Merei Ágost s Bókai sen., hazai orvostudományunk ezen

két elhunyt jelese inaugurált ezen emberbaráti s tudományos intézetben.

B. J.



ID. BÓKAI JÁNOS DR.  
† 1884 OKTÓBER 20.-ÁN.

## TARTALOM:

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

- Bókay János:** A Stefánia-gyermekkórház huszonöt éves fennállása alkalmából. 37. l.
- Bókay János:** Közlés a budapesti „Stefánia“-gyermekkórházról. Adatok a stridor inspiratorius congenitus lényegének tisztázásához. 38. lap.
- Koós Aurél:** Közlés a budapesti Stefánia-gyermekkórházról. Igazgató: Bókay János dr., egyet. nyilv. r. tanár. Az úgynevezett mongolfoltról, 30 eset kapcsán. 42. l.
- Fleisch Armin:** Közlés a budapesti Stefánia-gyermekkórházról. Igazgató: Bókay János dr., egyet. ny. r. tanár. Az anaemia infantum pseudoleukaemica. 46. lap.
- Péteri Ignác és Singer Gusztáv:** Közlés a budapesti Stefánia-gyermekkórházról. Igazgató: Bókay János dr., egyet. nyilv. r. tanár. Myositis ossificans progressiva esete négy éves fiún. 50. lap.
- K. Finál György:** Közlés a budapesti Stefánia-gyermekkórházról. Igazgató: Bókay János dr., egyet. nyilv. r. tanár. Bóralatti veserepedés műtét által gyógyult esete. 52. lap.
- Paunz Márk:** Közlés a budapesti Stefánia-gyermekkórházról. Igazgató: Bókay János dr., egyet. nyilv. r. tanár. Idült genyes középfülgyulladásnak sinus-thrombosiszal és tüdőtályoggal szövődött, műtéttel gyógyult esete. 54. lap.
- Péteri Ignác:** Közlés a budapesti Stefánia-gyermekkórházról. Igazgató: Bókay János dr., ny. r. tanár. A Hirschsprung-féle betegségről egy eset kapcsán. 55. lap.
- Lobmayer Géza:** Közlés a budapesti Stefánia-gyermekkórházról. Igazgató: Bókay János dr., ny. r. tanár. Az urachusipolyról. 57. lap.
- Tóth Sarolta:** Közlés a budapesti Stefánia-gyermekkórházról. Igazgató: Bókay János dr., egyet. ny. r. tanár. Duhring-kór nyolcz éves gyermekben. 59. lap.
- Vas J.:** A budapesti Stefánia-gyermekkórház garatmögötti tályog statisztikája. 61. l.
- A budapesti Stefánia-gyermekkórház diphtheria-statisztikája 1891 január 1.-étől 1908 január 1.-éig. 63. lap.

- A budapesti Stefánia-gyermekkórházba felvett és intubált 1772 croup-eset forgalma negyedévi összeállításban 1891—1909-ig. 64. lap.
- A Stefánia-gyermekkórház irodalmi munkálatai az intubációról. 64. lap.
- A budapesti Stefánia-gyermekkórház ambulans-betegforgalma alapítása kezdetétől fogva. 65. lap.
- A Stefánia-gyermekkórház fekvő-beteg forgalma alapítása kezdetétől fogva. 66. lap.

- Eröss Gyula:** Schoepf-Merei Ágost. 67. lap.
- Az ösz-utezai pesti szegénygyermekkórház. 68. lap.
- Schoepf-Merei Ágost dr. bizonyítványa Boeck (Bókai) János 4. éves orvsnövendéknek a gyermekgyógyászati különleczkék látogatásáról. 69. lap.
- Az egyetemi gyermekorvostani klinika építése kérdésének jelenlegi állása. 69. lap.
- A Stefánia-gyermekkórház orvosi személyzete. 70. lap.
- Irodalom-szemle. Könyvismertetés. H. G. Adamson:** The skin affections of childhood. — *Kelinaek T. N.:* Tuberculosis in infancy and childhood. — *Jehle L.:* Die lordotische Albuminurie. — A gyermekorvostan körébe tartozó újabb irodalmi termékek. — *Lapszemle. Gyermekorvostan. Louis William Ladd és Frank J. Sladen:* A járványos agy- és gerinczagyhártályob serumkezelése. — *Smester:* A női tej physiologiai hőmérsékletének megállapítása. — *Finkelstein:* Az alimentáris intoxicatio. — *Kuttner:* Az uleus duodeninek az első évtizedben előfordulása. — *Heubner:* Ivókúra kénes vízzel a gyermekkorban. — *Méry és Palurier:* Rachitis congenita esete. — *William J. Butler és J. P. Long:* Vaccinagyógymód és serumkezelés leánygyermeknek gonorrhoeájában. — *Rimpel:* A gyermekkori hólyagdagaganatok. — *Mensi:* Az egészséges és az icterusos újszülött vérsavójának haemolysises képessége. 73—77. lap.
- Vegyes hírek.** — Pályázatok. — Hirdetések. 78. lap.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

## Közlés a budapesti „Stefánia“-gyermekkórházról.

Adatok a stridor inspiratorius congenitus lényegének tisztázásához.<sup>1</sup>

Közlő: **Bókay János** dr. egyetemi nyilv. rendes tanár, igazgató főorvos.

1904-ben érdemdús kartársunk, *Hochsinger* egy cikkében, mely önálló kiadásban is megjelent,<sup>2</sup> behatóan foglalkozik a *stridor inspiratorius congen.* kórképével. Terjedelmes és érdekesen megírt munkálatában azon következtetésre jut, hogy a kérdéses kórállapot mindenkoron a *thymus megnagyobbodása s az ezáltal okozott thymusnyomás által van feltételezve* s ép ezért ő a fenti elnevezés helyett a „*stridor thymicus*“ elnevezést ajánlja s óhajtja a gyakorlatban használatba vételét. *Hochsinger*-nek természetesen tudomása van az ily esetekben egyesek által talált gége-anomaliákról, nevezetesen a *gégefedő-deformatióról*, ezeket azonban *másodlagos* eredetűnek tartja s úgy véli — s ezt kísérletileg is bebizonyítottnak látja —, hogy a supponált felső légút-compressio által feltételezett dyspnoë az, mely a zsenge korú kis csecsemő aránylag lágyabb szövetű gégejének, nevezetesen gége-fedőjének alakj elváltozását létrehozza. *Hochsinger* aránylag nagyszámú esetét csak *in vivo* látta, behatóbb gégevizsgálatot (*palpatio, gégetükrözés, Kirstein-féle autopskopia* stb.) nem végzett s fenti állítása kizárólag *kopogtatási s radioskopikus* vizsgálati adatokra támaszkodik.

A fenti cikkre tudtommal *Ballin* reflectált először kritikailag,<sup>3</sup> a *Finkelstein* tanár vezetése alatt álló berlini „*Kinderasyl*“ másodorvosa s három, illetőleg öt szépen megészlelt eset alapján, melyek a „*Kinderasyl*“ osztályán észleltettek, cikkének conclusiója a következő: „*Die Thymus hat mit dem Stridor inspir. nichts zu thun; wo sie mit ihm zusammen vorkommt, handelt es sich um eine zufällige Koïnzidenz.*“ Továbbá: „*Diese Folgerung wird noch dadurch gestützt, dass sich hypertrophische Thymen bei Kindern finden, bei denen sich nie das geringste Symptom von Stridor zeigte.*“

*Ballin* ezen következtetésével szemben *Hochsinger* eredeti kijelentése 1904-ben a következő volt: *dass die mit dem Typus des Stridor cong. behaftete Säuglinge konstant vergrößerte Thymus und fast ausnahmslos bedeutend verbreiterte Thymus-Schatten zeigen, während Kinder, bei welchen normale Verhältnisse auf klinisch-radiographischem Wege zu konstatieren waren, niemals von der in Rede stehenden Geräuschbildung befallen waren.*<sup>4</sup>

Bár részemről úgy vélem, hogy *Lees* (1883),<sup>1</sup> *Thomson*

<sup>1</sup> Minden jog fenntartva. Előadatott a budapesti kir. orvosegyesület XXV. rendes ülésén, 1908 december 5.-én.

<sup>2</sup> *Stridor thymicus infantum. Eine pädiatrisch-radiologische Studie.* Wien, 1904. M. Perles.

<sup>3</sup> *Jahrb. f. Kinderh.* 1905. Bd. 62, der dritten Folge 12 B. Heft 6.

(1892),<sup>2</sup> *Refslund* (1896),<sup>3</sup> *Sutherland* és *Lambert Lack* (1897),<sup>4</sup> *Variot* (1898),<sup>5</sup> *Marc Hadour* (1900),<sup>6</sup> *Mc. Ibraith* (1900),<sup>7</sup> *Rocaz* (1901),<sup>8</sup> *Léon Cerf* (1901)<sup>9</sup> s végül *Ballin* (1905)<sup>10</sup> és *Muggia* (1907)<sup>11</sup> észleletei teljesen megvilágítják a *Hochsinger*-féle apodictikus állítás tarthatatlanságát, mégis, tekintettel a kérdés tisztázására felhasználható megfigyelések eddigi aránylag gyér számára, nem tartom feleslegesnek három esetemnek közlését, mert foglalatnak bennök a *Hochsinger*-féle állítás megdöntésére szolgáló érveken kívül oly momentumok is, melyek a stridor inspir. congenitus pathogenesisének *egyébkénti* felderítéséhez esetleg *lényegileg* szintén hozzájárulhatnak.

A két első esetet a véletlen körülbelül ugyanazon időszakban hozta szemem elé s bár mindkettőt, fájdalom, csak ambuláner észlelhettem s ezért feljegyzéseim ezekről hiányosak, törekedtem kórállapotukat, saját okulásonra, kihasználni, annyival inkább, mert hosszabb időn s részletesebben megfigyelni addig hasonló eseteket nekem nem sikerült s mégis már régóta élek azon meggyőződésben, hogy ezen esetekben a stridor létrejöttében a thymus szerepet alig játszhatik. Már rég feltűnt ugyanis nekem, hogy a stridor inspiratoriusban szenvedő csecsemők légzési nehézségét, mely emótióknál különösen nagy fokot érhet el s asphyxiáig is fokozódhatik, a kis csecsemők számára szolgáló *O'Dwyer-Northrup*-féle ebonit-tubus behelyezése *úgyiszlólván egy csapásra* megszünteti, mi, ha valóban thymus-hyperplasia okozná a stridort nyomás útján, kielégítő magyarázatot nem nyerhetne. Irodalmi tanulmányaim közepette örömmel láttam, hogy hasonló megfigyelést *Variot* is tett ismételtelen az intubatio terén jól ismert tanítványával, *Bayeux*-vel együttesen.

\* \* \*

## Három esetem vázlatos kórtörténete a következő:

## Első esetem:

F. 16 napos leánygyermek, intelligens szülők gyermeke, 1907. okt. 16.-án mutatott be a kórház nyilvános rendelésén, stridor inspiratorius kifejezett tüneteivel. Kórelőzmény gyanánt az anya előadja, hogy a légzési nehézség a születés napjától fogva fennáll, s különösen siráskor asphyxiáig is fokozódik. Első gyermeke 5½ hónapos korában állítólag spasmus glottidibus halt el s ez a körülmény különösen nyugtalanítja az anyát, látva második gyermekének légzési nehézségét. A gyermek anyja emlőjének bimbóját jól ragadja meg s tartósan tud szopni.

<sup>1</sup> Transactions of the patholog. Society of London. XXXIV. pag. 19.

<sup>2</sup> Edinburgh medic. Journ. Sept. pag. 200.

<sup>3</sup> Münch. med. Wochenschrift, Nr. 48.

<sup>4</sup> Lancet. 11 Sept. pag. 653.

<sup>5</sup> Journal de clinique et de thérapeutique infant. Juin.

<sup>6</sup> Société de Pédiatre. 9 oct.

<sup>7</sup> Lancet. Apr. 28. pag. 1207.

<sup>8</sup> Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie de Nantes. 24 Sept.

<sup>9</sup> ibidem.

<sup>10</sup> l. c.

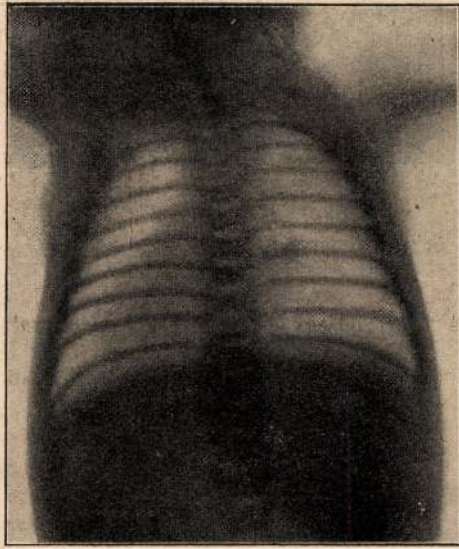
<sup>11</sup> Rivista di clinica pediatrica 1907. Nr. 12.

A kised jól fejlett és táplált, testsúlya 3150 gm.

Bemutatáskor *középfokú felső légútstenosis van jelen, kifejezett jugularis és scrobicularis behúzódással*. Légzés szaporább, hang kevésbé rekedtes. Mellsont kissé előre boltosul. Mindkét tüdőfél felett hátulról gyengültebb a légzés. Kopogtatási eltérés nincsen, thymus-megnagyobbodás, kopogtatással, nem mutatható ki. Has kissé puffadt. Sacral-tájon körülírtan hypertrichosis. Közéret *alig* alterált. Látható nyálkahártyák kissé halványak, nem szederjesek. Légzés *hangos*, sajátzerű *horkoló zörejt* által kísért. A légzés hangossága intenzitásában változik, nyugodt fekvéskor kevésbé feltűnő, nyugtalanítás mellett fokozódik. Légzés alvás alatt általában szabadabb, alig hangos, de horkoló.

A garat palpatiója rendellenességet nem mutat. A gégefő tapintásakor alaki elváltozás konstatalható annyiból, hogy a gégefedő pereme egész szélességében nem tapintható, hanem azon *benyomást* nyerjük, mintha az epiglottis *hossztengelyében összekunkorodva* volna. Tükörvizsgálat ismételt kísérlet mellett sem sikerül. Diagnostikus célból intubatiót kísérünk meg a kis csecsemők számára szolgáló legkisebb ebonit-tubussal (Northrup-tubus). A tubus bevezetése eléggé könnyen meg-ejthető, *csak az epiglottis rögzítése az ujjvéggel okoz némi nehézséget*. A tubusbevezetés után a légzés *úgyzólván rögtön felszabadul* s még emótióál sem jelentkezik s a légzési szám is gyérültebb (intubatio előtt 66, tubusfekvés alatt 46). Intubatio tartam *fél óra*.

Október 19. Anyja kimondása szerint a gyermek légzési nehézsége a tubus bevezetése óta *lényegesen* megjavult. A légzési nehézség esekélyebb, a horkolás kevésbé feltűnő. Ujabb tubusbevezetés s fekvő tubus mellett Röntgen-felvétel eszközöltetik. Az x-sugarakkal történt átvilágításnál a tubus *kissé ferde helyzetben látható* (eltérítés az epiglottis által?), *thymusmegnagyobbodásra valló árnyék az átvilágításnál nem látható*. (Lásd I. ábra).



1. ábra.

A további decursus alatt a bal nagy szeméremajkon kötőszövet-lóbból eredőleg tályog fejlődik, melyet csakhamar vándorló orbáncz s ennek folyamán pleuro-pneumonia követ, melynek a gyermek 1908 febr. havában áldozatul esik.

A lefolyás alatt intubációs beavatkozás még csak egy ízben történt és pedig nov. hó 17-én, fél órai tubusfekvéssel, miután a légzési nehézség, mely az okt. 16-i intubatio s egy órai tubusfekvés óta igen mérsékelt fokú volt, az utóbbi napokban fokról fokra fokozódott. A gyermek testsúlya, dacára az intercurrents bajoknak, okt. 18.-ától nov. 25.-éig 3470 gm.-ra emelkedett.

A gyér adatok a lefolyásról abban lelik magyarázatukat, hogy az esetet csak *néhányszor* láttam, s kizárólag *ambulanter* észleltem s a család orvosa a decursusról pontosabb feljegyzéseket nem tett. Sectio, fájdalom, nem volt megjegyezhető.

#### Második esetem:

D. 6 hetes kis csecsemő 1907 november 18.-án hozatott a kórház poliklinikus rendelésére, az anya azon panaszával, hogy a gyermek *úgyzólván születése óta nehezen* lélegzik. A lélegzés alvás közben állítólag könnyebb, míg ébrenlétkor nehezített s ugyanakkor a légzés *hangos* is. Síráskor a légzési nehézség olykor *asphyziáig* fokozódik. Anamnesis gyanánt közli továbbá a kevésbé intelligens anya, hogy *első két gyermeke spasmus glottidishen halt el*.

A csecsemő jól táplált. Fejkerfogatata rendes, nagy kutaes normális, középfokú craniotabes a lambda-varrat mentén. Mellkas alaki eltérést nem mutat. A lélegzés *mérsékelt* nehezített s a felső légútstenosis típusát mutatja, kifejezett scrobicularis behúzódással. Légzési szám 40 percenként. Hang tiszta, a légzési nehézség fokozódásakor a légzés *hangos, sajátzerű horkoló hang* által kísért. A mellkasi szervek fizikális vizsgálata negatív, thymusmegnagyobbodásra utaló tompulat a kopogtatásnál *nem* található. A garat vizsgálata negatív. Gégetük-

rőzés *nem* sikerül. A gégefő palpatiójakor az epiglottis nehezen kiegyenesíthető, s azt a *benyomást* nyerjük, mintha a *gégefedő hossztengelyében összehajlott s nehezen kiegyenesíthető volna*. A gyermek közéret a nehezített légzés által *alig* alterált. Jól s tartósan szopik. Intubációs kísérlet *nem* történt. Belsőleg phosphor-olaj adagoltatik.

A csecsemőt másodízben csak 1908 február 4.-én láttam, midőn a gyermek status eclampticussal mutatott be. Az eklampsia állítólag néhány nap óta áll fönn s *azóta* lázas is a gyermek. Végbélhő bemutatás-

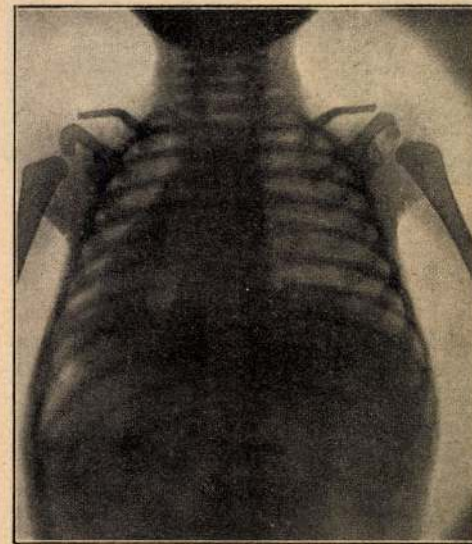


2. ábra. A kóros gége mellé van állítva az ép gége.

kor 38-00°. Tekintettel az erősen feszülő kutaesra, *Quincke-féle punctio* végeztek, midőn is, *erős nyomás* mellett, 15 cm<sup>3</sup> viztisza folyadék bocsátatik le. Légzési nehézség *esekély* fokú, légzés *csak kevésbé hangos*.

A következő napok alatt, dacára az ismételt megejtett punctió-nak (20 cm<sup>3</sup>), az állapot fokról fokra rosszabbodik, az eklampsia *úgyzólván állandó* s a láz mindinkább fokozódik.

Február 8.-án a bemutatott csecsemő már erősen collabált, *végbélhő: 42°*. Tekintettel a praemortális jelenségekre, a csecsemő, bonczolat meg-



3. ábra.

ejtése céljából, felvételük a kórházba, hol is alig egy-két óra lefolyása után meghal.

Bonczolelet: (Preisich dr. egyet. docens.)

Az agynak és agyburkoknak jelentékenyebb hyperaemiája mellett az ependyma kissé vastagodott, durván szemcsézett. Az oldalsó agykamarák erősen tágultak, tiszta cerebrospinalis folyadékkal telvők. Mindkét tüdőben néhány atelektaziás gócz. Pleurákon és lépen néhány petecs.

Gégebemeneti nyílás keskeny, rhombalakú. A rhombus felső szarúil a *hosszirányban összekunkorodott epiglottis szélei alkotják, melyek felső*

felülkel teljesen egymáshoz érnek. A rhombus alsó szarait a lig. ary-epiglotticumok alkotják, e mellett a rhombalaku nyílás az oldalszögletek helyének megfelelőleg tompaszöglet képez, nyílásával hátfelé. A gégebemenet nyílásának hossza mintegy 7 mm., legnagyobb harántmérete 3 mm. (Lásd 2. ábra). Thymus rendes nagyságú.

*Harmadik esetem:*

G. három hónapos csecsemő 1908 május 11-én vétetett fel a kórház csecsemő-osztályára stridor inspir. cong. kifejezett tüneteivel. A csecsemő, ki mesterségesen táplált, eléggé atrophias (3000 gm. testsúly) s a légzési nehézség, nyugodt magatartás mellett is, eléggé intenzív. A röntgenogramm thymus megnagyobbodása ellen szól (lásd 3. ábra) s a gégefő palpációjá valószínűvé teszi az epiglottis deformációját. A kórházi tartózkodás alatt a kisdud testsúlya, eltekintve az első hetektől, lassan bár, de következetesen emelkedik s általános állapota fokról fokra oly kedvezően változik, hogy szeptember 8-án megkísérthetjük, narcosis alatt, a Kirstein-Killian-féle laryngo-tracheoskopia directát. (Paunz M. dr. főorvos.)

Mély chloroformnarcosisban kevés 10%-os cocain helyi alkalmazása után a kisdudet feltámasztjuk ülő helyzetbe és a Killian-féle csőves spatulával megtekintjük a géget. A vizsgálat nagyon könnyen sikerül. A gégefedő halvány, éles sima szélű, mindkét oldalról egyformán összenyomott. Igen jól látható, hogy kisebb fokú stridornál a gégefedő bal felé minden belézésnél, lazult lebeny módjára, a gége bemenete felé odaszivatik; majd midőn nagyobb fokú spasmus jelentkezik, az egész gégefedő a gége üre felé beszivatik; minden belézéskor teljesen eltűnik, míg kilézéskor mindig eredeti helyzetébe ugrik vissza. A belézés, a gégefedő beszívásával együtt, a jellegzetes laryngospasmusos zörejt kíséri. A gégefedő elővonásával a spasmus megszűnik és most jól látható, hogy a gégeben semminemű bonczati elváltozás nincsen. A nyálkahártya alig belövelt, a hangrés szabad, a hangszalagok belézéskor jól széjjeltérnek s a gége és légeső üre is szabad.

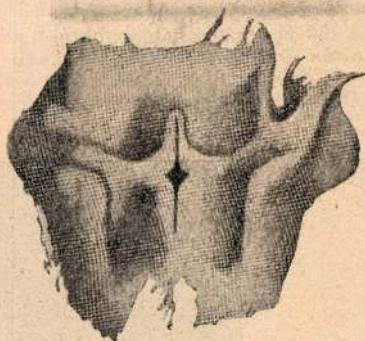
A gyermek stridora az utóbbi időben jelentékenyen enyhült s nyugodt fekvés mellett légzése alig hallható. Közérzete fokról fokra javul s testsúlya az öt kilót már túlhaladja. A beteg a csecsemő-osztályon továbbra is megfigyelés tárgya.

\* \* \*

Arra, hogy stridor inspiratorius cong.-ban a gége-bemenet bizonyos alaki elváltozásokat mutat, melyek egyrészt a gégefedő



4. ábra.



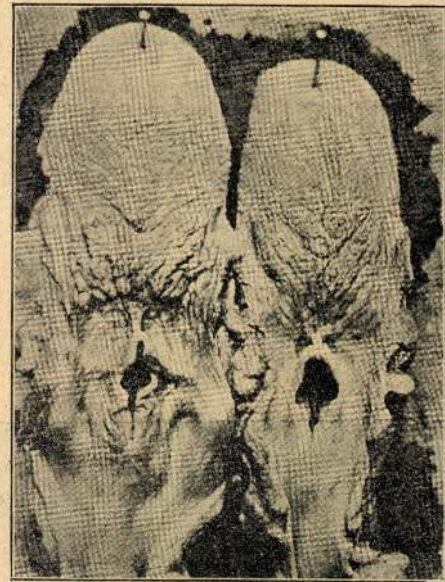
5. ábra.

összehajlásában, másrészt pedig az aryepiglottikus redők megváltozott helyzetében nyilvánulnak, először D. B. Lees mutatott rá, ki már 1883-ban demonstrált egy ily anatómiai készítményt a londoni „Pathological Society” előtt. Utána 1892-ben Thomson hasonló észleletekről tett közlést; míg azonban az érdekes angol író a gége-bemenet fent jelzett elváltozásait (lásd 4. ábra) csak másodlagosnak tartotta (de, mint alább látjuk, nem Hochsinger értelmezése szerint), addig H. Refslund egy jól megészlelt s bonczolt esete kapcsán (lásd 5. ábra) a kieli gyermek-kórház anyagából (1896) a kérdéses gége-elváltozásokat mint elsődlegeseket állítja oda, s a stridor inspiratorius cong. lényegét kizárólag ezen elváltozásokban véli feltalálni.

A következő, 1897. évben Sutherland és Lambert Lack a Lancet-ben egy tömören megírt cikkben már az esetek egész sorozatát (18 eset) közlik, hol sikeres gégetükri vizsgálat alapján mutatták ki, s demonstrálhatták a gégefedő összehajlását s az aryepiglottikus redők egymáshoz való közeledését, s Thomson-nal ellentétben, úgy mint Refslund, elsődlegesnek s a stridor direct okozójának tartják a gégefő-elváltozást. A két társszerző anyagában csak egy bonczolt eset fordul elő, s ezen esetben a

gégetükörrel konstatált jellegzetes alaki változás a bonczolatnál beigazolódott, s thymusmegnagyobbzás ép úgy nem találtatott, mint Refslund fent érintett esetében.

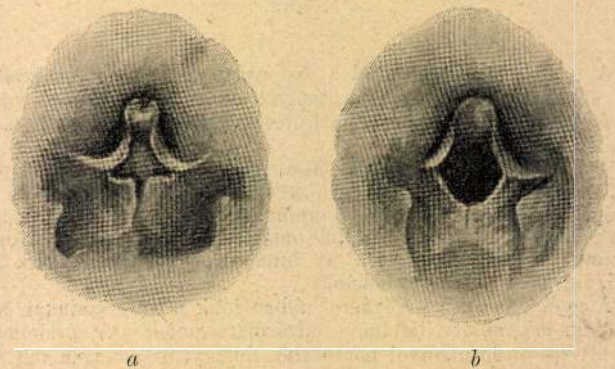
A stridor inspiratoriusra vonatkozó irodalomban a fenti szerzőkön s Ballin idézett munkálatán kívül különös súlylyal bír a stridor congen. lényegének megállapításánál Variot-nak, az érdekes francia paediaternak s tanítványának Marc'Hadour-nak közlése, Ch. Rocaz, Leon Cerf és Mc.Iraith közleménye, Thomson-nak a Grancher-Comby-féle nagy gyűjtőmunkában<sup>1</sup> meg-



6. ábra. Variot esete. a kóros gége, b ép gége.

jelent tartalmas cikke, Lunghini, Massei, Biaggi nosographiája,<sup>2</sup> s Muggia közlése.

A Hochsinger-féle állítás megdöntésére directe kiváló értékkel bír Refslund, továbbá Sutherland és Lambert Lack egy-egy esetén kívül (lásd fentebb) Variot-nak, Mc.Iraith-nek s Ballin-nak bonczolt esete, a mennyiben a jellegzetes gégebemenet-elváltozások mellett thymusmegnagyobbzás in cadavere egyikben sem konstatáltatott (Variot esetében a thymusnak csak jelentéktelen maradványai — „des reliquats insignifiants” — találtattak).



7. ábra. Ballin esete. a kóros gége, b ép gége.

A mellékelt ábrák (lásd 6., 7. ábra) mutatják Variot és Ballin esetében a gége jellegzetes kórbonczolástani képét.

\* \* \*

Bruder szerint<sup>3</sup> Variot a gégebemeneti változásoknak két típusát különbözteti meg:

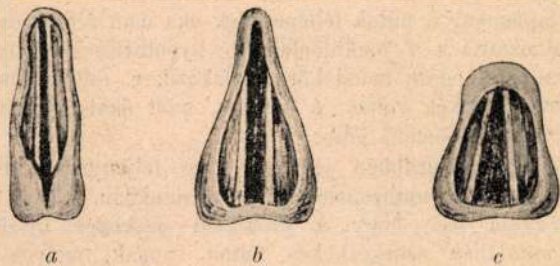
<sup>1</sup> Traité des maladies de l'enfance. Tome III. pag. 113. 1904.

<sup>2</sup> Nosographia del cosidetto stridore laringes congenito. Napoli. 1905.

<sup>3</sup> Contribution a l'étude du stridor laryngé congénital. Thèse de Paris. 1901.



Az elsőnél (lásd 8. ábra első kép) a deformatio a maximumot mutatja: az epiglottis hátrafelé összehajlott, úgy hogy szabad szélei egymáshoz annyira közeledtek, hogy a gégefedő egy vályút alkot, s a lágú és petyhüdt aryepiglottikus redők majdnem egymásra feküsznek, miáltal a gége-bemenet hátulsó felében egy hosszan megnyúlt, aránylag szűk nyílás látható („*forment une simple fente*“). Ez által Variot-Bruder szerint a vestibulum laryngisben egy valószínűs vestibuláris glottis képződik, mely a behatott levegőáram behatása alatt vibrál, s létrehozza a sajátos zörejtes zörejt.

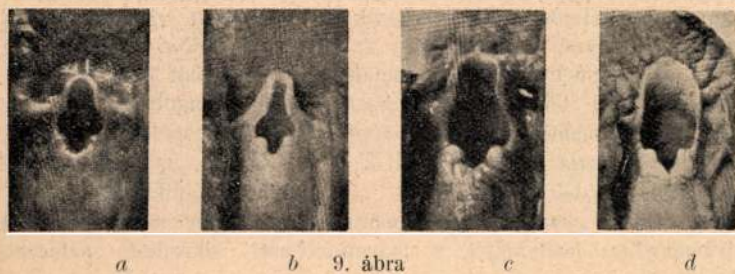


8. ábra.

A második típusnál (lásd 8. ábra második kép) a deformatio jórészt csak az epiglottisra szorítkozik: a gégefedő itt is visszahajlott hosszengelyében, de az összehajlás kevésbé erős, s ennek megfelelőleg az aryepiglottikus redők csak elülső részükben közeledtek egymáshoz, míg hátulsó részük különösebb eltérést a rendestől nem mutat. Az első típushoz tartoznak Lees, Refslund, Sutherland és Lamberth Lack, továbbá Variot, Leon Cerf, Ballin, Thomson és Mc.Ibraith esete, illetőleg esetei, s az én bonczolt észleletem, míg a második típus alá volnának sorozhatók Sutherland és Lamberth Lack több esete, Marc'Hadour észlelete, Rocaz Kirstein-féle autokopiával vizsgált két betege,<sup>1</sup> Muggia esetei, s az én harmadik, Kirstein-Killian-féle laryngotracheoskopia directával vizsgált esetem.

\* \* \*

Miként fentebb láttuk, míg Lees és Refslund közlése alapján az észlelők legtöbbje a gége tárgyalt alaki elváltozását elsődlegesnek tartja, addig Thomson, bár szintén kizárja a thymus befolyását a kérdéses kórkép létrejötténél, ezen változását a gége nek másodlagosnak veszi s úgy véli, hogy inkoordinált légzés, mely analog volna a dadogók inkoordinációjával („*ill-coordinated spasmodic action of the muscles of respiration, a choreiform respiratory spasm, analogous to stammering*“) okozza az állandóan nehezített légzést s ez hozza létre aspiratio útján a zsengekorú esecsemő gégejének állandósult alakváltozását, melyet lehetővé tesz a már Luschna által konstatált nagy lágysága és engedékenysége a kisedd gégejének. Thomson, Logan Turner-rel kísérletileg is igyekezett felfogása helyességét bizonyítani s kísérlete eredményéről a British medical Association előtt számolt be 1901-ben.<sup>2</sup>



9. ábra

Thomson szerint<sup>3</sup> a gége felső bemenetének contourjai születéskor alig térnek el a felnőttekétől (lásd 9. ábra első kép), szövetei azonban sokkal lágyabbak és könnyebben esnek össze, úgy hogy a fiatal esecsemőnek sokszor szabálytalan, lökészerű belégzése által gyakran igyekeznek közeledni egymáshoz. Ez

<sup>1</sup> Lásd H. Martin munkáját: Du stridor laryngé congénital des nourrissons. Thèse de Bordeaux. 1902.

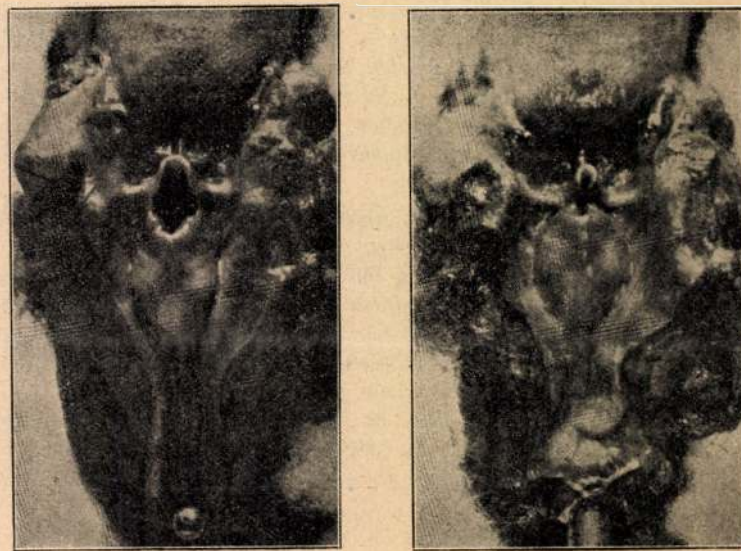
<sup>2</sup> British Med. Journ. Dec. 1. 1900.

<sup>3</sup> Thomson: Guide to the clinical examination and treatment of sick children. Edinburgh-London. 1908.

csakhamar a megfelelő gégerészlet alakváltozását vonja maga után s így előáll az infantilis typus (lásd 9. ábra második kép), mely különböző fokban megtalálható valamennyi fiatal kiseddnél. Ezeknél az epiglottis hátulról tekintve többé-kevésbé kifejezetten vályualakú lesz azáltal, hogy a puha és engedékeny aryepiglottikus redők egymáshoz közelednek, miáltal szűkíthetik is a gége bemenetét. A kisedd növekedésével a gége falai merevebbé válnak és fokozatosan felveszik a felnőttek típusát (lásd 9. ábra harmadik és negyedik kép).

Thomson, Logan Turner-rel egyszerű kísérlettel bizonyította, hogy az újszülött cadaveréből kivett gégebemenet erőszakos mesterséges belégzés alatt ugyanolyan elváltozást mutat, mint stridor inspiratoriusnál. Újszülött gyermek gégejét az azokat környező szövetekkel együtt eltávolították s 18 hüvelyk hosszú hajlított fémcsövet vezettek a légső alsó nyílásába; azon czélból pedig, hogy a hangrés állandóan nyitva maradjon, kis gummicsövet helyeztek a hangszalagok közé. Ha mesterségesen erőltetett belégzést végeztek a csövön át, azt találták, hogy minden belégzés alkalmával a gége bemenetén meglepő változás áll elő s az ily módon beálló deformitás teljesen azonos a stridor congenitalis gégekével (lásd 10., 11. ábra).

Ezek szerint Thomson felfogása értelmében a stridor inspiratoriusnál a gégebemenet jellegzetes képe nem más, mint az



10. ábra. Mesterséges belégzés előtt.

11. ábra. Mesterséges erőltetett belégzés alatt.

infantilis typus fokozódása s ennek létrehozatalában szerinte a légzési incoordinatio a tulajdonképeni lényeg.

Tény, s ezen a nézetem van Heubner<sup>1</sup> is, hogy Thomson felfogása a kórkép létrejöttét világosan állítja előnk, s teljes magyarázatát adja annak is, hogy a stridor tünetei idővel, hónapok után, nyom nélkül eltűnnek s ezzel, mint az Variot-nak Marc'Hadour-ral hosszan megfigyelt esete szépen mutatja, a gégefő deformációja is teljesen visszafejlődik; azon tény azonban, hogy chloroformbódítás alatt a stridor nem szűnik, legfeljebb enyhül (Sutherland és Lambert Lack, David és Lees, Léon Cerf, Bókay), Thomson elméletében magyarázatot, nézetem szerint, nem talál.<sup>2</sup>

\* \* \*

Három esetem tanulsága ezek után a következő: Első esetben, a hol a stridor inspir. cong. feltűnő volt, a röntgenogramm tisztán mutatja, hogy a thymus megnagyobbodva nincsen, a gégefő palpációja azonban valószínűvé teszi a gégebemenet, illetőleg epiglottis deformációját.

Második esetünkben a bonczolat kétségtelenül igazolja a gége-

<sup>1</sup> Lehrb. d. Kinderheilk. II. Bd., pag. 231, 1906.

<sup>2</sup> Erdeműs gégegyógyászok, Lóri Ede, a pesti szegénygyermek-kórházban tett megfigyelései alapján 1891-ben a stridor inspiratorius lényegének a glottis ú. n. clonusos göresét tekintette.

deformatiót, a mennyiben a boncsoláskor az alaki eltérésnek *typikus*, mondhatnám *klasszikus* képét találtuk, mi mellett a thymus meg-nagyobbodást egyáltalában *nem* mutatott.

Harmadik esetben a direct gégevizsgálat *kétségtelenül* mutatja az epiglottis oldalainak behajlását, mi mellett a Röntgen-kép thymusmegnagyobbodásra utaló árnyékot *nem* ad.

*Mindhárom észleletem tehát Hochsinger felfogása ellen szól.* Hogy vajjon esetemben a gége alaki elváltozása *elsődleges* volt-e avagy *másodlagos*, a Thomson-féle felfogás értelmében, arra harmadik esetem *határozott* feleletet ad, a mennyiben az epiglottis oldalainak ventilszerű behúzódása belégzéskor a *Killian-féle* laryngoskopia directa segítségével tisztán volt látható. Az a körülmény, hogy első és második esetem körelőzményében az *ideges terheltség*, az *első gyermekeknek spasmus glottidis-a mint causa mortis* a leg-erősebben kifejezve szerepel, nagyon a mellett látszik szólni, hogy mégis *coordinatio-zavar* játszsa ezen esetekben a *főszerepet*, úgy mint Thomson gondolja, s az epiglottis összehajlása s az ary-epiglottikus redők rendellenes állása csak *másodlagos* keletű, tehát *aspiratio-jelenség*.

*Marfan esete, Rehn jun., König, Perrucker* sikerrel műtett betegei, valamint *Jacobi, Kruse, Cahen* és *Biedert* boncsolt esetei ugyan kétségtelenné teszik azt, hogy hypertrophiás thymus is okozhat nyomás által tracheaszűkületet, de ezen észleletek alapján generalizálni s a stridor congenitust általában a thymus-hyperplasiával összefüggésbe hozni, ismereteink mai állása alapján nem lehet. Egyáltalában úgy látszik, hogy a thymus szerepe a felső légútstenosisok létrehozásában *kisebb*, mint azt *egyesek* felveszik, legalább erre utalnak *Kurt v. Sury* nagy szorgalommal eszközölt hullavizsgálatai, melyeket Bécsben, *Kolisko* tanár intézetében végezett,<sup>1</sup> mely vizsgálatok végeredményét a szerző a következő pontokba foglalja össze:

a) A trachea lumene az újszülöttnél harántul ovális és megkeményítéskor mindinkább keskenyedik.

b) A trachea bifurcatiója fölött (arcus aortae) és egyéb helyeken (art. anonyma, art. carotidea) észlelt lelapulások nem tekintendők egyebeknek, mint a vérerek lerajzolódásának és a légesöhöz való hozzásimulásának, és pathologikus jelentőségük nincs. Létrejöttükben a thymus nyomása nem szerepel.

c) A thymus nagysága az egyén tápláltságának megfelelő. Gyakran túlbecsülik a thymus nagyságát és igen nagy mirigyről beszélnek olyankor, a mikor az a normális nagyságot még nem haladja meg.

### Közlés a budapesti Stefánia-gyermekkorházból.

Igazgató: Bókay János dr., egy. nyilv. r. tanár.

### Az úgynevezett mongolfoltról, 30 eset kapcsán.<sup>2</sup>

Közli: *Koós Aurél* dr. egyet. tanársegéd.

Az utóbbi években egyre gyakrabban találunk gyermekgyógyászati folyóiratokban „mongolfolt” eset leírásokat s ezekhez csatolt, gyakran kissé kalandos magyarázatokat.

A „mongolfolt” egy kisebb-nagyobb terjedelmű, leggyakrabban a keresztcsont tájékán megjelenő jellegzetes, kékes-szürke, néha sötétkék színű, az ép bőrrel egy szintben álló folt, mely főképp a csecsemő- vagy első gyermekkorban áll fenn, de ritka kivétellel felnőtteken is észlelhető. Nevét onnan nyerte, mert e foltot első észlelői a japánokon, majd más mongol eredetű népfajokon találták kizárólag s így a mongol népfajokra jellegzetesnek tartották. Főképpen e nézet indított engemet arra, hogy nálunk, mint a mongol népfajjal rokonságban álló népnél, az előfordulására vonatkozólag vizsgálatot tegyek.

A mongolfoltot nem régen ismerik Európában; nem tekintve a dán *Saabye* (1816) feljegyzéseit, ki mint hittérítő hosszabb időt töltött Grönlandban s a bennszülött csecsemők keresztjékén gyakran látott ilyen kékes foltokat, *Eschricht* (1849) vezette

<sup>1</sup> Über die fraglichen Beziehungen der sog. Mors thymica zu den plötzlichen Todesfällen im Kindesalter. Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Medicin. Dritte Folge. Bd. XXXVI, H. 1, 1908.

<sup>2</sup> Minden jog fenntartva.

be a tudományos világba ennek ismeretét. Behatóbban és részletesebben foglalkozik e kérdéssel *Bälz* stuttgarti anthropologus (1885), ki több évet töltött Japánországban. Állítása szerint a legtöbb japán csecsemőnek kereszt- vagy fartájékán egy vagy több kékesen áttűnő folt van, mely a későbbi gyermekkorban csaknem mindig nyom nélkül eltűnik. Ő volt az első, ki e foltokat górcsővel vizsgálta s a foltoknak megfelelően a coriumban pigmentsejteket talált. *Bälz* szerint e foltok az V. embryonális hónapban jelennek meg. Oka szerinte intrauterinális nyomás nem lehet, mert a foltok úgy fejl., mint farfekvésnél előfordulnak.

A japánokat e foltok fellépésének oka már régen, évszázadok óta foglalkoztatta s a legkülönbözőbb hypothesisokkal igyekeztek azt magyarázni; egész mondakör csatlakozik e foltok létezéséhez, s a japánok büszkék voltak e foltokra, mint őket az idegen népfajoktól megkülönböztető jelre.

*Bälz* után sűrűbben jelennek meg feljegyzések ily foltok észleléséről, főleg anthropologiai folyóiratokban. Így 1886-ban *Sören Hansen* írja, hogy a grönlandi eszkimók újszülötteinek keresztcsontjékén szürkéskékes foltok vannak, melyek az első év végével eltűnnek.

Igen pontosan írja le *Grimm* (1895) e foltot, kinek górcsővel vizsgálata is figyelemreméltó. Ő a foltokat okozó pigmentsejteket a corium mélyebb rétegeiben találta, s a pigmentsejtek alakját is a közönségestől eltérőnek mondja. Már 4 hónapos embrióban talált ily jellegzetes pigmentsejteket, s szerinte a mongolfolt már e korban jelentkezik. Vizsgálatai japán gyermekekre vonatkoznak.

Egy névtelen feljegyzés szerint a Philippini-szigetek bennszülöttei hátul a vesék tájékán foltal születnek.

A francia *Matignon* a chinai gyermekeken csaknem mindig megtalálta e foltokat a far- vagy ágyéktájékán. 2½ éves korig 97%-on fordult elő e folt, 4 éves korig csak 10—12%-on, míg 5 éves gyermekeken már egészen kivételesen látható. A sárga fajra találja jellegzőnek e foltot.

*Chemin* 1899-ben a „Revue de l'école d'anthropologie” című folyóiratban közli, hogy az annanitákon, chinaiakon, sziamiakon s ezek keverékűsülöttein igen gyakran talált ily foltokat. Egy éves korig 89%-on, 2—3 éves korig 71%-on, 3—8 éves korig csak 19%-on.

*Kohlbrugge* az összes maláji népfajokban megtalálta e foltokat, nemesak a keresztjékén, de egyebütt is.

*Bülov* Samoa bennszülöttein találta meg e foltot, kik ezt a tiszta bennszülött eredet jelének tartják. Bennszülöttek és európaiak házasságából származott gyermekek csak nagyon ritkán bírnak ily foltal.

1901-ben *Bälz* ismét e kérdéssel foglalkozva hangsúlyozza, hogy e foltok csak a mongol fajon s a vele rokonságban levő népfajokon fordulnak elő s e foltot a legfontosabb megkülönböztető jelnek tartja a mongol és egyéb fajok közt.

1903-ban jelenik meg *Buntaro Adachi* dr. kintűnő tanulmánya a bőr pigmentjéről az emberben s a majomban. E tanulmányában részletesen kiterjeszkedik a mongolfolt vizsgálatára is, melynek lényegét kiemeli, hogy az e foltot előidéző sajátos és jellegzetes pigmentsejteket megtalálta oly európaiak kereszt-, far-, vagy ágyéktáji bőrénél coriumában, kiken mongolfolt nem volt jelen. A „Zeitschrift für Morphologie und Anthropologie” ugyane számában mutatja be *Adachi* és *K. Fujisawa* dr. az első, európai gyermekeken észlelt mongolfoltot. A müncheni poliklinikán (Prof. *Seitz*) észlelt gyermek apja morva, anyja bajor származású. A közleményhez mellékelték a mongolfolt-eset sikerülten színezett ábráját.

1907-ben *Wateff* dr. (Sofia) a párisi Société d'anthropologie egy ülésén 20 mongolfolt-esetet mutat be, melyek közül 17 tiszta bolgár, 2 izraelita, 1 cigány eredetű. A leírás szerint ezek tipikusan kifejezett mongolfolt-esetek, melyek közül több kiválik a foltok nagy számával és a gerinceoszlop mentén való részarányos elhelyezésével.

*Fujisawa* az előbb említett, Münchenben észlelt esetet a *Jahrb. f. Kinderheilkunde* 62. kötetében is közli (1905) s ezzel megindítja a legkülönbözőbb országokban és világrészekben észlelt mongolfolt-esetek leírásának egész tömegét.

Ugyanez év végén mutat be *Sperk* a bécsi „Gesellsch. f.

inn. Med. und. Kinderheilkunde" novemberi ülésén egy mongolfolt-  
esetet; egyúttal megjegyzi, hogy többször észlelte e foltot magyar  
származású gyermekeken s e folt jelentkezésének okát illetőleg a  
magyarok és a mongol faj közti rokonságra utal.

A következő évben (1906) *Epstein*, a prágai paediatra közöl  
5 esetet, melyet Prágában észlelt, s felveti azon lehetőséget, hogy  
ezen foltok késő jelei egy esetleg évszázadok előtti fajkeverésnek.  
Igy e hypothesis támogatására megemlíti, hogy a mongolok  
hódító hadjárataik idején, a 13. században Európában egész  
Morvaországig eljutottak, s nem tartja lehetetlennek, hogy a *Fujisawa*  
által közölt mongolfolt-*eset*, tekintettel az apa morvaországi  
eredetére, esetleg az ezen alkalommal történt fajkeverésnek köszön-  
heti létezését.

1907 elején egy a florenczi gyermekpoliklinikán észlelt  
mongolfolt-*eset*et ír le *Menabuoni*. A gyermek szüleinek szár-  
mazását elég pontosan és messze a multba menőleg ismerte, s így  
itt nem tartotta valószínűnek, hogy ősei közt egy mongol eredetű  
volt volna. Ellenben a gyermek a mongolismus tüneteit (?) észlelte  
s a mongolfolt megjelenését ezzel hozza kapcsolatba.

1907-ben *Tugendreich* közöl két esetet, melyet berlini  
csecsemőkön észlelt; előtte a mongol eredet kevésbé látszik való-  
színűnek, ellenben feltűnik neki, hogy a mongolfolttal bíró két  
csecsemő a sötét typushoz tartozik. Ez évben ismertet egy tiszta  
holland eredetű gyermekben levő mongolfoltot *Cornelia de Lange*.

*Hermann Ch. dr.* 1907-ben 2000 fehérbőrű gyermek  
közül haton (5 orosz, 1 olasz) talált mongolfoltot. A négereknél



1. ábra.



2. ábra.



3. ábra.



4. ábra.

sokkal gyakoribb e folt, állítólag 100 közül 25-ön van meg e  
jellegzetes, náluk inkább szürkés színű, gyakrabban többmagával  
jelentkező folt. *Herrman* nem tartja sem az elfajulás jelének, sem  
pedig valamilyen fajra nézve jellemzőnek e foltot.

Igen gyakran fordulnak elő ilyen ágyéki és kereszt-tájéki  
foltok *Rivet* (Páris) szerint a délamerikai indiánokon, azon  
eltéréssel csupán, hogy a foltok színe inkább zöldes, a kékes  
szín helyett. Ennek oka valószínűleg csak a bőr színkülönbségében  
rejlik. A foltok egyéb tulajdonságait illetőleg különben minden-  
ben megegyeznek a japánokon észlelt foltokkal, még előfordulásuk  
gyakorosságában is. Az indiánoknál is a tiszta faj jelének tartják.

*Brenneman J.* az amerikai négereknél 40 vizsgált gyermek  
közül 35-ön talált ily foltot az ágyék- vagy kereszt-tájékon. Ezek  
közül három esetet részletesen leír, mind a három 1 éven aluli  
gyermek, kettőn közülök a vállon és a végtagok háti felszínén is  
voltak ily jellegzetes kékes színű foltok elhelyezve. *Brenneman* nem  
tartja jellemzőnek a fajra nézve e foltokat s a nekik tulajdonított  
jelentőséget túlzottnak mondja.

Az általam észlelt 30 eset rövid és vázlatos leírását a  
következőkben adom:

1. R. M. 3 éves fiú. A farbevéágás felső végén egy öt-koronás nagy-  
ságú és alakú, elmosódó szélű kékeszürke folt látható, mely nem emel-  
kedik a bőr felszíne fölé, nem szőrözött, csak, mint a szomszédos ép  
bőrterület is, finom szőrpíhével borított. Az ágyéki és alsó hátsigolyák  
fölött és mellett egy férfitenyérszerű területen 5 drb. koronás—kétkoronás  
nagyágú halványabb színű, szabálytalan alakú és elhelyezési folt van.  
A IV—V. hátsigolya magasságában, ezektől kissé balra elhelyezve egy  
gyermektenyérszerű, a jobb lapoczkacsúcs fölött egy ötkoronás nagyágú,

az előbbinél lényegesen halványabb kékes színű folt van (lásd 1. ábra).  
A foltok születése óta fennállanak, születésekor sötétebbek voltak. Fél  
év után bemutatáskor a foltokat halványabbnak találjuk. A foltok 1—2  
meter távolságból szemlélve élesebb határúnak látszanak. 4 gyermek  
közül a második, az I. és IV.-nek nincs hasonló foltja, a III.-nak,

(2. eset), R. L. 1 éves fiúnak, a farbevéágás fölött 2 ujjnyira kissé  
balra egy kétkoronás nagyágú, halvány kékeszürke, elmosódó határú  
foltja van. Háromnegyed év után ismét láttuk a gyermeket, s ekkor a  
folt már teljesen eltűnt.

Az apa Csehországból származik, szőke, anyja magyarországi ere-  
detű, bőre barnás, haja és irise kifejezetten barna színű. A gyermekek  
bőre csak kevésbé barnás, hajuk sötét, irisük barna.

3. eset. Cs. A. 8 hónapos leány. Születése óta fennáll a kereszt-  
csont j. oldalán egy koronánagyágú, kékeszürke, elmosódó határú folt;  
a gerincoszlop felső lumbális részlete fölött a II—III. ágyékesigolya  
magasságában egy 2 cm. széles, 7 cm. hosszú, harántul futó, kissé hal-  
ványabb folt. A gyermek erősen barna bőrfű, fekete haj, sötét iris;  
tipikus cigány, a szülők hasonlóak. I. gyermek, családjukban e folt-  
hoz hasonlókat nem láttak eddig.

4. F. M. 1 éves leány. A bal farpofáról a jobbra húzó, ferdén  
lefelé haladó irányban egy hosszúkás alakú, gyermektenyérszerű, kifejezetten  
kékeszürke folt, elmosódó, távolabbról jobban feltűnő határokkal. A far-  
bevéágás fölött egy kétkoronás nagyágú, szabálytalan ovális alakú, kissé  
sötétebb kékeszürke folt van. Ettől felfelé a gerincoszlop mentén számos  
teljesen szabálytalanul elhelyezett hasonló kékes folt van, melyek  
lencse—fillérmagyságúak. A bal scapula közepe táján egy kétkoronás  
nagyágú, kissé szabálytalan alakú folt látható (lásd 2. ábra). A szülők  
cigányok, s a gyermekkel együtt sötétbarna az irisük, fekete a hajuk.  
Bőrük kifejezetten barna.

5. eset. G. A. 11 hónapos, cigány szülőkől származó fiú. A far-  
bevéágás fölött kissé jobbra elhelyezve egy kétkoronás, baloldalt a far-  
bevéágás szélén kissé lejjebb egy fillérmagyságú kékes folt van. I. gyer-

mek. Családjukban az anya egyik nővérének gyermekkorában hasonló  
foltja volt a kereszt-tájékon, de később ez eltűnt. A szülők és a gyermek  
barna bőrűek, fekete hajuk és sötét irisűek.

6. eset. L. O. 1/2 éves fiú. A farbevéágás felső végén mindkét far-  
pofára, különösen bal oldalra erősen ráterjedő nagy gyermektenyérszerű,  
halvány kékeszürke, elmosódó határú diffus folt (lásd 3. ábra). A  
gyermek cigány szülőkől származik, sötét iris, fekete haj, feltűnő  
barna bőr. Családjukban hasonló foltot nem észleltek.

7. B. L. 6 hónapos fiú. A farbevéágás felső végénél egy öt koronás  
nagyágú, a b. lapoczká tövisnyújtványa alatt egymástól 5 cm. nyire el-  
helyezett, kb. egykoronás nagyágú, kékes árnyalatú, elmosódó határú  
foltok, melyek születésekor már láthatók voltak s azóta változatlanok  
(lásd 4. ábra). A szülők oláh cigányok, s úgy mint a gyermek is, sötét-  
barnás bőrűek, barna iris-szel és fekete hajjal bírnak. Első gyermekük ez,  
családjukban hasonló foltot nem tudnak.

8. W. F. 9 hónapos leány. Születése óta a b. oldali ágyéktájékon  
egy a középső hónaljvonalig terjedő, halvány kékeszürke, elmosódó  
határú, két férfitenyérszerű, hilusával lefelé forduló, vesealakú folt  
van; a gerincoszlopi részleten az alsó háti s az ágyéki csigolyák  
fölött két intenzíven sötétkékes színű, vízszintes elhelyezési, szabály-  
talan hosszúkás alakú, körülbelül ötkoronás nagyágú folt van egymás  
fölött (lásd 5. ábra). A szülők izraeliták, fekete hajjal, barna iris-szel  
és barnás köztakaróval, a gyermek szintén. Ez a II. gyermek, az elsőnek  
hasonló foltja nincs. Fél év múlva bemutatva a gyermeket, a foltot kissé  
halványabbnak, de még mindig igen jól kifejezettnak találtam.

9. K. M. 2 hónapos leány. A farbevéágás felső végénél egy két-  
koronás, a j. farpofán egy körülbelül 20 filléres nagyágú, kékeszürke,  
jól szembetűnő folt. Első gyermek. Fekete haj, sötét iris, barna bőr.  
Szülőkön szintén, kik fajukra nézve cigányok.

10. K. M. 15 hónapos leány. A jobb farpofa fölött 4 darab korona  
—fillér nagyágú köralakú, kissé elmosódó szélű, egymástól 2—3 cm.  
nyire rhombalakban elhelyezett, jól kifejezett kékeszürke folt. A gyer-

mek cigány eredetű, s úgy neki, mint szüleinek a faji típusnak megfelelően sötét, kifejezetten barna bőre, fekete haja és barna irise van.

11. E. J. 3 hónapos leány. A farbevágás felső végén egy két-koronás nagyságú és alakú, e fölött 2 cm.-nyire hasonló nagy, vízszintes irányban elnyújtott alakú kékes folt van. Bőre kevésbé barnás, iris és hajszín sötét. Anyjánál szintén. Családjukban hasonló foltról nem tudnak. Szülők erdélyi származásúak.

12. A. M. 1 éves, cigány szülőktől származó leány. A farbevágás felső végében egy ötkoronás, kör alakú, jól kifejezett, a jobb farpofa fölött egy kétfilés nagyságú, háromszög alakú, kékeszürke, elmosódó határú folt. Sötétbarna bőr, fekete haj, barna iris, szülőknél szintén.

13. Gy. M. 16 hónapos. A b. farpofa közepétől a j. farpofa felső részéhez a farbevágáson át húzódó halvány kékeszürke, hosszúka alakú, a környező bőre olvadó gyermektenyérszerű folt. Az ágyéki csigolyák fölött tenyérszerű területen rendszertelenül elhelyezett 4 leucse—fillér nagyságú, a VII. hátsigolya fölött fillér nagyságú, s a b. lapoczkacsúcs felett két-koronás nagyságú, sötétebb kékeszürke foltot látunk. Szülők úgy mint a gyermek barna irissel, sötét hajjal, s kissé barnás bőrrel bírnak, származásukat tekintve izraeliták. Ezen gyermek a IV.; a 3. elsős hasonló folt nincs. Születése után néhány nappal vették csak észre e foltokat.

14. G. K. 1 1/2 éves, cigány származású leány. A farbevágás fölött egy gyermektenyérszerű, ettől jobbra és balra kissé fölfelé egy-egy két-koronás nagyságú szabálytalan, kissé szögletes alakú, kékeszürke, jól szembetűnő folt van. (lásd 6. ábra.) 10 gyermek közül ez az utolsó, egyen sem láttak ehhez hasonló foltot. A gyermek bőre barnás, haja sötétszöke, irise barna. Szülők fajuknak megfelelően sötétbarna bőrűek, fekete hajjuk, barna irissel. Fél év múlva bemutatva a foltok csaknem teljesen elhalványodtak.

15. K. L. 10 hónapos fiú. A farbevágás fölött egy tenyérszerű, kissé szabálytalan ovális alakú kékeszürke folt. E fölött kissé balra, a b. farpofa fölött egy hosszúka, a II. ágyékesigolya fölött egy két-koronás

20. B. A. 2 hónapos fiú. A két farpofa közepén át húzódó, jobbról bal felé kissé keskenyedő, halvány kékeszürke színű, szabálytalan hosszúka alakú, tenyérszerű folt. A bal farpofa külső oldalán egy ötkoronás nagyságú, sötétkékes színű, elmosódó határú folt. Anya feltűnő barna bőrű, fekete haj, barna iris. A gyermek bőre barnás, haj, iris sötét. Apa magyar, anya román eredetű. II. gyermek, az elsős nincs folt. 6 hónapos korában a foltok csaknem teljesen eltűntek.

21. Sz. E. 1 1/2 éves leány. A farbevágás felső végén egy tallérszerű, halvány kékeszürke, homályosan kivehető, szabálytalan alakú folt, e fölött férfitenyérszerű területen szabálytalanul elhelyezett 4 db koronás—két-koronás nagyságú, ovális alakú, sötétkékes színű folt van. Szülők és a gyermek sötét bőrűek, barna hajjal és irissel. 2 testvérén nincs hasonló folt. Rajta születése óta látják. 4 hó múlva bemutatják a gyermeket, ekkor a legelső folt már teljesen eltűnt, a többi is jóval halványabb.

22. S. J. 1 1/2 éves leány. A farbevágás felső végében egy igen intenzív sötétkékes színű, két-koronás nagyságú, elég éles határokkal bíró kör alakú folt, ettől jobbra és balra kissé fölfelé egy-egy, valamivel nagyobb, jóval halványabb kékeszürke színű, szabálytalan alakú, elmosódó határú folt. Első gyermek. A gyermek barna bőrű, sötét hajjal, barna irissel. Szülők szintén, különösen az apa, feltűnő barna bőrűek; magyar eredetű földművesek.

23. B. M. 8 hónapos leány. A kereszt-tájékon egymás fölött jobb felé domború ívben elhelyezett 4 db szabálytalan alakú, halvány kékeszürke folt van, melyek közül a legnagyobb két-koronás nagyságú, a keresztet fölött a farbevágás végénél van, míg a többi kb. koronás nagyságú e fölött vesz részt az ív alkotásában. VI. gyermek, az 5. elsős nem láttak hasonló foltot. Barna bőr, fekete haj, sötét iris. Szülőknél is, kik cigány eredetűek.

24. R. J. 19 hónapos leány. A hát közepén a scapulák csúcsától 4 ujjnyira egy gyermektenyérszerű, félkör alakú, jobb oldalán egy kis ökölnyi, intenzív kékes színű, kifejezett határú folt (lásd 11. ábra). Születéskor



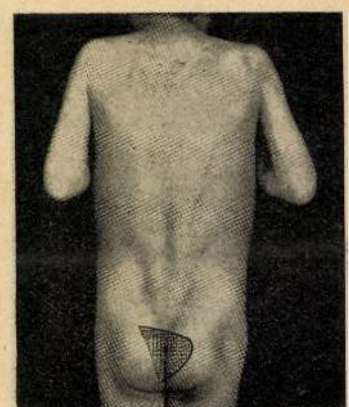
5. ábra.



6. ábra.



7. ábra.



8. ábra.

nagyságú, az elsősé jóval sötétebb kékes folt látható (lásd 7. ábra). Mindhárom folt széle elmosódva olvad bele a normális bőrszínbe. Barna haj és iris, kevésbé barnás bőr. Szülők közül az apa feltűnő barnabőrű. Pestmegyeiek, magyar eredetűek.

16. B. J. 11 hónapos leány. A kereszt-tájékról mindkét farpofára lehúzó, j. oldalra erősebben ráterjedő, legömbölyített sarkú, szabálytalan háromszög alakú, férfitenyérszerű nagyságú, kifejezetten kékeszürke folt (lásd 8. ábra).

Születése óta látják e foltot a szülők, kik erdélyi származású magyarok; sötét haj, barna iris, barnás bőr, a gyermeknél szintén. III. gyermek, az első kettőn hasonló foltot nem láttak. Fél év múlva a folt erősen elhalványult, de még jellegzetes.

17. L. K. 4 hónapos fiú. A kereszt-tájéknál mindkét farpofára ráterjedő s a farbevágás felső részét magába foglaló, ovális alakú, férfitenyérszerű, halvány kékeszürke színű, elmosódó határokkal bíró folt, melynek felső részében a keresztet fölött egy ötkoronás nagyságú, élesen elhatárolt, sötétkékes színű, elnyúlt félkör alakú részlet van (lásd 9. ábra). Születéskor állítólag a nagy folt is sötétebb volt. Gyermek és szülők barnabőrűek, iris és haj sötét színű. Származásuk magyar.

18. V. K. 5 hónapos leány. A farbevágás felső végében kissé jobbra egy két-koronás nagyságú, szabálytalan alakú, kékeszürke, a bal farpofa fölött a középvonalról 2 harántujjnyira egy igen sötétkékes színű, egykoronás nagyságú, hasonló szabálytalan alakú folt van. A 12. hátsigolya magasságában egy balról felülre jobb felé és lefelé húzódó, két ujj széles, 4 ujj hosszú, ovális alakú, kevésbé intenzív színezésű, elmosódó határú folt van (lásd 10. ábra). Anya és gyermek feltűnő sötét bőrű, fekete haj, barna iris. Származás magyar.

19. K. A. 3 éves fiú. A hátán a jobb scapulacsúcsától kiindulón bal felé egész az első hónaljvonalig terjed két gyermektenyérszerű széles, szabálytalan hosszúka alakban, elmosódó határral egy halvány kékeszürke folt. Állítólag születéskor jóval sötétebb színű volt, azóta fokozatosan halványult. Három testvére közül egyiknek sem volt hasonló foltja. Szülők és gyermek sötét bőrűek, barna hajjal és irissel. Eredetük magyar, biharmegyei származásúak.

a folt állítólag még sötétebb volt, s a felső ajkon hasonló színű, fillér nagyságú folt tűnt föl, de ez az első hetekben lassan elhalványodott, majd teljesen eltűnt. II. gyermek. Elsős nincs folt. A gyermek világos bőrű, szöke hajú, irise barna. Anyja szöke, apja, ki magyar eredetű, feltűnő barna bőrű, fekete hajjal, barna irissel. 3 hó múlva ismét bemutatják, a folt nem halványodott.

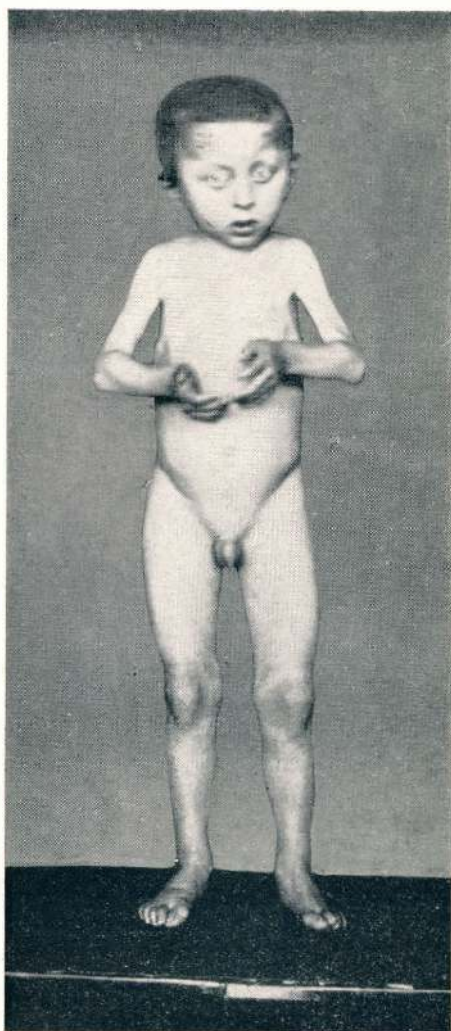
25. W. P. 6 hónapos fiú. A kereszt-tájékon egy tallér nagyságú, hosszúka, szabálytalan alakú, ferde irányú, elmosódó határú, kékeszürke folt. Születéskor sötétebb volt. Anya barna bőrű, fekete hajjal és irissel, apa barna. A gyermek bőre csak kevésbé barnás, haj, iris színe sötét. Izraelita szülők. I. gyermek.

26. V. L. 10 hónapos leány. A bal farpofa felső felén egy gyermektenyérszerű, a jobb oldalra is áthúzó, szabálytalan alakú, feltűnő kékeszürke folt. A bal farpofa fölött egy korona nagyságú, kissé sötétebb színű. I. gyermek. Sötét bőrű, barna hajjal és irissel. Szülők szintén. Apa olasz származású, anya izraelita.

27. K. V. 2 éves leány. A bal farpofa felső részén a kereszt-tájékra is ráterjedő, gyermektenyérszerű, szabálytalan alakú, lefelé két széles nyúlvánnyal bíró, elmosódó határú, kifejezetten kékes színű folt van. I. gyermek. Születéskor a folt kisebb, de sötétebb volt. A gyermek, úgy mint a szülők, barna bőrű, fekete hajjal, barna irissel.

28. H. A. 6 hat hetes leány. A jobb farpofán két tallér nagyságú, kissé szögletes, szabálytalan alakú, kékeszürke folt, a farbevágás felső végében fillérszerű, igen sötét kékes színű, míg az V. ágyékesigolya fölött egy ujj nagyságú, harántul fekvő, igen halvány kékeszürke folt látható. III. gyermek, kissé barnás bőrrel, barna hajjal és irissel. A többi gyermek nem észlelték hasonló foltot. Anya feltűnő barna bőrű.

29. B. H. 10 hónapos leány. A farbevágás felső végén egy ötkoronás nagyságú és alakú, erősen kékes színezésű folt, e fölött két, egymással párhuzamosan felülre balról lefelé jobbra haladó ujjvastagságú, igen halvány szürkés folt látható. A X. borda magasságában, a hát jobb oldalán és a bal lapoczkacsúcsa fölött egy egykoronás nagyságú és alakú, kifejezetten kékeszürke folt van (lásd 12. ábra). Születéskor e



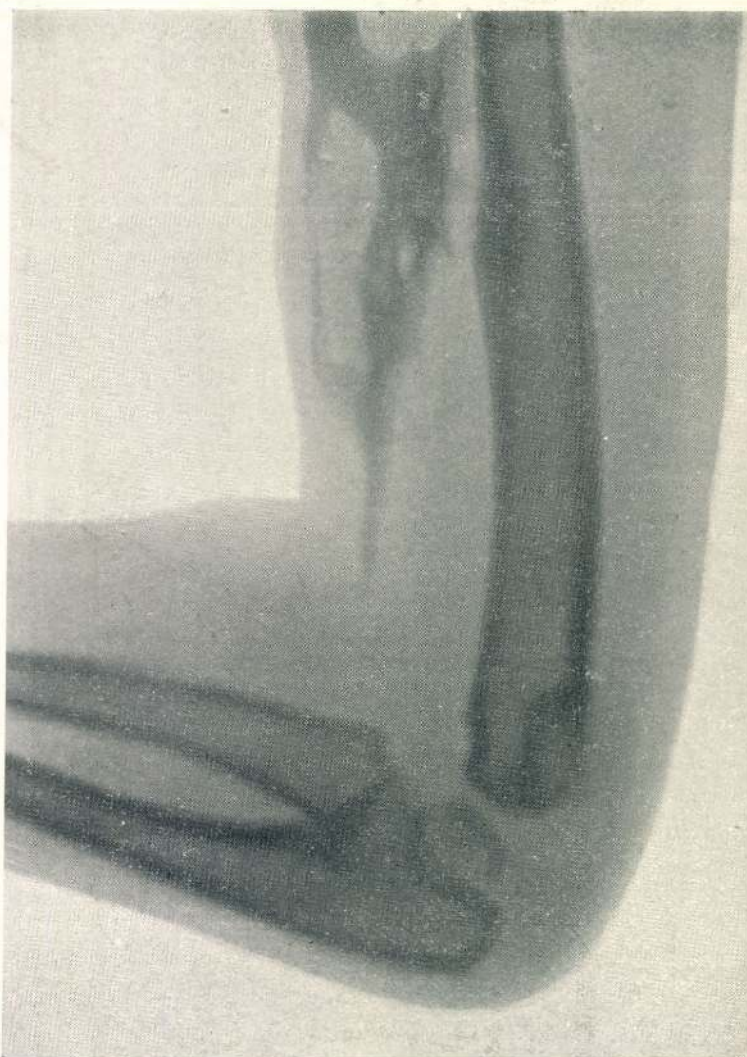
1. ábra.



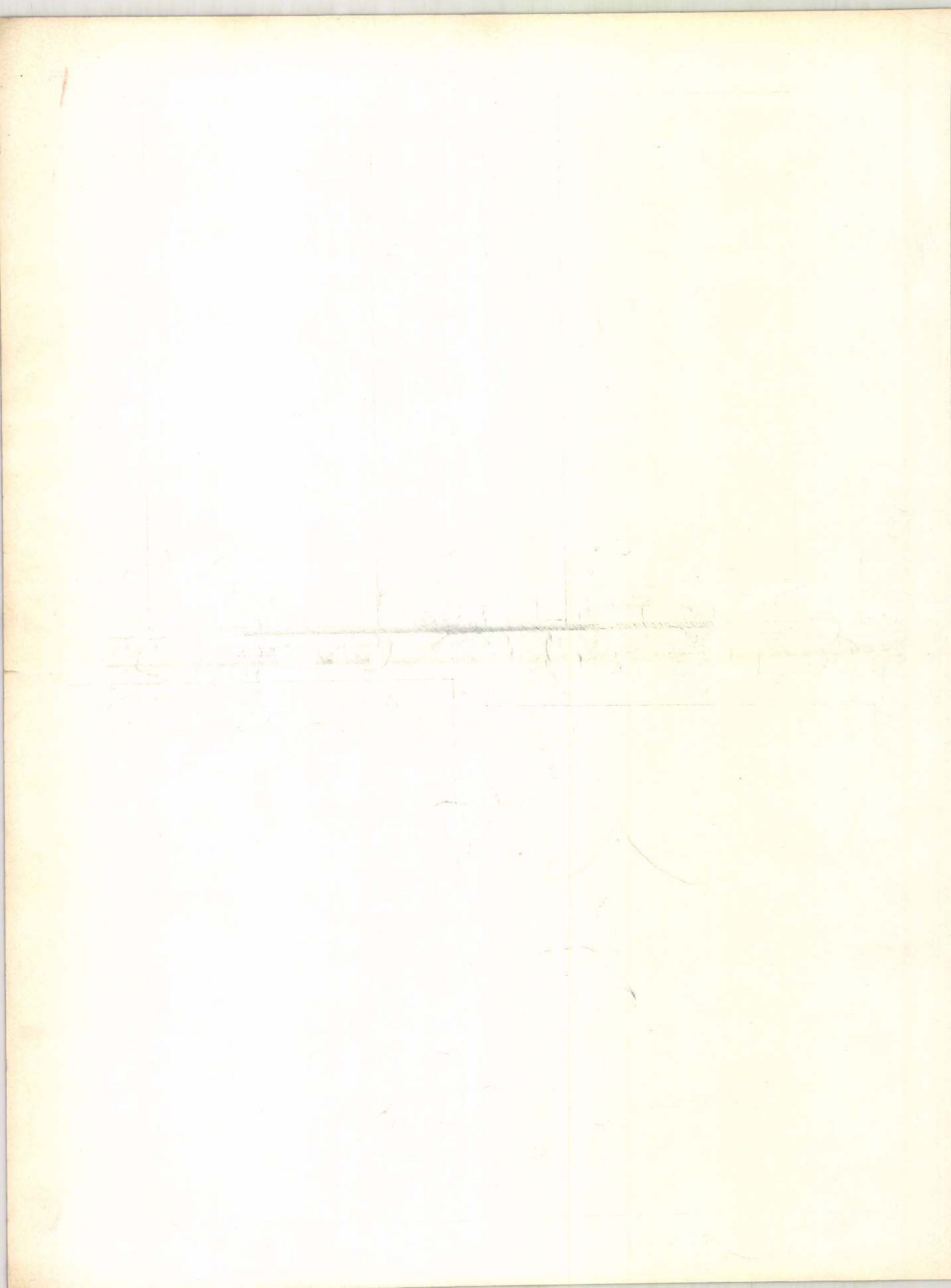
2. ábra.



3. ábra.



4. ábra.



foltok sötétebbek voltak. Izraelita szülők, barna bőr, sötét haj és iris. A gyermekek szintén.

30. Sz. M. 2 éves leány. A VIII. háti és II. ágyéki csigolyák közötti területéről indul ki egy elmosódó határu, 2 férfitenyérnyi, halvány kékes-szürke színű folt, mely előre haladva, a középső hónaljvonalban éri el legmagasabb pontját, s innen lefelé a köldök felé hajolva és folyton keskenyebbé válva, a normális bőrszínbe olvad. V. gyermek. A 4 elsőn nincs ilyen folt. A gyermek haja sötétszőke, irise barna, bőre világos. Apja szőke, anyja sötétbőrű, fekete hajjal, barna irissel.

Összefoglalva eseteinket, a mongolfoltra jellemzőnek találjuk első sorban az elhelyezését, mely minden esetben a háti testrészen, leggyakrabban a keresztcsonti tájékon és a farpofákon volt; csak egy esetben (24. eset) kaptuk az anamnesisben annak az említését, hogy a felső ajkon is volt egy kékes-szürke folt, de ez már a bemutatás előtt eltűnt. Fontos és állandó e foltoknak színe, mely csaknem mindig kékes-szürke, sötétebb vagy halványabb, csak ritka esetekben volt határozottan sötétkék. Nagyságukat illetőleg a lencsényi nagyságtól a két férfitenyérnyi nagyságig terjedő foltokat észleltünk. A foltok alakja szintén igen változatos; leggyakoribb a köralak, de többször látunk szögletes, igen gyakran ovális, majd teljesen szabálytalan alakokat is. Csaknem állandó tulajdonsága e foltoknak, hogy határuk elmosódik, a bőrszínbe lassan beleolvad, kivétel ez alól csak ama kevés számú folt, mely vagy intenzíven sötétkékre színezett, vagy a mely a világosabb bőrű gyermekeken fordul elő s épen azért jobban szembetűnő; ezek éles határral bírnak. Jellemző az elmosódó határu foltokra, hogy egy bizonyos távolságból (1—2 méter) jobban megítélhető a folt nagysága, a minék a magyarázata az, hogy e foltok oly mérsékeltén fokozott

Typikus szőke gyermek, világosszőke hajjal, kék szivárványhártyával, nem volt e 30 gyermek közt.

Szellemi fejlettsége mind a 30-nak normális, a korának megfelelő volt; mongolismust, vagy épen kifejezett idiotia mongoloideát egyen sem találtam.

Származását illetőleg a következőképp oszlik meg a 30 gyermek:

magyar apa, magyar anyától származik	12	gyermek
czigány „ czigány „ „	10	„
izraelita „ izraelita „ „	4	„
eseh „ magyar „ „	2	„
magyar „ román „ „	1	„
olasz „ izraelita „ „	1	„

Így 15 gyermeknél a magyar származás kimutatható legalább is az egyik részről.

Megjegyzem, hogy azon gyermekeket is a magyar származásuk közé vettem, kikről nem tudtam teljes bizonyossággal kideríteni a származásukat, akár megbízhatatlanság, akár egyéb okok miatt.

Korukat illetőleg

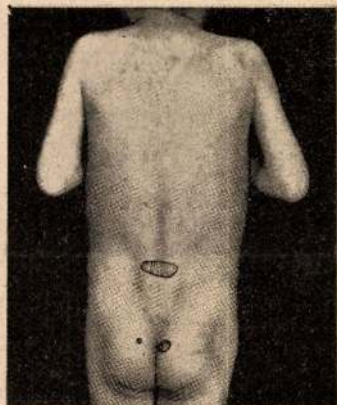
egy éven aluli	16
két „ „	11
négy „ „	3

A harmincz gyermek közül 10 fiú, 20 leány volt.

A szülőktől a családban esetleg előfordult hasonló folt után kérdezősködve, két esetben kívül mindig tagadó választ kaptam.



9. ábra.



10. ábra.



11. ábra.



12. ábra.

elhalványulással mennek át az ép bőrszínbe, hogy közéről a színkülönbség nem vehető észre. Állandó és kivétel nélküli tulajdonságuk e foltoknak, hogy a bőr felszíne fölé egyáltalán nem emelkednek ki és nem szőrözöttek. A foltok leggyakrabban többedmagukkal jelentkeznek, ilyenkor igen gyakori, hogy egyik folt jóval sötétebb színű, mint a másik, vagy előfordul az is, hogy egy nagyobb halványabb színű foltnak egyik részlete feltűnő sötétén színezett. (8., 17. sz. eset.) Tíz gyermekben (2., 6., 8., 16., 17., 19., 24., 25., 27., 30. eset) csak egy foltot találtunk; heten (3., 5., 9., 11., 12., 20., 26) kettőt, ötön (7., 14., 15., 18., 22) hármat, három esetben (10., 23., 28) négy foltot láttunk, két gyermekben (21., 29) ötöt és háromon (1., 4., 13) hatnál többet.

A mongolfolttal bíró gyermekek csaknem mind barna bőrűek s a barna típushoz tartozók; a kevésbé barna (1., 2., 15., 25., 28) vagy különösen a fehér bőrűeken (24., 30) a folt mindig élénkebben tűnik elő és határai is sokkal jobban kifejezettek.

Kikérdeztve s a legtöbb esetben meg is vizsgálva a szülőket, azt találtuk, hogy gyakran mindkét szülő barnás bőrű, sötét hajú és irisű; sok esetben csak a szülők egyike feltűnő barna bőrű. A czigányoknál (3., 4., 5., 6., 7., 9., 10., 12., 14., 24. eset) mindkét szülő sötétbarna bőrű, fekete hajú és sötétbarna irisű volt.

A mongolfolttal bíró gyermekek közül három (14., 24., 30. eset) kivételével valamennyi sötét hajú volt, de ezen háromnak is sötétszőke színű volt a haja. Szivárványhártyája valamennyinek barna volt, a világosabb barna színtől egészen a legsötétebb barna árnyalatig.

Ezek közül az 1. és 2. eset testvérek, az 5. esetben az anyja egyik nővérének kiskorában hasonló foltja volt keresztcsonttájékán, de ez idővel teljesen eltűnt.

E pigmentfoltok leginkább kisebb bőralatti haematomához hasonlítanak, csak annyiban térnek el ettől, hogy jóval hosszabb ideig, sokszor évekig változatlanul állanak fenn, nem alkotnak duzzanatot s nem fájdalmasak. Sokszor annyira halványak, hogy csak figyelmesebb megtekintés után vehetők észre. Legtöbbször már születéskor észlelik a szülők, de gyakran csak az első hetek elmúltával tűnik elő, a mi különösen a halványabb pigmentfolt esetekben fordul elő. Igen sok esetben állítják a szülők, hogy a foltok lassan halványodnak. Hasonló tapasztalatokat mi is szerezhettünk. Eseteink nagy részét ugyanis ismételve láttuk rövidebb-hosszabb idő eltelte után és gyakran észleltük, hogy a foltok a hónapok múltával erősen halványodtak, több esetben teljesen el is tűntek.

Kuriozumként említem meg, hogy az anyák egy része e foltok előállítását azzal okolja meg, hogy a terhesség ideje alatt valami traumát szenvedtek. Így többen is megemlítik, hogy elesetek és megütöttek magukat azon a helyen, hol a gyermekek a folt jelentkezett. Érdekes, hogy a régi japán orvosi könyvek e kérdéssel már több mint 150 éve foglalkoztak s hasonló naiv felfogást tanúsítanak. Így sokan azzal okolták e foltok előállítását, hogy a japánok túlmelegesen eszik ételleiket, s ezen égési (?) traumának volnának ezek következményei, mások a haskötő szorítását okolták, melylyel a japán asszonyok terhességük ideje alatt szorosán bekötik hasukat, ismét mások a graviditás alatt végzett

coitusok következtében az embriót ért traumában keresték e foltok keletkezésének okát.

Lényegét illetően e foltoknak oka a corium mélyebb rétegeiben elhelyezett orsó-, gyakran esillagalakú nagyobb mennyiségű pigmentsejt, melyek a rendes, a bőr felsőbb rétegeiben található pigmentsejtnél jóval nagyobbak. *Bälz* volt az első (1885), ki ez irányban végzett kutatásokat, jóval később *Grimm* bővítette és egészítette ki (1895) a *Bälz* által megkezdett vizsgálatokat. Utánuk *Adachi* erősítette meg önálló kutatásai alapján *Grimm* adatait e pigmentsejtekre vonatkozólag a bőr pigmentjéről szóló klasszikus munkájában (1903). *Adachi* ugyanezen pigmentsejtek kisebb mennyiségben ugyan, de mongolfolt nélküli európai gyermekek keresztstájéki bőrrelészetében is megtalálta (24 eset közül 10-ben, *Hermann* 100 eset közül 40-ben), különösen bőven azokon, kik a sötét typushoz tartoztak. Ezzel szemben *Adachi* szerint azon japánok, kiknek a kora gyermekkorban hiányzott e pigmentfolt, a felnőtt korban a többi japánhoz képest feltűnő világos bőrűek s inkább a szőke typushoz hajlók. *Bälz* európai apától és japán anyától származó 14 gyermek közül 3-on jól kifejezett foltot, 7-en gyengén kifejezettel talált, 4 esetben e foltok hiányoztak, e 4 gyermek apja szőke típusú volt.

E pigmentfoltokat okozó sajátos pigmentsejtek az intrauterinális élet IV—V. hónapjában jelentkeznek a coriumban (*Bälz*, *Grimm*), majd a fejlődés előrehaladottabb stadiumában eltűnnek; így ezen pigmentsejtek előfordulása — mennyiségi különbséggel faj és egyén szerint — az ember egy bizonyos fejlődési szakában megszokott jelenség (*Adachi*).

A különböző teoriák közül, melyek e folt magyarzatául szolgáltak, felemlitem *Bloch*-ét, ki e foltot egy esőkevényesen fennmaradt durványos szervnek tekintette s atavistikus jelnek véve ezt, azon népfajt, melyen e pigmentfolt előfordult, alacsonyabb fejlődési fokon állónak tartotta.

Igen fontosnak tartom, és itt ismételve megemlítem, hogy a mint mi csaknem kizárólag sötétbőrű és hajú, mindig barna szivárványhártyájú gyermekeken találtuk e pigmentfoltokat, úgy az irodalomban közölt összes esetekben, hol a bőr, haj és iris színét felemlítik, mindenütt hangsúlyozzák, hogy a pigmentfolttal bíró gyermekek a sötét typushoz tartoznak. Ezekből tehát kétségtelenül kitűnik, hogy a bőr pigmentezettsége és e pigmentfoltok megjelenése közt *határozott oki összefüggés* van. Vagyis a pigmentfoltok csak oly egyénekben jelennek meg, kiknek *pigmentezettsége nagyobb fokú*, a mi nem áll fordítva is, hogy minden sötétbőrű egyénekben ily pigmentfoltja legyen. E foltoknak a háttájékra való, csaknem állandó elhelyezését is magyarázza a hát bőrének a has bőrével szemben való erősebb pigmentezettsége. Ha végigtekintünk az irodalomban közölt eseteken, a következő népfajoknál találjuk, hogy pigmentfolt-eket észleltek: eszkimó, japán, chinai, maláj, annamita, sziamai, a Philippini-sziget és Samoa benszőlőttei, dél-amerikai indián, bolgár és néger; ezenkívül elszórt eseteket találtak németeken, cseheken, olaszokon, oroszokon és hollandokon.

*Cuvier* és *Broca* felosztását tartva szem előtt, kik három fajra osztották az egész emberiséget, úgymint 1. a kaukázusi vagy fehér, 2. a mongol vagy sárga és 3. az aethiopi vagy fekete fajra, azt találjuk, hogy az első sorban felsorolt népfajok, kiknek gyakrabban találtak pigmentfoltot, a néger kivételével mind a mongolok fajához tartozók, még a bolgárok is, mely egy erősen kevert, mongol eredetű, elszlávosodott népfaj. A négeren 40 vizsgált eset közül 35-ben találta meg *Brennemann* a pigmentfoltot, míg *Hermann* 100 közül csak 25 esetben talalta, fehéreken 2000 közül csak 6 esetben.

Az általam közölt 30 eset közül, mint láttuk, 10 cigány és 5 izraelita eredetű volt; leszámítva ezeket, a megmaradt 15 eset magyar eredetű, s így csak ezen esetek vonatkoznak a mongol fajra.

Az összes eseteket a Stefánia-gyermekórház gazdag poliklinikai anyagának 15 ezer betege közt találtam, tehát, ha összes esetünket számításba vesszük, 500 gyermekre esik 1 mongolfolt-est; ha csak a magyar származásúakat vesszük számításba, 1000 gyermek közül csak egynek volt pigmentfoltja. Összehasonlítva ez arányszámot (1:1000) *Epstein* (1:600) és *Hermann* (1:400) arányszámával, azt találjuk, hogy dacára a mongol fajfajrokságnak, arányszámunk kisebb, mint a nem mongol eredetű

népfajok arányszáma. Ezenkívül, ha a cigány származású pigmentfolttal bíró gyermekek számát összehasonlítjuk az összesen jelentkezett cigány gyermekek számával, mely hozzávetőleges számítással legfeljebb 300 lehetett, azt találjuk, hogy a nem a mongolfajhoz tartozó cigányoknál a pigmentfoltok arányszáma 33:1000, azaz 33-szor nagyobb, mint a magyar származásúaknál. Ugyanilyen beszámítás alá esnek az izraelita szülőktől származó, pigmentfolttal bíró gyermekek, mint a kik szintén nem a mongolfajhoz, hanem a kaukázusi fajhoz tartoznak, bár ezeknek arányszámául a cigányokénál jóval kisebb számot kapnánk.

Mint láttuk, e pigmentfoltok tehát mind a három emberfajon előfordulnak, különösen gyakran a sötétebb típusúakon. Ezen esetekben a corium mélyében a jellegzetes pigmentsejtek nagy tömege van elhelyezve, mely sejteket kisebb-nagyobb mennyiségben oly gyermekek bőrén is megtalálták, kiknek megfelelő testrészetén nem voltak hasonló foltok. Ebből egyenesen következtethetjük, hogy e pigmentsejtek csak akkor okoznak ily kékes foltokat, ha nagyobb tömegekben halmozódnak össze a megfelelő helyeken, a mi az előbb elmondottak szerint csak azon esetben történik meg, ha az egyén általában pigmentben gazdagabb. Lényegét illetően tehát csak e pigmentsejtek mennyiségi különbségéről van szó, mely egyén és faj szerint változik. Természetes, hogy sötétebb típusú fajon e pigmentfoltokat gyakrabban, s az azokat létrehozó pigmentsejtek nagyobb mennyiségben fogjuk találni, *de nem vehetjük e foltokat fajmeghatározó jelnek*, mint azt többen tették, annyira, hogy e mellett minden más jeltől eltekintettek, s a faji jelleg meghatározásához elégnék vélték ez egyetlen jelet.

Véleményünket összefoglalva azt találjuk, hogy a pigmentfoltok nem jellegzetesek a mongolfajra és a nekik tulajdonított jelentőség erősen túlzott.

**Irodalom.** *Adachi Buntaro*: Hautpigment bei dem Menschen und bei dem Affen. Zeitschrift f. Morphol. und Anthropologie. 1903. VI. köt. 1. old. — *Adachi und Fujisawa*: Mongolen-Kinderfleck bei Europäern. Zeitschrift f. Morph. u. Anthropol. 1903. VI. köt. 132. old. — *Bälz*: Die körperliche Eigenschaften der Japaner. Mitt. der deutschen Gesellsch. f. Natur- und Völkerkunde Ostaniens. 1885. IV. köt. 40. old. — *J. Brennemann*: The sacral or so-called mongolian pigment spots of earliest infancy and childhood, with especial reference to their occurrence in the american negro. Arch. of Ped. 1907. (Ref. Arch. de Médec. des Enf. 1908. Nr. 2.) — *A. Epstein*: Über den blauen Kreuzfleck und andere mongolische Erscheinungen bei europäischen Kindern. Jahrbuch für Kinderheilk. 1906. 63. köt. 60. old. — *M. Papillault*: Bulletins et mémoires de la Société d'Anthropologie de Paris. V. Série, Tome VIII. 1907. 248. old. — *Kocko Fujisawa*: Sogenannter Mongolen-Geburtsfleck der Kreuzhaut bei europäischen Kindern. Jahrbuch für Kinderheilkunde 1905. 62. köt. 221. old. — *Grimm*: Beiträge zum Studium des Pigmentes. Dermat. Zeitschrift 1895. II. 328. old. — *M. Hermann*: Pigmented spots in the sacral region of white and negro infants. The Journal of cutaneous diseases 1907. V. köt. (Ref. Arch. de Méd. des Enf. 1908. 2. old.) — *G. Menabuoni*: Beitrag zur Erforschung der mongolischen blauen Kreuzflecke bei europäischen Kindern. Monatschrift f. Kinderheilkunde, 1906. V. köt. 510. old. — *Rivet*: Bull. et mémoires de la Société d'anthropologie de Paris 1907. Nr. 3. V. 2. 247. old. — *B. Sperr*: Gesellsch. f. inn. Med. und Kinderheilk. in Wien. 1905. XI. köt. 2. old. — *E. Tugendreich*: Mongolenkinderfleck bei zwei Berliner Säuglingen. Berl. klin. Wochenschrift 1907. N. 36. 1144. old. — *S. Wateff* (Sofia): Taches pigmentaires chez les enfants bulgares. Bull. et mém. de la Société d'anthr. de Paris 1907. május 2. Nr. 3. 231. oldal.

**Közlés a budapesti Stefánia-gyermekórházról.**  
Igazgató: Bókay János dr., egyet. ny. r. tanár.

### Az anaemia infantum pseudoleukaemia.<sup>1</sup>

Irta: *Flesch Armin* dr., kórházi segédorvos.

Alig van vérbetegség, melynek fogalma, lényege körül oly nagy zavar uralkodnék a gyermekgyógyászati s a haematologiai irodalomban, mint az anaemia inf. pseudoleuk. körül. Ezen névvel *Jaksch* 1889-ben egy körképet irt le, melynek klinikai lefolyása a leukaemiának felel meg, míg a bonczoláskor leukaemiás elváltozások hiányzanak. Az anaemiát kíséri a máj, lép és mirigyek nagyfokú duzzanata, míg a vérleletre oligocythaemia, oligochromaemia és állandó nagyfokú leukocytosis (1:10, 1:12, 1:17) jellemző. Ez utóbbi különbözteti meg szerinte ezt a súlyos angolkórt

<sup>1</sup> Minden jog fenntartva.



kisérő anaemiától, míg az eosinophil sejtek hiánya s a haemoglobintartalom jelentékeny megkevesedése a leukaemiától választja el. Ugyancsak a leukaemiától elválasztó körjelzési tünetül használható fel azon körülmény, hogy míg leukaemiában a máj és lép térfogata egyenletesen megnagyobbodik, s a máj vastag, lekerekített szélű, addig az anaemia inf. pseudoleuk.-ban a máj volumene kevésbé nagyobbodik meg a lépéhez képest, s éles széle van.

E kórkép a gyermekkorban már *Jaksch* közlésekor sem volt egészen ismeretlen, mert egyrészt *Romberg* és *Henoch* már 1852-ben felhívta a figyelmet a lépmegnagyobbodással járó idült vérszegénységre 1—3 éves gyermekekben, másrészt a felnőttek anaemia splenicájának analogonjára hasonló eseteket a gyermekorból is ismertettek. Így *Gretsel* a *Griesinger*-féle klinikáról közölt egy esetet, s az olaszok (*Cardarelli*, *Somma*, *Fede*) az „anaemia splenica infettiva dei bambini”-vel már régebben foglalkoztak. Különben *Birch-Hirschfeld* is utal a *Gerhardt*-féle tankönyvben arra, hogy a gyermekkori pseudoleukaemiában a mirigyves szervek ép úgy megnagyobbodnak, mint leukaemiában s majdan előrehaladó anaemiás állapot fejlődik ki. A vérelváltozások jelentőségének kiemelését azonban mindenestre *Jaksch*-nak, különösen pedig *Hayem* és *Luzet*-nek köszönhetjük, kik az említett körjelző fontosságú mozzanatokhoz a nagyszámú normo- és megaloblastot függesztették. A leukocytaleletet specifikusnak nem találták, az eosinophil sejtek pedig szerintük inkább meg vannak szaporodva. Ezen kívül *Luzet* a májban és lépben erythropoetikus góczokat mutatott ki.

Ezen fogalom alatt azután különböző súlyosságú, de általában súlyosabb anaemiákat csoportosítottak, melyek jelentkeznek a csecsemőkori kritikus időszakában (*Heubner*), kb. a 7. hónaptól a 2. év végéig, tehát azon korban, midőn a csecsemőkori hosszabb időn át behatott ártalmak hatása más téren is a felszínre szokott jutni, akkor midőn az angolkór és spasmophil diathesis is kifejlődik. Ezen súlyos anaemia a vérelváltozásai folytán, a nagyszámú normo- és megaloblast jelenléte alapján közeli rokonságba jut az anaemia perniciosával, míg a máj, lép és mirigyves megnagyobbodása, a nagyfokú leukocytosis, myelocytosis leukaemiára enged gondolnunk. S tényleg, ha a *Jaksch* közlése nyomán támadt nagy irodalmat áttekintjük, a kérdések ép a most említettek körül csoportosulnak, s a vita pro és contra a körül forog, hogy 1. jogosult-e a vérbetegségek ismert alakjai mellett az anaemia inf. pseudoleuk.-t önálló kórkép gyanánt fölvennünk; van-e ezen betegségnek jellegzetes klinikai s haematologiai képe, 2. milyen aetiologia mozzanatok játszanak keletkezésében szerepet, s 3. milyen viszonyban van a secundaer anaemiákhoz, az anaemia perniciosához s a leukaemiához?

Sajnos, minél kimerítőbben tanulmányozzuk a gyermekorvosi irodalmat, e kérdések megoldása annál lehetetlenebbnek látszik előttünk; ezzel ellentétben a haematologiai munkák alapján a kérdések tisztázása sokkal könnyebbnek, szinte egyszerűnek tetszik. Ha mindenekelőtt azon, a modern haematologia szempontjából sok részben hiányosan észlelt eseteket nézzük, melyeket ezen névvel leírtak, akkor látjuk, hogy meglehetősen heterogen kórformákat és vérelváltozásokat közöltek e czím alatt. Nem csoda ezután, ha a vélemények is nagyon eltérők, s nem csoda, ha egyesek, minthogy a vérképnek meghatározott klinikai kép nem felelt meg, s a vérkép az aetiologia szerint nem változott, megtagadták az anaemia inf. pseudoleuk. létjogosultságát, sőt kétségbevonták, hogy a vérvizsgálatoknak a gyermekkorban értéke volna. Így *Fischl* is 1894-ben úgy nyilatkozik, hogy „mit der mikroskopischen Diagnostik der Blutkrankheiten nicht viel zu machen sei.”

Nem tekinthetem feladatommak, hogy az e kérdésre vonatkozó irodalmat a maga teljességében ismertessem, csupán jelezni óhajtom, hogy a részletezett kérdések tekintetében minő különböző állásfoglalással találkozunk. Így csecsemőkori genuin vérbetegség gyanánt fogja fel *Audéoud*, s helyét az egyszerű anaemia és leukaemia közt jelöli ki, míg *Fischl*, *Geissler-Japha*, *Grawitz*, *Naegeli*, *Flesch* és *Schossberger* stb. különböző kóros folyamatok, általános betegségek következtében kifejlődött anaemiás állapotnak tekintik; az olaszok azonban (*Cardarelli*, *Gianturco*, *Mya* és *Trambusti*) a betegség okát bakteriumos fertőzésre vezetik vissza, s kiterjedten iparkodtak erre bizonyítékot gyűjteni. *Fischl* tagadja, hogy a tünetsoportnak egy bizonyos vérképe volna, míg *Monti* és *Berggrün*, *Hayem* és *Luzet* egészen körülírt kórformának

tekintik, s *Naegeli-Furrer*, *Sorochowitsch*, *Grawitz*, *Flesch* és *Schossberger* stb. a körülírt tünetek mellett eléggé meghatározott praegnans vérelváltozásokat találtak.

Aetiologia tekintetében — miként jeleztük — különböző általános betegségek szerepelnek: angolkór, lues, gümőkór, idült táplálkozási zavarok, hygienés ártalmak. *Weil* és *Clerc*, *Lehdorff* a myelocyták nagy száma miatt leukaemiának tekintik, különösen *Lehdorff*, ki szerint az anaemia inf. pseudoleuk. nem volna egyéb, mint myelocytaleukaemia, melynek klinikája és pathologiai anatómiája a csecsemőkori az anatómiai sajátosságok miatt, talán ezen kor kísérő betegségei miatt (lues, angolkór) is módosított alakban jelentkezik. *Luzet* szerint az anaemia inf. pseudoleuk. a leukaemia előstadiuma és az átmeneteknek egész sorozata található egyrészt az egyszerű anaemiához, másrészt a myeloid leukaemiához. Ugyanígy *Troje* is. *Gilbert* szerint aleukaemiás lymphomatosis. *Flesch* és *Schossberger* a helyét az egyszerű anaemia és anaemia pern. közt jelöli meg, míg *Cabot*, *Rolleston* és *Latham* a leukaemia és anaemia pern. közt, stb. stb.

Ha ezek után részben az irodalmi tanulmányokra, részben a budapesti *Stefánia-gyermekkorház* gazdag beteganyagán évek során át szerzett tapasztalatokra támaszkodva, az anaemia inf. pseudoleuk.-t tárgyalni iparkodunk, teszszük azt úgy, hogy a hypothetikus állításokat mellőzzük és lehetőleg az objectív, szilárd talajon maradunk.

A gyermekorvosok előtt eléggé ismeretes, hogy a második féltől a negyedik féltéig végéig mily gyakran találkozunk anaemiás állapotokkal. Ezen időszakban az anaemiák egész sorozatát látjuk: a legkönnyebbtől a legsúlyosabbig. A könnyebbekben a klinikai tünetek s a vér elváltozásai alig mutatnak eltérést a normálistól, a súlyosabb formákban mindinkább szembeötlők a nagyfokú sápadtság, a kedvetlenség, bágyadság, a psychikus, statikai és motorius funkciók megzavarása, kisebb vagy nagyobb mértékű máj- és léptornak kifejlődése. Ezzel párhuzamosan a vérelváltozások is mind nagyobb fokúak: a vörösvérsejteknek és a haemoglobintartalomnak megkevesedésén kívül föltűnnek a vörösvérsejtek összes ismert szövettani elváltozásai, s míg az esetek túlnyomó részében a vérregeneratio a normálistól el nem térő typut (postembryonális erythropoësis) követi, s csak normocytákat, normoblastokat látunk, az esetek másik részében, s ezek rendszerint a súlyosabbak, makrocyták, megaloblastok jelennek meg mind nagyobb s nagyobb számmal. A fehérvérsejtek száma, minősége, viszonylagos számaránya is megváltozik, s csakhamar kevesebb vagy több myelocyta is jelentkezik a vérképben.

A legsúlyosabb klinikai tünetek, az erythro- és leukopoësis ezen nagyfokú megzavarása jellemzik így e nagyfokú anaemiás állapotot, az anaemia inf. pseudoleuk. név alatt ismert kórképet. Ha szorgosan utána kutatunk, minden esetben találunk oly adatot a kórelőzményben vagy a beteg jelen állapotában, a melyet ezen súlyos anaemia kiváltó mozzanata gyanánt tekinthetünk. Az okok általában ugyanazok, mint az egyszerű anaemiákban. Többé-kevésbé súlyos angolkór, veleszületett bujakór, gümőkór, különösen pedig idült táplálkozási zavarok, rossz hygienés viszonyok a kedvezőbb esetekben csak mérsékelt anaemiával és a vérképződésnek csak mérsékelt fokú megzavarásával járnak. Az esetek egy részében azonban a klinikai kép mind súlyosabb, a vérképződés megzavarása is a jelzett méreteket ölti s előáll az anaemia inf. pseudoleuk. képe. Az észlelők (*Heubner*, *Japha*) tapasztalata megegyezik abban, hogy ezen súlyos anaemiák jóformán kizárólag a 3—4. hótól mesterségesen táplált csecsemőkön jelentkeznek, kik később ennek következtében ismételt táplálkozási zavarokon mennek keresztül. Koraszülött gyermekekben *Japha* szerint különösen könnyen kifejlődik ezen súlyos vérszegénység, főleg ha köldökvérszék vagy melaena mentek előre. Korántsem állíthatjuk azonban, hogy az angolkórnak, veleszületett bujakórnak stb. súlyosságával a vérelváltozások lépést tartanak. Súlyos angolkórt láthatunk súlyos anaemia s a vérképződés jelentékenyebb megzavarása nélkül. Az anaemia inf. pseudoleuk. így a következményes anaemiák közé sorolandó.

A betegség kezdete változó. Legtöbbször lappangón fejlődik ki. A szülők észreveszik, hogy a gyermek mind sápadtabb lesz; ritkább, hogy a gyermek születése óta mindig ilyen sápadt, gyöngye volt, s még ritkább, hogy hirtelen köszöntött be a gyermek nagyfokú sápadtsága. A legföltűnőbb tünet ép e

sápadtság. A csecsemők fakóhalvány, sárga, sokszor szinte kivérzett színűek. Az ajkak, kötő- s látható nyálkahártyák halvány-fehérek. A súlyos esetekben a köztakarón kiterjedten számos gombostüfejnyi, kölesnyi vérzéses folt. Ezen vérzések főleg a folyamat rosszabbodásakor jelentkeznek s az észlelők egy részénél ezt megemlítve találjuk, csupán *Sorochowitsch* szerint ismeretlen jelenség a *Jaksch*-féle betegségben a vérzés. Nem csupán köztakaró-, hanem nyálkahártya-vérzéseket, foghús-, orr-, bélvérzést is látunk. Egy esetünkben annyira csillapíthatatlan volt a bélvérzés, hogy a halál végső oka gyanánt szolgált. Igen elvétve retinális vérzés is van. Igen súlyos esetekben a folyamat előrehaladásával oedemák jelentkeznek főleg az alsó végtagokon, esetleg a keresztájtájon.

A zsírpárna az esetek kis részében többé-kevésbé megtartott, általában azonban a lesoványodás előrehaladó. Az izomzat sorvadt, petyhüdt, a csontrendszer *gracilis*, esetleges angolkóros elváltozásokkal.

Nagyobb mirigyduzzanatokat nem találunk, azonban legtöbbnyire borsónyi, babnyi mirigyeket tapinthatunk a nyakon, tarkón, hónaljárokban, könyök- és lágyékhatáiban.

A légzés általában valamivel szaporább, az érlelés eléggé telt és feszes. A mellkasi szervek vizsgálatakor feltűnőbb eltérést nem találunk, csupán mérsékelt fokú szívdilatációt s az esetek jó részében kifejezett anaemiás zörejeket hallunk a szív és a nagy nyaki erek fölött.

A has nagyon elődomborodó, esetleg a bal oldalon jobban előbóltosulva, asymmetriás külsejű. A hasfalán néha vékony venahálózat. Legfeltűnőbb a nagy lépduzzanat. Néha ez csak egy-két harántujjnyival haladja túl a bordaívét, sokszor azonban oly nagy, hogy a has bal felét egészen kitölti. Felső határa esetleg a VII. borda felső szélénél kezdődik, leterjed egész a csipőtányérig, befelé pedig túlhaladja a középvonalat is. A vékony hasfalán át a lép jól kitapintható, kemény, tömört, fájdalmatlan, jól kivehető incisurákkal. A máj is megnagyobbodott, de jóval kevésbé, mint a lép; egy-két harántujjnyival szokta csak a bordaívét túlhaladni, puhább tapintatú és alsó széle inkább éles, nem lekerekített, miként azt már *Jaksch* is leírta.

Az ascites igen ritka. Az emésztőszervek részéről általában mérsékelt tünetekkel találkozunk. A folyamat súlyosbodásával gyakoribbak a hasmenések.

A vizelet általában tiszta, igen elvétve kis fehérjevétel van. Az esetek jórészt láztalanok, a gyakori szövődmények, főleg chronikus bronchopneumonia jelenléte esetén hosszas lázas lefolyást találunk.

A gyermekek nagyon bágyadtak, kedvetlenek, mozdulatlanok, legesekélyebb helyzetváltoztatásra is siránkoznak; statikus, motorius functióikban erősen visszamaradottak.

A milyen típusos a klinikai kép, oly sajátlagos a vérelet is, bár a vérelváltozások foka természetesen esetenként meglehetősen változó. Jelentékenyen megkevesbedett a vörösvérsejtek száma. Általában 3 millió körül van, sokszor csak 1—2 millió, egyes esetekben számuk még mélyebbre sülyed. Így *Jaksch* esetében 820,000-t találunk, *Naegeli-Furrer* egyik esetében pedig 631,000 volt a legmélyebb érték. Megkevesbedett nagy fokban a haemoglobintartalom, általában 30—40%-ig, *Naegeli-Furrer* említett esetében pedig 10%-ig, *Jaksch* esetében pedig a haemoglobintartalom meghatározása nem is volt keresztülvihető. A festődési mutató az esetek többségében jóval 1.0 alatt van, 0.5 körül, ott azonban, hol a vérregeneratio túlnyomóan az embryonális typut követi, így *Naegeli-Furrer* esetében is, 1.0 fölött. A fehérvérsejtek száma rendszeren megsaporodott, tapasztalataink szerint is átlag 20,000 körül van az értékük. Az állapot rosszabbodásával általában e leukocytosis növekszik, javulásával kisebbedik. Egyes észleletekben (*Jaksch*, *Baginsky*) azonban a fehérvérsejtek száma enormisan nagy volt, százezen felül, kérdés azonban, hogy ez eseteket is ide sorolhatjuk-e. Az észlelők túlnyomó része azonban sohasem talált ilyen sok fehérvérsejtet. Megemlítjük még a vér fajsúlyának alászállását: *Monti-Berggrün*-nél 1035—1043, *Hock-Schlesinger*-nél 1041—1044.

A vér szövettani vizsgálata a súlyos elváltozások egész sorozatát tünteti föl. Ez elváltozások túlnyomólag a vörösvérsejtekre illetik s csak kis részben vonatkoznak a fehérvérsejtekre. Nagyfokú anisocytosis: a kis törpe alakoktól, mikrocytáktól a nagy megalocytáig a legkülönbözőbb nagyságú vörösvérsejtek találhatók.

Poikilocytosis, polychromatophilia. Basophil szemcsézetttségű vörösvérsejtek is csaknem minden esetben találhatók. Rendkívül nagy számban fordulnak elő magvas vörösvérsejtek, a mint azt felnőttek súlyos anaemiáiban nem igen látjuk. E magvas vörösvérsejtek jórészt normoblastok, elég sok a megaloblast s kevesebb a mikroblast, gyéren szabad magvak. A normoblastok száma általában igen nagy, köbmm.-ként átlag 1—2 ezer, *Lehndorff*-nál 20,000. Ezen nagyszámú és különböző nagyságú erythroblastok különböző fokban polychromatophil festődő és basophil szemcsézetttségű sejttestükkel a legtarkább képet nyújtják. E mellett az egyes erythroblastokban a magvak száma is különböző, legtöbbször 1, sokszor 2, vagy több is. A magvak sok vörösvérsejten rosettaszerűek: oly kép, melyet általában mitosisnak tekintenek, ma azonban magszétetés gyanánt fogunk fel. A mitosisok ritkábbak, bár gyéren előfordulnak.

A fehérvérsejtek közt a vizsgált esetek túlnyomó részében a kis lymphocyták dominálnak. Így *Naegeli*-nél, *Japha*-nál, *Flesch* és *Schossberger*-nél. Mások, így *Heubner* is, a polynuclearis elemeket találták túlsúlyban. A kis lymphocyták számaránya eseteinkben 47—61% közt ingadozott, mellettük 4—10%-ban találtunk nagy lymphocytákat. Az eosinophil sejtek száma változó, általában a normális határain belül mozog, csak ritkábban van mérsékelt megnagyobbodva. Gyakran sok az átmeneti sejt. Igen gyakran találunk myelocytákat, melyek jórészt neutrophilek, elvétve eosinophilek, számuk az egy százalék töredékeitől kezdve a legkülönbözőbb változatban egészen tekintélyes magaslatig emelkedhetik. Eseteinkben 6% volt a legmagasabb értékük.

A lefolyás általában hosszadalmas. Néha ugyan csak hónapokig tart a betegség, de legtöbbször évekről van szó. A kórjóslatot azonban súlyos klinikai tünetek és súlyos vérelváltozás mellett sem szabad soha infaustnak tekintenünk. A kórjóslat függ első sorban az alapbántalomtól, de sokat függ a helyesen irányított kezeléstől s mindenféle káros ártalom távoltartásától. Az állapot súlyosbodásával vérzések jelentkeznek a köztakaró és nyálkahártyák részéről, oedemák támadnak s legtöbbnyire intercurrentis betegségben, különösen bronchopneumoniában pusztulnak el, ha az általános gyöngeség már előbb halálhoz nem vezetett. Az anaemiás állapot rosszabbodásával a vérkép csak keveset szokott változni: évekig is stationær maradhat a vérelet. Olykor mégis a vörösvérsejtszámnak és a haemoglobintartalomnak lassan fokozódó esökkenését látjuk.

Miként mondtunk, a reményt feladnunk sohasem szabad, látszólag nagyon súlyos esetek is meggyógyulhatnak s tényleg az eseteknek talán fele, néha több is meggyógyul. Az állapot javulásával enged a sápadtság, a gyermek functiói javulnak, a máj- és lépduzzanat visszafejldik; emelkedik a vörösvérsejtek száma és a haemoglobintartalom, esökken a leukocytosis s a vér is visszanyeri normális képét. Nagyon érdekes, hogy *Furrer* egy ilyen gyógyult esetében a gyógyulást valóságos vérkrízis vezette be, a miként az posthaemorrhagiás anaemiában és anaemia perniciosában előttünk eléggé ismeretes. A javulással egyidejűleg u. i. megsaporodtak az erythroblastok és pedig főleg a normoblastok, jelölül az élénk regeneratio képességnek, majd csakhamar eltűntek az összes normo- és megaloblastok. A vörösvérsejtszámnak, haemoglobintartalomnak megnövekedésével s az általános állapot javulásával pedig igen nagyszámú (17,160 egy mm<sup>3</sup>-ben) basophil szemcsézetttségű erythrocyta jelent meg, oly körülmény, mely *Naegeli* szerint ráczáfol *Grawitz* azon elméletére, hogy a pontozott erythrocyták degeneratiós jelenségek lennének. A vörösvérsejteken észlelt elváltozásokkal egyidejűleg esökent a fehérvérsejtek száma is, megfogytak a lymphocyták is a neutrophil polynuclearis sejtek javára s mindinkább tűnődztek a myelocyták. Ezen észlelet mindenesetre annyiban értékes, mert így a vérkép rendszeres, folytonos észleléséből ténypontokat meríthetünk az állapot megítélésére s itéletünk ezen eset kapcsán egész másképp, egész ellentétesen hangzik, mintha *Monti*-t és *Berggrün*-t követnők, kik szerint számos különböző alakú magtartalmú erythrocyta fellépése anaemia pern.-ba való átmenetel gyanánt értékesíthető.

Egyes észlelőknél (*Jaksch*, *Luzet*, *Frizzoni*, *Audéoud*, *Benjamin-Sluka*) adatokat találunk arra nézve, hogy az anaemia pseudol. inf. átalakulhat leukaemiává. Ez nagyon valószínűtlen és ez esetek bizonyára már kezdettől fogva leukaemiák voltak. Így a *Benjamin* és *Sluka* esetében, melyben állítólag anaemia splenica alakult át myelocytá-

leukaemiává, sem történt előzőleg vérvizsgálat s csupán a leukaemiás vérleletet konstatálták a halál előtt öt nappal és azután ismételtlen eszközölt vizsgálatokkal. Hogy esetük myelocyta-leukaemia, kétségtelen, arra azonban semmi támpontunk sincs, hogy előzőleg anaemia pseudoleuk. forgott fenn. Mert azon körülményből, hogy a gyermeknek chronikus léptumora volt, semmikép sem indokolt azt következtetni, hogy „auf dem Boden der bei rachitischen Kindern so häufig beobachteten Anaemia splenica hat sich das beschriebene Bild entwickelt und führte so zu dem verhältnismässig seltenen verhängnisvollen Ausgange in eine akute myeloide Leukämie“. Ezen következtetés csak azon esetben volna jogosult, ha elfogadnók azon definiójukat, hogy minden anaemia léptumorrall, lényegesebb mirigyduzzanat nélkül, hiányzó haemorrhagiás diathesis mellett és többé vagy kevésbé elváltozott vérképpel anaemia splenicának nevezendő. Nem kell bővebben részleteznünk ezen felfogás jogosulatlan voltát, nem is említve, hogy az anaemia splenica elnevezés is annyira helytelen, hogy haematologusok nézete szerint legjobb volna a feledés homályának átadni.

Kevés olyan esettel rendelkezünk, mely a kórbonezolás-és kórszövettan szempontjából teljesen fel volna dolgozva. Kiemeljük ezek közül a *Luzet*, *Lehdorff* s *Naegeli-Furrer* eseteit. Az összes belső szervek természetesen nagy fokban vérszegények, e mellett vérzések, oedemák és mérsékelt vizgyülemek találhatók; a szivizomzat elszirosodott. A lép minden átmérőjében megnagyobbodott, elérheti a korhoz viszonyított súlyának akár tizszeresét is, sőt még súlyosabb is lehet. Sötétvörös, kemény, tömött az intersticiális szövet megszapordása folytán. Gyakran találhatók rajta perisplenitis jelei. A máj nagy, bár kevésbé megnagyobbodott, mint a lép. Makroszkopikusan semmi feltűnőbb eltérés sem állapítható meg rajta. Nagyfokú haemosiderosis. A nyirokmirigyek sokszor sötétvörösek, megnagyobbodottak, főleg *Naegeli-Furrer* esetében, lépszerűek. A csontvelő is sötétvörös.

A pontosabb szövettani részleteket illetőleg *Jaksch* jellegzetesnek tartotta a leukaemiás elváltozások hiányát. *De la Hausse* és *Glockner* a lépét vizsgálták. Eredményeik nem bírnak ránk nézve különös jelentőséggel. Nagyon érdekesek azonban a *Luzet*, *Weil* és *Clerc*, *Lehdorff*, főleg pedig *Naegeli-Furrer* szövettani leletei. Ezek szerint a lépben a pulpaszövet erősen megnagyobbodott volt, annyira, hogy a folliculusokat elnyomta s a pulpában erythropoëtikus myeloid góczokat találtak. Ugyanez kifejezett volt ezen erythropoësis a májban nemcsak intracapillárisan, hanem *Lehdorff* esetében extracapillárisan is, s ő a vesében is ugyanezt találta. Erythropoëtikus myeloid góczok a nyirokmirigyekben is. A csontvelő, lép s nyirokmirigyek nedvéből fölment készítményeken igen sok normo- és megoblast, sok neutrophil és eosinophil myelocyta mellett.

\* \* \*

A vázolt klinikai és kórbonezolástani tünetek együttes mérlegelése alapján szükségesnek tartjuk, hogy minthogy a szerzők egy része az anaemia ezen alakját a vérbetegségek valamely csoportjába iparkodik besorolni, ennek jogosultságát, lehetőségét megvitassuk. Mint jeleztük, különösen *Luzet* s *Lehdorff* ezt csecsemőkori myeloid leukaemia gyanánt fogják fel. Ezen álláspont tartáhatatlansága ellen szól a vérlelet és a lefolyás, a bonezlelet pedig bizonyítékképpen — mint látni fogjuk — szintén nem használható fel.

A mi mindenekelőtt a vérelváltozásokat illeti, a fehérvérsejtek megszapordása általában olyan kiscokú, hogy habár a leukaemia körjelzését ilyen fokú leukocytosis sem zárja ki, a leukaemiában megszokott arányokhoz jelentéktelennek kell tekintenünk s a mi fontos, ilyen kiscokú marad a leukocytosis halálos esetekben még a halál előtt is. Különböztetjük *Reckzeh* kísérleteiből, hogy fiatal individuumok milyen könnyen reagálnak hatalmas leukocytosisal valamely vérméreg befolyására, olyanra, a minő felnőttekben a fehérvérsejteknek csak mérsékelt megszapordását váltja ki. Ellene szól a fehérvérsejtek viszonylagos arányszáma s minősége is. Láttuk, hogy az esetek túlnyomó többségében a lymphocyták dominálnak s csak ritkábban a neutrophil polynucleáris leukocyták, s ezek száma sem közelíti meg a myeloid leukaemiánál ismerteket. Nélkülözzük továbbá a többi granulált sejtfeleségnek olyan megszapordását, a mint az típusos myeloid leukaemiában

jelen van. A myelocyták kisebb-nagyobb százaléka a már tárgyaltak alapján főleg a gyermekkorban leukaemiára jellegzetes mozzanatoknak semmikép sem tekinthető. Lymphaticus leukaemia ellen szól a fehérvérsejtek mérsékelt szaporulata is, különösen a relativ lymphocytosis kis foka, a mely az e korban physiologiás határokat alig haladja túl.

A lefolyás nem is engedhet leukaemiára gondolnunk: az összes észlelők tapasztalatai e folyamat gyógyíthatósága mellett szólnak, míg a leukaemia mindig halálos kimenetelű. A kórbonezolási lelet pedig a lymphaticus leukaemia keretébe egyáltalán nem, a myeloidéba már inkább illeszthető be. Amde myeloid góczok jelenléte a különböző szervekben még nem jogosít fel a myeloid leukaemia körjelzésére. Tudjuk jól, hogy myeloid szövetet a szervekben nemcsak leukaemiában találtak. Így találta a különböző lymphaticus szervek myeloid átalakulását *Dominici* experimentális typhus-fertőzésnél, *Engel* diphtheriánál, *Weil* variolánál, *Hirschfeld* vörhenynél, orbáncznál, sepsisnél, pneumoniánál, genyes agyhártyalobnál, tüdővésznel, *Wolff* typhusnál és súlyos ólomvérszegénységnel, *Japha* és *Fränkel* vörhenynél a nyirokmirigyekben, *Hecker*, *Erdmann*, *Kimla*, *Schridde*, *Naegeli* veleszületett bujakóránál a májban, *Hirschfeld*, *Naegeli*, *Sorochowitsch*, *Kurpjuweit*, *Swart* anaemiáknál, *Kurpjuweit* csontvelőráknál stb., stb.

A kórbonezolási lelet különben is határozottan mutatja, hogy az anaemia pseudoleuk. inf.-ban előtérbe mégis az anaemiát kell helyeznünk. E mellett szól a mirigyeknek, lépnek, csontvelőnek sötétvörös színe és a kiterjedt erythropoësis a májban, lépben és nyirokmirigyekben, tehát oly szervekben, melyek vérképzők gyanánt csak az embryonális életben szerepelnek. Minthogy súlyos anaemiákban a myelopoësis a lymphaticus szervekben nem ismeretlen jelenség, ezen csontvelőn kívüli myeloid góczoknak csupán compensatorikus jelentőséget tulajdoníthatunk, melyre a szükségességet a csontvelő működésének elégtelensége adta meg.

Támogatják e felfogást azon újabb észleletek is, melyek a leukanaemia kérdésének tisztázására vonatkoznak. Ismeretes, hogy *Leube* ezen névvel oly kórformát látott el, melyben a vérelváltozások az anaemia pern. és leukaemiáéinak felelnek meg. Ezen vérelváltozások teljesen hasonlóak az anaemia pseudoleuk. inf.-nál ismertekhez. A további észleletek azonban megmutatták, hogy ezen esetek nem leukaemiák, hanem súlyos anaemiák, melyek erős csontvelőizgalommal jártak és így eredményezték a vérben nagyszámú normo- és megaloblastnak és myelocytának megjelenését (*Naegeli*). Ezen észleléseknek köszönhetjük, hogy a felnőttekben is ismerünk anaemiákat az anaemia pseudoleuk. inf.-hoz hasonló vérlelettel, csak azon különbséggel, hogy lefolyásuk mindig heveny. Ilyen a *Meyer-Rügg* és *Naegeli* esete, hol puerperális Biermer-féle anaemiában a szövődmenyesen jelentkezett sepsis befolyása alatt a vérben tömeges erythroblast, 30,000 fehérvérsejt 25% myelocytával volt található. Ilyen *Morawitz* két szép gyógyult esete. Ezek közül különösen a második vérlelete teljesen hasonló az anaemia pseudol. inf.-éhoz (nekrotikus anginánál gyorsan kifejlődő súlyos anaemia, tömeges normo- és megaloblast, 21,000 fehérvérsejt, 20% neutrophil és 1%-ig is emelkedő eosinophil myelocytával).

Felsorolhatnánk még egyéb érveket is, de az elmondottak alapján is kétségtelennek tartjuk, hogy az anaemia pseudoleuk. inf. nem tekinthető csecsemőkori myelocyta-leukaemiának. Felmerülhet azonban másfelől mégis a kérdés, vajjon az anaemia pseudoleuk. inf. nem képviseli-e a Biermer-féle anaemia perniciosának a csecsemőkori bonez- és élettani sajátosságai által módosított alakját. A haemorrhagiás diathesis, a haemosiderosis, a vörösvérsejtek legnagyobb fokú elváltozásai, a nagy festődési mutató az esetek egy részében, továbbá a kiterjedt erythropoëtikus góczok a különböző szervekben közelfekvővé tennék e gondolatot. Ellenérv gyanánt azonban első sorban ismét az aránylag jó körjósálat kell felhoznom. A fehérvérsejtek viselkedése meg épen ellentétes, mint az anaemia perniciosában. Anaemia perniciosában fehérvérsejt-megkevesbedést, míg itt megszapordást találunk, és míg anaemia pern. -ban az általános állapot javulásával együtt növekszik a fehérvérsejtek száma, addig itt ép ellenkezőleg a javulással párhuzamosan folyton a normális felé közeledik. Nagy festődési mutatót különben is csak az esetek egy részében találunk, a legtöbbben alacsony. A vörösvérsejtek megfoghatósága sem olyan erős mértékű általában az anaemia inf. pseudoleuk.-ban, mint az anaemia

pernic.-ban, s a magtartalmú vörösvérsejtek száma határozottan túlhaladja az anaemia perniciosában megszokottat. Az erythropoëst a csontvelőn kívül histologiailag pedig nem csupán anaemia pernicio.-ban mutatták ki. Így részben a lépben, részben a májban, nyirok-mirigyekben s vesében posthaemorrhag. anaemiánál *Pellacani és Foà*, súlyos anaemiánál *Erich Meyer és Heinecke*, csontcercinómánál *Frese, Kurpjuweit*, variolánál *Dominici és Weil*, veleszületett bujakóránál *Hecker, Erdmann, Kimla*. Ha el is ismerjük, hogy a csecsemőkori anaemia pernicio. kórjelzését illetőleg meglehetősen hiányosak, tisztázatlanok az ismereteink, az anaemia pseudoleuk.-t ezek után anaemia pernicio. gyanánt mégsem foghatjuk fel.

*Jaksch* „pseudoleukaemia“ jelzéssel látta el az anaemiának ez alakját. Pseudoleukaemiának semmiképp sem tekinthetjük ez eseteket, mert bármily eltérők is a pseudoleukaemiára vonatkozólag a buvárok nézetei, a pseudoleukaemia egyik ismert alakjába sem illeszthető be e kórkép.

Mindez elmondottak figyelembe vételével az anaemia pseudoleuk. inf.-ot oly súlyos következményes anaemiának kell tekintenünk, melyben a vörösvérsejt-képződés az embryonális typushoz tért vissza. Eldöntetlennek hagyjuk e mellett a kérdést, hogy ezen esetekben, vagy legalább az esetek egy részében az embryonális korban szerepet játszott extramedulláris erythropoëtikus-myeloid góczok persistenciája forog-e fenn, vagy pedig újonnan képződtek-e ezen góczok. A különböző jelzett aetiologiás mozzanatok, a midőn ezen súlyos vérszegénységet előidézik, fokozott tevékenységre ingerlik a csontvelőt, és toxinjaik által előidézik, hogy a máj, lép, nyirok-mirigyek, miként az embryonális életben, a vérképzésben részt vegyenek. Így mutatja azután a vérkép is az ezen vérképződésnek megfelelő elemeket. Minél fiatalabb a gyermek, annál könnyebben, gyorsabban, intenzívebben válthatja ki valamely kórfolyamat toxikus hatása ezen reactiót. S így természetesen hasztalan várni, hogy bizonyos kórfolyamat (angolkór, bujakór, stb.) sajátlagos reactiót váltson ki, a melynek megfelelőleg azután különböző volna a vérelet a különböző alapbetegségek szerint. A vérelváltozásra a kóros alapfolyamat minősége teljesen jelentőség nélküli, s csupán a toxikus behatás intenzitásától függ, hogy milyen erős reactiót kapunk. S ez talán megmagyarázza azt is, hogy angolkórban, bujakórban, gümőkórban az esetek egy részében miért követi a vérképződés a normális, a másik részében az embryonális typut, s azt is, hogy a vérelváltozásoknak is különböző módosulatait és fokozatait találjuk.

Az anaemia inf. pseudoleuk. mégis klinikai tünetesopoztata és vérelete folytán oly éles képet mutat, hogy föntartását *jogosultnak, szükségesnek* tartjuk, de ismételnél óhajtjuk, hogy e névvel nem önálló betegséget, hanem csak *syndromát* jelzünk.

**Fontosabb irodalom.** 1. *All und Weiss*: Anaemia pseudoleucaemia infantum. Zentralbl. f. d. med. Wissenschaft, 1892. 433. l. — 2. *Audéoud*: Maladies du sang. Grancher-Comby: Traité des maladies de l'enfance. Deuxième édition. Paris, 1904. I. kötet, 828. l. — 3. *Audéoud*: Note sur l'anémie pseudoleucémique du premier âge. Rev. méd. de la Suisse rom. 1894. 14. k., 507. l. — 4. *Dominici*: Comptes rendus de soc. de biol. 1900. 34. sz. — 5. *Dominici*: Arch. exper. de méd. 1901. 13. szám. — 6. *Fischl*: Über Anaemia infant. pseudoleuc. Prager med. Wochenschr., 1894. 3. l. — 7. *Flesch u. Schossberger*: Zur Frage der Anaemia inf. pseudol. Archiv f. Kinderheilk., 1906. 44. szám, 294. l. — 8. *Flesch u. Schossberger*: Leukämische Blutveränderung bei Lues congenita und Sepsis. Deutsche med. Wochenschrift, 1907. 27. sz. — 9. *Furrer*: Beiträge zur Kenntniss der Anaemia pseudoleuc. infant. (Jaksch-Hayem). Inaug.-Dissert. Zürich, 1907. — 10. *Geissler und Japha*: Beiträge zu den Anämien junger Kinder. Jahrbuch f. Kinderheilk., 1901. 53. sz., 629. l. — 11. *Gretsel*: Ein Fall von Anaemia splenica bei einem Kinde. Berliner klin. Wochenschrift, 1866. 212. l. — 12. *Hayem*: L'anémie des nourrissons. Gazette des hôpitaux, 1899. 1183. l. — 13. *Hock u. Schlesinger*: Hämatologische Studien. Beitr. zur Kinderheilk. v. Kassowitz. II. sorozat. Wien, 1892. — 14. *Hutchinson*: Some disorders of the blood and bloodforming organs in early life. Lancet, 1904. I. kötet, 1253. l. — 15. *v. Jaksch*: Über Leukämie und Leukocytose im Kindesalter. Wiener klin. Wochenschrift, 1889. 435. l. — 16. *Japha*: Erkrank. des Blutes und der blutbereitenden Organe. Pfandler-Schlossmann: Handbuch d. Kinderheilkunde, Leipzig, 1906. I. kötet, 531. l. — 17. *Lehdorff*: Über „Anaemia inf. pseudol.“ Jahrbuch f. Kinderheilk., 1904. 60. kötet, 194. l. — 18. *Luzet*: Études sur les anémies de la première enfance et sur l'anémie infantile pseudoleucémique. Thèse. Paris, 1890. — 19. *Luzet*: Anémie 18. infantile. Thèse. Paris, 1891. — 20. *Luzet*: L'anémie infantile pseudoleuc. Arch. gén. de méd., 1891. 579. l. — 21. *Monti und Berggrün*: Die chronische Anämie im Kindesalter. Leipzig, 1892. — 22. *Morawitz*: Über atypische schwere Anämien. Deutsches Archiv f. klin. Med. 1907. 88. k., 493. l. — 23. *Naegeli*: Blutkrankheiten und Blutdiagnostik. Leipzig, 1908.

— 24. *Reckzeh*: Über die durch das Alter der Organismen bedingten Verschiedenheiten der experimentell erzeugten Blutgiftnämien. Zeitschr. f. klin. Med., 1904. 54. k., 165. l. — 25. *Sorochowitsch*: Ueber einen Fall von tödlicher Kinderanämie (perniciöse Anämie?) mit Erythropoëse und myeloider Umwandlung der Milz und Lymphdrüsen. Inaug.-Dissert. Zürich, 1904. — 26. *Weil et Clerc*: Splénomégale chronique avec anémie et myélémie (forme infantile). Rev. mens. des mal. de l'enf., 1903. 1. l. — 27. *Zelenski und Cybalsky*: Ueber das Vorkommen der Markzellen (Myelocyten) im kindlichen Blute. Jahrbuch f. Kinderheilk., 1905. 60. k., 884. l.

**Közlés a budapesti Stefánia-gyermekkórházból.**  
Igazgató: **Bókay János dr. egyet. nyilv. r. tanár.**

## Myositis ossificans progressiva esete négy éves fiún.<sup>1</sup>

Közlő: **Péteri Ignác dr. első segédorvos és Singer Gusztáv dr. v. egyet. tanársegéd.**

Az emberi szervezet legtitokzatosabb, legbizarrabb, de szerencsére legritkább megbetegedései közé tartozik a myositis ossificans progressiva. Kissé részletesebben tárgyaljuk a kórképet, mert esetünk, tudunkkal, a második eddig közölt magyar származású eset, és mert typosos voltánál fogva méltán sorakozik a világirodalomban közölt legszebb esetek mellé. Érdekes, hogy az ezen megbetegedést tárgyaló egyik legrészletesebb forrásmunka magyar szerző, *Pintér Gyula* nagyabonyi születésű orvos, Würzburgban 1883-ban megjelent dissertatiója, mely munka az addigi irodalmat teljesen felöleli és 3 új esettel gazdagítja.

Ezen megbetegedés ritkasága ellenére is egyike a legjobban és legrészletesebben tárgyalt bántalmaknak. Érthető is, hogy ezen hosszú szenvedésük alatt sok helyen megforduló betegek korán magukra vonták az orvosi világ figyelmét, nem csekély továbbá azok száma is, kik ezen érdeklődésből tőkét kovácsolva, sok klinikát felkerestek pénzszerzés céljából s ez magyarázza, hogy ugyanazon betegről több helyről is jelent meg részletes közlés.

A legelső közlés a XVIII. század közepéről való. Angolok közlik a két első esetet. A harmadik eset 1839-ben Franciaországból közöltetett. Ettől kezdve már gyakrabban találkozunk esetközlésekkel. *Münchmeyer* 1869-ben leír egy esetet és analizálja az addig ismeretes 12 esetet. Ő adta e kórképnek mai elnevezését is, és ő különítette el mint különálló megbetegedési formát az osteomák csoportjától, a hová *Virchow* tévesen sorozta. 1878-ban *Mays* közöl egy szép esetet s először hangoztatja congenitális eredetét. *Pintér* dissertatiója, mint már említettük, 1883-ban jelent meg s 22 esetet vázol. *Davel*, ki a *Grancher-Comby*-féle „Traité des maladies de l'enfance“-ban (1905. IV. kötet) dolgozta fel ezen megbetegedést, 66 esetről számol be, ezek közt azonban van egy-néhány, melynek kritikai áttekintése kétségtelenül téves diagnózisra utal, úgy hogy nem tévedünk, ha állítjuk, hogy körülbelül 60 oly eset ismeretes eddigelő a világirodalomban, mely kétségtelenül a myositis ossificans progressiva kórképe alá tartozik.

Az eddig közölt esetek földrajzi megoszlása körülbelül a következő: Németországból 23, Angliából 21, Oroszországból 5, Svéd-, Magyarországból és Ausztriából 1—1 eset ismeretes, ezeken kívül található még néhány bizonytalan származású eset. Az első magyar származású esetet 1889-ben *Bókay J.* tanár mutatta be a kir. Orvosegyesületben, de külső körülmények miatt ezen gyermekre vonatkozó eset részletesebben fel nem dolgoztatott és további sorsa is ismeretlen maradt. *Hochhalt* magántanár 1894-ben ugyanott mutatott be 27 éves, román származású, hasonló bajban szenvedő beteget.

Betegünk 1906 február 5.-én vétetett fel a Stefánia-gyermekkórházba. 4 éves fiúgyermek, Parádon, Hevesmegyében született magyarajkú szülőktől. Szülei állítólag teljesen egészségesek, anyját, ki felhozta a beteget, megvizsgáltuk és teljesen egészségesnek találtuk s fejlődési rendellenesség sem észlelhető rajta. A gyermek atyja potarot. Szülők nem vérrokonok. Anyai részről a nagyanya tbc.-ban halt meg, az anya egy testvére epilepsiában szenvedett. Hét gyermek közül betegünk az ötödik. Az első 15 éves, jobb czombját időnként fájlalja. A második állítólag genyes csipőizületi lobbán, a harmadik vörhenyben halt el. A negyedik gyakran szenved fejfájásban. A hatodik 16 napos korban halt meg, a hetedik 4 hónapos egészséges csecsemő. Luesre anamnesis nem nyerhető.

<sup>1</sup> Minden jog fenntartva.

Betegünk szülése rendszeresen folyt le. Első fogát 10 hónapos korban kapta, járnai és beszélni 1 éves korban kezdett. Rángógörcsei nem voltak. Enyhe bélzavarokon kívül egyéb megbetegedésről nem tudnak. Mindig sovány volt. 1½ éves korában veszik észre első ízben, hogy esés után homlokának jobb és bal oldalán duzzanatok támadtak, orvoshoz is vitték, ki azokat „kásadag”-nak nevezte és hűvös borogatásokra néhány nap alatt visszaféjték. *Már ekkor feltűnik a szülőknek, hogy a gyermek gyakran elesik, mindinkább ügyetlen lesz és hogy minden különösebb fájdalom vagy láz nélkül a bőr alatt duzzanatok keletkeznek, melyek mindinkább tömöttebbek, végre csontkemények lesznek.* Szellemi fejlődése teljesen kielégíti a hozzátartozókat, csak túlságosan csendes, szomorú és zárkózott kedélyű gyermeknek ismerik; étvágya és alvása jó.

**Jelenállapot:** Korához képest kissé alacsony és gyengén fejlett. 101 cm. magas, fejkörfogát 51 cm. Halvány bőr, igen kevés zsírpárna. Ágyban fekvé feltűnik az egész felső test szoborszerű mozdulatlansága, a váll és felkarok szögletes rajzolata, a fej előrehajlott, a nyakkal együtt merev állása, a háton pedig a változatos, domborműre emlékeztető elváltozások. Feltűnik továbbá a kezek és lábak ujjainak gracilis volta és az öregujjak sajátos difformitása. Ez körülbelül azon kép, melyet minden kifejezett esetben általános megtekintésre nyertek. A leírásnál jobban érzékíti ezen benyomást esetünknek elülről és hátulról készült fényképe (I. I. tábla, 1. és 2. ábra), melyek közül az egyiket még ama sajátos szomorú, a tehetetlenség kínzó érzetét eláruló tekintet is feltűnik, mely szintén ezen betegek közös tulajdona.

Részletesebb megtekintéskor a következő elváltozásokat észleljük: A koponya kerek, a homlokudorok kissé elődomborodók; a homlok bőre erősen heges a gyakori esések utáni contusiók következtében. A fej kissé előrehajolva, az állal kissé bal felé fordulva mereven fixált. A mozgás csakis oldalirányban kis fokban lehetséges, míg a hátra és mellfelé hajlítás teljesen akadályozott. Az arcz mimikai izmzata csak gyengén működik. A homlokbőr ránczolása az említett hegek miatt, de a heges bőralatti lapos tömött csontlemezek miatt is (a homlokizmok elcsontosodása) akadályozott. A nasolabialis redők elsimultak, az arcvonások általában elmosódtak, az arczkifejezés mindezek folytán a resignatio kifejezésével bír. Az áll alatti tájon, a kórházi kezelés alatt, kb. gyermekökönny duzzanat támadt, mely felett a bőr térszáz tapintatú, kissé emelkedett hőmérsékű és mérsékelt pirosan elszineződött volt. A hőmérsék két napig 1/2—1 foknyi esti emelkedést mutatott. Az egész folyamat heveny áll alatti mirigylob benyomását keltette, de feltűnt a duzzanat tömött volta és ezen tömötségek mindinkább fokozódása, mely a bőr lobtünetének visszaféjtésével végre erősen tömött, az alsó állkapocs mozgását nagyobb fokban akadályozó merev képlet kifejlődésére vezetett. A mint az összes szerzők észlelték, ezen alakban szokták a csontosodások az izmosportokat ellepni. Az állkapocsizület mozgásai kissé korlátozottak, mely korlátozottság valószínűleg a halántékiizmokban és masseterékben érezhető csontlemezek által feltételezett. A nyakon és tarkótájon az elváltozások oly súlyosak, hogy az egyes izmosportok egymástól el nem különíthetők. Az egész tarkóizomzat egy dudoros felületű, hatalmas, difúz, csontkemény páncélt alkot, s természetesen a tarkó teljes mozdulatlanságát eredményezi. Mindkét oldali sterno-cleido-mastoideus tömött, bennök csontkemény keskeny köteget tapintunk, a melyeb alsó nyakizomzattal csontlécekkel összekapaszknak.

A mellkas szintén súlyos elváltozásokat mutat. Lapos, keskeny, légzési mozgásoknál úgyszólván teljesen mozdulatlan. A mellkasizmok, a pectoralis major és minorak megfelelően, mint el nem mozgatható lapos csontlemezek tapinthatók. Az egész gerincoszlop merev, több helyütt a proc. spinosusok, ligamentumok és izmok erősen kidomborodó vastos csonttömegeket alkotnak. Ezen kidomborodások azonban nem csak a gerincoszlop felett, hanem tőle kétoldalt, vele párhuzamosan, a hátizmok lefutásának irányában is kifejezettek (I. I. tábla, 2. ábra). Ezen vastos csonttömegektől a lapoczkák, valamint a csipőnyárok felé keskeny ágak futnak, úgy hogy a hát izmai keresztül-kasul szeltek ezen csontlécek által.

A felkarok a lapoczkával és a bordákkal egy a hónaljraok elülső és hátulsó szélén haladó vastos csonttömb által mereven összeforrtak. Ezen csonttömb a m. latissimus dorsi és pectoralis majorban képződött csontképletek által keletkeztek. Ez által a felkarok jellegzetes kóros tartása jön létre: ugyanis a felkarok kissé fölemelve, abduktálva fixáltak. A m. biceps és brachialis internusban mindkét oldalt, azoknak majdnem teljes hosszában lefutó vastos csontlécek tapinthatók; baloldalt ezen csontléc részben a felkarsonthoz rögzített, míg jobboldalt egészen függetlenül a felkarsontól követi az izmok lefutását és a tuberositas ulnae-ig követhető, ez által az alkar mozgása a könyökizületben jobboldalt korlátozott. A lapoczkák szintén teljesen fixáltak a háthoz és határait elmosódtak. Az alkarok izmzata helyenként tömött, fibrosus tapintatú, de csontlécek nem érezhetők benne. A kéz izmaiban elváltozás nincs. A kézfők feltűnően gracilis alkotásúak, különösen az ujjak karcsúság és rövidik. Egy hasonló nagyságú normális gyermek kezével való összehasonlítás eredménye a következő:

	Normális 4 éves fiúgyermeken	Betegünkön
Kézhat legnagyobb szélessége	8 cm.	6 cm.
Hüvelyk 2. percéének hossza	4 cm.	3 cm.
Mutatóujj 3. percéének hossza	5½ cm.	4 cm.

Feltűnik továbbá a hüvelykujj relatív rövidsége is, a többi ujjhoz képest. Betegünk ujjait jól használja. Az alsó végtagok lényegesebb elváltozást nem mutatnak, csak helyenként a csomb izomzatában érezhetők tömöttebb kötegek az izmok közt. Egy sajátos difformitás lát-

ható betegünk öregujjain, mely congenitális elváltozás, mióta *Helperich* 1879-ben először leírta és a figyelmet rá felhívta, majdnem valamennyi tipikus esetben előfordult. Az elváltozás, mely kétségtelenül veleszületett, a következő:

Mindkét öregujj kisebb a rendesnél, valgusállásban van s ezáltal a szomszédos ujj alá hajlik. A Röntgen-képen (I. tábla, 3. ábra) jól látható ezen sajátos torzképződés és úgy látszik, hogy a percek között levő synostosis által feltételezett. A láb többi ujjja rendes, a beteg az alsó végtagjait jól mozgatja. Alni és járnai tud, de a törzs izmainak elváltozása miatt egyensúlyát nehezen tudja megtartani, miért is könnyen esik és nehezen tud fölemelkedni. A m. obliquus externusban hajtvastagságú, a bőrrel össze nem kapaszkodott, az izomzatban futó csontfonalak érezhetők, kacsaringós lefutással s elvékonyodva végződnek az alhas tájékán.

Ezen súlyos elváltozásokról készült Röntgen-felvételek közül csak néhányat közlünk, melyek legjellegzetesebben érzékítik a kóros csont-újképleteket. A 4. sz. ábrán (lásd I. tábla) a m. biceps és brachialis internusban képződött vastos, egymással csontlécek által összekapaszknak csonttömeg látható. Az 5. sz. ábra (lásd II. tábla) a m. bicepsben lefutó, a felkarsonttal sehol sem érintkező csontszlopot mutatja. A 6. sz. ábra (lásd II. tábla) általános képét nyújtja a tarkó, nyak, hát, lapoczká, valamint a felkarsontokat és mellkast összekötő változatos csonttérképek.

Betegünk szellemi fejlődése teljesen normálisnak mondható. A hozzáintézett kérdésekre korának és nevelésének megfelelőleg felel, betegársaival szívesen játszadozik, de általában inkább szomorú és hallgatag.

A belső szervekben eltérés nem mutatható ki. A vizelet vizsgálata a normálistól eltérő alkotórészeket nem derített ki. Szöveti vizsgálatra kóros csontszövetet, a szülők ellenkezése miatt, nem vehettünk. A betegnek kórházi tartózkodása alatt, a fent leirt, az áll alatti izmosportban támadt csontosodási rohamon kívül, nevezetesebb változás nem volt észlelhető.

Az eddig ismertetett tipikus myositis ossificans progressiva-esetekkel összehasonlítva betegünket, ezen kórkép minden jellemző tünetét, tipikus sajátosságát felleljük. A jól kifejezett myositis ossificans progressiva-esetek kórképei általában teljesen hasonlóak egymáshoz és bármely esetből megrajzolhatjuk tünettanát.

A myositis ossificans progressiva congenitalis eredetű bántalom, mely többnyire az élet első éveiben jut fejlődéshez és melynek lényegét teszi, hogy a peri- és intramuscularis sejtszövetben spontán csontos tömegek képződnek, melyek az izomszövetet sorvasztják, elpusztítják. A bántalom, mely többnyire a váll és tarkó izmaiban kezdődik, rohamokban terjed tovább és más-más izmosportokat lep meg. Az izomszövet pusztulása és a csontos tömegek merevsége kóros helyzeteket teremt, melyek a mozgást, esetleg egyéb vegetatív functiókat is károsan befolyásolják.

Congenitális eredet mellett bizonyítanak, az esetek túlnyomó számában, az említett fejlődési rendellenességek, melyek az embryonális fejlődés első szakának laesióját tetelezzik fel. Esetünk tipikusan mutatja az öregujjak symmetriás difformitóját, valamint a kezek mikrodaetylíáját. E kórkép újabb leírói abszolút törvényszerűségnek jelzik ezen veleszületett difformitásokat. Ezen tipikus torzképződések mellett gyakran látunk egyéb elváltozásokat, mint füldegeneratiót, csontthiányokat stb.

A betegség kezdete rendszeresen elkerüli a környezet figyelmét. Többnyire fájdalomtalanul, láztalanul keletkeznek ama homályosan fluctuáló bőralatti duzzanatok, igen enyhe lobtünetekkel a fedő rétegekben, melyekből azután lassanként mind tömöttebb szövet, végül csonttömb képződik. Ritkábban heveny, súlyosabb általános tünetekkel, valamint gyakrabban idült, igen hosszú idő alatt kifejlődő módon jelentkeznek az elváltozások.

A betegség majdnem kizárólag a gyermekkorban kezdődik, úgy, hogy mindazon esetek, melyekben a bántalom kezdetének a későbbi életkorban való kifejlődését észlelték, nem is illeszkednek bele a tipikus myositis ossificans progressiva kórképének keretébe.

Az öröklődésnek semminemű szerepe sincs e bántalomban. Tuberculosis, lues sem szerepel mint kóros momentum. Alkalmi oknak leggyakrabban traumás behatásokat tekintenek, ritkábban rheumás ártalmakat.

Kórbonezolásitanil vizsgálva a kórképet, sectiók és próba-execiók alapján egyöntetűleg kimutatták, hogy valódi csontszövet keletkezik és nem egyszerű elmeszesedési folyamat van jelen.

A legrészletesebb kórbonezolásitanil leletet *Stempel* közli. Ő több szakaszát különbözteti meg a csontosodási folyamatnak. Az első: véres beszűrődés a peri- és intramuscularis sejtszövetben s ilyenkor rendszeren álfuctuatio van jelen s a folyamat haematomához hasonló. Lob ellen szól a láztalan lefolyás és a környéki mirigyek intact volta. Ezen stadium 8—10 napig tart; a mérsékelt kék-

vörösen elszíneződött bőr lassanként visszanyeri rendes színét, a duzzanat lelapul, diffúz lesz, de a bántalmazott területen az izomszövet rigid, kötőszövetes köteghez hasonló lesz. Ez a második stadium rövidebb-hosszabb ideig, néha hónapokig, sőt évekig is el-tart, hogy azután átmenjen a végleges csontosodás időszakába. Az izmok maguk másodlagosan degenerálódnak inaktivitás és nyomás következtében.

Minden kóros izompamat *Nissim* szerint 3 zónából áll: periferikus, centrális és a kettő közötti intermediaer zónából. A tumor periferiáján még ép izomrostok találhatóak változó vastagságban. A centrumban van a nagy fokban, vagy teljesen elpusztult izomszövet helyén a kötőszövetes vagy csontos tumor, melyből az intermediaer részbe kötőszöveti zeg-zugos, az izomnyalábok közé hatoló szálak haladnak szét. A folyamat rendszeresen az izomszövetből indul ki, de a betegség előrehaladt állapotában a csontszövet (csont, in, ligamentum, aponeurosis) is bevonatik a bántalom körébe. A kóros helyen keletkező csontosodás normális csontszövetből áll (*Mays*).

A folyamat lényegének magyarázatául számos vélemény jutott kifejezésre. *Virchow* a daganatokhoz, osteomákhoz sorozta. *Münchmeyer*, ki az elnevezést adta, lobosodási folyamatoknak tartotta. Mások idegbántalomnak, trophoneurosisoknak nyilvánították. Legvalószínűbb *Stempel* teoriája, mely szerint a mesenchyma hiányos differenciáló képessége a kórokozó momentum. A mesenchymának megvan ugyanis a képessége, hogy a szervezet szükségletéhez képest a fejlődés törvényeit követve poroz- és kötőszöveté alakuljon, melyekből azután mészlerakódás útján csontszövet képződhetik. Ha már most valamely fejlődési rendellenesség következtében a mesenchyma elveszti ezen differenciáló képességét, illetve nem engedelmesebb a normális fejlődés törvényeinek, előáll a myositis ossificans progressiva név alatt ismeretes kórkép, vagyis oly helyeken, hol normálisan csak kötőszövet van, poroz és csontszövet fejlődik. Legerősebb bizonyítékai ezen teoriának ama szabályszerű fejlődési rendellenességek, melyek a tipikus myos. ossific. progr.-esetekben jelen vannak.

A röviden vázolt kórkép kifejlődéséhez rövidebb-hosszabb idő szükséges; egy bizonyos állapot eléréséhez, mint azt a mi esetünkben vázoltuk, néha 10—15 év is szükségeltetik. Maguk az egyes rohamok rövidek, de a rohamok közötti szünetek tartama hetek és évek között váltakozik. Így lepi el lassanként a bántalom az egész csontváz izomzatát, míg végre valamely intercurrentis betegségnek, többnyire tuberculosishoz áldozatul esnek a valóban szerencsétlen betegek. Gyakorik a súlyos decubitusok, és néha nagy nehézségbe ütközik a rágó- és állkapocsizmok elcsontosodása következtében a táplálékfelvétel.

A gyógykezelés, még a legkorábbi stadiumban is megkezdve, teljesen hatástalan; még a látszólagos javulást is megzavarja a Röntgen-vizsgálat, mely mind több és több árnyékot mutat az izomszövetben.

**Irodalom.** *Münchmeyer*: Henle-Pfeuffer's Zeitschrift f. ration. Med., 1869. 34. köt. — *Mays*: Virchow's Arch., 1878. 74. köt. — *Pintér*: Zeitschrift f. klin. Med. 1884. 8. köt. — *Helferich*: Arztl. Intelligenzbl., 1879. 54. sz. 26. köt. — *Stempel*: Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir., 1898. III. köt. — *Bókay J.*: Bpesti Kir. Orvosegyesület évkönyve. 1889. — *Virchow*: Die krankhaften Geschwülste. Berlin, 1860. II. köt.

**Közlés a budapesti Stefánia-gyermekkórházból.**  
Igazgató: Bókay János egyet. nyilv. r. tanár.

## Bőralatti veserepedés műtét által gyógyult esete gyermekben.<sup>1</sup>

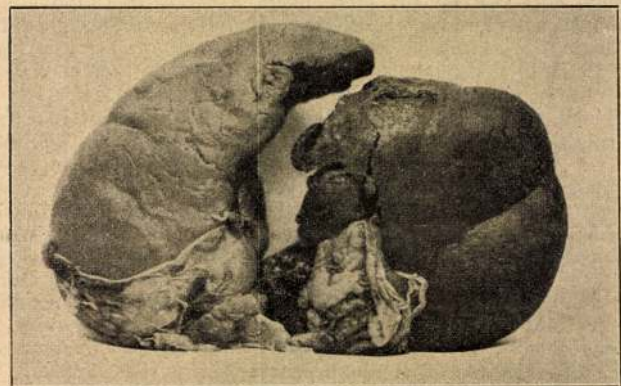
Közli: *K. Finály György* dr. műtőorvos.

A vesék bőralatti repedése a kortól teljesen független, ugyanis előfordul úgy a legkorábbi gyermekkorban, mint az aggkorban egyaránt. *Watson*<sup>2</sup> közli *Makins* londoni kimutatását, mely szerint 292 hasi contusio esetében 89-szer sérültek belső szervek és e 89 esetben 35-ször a vesék, a miből következik, hogy aránylag meglehetősen gyakori a vesék traumás sérülése. *Küster* szerint az összes

sebészeti megbetegedések 0.12<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-át teszik a bőralatti vesemegsérülések, a vesék sebészeti megbetegedései közt pedig 7.8<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-kal szerepelnek. *Lardennois*<sup>1</sup> összegyűjtött 674 esetében 15 éven aluli korban 56 esetben találjuk a vesék bőralatti megsérülését. Kétségtelen, hogy az enyhe és kiterjedelmű vesesérülés sokkal gyakoribb, mint a felsorolt statisztikák mutatják, mert épen a könnyű contusiók esetleg sajátlagos tünetek nélkül gyógyulnak, és így az észlelők figyelmét kikerülik, illetőleg észlelés alá sem kerülnek. De fontos az, hogy a hasúri sérülés, mely mellett a vese is sérült, gyakran más életfontos szervek (beleik, hashártya, máj, lép) nagyfokú sérülését okozza, s a beteg a traumát alig éli túl;<sup>2</sup> ezért a vesesérülés klinice nem észlelhetik, vagy a vesesérülés tüneteit más szervek sérülésének jelenségei fedik. E tényeknek megfelelő az, hogy a bonczolati statisztikák a bőralatti veserepedésekről magasabb arányszámot mutatnak.

A budapesti Stefánia-gyermekkórházban észleltünk egy súlyos veserepedés-esetet, melynek története a következő:

Sz. M. hároméves leánygyermeket 1908 április 27.-én délután koci elgázolta. Eseménytelen állapotban került a kórházba. Behozatalakor a különben jól fejlett és táplált gyermek halaványsága, elesettsége feltűnő. Hőmérséke 36.0, pulsusa igen szapora, alig számlálható, 170—180 közt. Mellkasi szervek épek. Has mérsékelt előredomborodó. A jobb bordaív alatt és a jobboldali lumbális tájon egy-egy kb. tenyérnyi suffusio. Jobb bordaív alatt igen homályos, érzékeny resistencia tapintható. A beteg öntudatlan, ingerekre nem reagál. Excitantiákra magához tér, pulsusa valamivel erősebb lesz. Néhány óra múlva vizeléskor csaknem tisztán vér ürül. Estefelé az elesettség még fokozódik, dacára az alkalmazott melegítés és excitantiáknak, míg végre több coffeininjeció után a pulsus érezhetővé válik. Ejjel nagy nyugtalanság, többször fájdalmas vizelési



inger kíséretében csaknem tiszta vért ürít. Másnap reggel a pulsus alig érezhető, a beteg aluszékony, elesett, rendkívül halvány, csaknem kivérzettnek látszik. A vizelet most is csaknem tiszta vér. A bal hasfél puha, jól palpálható. Jobboldalt a hasfél mérsékelt contracturában, különösen a vesetájon. E helyen érzékenység és a jobb bordaív alatt a lumbaltájba húzódo resistencia érezhető, mely körülbelül ökölnyi nagyságban az egész jobb lumbaltáját kitölti. Ezen érzékeny resistencián kívül a hasúrban szabad ömleny mutatható ki. Tekintettel a véres vizelésre, a jobb vesetájon tapintható resistenciára és a szabad hasúrbeli ömlenyre, *veserepedést*, és pedig extra- és intraperitoneális vérzéssel kombinált sérülést veszünk fel és azonnal műtétet végzünk.

A műtétet 1908 április 28.-án végzi *Winternitz* dr. m. tanár, osztályos főorvos. Chloroform-, majd aethernarcosis. Kb. 20 cm. hosszú lumbalmetszéssel feltárjuk a jobb vesetájt. Sem a subcutan kötőszövetben, sem a hasfal rétegei között haematoma nincs. Csak a m. quadratus szélén, az aponeurosis lumbodorsalis alatt kezd mutatkozni a vérömleny. A retroperitoneális pararenális kötőszövet véresen beivódott, jó kétökölnyi haematoma környezi a vesét. A határoló jókora alvadékok eltávolítása után keményebb képletre jutunk, mely sötét szilvakék színű, sima felületű s nem más, mint a vértől kitágított vesetokban fekvő vese. Az alvadékok kitarítása után kiderül, hogy a vese harántul egészen kettészakadt. A repedés a hilus felső végétől indul ki s a parenchymán fel- és hátrafelé halad, úgy hogy a vese felső polusa teljesen anaemiás, hullaveséhez hasonló, a csonkról teljesen le van valva. Az alsó nagyobb veserész nagy fokban véresen tömült, kékes, cyanosisos és a hiluserekekkel részben még összefügg. A kocsány tájáról az alvadékok kitarítása után erős vérzés indul meg, ezért a kocsányt lekötjük és a vesét eltávolítjuk. A vérzés a vese exstirpációja után sem szűnik meg teljesen, hanem a seb felső zugából tovább tart. A felső zug feltárása s a jobb májlebens felemelése után kiderül, hogy a felső vesepolussal érintkező jobb májlebens alsó, extraperitoneális felszínén egy jó koronamekkoraságú csil-

<sup>1</sup> *Lardennois*: Thèse. Contusions, déchirures et ruptures du rein. Paris, 1908.

<sup>2</sup> *Réczey*: A bőralatti veserepedésekről, 1880.

<sup>1</sup> Minden jog fenntartva.

<sup>2</sup> *Watson*: Boston medic. and surgical Journal, 1903.

lagos repedés van, mely a máj felszínéről a peritoneumra is áterjed, úgy hogy e helyen a peritoneum is meg van nyitva. Az intraperitoneális vérömleny e nyíláson át került a peritoneumba. A peritoneum repedését megtágitjuk és a hasübeli ömlényt, a mennyire lehet, lebecsátjuk. A sebet a májrepedés helyéhez vezetett jodoformgazetampon és drain nyílásának kivételével egyesítjük. 250 cm<sup>3</sup> konyhasós hypodermoklysis.

Műtét után első 48 órában még 100 cm<sup>3</sup> hypodermoklysis, excitantiák. A beteg összeszedi magát s zavartalanul gyógyul, úgy hogy 17 nap múlva távozik.

A kiirtott, kettérepedt vese harántul vált szét a középtájon (lásd a túldali ábrát); a két fél közül a felső, friss állapotban kisebb rész, szürkés-sárgás, kivérzett, hullavese benyomását kelti; a nagyobb alsó részlet cyanosisos, véres infarctusra emlékeztető egész tömegében.

A subcutan veserepedések többnyire tetemes erőművi hatásoknak eredményei, a mi érthető, ha a vesék jól védett, elrejtett anatómiai helyzetét tekintjük. Azonban az irodalomban gyakori az olyan eset is, hol aránylag csekély erő hatása mellett is létrejött a vese subcutan repedése. A *direct traumák* közt erős ütés a vesetájjra, elgázolás, esés, waggonok közt való összenyomatás szerepel, de szerepel asztal szegletéhez való könnyebb ütődés is,<sup>1</sup> sőt erős ölelés is tánc közben.<sup>2</sup> A *direct traumák* úgy látszik nem annyira ereje, mint jól irányzott volta szükséges ahhoz, hogy veserepedést okozzon (Réczey). Az *indirect traumák* közt elég gyakran szerepel az erőltetett lovaglással járó rázkódás, leesés kisebb-nagyobb magasságból részint sima talajra, részint lovagló tartásban valamely kiálló tárgyra, köre vagy korlátra. Fokozott vagy hirtelen létrejövő *izomműködés* folytán is repedhet a vese, a mit több észlelő által közölt esetek alapján bebizonyítottak kell tekintenünk. Ilyen izomműködés többnyire valamely nehéz tárgy emelése (Clement, Lucas, Küster, Morris) vagy az erector trunci vehemens contractiója más okból.

Esetünkben mindenesetre *direct* erőművi hatás volt a veserepedés okozója s fel kell vennünk, hogy a gyermeki esontváz (bordaív) rugalmassága is szerepet játszott abban, hogy a vesén egyetlen harántrepedés keletkezett. Ugyanis Güterbock<sup>3</sup> kimutatta, hogy az ilyen harántrepedések, melyek a hilushoz sugárirányban vezetnek, mindig a vese valamely (elülső vagy hátulsó) felületének irányában való görbülése következményei. Esetünkben a keresztül-gördülő kocsierek a bordaívet a vese proximális feléhez szorítván, a vese görbítést szenvedett dorsális irányban s így tört ketté.

A kisebb fokú vesezúzódás gyakran tünetek nélkül gyógyul. Mégis minden jelentőségteljesebb vesesérülésben legalább is, a mi a vesesérülés felismerésére vezet, az a haematuria. Ha esetünket tekintjük, ez tipikusan mutatja a súlyos vesesérülés minden tünetét.

Az elgázolást követő *shock* a vesesérülésekben a *syncope*-n, teljes eszméletlenségen kívül gyakran észlelhető. A *shock* nem tévesztendő össze a *syncope*-val. Teljes eszméletlenség sokszor fedi a könnyebb fokú *shock* képét és épen ezért az észlelők ritkán említik. A *shock* hosszabb tartamú, mint a *syncope*, nem áll be oly hirtelen és az öntudat nem vész el, úgy hogy a beteg kisebb ingerekre, hangos kérdésre reagál, felel. Azonban ez a reactio nem normális, hanem megfelel az általában lefokozott érzékenységnak. A bőr halvány, hűvös, a hőmérsék esőkent, a pulsus kicsiny, könnyen elnyomható, rendetlen; a légzés felületes, szapora. A végtagok csak erősebb ingerekre (esipés stb.) reagálnak lomhán; ha valamelyiket felemeljük, ernyedten visszaesik. Ez a *formája* a *shock*nak a *torpid*. Ezzel szemben áll az *erethikus* alak, mikor a beteg rendellenesen élénk s teljesen a részeg ember benyomását kelti. Fontos ezt tudni, nehogy a súlyosan sérült a kellő segély helyett mint részeg ne részesüljön a szükséges elbánásban. A *shock* mindig közvetlenül a sérülés után jelentkezik s a sérülés okozta idegrázkódás eredménye. Később felváltja, illetőleg fedheti a belső vérzés okozta kórkép. A *shock* maga a prognosist komolyabbá teszi, de a ritkán vezet halálhoz. Ott, hol súlyos vesesérülésben a *shock*hoz halál csatlakozott, többnyire komplikált esetről volt szó, súlyos mellésérülésekkel.

A mi esetünkben a beteg felvételekor kétségtelenül a *torpid shock* állapotában volt, a mit mutat az, hogy excitantiákra elég könnyen élénkebb lett, de bizonyos fokig elesett maradt, pulsusa alig érezhető s feltűnően halvány volt.

A *fájdalom* esetünkben csak a vizsgálatnál mutatkozott

mint tapintási érzékenység, a mennyiben a has jobb oldala érzékenyebb, s később itt reflectorius contractura is jelentkezett. Általában az észlelők szerint a fájdalom nem állandó jelenség, bár van eset rá (Block, idézve Lardennois-nál), hogy a beteg maga jelezte valamely szakadás érzését. Gyakoribb az, hogy a sérült a maga lábán keresi fel az orvost vagy kórházat, s csak a súlyosabb tünetek jelentkezésével tűnik ki a sérülés súlyossága.

Leggyakoribb, hogy a beteg épen a vesesérülésnek bizonyos fokig megfelelő helyzetben fekszik, s ebből kimozdítva, igyekszik azt újra felvenni. Többnyire az egészséges oldalon összegörbülve fekszenek, hogy a sérült szervet és tájkát a nyomás alól mentesítsék, ritkábban a hason. Felületesen légenek, hogy a sérült vese kevésbé mozdítható, s a légzés épen azért costális. *Vesetáji fájdalom*, mint a vesesérülés egyik feltűnő tünete, a sérült oldalon jelentkezhetik, s a megfelelő oldali lágyéktájjra, sőt a herére is kisugározhat. Gyakran vesekőlika-rohamot utánzó ismétlődő fájdalmak is jelentkezhetnek, ha az uretereket vérrög eldugaszolja.<sup>1</sup>

A sérült oldalon a *tapintási érzékenység* állandóan fellelhető. Míg az ép oldali hypochondrium jól benyomható, a sérült oldalon talált izomcontractura csak lassú, óvatos tapintással győzhető le, és ha a tapintáskor a hátulsó hasfalig jutunk, a beteg élénk fájdalmat jelez, a mi annál hamarabb bekövetkezik, ha a hátulsó parietális peritoneumot a vesekörüli vérömleny az elülső hasfal irányában előemeli. A sérült oldali lumbális táj rendszerint szintén érzékeny.

A legfőbb tünet, mely a súlyos trauma után többnyire először tereli figyelmünket a vesére, a *vérvizelés*. A vesesérülésnek csekély fokainál lehet, hogy a vizelet csak fontosabb vegyi vizsgálatnál mutatja a vértartalmat, s ettől a foktól egészen a tiszta vörig, sőt az ureterek és vesekelyhek alakját mutató alvadékokig váltakozhatik a kiürített hólyagtartalom. Súlyosabb vesesérülésnél, a mikor a vese az ureterről leszakad, vagy olyan esetben, mikor a lassu vérszivárgás folytán tömegesebb alvadék képződik s eldugaszolja a húgyutakat, hiányozhatik a vérvizelés. Esetünkben a haematuria a felvételtkor jelentkezett, mikor is a beteg körülbelül tiszta vért ürített hólyagjából. A vérvizelés jelentősége főképen diagnostikai, minthogy 95%-ában a subcutan vesesérüléseknek jelentkezik. Mint *vérvizelés* nem súlyos jelentőségű, a mennyiben csak kivételesen vezet elvérzéshez.<sup>2</sup>

A mennyiben a vérvizelés rávezet a vesesérülésre, keresnünk kell ama tünetet, mely a vesesérülés mérvéről tájékoztat. Ez a tünet pedig a *vesekörüli vérömleny*, a perirenális haematoma, mely minden esetben jelentkezik, hol a vesetok is megsérült. Ez esetekben ugyanis a vér nemcsak a húgyutak felé, hanem a vesekörüli kötőszövetbe is kiömlik és itt többé-kevésbé nagy vérömlényt hoz létre. Nagyfokú vesesérülés esetén gyakran már az első órákban, esetleg mindjárt a sérülés létrejövetele után kimutatható, többnyire azonban fél nap, esetleg 48 óra vagy ritkán több nap múlva jut észlelés alá. A vesekörüli vérömleny kifejlődése tipikus. A bal vese repedése esetén a vérömleny a gerincoszlop bal oldalára terjed, s le és befelé alkot daganatot; maga előtt felemeli a lehágó remese mesocolonját s kifelé tolja a lehágó vastagbelet. A jobb vesekörüli vérömleny ugyanígy le- és befelé terjed, de a felhágó remesét befelé diszlokálja és maga előtt emeli. Lardennois<sup>3</sup> kísérletei szerint, ki hullákon gelatinát fecskendezett a vesekörüli kötőszövetbe, 100 grm. folyadék normális tápláltságú abdomen mellett alig tapintható ki, 200 grm. eléri a középvonalat és lefelé a köldökig terjedő daganatot alkot, 200 grm. elődomborítja a megfelelő hypogastriumot, 500 grm. befecskendése esetén a fossa iliaca interna ki van töltve. Igen nagy vérömleny esetén a vér a vasa spermatica mentén az inguinális gyűrűig terjedhet, avagy az ureterek mentén a hólyagig s az excavatio vesico-rectalisig nyomulhat elő. A vesekörüli vérömleny természetesen azért képződik tipikusan, mert mindegyik vese külön határolt ágyban fekszik és e tipikus kifejlődés csak akkor zavart, ha a veseágyat borító fali peritoneum is tetemes sérüléseket szenved s a vérzés egy része a szabad hasüregbe is áterjed.

<sup>1</sup> Gargam: Contusion du rein. Thèse, Paris, 1881.

<sup>2</sup> Watson: Boston med. and surg. Journal, 1903.

<sup>3</sup> Güterbock: Beitr. z. Lehre v. d. Nierenverletzungen. Arch. f. klin. Chir., 1895.

<sup>1</sup> Campbell, idézve Lardennois id. művében.

<sup>2</sup> Réczey id. művében.

<sup>3</sup> Lardennois id. műve.

Esetünkben a felvételnél jelzett jobboldali érzékenység és resistentia másnapra már mint kifejezett tompulat és fájdalmas tumor jelentkezett, a mennyiben a vérömleny által előretolt fali peritoneum oly közel jutott az elülső hasfalhoz, hogy kissé mélyebb betapintáskor már az elülső hasfalon át elérhető volt és fájdalom-érzést idézett elő.

A vesekörüli vérömleny mutatja a vesesérülés súlyosságát, s mint vérvesztésig directe fenyegeti a beteget. Ezért a vesesérülésre gyanus beteg ez irányban gyakran és ismételt vizsgálandó, hogy szükség esetén az esetleg életmentő beavatkozással el ne késsünk. Esetünkben a fokozódó anaemia volt a fő indicatio a beavatkozásra. De vesekörüli haematoma esetén, ha kisebb fokú, nem szabad a beteg megfigyelését feladnunk, mert a haematoma másodlagos infectiója s elgenyvedése még igen hosszú idő múlva is előfordul.

Súlyos abdominális contusiók esetén más hasüri szervek is sérülhetnek, esetleg oly fokban, hogy súlyos tüneteik észrevétlenné teszik a vesesérülést. Tekintettel azonban a vesekörüli vérömleny lehetőségére, abdominális contusio esetén, ha valamely sérülési tünet miatt a hasüreget megnyitottuk, ne mulasszuk el a vesetájak pontos figyelembevételét. Esetünkben a parietalis peritoneum szakadása s a máj alsó felületének sérülése mint melléksérülés szerepel. Gyermekekben csakugyan a peritoneum repedése mint gyakori complicatioja szerepel a vesesérülésnek, mivel gyermekekben a perirenális zsír hiányzik vagy kevés és a peritoneum parietale közvetlenül folytatódik a májra.

A vesesérülés diagnózisára főképen a haematuria, a vérvizelés vezet rá. Ennek hiányában a pontos észlelés, a vesekörüli haematoma kifejlődésének felismerése nyújt kiinduláspontot.

A *therapia* mindig az eset súlyosságától függ. A vesekörüli vérömleny mindig a sérülés súlyosságára mutat.

Ilyen súlyosabb esetekben két körülménytől függ a sebészi beavatkozás, illetőleg e két körülmény teszi javalltá a műtéti beavatkozást. Ezek: 1. gyorsan fokozódó anaemia valamely supponált belső vérzés miatt, mely abdominális szerv sérülése folytán állott elő; 2. az előbbieken leírt vesekörüli vérömleny kimutatható és lefelé eléri a köldököt, vagy ez alá terjed. Az első esetben laparotomiával tájékozódunk, a másodikban direct a megfelelő oldali lumbális nephrotomiát végezzük. Vesekiirtás csak akkor végzendő, ha a vese teljesen szétzúzatott vagy hilusáról leszakadt. Kisebb fokú sérülés vagy repedés esetén a jól feltárt vesének sebét varrattal szűkítjük és tamponáljuk. A vesekörüli alvadéktömeget kitisztítjuk.

Esetünkben a vesekiirtás elkerülhetetlen volt, mivel egyfelől a teljesen kettérepedt vese használhatatlannak bizonyult, másfelől a vérzés csak a veseerek lekötésével volt csillapítható.

### Közlés a budapesti Stefánia-gyermekkorházból.

Igazgató: Bókay János dr. egyet. nyilv. r. tanár.

## Idült genyes középfülgyulladásnak sinus-thrombosis-szal és tüdőtüdőgyullalással szövődött, műtéttel gyógyult esete.<sup>1</sup>

Közlő: Paunz Márk dr. kórházi főorvos.

A heveny és idült középfülgyulladás súlyos szövődésményei között leggyakoribb az otitikus pyaemia. Lucas klinikáján 1881-től 1903-ig otitikus pyaemia 118 esetét észlelték, míg tiszta meningitisnek 77, agytályognak pedig csak 51 esetét.<sup>2</sup>

Az otitikus pyaemia fejlődhetik a sinus transversus thrombosisa nélkül is, de ezek az esetek nagyon ritkák. Gyakoribb és egyáltalában nem ritka az az eset, hogy a sinus transversus thrombosisához szegődik a pyaemia vagy a septico-pyaemia. Sokszor a thrombosis lefelé, a vena jugularis internába is folytatódik, de ez sem okvetlenül szükséges a pyaemia kifejlődéséhez. Elég gyakran a thrombosis csak a sinus transversusnak a csecsnyújtványban fekvő részére (sin. sigmoideus) szorítkozik és válik okozójává a súlyos általános fertőzésnek.

Míg ezélszerű sebészi beavatkozás nélkül a sinus-thrombosis

rendszerint előbb-utóbb halált okoz, addig a kellő időben jól végzett műtét számos esetben — átlag az esetek mintegy felében — életmentő beavatkozás jelentőségével bír.

Általában jobbindulatúak azon esetek, melyekben a pyaemia az ízületekben és a bőrallati kötőszövetben okoz genyőcsozokat, míg amaz esetek, melyek genyőcsozok kifejlődése nélkül a súlyos sepsis képét mutatják, úgyszólván kivétel nélkül halálosak. Ugyancsak komoly jelentőségűek amaz esetek is, melyekben a thrombosishoz meningitis, agytályog avagy tüdőtüdőgyulladás társul. Míg a korán felismert agytályognál a műtét még sikerrel kecsegtet, addig agyhártyagyulladásnál alig, vagy csak nagyon kivételes esetekben fogunk vele czélt érni. Tüdőtüdőgyulladásnál is csak azon esetekben fogunk gyógyulást látni, a melyekben egyes kisebb vagy nagyobb, körülírt tüdőgyulladások fejlődnek, a melyek vagy spontán törnek be valamely bronchusba és azon át kiürülnek, avagy kellő időben felismertetvén, külső műtét által hozzáférhetővé tehetők.

Eljárásunk, ha a klinikus tünetekből biztosan megállapítottuk a sinus-thrombosisot, avagy ha csak alapos gyanunk is van, csakis műtéttől: a sinus feltárásából és ha szükségesnek mutatkozik, a vena jugularis interna lekötéséből fog állani. Heveny középfülgyulladás esetében beavatkozásunkat a Schwartz-féle műtéttel fogjuk megkezdeni, idült esetekben pedig a Zaufal-féle radikális műtéttel, annnyival inkább, mert rendszerint amúgyis oly súlyos változásokat találunk — igen sok esetben cholesteatomát —, melyek önmagukban véve is indokolják a középfül gyökeres kitarítását.

A következőkben oly esetet ismertethetek, melyben a régebben fennállott jobboldali középfülgyulladás kapcsán fejlődött cholesteatomához társult a sinus-thrombosis és a tüdőben is képződött tüdőgyulladás. A kellő időben felismert bajnál gyors egymásutánban végzett műtétekkel sikerült a végzetes kimenetelnek útját állani. Az eset a következő:

G. József, 7 éves, felvétel 1908 április 27. Három éves korában kanyarot állott ki; másfél év előtt vörhenye volt. Alitóltag csak 5 hó óta folyik a jobb füle. Egy hét óta magas lázak, több ízben hidegrázással; azóta jobb fület nagyon fájlatja és a fül mögötti tájék kissé megduzzadt, nagyon érzékeny. Fejét is kissé jobb oldalra hajlítva tartja.

A nagy fokban elesett, halvány arcszínű fiú korához képest jól fejlett, mérsékelt táplált; csontrendszere ép. A pupillák tágak, renyhén reagálnak. Érlökés 112, gyengült; hőmérséklet (felvételnél) 39,2 C°. A tüdők felett mindkét oldalt bő hurutos zörejek hallhatók, kopogtatási eltérés nem mutatható ki. A szívtompulat rendes; a szívhangok tiszták. A lép 2 ujjnyira a bordáiv alatt; a máj széle is kitapintható.

A jobb fül mögött, a csecsnyújtvány felett a bőr lobosan duzzadt, térszűrés tapintatú. Úgy a tapintás, mint a gyengéd kopogtatás rendkívül fájdalmas; hullámozás nem érezhető. A lágyrészek duzzanata lefelé a csecsnyújtvány csúcsa alatt, a fejbicezentő izom mentén elmosódott határokkal végződik. A jobb hallójárat telve hig, zöldessárga, igen büzös genyvel. A hallójárat a felső-hátulsó fal oedemája folytán szűkült. A súlyosan beteg, elesett gyermekben részletesebb vizsgálat nem végezhető. A bal fül ép.

Nyilvánvaló lévén, hogy súlyos szövődésményekkel állunk szemben, azonnali műtétre határoztam el magamat. Chloroformnarcosisban a szokásos metszéssel feltárom a processus mastoideus. A sinus szürkésen elszínezett, csonthátyájától fosztott. Az első vésőcsapásra rendkívül büzös, hig, sárga színű geny ömlik. A sinus sigmoideus csonttól lecsupaszítva, szabadon fekszik, hátulról határolva az antrumot. A sinus fala szürkésfekete színű. Úgy fel, mint lefelé követem a sinust, azt szabadba téve, míg épnek látszó sinusfalra jutok. Miután meggyőződtem, hogy úgy az antrum, mint a dobüreg telve van genyben felázott, piszkosbarna színű, büzös cholesteatoma-tömegekkel, a Zaufal-féle radikális műtétet végeztem tipikus módon. A porcos hallójáratot hátul felhasítván, tamponade.

Április 28. Hőmérséklet reggel 37,0°, este 37,6 C°. Nem köhög. A közérzet jó. A lép 3 ujjnyira tapintható. Kötésváltás. A sinust 1 1/2 cm. hosszúságban felhasítjuk; szürkésfekete, büzös thrombus egészen kitölti. Ezt kitarítjuk.

Április 29. Reggel 36,5°, este 39,6 C°. Napközben a közérzet jó. Este több ízben hidegrázás.

Április 30. Reggel 38,3 C°. A vena jugul. int. lekötsége és a sinus transversus teljes feltárása fel- és hátrafelé (Operatio: Winternitz docens). A sinus transversust fel- és hátrafelé mintegy 6 cm. nyire kell feltárnunk, míg ép sinushoz jutunk. A sinus transversust végig thrombus tölti ki, a mint az a felhasításkor kiderül. Kitisztítás után tamponade. A vena jugularist tipikus módon feltárjuk és a vena facialis beszajadása felett leköjtjük. A vena jugularis nincs thrombotizálva; a periferikus esonk is vérzik, a miért ezt is le kell kötni.

A sinus sigmoideusba felülről a bulbus venae jugul. felé vékony drainésovet vezetünk be. Este 38,2 C°.

Május 1. Reggel 38,0 C°. Este 38,0 C°. A közérzet jó. Külső kötésváltás.

Május 2. Reggel 38,1 C°. Este 39,3 C°. A közérzet jó. Kötésváltás.

<sup>1</sup> Minden jog fenntartva.

<sup>2</sup> B. Heine: Operationen am Ohr. Berlin, 1906. 138. lap.



Május 3. Reggel 38.5°C. Este 39.0°C. A közérzet jó. Kötésváltás. A vena jugularis periferikus csomját kibontjuk és átfecskendezzük. Bűzös thrombus távozik. Extradurális tályog a pyramis hátulsó felszíne mögött, melynek feltárásakor nagymennyiségű liquor cerebrospinalis folyik.

Május 4. Reggel 38.2°C. Este 38.3°C. Kötésváltás. Sok liquor cerebrospinalis folyik. A beteg fejfájásról panaszokodik.

Május 5. Reggel 37.0°C. Este 38.3°C. Kötésváltás. Sok liquor cerebrospinalis folyik. A közérzet jó.

Május 6. Reggel 37.4°C. Este 38.0°C. A liquor cerebrospinalis folyása megszűnt. Kötésváltás.

Május 7. Reggel 38.1°C. Este 37.3°C. A közérzet jó. Keveset köhög.

Május 8 és 9. Hőmérsék: 37.3—37.5°C. A közérzet jó.

Május 10. Reggel 37.2°C. Este 38.8°C. Mérsékelt köhögés. A tüdők felett eltérés nem mutatható ki.

Május 11—15. Hőmérsék: 37.2—38.7°C. Keveset köhög. Tüdőlelet negatív. A közérzet jó.

Május 16. Reggel 37.0°C. Este 39.2°C. Tüdőlelet negatív. Köhögés mérsékelt.

Május 17—21. Hőmérsék: 37.3—39.9°C között ingadozik, többnyire esteli hőemelkedéssel, borzongással. A tüdők felett csak jelentéktelen hurutos zörejek. Mérsékelt köhögés; a közérzet jó. A fül mögötti, úgyszintén a nyakseb tisztán sarjadzik.

Május 22. Reggel 37.8°C. Este 39.0°C. Gyakori köhögés, rendkívül bűzös lehelet. A bal supraspinális árokban tompult-dobos kopogtatási hang. A tompulat az infraspinalis árok felett vonul lefelé, a bal VI. bordánál végződik. E helyeken határozatlan alaplégvétel mellett vegyes hólyagú, nedves szűrtyörejek hallhatók (Bókay). Röntgen-felvétel. Thymol-sátor.

Május 23. Reggel 37.6°C. Este 37.8°C. A tompulati viszonyok nem változtak; csak a scapula csúsa körül körülírtan hörgei légzés hallható. A hónaljban amphoras jellegű légzés. A Röntgen-kép a bal tüdő felső lebenyében a leletnek megfelelő árnyékot ad. *Resectio costae III. sin. Pleuro-pneumotomia* (Winternitz dr.). Chloroformnarcosis. Bőrmetszés a bimbóvonalától a hátulsó hónaljvonalig 10 cm. hosszúságban, a bal III. borda felett. A bordának 8 cm. hosszú darabját kimetszvé, kiderül, hogy a pleura parietal. összenőtt a tüdőt borító pleurával. Mintegy 3—4 mm.-nyi vastag rétegen át történt bemetszésre jó tyúktójsányi, a lapoczka alá terjedő tályogüreg nyílik meg, melyből rendkívül bűzös, gázbuborékokkal kevert, éves váladék, nemkülönben elhalt, szürkés-fekete tüdőrészeket ürülnek. Jodoform-tamponade. Belsőleg: Decoct. senegae.

Május 24. Reggel 37.4°C. Este 36.8°C. Jó közérzet. A bűzös lehelet teljesen megszűnt. A külső kötést cseréljük.

Május 25. Reggel 37.0°C. Este 37.8°C. Tamponcsere. A tyúktójsányinál nagyobb, tisztán sarjadzó tályogüregbe egy nagyobb bronchus szabadon nyílik.

Május 26—31. Hőmérsék: 36.6—37.8°C között ingadozik. A közérzet jó. Keveset köhög, a lehelet nem bűzös. Úgy a tüdőtályog, mint a fül mögötti és a nyakon lévő seb tisztán sarjadzik.

Június 1. Reggel 40.3°C. A bal tüdő felső lebenye felett úgy hátul, mint elül kifejezett tompulat és hörgei légzés. A tüdőtályog fala kissé lepedékes. A fül mögött és a nyakon tiszta sarjadzás. Decoct. senegae.

Június 2. Reggel 40.0°C. Este 38.5°C. A tüdőlelet változatlan. 3×0.5 gm. digalen.

Június 3. Reggel 37.5°C. Este 39.0°C. A tüdőlelet változatlan. Este rázóhideg.

Június 4. Reggel 37.3°C. Este 38.8°C. A közérzet jobb. A tompulat változatlanul fennáll.

Június 5. Reggel 37.0°C. Este 40.0°C. A bal lapoczka felett körülírt tompulat hörgei légzéssel. Elül a kopogtatási hang dobos színezetű.

Június 6. Reggel 36.2°C. Este 38.0°C. A közérzet jó. A tompulat változatlan. A sebek tisztán sarjadzanak.

Június 8. Reggel 37.2°C. Este 37.8°C. Bö nedves zörejek a bal tüdő felső lebenye felett. A tályogüreg sarjadzás által lényegesen kisebb lett. A közérzet jó.

Június 10. Tompulati nines. Bö habos-nyálkás köpet. A közérzet jó. Láztalan.

Ezentúl állandóan láztalan állapot és kitünő közérzet mellett a sebek tisztán sarjadzanak. A tüdőtályog ürege rohamosan kisebbedik.

Június 24. Elbocsátjuk tüdősipolylyal és a fül mögött és a nyakon is tisztán sarjadzó sebekkel. Ambulans kezelésre bejár. A tüdősipoly véglegesen augusztus 20-án záródott. A dobüreg is szépen behámosodott, csak jelentéktelen nedvedzés áll még fenn.

Szeptember közepére a koponya sebe is teljesen behámosodott, csak a fül mögött maradt 4 mm. átmérőjű, kerek, heges széli sipoly, melyet október 5-én plastikával zártunk. A gyermek egyébként teljesen jól van, meghízott. Erősen beházódott heg a bal mellkas oldalán a bordaresectiónak megfelelőleg. A dobüreg teljesen behámosodott, száraz.

Ha a leirt esetet áttekintjük, látjuk, hogy a genyes középfülgyulladásból kifolyólag a veszedelmek egész sorozatán kellett betegünket átkalauzolnunk, míg sikerült a végleges gyógyulást elérni. Kétségtelen, hogy a bajt okozó középfülgyulladás régebb keletű volt, mint a szülők jelezték. A cholesteatoma oly mértékű fejlődéséhez, mint a minőt ez esetben találtunk, nem 4—5 hónap, hanem ennél sokkal hosszabb idő kellett. Valószínű, hogy a korábban kiállott kanyaró vagy vörheny volt megindítója a dobüreg genyedésének. A cholesteatoma folytán fejlődött a sinus thrombosis, a mely míg egyrészt extradurális tályogot okozott, másrésztől

előidézője volt a tüdőtályognak is. Bár a lázak és a köhögés már elég korán gyanították e complicatiót, felismerhetővé a tályog csak akkor vált, a midőn egy bronchusba betörve, a bűzös lehelet által árulta el magát, és nagyobbodván, felszínes fekvésénél fogva a fizikális vizsgálattal is kimutatható lett. A Röntgen-kép a diagnosis helyességét, illetőleg a tályog felszínes fekvését igazolta. Így a műtét számára jól hozzáférhető volt. A tályog újabb beavatkozás nélkül végleg gyógyult, miután a beteg még egy közbejött bronchopneumonián is szerencsésen átesett. Végezetül plastikával zártuk a fül mögötti sipolyt.

Ezen esetben a súlyos szövödmények mellett is sikerült a végleges gyógyulást elérni. A tüdőszövödmények a középfül genyedéseiben általában rosszindulatúak. Legtöbbször számos apró tályog képződik és a betegek súlyos septikus tünetek között pusztulnak el, avagy a kifejlődő septikus pleuritisnek esnek áldozatul. Ritkább a tályogüregben fekvő valamelyik vérér arrosiójából származó elvérzés és megfuladás. Szerencsésebbek amaz esetek, a melyekben a tályog valamely nagyobb bronchusba betörvén, azon át kiürül. Ha sikerül a tályog localisatioja, a mi nagyobb és felszínesebb fekvésű tályogoknál könnyebb, mint kisebb és mélyebben fekvő genyőzőkknél, csak a lehetőleg gyorsan végzett külső műtét az egyedül helyes eljárás.

Közlés a budapesti Stefánia-gyermekórházból.  
Igazgató: Bókay János dr. ny. r. tanár.

### A Hirschsprung-féle betegségről egy eset kapcsán.<sup>1</sup>

Közi: Péteri Ignác dr. kórházi első segédorvos.

Már 1846-ban irt le Carlo Favalli egy esetet, melyben a sectio tanúsága szerint a colon ascendens és transversum, valamint a descendens egy része zsákszerűen ki volt tágulva; mégis ezen alább leirandó körkép felé a tudományos világ figyelme csak akkor fordult, mikor Hirschsprung 1888-ban 2 eset kapcsán kifejtette a dilatatio coli congenita körképének jellegzetes tüneteit és felhívta a figyelmet ezen betegség szerepére a gyermekkori székrekedések kifejlődésében.

Hirschsprung észleletei két csecsemőre vonatkoztak, kik közül az egyik 11, a másik csak 8 hónapos kort ért el. Mindkét esetben feltűnő volt a makacs székszorulás, mely javulást sem hathatókra, sem klysmákra nem mutatott, s mindkettőben szembetűnő volt a hasnak igen nagy meteorismusa, mely az obstipatio fokával mindig arányos mértéket öltött. A bélszonda mindkettőben szabadon volt bevezethető s így szűkület egyikben sem forgott fenn. A kiürült bélsár normális consistentiát mutatott. A gyermekek közérzete kielégítő volt mindaddig, míg a cachexiával járó súlyos colitis jelentkezett, mely azután a halálos kimenetelt vonta maga után. 1890-ben Hirschsprung további két esetről számol be, melyekben hasonló tünetek tolultak előtérbe és melyek egyikében jól volt látható a hasfalon keresztül a belek élénk peristaltikája.

A két első közlemény óta a dilatatio coli congenita a „Hirschsprung-féle betegség” elnevezést nyerte s azóta e kérdés kiterjedt irodalmi munkásság központjává lett, úgy, hogy a világirodalomban közölt esetek száma ma már a 70-et is meghaladja.

A közlések ezen tekintélyes száma ellenére sem tartom érdektelennek a budapesti Stefánia-gyermekórházban 1906. évben észlelt esetnek kissé részletesebb leírását, annyival is inkább, mert a beteg majd 7 hónapon keresztül állott pontos megfigyelésünk alatt, s az összes eddig ajánlott therapiái beavatkozások igénybevételével sikerült a beteget egészen kielégítő állapotban a kórházból elbocsátani.

Az eset kórtörténete a következő:

B. A. egy és háromnegyed éves fiúgyermek 1906 november 29.-én vétetett fel kórházunkba; a szülők előadása szerint születése óta szenved székszorulásban, úgy hogy hetenként egy-kétszer beöntéseket kellett alkalmazni; hasa mindig a rendesnél feltűnően nagyobb volt, a nélkül, hogy fájdalmat lettek volna. A kórházba való felvétel előtt 14 nappal a has körfogata a megszokottnál is jelentékenyen nagyobb, a bélürülés négy nap óta kimaradt és több ízben hányás jelentkezett.

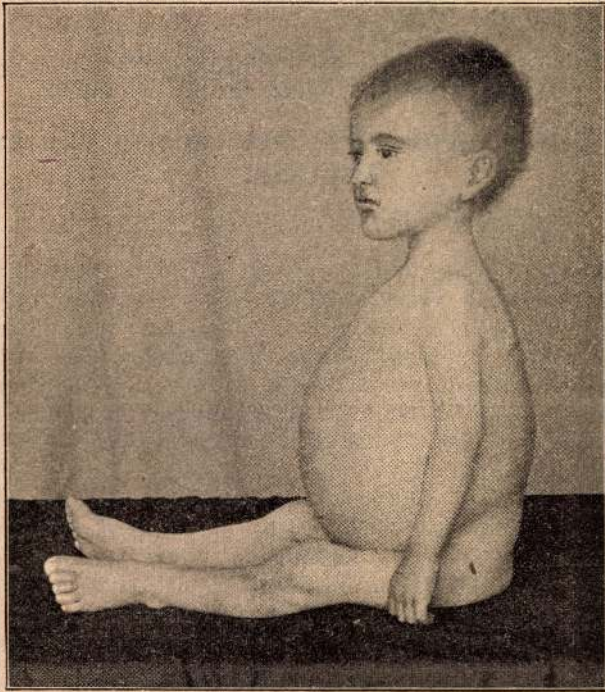
A beteg, kinek testsúlya felvételtkor 8100 gm., bágyadt, kedvetlen,

<sup>1</sup> Minden jog fennmarva.

korához képest rosszul táplált és gyengén fejlett, bőre halavány, a zsírpárna erősen megfogyott, a látható nyálkahártyák kissé vértelenek, ajkak berepedezettek, nyelv bevont. A tüdőhatárok kissé feltoltak, a tüdők kopogtatási viszonyai a rendesek, felettük bőven hallhatók hurutos zörejek. A szívésüslökés a IV. bordaközben a bimbóvonalon kívül jól tapintható, a szív tompulati és hallgatódzasi viszonyai normálisak. A has egész terjedelmében (mint ezt az 1. ábra mutatja) *ballonszerűen* előbult, a hasfalak igen feszesek, rajtuk tágult venahálózatok láthatók. A has körfogata a legnagyobb domborúlaton 62 cm., a köldök magasságában 56 cm., a pr. xiphoidestól a köldökig 17.5 cm., a köldöktől a symphysisig 10 cm. A has felett mindenütt dobos a kopogtatási hang. Per anum végzett digitalis-vizsgálatkor a kutató ujj egy erősen tágult ürbe jut, melyből az ujj kihúzása után kevés hig, erősen bűzös bélsár ürül. Három liter langyos konyhasó-oldattal beöntést végzünk, mire bő gáz kíséretében igen nagymennyiségű, részben hig, részben rögalakú, erősen bűzös bélsár ürül. Beöntés után a has puha, könnyen áttapintható, maximális mérete hét cm. el kisebbedett. Ilyen állapotban igen jól láthatók a colon transversum és descendens contourjai, valamint a belek peristaltikus mozgása.

Deczember 1. A közérzet jelentékenyen javult, csak egy ízben hányt, a has lelapult, körfogata a legnagyobb domborúlaton 55 cm. Bélmosás három liter konyhasó-oldattal.

Deczember 13. Minthogy spontan bélürülés nem jelentkezik, naponként végezzük bélmosást, ezenkívül a mai naptól kezdve kétszer naponként faradikus árammal a hasra helyezett elektrodokkal öt-öt percig villamozzunk.



1. ábra.

Deczember 17. A közérzet jó. Jól táplálkozik. Naponként beöntést végezzük két liter langyos, majd fokozatosan lehűtött konyhasó-oldattal. Deczember 22-25. Naponként egy-két spontan bélürülés.

Január 2. Minthogy öt nap óta nem jelentkezett spontan széklet és a has körfogata ismét megnagyobbott, állandó bélsóvet helyezünk a végbélbe, melyen keresztül nagy mennyiségű bűzös bélsár és sok gáz ürül, mire a has ismét lelapul és puha lesz.

Január 11. Mai napig az állandó bélsóvön keresztül bőven ürült bélsár és gázok; legfeljebb enybe beöntést vagy ricinusolajat alkalmaztunk. A bélsóvet eltávolítottuk.

Néhány napig spontan bélürülések vannak.

Január 17. A has ismét puffadt, miért is az állandó bélsóvet visszahelyezzük, melyen keresztül bélmosásokat végezzük.

Február 13. Két-három napi szüneteléssel állandó bélsóvet alkalmaztunk. A has körfogata a köldök magasságában 51 cm.

Márczius 10. A bélsóvet hosszabb időre (8-10 nap) távolítjuk el. Átlag másodnaponként jelentkezik spontan bélürülés. A has csak kevésbé meteoristikus.

Április 8. Az obstipatio kezelését a jelzett módon folytatjuk.

Május 11. Az állandó bélsóvet vagy bélmosást mind ritkábban alkalmazzuk, székletek naponként spontan jelentkeznek.

Junius 7. A has méretei elbocsátáskor: Legnagyobb körfogat 55 cm. A köldök magasságában 53 cm. A proc. xiphoid. és köldök közt 12 cm. A köldöktől a symphysisig 9 cm. Testsúly 11,300 gm.

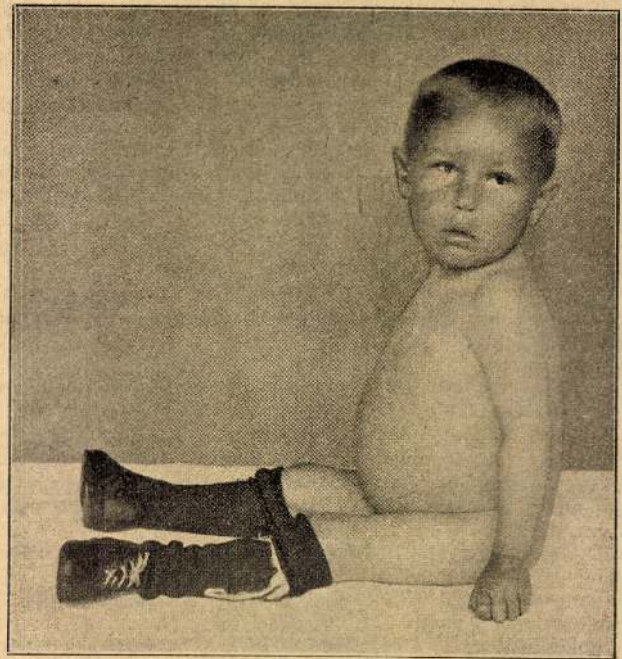
Itt tartom helyénvalónak megemlékezni azon körülményről, hogy a beteg, kinek hogyléte felől levél útján tudakoztunk, jelenleg is (1908 nov.) teljesen jó közérzettel bír, szépen fejlődik, fájdalmi nincsenek, szék-

lete naponta van, de csak beöntésre; a haskörfogat a legnagyobb domborúlaton, az értesítés szerint, 64 cm.

A mint a kórtörténet rövid vázlatából látjuk, oly kórképről van itt szó, mely már a születés után néhány nappal jelentkezik és melynek legszembeötlőbb tünete az állandó makaes obstipatio s a feltűnő nagy meteorismus. Ezek folytán a has ballonszerűen felfúvódott (1. ábra) s ez csak akkor szűnik meg, a ballonszerű has csak akkor lapul le, ha a belekben nagy mennyiségben felhalmozódott bélsárt és gázokat mesterségesen eltávolítjuk (2. ábra).

Feltűnik továbbá a bélmosások alkalmazásakor, hogy a vastagbélnek szokatlan nagy a kapacitása, a mennyiben 3-4 liter konyhasóoldatot is könnyen befogad. Mind e tünetek, valamint a lelapult hasfalon keresztül jól látható bélperistaltika, a per anum végzett digitalis-vizsgálatkor észlelhető erős kitágulása a rectumnak stb. arra engednek következtetni, hogy kétségtelenül veleszületett vastagbél-tágulattal állunk szemben.

A beteg észlelése alatt érdeklődésünk a legnagyobb mértékben természetesen oda irányult, hogy a betegségnek maig is vitás genesisére vonatkozólag valamelyes támpontokat nyerjünk. Elégé ismeretes, hogy e kérdésben mily ellentétes álláspontokkal találkozunk, a minnek oka főleg abban keresendő, hogy az észlelők az egyes esetek kórbonezolásakor többé-kevésbé eltérő képhez jutottak.



2. ábra.

Általában a kórbonezolásani lelet mégis a következőkben foglalható össze: a colon ascendens és transversum, kevésbé a colon descendens és az S romanum képzésében résztvevő bélrészlet igen erősen tágult (20-22 cm. körfogat). A vastagbél legalsóbb részlete a legtágultabb, itt a muscularis mucosae teljesen hiányzik (*Concetti*). A belekben nagymennyiségű hig bűzös bélsár és gáz van. A vastagbél alsóbb részleteiben rendszeren macerált területek és perforált fekélyzódések találhatók. Gyakran látjuk továbbá, főleg csecsemőkben, azt is, hogy az S romanum tekervényei sokkal intenzívebbek (*Bourcart, Neter*). E mellett a változatot mutató leletek száma meglehetősen nagy. Így a *Gourevitsch* által leirt esetben a flexura sigmoidea erősen tekervényes és a mesenterium feltűnően hosszú volt, úgy, hogy szerinte a mesenterium hosszúsága alkothatta a bélbennék áramlásában az akadályt.

Felhozhatnánk még példa gyanánt több eltérő kórbonezolásai adatot, azonban a fentiek megmagyarázzák eléggé, hogy miért találkozzunk a betegség genesisére vonatkozólag különféle nézetekkel. E nézetek változatosságuk ellenére is két főcsoportban foglalhatók össze; az első csoport szerint a vastagbél dilatatiója és hypertrophiaja veleszületett primaer megbetegedés, illetve fejlődési rendellenesség, a második csoporthoz tartozók pedig azt állítják, hogy valamely akadály szerepel a bélpassage-ban s ez váltja ki az előtte

fekvő részek tágulatát, azaz, hogy csak a vastagbél túlhosszúsága és az S romanum rendellenes csavarodása az elsődleges anomalia, míg a dilatatio és hypertrophia csupán következmény. Így láttuk az utóbbit *Gourevitsch* esetében. Ez utóbbi nézet híve *Concetti* is, ki szintén 2 esetről számol be és 3 typust különböztet meg. Az első typus az, midőn a vastagbél lehágó ága és az S romanum képzésében résztvevő colonrészlet hosszabb és intenzívebb szöglet-töréseket mutat a flexura sigmoideánál, ez okozza a bélbennék retentióját. Innen az intoxicációs tünetek, melyeket a felszívódott toxikus rothadási anyagok okoznak s innen a bélfalak macerálása. Ezen alaknak prognosisa jobb, mert idővel a hasüreg tágul és a görbületek kiegyenlítődnek. A második typusban a vastagbél lumene megnagyobboldott és falai megvastagodtak, főleg kötőszöveti túltengés ez, mely hátráltatja a muscularis kifejlődését. Ezen typus prognosisa elég jó, a betegek 20—25 éves kort érhetnek el. A harmadik typusban a legalsó colonrészlet mutat erős tágulatot, míg a felette levő részlet nem, vagy csak kis fokban tágult, a bélfalak az alsóbb részletben inkább vékonyak, a felette levő részletben hypertrophizáltak.

*Koeppe* szerint is az egész kórkép előidézésében bizonyos akadály az elsődleges. *Koeppe* a bélsárretentio előidézésében nagy szerepet tulajdonít a sphincter működésének, szerinte a spontán bélürüléseket sphinctergöres gátolja meg, a mit az is bizonyít, hogy opiatok adagolására gyakran bélürülések következnek be és hogy a sphincter mechanikus tágitásakor (bevezetett ujj mellett) nagymennyiségű bélsár ürül. *Koeppe* szerint a vastagbél dilatatioja és falának hypertrophiaja csak a sphincterspasmus okozta következménynek tekinthető.

*Petrivalsky* egy műtét után meghalt betegen végzett anatómiai és histologiai vizsgálat nyomán azon meggyőződésének ad kifejezést, hogy a betegség nemesak a colon dilatatioja folytán jön létre, hanem az egész bélhuzam szerepet játszik a baj kifejlődésében, a mennyiben esetében az egész bélhuzam, arányítva a test hosszához, a rendesnél a felével rövidebb volt, a mesenterium ereinek elasticája elégtelenül volt kifejlődve; a beleknek ezen hiányos táplálása eredményezi a ruganyos rostok és interstitiális szövetek hypoplasiáját, a mi a gázok és megrekedt bélsártömegek nyomása folytán a colon tágulatát hozza létre.

Azon nézetnek, hogy a colon dilatatioja primaer veleszületett fejlődési rendellenesség, első képviselője, *Hirschsprung*. 1888-ban közölte kapcsolatlanban hangsúlyozza, hogy szonda-vizsgálat útján meggyőződött mindennemű stenosis hiányáról, mely esetleg a következményes dilatatiót okozhatta volna, ezen felfogása mellett bizonyít az is, hogy már az első életnapokban bélsár volt a végbélben. Hasonló nézeten van *Mya*, ki szintén primaer embryonális anomaliának, „*megacolon congenitum*”-nak tekinti a colon abnormalis kapacitását és a bélfal kötőszövetes hyperplasiáját a bélben stagnáló rothadó anyagok és gázok irritáló hatása vonja maga után.

*Concetti* is kizártnak tartja valamely stenosis befolyását ezen kórkép kifejlődésére; az ő esetében is egy a végbélnyíláson keresztül vezetett ruganyos szonda 30—35 cm.-nyire volt feltolható a vastagbélbe, a nélkül, hogy a szonda csak a legkisebb akadályba is ütközött volna.

Hasonló körülmény volt tapasztalható saját esetünkben is; a bélmosságokra használt kaucukcső minden nehézség nélkül volt felvezethető 35—40 cm. magasságig s ez alkalommal a vastag gummieső jól volt tapintható a colon transversumnak megfelelő helyen az ellazult hasfalon keresztül. Ha néha a bélső bevezetésekor nehézségek merültek fel, ezeket vaskos bélsárrögök okozták, melyeknek eltávolítása, illetve kimosása után a cső bevezetése a legnagyobb könnyűséggel volt keresztülvihető.

A mi esetünkben a sphincter spasmusának befolyása a dilatatio illetve az obstipatio kifejlődésére kizárható, ezt igazolja az a körülmény, hogy a gyermekek gyakran észleltünk spontán bélürüléseket, melyek a kezelés utolsó hetében majdnem naponként jelentkeztek a nélkül, hogy csak egy ízben is opiatokat adagoltunk volna.

Figyelembevétel tehát ezen említett körülményeket, továbbá azt, hogy semmiféle tünet sem mutatott arra, hogy valamelyes szűkület szerepelhetett volna a tágulat kiváltó oka gyanánt, továbbá azt is, hogy állandó javulás volt észlelhető, kénytelenek vagyunk esetünket *veleszületett* alapon fennálló colontágulatnak tekinteni.

Látva a baj genesis tekintetében uralkodó különböző felfogásokat, nem csodálkozhatunk, ha a therapiát illetőleg is eltérő nézetekkel találkozunk. *Concetti* a belső medicamentosus beavat-

kozásoktól nem vár sok eredményt. Szerinte a hashajtók, klysmák, bélmosságok csak még erősebben irritálják a bélfalakat. A massage, villamozás eredményeznek ugyan szerinte némi ideiglenes javulást, de legnagyobb súlyt helyez a táplálás hygienéjére, mert óvakodni kell egy acut colitis kifejlődésétől. *Koeppe*, ki a bántalom okát a sphincter spasmusában kereste, nagyon ajánlja az antispasmodikus szerek (belladonna per os és per klysmam) adagolását. *Göppert*, ki a vastagbélbe körülbelül 1 cm. átmérőjű, jól legömbölyített végekkel bíró és ablakkal ellátott gummiesövet vezetett, úgy hogy a cső a kitágult bélrészletig ért, igen szép eredményeket ért el, mert ily módon gondoskodott a bélsár és a gázok állandó leveztetéséről. *Göppert* a bélsár consistentiáját a táplálás rendezésével befolyásolta, a kemény bélsárrögöket pedig bélmosságokkal távolította el.

Ugyanezen eljárást követtük mi is esetünkben: eleinte megelégedtünk a naponként alkalmazott bélmosságokkal és így az acut intoxicációs symptomákat kikerültük, utóbb azonban mind hosszabb ideig tartottuk a vastagbélben a végén legömbölyített és ablakkal ellátott, kb. 1 meter hosszú gummiesövet, és ezt rövid időre csak tisztogatás és kifőzés céljából távolítottuk el. Az állandó bélsővön keresztül szükség szerint végeztünk bélmosságokat és időnként hashajtókat adagoltunk. Mindezek mellett naponként faradizáltunk a hasfalra helyezett elektroddal és jobbról bal felé irányított enyhe massage útján iparkodtunk a megrekedt bélsár áramlását elősegíteni.

Ilyen eljárás mellett sikerült elérnünk azt, hogy a has körfogata többé-kevésbé állandóan a normális körfogat méreteit közelítette meg, a bélsővön keresztül bőven távozott bélsár és gáz, az állandó bélső eltávolítása után pedig mind gyakrabban, a kezelés vége felé már naponként jelentkeztek spontán székletek. A kórházból való elbocsátáskor a gyermek közérzete jó, igen jól táplálkozik, a has legnagyobb domborulatának mérete a felvételtkor felvett mérettel összehasonlítva 7 cm.-rel kisebb, a gyermek testsúlya 3200 gm.-mal gyarapodott.

Végzetül meg kell emlékeznünk az operatív beavatkozásról, mely a mi esetünkkel kapcsolatban is szóba került, mely tervről azonban, tekintve a kétes kimeneteli eredményeket, elállottunk. Többféle műtét beavatkozás közül megemlítjük azon eljárást, hogy a kitágult bélrészlet felett bélsípolyt készítenek. *Osler* tesz említést egy ilyen esetről: a gyermek a műtét után 9-ed napra elhagyta az ágyat, a bélsár a mesterségesen készített sipolyon keresztül ürült, sajnos, a betegség további lefolyását érintő adatok hiányzanak. Más eljárás volna a kitágult bélrészlet resectioja, továbbá a bélfal plicatioja, azaz a lumen szűkítése. *Helwig*, kinek esetében a flexura sigmoidea erősen kitágult és vaskos bélsártömegeket tartalmazó zsákot alkotott, anastomosist készített a flexura legmélyebb polusa és a colon transversum között; a beteg a műtét után teljesen meggyógyult.

Tekintettel azonban a statisztikai adatokkal is megerősített azon körülményre, hogy operatiótól csak az esetben várhatunk eredményt, ha az korán, még a csecsemőkorban végeztetik, és tekintettel *Concetti* adataira, melyek szerint 3 operált eset közül 2 halálosan végződött, mellőztük a műtét beavatkozást, annál is inkább, mert, mint esetünk decursusából kiviláglik, az említett therapiai eljárásokkal is szép eredményt sikerült elérnünk.

**Irodalom.** *Hirschsprung*: Jahrbuch f. Kinderheilk., 1888. XXVII. kötet, 1. füzet. — *Bourcart*: Thèse de Paris, 1863. — *Neter*: Archiv f. Kinderheilk., XXXII. kötet, 232. l. — *Gourevitsch*: Prag. med. Wochenschrift, 1904. — *Petrivalsky*: Arch. f. klin. Chirurgie, 86. kötet, 318. l. — *Concetti*: Arch. f. Kinderheilk., XXVII. kötet, 319. l. — *Koeppe*: Monatsschrift f. Kinderheilk., 1908. VI. kötet, 10. szám. — *Osler*: Arch. of Pediatrics, 1893. II. kötet, 119. l. — *Helwig*: Münch. med. Wochenschrift, 1908. 46. szám, 2387. l.

**Közlés a budapesti Stefánia-gyermekkorhából.**  
Igazgató: **Bókay János dr. ny. r. tanár.**

**Az urachusipolyról.<sup>1</sup>**

Irta: **Lobmayer Géza dr. operateur.**

A csecsemőkoron túl nyitva maradt urachus a nagyobb ritkaságok közé tartozik. Mindannyian tudjuk létezését és emlékezünk

<sup>1</sup> Minden jog fenntartva.

tanulmányaink révén ezen eshetőségre, azonban kevesen vannak, kik valóságban látták. Az irodalomban leközölt adatok is igen gyérek. Mindezeket szem előtt tartva, közlésre érdemesnek tartottam alábbi esetünket.

Mielőtt esetem tárgyalásába bocsátkoznám, legyen szabad egynéhány anatómiai, illetőleg fejlődéstani megjegyzést az olvasó emlékezetében újból felidézni. Az embryonális életben az allantois és húgyhólyag közötti közlekedést a has középvezetékében praepertoneálisan fekvő cső, az urachus közvetíti. Az allantois megszüntével az urachus mindinkább szűkül és végeredményben a ligamentum umbilicale mediotumot alkotja. *Walther, Portal, Meckel*, de különösen *Luschka* vizsgálataiból tudjuk, hogy az esetek igen nagy számában az urachus mint változó hosszúságú és tágasságú csatorna a további életben is fennáll. Ezen csatorna többretegű laphámmal bélelt és szűk nyílással a hólyag vertexéből indul ki. Egyes esetekben a hólyag felé eső része zárt s csak gyenge behúzódás jelzi a helyét; ilyenkor a csatorna lumene csak magasabban kezdődik. Az urachus felső vége csak igen kivételesen terjed a köldökig, hanem 5—6 cm.-rel alatta felrostozódik és a köldökgyűrű ruganyos rostjaiban vész el. A hólyag felőli végére a hólyagizomzat is ráterjed és hüvelyszerűen veszi körül. *Luschka* szerint az urachus üre csavarmenetű és számos oldalsó kiöblösödéssel bír, melyek befűződéséből az urachus cysták származnak. *Wutz* ellenőrző vizsgálatai mindenben megegyeznek *Luschka* közleményének eredményével. *Wutz* 74 hulla megvizsgálása alkalmával az esetek 69<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ában az urachus a hólyag felől 2—48 mm. hosszúságban sörtekutatóval megszondázhatta, 2·7<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ban a közlekedés nem állott fenn, hanem csak egy tömör részlet után jelent meg az urachus ürege és végül 28·3<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ban a hólyag felől nem sikerült az urachusba bejutni, de az urachus felől a sörtét átolhatta a hólyagba. Általában *Wutz* azon tapasztalatra jutott, hogy az átmenet a hólyag és az urachus között igen szűk és csak nagyon nehezen leküzdhető; a vizelet behatolásának meggátolására billentyűszerű harántredő szolgál. Egy későbbi kutató, *Suchanek* vizsgálatai mindenben megegyeznek elődjeinek eredményeivel. Homlokegyenest más eredményt kapott *Gruget*, ki 82 gyermek- és ébrenyuhullán az urachus csak két esetben (2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> és 5 hónapos embryo) találta átjárhatónak, a többi esetben — még 5—8 hónapos ébrenyekben is — átjárhatatlannak találta. Tekintettel az előbbi három kutató nagy tekintélyére és egyebekben is számtalanszor bizonyult megbízhatóságára, *Gruget* vizsgálatainak alaposságában méltán kételkedhetünk.

A köldökön levő vizelet-sipolynylások nem mindig veleszületett urachus-sipolyok, hanem lehetnek a későbbi életben, valamely alább megemlített ok folytán keletkező urachus-megnyílások, vagy pedig lehetnek vizeletbeszűrődések folytán keletkezett, ritkán előforduló köldöktáji áttörések is (*Jakoby, Worster*). Az igazi urachus-köldöksipolyok a születés után a köldökcsinór csomójának leválása után keletkeznek és a legtöbb esetben a lassan továbbterjedő obliteratio folytán önmaguktól pár hét alatt záródhatnak. Mint előidéző ok a vizeletkiürítés akadálya vagy megnehezített volta szerepel, mint pl. a húgycső teljes elzáródottsága (*Rose, Petit, Cabrol, Förster* és *Oberteuffer* esetében), vagy igen nagyfokú phimosis (*Stadtfeldt, Charles*), vagy billentyű a pars pendula és a pars membranacea határán (*Palaiton*). *Stadtfeldt* összeállítása szerint az urachus-sipolyok fiukon (12 eset) gyakoribbak, mint leányokon (2 eset); az arány körülbelül 5:1. *Stadtfeldt* ennek magyarázatát a férfihúgycső hosszabb és kanyarulatossabb voltában keresi, azonban tekintetbe véve a megbetegedés rendkívüli ritka voltát, azt hiszem, előfordulási arányszámról beszélni nem észszerű. *Stadtfeldt* két esetében nagyfokú phimosis volt jelen s mint a vizelet kiürítését megnehezítő körülmény még az is szerepelt, hogy az előbőr nyílása nem felelt meg a húgycső nyílásának, hanem tőle oldalt feküdt. Azonban az esetek legtöbbjében, úgy, mint a jelen esetben is, nem találnak semminemű kiürülési akadályt a húgycsőben és így semmiféle mechanikai okot az urachus nyitvamaradásának magyarázatára: ha csak nem fogadjuk el *Klebs*-nek hypothesisét, hogy az akadály az intrauterinális életben állott csak fenn, de közvetlen a szülés előtt vagy alatt megszünt. Igen ritka esetben a későbbi életben is megnyílhat a sipoly, mint pl. *Levéque-Lassure* esetében, hol a 80 éves aggastyán 25 év óta birt hólyagköldök-sipolylyal; vagy pedig *Levié* esetében, hol

egy 79 éves prostatahypertrophias beteg köldökén kezdett a vizelet csurogni, miután előzőleg több éven át makacs dysuriában szenvedett; ide tartozik *Worster* esete is, hol a 11 éves leány két évi súlyos cystitis után kapott a köldökén urachus-sipolyt, valamint *Cadell* esete, hol a nyolcz éves leánygyermek hosszabb ideig tartó súlyos hólyaghurut után köldökhólyagsipolyt kapott, s míg az előbbi eset gyógyult, az utóbbi a jelenlevő veseinfeció folytán halálosan végződött; vagy *Bramann* esete, hol egy 12 éves leányon 9 év óta fennálló genyes hólyaghurut folyamán nyílt meg az urachus; valamint *Lexer* esete is, hol a 20 éves fiatal ember gonorrhoeás alapon kapta sipolyát.

A megbetegedés főtünetét a vizelet rendellenes kilépési helye alkotja. A köldök időszakonkénti nedvedzésétől egész a messze kifecskendő vizeletsugár megjelenéséig váltakozhat. Az urachus-köldöksipoly tágassága igen váltakozó, némely esetben hajszálvékony, úgy hogy a szondázás kivitethetetlen (*Jakoby*), máskor czeruzavastagságú (*Paget*) és katheterrrel könnyen átjárható (*Utz*). Ha a nyílás még nagyobb, mint pl. *Paget* második, valamint *Froriep* és *Gusserow* esetében, úgy ezen megbetegedés átmenetet alkot az ectopia vesicae-hez, a mennyiben a köldök-symphysis közötti tér zárt ugyan, azonban a tág csatornán keresztül akár az egész hólyag-nyálkahártya is előtűremkedhet. *Guéniot* esetében az urachus felső nyílása kocsányos daganatszerű képleten ült, más esetben a kimeneti nyílás alakjánál fogva a glans penishez igen hasonlított (*Mayer-Kempen, Bryant, French*). Ezen kiemelkedést részben a köldökgyűrű bőre, részben a kifordult urachus-nyálkahártya okozza. *Peu* 1648-ból közölt esetében a kétórás esecsemőnek lekötött köldökcsinórcsonkjára galambtojásnyi átlátszó cystává duzzadt meg, melynek megnyitása után egynéhány napig vizelet folyt ki a nyíláson. Az urachus-sipolyon kilépő vizelet mennyisége igen változó s az urachus-sipoly tágasságától, a hólyaggal való közlekedés könnyű vagy megnehezített voltától s végül a természetes úton való vizeleteltávolítás körülményeitől, azaz a húgycső rendes átmérőjűségétől vagy szűkült voltától fog függni. Ezekből következik, hogy a vizelet eltávolítása a sipolyon keresztül egyrészt változó mennyiségű, másrészt változó időtartamú is lehet. A vizelet időszakonként csak megnedvesítheti a köldököt, vagy esepenként ürül, vagy pedig vékonyabb (saját esetünk) vagy vastagabb sugárban (*Cadell*) ömlik. A vizelet ürülhet állandóan, vagy pedig csak az intravesicalis nyomás emelkedésekor. *Meyer-Kempen* esetében csak akkor ürült vizelet a sipolyon keresztül, ha a gyermek hangosan kiabált. A köldök környezetének hosszabb-rövidebb ideig tartó nedvedzés folytán való kisebbedt vagy eczemás volta nem okvetlen szükséges; a meddig a vizelet tiszta és savanyú vegyhatású, nem igen támadja meg a bőrt (saját esetünk).

A míg a sipolyon keresztül időlegesen vagy állandóan tiszta vizelet ürül, a kórisme felállítása semminemű nehézségbe sem ütközik, ha azonban a vizelet nagy fokban genyes lesz, a hasüreg egyéb genyedő és épen a köldökön áttört folyamataitól (appendicitis, epekő, hydronephrosis, perit. tub., perit. dipl.) az elkülönítés csupán a húgsav kimutatásával lehetséges. Mindig gondolnunk kell a ductus omphaloentericus ritka esetekben előforduló nyitvamaradására; ezen esetekben a váladék görcsövi vizsgálata útbaigazít.

A prognózis természetesen minden esetben jónak mondható, kivéve, hol complicatio gyanánt a hólyag secundaer infectiója van jelen. Műteti beavatkozással a baj mindig meggyógyítható. A mi a therapiát illeti, a beavatkozások egy része a kórok gyanánt szereplő akadályok eltávolításából, másik része magának a sipolynak elzárásából fog állani. Azokban az esetekben, a melyekben kiürítési akadály nem forog fenn és a melyekben műteti beavatkozás nem viheto keresztül, megkísérlehető a kötő általi gyógyítás, mint ezt *Dupuytren* és *Petit* egy-egy esetben újszülötteken eszközölte. A kórok gyanánt szereplő phimosis eltávolítását *Charles* egy esetben körülmetélés útján kísérlette meg. A műtétet celluláris adhaesiók nehezítették. A nyálkahártyával bélelt sipolynylás ajkai azonban nem záródtak. A gyógyító kísérletek további menete teljesen azonos a sebészeti tudomány fejlődésével és főleg az egyéb helyeken előforduló sipolyok zárására használt eljárásokból állott. *Lugeol* sparadrapnyomókötéssel bírta záródásra a sipolyt, *Jakoby* a sipolynylást kauterizálta, *Böckel* és *Paget* a sipoly széleit felfrissítette és eredménynyel összevarrta. A kocsányos sipolynylást *Guéniot*,

*Frenck* és *Schmidt* eseteikben egyszerűen lekötötték. *Paget* második esetében a lekötés felett a csonkot eltávolítva, a seb-  
széleket összevarrta. *Guéniot* és *Paget* betege a köldökgyűrűnek ezen helytelen kezelése következtében köldöksérvet kapott. *Stadtfeld* a kocsányt finom csipővel leszoritotta s eleinte ferrum sesquichloratum-oldattal, majd lapis-oldattal esetelte. A csipőt öt nap mulva eltávolította s további négy nap mulva a mumifikált csonk is leesett. *Dollinger* is egy esetben a tuberculosus alapon fejlődött urachus-sipolyt 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-os lapisoldat befecskendezésével gyógyulásra bírta. *Delagenière* egy 5<sup>1</sup>/<sub>2</sub> éves fiú sipolyát körülvágta s a megnyílt széles tasakot a belé folytatódó urachus egy részével a hashártya széles felhasítása után eltávolította. A csonkot betűrve bevarrta. A sipoly ezen részleges resectio után gyógyult. *Stierlin* a felfrissített és összevarrt urachus-nyálkahártya felett a bőrt is egy rétegben összevarrta és így a beteget meggyógyította. Ezek a műteti beavatkozások mind csak a külső sipolynyílás zárására szorítottak. *Bramann* volt az első, a ki 12 éves leánygymekben a 9 év óta fennálló, súlyos cystitis után keletkezett urachus-sipolyt radikálisan gyógyította, a mennyiben vajt kutató felett magát az urachust is felhasította, nyálkahártyáját éles kanállal kikaparta és ollóval eltávolította. Ez alkalommal a peritoneum megnyílt, melyet azonnal bevarrt. A borsebet is bevarrva, alsó részébe jodoform-gaze-csikot vezetett, a hólyagba pedig állandó kathetert helyezett. Dacára ennek betege közvetlenül a symphysis felett állandó hólyagsipolyt kapott. Ez utóbbit zárandó, egy év mulva plastikát akart végezni, azonban betege uraemiában meghalt. A boncoláskor mindkét oldalt genyes zsákvesét találtak s a hólyag keskeny, 10 cm. hosszú zsák volt. Az utóbbi körülményt minden sectióra került esetben kiemelve találjuk (*Stadtfeld*, *Wütz*). Ezen eljárások legtöbbje már csak történelmi becses bir és a mult tulajdona, bár még 1890-ben *Ledderhose*, *Bramann* esetét ismertetve, eljárását túlradiálisnak tartja, s így nyilatkozik: „A köldökön levő sipoly egyszerű felfrissítése és varrata állandó katheter használata mellett talán gyorsabb gyógyulást eredményezett volna.“

Az első sikeres radikális eltávolítást, ugyancsak szerzett urachus-sipolyon, *Lexer* végezte 1895-ben. A 20 éves férfiú súlyos gonorrhoeás cystitisben szenvedett s 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> év óta köldökén is távozott genyes vizelete. A cystitis gyógyítása után a kisujjvastagságnyra megduzzadt urachus eltávolításához fogott. A köldök körülmetszése után a köteg a köldök-symphysis közti távolság feléig könnyen volt kibraeparálható, ezentúl azonban a hashártyával szorosan összekapaszkodott úgy, hogy annak megnyitása elkerülhetetlen volt. A hólyagig lepraeparált urachust harántul levágta. Az ez esetben is zsákalakú vastagfalú hólyagot bevarrta, szint-  
úgy a peritoneum sebet is. A hólyag tájkát drainezve, a hasfalakat elzárta. Kétszeri fonálgenyedés után a seb záródott. Különösen kiemelendőnek tartom *Lexer*-nek következő kijelentését: „Tekintettel a hashártya megsértésére, mely a menet resectiójakor elkerülhetetlen... stb.“, melyre saját esetem ismertetésekor még rátérek. *Alapy* egy 8 éves fiúnak tuberculosus alapon fennálló urachus-sipolyát irtotta ki eredményesen hasonló eljárással.

Ugyancsak 1895-ben végzett *Mikulicz* is radikális műtétet egy veleszületett urachus-sipolyban szenvedő 5 éves fiún. A műtét technikája teljesen azonos *Lexer*-ével. A peritoneum ez esetben is megsérült. A hólyagvarrat helyét drainezte. Betege meggyógyult és vizeletét akár 24 óráig is tudta tartani. *Jahn*, ki az esetet ismerteti, így nyilatkozik: „A műtét ellen egyedül csak az elkerülhetetlen hashártyamegnyitás látszik szólani.“ Újabban *Imbert* operált sikeresen egy 10 éves gyermeket.

A peritoneum megnyitása nélkül az urachus-sipoly megoperálása első ízben a legutóbbi időben *Crossfield Stevens* angol sebésznek sikerült, ő azonban az urachust nem extirpálta, hanem a csonkokat külön-külön látta el: tehát eljárása nem mondható radikálisnak, mert cysták fejlődésére mindig megmaradt az alkalom. Műteti eljárása a következő: harántbemetszés a symphysis felett, úgy hogy a muscili recti széthúzása után a hólyag jól szembetűnik. A rectusok széthúzását felfelé a peritoneális áthajlásig folytatta. A fascia transversa és hashártya között az urachus fibrosus struktúrája ujjal jól kitapintható volt. Szabaddá praeparálva egy hüvelykel a hólyag felett leszoritotta, átmetasztette és lekötötte. Az urachus-csonkot az appendix-csonkhoz hasonlóan betűrte. A köldök

felőli részét pedig az izmok között áthúzta és subcutan elhelyezte; a peritoneum sértetlen maradt.

Áttérve saját esetünkre, a kórtörténete a következő: K. N. Gy., 3 éves fiú, felvétetett 1908 október 11-én. Baja veleszületett s abból áll, hogy vizelekor vagy erősebb kiabáláskor köldökén folyadék szivárog ki. Ezen folyadék vizelet, mely némelykor vékony sugárban ívalakban is távozik. A különben teljesen ép szervezetű, korához képest jól fejlett fiúgyermek köldöke kissé kicsúcsosodik s közepén kendermagnyi nyílás látható, a melybe bevezetett szonda közvetlenül a hasfal alatt a linea albanak megfelelően 10—14 cm. hosszúságban a hólyag felé halad. A köldöktáj megnyomásakor a nyíláson keresztül kevés vizelet ürül. A hasfal bőre semminemű elváltozást sem mutat. Ivarszervei korának megfelelőek, phimosis nincsen, a bevezetett 15-ös szonda könnyen jut a hólyagba. A műtétet október 20-án végeztük chloroformnarcosisban. A köldök ovális körülmetszése után a hasfalat a középvonalban a köldöktől a symphysisig megnyitjuk. A rectusok széthúzása után a properitoneális szövetből az urachust tompán kifejtjük. A két ligamentum umbilicale laterale-t lekötjük és átvágjuk. A köldökgyűrűt is kibraeparálva, az egész urachust előre hajtjuk. A peritoneum sértetlen maradt s a gyermeknél megszokott cigarettapapír vékonyságban boltosodik elő, mögötte a belek rajzolata jól kivehető. A hólyag, a citromalakú gyermekhólyagtól eltérően, megnyúlt zsákalakú, az átmenet a hólyag és urachus között teljesen elmosódott. A vertexnek megfelelően a hólyagot *Doyen* szerint megzúzzuk és az urachust a köldökgyűrűvel együtt eltávolítjuk. A hólyagot 2 rétegben catgut csomós varrattal egyesítjük. Réteges hasfalvarrat. A cavum Retziibe vékony drainsövet helyezünk. A hólyagba állandó kathetert teszünk. Az eltávolított urachus 10 cm. hosszú, vastag szondával könnyen átjárható, ruganyos, keménykés tapintatú cső, rajta látható a 2 ligamentum umbilicale laterale centrális csonkja és a köldöknek gombaszerűen kitüremkedő bőre. A lumen laphámmal fedett, az átmenet a hólyag nyálkahártyájába ki nem mutatható. A beteg teljesen láztalan. Vizelete tiszta. Október 28-án a varrat kiszedése, az állandó katheter eltávolítása. Per primam intentionem vonalas heg alakjában egyesülés. A beteg november 8-án gyógyultán távozott. Vizeletét távozáskor 4—4<sup>1</sup>/<sub>2</sub> óráig tudja visszatartani. Tehát sikerült bizonyítani *Lexer* és *Jahn* állításával szemben, hogy az urachus-sipoly a peritoneum megsértése nélkül is radikálisan eltávolítható. Hasonló esetben tehát a jövőben igyekezni kell a műtétet properitoneálisan végezni, bár a peritoneum megnyitása a sebészet mai állása szerint nem valami súlyos complicatio.

Összefoglalva az esetből levonható tanulságokat, azok a következők: A persistáló veleszületett urachus-sipolyok a legnagyobb ritkaságok közé tartoznak. Összeállításom szerint az eddig ismertett esetek száma 20-ra tehető.

Ezek közül radikálisan operáltak kettőt (*Mikulicz*, *Imbert*) a peritoneum mindenkor megnyitásával. A peritoneum megnyitása nélkül *Crossfield* operált egy esetet, azonban az urachusnak úgy centrális, mint hólyag felőli csonkját visszahagyta.

A mi esetünk tekintendő az első radikálisan és properitoneálisan megoperált esetnek.

A szerzett urachus-sipolyok radikálisan megoperált eseteinek száma szintén három (*Bramann*, *Lexer*, *Alapy*).

Az urachus-sipolyok gyógykezelésekor először a kiürítési akadályok távolítandók el. Ha a fennállás ideje még rövid, a rendes, egyébként szokásos sipoly-kezelés végzendő és az urachus esetleges obliteratiója bevárandó: ha ez nem következik be, a radikális operatio javalt.

Legyen szabad e helyen is *Winternitz* Arnold dr. főorvos, egyetemi m. tanár barátomnak az eset szíves átengedéseért legőszintébb köszönetemet kifejezni.

**Közlés a budapesti Stefánia-gyermekórházból.**  
**Igazgató: Bókay János dr. egyet. ny. r. tanár.**

**Duhring-kór nyolcz éves gyermekén.<sup>1</sup>**

Közlő: *Tóth Sarolta* dr. kórh. segédorvos.

*Duhring* 1884-ben egy jellegzetes tünetcsoporttal járó bőrmegbetegedést irt le *dermatitis herpetiformis* név alatt, mely úgy a felnőt-, mint a gyermekkorban észlelhető. *Brocq* volt az első, ki *Duhring* álláspontját elfogadva, az 1889. évi párisi nemzetközi bőrgyógyászati congressuson bővebben foglalkozott ezen betegséggel s tőle ered a „*dermatite polymorphe douloureuse*“ elnevezés is.

Majd *Unna* is elfogadta a betegség elkülönítésének jogosultságát, csak a *dermatitis herpetiformis* elnevezés helyett a *hydroa* megjelölést ajánlotta; ugyancsak ő volt az első, ki a *Duhring*-féle

<sup>1</sup> Minden jog fenntartva.

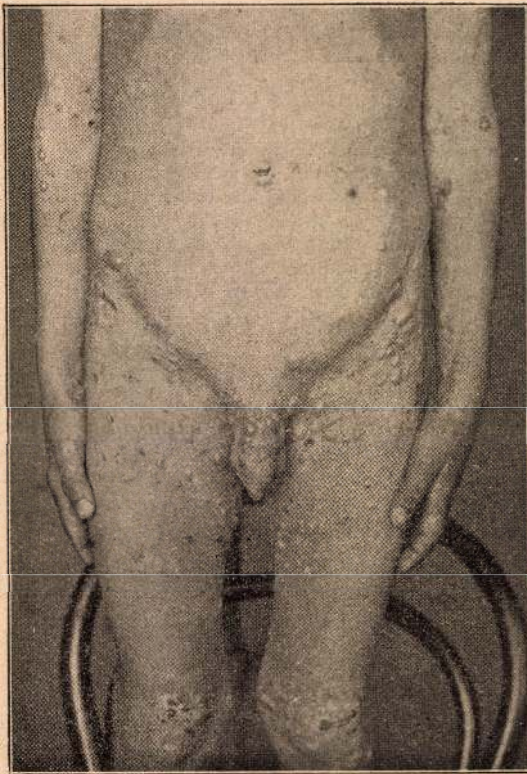
betegség gyermekkori alakját külön osztályba sorolta. Az évek folyamán a gyermekkorra vonatkozó észleletek mindinkább szaporodtak s ma már különösen *Thilliez*, *Barrois*, *Meynet* és *Péhu*, továbbá *Hallé* stb. munkái alapján a betegség gyermekkori alakját illetőleg elég bő ismeretekkel rendelkezünk.

*Duhring* és *Brocq* szerint a betegség főbb jellemvonásai:

1. Érzésszervi zavarok: fájdalmasság, viszketés.
2. Polymorph eruptio.
3. Kiújulásra való hajlam.
4. Jó általános tápláltság.
5. Herpetiform elrendeződése a kiütésnek.

A betegség fő jellemvonása a bőrlaesiók sokalakúsága, de ez a polymorphia nemcsak az ugyanazon egyéneken egy időben jelentkező erythemára, papulára, maculákra, kölesnyi hólyagesákra, pustulákra és bullákra vonatkozik, hanem a betegség egyik-másik kitörése alkalmával az egyes eruptiók különbözők lehetnek, egyszer az erythemás alak, máskor a vesiculás vagy bullás alak lehet praedomináló.

A betegség kezdetén olykor heves égető, szúró fájdalmak jelentkeznek, a később kifejlendő kiütés helyén. Gyakran az ery-



1. ábra.

thema polymorphához hasonló tünetekkel kezdődik a betegség, máskor a bullák az elsődleges tünetek.

*Brocq* elsődleges és másodlagos laesiókat különböztet meg. Elsődlegesek: Erythemás plaque-ok, melyek gyakran urticaria-szerűek, halvány rózsaszínűek, helyenként összefolynak, máskor széleiken tovaterjedve igen változatos képet nyújtanak, így képződnek circinatók, melyek infiltrált, duzzadt, nyomásra érzékeny, élénk vörös határral végződnek. Az így infiltrált területeken képződnek a bullák, míg a vesiculák ép bőrterületeken keletkeznek; ezen hólyagesák 10—20-as csoportban gyakran zónaszerűleg jelentkeznek. A bullák vagy mint már ilyenek mutatkoznak, vagy több hólyagesa összeolvadásából képződnek, változó alakúak és nagyságúak, babnyiak, tyúktojásnyiak, sőt nagyobbak is lehetnek, bennük kezdetben viztisza, mikroorganizmusokat nem tartalmaznak, később zavarossá lesznek vagy elgenyednek; ezen bullák néha spontán felfakadnak, máskor beszáradva vaskos pörköket alkotnak. A pustulák többnyire a bullákból és vesiculákból fejlődnek.

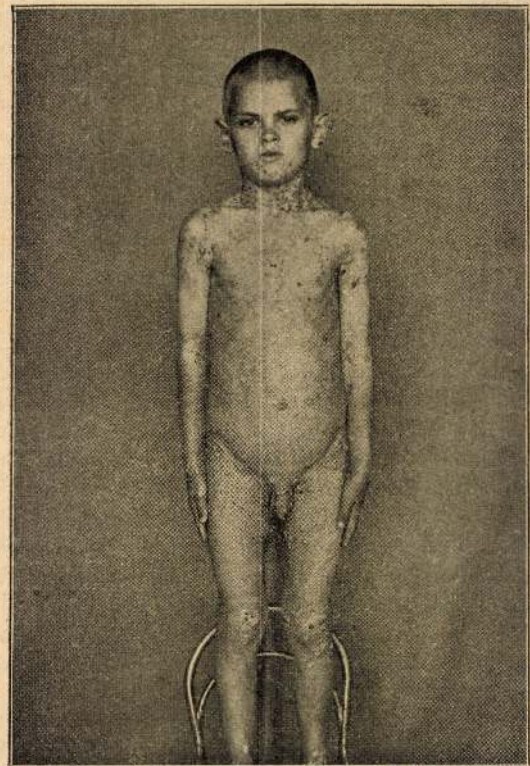
Másodlagos laesiók: részben az elgenyedt bullák, vesiculák helyén képződő vaskos pörkök, részben lemezesen hánlító területek, másutt pigmentált foltok jelzik a begyógyult elsődleges

eruptio helyét. A kaparások helyén lichenifikatio, eczematisatio támad.

A nyálkahártyák bántalmazottsága elég gyakori, főleg a száj, pofa belfelületén, az ajkakon, nyelven, praeputiumon, a vagina nyálkahártyáján; olykor a conjunctiva és az orr is részt vesz a megbetegedésben. Gyakran fejlődnek oedemák, főleg a kéz- és lábháton, láttak lymphangoitiseket és erysipelast is másodlagos infectio folytán.

Az általános tápláltság jó, csak az egyes recidivák megjelenése előtt észlelni olykor hányást, lázat vagy ideges tüneteket. A láz súlyosabb esetekben több napig eltarthat, láttak febris continuat is. A betegek étvágya általában jó. A vizelet néha megkevesbedik, egyes szerzők albuminuriát is észleltek. Olykor bronchitist is láttak, gyakrabban asthmaszerű rohamokat. *Taylor* észlelt egy alkalommal bradycardiát 50—60 pulszusszámmal.

A dermatitis herpetiformis *Duhring* legtöbb esetében különböző hosszú szünetek után jelentkező, változó időtartamú kiújulásokat észlelni s az egyes recidivák intenzitása és alakja igen különböző lehet; általában egy-egy kiújulás több hétig, illetve hóig tarthat, ezen idő alatt rövidebb szünetek lehetnek, de a bőrlaesiók nem



2. ábra.

fejlődnek teljesen vissza, mindig látható még néhány vesicula vagy bulla, jelezve, hogy a folyamat nem zajlott le teljesen. Mint már említettük, feltűnő e betegségben az általános jó tápláltság az egész lefolyás alatt.

*Unna*, különválasztva a gyermekkori alakot a felnőtteken előfordulótól, jellegzetesnek tartja erre, hogy a betegség:

1. az első életévekben, illetve a kora csecsemőkorban kezdődik,
2. az egész gyermekkoron át megmaradhat,
3. az egyes attaque-ok maximuma a nyári hónapokban van,
4. a kiütés polymorph,
5. a fájdalmak kifejezettebbek, mint a viszketés,
6. az általános közérzet már a betegség megjelenése előtt befolyásolt,
7. a javulás fokozatos a pubertásig,
8. a tünetek teljesen megszűnnek a felnőttkorban.

Találkozhatunk vele a gyermekkor valamennyi szakában, kivéve az első csecsemőkort (a magyar észlelők közül *Beck* egy 7 hónapos csecsemőn látta a kórt), a legtöbb megbetegedést mégis a 6—10. életév között észlelték.

A szerzők legnagyobb része szerint főleg fiúgyermeken fordul elő, jöllehet ugyancsak Beck 4 esete közül 3 leány volt.

Egyes esetekben észleltek hereditást, így Thilliez egy család 3 gyermekén látta a megbetegedést. Unna esete érdekes: ő egy családban 4 gyermekén látta, még pedig az első házasságból származott három fiúgyermeken, míg a második házasságból született két gyermek közül csak a fiú betegedett meg.

A betegek többnyire idegesen terhelt szülőktől származtak. Gyakran kezdődik a betegség kedély-izgalmak után, s az egyes recidívákat többnyire ideges tünetek előzik meg.

Ugyancsak Unna szerint a kiütés jellege nem olyan polymorph a gyermekkorban, mint a felnőtteken, míg Robinson, Vidal és Brocq, továbbá Meynet és Péhu cseleiben a polymorphismus igen kifejezett volt.

Ellentétben a felnőttkorral, a gyermekkori dermatitis herpetiformisban igen gyakran észlelni prodromális tüneteket, így fejfájást, hyperthermiát, étvágytalanságot, diarrhoeát. Jamieson a gyermekkori alakra jellegzőnek tartja a pigmentációt, mely többnyire a már gyógyult lobos területeken képződik. Thilliez esetében általános, generalizált pigmentatio volt látható; egyes betegeken ez a tünet oly nagyfokú, hogy az egész köztakarónak piszkos színt kölcsönöz.

Thilliez a bőr megvastagodását emeli ki; szerinte ez független a kaparástól, mert pruritusmentes esetekben is látható. Thilliez és Barois szerint a hólyagoknak nincs herpeszerű elrendezésük a gyermekkorban, inkább elszórtan jelennek meg. Meynet és Péhu esetében, és mint látni fogjuk, az általunk észlelt betegen is, elszórt hólyagok mellett csoportos eruptiókat is észleltek.

Mindezekből láthatjuk, hogy Unna elkülönítése nem jogosult és csak fokozatbeli különbség van a gyermek- és felnőttkori dermatitis herpetiformis közt.

Miként fentebb jeleztük, ezen betegség a gyermekkorban nem tartozik a ritkaságok közé, úgy, hogy a világirodalomban már körülbelül 60 esetet ismertettek. Előfordul a föld minden részében a nélkül, hogy egyes helyeken gyakrabban észlelnék.

Saját észlelésünk a következő:

S. István, 8 éves, 1908 július 13-án vétetett fel. A gyermek állítólag csak három hét óta beteg, az egész testén elszórtan víztiszta tartalmú hólyagok képződtek, melyek csakhamar elgenyvedtek. Heves fájdalomokról, álmatlanságról panaszkodik. Ezen betegség kezdetéig teljesen egészséges volt, négy testvére, szülei egészségesek, hasonló baj családjukban nem fordult elő, ideges terheltség nincs.

Jól fejlett, kissé lesoványodott fiú, kis fokban anaemiás, normális szervekkel. A nyakon, a váll felett, a hónaljpredöknök megfelelőleg, a könyökhajlatban, az inguinális hajlatban, a penisen, a térd felett rendetlen szélű, fillérnyi, helyenként confláló, halvány rózsaszínű foltok láthatók, melyek itt-ott gyermektényérnyi erythemás területeket is alkotnak; ezen lobos területeken a köztakaró infiltrált. Az erythemás alapon elszórtan, néha 5–8-as csoportban köles-borsónyi, víztiszta tartalmú, feszes falú hólyagcsák láthatók. Változatos alakú, kis fillérnyi-ötökrona mekkoráságú, kezdetben víztiszta tartalmú bullák láthatók a hajlatokban, a nyakon, melyek szintén részben elszórtan, részben csoportokban jelentkeznek (1. 1. és 2. ábra). Nehány nap alatt ezen bullák zavaros-genyessé alakulnak át, mások egyszerűen beszáradnak. Elszórtan, másodlagos fertőzés folytán létrejött pustulák is láthatók. Még változatosabbá tették a képet a győgyulófélben levő bullák, vesiculák és erythemás területek, egyes nagyobb hólyagok beszáradása után száraz pörkök képződtek, másutt a hólyagok spontán vagy kaparás folytán megnyíltak, s a genyvedő, vérezékeny irha szabadon feküdt. A régebben gyógyult területeknek megfelelően a bőr erősen pigmentált. A tenyereken és talpakon hyperkeratosis. A nyálkahártyák részéről a szájban, a keményszájpadon több gombostüfejnyi sötétlenszerű, kissé vörhenyes tartalmú hólyag látható. A betegség lefolyása alatt hasonló, egy-két napig fennálló hólyagok fejlődtek több ízben a nyelven, az arcusokon, a tonsillákon.

Kéthónapi kórházi tartózkodása közben a fiú állapota több ízben lényegesen javult néhány napra, majd ismét erősebb fájdalmak mellett a leirtakhoz hasonló változatos bőreruptiók támadtak. A nyálkahártyán jelentkező hólyagcsák egy-két nap alatt gyógyultak, felületes exoriatiót hagyva maguk után.

A kezelés sublimatemosásból, majd a hólyagok megnyitásától, indifferentis kenőccsel való fedőkötésből állott, belsőleg pedig sol. ars. Fowlerit adagoltunk rendszeresen.

Augusztus 20-án a vizeletben fehérjét találtunk, a beteg arca puffadt lesz, mire az arsenkezelést kihagyjuk, ágy-nyugalmat rendelünk s tejdiatára fogjuk a beteget. Dacára mindennek, a vizelet napi mennyisége mindig kevesebb lett, augusztus 28-án 400 cm<sup>3</sup>, fehérjét bőven tartalmaz, vesealakelemeket azonban nem találunk. Ezen idő alatt elszórtan jelentkezett még egy-egy víztiszta tartalmú hólyag, majd szeptember hó első napjaiban bő diuresis indul meg, a vizeletből eltűnt a fehérje s ezen idő óta újabb bőrlaesiók nem jelentkeztek, a régiéket teljesen begyógyultak,

a subjectiv tünetek, égető érzés, fájdalmak és viszketés teljesen megszűntek.

A mai napig a gyermekén újabb eruptiók nem mutatkoztak s így, legalább ez ideig, az esetet gyógyultnak tekinthetjük.

Miként látjuk, esetünk a dermatitis herpetiformis típusos képét nyújtja; különösen feltűnő, hogy míg a gyermekkorban ritkán láttak polymorphiát, itt kifejezett a laesiók sokalakúsága. A Thilliez által észlelt pigmentatio betegünkön kifejezett volt s ellentétben Thilliez és Barois-sal, a hólyagcsák csoportokban is jelentkeztek. Betegünkön hereditást, ideges terheltséget nem tudunk kimutatni. A bántalom ezen esetben is a nyári hónapokban kezdődött.

A mi a betegség lefolyását illeti, feltűnő, hogy Hallé észleletéhez hasonlólag, esetünkben is a gyógyulás egy heveny nephritis lezajlása után következett be. Hallé egy leánykán erős, bullosus eruptio után 10 napos lázat látott, majd oedemák jelentkeztek s a vizeletben kevés fehérjét talált; dacára a tejdiatának, a kezelés alá vett nephritis tovább fejlődött, az oedemák fokozódtak, majd eklampsia jelentkezett; venaesectio után a beteg állapota jobbra fordult, két hónapig még találtak fehérjét vizeletében, végre a nephritis szüntével a börbántalom is, legalább hosszabb időre, javult.

A prognosissal mindenesetre óvatosak legyünk, mert az általános tapasztalat azt mutatja, hogy e sajátzerű kór csak kivételesen gyógyulhat az első attaque után, valamivel gyakoribb a gyógyulás 1–2 évi fennállás után, máskor a pubertás beálltával szűnik meg, ritkábban tart el a felnőtt korig. Kivételesen életfogytig is fennállhat, 1–2 havi, illetve évi attackementes idővel. Igen gyakran halálos kimenetel is előfordul.

Csupán röviden akarunk még a betegség kórlényegével foglalkozni. Ezen betegség létrejöttét három teoriával igyekeztek megmagyarázni. Az első mikrobás eredetre vezet vissza, ez azonban beigazolást egyetlen egy esetben sem nyert, a mennyiben sem a bőrben, sem a vérben s a bullákból nyert váladékban sem sikerült mikrobákat kimutatni. A második magyarázat ideges alapot vesz fel. Támogatja e felfogást, hogy sok esetben szembeötlő a hereditás, a familiáris dispositio, gyakoriak a neuropathiás ösök s kimutatható a laesiók symmetriás elrendeződése. A harmadik a toxikus theoria. Bizonyos medicinális, illetve alimentáris intoxicatiók után támadó erythemás, bullás kiütések közismertek; ilyen intoxicatiók után a tünetek tudvalevőleg csakhamar visszafejlődnek, minélfogva a dermatitis herpetiformisban tartós intoxicatiót kell ezen magyarázat elfogadása esetén feltételeznünk.

Esetünk kórlényegére nézve sem a kórelőzmény, sem a lefolyás támpontokat nem szolgáltatott. Miként láttuk, hereditás nem forgott fenn s a betegségnek familiáris jellege nem volt. Bár a kórelőzmény szerint toxikus anyagok behatása a szervezetre nyilvánvalóan nem látszott, a fehérjevételés a lefolyás alatt figyel-műnket a pathogenesiset illetőleg mégis inkább ezen irányba terelte.

Irodalom. Meynet és Péhu: Dermate polymorphe douloureuse chez l'enfant. Annales de dermat. et de syphil., 1903. december. — J. Hallé: De la dermatite herpétiforme de Dühring-Brocq chez l'enfant. Archives de médecine des enfants. 1904. július, VII. kötet. 7. szám. — E. Galeusky: Dermatitis herpetiformis Dühring. Pfaundler-Schlossmann: Handbuch der Kinderheilkunde. — Beck Soma: A dermatitis herpetiformis Dühring a gyermekkorban. Budapesti orvosi újság, 1904. Gyermekorvos, 2. szám. — A. Jarisch: Dermatitis herpetiformis. Nothnagel: Specielle Pathologie und Therapie, XXIV. kötet. — J. Schäffer: Die bullösen Hautaffectionen. Die Deutsche Klinik, X. kötet. 2. szám.

## A budapesti Stefánia-gyermekkórház garatmögötti tályog statistikája.<sup>1</sup>

Közlő: Vas J. dr. egyetemi gyakornok.

Midőn egy tudományos intézet 25 éves évfordulóját ünnepli, csak természetes, hogy emlékkönyvének néhány lapját azon kérdések felelevenítésének is szenteli, melyeknek megoldásához jelentékenyen hozzájárult. Ilyen tárgyat képvisel kórházunk történetében a garatmögötti tályog lényegének felderítése, kórrajzának és kezelésének pontos megállapítása, melyet első sorban Bókai sen.-nak köszönhetünk. A ma is forrásmunkát alkotó klasszikus dolgozatokat,

<sup>1</sup> Minden jog fenntartva.

melyek 1858-ban és 1876-ban jelentek meg, az egész orvosi világ a legnagyobb elismeréssel méltányolta. Tudjuk ezek alapján, hogy az idiopathiás garatmögötti tályog minden esetben lymphadenitis retropharyngealisból ered, mely viszont legtöbbször száj-, orr-, fül-, garathurttól és lobosodás következménye. Ma, a midőn a koponya és az arc nyirokereinek anatómiai viszonyai felől pontos vizsgálatok alapján részletes ismeretekkel rendelkezünk, értjük csak meg igazán keletkezésének mikéntjét és tudjuk méltányolni ezen kiváló megfigyelés fontosságát. Ez vezette ifj. *Bókay János*-t arra, hogy az idiopathiás név helyett, már csak a tulajdonképeni másodlagos (spondylitis, metastasis, trauma) garatmögötti tályogtól való megkülönböztetés céljából is, az abscessus retropharyngealis ex lymphadenitide retropharyng. elnevezést ajánlja.

Ha az ezen értelemben idiopathiásnak nevezett garatmögötti tályogoknál figyelembe vehető szempontokat a Stefánia-gyermek-kórház beteganyagán statisztikailag akarjuk boncsolni, azt 1854-től kezdődőleg tehetjük, a midőn legelőször találjuk azt kórházunk, a régi ősz-utcai gyermekkórház évkönyveiben mint önállóan vezetett kórképet. Bejáró betegek száma ezen évben 3180 volt, kik közül 5-nek volt garatmögötti tályogja (0.16%). Ezen szám az ambuláns betegek létszámának emelkedésével kisebb-nagyobb ingadozással arányosan nőtt, úgy, hogy pl. 1880-ban 8327 beteg közül 16 garatmögötti tályogban szenvedő volt (0.18%) és 1907-ben 21,564 beteg közül 25 (0.12%).

Összegezve az 1857—1907-ig észlelt eseteket, 551,833 ambuláns beteg között 1054-ben találtunk absc. retropharyngealist, a mi 0.19%-nak felel meg. Fiú valamivel több volt: 598 (56%), mint leány: 456 (44%).

A mi a gyermekek korát illeti, feltűnik az első s második életév vezető szerepe és a betegségnek a pubertás koráig mindinkább látható eszökkenése. Ugyanis az 1054 közül

0—1 év közt volt 621 = 59% (összes csecsemőköz viszonyítva = 0.004 %)
   
1—3 " " " 362 = 35% (összes 1—3 évesekhez " = 0.002 %)
   
3—7 " " " 61 = 5.1% (összes 3—7 " " = 0.0005 %)
   
7—14 " " " 10 = 0.9% (összes 7—14 " " = 0.0001 %)

Érthető ez, ha tekintetbe vesszük, hogy az első életévben mily rendkívül gyakori az e baj kóroktanában oly fontos száj-, orr-, torok-, füllob. Támogatja az említett oki momentumok fontosságát azon körülmény, hogy télen, kora tavasszal s ősszel sokkal több garatmögötti tályogot látunk, mint meleg nyári időben, midőn az említett hurutos lobok kevésbé szerepelnek. Szépen mutatja ezt egy 1887-ben ifj. *Bókay János* által készített kórházi statisztikánk, mely szerint 467 addig előfordult absc. retropharyng. közül

januárban	50	júliusban	18
februárban	47	augusztusban	24
márciusban	51	szeptemberben	33
áprilisban	44	októberben	38
májusban	33	novemberben	59
júniusban	23	decemberben	47

jelentkezett s majdnem egyezik ezzel saját összeállításom, mely szerint az 1895—1905 között előfordult 362 idiopathiás garatmögötti tályog közül

januárban, februárban, márciusban	összesen 120	= 33%
áprilisban, májusban, júniusban	" 83	= 23%
júliusban, augusztusban, szeptemberben	" 65	= 17%
októberben, novemberben, decemberben	" 94	= 27%

esetet láttunk.

Szólottunk fentebb arról, hogy az absc. retropharyng. ex lymphadenitide retropharyng. jórészen a csecsemőkori betegsége. Nem lesz érdektelen e helyen rámutatni, hogy a csigolyaszűvasodásból származó sülyedésszerű garatmögötti tályog milyen arányszámot mutat az idiopathiással szemben, továbbá milyen a különbség a kétfajtájú tályognak eloszlásában a gyermekkor különböző szakaszai szerint. Az utolsó 9 év alatt összesen 320 garatmögötti tályogot észleltünk, ezek között 299 (93%) idiopathiás és 21 (7%) consecutív volt.

Korra nézve volt:

0—1 év között	1—4 év között	4—7 év között	7—14 év között
163	123	25	9
és pedig	és pedig	és pedig	és pedig
160 idiop. = 98%	116 idiop. = 94%	20 idiop. = 80%	3 idiop. = 33%
3 cons. = 2%	7 cons. = 6%	5 cons. = 20%	6 cons. = 67%

Látjuk e táblázatból, hogy a csecsemőkori garatmögötti tályogoknak mily elenyésző csekély része a másodlagos, sülyedésszerű (2%), s mint emelkedik ezen arányszám évről évre a consecutív tályog javára annyira, hogy a 7—14. év között ezen alak már az összes e korban látott garatmögötti tályogoknak  $\frac{2}{3}$  részét teszi.

Ha már a sülyedésszerű másodlagos retropharyng. tályog is sokkal ritkább az ú. n. idiopathiásnál, a traumatikus eredetű másodlagos garatmögötti tályog szinte ritkaságszámba megy. — Ifj. *Bókay J.* tanár 1893-ban megjelent ezikkében, mely a kórházunkban addig észlelt 614 retropharyngeális tályogra vonatkozik, egyetlen egy esetet említ (*Bókai* sen. észlelete), midőn is a garatmögötti tályog egy fémbroche lenyelése után keletkezett, mely hegyes végével a garatüreg alsó részének falában akadt meg.

Az absc. retropharyng. idiopath. kezelése ma is ugyanazon általános therapiás elvek szerint történik, miként azt még *Bókai* sen. inaugurálta kórházunkban. Ha tapintáskor a mirigyét tömöttnek találjuk, jeges borogatással igyekszünk azt visszafejlesztetni. Már puhuló mirigy elgyenyedését pépes borogatással siettetjük és ha teljesen puha, megfelelő segédlettel a bal kezünk mutatóujja mellett vezetett pharyngotommal a tályogot legmélyebb pontján megnyitjuk. Utána a fejnek előre hajlított helyzetével és a tályogra alulról felfelé gyakorolt enyhe nyomással törekszünk a geny kifolyását előmozdítani.

A tályog utókezelése bóroldattal való kifecskendésből s tartalmának időnkénti ujjal való kinyomásából áll. A szokott eljárásunk tehát a tályognak belső, a szájon át történő megnyitása; a *Burkhardt* által ajánlott külső megnyitást jórészt csak consecutív tályogoknál alkalmazzuk.

A leirt módon — járólagon — kezeltük garatmögötti tályogban szenvedő betegeink legnagyobb részét, 984-et 1054 közül.

Kórházi ápolás céljából csak a legsúlyosabb eseteket vettük fel, számra nézve 70-et, kik közül 59 (85%) meggyógyult és 11 (15%) meghalt. A halálzási arány ily módon nagynak látszik s nem is vonatkozhatik a garatmögötti tályogra általában, hanem csakis azon kórházilag ápolat igen kétségbeesett 70 esetre. Optimisták volnánk azonban, ha a 11 halálesetet az összes 1054-re vennők, a midőn körülbelül 1% volna a mortalitás, a mennyiben kétségtelen, hogy a járólagon kezelt esetek közül néhányan elhalhattak.

Igy a halálzási százalékot ennél többnek kell vennünk és ez összhangban állna ifj. *Bókay J.* azon adatával, hogy az idiopath. retropharyng. absc. halálzási arányszáma 4—6% körül ingadozik.

Mindenesetre elég kicsiny számok ezek, ha tekintetbe vesszük, hogy az idiopath. tályog fel nem ismerve, többször halálos kimenetelű. Igaz, hogy előfordulnak spontán áttörések is, de csak igen elenyésző számban, így *Bókai* sen. 144 eset között összesen csak 19-szer észlelt magától kiürülést. Szóval körülbelül 13% spontán gyógyulás áll szemben 94—96% felépüléssel kezelés esetén.

Ha a 6% halálzást és a valószínűséggel feltehető 13% spontán gyógyulást levonjuk 1054 esetünkből, akkor is 54 év alatt, aránylag csekély eszközökkel, helyes, időszerű metéti kezeléssel, közel 900 garatmögötti tályogban szenvedő gyermekben volt sikeres a beavatkozásunk.

A kórház irodalmi munkálatai a garatmögötti tályogról és a garatmögötti nyirokmirigylobról:

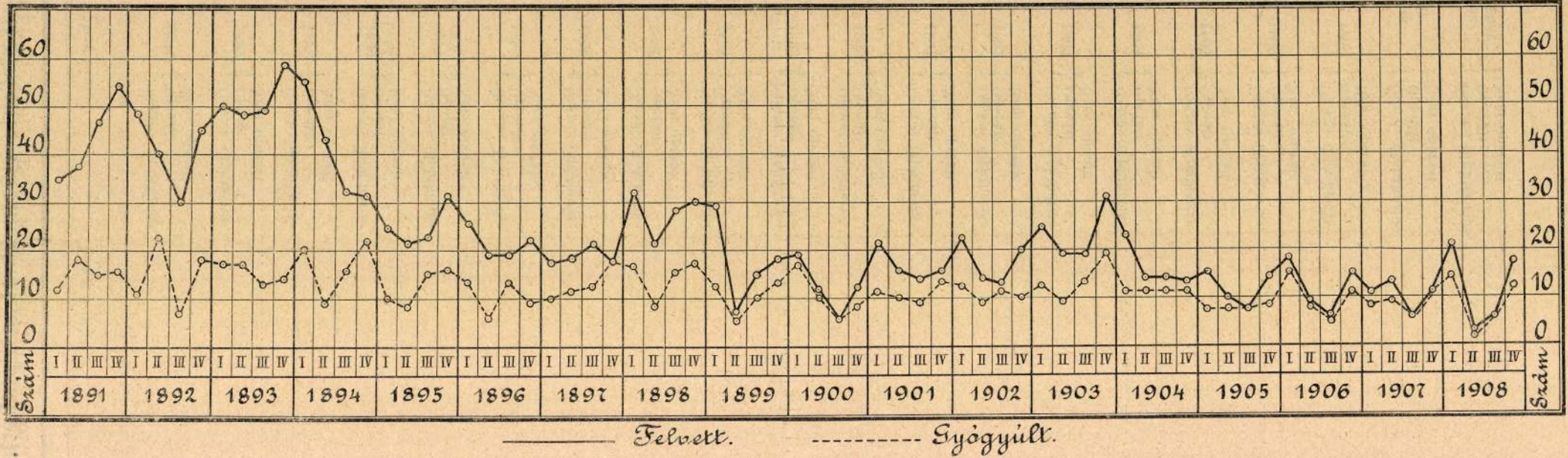
*Bókai* sen.: Jahrbuch für Kinderheilkunde, 1858. — *Bókai* sen.: A garatmögötti tályogokról és a garatmögötti nyirokmirigylobról, 1876. — *Alexy-Bókai* sen.: Jahrbuch für Kinderheilkunde, 1880. — *Bókay* jun.: A garatmögötti tályogokról, különös tekintettel az önszervi tályog kórszámzására és kóroktanára. Budapesti kir. orvosegyesület évkönyve. 1889. — *Bókay* jun.: Belső vagy külső metszéssel nyissuk-e meg az önszervi garatmögötti tályogot. Orvosi Hetilap és Festschrift in honorem Abr. Jacobi 1900. — *Bókay* jun.: Lymphadenitis retropharyngealis bei einem achtmonatlichen Kinde, suffocative Erscheinungen, Tracheotomie, Genesung. Jahrbuch für Kinderheilkunde, 1893. — *Bókay* jun.: A *Grancher-Comby*-féle „Traité des maladies de l'enfance“ című gyűjteményes munkában (1904 T. II.) a garatmögötti tályog fejezete.



## A budapesti Stefánia-gyermekkórház diphtheria-statisztikája 1891 január 1.-étől 1908 január 1.-éig.

É v	E s e t e k	Fel- vétetett	Gyógyult	Meghalt	Gyógyulási százalék
Serum előtti időszak	1891. { Összes diphtheriás .....	335	158	177	47.16
	{ Operált .....	176	54	122	30.68
	{ Nem operált .....	159	104	55	65.40
	1892. { Összes diphtheriás .....	327	165	162	50.45
	{ Operált .....	184	67	117	36.41
	{ Nem operált .....	143	98	45	68.53
	1893. { Összes diphtheriás .....	351	150	201	42.73
	{ Operált .....	218	63	155	28.89
	{ Nem operált .....	133	87	46	65.41
	1894. { Összes diphtheriás .....	242	116	126	47.93
	I-IX. { Operált .....	136	43	93	31.61
	{ Nem operált .....	106	73	33	68.86
Serum időszak	1894. { Összes diphtheriás .....	93	62	31	66.66
	IX. { Operált .....	40	23	17	57.50
	{ Nem operált .....	53	39	14	73.58
	1895. { Összes diphtheriás .....	309	231	78	74.75
	{ Operált .....	111	52	59	46.84
	{ Nem operált .....	198	179	19	90.40
	1896. { Összes diphtheriás .....	225	141	84	62.23
	{ Operált .....	85	42	43	49.41
	{ Nem operált .....	140	99	41	70.72
	1897. { Összes diphtheriás .....	184	143	41	77.72
	{ Operált .....	73	43	30	58.90
	{ Nem operált .....	111	100	11	90.90
	1898. { Összes diphtheriás .....	292	212	80	72.60
	{ Operált .....	111	55	56	49.50
	{ Nem operált .....	181	157	24	86.74
	1899. { Összes diphtheriás .....	215	173	42	80.50
	{ Operált .....	70	41	29	58.60
	{ Nem operált .....	145	132	13	91.00
	1900. { Összes diphtheriás .....	165	138	27	83.64
	{ Operált .....	57	37	20	64.92
{ Nem operált .....	108	101	7	93.52	
1901. { Összes diphtheriás .....	192	152	30	84.37	
{ Operált .....	70	47	23	67.14	
{ Nem operált .....	122	115	7	94.26	
1902. { Összes diphtheriás .....	202	170	32	84.15	
{ Operált .....	68	43	25	63.23	
{ Nem operált .....	134	127	7	94.77	
1903. { Összes diphtheriás .....	249	194	55	77.92	
{ Operált .....	92	54	38	58.60	
{ Nem operált .....	157	140	17	90.45	
1904. { Összes diphtheriás .....	267	235	32	88.02	
{ Operált .....	68	46	22	67.65	
{ Nem operált .....	199	189	10	95.45	
1905. { Összes diphtheriás .....	187	163	24	87.17	
{ Operált .....	46	29	17	63.04	
{ Nem operált .....	141	134	7	95.04	
1906. { Összes diphtheriás .....	176	164	12	93.18	
{ Operált .....	48	39	9	81.25	
{ Nem operált .....	128	125	3	97.66	
1907. { Összes diphtheriás .....	177	168	9	94.91	
{ Operált .....	41	34	7	82.93	
{ Nem operált .....	136	133	3	98.53	
Serum előtt	Összes diphtheriás .....	1255	589	666	46.93
	Operált .....	714	227	487	31.79
	Nem operált .....	541	362	179	66.91
Serum- időszakban	Összes diphtheriás .....	2933	2356	577	80.32
	Operált .....	980	585	395	59.69
	Nem operált .....	1953	1770	183	90.62

## A budapesti Stefánia-gyermekkorházba felvett és intubált 1772 croup-eset forgalma negyedévi összeállításban 1891—1909-ig,<sup>1</sup>



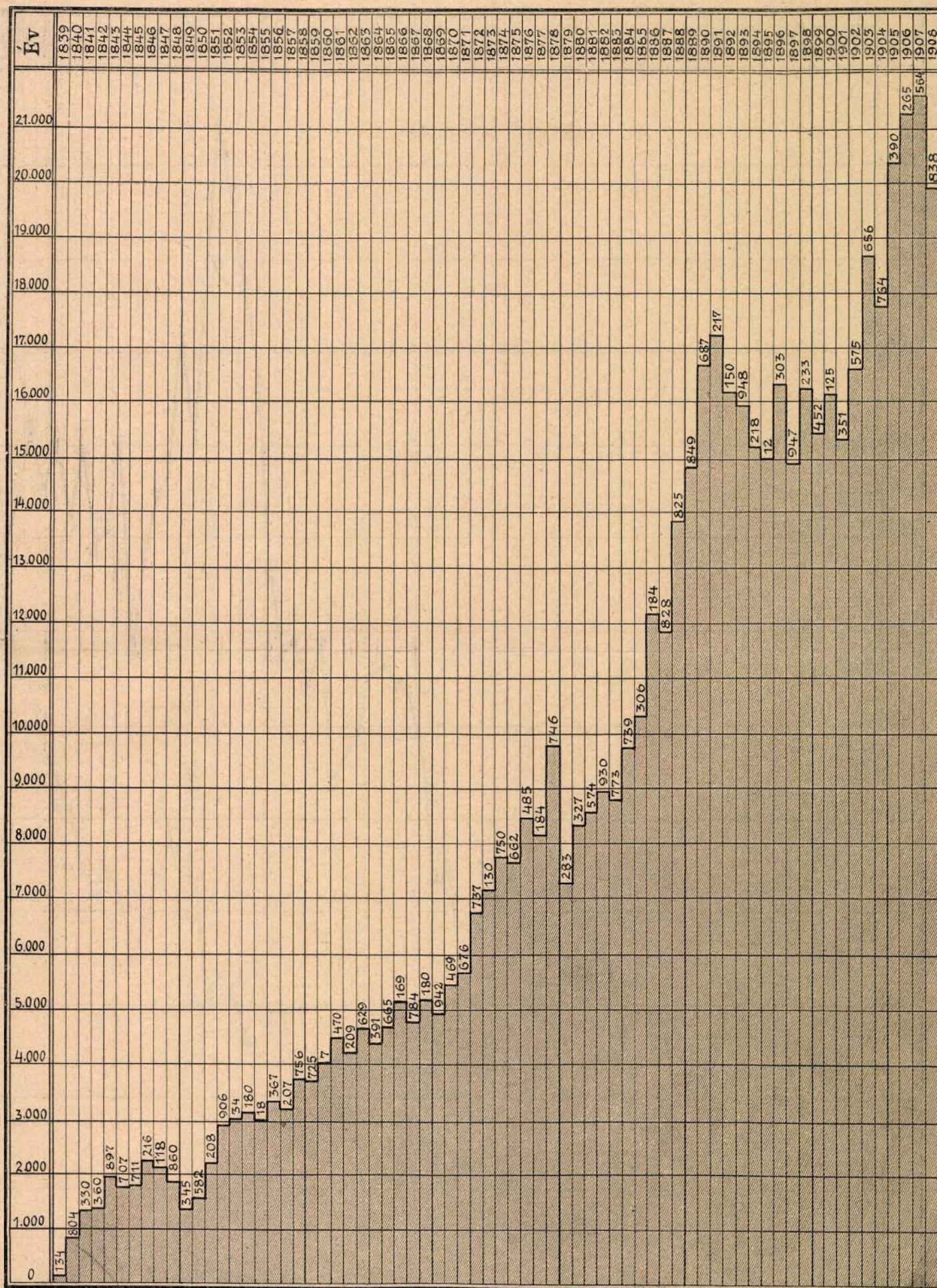
### A Stefánia-gyermekkorház irodalmi munkálatai az intubatióról.

- Bókay J., Az O'Dwyer-féle intubatio s az intubatióval elért eredményeim. Orvosi Hetil. Budapest 1891. XXXV. p. 330; 356; 383.
- Meine Erfolge mit der O'Dwyerschen Intubation. Verhandl. d. Versamml. d. Gesellsch. f. Kinderh. d. deutsch. Naturf. u. Ärzte 1891. Wiesb. 1892. IX. S. 24—50.
  - Bericht über die in der Diphtherie-Abteilung des Stefanie-Kinderspitals in Budapest vollführten Intubationen (zusammen 291 Fälle). Jahrb. f. Kinderh. Leipz. 1892—93. N. F., XXXV, S. 1—8.
  - Száz gyógyult intubációs esetről. Magy. orv. Arch. Budapest 1893. II, pp. 1—9.
  - Mily arányban fordul elő az álhártya-létolás s a tubusnak álhártyával való eldugaszolása az O'Dwyer-eljárásnál s mily jelentősége van ezen szövödményeknek. Orvosi Hetil. Budapest 1894. XXXVIII, p. 1; 14. Jahrb. f. Kinderh. Leipz. 1894. N. F., XXXVIII, S. 82—95. Ann. Gynec. & Pediat. Bosj. 1898—99. XII, pp. 269—280.
  - Az intubatio tartama gyógyult diphtheriás betegeknél a serum-therapia előtt és ma. Orvosi Hetilap. Budapest 1895. XXXIX, p. 454; 467. Deutsche med. Wochenschr. Leipzig u. Berlin. XXI, S. 755—759.
  - Az intubatio mint a légszomszést támogató eljárás. Orvosi Hetilap. Budapest 1897. Arch. f. Kinderheilk. Stuttg. 1897. XXIII, S. 305—310.
  - Az intubatio alkalmazása a gyermekgyakorlatban a diphtherián kívül. Orvosi Hetilap. Budapest. XLI, pp. 480—491. Compt. rend. Congr. internat. de méd. 1897. Mosc. 1898. III, ect. 6, pp. 89—90. Annales de Médecine et Chir. infant., 1897. Paris.
  - Emlékbeszéd O'Dwyer felett. Orvosi Hetilap. Budapest 1899. Jahrbuch f. Kinderheilk., 1899.

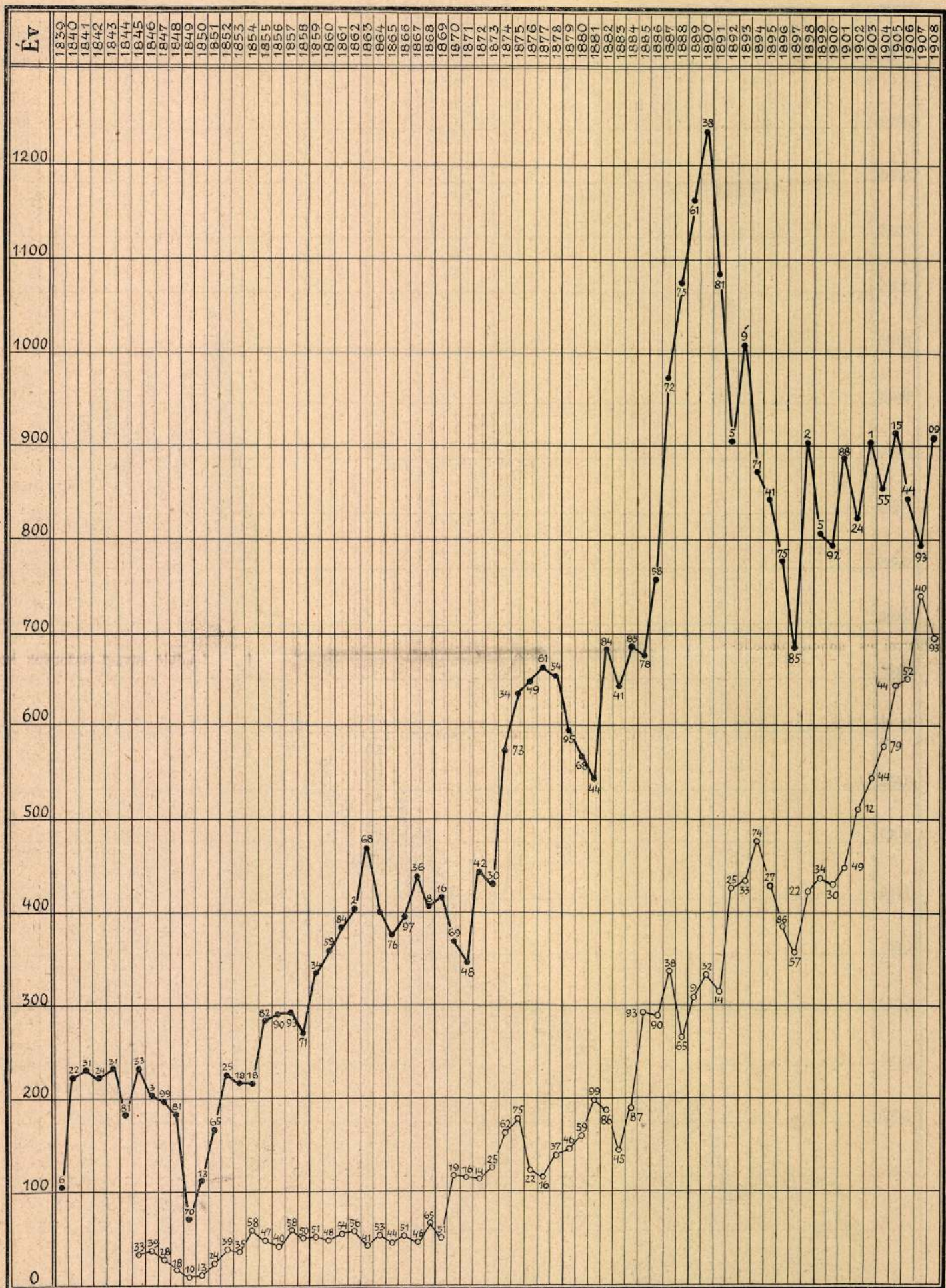
- Bókay J. Offener Brief an Dr. Siegert. Jahrb. f. Kinderheilkunde. Leipz. 1900. N. F. LII.
- Az intubatio mai állásáról. Gyermekgyógyászat. O. H. Budapest 1901. pp. 33—43. Verhandl. d. Versamml. d. Gesellsch. f. Kinderh. (usw.), 1901. Wiesb. 1902. XVIII, pp. 38—66.
  - Beiträge zur Lokalbehandlung der im Gefolge der Intubation entstandenen Geschwüre des Kehlkopfes. Deutsche med. Wochenschr. Leipz. u. Berl. 1901. XXVII, S. 817—819.
  - Sténoses et atrésies cicatricielles du larynx à la suite du tubage. Arch. d. méd. d. enf. Par. 1901. IV, pp. 193—221.
  - Az intubációs traumáról. Magy. Orv. Arch. Budapest 1901, u. f. II, pp. 1—109. Deutsch. Zeitschr. f. Chir. Leipz. 1900—01. LVIII, S. 369—477.
  - Újabb adatok a gégebeli decubitusok helyi kezeléséhez. Orvosi Hetilap. Budapest 1903. Jahrb. f. Kinderheilkunde 1903.
  - Még egyszer a gégebeli decubitusok helyi kezeléséről. Orvosi Hetilap. Budapest XLIV. 1905, 46 sz. Archives de Médecine des Enfants. Paris 1905. No. 2.
  - 1559 intubált croup-esetem statisztikai átnézete. Orvosi Hetilap, Budapest, 1906, I. sz.
  - A tubus-bevezetés technikája az O'Dwyer-féle eljárásnál. Orvosi Hetilap, Budapest, 1906, 21. sz.
  - Die Lehre von der Intubation. Leipzig. Vogel. 1908.
  - Bauer L., Zwei Fälle subcutanen Emphysems während der Intubation. Jahrb. f. Kinderh. 1895. N. F. XLI.
  - Eine Modification der O'Dwyerschen Tuben. Jahrb. f. Kinderheilk. 1897. N. F. XLIV.
  - Baumgarten E., Die O'Dwyersche Intubation bei den chronischen Stenosen des Kehlkopfes und der Luftröhre. Arch. f. Kinderh. 1893. Bd. XV.
  - Loewy (Loránd) Leó. Mesterséges légzés O'Dwyer készülékével. Orvosi Hetilap, 1896.
  - Újabb mozzanatok az intubatio terén. Orv. Hetilap, 1898.
  - Ein lehrreicher Fall von Ecouvillonage. Jahrb. f. Kinderh. 1899.

<sup>1</sup> 1894 október havában vette kezdetét a diphtheria-ellenes gyógsavó-therapia.

A budapesti Stefánia-gyermekkórház ambulans-betegforgalma alapítása kezdetétől fogva.



A budapesti Stefánia-gyermekkórház fekvő-beteg forgalma alapítása kezdetétől fogva.



—●— Ingyenes betegek száma. —○— Fizetéses betegek száma.

### Schoepf-Merei Ágost.

(1805—1858.)

Ötven éve mult, hogy a magyar orvosi rendnek egyik legkimagaslóbb alakja, a ki a nagyok között is egyike volt a legnagyobbaknak: *Schoepf-Merei Ágost*, Manchester város temetőjében alussza örök álmát.

Itthon már-már a feledés homálya nehezedett rá emlékére! Méltó az alkalom, midőn a gyermekkorház ismét ünnepet ül, hogy elzarándokoljunk ahhoz a sírhoz, mely porladozó csontjait takarja annak a férfúnak, a ki a mult század derekán, a magyar orvosi tudományos élet derengésének időszakában, egyike volt a vezéreknek s a ki soha le nem róható hálára kötelezett bennünket a pesti szegény-gyermekkorház és a magyar gyermekgyógyászati iskola megalkotásával. Mert ő volt az a kútfő, melyből mindaz az áldás fakadt, melyet ez az intézmény az emberbaráti szeretés és a szaktudomány szolgálatában közel 70 év óta szétárasztott. Ő nemcsak alapítója volt gyermekkorházunknak, de a még csak csirájában levő gyermekgyógyászatnak, mint gyakorlati szaktudománynak legelső művelői közé tartozott, a ki itthon is, de a külföld előtt is tiszteletet és becsülést szerzett korházunknak és magas polcra emelve a magyar gyermekgyógyászati iskolát, ennek fényes jövőjét bevilágította, utódaira hagyva örökségül a magas polcz féltékeny megőrzését és a kor haladása által parancsolt fejlesztést.

Rövid, de nehéz és göröngyös volt a pálya, melynek megfutása után 53 éves korában pihenni tért. Alkotni vágyó, izzó lelkülete a küzdelmet kereste; nemes hévvel és mindig önzetlennül tört célja felé; a sors súlyos csapásait hősiiesen viselte és alkotásait nem önmagának, de a közjónak gyümölcsöztette.

Megkapó, sőt esodálatot keltő ez a pályafutás!

A gyermekkorában árván elmaradt Schoepf szülővárosában, Győrött kezdte meg tanulmányait; az orvosi cursust Bécsben kezdve meg, Prágában, majd Páduában folytatja és Pisában fejezi be. Közvetlenül doktori értekezésének megtartása előtt 16 hónapig tartó súlyos betegségbe esett, melynek gyógyulásában sem ő, sem tanárai nem bizván, hazájába visszavágyódott „meghalni”.<sup>1</sup> Ily súlyos betegen tartotta meg értekezését és avatták fel 1832-ben orvos- és sebészdoktorrá és szemésmesterré.

Pisából való hazautazása előtt ily súlyos betegen, mátkájának, Brambilla Josefnek, a híres sebésztanár unokájának akaratából, a ki a már-már haldoklót Magyarországra követni akarta, meg-nősült és — a mint *Lumniczer* mondja *Schoepf-Merei* fölött tartott emlékbeszédében — „a fenyegető enyészettel szemben új köteléssel erősebben az élethez kötve érkezett szülőföldére”.

Lassanként felgyógyulván, gyermekgyógyászati és orthopaediai tanulmányokkal foglalkozott és 1836-ban, örökölt vagyona legnagyobb részének befektetésével, Pesten orthopaediai intézetet nyitott, mely pazar berendezésével párját ritkította s annyira híressé vált, hogy nemcsak az ország távoli vidékeiről, hanem külföldről is számos beteg kereste fel.

Az 1838-i árvíz azonban ezt az intézetet két évi fennállása után egy csapásra elsöpörte. A fennkölt lelkű *Schoepf* ezen iszo-

nyatos vész közepette sem gondolt magára; sőt feledve vagyonának és virágzó intézetének megsemmisülését, éjjel-nappal a mentési munkálatokban foglalatokodik és tesz egyszersmind orvosi megfigyeléseket, miknek eredményét Lipcsében 1839-ben egy figyelmet keltő tudományos dolgozatban bocsátotta közre.<sup>2</sup>

Vagyona megsemmisülvén, költséges orthopaediai intézetének újból való felállítására nem gondolhatott. A nagy csapás azonban alkotni vágyó lelkének újabb szárnyakat adott. Ekkor villant meg agyában a gyermekkorház eszméje, melynek alapítására a társadalmi jótékonyág felébresztését látta alkalmas eszköznek. Abban a korban, mikor Pest még kis város volt s társadalmi élete az ilyen eszmék iránt való áldozatkészségre nem volt előkészítve, csakis az olyan nagytekintélyű, meggyőző és fáradhatatlan szervezőképességű férfúnak lehetett reménye a sikerre, a milyen *Schoepf* volt. És valóban már néhány hónap mulva, 1839 február havában megalakította a pesti szegénygyermekkorház-egyesületet, a melynek munkálkodása folytán, *Schoepf* igazgatása alatt, ugyanazon év augusztusában megnyílt a szegénygyermekkorház, a mai Eszterházy-utca

(akkor Ötpacsirta-utca) 6. sz. bérházban, 12 ágygyal és ambulatorium-helyiséggel. Így keletkezett *Schoepf* elveszett szép intézetének és magánvagyonának romjain a felebaráti szeretet és tudomány egyik hajléka: a szegénygyermekkorház oly időben, a mikor ezenkívül Európában még csak három hasonló kórház volt (Páris, Szt.-Pétervár, Bécs).

És *Schoepf* vezető működése nyomán hamar fakadt a siker. A kórház ambulatoriuma megtelt beteg gyermekekkel, ágyai pedig állandóan el voltak foglalva. Ezért már 1842-ben 19-re emelték az ágyak számát. Majd a kissé fellendülő anyagi viszonyok kedvezésével, *Schoepf* kezdeményezésére, megépült és 1845-ben meg is nyílt az Ósz-utca (mai Szentkirályi-utca) 4. sz. alatt az új gyermekkorház, mely ezen célzott egészen 1883-ig szolgált.

Az 1848-i szabadságharc mozgalmai a legélénkebb társadalmi és tudományos munkálkodás közepette találták *Schoepf*-öt, a kinek minden nemesért hevülő és tette kész lelkületére mély benyomást gyakoroltak a rohamosan fejlődő események. Eleinte erősebb volt benne a kórházhoz való ragaszkodás; később mindinkább

felülkerekedett lelkében a sóvárgás a nagy nemzeti küzdelem-ben való tettleges résztvevés után és 1849 elején izzó vágytól ösztönözve családját Szegedre szállította, a gyermekkorházat ideiglenesen az akkori segédorvosára: id. *Bókai János*-ra bízta, maga pedig nem rettenve vissza a személyét és családját érhető végromlástól sem, a magyar szabadságharc segítésére alakult olasz légióban önkéntes táborigazgató lett, fényes példával bizonyítva, a mit a nagy ódaköltő mond, hogy: „A nagyraemelt áldozatokban él.”

Azután hamarjában összezsaptak feje fölött a hullámok. A nemzet küzdelme egyre reménytelenebbé vált. A temesvári veszített csata után már csak a világsi fegyverletétel volt hátra. A mély hazafias bánatba merült *Schoepf*-öt akkor újabb gyász érte: önfeláldozó nejét a cholera ragadta el hirtelen s a porig lesújtott *Schoepf* az aradi táborból két árva kis leányával, hazája romjairól vagyontalanul Törökországba, majd Svájcba és Franciaországba menekül, menekülése közben mindenütt a magyarok elveszett ügye

<sup>1</sup> Baja valószínűleg idült arsen-mérgezés volt, melyet tájböncztani tanulmányai közben szerzett.

<sup>2</sup> Die umstimmenden Einwirkungen und die Krankheiten des Körpers und der Seele während und nach der Überschwämmung in Pest.



íránt iparkodván rokonszenvet ébreszteni s végül Angliában, Manchesterben telepedik le, mint gyermekorvos, megszerezvén Londonban letett orvosi szigorlatok útján az angol orvosi jogosultságot is.

Szive vérzik elnyomott hazájáért és epedve vágyik vissza élete legszebb tevékenysége helyére, a pesti gyermekórházba. De hazájában börtön vagy bitófa várja. És ismét leküzdí a nagy veszteség hatását és ebből a nagy lelkiharcból ismét nagy eszme szárnyal föl: egy újabb gyermekórház eszméje, melyet ott Manchesterben, Whitehead-del, a szülészet magántanárával kezdet fogva, a pesti szegénygyermekórház mintájára, ugyancsak társadalmi úton meg is teremtett és épen olyan nagy ambícióval emelt magas polcra, mint a pesti gyermekórházat.

Angliában kifejtett társadalmi és főleg szaktudományi működése folytán hamarjában ép oly nagy tekintélynek örvendett, mint hazájában. De hiába várta az amnestiát: a végzet hatalma erősebb volt, mintsem hogy elérhette volna utolsó leheletéig táplált hő vágyát, hogy ismét átvehesse a pesti szegénygyermekórház vezetését, melyet Schoepf haláláig (1858 márczius 12.-éig) *Bókai János* mint helyettes igazgató vezetett.

Híven jellemzi őt *Lumniczer* emlékbeszédében, midőn azt

főleg a természetből tanult. Ő volt Pesten az első, a ki a kórházban behozta a rendszeres kórtörténet-vezetést s a fizikális vizsgálatok nagy fontosságát hirdette; az első egyike, a kik a kopogtatást és hallgatózást alkalmazták; első volt, a ki nálunk gégemetszéssel gyógyította a torokgyíkot (croup); hólyagmetszési műtétei (lithiasis eseteiben) kiváló sikerűek voltak; a bõralatti in- és izommetszési műtétet, valamint a kanesal szemnek tenotomia útján való gyógyítását ő honosította meg nálunk; a hydrocephalus congenitus ellen már a csapolást alkalmazta; az akkoriban erősen túlbecsült fogzás és bélférges jelentőségét józan mértékre szállította le. A gyermekgyakorlatban általánosan perhorreskált opiumkészítményektől való félelmet alaptalannak hirdette; a csecsemők táplálására nézve az anyatej után egyedül a tehéntej jogosultságát ismerte el és ostromozta a surrogátumokkal való táplálást, melynek kedvezőtlen befolyását a csecsemők halandóságára fölismerte; mint kitünõ megfigyelő a gyermekbetegségek diagnostikájában, az alanyi körjelek hiányossága miatt, a tárgyilagos körjelek keresésére irányította figyelmét; nagy diagnostikai fontosságot tulajdonított a beteg csecsemőkön az arczjáték és taglejtések megváltozásának; a gyógyszeralkalmazásánál — szakítva az akkori komplikált szereléssel — a legnagyobb egyszerűséget vezette be. . . . Mindmegannyi jele

### Az ős-utczai Pesti szegény-gyermekórház.

1845—1883 szeptember 17.



mondja, hogy „Kétszer fogott az élethez és dacolt a csapásokkal; és kétszer futotta meg pályáját győztesen a nélkül, hogy magának élt volna.“

\* \* \*

*Schoepf-Merei Ágost* társadalmi és tudományos munkássága igen szétágazó és mindenütt mélyre hatoló volt. Széles látóköre az egész orvostudományra kiterjedt. Még alig telepedett meg Pesten, máris vezető ember benyomását kelté, a ki hivatva van eszméket ébreszteni, az eszmearamlatokat vezetni s a régi doctrinás iskola nyügei alól felszabadítani az orvosképzést és az orvosi gyakorlatot. A pisai iskola hirneves tanárainak, valamint a bécsi iskola mestereinek tanai benne mély gyökeret vertek és nemesak saját szaktudomány terén bizonyult inventiókkal dolgozó originális erőnek, hanem az orvosi tudomány egyéb, főleg gyakorlati tereire is kihatott az ő erőteljes egyénisége.

Már 1836-ban az orvosi történelem uyilv. rendkívüli tanárává nevezték ki az egyetemen. De ezt inkább mellékes foglalkozásnak tekintette. Lelkének legmélyebb vágya: a paediatría művelése bilincselte le leginkább. És ez annyival nagyobb érdem, mert *Schoepf-Merei*-nek nem volt paediatríai iskolázottsága; ő a szó legtisztább értelmében autodidakta volt, a ki a könyveken kívül

a nagy orvos helyes felfogásának! És ezen felfogás a gyermekórház falai közül kihatott az egyetemi klinikákra és a tanítványok és a szaksajtó útján az általános orvosi gyakorlatra is.

Mert *Schoepf-Merei Ágost* nagy irodalmi munkásságot is fejtett ki, melynek alapján már 1835-ben a magyar tud. akadémia levelező tagjává választották. Munkái nemesak a paediatría terén mozognak, hanem az orvosi tudomány egyéb ágaira is kiterjednek, s ezért méltán érdemli meg azt a jellemzést, melyet *Lumniczer* emlékbeszédében olvasunk, hogy: „korának legtermékenyebb önálló írója volt“. Sőt mint szerkesztő folyóiratot is indít „Magyar orvos-sebészi és természettudományi évkönyvek“, egy másikat pedig „Magyar orvos-sebészi évkönyvek a gyermekgyógyászat körében“ cz. alatt 1845-ben. Ő írta az első magyar gyermekgyógyászati kézikönyvet: „A gyermekgyógyászat kézikönyve“ cz. alatt 1847-ben, melynek azonban csak első kötete jelent meg; a második kötet pedig éppen szedés alatt volt, mikor az 1848.-i márcziusi napok alatt a szabadságharc mozgalmái a befejező kötet megjelenését megakadályozták.

Tudományos munkálatai közül sokat idegen nyelveken is közölt s ezek révén a külföldi szakkörök előtt is nagy tekintélyben állott; munkáira lépten-nyomon hivatkoztak, sőt számos külföldi tudományos orvosi társulat tagjává is választotta.

A gyermekgyógyászat tanítását annyira fontosnak tartotta, hogy már kevéssel a kórház megnyitása után, mint magántanító, gyermekgyógyászati előadásokat kezdett tartani, melyek olyan nagy hirre vergődtek, hogy 1842-ben Pestmegye közgyűlésén Kossuth Lajos azt az indítványt tette, hogy: „megyei orvosi állások betöltésénél azok, a kik a pesti gyermekgyógyintézetben orvos- sebészi rendelésekkel egybekapcsolt kór- és gyógytani előadásokról bizonyítványt mutatnak ki, különös tekintetbe vétetnek, s hogy e végzés a megyék figyelmébe ajánltassék”. Később az egyetem (1847-ben) mint a paediatría magántanárait is habilitálta Schoepf-Merei-t.

Azonkívül, hogy a paediatría újabb tudományos irányának lendületet adott, tevékeny részt vett az orvosegyesület tudományos működésében; sőt az orvosegyesületet, mely addig inkább csak a kiváltságosak társasága volt, szélesebb alapra helyezte az által, hogy a pesti orvosok összességének bevonását sürgette és az ellenzék daczára keresztül is vitte. Szintén az ő érdeme a latin tárgyalási nyelv kiküszöbölése. Az orvosok és természetvizsgálók vándorgyűléseinek mindig közreműködő tagja, s a hazai fürdőügy lelkes szóvivője volt; egy röpiratban már 1844-ben sürgette a leleczház felállítását, az orvosképzés ügyében követelte a klinikáknak a közkórházzal való kapcsolatba hozását és egy műtőintézet felállítását, valamint a tébolydának Vácra Pestre való áthelyezését.

És ez a széles körű és intenzív működés egy rövid decennium alatt játszódott le. Éjet és nappalt egygyé tett ez a nagy agitatori szellem, melynek munkabírását kortársai esodálkozással nézték.

S a mint nálunk élt, úgy élt Angliában is. A manchesteri kórházban folytatta szakorvosi, tudományos és tanító működését, ép oly általános tiszteteltet keltve személye iránt, mint a minőben itthon volt osztályrésze. Meghívták Londonba is gyermekgyógyászati előadások tartására. Temetése Manchesterben egész diadalmi menet volt, melyen ennek a hatalmas városnak minden osztálya részt vett.

És ez a nagyok egyik legnagyobbika, belsejének leghőbb vágya daczára sem érthette meg a nemzet és királya közt a kibékülést, hogy ismét itthon folytathatta volna megszokadt működését! Vajjon nem volna-e fennkölt kötelességünk, hogy halóporát elhozzuk a haza földébe, hogy kevés nagyjaink közt tündököljék emléke mint magasztos példa, mely előtt elmondhassuk:

„Leomlom én is szent porodon, nemes!”

Eröss Gyula dr.

**Schoepf-Merei Ágost dr. bizonyítványa Boeck (Bókai) János 4-ed éves orvosnövendéknek a gyermekgyógyászati különleczkék látogatásáról.**

*Különbizonyítvány.*

*Hogy Boeck János, 4<sup>ed</sup> éves orvos növ. ut egy általam 1845<sup>é</sup> április, majus és június hónapokban adott — a gyermekgyógyászat legfontosabb pontjait rendszeresen tárgyaló, s a gyermekkorházban e célra válogatott gyermekbetegségek által érvelmesített, gyermekgyógyászati gyakorlati különleczkék folyamában szorgalmas részt vett légyen, ezennel bizonyítottatik.*

Pest jul. 5. 1845.

*Schoepf-Merei*  
a p. gyermekkorház főorvos  
igazgatója.

## Az egyetemi gyermekorvostani klinika építése kérdésének jelenlegi állása.

A budapesti orvostudományi egyetem gyermekorvostani klinikájának építési kérdése a közelmúltban végre teljes megoldást nyert. Az alábbiakban közöljük Bókay tanárnak, mint a Stefánia-gyermekkorház igazgatójának ez ügyben a Vallás- és Közoktatásügyi Ministerhez intézett felterjesztését, mely a kérdéses ügyet teljesen megvilágítja.

Nagyméltóságú M. Kir. Vallás- és Közoktatásügyi Minister Úr!

A budapesti Stefánia-gyermekkorház 69 évi fennállása alatt odafejlődött, hogy az elmúlt 1907. évben 148 betegágyán összesen 1533 gyermeket ápol s nyilvános orvosi rendeléseit 21,564 járó-beteg látogatta. A Stefánia-gyermekkorház ezen anyagával oly beteganyagot mutat ki, hogy a versenyt a művelt világ bármely nagyszabású gyermekkorházával felveheti.

A nagy beteganyag, míg egyrésztől a fejlődő fiatal orvosnövendékek lehetővé teszi azt, hogy a kórház falain belül a gyermekkorra vonatkozó megbetegedéseket a legnagyobb s leggazdagabb változatosságban észlelhesse, addig másrésztől a gyermekkorház-egylet vezetőségének böles intézkedése folytán a kórház mindazon speciális szakokat érvényre juttathatta az idők folyamán, orvosi működésének keretében, mely speciális szakok a tulajdonképeni gyermekgyógyászattal a legszeresebb összeköttetésben állanak s a melyek művelése nélkül egy jól vezetett gyermekkorház el sem képzelhető, mert egy kellőképp berendezett gyermekkorház általános orvosi, de didaktikai szempontból is a gyermek-belgyógyászati eseteken kívül nemcsak a heveny fertőző körökben szenvedő gyermekbetegeknek kell, hogy hajlékot nyújtson, hanem kell, hogy helyet biztosítson a gyermekkori sebészi és orthopaedikus, továbbá gyermekkori szemészeti, gégeszeti és fülgyógyászati eseteknek is.

A Stefánia-gyermekkorház az évek folyamán a felsorolt programponokat lassanként mind megvalósította és az orvosi törzsszemélyzetet, eltekintve a segédorvosi kartól, olyképen egészítette ki, hogy a kórház gyermekgyógyász főorvosának, ki a jelenben egy személyben igazgatója is az intézetnek és az egyetemi oktatás keretében a gyermekgyógyászat nyilvános rendes tanára, munkatársai a kórházi működésben a két sebész-, a fülgyógyász- és szemészfőorvos, továbbá idegyógyász, gégesz és orthopaed, rendelőorvosi minőségben. A kórház ezen törzskarát kiegészíti a rendszeresített állásban lévő prosector, illetőleg laboratórium-főnök, úgy hogy a Stefánia-gyermekkorház ezen jól összcállított fő- és rendelőorvosi személyzetével azon kellemes helyzetben van, hogy a kórház egész anyagát saját erejéből szakszerűleg kiaknázhattja és feloldozhattja.

A kórház anyagának rohamos fejlődése, mely leginkább észlelhető a kórház bejáró betegek számának óriási felnövekedésében — míg 1884-ben az évi ambulans betegek száma 9739-et tett ki, addig 1907-ben az ambulans betegek száma 21,564 volt —, az ambulans betegek ellátását a kórház főépületében, a nyilvános orvosi rendelésre kijelölt helyiségekben, évről évre nehezebbé és nehezebbé teszi. Ez indította a Stefánia-gyermekkorház-egyesületet arra, hogy az igazgató főorvos előterjesztésére a nagyarányú ambulantiának a kórház főépületéből való kihelyezése s a modern igényeknek teljesen megfelelő elhelyezése céljából megvásárolja a kórház tőszomszédságában lévő s a Gólya-utca és Tömörcsák sarkát képező földszintes házat, illetőleg telket építkezés céljából.

Az ambulancia kihelyezése már évek óta azért is kívánatosá válik, mert az intézet főépületében, a mai elrendezés mellett, helyszűke folytán, egy nagyobb esecsemő-osztály létesítése oly módon, mint azt a tudomány mai állása megköveteli, lehetetlen volt, úgy hogy a kórház igazgatósága esecsemőket, mint fekvő betegeket, alig vehetett fel s csak ambulans-kezelésben részesíthetett. Tekintettel arra, hogy a Stefánia-gyermekkorház-egyesület mindenkor odaigyekezett, hogy az általa létesített kórházat folyton fejlessze s a modern színvonalon megtartsa, a kórház igazgató-főorvosának főtörekvése kellett, hogy az legyen, hogy a kórházat ezen irányban is kiegészítse és tökéletesítse, mely körülmény még inkább sürgetőbbé teszi az ambulancia kihelyezését a főépületből, mert ezáltal oly helyiségek szabadulnának fel, melyek egy körülbelül tíz ágyas esecsemő-osztály létesítésére, a megfelelő számú dajkákkal, a legideálisabban értékesíthetők lennének.

Az egyesület a fenti programponok megvalósítására a kórházal szomszédos telek megvásárlásával az első lépést megtette; tekintettel azonban arra, hogy az új épület létesítésére disponibilis tőkével nem rendelkezik, s nagyobb összegű adóssággal a kórház vagyonát ez idő szerint meg nem terhelheti, mert ez esetben a kórházi budget egyensúlyát annyira megzavarná, hogy a kórháznak fenntartása a legnagyobb anyagi gondokat okozná az egyesületnek, a fenti programponoknak megvalósítására a további lépéseket az egyesület saját erejéből, bármennyire is kívánatos, megtenni képtelen.

Az 1904. XIV. t.-ez.-ben a törvényhozás egy egyetemi kórháztelep építésére öt millió koronát szavazott meg, mely összeg később hét és fél millió koronára emeltetett azon változtatással hogy a mai fűvészkert területén az egyetemi kórház helyett párhuzamos klinikai telep létesíttessék, mely telepen a belgyógyászati, sebészeti és szemészeti klinikán kívül egy ideg-, elme- és gyermekorvostani klinika is létesíttetnék, a hét és fél millió korona felhasználásával. A kérdéses hét és fél millió koronából a gyermekorvostani klinikára körülbelül 600,000 korona van felvéve, mely összegből lenne felépítendő a körülbelül 100 ágygyal rendelkező és az egyetemi gyermekorvostani oktatást szolgáló klinika.

Mint a Stefánia-gyermekórház történetéből látjuk, a kórház-egyesület évtizedek óta készséggel és előzékenységgel bocsátotta rendelkezésre évről évre gazdagabb beteganyagát tanítási czélokra, a nélkül, hogy ezért a közoktatásügyi kormánytól bármiféle anyagi recompensációt kért, illetőleg nyert volna.

Miután az egyetemi gyermekorvostani klinika felépítése immár actualissá vált, az új klinikai telep többi klinikai épülete építkezésének előhaladottsága folytán, komolyan mérlegelendő az a kérdés, hogy tekintettel a Stefánia-gyermekórház gazdag beteganyagára, továbbá tekintettel azon tekintélyre, melyet a kórház évek hosszú során át, intenzív tudományos munkálkodása folytán nemcsak a belföldön, de a külföldön is kivívott magának, nem válik-e feleslegessé egy önálló gyermekorvostani klinika létesítése, mely klinika 600,000 koronából oly arányban, mint a Stefánia-gyermekórház ma, nem is volna létesíthető, másrészt azt a gazdag és sokoldalú beteganyagot, melyet a Stefánia-gyermekórház hasznos, szorgalmas és önzetlen emberbaráti és tudományos működésével nehezen megteremtett, a létesítendő egyetemi gyermekgyógyászati klinika nem is tudná magának évek hosszú sora előtt megszerezni.

Ha a Stefánia-gyermekórház-egyesületnek bármilyen módon lehetővé tétetik az, hogy az általa szándékolt terv szerint az általa megvásárolt telken az ambulanciát kitelepheti s a kórház főépületében egy önálló csecsemő-osztályt létesíthet, a Stefánia-gyermekórház oly alakot nyer, hogy a külföld bármely gyermekórházával vagy klinikájával az összehasonlítást bátran kiállhatja, sőt gazdag és változatos beteganyagával a külföld hasonló, legnagyobb s legjobban berendezett intézetei mellé állítható. Ebből következik, hogy a közoktatásügyi kormány minden áron oda kell törekednie, hogy a Stefánia-gyermekórház beteganyagát a jövőben is biztosítsa az egyetemi oktatás czéljaira, mit csakis úgy tehet meg, ha az önálló gyermekorvostani klinika építési tervét eljuttatja, a Stefánia-gyermekórház-egyesületet azon helyzetbe hozza, hogy a kórház-egyesület a fentebb bőven vázolt programot rövid időn belül eredményesen megvalósíthatja.

Mindez elérhető akként, hogy a közoktatásügyi kormányzat továbbra is biztosítja az egyetemi gyermekorvostani oktatás czéljaira a Stefánia-gyermekórház feletti gazdag és változatos beteganyagát és pedig oly módon, hogy megvásárolván az egyesület által 44,000 korona vételáron megszerzett s a Gólya-utca és Tömő-utca sarkát képező, tehát a kórház térszomszédságában lévő telket, s ezt kibővítve a Tömő-utczában lévő szomszédos kis telekkel, megépíti és felszereli a gyermekorvostani ambulanciát s ezzel kapcsolatosan a körülbelül 200 hallgató befogadó tantermet.

A Stefánia-gyermekórház, mint a mely intézet már évek hosszú sora óta az egyetemi gyermekgyógyászati oktatás czéljaira átengedte nagy beteganyagát, ha a felépített nyilvános ambulanciát a kórházzal kapcsolatba hozatik oly módon, hogy annak kezelése a kórházi igazgató-főorvos s egyetemi rendes tanár vezetése mellett a Stefánia-gyermekórház egyesületre bízatik, a kórház főépületében levő s eddig elfoglalt helyiségeinek felszabadulásakor a legrövidebb időn belül létesítheti az intézet keretében a 10 ágyas csecsemő-osztályt, áthelyezvén az önálló épületet képező új ambulanciába a 21,000 eft meghaladó, s tanítási szempontból megbecsülhetetlen s nehezen nélkülözhető ambulans beteganyagát. Természetes, hogy míg egyrészt az önálló épület (ambulancia és tanterem) fenntartása az egyetemi budget-t terhelné, addig másrészt a Stefánia-gyermekórház továbbra is élvezné azon 5000 koronát, melyet a Nagyméltóságú Vallás- és közoktatásügyi Minister úr már az 1909.-i budgetben beállítani szándékol azon időtartamra, míg az egyetemi gyermekgyógyászati tanszék a Stefánia-gyermekórházban nyer elhelyezést.

Ezen terv megvalósítása nemcsak tanítási, de pénzügyi szempontból is felette előnyös, tekintetbe véve, hogy egy teljes gyermekgyógyászati klinika felépítése a 600,000 koronát jóval meg fogná haladni, míg a fenti megoldás kétségtelenül felényinél kevesebb összeggel volna keresztülvihető. A gyermekgyógyászati tanszéknek így módon való megvalósítása másrészt lehetővé tenné azt, hogy a Stefánia-gyermekórház, melyet az egész művelt külföld, évek hosszú sora óta, intenzív tudományos működésénél fogva exquisit klinikai intézménynek tekint, a csecsemő-osztály beállítása és az önálló épületben elhelyezett ambulanciának létesítése által, valamint az által is, hogy az egyetemmel a legszorosabb összeköttetésbe lép, a külföld legelső hasonló intézményei mellé lesz sorozható s a külföld előtt létező tekintélyét még inkább öregbíti.

Egy új gyermekgyógyászati klinika építése a mai füvészkert telepén már csak azért is mellőzendő volna, mert a székesfőváros ezen városrésze, nevezetesen az üllői-út s közvetlen környéke, a beteg gyermekek számára szolgáló gyógyintézetekkel bőven el van látva. (A Stefánia-gyermekórházon kívül az állami gyermekmenhely, az István-kórház gyermekosztálya s a Fehér-kereszt-egylet gyermekórháza.)

Tekintve, hogy az egyetemi gyermekgyógyászati klinika kérdésének illetően megoldása esetén a Stefánia-gyermekórház körülbelül 22,000 ambulans betegét áttérli az új ambulanciába, mely anyag természetesen továbbra is a Stefánia-gyermekórház beteganyagát kell, hogy képezze, mert hisz ezen nagybecsű beteganyagot a kórház tudományos működésénél nem nélkülözheti, a Stefánia-gyermekórház-egyesület kiköti, hogy ha bármikor a jövőben, esetleg a távol jövőben a fent szándékolt kapcsolatlóság a kórház és az egyetem között felbontatnék, az egyesületnek jogában álljon az építendő ambulanciát (inclusive tanterem)

az eredeti becsértéknek megfelelőleg, leszámítva az ú. n. kopási százelőket, magának megváltani megállapítandó felmondási idő mellett.

Midőn mindezeket mint az egyetemi gyermekgyógyászati tanszék ezidei rendes tanára s egyben a Stefánia-gyermekórház igazgató-főorvosa oktatásügyi szempontból Nagyméltóságod nagybecsű figyelmébe a legmelegebben ajánlani bátor vagyok, maradok Nagyméltóságodnak legalázatosabb szolgálja

Budapest, 1908 június 16.

Prof. dr. Bókay János,

egyet. nyilv. r. tanár,

a Stefánia-gyermekórház igazg.-főorvosa.

A vallás- és közoktatásügyi minister úr, Tóth Lajos ministeri tanácsos véleményezése alapján, teljesen méltányolván a fenti szempontokat, a fenti felterjesztésre a következő leiratot intézte a budapesti tudományegyetem tanácsához:

Másolat. A vallás- és közoktatásügyi m. kir. ministertől.

82,779/1908. szám.

Folyó évi július hó 1.-én 5934. szám alatt kelt felterjesztésére tudomás és további eljárás végett értesitem a tekintetes Tanácsot, miszerint Bókay János dr. tanárnak, mint a Stefánia-gyermekórház igazgató-főorvosának az orvostudományi kar által is pártolt azon javaslatát, hogy az üllői-úti füvészkert területén létesülő egyetemi köz-kórházban, illetőleg párhuzamos klinikai telepen egy külön gyermekgyógyászati klinika felépítése mellőztessék és e helyett az egyetemi oktatás czéljaira a Stefánia-gyermekórház, illetőleg annak beteganyaga használtassék s e czélra a nevezett kórház térszomszédságában az államkincstár terhére egy gyermekambulanciát és 200 hallgató befogadására alkalmas tantermet magában foglaló épület emeltessék, elfogadom. Azon változtatással azonban, hogy az ezen czélra kiszemelt két telek nem az államkincstár, hanem a Stefánia-gyermekórház-egyesület által lesz megvásárolandó és az említett ambulancia felépítése czéljából az államkincstárnak rendelkezésére és tulajdonába bocsátandó, olyan módon azonban, hogy a szóban forgó épületre a telkek vételára erejéig a zálogjog a Stefánia-gyermekórház javára telekkönyvileg be fog bekelezettni. Hasonlóképpen elfogadom Bókay tanár azon kikötését, hogy arra az esetre, ha valamikor a jövőben a most létesítendő kapcsolat az egyetem és a Stefánia-gyermekórház között felbontatnék, a Stefánia-gyermekórház-egyesületnek jogában álljon az építendő ambulanciát s tantermet az eredeti előállítási áron — leszámítva az úgynevezett kopási százelőket — megváltani. Miután szükségesnek tartom, hogy az államkincstár, illetőleg a budapesti tudományegyetem és a Stefánia-gyermekórház-egyesület között a fennebbi értelemben tervezett kapcsolat részletesen és pontosan megállapíttassék, felhívom a tekintetes Tanácsot és az orvostudományi kart, hogy az e czélra szükséges okiratokat a kincstári jogügyi igazgatóság közbejötté mellett készítse el s hozzám jóváhagyás végett mutassa be. Magától értetődik, hogy a létesítendő kivánt ambulancia és tanterem tervei és költségvetései az építő-bizottságban lesznek el tárgyalandók és jóváhagyásom alá bocsátandók. Budapest, 1908. évi november hó 30.-án. Apponyi s. k. — A budapesti tudományegyetem tekintetes Tanácsának.

A Stefánia-gyermekórház-egyesület 1908 december 27.-én tartott rendkívüli közgyűlésén gróf Zichy Ágost v. b. t. t. egyesületi elnök képviseletében Glück Frigyes ügyvezető alelnök elnöklése mellett a leiratban megjelölt telkek megvásárlását lelkesedéssel elhatározta, úgy hogy ezáltal a Stefánia-gyermekórházzal kapcsolatos egyetemi építkezés kérdése a leghelyesebb megoldást nyerte, az egyetemi oktatás nagy hasznára.

### A Stefánia-gyermekórház orvosi személyzete az 1884. évben.

Igazgató-főorvos:	Id. Bókai János dr.
Helyettes igazgató:	Ifj. Bókay János dr.
Rendelő főorvosok:	Vidor Zsigmond dr. Böke Gyula dr. Verebély László dr.
Boncznok:	Hutyra Ferencz dr.
Segédorvosok:	Hainiss Géza dr. Pataky Jenő dr. Högyes Ferencz dr. Engel Gusztáv dr.
Gyakornok:	Brück Miksa dr.

\* \* \*



## A Stefánia-gyermekkórház orvosi személyzete 1909 január hó 1-én.

Igazgató-főorvos :	Bókay János dr.
Főorvosok :	Verebély László dr. (sebészet) Winternitz Arnold dr. (sebészet) Vermes Lajos dr. (szemészet) Paunz Márk dr. (fülészet) Kopits Jenő dr. (orthopaedia)
Rendelő orvosok :	Baumgarten Egmont dr. (gégészet) Reusz Frigyes dr. (ideggyógyászat)
Egyetemi tanársegéd :	Koós Aurél dr.
Boncznok :	Bókay Zoltán dr.
Segédorvosok :	Péteri Ignác dr. Flesch Ármin dr. Schossberger Sándor dr. Tóth Sarolta dr. Sidlauer Ödön dr. Vas Jakab dr. (egyet. gyakornok) Kovács Ödön dr.
Gyakornokok :	Tibor Ervin dr. Bossányi Andor dr.

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

**H. G. Adamson: The skin affections of childhood.** (A gyermekkori bőrbántalmak.) London, 1907. Henry Frowde, Hodder & Stongthon.

A 287 oldalas könyvecske, a mint a címe mutatja, a gyermekkori bőrbetegségeket tárgyalja. Szerzője, a ki dermatologiai ismereteit *Pringle*-től és *T. Colcott Fox*-tól, Anglia két kiváló dermatologusától sajátította el és a ki több gyermekórházban a bőrbetegségek rendelő orvosa, hivatott az ilyen munka megírására. Indokai közül azonban, melyekkel a gyermekkori bőrbetegségek külön tárgyalásának célszerűségét megokolja, úgymint: a praktikus oldal, a klinikai szempont és a diagnostikai tekintetek, csak az első írom alá, mert gyakorlati szempontból csakugyan hasznos e betegségeknek egy könyvben összefoglalása azok számára, a kik különösen a gyermekkori bőrbetegségekről akarnak áttekintést nyerni.

Általános ítéletem a könyvről a következő:

Anyagának felosztása az egyedül helyes alapon, a *kóroktanin* történik. Az a körülmény ugyanis, hogy több definiált kóralak és klinikai typos aetiológiai momentumait még nem ismerjük, nem ok arra, hogy az ismerteket se tárgyaljuk a helyes alapon; sőt csakis az ilyen tanítás ösztönöz az ismeretlen okú kóralakok aetiológiájának kutatására.

Maga az anyag mindvégig kiváló szakismerettel és általában a legújabb tudásunknak és nézeteinknek megfelelőleg tárgyalatik, a legtöbb helyütt érvényre juttatva a szerzőnek saját bő tapasztalataira alapított véleményét is. Az egyes bőrbetegségek vagy klinikai typosok praecise íratnak le, a fontosabb mozzanatok úgy a tünettanban, mint a diagnostikában kellően kidomborítottak. Kitűnő rész a therapiás is. Itt a szerző mindig kiemeli azt, hogy hol nincs a speciális bőrgyógyászati beavatkozásnak helye, azaz hol folyik le a bőrbeli folyamat magától, vagy hol hiábavaló minden fáradozás, viszont, hogy hol kell a beavatkozásnak erélyesen működnie. Legtöbb helyütt csakis a hathatós és általa is kipróbált szereket ajánlja; ott, hol a nehezebb és speciális megvalósulást igénylő gyógyító beavatkozásról van szó, annak módjait is részletesen leírja, így pl. a *naevusok* orvoslásánál az *elektrolýsist*, a fejtrichophitiánál az epiláló röntgenézést (itt saját módszerét is ismertette). A belsőleg adott gyógyszerek hatását is szigorubban mérlegeli, mint sok honfitársa.

Ezen általános ítéletem után még csak egyes részletekre akarok megjegyzést tenni.

Az *aetiológiai elvet* nem alkalmazza a szerző szigorúan, a mit az általa felhozott gyakorlati szempont nem igazol. Így pl. az első csoportban a durva aetiológiai momentumot, a „*congenitális eredetű*“ veszi alapul és a *fejlődési rendellenességekkel* együtt

tárgyalja az *újszülöttek* „*scleromáját*“ és „*oedemáját*“, melyekről csak annyit tudunk biztosan, hogy debilis újszülötteken és csecsemőkön fordul elő, továbbá a *veleszületett syphilit*, melyről viszont ma biztosan tudjuk, hogy általános spirochaeta infectio okozza. Az „*ideges eredetű*“ csoportot egyenesen önkényesnek kell mondanom. Nincs ugyanis semmi támpont és ilyet a szerző sem hoz fel arra, hogy a herpes febrilis, a dermatitis herpetiformis Dühring, a lichen planus, a granulosis rubra nasi, de még a pruritus is ideges eredetű volna, sőt minden a mellett szól, hogy nem az.

Viszont mi sem szól ma már ellene, hogy a *lichen urticatust*, a *Hebra-féle prurigót* — mely utóbbiról csodálatosképen az angolok is, úgy mint a francziák, azt állítják, hogy náluk ritkán észlelhető — kivegye a *haematogen toxikus eredetű* bőrlöbök csoportjából.

A *lues congenitát*, bár jól van megírva, a szerző arra való tekintettel, hogy az a gyermekgyógyászati tankönyvekben kimerítően tárgyalatik, túl rövidre szabta. Tényleg mögötte is marad azon tanításoknak, melyeket mi itthon id. Bókai Jánostól hallottunk. A lueses elváltozásoknak a csecsemőkori impetigóktól (impetigo about the napkin region), a „*seborrhoeás*“ és „*vacciniform*“ dermatitisektől való elkülönítése, dacára a szerző által kitűnően leirt morfológiai különbségeknek, sokszor nagyon nehéz; a kétes esetekben szükséges az előzmények, az *összes mellékkörülmények* tekintetbe vétele, sőt még (minthogy az most már lehetséges) a kórokozónak kimutatása (spirochaetavizsgálatok), vagy még a Wassermann-reactio megejtése is.

Az *impetigo contagiosát* (Tilbury Fox), melyet *Sabouraud* behatározta vizsgálata nyomán a szerzővel együtt a legtöbben streptococcus-infectióra visznek vissza, újabb vizsgálatok (*Matzenauer* 1900—1905) ismét *staphylococcus infectióra* tolják és azonosítják az *impetigo vulgarissal*, úgy, hogy a kérdés előről vizsgálendő. Már teljesen tisztázott a csecsemők multiplex cutan és subcutan heveny tályogjának, melyet régebben diathesisen alapulónak véltünk, *staphylococcus-infectióból* eredése, csakhogy éppen nem a *szórtüszők*, mint azt a szerző mondja, hanem a *verejtékkivezetők* fertőzéséből kifolyólag (*Lewandowski* 1905).

A *scabies* fejezetben nem osztozom a szerzőnek azon nézetében, hogy a csecsemők bőrén bárhol, ép úgy a mint a felnőttek monyborán, a menetek alatt gyakran mutatkozó heveny lobos, vizenyős reactio secundaer coccusinfectio következménye, mert azt az atka mérgének a Malpighi-rétegbe jutása idézi elő és a vakarás, dörzsölés fokozza.

A *pediculosis capitis* fejezetben csak az occiputra lokalizált impetigót tartja a fejtetvekre gyanútkeltőnek, holott a füleken, a fülek körül és az arcon, a homlokon jelentkező impetigónál is első sorban fejtetvekre kell kutatónk.

Az azonban mindezek nem rontanak le semmit a könyv jeles didaktikai értékéből. Alig kell külön kiemelnem, hogy a könyv kiállítása, illustrációi a lehető legjobbak. *Róna Sámuel* dr.

**Tuberculosis in infancy and childhood.** (A gyermekkori gümőkör.) Szerkesztette: **Kelinack T. N.** London, 1908. Bailliére, Tindall and Cox.

A „*British Journal of Tuberculosis*“ 1907. évfolyamának júliusi száma volt e mű kiinduló pontja; e magas színvonalú szaklap néhány értékes cikkben foglalkozott a gyermekek gümős megbetegedéseivel, melyek *Kelinack*-ot az előttiünk fekvő könyv megalkotására lelkesítették.

Az első fejezetnek, melynek szerzője a kiadó („*prevention is better than cure*“), valóban megszívlelendő az alapelve. *Kelinack* a gyermekkori gümőkör gyakoriságát nemzetközi statistika segítségével mutatja ki, hangsúlyozva, hogy e nagyszámú és óriás horderejű morbiditással szemben az ellene foganatosított rendszabályok vajmi szegényesek. — *Ballantyne*, az „*Antenatal pathology*“ hírneves megteremtője, a „*tuberculous toxemia in prenatal life*“ és a „*para-tuberculosis of antenatal life*“ kórfolyamatokba érdekes betekintést nyújt. De nem felel meg a cikk *Kelinack* azon kijelentésének, hogy a könyv „*from the practical standpoint*“ íratott meg. — A veleszületett és átöröklött gümőkör kérdését *Cummins* taglalja, megemlékezik a dispositióról, *Baumgarten* elméletéről, és foglalkozik a fertőzés útjaival. Nagy súlyt fektet a hosszas tartamú, indokolatlan hőemelkedésekre, mint a gümőkör jelentkező-

sének első jelére. Az újszülötteken végezett tuberculin-oltások eredményéről nem szól. — *Fowler* a gümöbacillus két típusával foglalkozik, nagyjában *Kossel* és *Weber* álláspontját jelzi. A tejellenőrzés törvényes szigorításának híve. — *Raw* a human és bovin tuberculin terapeutikus antagonizmusát tárgyalja. — *Carthy* az idegrendszer gümös megbetegedéseivel foglalkozik. A meningitis tuberculosa műtéti kezelését nézetem szerint nem elég kritikával méltatja, az analogia a hashártya gümös megbetegedéseinek operatív ellátásával teljes mértékben talán még sem áll fenn! Érdekes azon kapcsolat, melyet a dementia praecox és a gümőkór közt állapít meg. — *Peters* az orrgaratúr tuberculosist ismertette, helyesen hangsúlyozza, hogy a nasopharyngeális nyálkahártya duzzanata és hurutos megbetegedése egyrészt a bacillusok letelepedésére jó talajt teremt, másrészt a gátolt orrlégzés útján a tüdőt csökkent ellentállóképességűvé teszi. — *Barwell* a gége gümös megbetegedései megbeszélésének során kiemeli, hogy e szerv ily természetű másodlagos bántalmi gyakoriabbak mint az elsődlegesek, de ez utóbbiak sem tartoznak a kivételek közé. — *Young* a mellkasi szervek tuberculosist aránylag röviden végez. *Calmette*, *Guérin* és *Deléarde*-nak „Origine intestinale des adénopathies trachéobronchiques tuberculeuses“ című munkájában vallott elvet magáévá teszi. A prognosist illetően *Engel* álláspontját vallja. A tuberculin-kezelésnek méltatásában *Rivière* álláspontját szembe állítja *Ganghofner*-ével. — *Emmett Holt* a *Calmette*-reakciónak híve, nélkülöztem azonban ez utóbbi eljárás hátrányainak ismertetését. A tüdő gümös megbetegedéseinek Röntgen-diagnostikájáról, mely e bántalom első szakában nagy szolgálatot tehet, nem emlékezik meg. — *Coutts* a hasúr gümőkóros bántalmaival foglalkozik. Kórjólata tapasztalataim szerint túlságosan pessimistikus. A peritonitis tuberculosa sebészi kezelésével nagyon röviden végez. — *Thomson* és *Ferdyce* a meningitis és peritonitis tuberculosa gyakoriságát kórházi kimutatások alapján tárgyalja. Helytelen módszernek tartom, hogy kórházi statistikákból akarnak a kérdéses betegségek gyakoriságára következtetni. — A szerkesztő *Newman-re* bizta a húgyivarszervek gümös bántalmainak ismertetését. *Korányi* Sándor kutatásait a szerző nem ismeri, az ureteroskopiával nagyon röviden végez. — Aránytalanul hosszú cikkben értekezik *Harman* a szem tuberculotikus megbetegedéseiről. A Röntgen-therapia lelkes híve. A phlyctenás bántalmat neurotikus eredetűnek tartja. Helytelen, hogy a *Calmette*-reakciót, mint szembántalom-diagnostikumot megengedi. — *Ügyes Love*-nak a fül gümös megbetegedéseinek prophylaxisára vonatkozó dolgozata, a gyógykezeléssel foglalkozó fejezet azonban felületesen van megírva. — *Machen* külön tárgyalja a bőr tuberculotikus és paratuberculotikus bántalmait. A bőr melegen, tisztán és épen (körömrágás!) tartásában látja e betegségek hatékony prophylaxisát. — *Sequeira* a bőrfarkas kezelésére, a szerint, hogy exulcerált-e avagy nem, Röntgen- vagy Finsen-therapiát ajánl; e módszerekkel 71<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ban tudott gyógyulást elérni. — *Wright* a nyakmirigyek gümös bántalmaival foglalkozik. A mirigyek tájbonctani elhelyezését egy ábra jobban érzékeltette volna, mint a hosszadalmas leírás. — *Berry* a csontok és ízületek tuberculosissal aránylag röviden végez. *Bier* elveit nem méltatja eléggé, *Mosetig* módszerét fel sem említi. — *Jones* fejezetében a gerincoszlop gümös megbetegedéseinek therapiájával mostohán bánt el; gyakorió orvosok számára irt könyvben ezen, a praxisra oly fontos részszel bővebben kellett volna foglalkozni. — *Tubby* érdekes fejtegetései során kimutatja, hogy a tuberculosist a nyomorékok statistikáját mily nagy mértékben gazdagítja. — *Philip* a skót gyermektuberculosis-statisztikát ismerteti s külön iskolákat kíván berendeztetni gümőkóros gyermekek számára. — *Byers* lelkes szavakkal méltatja a „Women's national health association of Ireland“ áldásdús körmegelőző ténykedését. — *Calmette* a francia gümőkórellenes mozgalmat ismertette, ugyanazon gondolatmenetet követi mint én, 1907-ben Szabadkán tartott előadásomban: a prophylaxist a csecsemőkorból kell kezdeni. — *Nietner* a német parlamentben 1905-ben hozott, a gümőkóros szenvedők elhalálozása után foganatosítandó fertőtlenítésre vonatkozó törvény horderejét méltatja. Kimerítő képét adja a német hatalmas gümőkórellenes mozgalomnak. — *Andward* a norvég, *Barr* pedig a svéd viszonyokat ismertette, a francia prophylaktikus irány („Goutte de lait“ és „Oeuvre de préservation de l'enfance contre la tuberculose“ [Grancher]) hívének vallják magukat. —

*Carrière* mint helvét büszkén eseteli *Bion* alkotásának (szünidei gyermektelepek) óriás körmegelőző értékét. — *Masen* a New Zeland-i intézkedések ismertetésének során a tejellenőrzés nagy horderejét emeli ki. — *Shuttleworth* rendkívül jól megírt fejezetben taglalja a gümőkór szerepét a gyermekek elmébántalmainak aetiológiájában. Érdekes adat, hogy az ú. n. mongol típus nagyon hajlamosít gümőkórra. — *Campbell* a torna, sport és ének prophylaktikus értékét vázolja. — *Huggard* az alpesi, *Wachenheim* az amerikai klimatikus gyógyhelyek kuratív értékét teszi kritika tárgyává. *Wachenheim* ezikke egyoldalú s egy nemzetközi orvosközönségnek szánt könyvben felesleges. — *Blackader* a gümőkór gyógyszeres therapiájának kimerítő képét nyújtja. Az egyes tuberculin-készítmények kritikai méltatását nélkülözöm. — A tuberculin mint diagnosticumot és terapeutikus ágenszt ismerteti *Rivière*. Sorba veszi a subcutan, *Pirquet*-, *Calmette*-féle reakciókat s az opsonin-index meghatározását. A tuberculin-kezelésben fontosnak tartja a testsúly s az opsonin-index meghatározását. A *Marmorek*-savót *Frey* nyomán a végbelen át alkalmazza s így elkerüli a serumbetegség keletkezését. — *Scharlieb* a prophylaktikus hygiene fontosságát ismerteti. Az aseptikus tejnyerés lelkes híve. — *Squire* elszomorító adatokat közöl a londoni iskolák statistikájából. E fejezet megszívlelendő kiegészítése azon cikk, mely *Mackenzie* és *Meikle* társszerzőknek köszöni a létét s melyben az iskola hygienéje van tárgyalva. Végül a szerkesztő a körmegelőző intézkedések összefoglaló képét adja.

Egészen véve a könyv hibái a szerkesztésnek tudaődök be; a szerkesztő az egyes dolgozatokat nem egyeztetette össze, ez által az egyes cikkek nagysága aránytalan, ismétlések és ellentmondások pedig sűrűen mutatkoznak. Elismerést érdemel egyrészt, hogy a külföldi irodalom tekintetbe vétetett, de gáncsra szorult, hogy sok helyütt az angol és amerikai viszonyok ismertetése túlsúlyba került. A mű illusztratív része hiányos és gyenge. A tuberculosist miliaris, a csecsemőkori gümőkór, a görvély és gümőkór elkülönítése nem talált megfelelő méltatásra, vagy talán a kiadó *Voltaire* nézetét vallja: „Les livres les plus utiles sont ceux, dont les lecteurs font eux-mêmes la moitie.“ Mindezek dacára a könyv megérdemel második kiadást, melyben a jelzett hiányokat könnyen lehet kipótolni.

Deutsch Ernő dr.

**Jehle L.: Die lordotische Albuminurie.** Wien. Franz Deuticke. 114 oldal.

A múlt év elején közölt tapasztalatait újabb adatokkal kiegészítve, könyv alakjában teszi közzé a szerző. *Escherich* bécsi gyermekklinikáján tett megfigyelései igen érdekes eredményekre vezettek. A „lordotikus albuminuria“ elnevezéssel az orthostatikus albuminuriát jelzi, s ezzel egyszersmind e sokat vitatott kórkép magyarázatában elfoglalt álláspontját fejezi ki. A fehérjevizelésért egyes-egyedül a gerincoszlop lordotikus tartását teszi felelőssé és ezen nézetét a következő érvekkel támogatja:

1. Normális, azaz lordosismentes gyermekek a pathológiás lordosis utánzása mellett albuminuriát mutatnak (85 vizsgált eset közül 50).

2. A lordosis alakja és nagysága a kiválasztott fehérje mennyiségével arányos.

3. Ágyban fekvő helyzetben is előáll a fehérjevizelés, ha mesterségesen lordosisos állásban rögzítjük a gerincoszlopot.

4. Álló helyzetben is azonnal megszűnik a fehérjevizelés, mihelyest a gerincoszlop kóros tartásán bármily módon javítunk.

A lordosis hatását a vese vérkeringésére gyakorolt káros befolyásában látja. Közvetlenül ható mechanikai okot vesz fel: a vena cava inferior, illetőleg a vesevenák compressióját. Ezen felvételt experimentális úton igyekszik igazolni. Erre vonatkozó kísérletei közül különösen érdekes a következő:

Kóros lordosis dacára az albuminuriát meg lehet szüntetni, ha valamely módon (pl. fejjel lefelé rögzítéssel) a pangást a vena cava inferiorban megakadályozzuk. De ugyanezen helyzet mellett mégis előáll az albuminuria, ha a lordosist mesterségesen még fokozzuk. Álló helyzetben rendszerint van valamelyes pangás a vena cava inf. területében; normális körülmények között ez a pangás azonban nem okoz albuminuriát. Lordotikus egyéneknél ez a pangás a lordosis által tetemesen fokozott és fehérjevizelést idéz

elő. A fehérjevizelés tehát kizárólag a fokozott vérpangás következménye.

Az albuminuria a roham alatt kezdetben gyorsan fokozódik, rövid idő múlva eléri tetőpontját és azután bizonyos fokig leszáll. Cylindruriát gyakran észlelt tisztán functionális lordosisos albuminuria esetében.

A prognosis kedvező.

A therapia általában a beteg erőbeli állapotán igyekszik javítani és különösen lokálisan kell hogy, hasson a lordosis megszüntetésében. A szerző megfelelő gonddal készült fűző alkalmazását ajánlja mindaddig, míg a beteg a korrigált testtartást annyira megszokta, hogy később spontán is megfelelő testtartással jár. E mellett orthopaediai kezelés, a hasizmok czéltudatos erősítése megfelelő tornagyakorlatokkal javalt. Theoriájának megfelelőleg a diatés megszorítások tehát indokolatlanok. Mindennemű mozgás, játék, szabad gyakorlat, a mennyiben nem alkalmas a lordosis fokozására, nemcsak megengedett, hanem kívánatos.

A methodikára vonatkozó részletek fontosak. Ez irányban figyelemre méltók a szerző pontos utasításai.

Néhány jól sikerült ábra és tábla élénken illusztrálja a szerző érdekes megfigyeléseit. Schossberger dr.

#### A gyermekorvostan körébe tartozó újabb irodalmi termékek.

##### a) Inaugural-dissertationok. 1908.

*Avsarkisoff, A.*: Pathol. anat. Studien zur Genese der Coryza syphil. Berlin. — *Dürig, F.*: Über den Einfluss des Selbststillens der Mütter auf die Neugeborenen in den ersten Lebenstagen. Würzburg. — *Fischer, J.*: Ueber Scleroderma neonat. Freiburg. — *Förster, H.*: Ueber einen Fall von doppelseitiger kongenitaler Cystenniere mit angeborenem Verschluss der Harnröhre. Erlangen. — *Fresen, J.*: Ascaris lumbric. ausserhalb des Darmes, speziell in perityphlitischen Abscessen. Greifswald. — *Giffhorn, H.*: Beitrag zur Aetiologie der kongenitalen Atresie des Oesophagus mit Oesophagotrachealfistel. Göttingen. — *Gins, H.*: Progressive Paralyse im Kindesalter. München. — *Habermann, V.*: Zur Differentialdiagnose der Poliomyelitis anterior acuta (Myatonia cong. [Oppenheim] und Polyneuritis). — *Hörhammer, C.*: Ueber die Beziehungen der hämorrhagischen Diathese zur congen. Syphilis. München. — *Kaulbach, F.*: Zur Frage der Pseudodiphtheriebazillen. Leipzig. — *Keller, R.*: Zur Kenntnis der kongen. Hautdefekte am Kopfe der Neugeborenen. Strassburg. — *Kintz, L.*: Überbürdung in den Schulen. Strassburg. — *Kluge, W.*: Beitr. zu den Störungen der Herzthätigkeit nach Diphtherie. Halle. — *Koch, H.*: Über die Behandlung des Mastdarmvorfalles. Leipzig. — *Kuhlencordt, F.*: Zur Kenntnis der Röteln. Kiel. — *Monogenoff, S.*: Untersuchungen über Scharlachniere. Berlin. — *Mühlenhardt, R.*: Zur Kasuistik der spastischen Pylorusstenose im Säuglingsalter. Kiel. — *Nassmann, W.*: Ein Beitrag zur Vakzineophthalmie. Bonn. — *Nussbaum, O.*: Ein Fall von Prolapsus uteri incompleta bei einem neugeborenen Kinde mit Spina bifida. Würzburg. — *Oertel, E.*: Die Viscosität der Milch. Leipzig. — *Ogata, M.*: Blutbefunde im Kindesalter. Greifswald. — *Peschies, K.*: Ueber spontane und traumatische Luxationen des Hüftgelenks im Kindesalter. Königsberg. — *Prätorius, A.*: Über die Häufigkeit des Stillens und die Gründe des Nichtstillens bei der ärmeren Bevölkerung Rostocks. Rostock. — *Rehberg, Th.*: Darminvagination durch Ascarien. Königsberg. — *Rohde, O.*: Zwei Fälle von Entbindungslähmung. Greifswald. — *Röscher, E.*: Beitrag zur Pflege und Ernährung frühgeborener Kinder. Bonn. — *Schellhase, W.*: Über die Katalase der Milch. Giessen. — *Schmitz, W.*: Zur Therapie der Ascariasis mit Ol. chenopodii anthelminthic. Bonn. — *Schrader, W.*: Beitr. zur Kenntnis der congenitalen Lymphangiome. Leipzig. — *Schultze, H.*: Zur Frage der Erschöpfungszustände der Schuljugend. Rostock. — *Theune, G.*: Ueber drei Fälle von familiärer spastischer Spinalparalyse im Kindesalter. Greifswald. — *Tölken, R.*: Statistischer Beitrag zur Aetiologie der Chorea minor. Heidelberg. — *Wiemann, W.*: Ueber die pericarditische Pseudolebercirrhose. (F. Pick.) München.

##### b) Thèses.

*L. Batigne*: La cuti-réaction à la tuberculine chez les enfants. Paris. — *E. Bernard*: La tuberculose congénitale. Montpellier. — *Bourgognon*: De l'allaitement à deux femmes. Toulouse. — *R. Dufour*: Étude clinique sur l'oculo-réaction à la tuberculose. Genève. — *E. Huleux*: Tuberculose à l'école. Paris. — *F. Langlais*: Les angines nécrotiques ou ulcero-perforantes de la scarlatine. Paris.

##### c) Könyvek.

*G. Anton*: Vier Vorträge über Entwickelungstörungen beim Kinde. Berlin. — *Th. Escherich*: Die Tetanie der Kinder. Wien. — *H. Guttmann*: Sprachstörungen u. Sprachheilkunde. Berlin. — *Apert*: Précis des maladies des enfants. Paris. — *F. Calot*: L'ortho-pédie indispensable aux praticiens. Paris. — *G. Variot*: L'hygiène infantile. Paris. — *Dingwall-Fordyce*: Diet in infancy. The essential introduction to the study of diseases in childhood. Edinburgh. — *J. E. Holt*: The diseases of infancy and childhood. 4. ed. London. — *J. Thomson*: Guide to the clinical examination and treatment of sick children. Edinburgh.

## Lapszemle.

### Gyermekorvostan.

A járványos agy- és gerinczagyhártalob serumkezelésével foglalkoznak cikkükben *Louis William Ladd* és *Frank J. Sladen*. A Newyorkban 1904-ben és 1905-ben lefolyt cerebrospinal meningitis-járvány alatt körülbelül 4000 megbetegedés közül 3429 végződött halálosan. A járvány tanulmányozására kiküldött bizottság egyik tagja, *Flechner* kimutatta, hogy cerebrospinalis folyadék-nak majmok gerinczcsatornájába történő direct befecskendése útján sikerül egy az emberéhez hasonló megbetegedést létesíteni. Egyszermind meningococcus elleni serumot állított elő lovakba végzett oltások útján, mely serum megvédte a beoltott majmokat a betegség halálos lefolyása ellen, még akkor is, ha a serumot a virulens anyag halálos adagjának beoltása után 6 órával fecskendezte be. *Flechner* serumát *Ladd* 1907 április 2.-a óta Castaliában (Ohio) alkalmazta. Míg serum alkalmazása nélkül 15 beteg közül 12 meghalt, s csak három gyógyult, addig azon 3 eset, melyben serumbefecskendést végzett, gyógyult. Azóta *Ladd* savóval kezelt eseteinek száma 32-re növekedett, s ha 1 még kezelés alatt álló esetét leszámítja, 31 eset marad fenn. Ezek közül 30-ban Gram-negatív diplococcusok találtak fedőlemezkészítményeken, s a tenyésztés eredménye is többnyire positiv volt. A serum befecskendése idején 17 beteg comatosus volt, 3 eszméletlen s delirált, és 12 félig öntudatlan vagy igen ingerlékeny. A 31 beteg közül meghalt 11 (35·5% halálozás) és gyógyult 20 (64·5% gyógyulás). Ha a szerző azon eseteket leszámítja, melyekben a lefolyás fulminans volt, s melyek moribundok voltak, továbbá egy 4 hónapja fennálló chronikus folyamatot, valamint egy 39 napja kifejlődött chronikus hydrocephalust — mely esetek a serumgyógymód számára is reménytelenek voltak —, marad 20% halálozás és 80% gyógyulás. A gyógyulás százaléka annál nagyobb volt, minél gyorsabban került a gyógyszer alkalmazásba a betegség jelentkezése után. Így 28 órával a betegség kitörése után alkalmazott oltások mind eredményesek voltak. 48 óra múlva a halálozás már a fenti levonás után 10%. A 31 eset közül 11 vonatkozott 5 éven aluli gyermekekre, ezek közül 6 gyógyult, 5 meghalt. Az 5 elhalt eset közül csak 1 halt el a betegség acut stadiumában, 4 pedig mint chronicus hydrocephalus. A betegség általános tartama a 28 órával a tünetek fellépte után oltott esetekben csak 12 nap volt; 28 órán túl és 48 órán belül oltott esetekben 19 nap; a 48 óra és 72 óra közt serummal kezelt esetekben 49 nap. A láz 11 esetben krízissel, 9-ben lysissel ért véget. Egy beteg az acut szakban, rövid idővel a serum adagolása után halt el, s ezen esetben fennforog annak a lehetősége, hogy az erős rázóhideg, a cyanosis és a hőfok felszállása 41 C<sup>o</sup>-ra a serumnak a nagyszámú meningococcusra kifejtett bactericid hatásával függ össze, miáltal több endotoxin vált szabaddá, mint a mennyivel a beteg szervezete megküzdni tudott. Az oltást 2 esetben kifejezett urticariaszerű serumkiütés követte, 1 héttel 35 cm<sup>3</sup> intraspinalis, illetve 15 nappal a serum subcutan beoltása után. *Ladd* 3 esetben észlelt utóbántalmat, egyszer láb-bénulást, egyszer nagyothallást, míg a harmadik esetben genyes térdizületi lob fejlődött, mely a genynek aspiratiója és serumnak az ízületbe történt direct befecskendése után gyorsan javult. A legtöbb esetben a serum befecskendése után a spinális folyadék gyorsan feltisztult s kevesbedett. Egyes esetekben, különösen ha kezdettől fogva csak kevés vagy mérsékelt számú meningococcus találtatott, serum bevitele után többé már nem sikerült meningococcusokat kitenyészteni, s ilyenkor a diplococcusok rendszeren rosszul fejlődtek. Mäskor a meningococcusok csak a 2. vagy 3. serumoltás után nem voltak többé kitenyészthetők. Azon esetek, melyekben a mikroorganizmusok úgy intra-, mint extracellulárisan nagy számban voltak jelen, tapasztalat szerint rosszabb prognosist nyújtottak, még akkor is, ha a klinikus tünetek nem voltak súlyosabbak, mint azon betegekben, kikben csak kevés bakterium találtatott. Ily esetekben nagyobb hőemelkedések követték a serum alkalmazását. A szerző ily súlyos esetekre vonatkozólag azt ajánlja, hogy előbb kevesebb serum fecskendeztessék be intraspinalis úton, s ezt követőleg gyakrabban s nagyobb mennyiségben subcutan. *Ladd* nem kételkedik a meningococcusserum hatásos voltában, kivéve a moribund eseteket és azokat, melyekben már idült fejkór fejlődött ki, s melegen ajánlja a serumgyógymódot.

*Frank J. Sladen* még nem akar végleges véleményt mondani a *Flexner*-féle antimeningococcus-serum értékéről, mert 1 év óta a vele kezelt esetek száma még nem elég nagy. Személyes impressiói azonban, melyeket a baltimorei Johns Hopkins-kórházban nyert, igen kedvezők. Míg a nevezett kórházban az utolsó 5 hónap alatt 21 esetük volt, addig a kórház 19 éves fennállása óta összesen csak 33. Ezen 33 eset közül, melyeket egyszerű lumbalpunkcióval kezeltek, 21 meghalt, vagyis 64% a halálozás. Ezzel szemben az antimeningococcusserummal kezelt esetek halálozása 14%. A 21 beteg közt 12 volt 12 éven aluli, s ezek közül csak 1 halt meg. A serum nélkül kezelt eseteknek 70%-ában voltak jelen szövőd-mények, főleg bronchopneumonia, míg a serumkezelés óta csak 38%-ban volt complicatio, névszerint: otitis media 3, pneumonia 2, mindkettő együtt 1 esetben, arthritis 1 és acut myocarditis 1 esetben. Az előző években megszokott súlyos maradványok, mint hűdések, szellemi defectusok, siketség s vakság a serumalkalmazás óta ritkaságok. A 21 esetben észlelt residuum 2 esetben siketség és 1 esetben vakság. Miután a fentnevezett kórházban szabályul tüzték ki maguknak, hogy minden meningitisre gyanus esetben a lumbalpunkciót lehetőleg korán végezzük s közvetlenül utána serumot fecskendeznek be, még mielőtt a bakteriologiai vizsgálat vagy tenyészet beigazolja a meningococcusok jelenlétét: így érthető, hogy más betegségeken szenvedő betegek is kaptak serumbefecskendezéseket, a kik azonban a serumot minden káros hatás nélkül türték. Ezen esetek közt 1 szenvedett tüdőgyulladásban, 1 typhusban, 2 pneumococcusmeningitisben, 1 influenzás meningitisben és 6 gümös agyhártyalobban. Többnyire annyi serumot fecskendeztek be, mint a mennyi folyadékot csapoltak le lumbalpunkcióval, de nem többet, mint 30 cm<sup>3</sup>-t. Az agygyomlós tünetei azonban azoknál is enyhültek, kiknek több serumot oltottak be intraspinalis úton, mint a mennyit lumbalpunkcióval eltávolítottak.

A befecskendést követőleg több betegen ideiglenes rosszabbodás állott be. Panaszkodtak fájdalomról a térdben, a csípőben és a végbél körül, nyilván a lumbosacral plexus pályája mentén, s e fájdalmak néhány óráig tartottak. Gyakran mérsékelt hőemelkedés követte a befecskendést; rendszeren 12 óráig egész 3 napig tartott, míg a serum jótékony hatása kezdett mutatkozni. A kedvező lefolyású esetekben az első befecskendés után mindig bizonyos fokú reactio állott be. Néha 1 befecskendés elegendő volt; 2 esetben 6 és egy esetben 7 injectio vált szükségessé. A szerző nézete szerint a serumot naponta kell alkalmazni, mindaddig, míg a láz esése s a kóros tünetek megszűnése nem mutatja, hogy a folyamat megállapodott; azután is megismétlendő a beoltás, ha újból heves tünetek jelentkeznek. A láz esése az esetek felében lysissel, másik felében krisissel következett be, míg a tüdőlobbal komplikált esetekben, valamint azokban, melyekben a lefolyás halálos volt, hőcsökkenés nem állott be a serum alkalmazása után. A lázcsökkenés rendszeren 3—12 órával az első befecskendés után kezdődött, s ekkor a többi kóros tünet is kezdett javulni, legelőször a delirium, fejfájás, tarkó- és hátfájdalmak s az általános hyperaesthesia szűnt meg, míg a többi tünet tartósabban állott fenn, nevezetesen a strabismus, a tarkómerevség s legtovább maradt meg a Kernig-tünet. A serumoltás után a gyermek szokatlan képet nyújt, vig és élénk. Környezete iránt érdeklődik, de tarkója s háta merev, s esetleg opisthotonusban fekszik. A cerebrospinalis folyadékban 3 változás megy végbe, először megszorodnak a polynucleáris leukocytták, de csakis az első befecskendés után, s az a gyógyulás folyamán eltűnik. 1 cm<sup>3</sup>-ben a sejtek száma felszökik 200-ról 4000-ig. Ennek meglepő hatása van a vérben keringő fehérvérsejtekre. A magas leukocytosis 30—40,000-ról lejjebb száll, míg az alacsony leukocytosis 16,000—18,000-re növekszik. Serumoltás után a meningococcusok, melyek előbb úgy a sejteken kívül, mint azokon belül voltak jelen, már csak kizárólag intracellulárisan találhatók és ugyanakkor kezdenek pusztulni, nem festődnek többé oly jól és nehezen vagy épen nem tenyészthetők ki. A táptalajokon, melyeken a coloniák száma 200—300 volt, egy serumbefecskendés után már csak 8 vagy 10 colonia tenyészik ki, vagy néha már az első, többnyire pedig a második oltás után steril marad a tenyésztőtálaj. A serum hatását úgy antitoxikusnak, mint baktericidnek tartja, bár ez utóbbi hatást a phagocytosis is okozhatja.

A *Ladd* és *Sladen* előadása kapcsán támadt discussióban az

amerikai orvosegyet chicagói évi gyűlésén még több szerző számolt be a *Flexner*-féle meningococcusserummal elért gyógyásikeréről.

*William S. Chase* a legutóbbi járványban 12 esetet serummal kezelt és 10-et a nélkül. A serummal kezelt esetek közül 9 gyógyult s a halálozás 25%, míg a serum nélkül kezelt 10 eset közül csak 1 gyógyult s 9 halt meg.

*Frank S. Johnson* Chicagóból egy serummal kezelt súlyos esetről tesz említést, melyben 2 hét alatt 200 cm<sup>3</sup> *Flexner*-serumot használt el, míg a delirium megszűnt.

*Edward F. Wells* Chicagóban szintén 1 esetet gyógyított ily módon.

*Joseph Eichberg* Cincinnatiában 15 esetben alkalmazta a gyógysavat, s azt tapasztalta, hogy utána a fejfájás rögtön enged, a láz csökken, az öntudat feltisztul s a deliriumok megszűnnek.

Az eszmecsere végén *Sladen* felemlíti, hogy *Flexner* legutóbb az American Pediatric Society előtt kijelentette, hogy 380 serummal kezelt esetet állított össze, körülbelül 27% halálozással; ugyanakkor *Dunn* Bostonban észlelt 40 esetről referált 22.5% halálozással, míg *Churchill*-nek Chicagóban 9 esete közül 2 halt meg (22% halálozási százalék), *Wilkinson* Washingtonban pedig 3 halálos lefolyású esetet látott 10 közül. Ha ezen eredményeket összehasonlítja a newyorki járvány 2305 esetével, melyek serum nélkül kezeltettek, s a melyekben a halálozás 80 és 90 százalék közt ingadozott, a különbség meglepő. *Flexner* maga ezen eredményeket főleg a serum baktericid tulajdonságainak tudja be, míg *Sladen* a tünetek gyors javulását a serum antitoxikus hatásából magyarázza. (The Journ. of the Amer. med. Assoc., 1908 okt. 17.)

*Loránd.*

**A női tej physiologiai hőmérsékletének megállapításával** foglalkozott *Smester* dr., hogy a mesterséges táplálás elrendelésekor a táplálék hőmérsékletére nézve — mely természetesen legelőször nem lehet más, mint az anyatej — lehetséges legyen pontos utasítást adni, nem elégedvén meg a használatos „elég meleg“ vagy „38°—39° körül“ kevéssé praecis körülírásokkal. Kísérleteinek hosszú sorát a következőképp végezte: A bőtejű dajkának mellbimbójára, ki már több év óta nem szoptatott, tágas, legalább 18°—19° C° hőfokú, légáramlástól mentes szobában olyan szívókészüléket alkalmazott, melynek csúcsán a szívásra alkalmas, jól záró csappal felszerelt eső, tetején pedig az edény fenekéig érő, hermetikusan beillesztett, igen érzékeny maximál-hőmérő volt. Ha kinyitott csap mellett a esővön át gyors szívást gyakorolt, a készülék rögtön megtelt tejjel, melynek hőmérsékletét pár perc múlva le lehetett olvasni a hőmérőn. Ez a hőmérsék, a sokszor megismételt kísérletek során állandóan 37° C° volt. Vizsgálva azokat az okokat, melyek e hőfok állandóságára befolyással lehettek, kitűnik, hogy a külsők, mint a szobahőmérsék, a légáramlás, a készülékben foglalt levegő, nem jöhetnek szóba, tekintettel arra, hogy a kísérletek légvonatmentes, legalább 18°—19° hőmérsékű szobában végeztettek, hogy a készülék levegőjének nem is volt ideje a tejjel hosszabban érintkezni és hogy a későbbi lehűlésnek a maximál-hőmérőre nem volt befolyása. A hónaljban ugyanakkor mért hőmérsék 36.2°—36.8° C° közt váltakozott. A tej magasabb hőfoka tehát a test — állandóan magasabb — belső hőmérsékének volt arányos folyamánya? Nem. Ugyanis ha olyan dajkán történt — ismételt — a kísérletezés, kinek 39.0° C° volt a hónalji hőmérséke, a tej hőfoka akkor is állandóan 37.0° C° volt, legfeljebb néhány tizedfokkal több. Ezen érdekes tény magyarázatául a szerző a tejmirigyét hűtőkészülékhez hasonlítja, melyben a számtalan acinuson, kisebb és nagyobb kivezetőcsatornán — nagy felületen, vékony rétegben — átfolyó folyadék kénytelen állandó hőmérséklet felvenni. A kísérletek praktikus eredménye pedig az, hogy a mesterséges táplálékot 37.0° C° fokon kell adni és hogy az anya vagy dajka lázas megbetegedése esetén, ha csak a láz nem excessiv magas, vagy más contraindicatio nincs, szoptathatja csecsemőjét. (La clinique infantile. 1908. 22. szám.) *Tibor Ervin* dr.

**Az alimentáris intoxicatióval** foglalkozó munkáinak sorozatában újabban az *alimentáris decompositiót* tárgyalja *Finkelstein*. Kiemeli mindenekelőtt, hogy bármilyen változatokat mutatnak is a táplálkozási zavarok, végeredményben mégis két főalakra vezethetők vissza. Az egyik az alimentáris intoxicatio, a másik az alimentáris

decompositio. A decompositio két előstadiumával megfelel az általános használt atrophia jelzésnek.

Az első előstadiuma az egyensúlyzavar (Bilanzstörung). Még tud ugyan a szervezet földolgozni physiologiás mennyiségű táplálékot, csak hogy nem dolgozik a normálisnak biztos állandóságával, hanem nyugtalanul, egyenlőtlenül. A székletek általában normális kinézésűek, de elég gyakran láthatók világos, száraz szappanszékletek. A hőmérsék nagy napi ingadozásokat tüntet fel, s ugyanilyen ingadozások, szabálytalan hullámzások észlelhetők a súlygörbén, míg később az elégtelen gyarapodás és ismételt súlyvesztés folytán előáll az a soványság, mely a soká tartó egyensúlyzavarnak oly jellegző tünete. Sohasem tapasztalta, hogy ezen gyermekeken a caseinnek káros hatása lett volna. Ellenben a legtöbb olyan gyermek, ki zsirszegény vagy zsírmentes táplálék mellett jól haladt előre, azonnal megakad fejlődésében, mihelyt a tejkeverék zsirtartalmát fokozzuk. Ezek nagy része igen jól tűri a szénhidratokat, s zsirszegény, szénhidratdús táplálék mellett (malátaleves, iró, stb.) tényleg szépen gyarapszik. Idővel azonban a szénhidrattolerantia is szenvedhet s ekkor ha fokozzuk a szénhidratok mennyiségét, dyspepsiás jelenségek állnak elő.

A dyspepsiás stadium bekövetkezhetik ugyan romlott tej használata után is, azonban sokkal gyakrabban idézi elő azon körülmény, hogy a táplálék mennyisége és az emésztőképesség közt aránytalanság áll fenn. A betegség csupán helyi jellegű, csak a gyomor-bélhuzamra szorítkozik s így a közérzet, testsúly, hőmenet általában ugyanolyan, mint az egyensúlyzavarnál. A gyomor-béltünetek tisztán alimentáris eredetűek: mutatkozni kezdenek, midőn a táplálék összmenyisége, vagy valamely alkotórészének mennyisége az emésztőszervek működési képességét felülmúlja, s eltűnnek, ha a táplálékbevitelt a tolerantiának megfelelőleg csökkentjük.

Az egyensúlyzavar és dyspepsia stadiumai mindig megelőzik a decompositiót. Dyspepsia nélkül nincs átmenet decompositióhoz, sem intoxicációhoz. S ebből kiviláglik a dyspepsia praemonitorius jelentősége. Hogy azután a decompositio vagy intoxicatio tünetei köszöntenek-e be, függ attól, hogy a táplálási zavart zsírdús tej vagy szénhidratok idézték-e elő. Az utóbbi esetben intoxicatio, az előbbiben decompositio fejlődik ki. Így a decompositiót legjobban tanulmányozhatjuk az olyan gyermekeken, kiket azelőtt olyan tejhígításokkal vagy zsírdús tejjel tápláltak, melyhez szénhidratot vagy nem adtak, vagy csak nagyon keveset. A decompositio tünetei közül kiemelendő a nagy súlycsökkenés, napi 30—50—100 gramm s esetleg több is. Megváltozik a csecsemő kinézése, viselkedése: izgatott lesz, alig alszik valamit. A székletek lehetnek normálisak, esetleg dyspepsiásak, esetleg váltakozva dyspepsiásak és szappanszerűek, vagy bélvérzések folytán kátrányszerűek. A vizelet tiszta. Az érelkésések száma alászáll 110, 100, 80—60-ra perezkenként s a légzés is nagy szabálytalanságokat mutat. Súlyos esetekben Cheyne-Stokes légzés. Nagy hajlam subnormális temperaturára. Így ellentéte a decompositio az intoxicationak: az előbbiben tiszta öntudat, izgatottsági állapot, subnormális hőmérsék, ritkább, szabálytalan érelkés, ép veseműködés, az utóbbiban zavart öntudat, láz, szapora érelkés, nagy, szapora légzés, albuminuria, cylindruria és glykosuria. Az átmenetek gyakoriak. A decompositio kórjólata nagyon rossz. A halál meglepő hirtelenséggel köszönt be és *Finkelstein* szerint a hirtelen halálokok egy része ilyen decompositiós állapotra vezethető vissza.

Kétségtelen, hogy a decompositio alimentáris eredetű. Mindaddig, míg táplálékot nyújtunk, lefelé megy a súlygörbe és pedig annál erősebben, minél többet adunk s csak egy eljárás akaszthatja meg esetleg a fenyegető veszélyt: a táplálék mennyiségének leszállítása a tolerantiának megfelelő mértékre. Csak a nitrogénmentes táplálékalkotórészeknek van decomponáló hatása s pedig első sorban a zsírnak s csak nagyon kevéssé a szénhidratoknak. Különösen kiemelendő, hogy a tolerancia gyengülése előrehaladó jellegű, úgy, hogy végül a beteget táplálni semmiképp sem tudjuk (unernährbar).

*Finkelstein* három fokozatát különbözteti meg a decompositiónak. Az elsőben a súlycsökkenés mérsékelt, néhány napig tartó, a székletek gyorsan javulnak s az állapot mesterséges táplálással is rendbehozható. A másodikban a súlycsökkenés nagyobb fokú és tovább tartó, a kóros székletek makacsul fennállnak és mesterséges táplálással csak kivételesen érhető el gyógyulás. A harmadikban

a tolerancia annyira csökkent, hogy hasztalan térünk át szoptatásra is, a halál bekövetkeztét megakadályozni nem tudjuk. A nehézségeket épen az növeli, hogy éheztetéssel, megszorított táplálék-mennyiségek nyújtásával a második és harmadik stadiumban levő gyermekekben a tolerancián nem javítunk, sőt inkább rontunk. S épen azért minden ilyen gyermeket, a kin a táplálék mennyiségének megszorításával, majd lassú növelésével gyógyulásra hajlamot nem látunk, természetes táplálásra kell fogni. De ne engedjük, hogy tetszés szerint szopják, hanem minimális napi adagokat nyújtunk a kifejt anyatejéből, így a súlyosabb esetekben 20—50 gm.-ot, a középsúlyosokban 100—150 gm.-ot, a könnyűekben 200—300 gm.-ot adjunk naponta. E mellett nyújtunk vizet, vagy saccharinnal édesített teát a folyadék-szükséglet kielégítésére. Később azután, mihelyt lehetséges, a mennyiségeket lassan növeljük. (Jahrb. f. Kinderhk. 68. kötet, 1908. 521. l.) *Flesch.*

**Az ulcus duodeniniek az első évtizedben előfordulásáról** tartott előadást *Kuttner* Berlinben a Hufeland-társaságban. Miután egy 30 napos és egy négy éves gyermektől származó erre vonatkozó bonczotani készítményt bemutatott, rátért a kérdés részletesebb tárgyalására. Utalt mindenekelőtt arra, hogy angol és amerikai sebészek feljegyzései szerint a duodenális fekély a felnőttekben is jóval gyakoribb, mint általában hinnők. Így *Moyrhan* Londonban hét év alatt duodenális fekély 114 esetében végzett műtétet. *Mayo Robson* hatvanhatszor végzett ezen okból gastroenterostomiát. *Kong* a kiel kórbonczotani intézetben 12,020 bonczolt eset közül 53-ban talált duodenális fekélyt. Ámde nemcsak felnőttekben, hanem gyermekekben is jóval gyakoribb, mintsem gondolnók. Így látjuk *Collin*-nak 1894-ből származó statistikájában, hogy 279 duodenális fekély közül 42 vonatkozott 10 éven aluli gyermekekre, s ezek közt 17 volt egy évnél fiatalabb. Más szerzők mégis ritkának jelzik a duodenális fekély előfordulását.

Néha megtaláljuk újszülöttekben, kik néhány óráig vagy napig éltek. Melena neon.-ban mindig gondoljunk ilyen fekélyzódásra. *Landau* e fekélyeket a v. umbilicalis thrombosisára vezeti vissza, midőn a vékonybél ereiben embolia, majd a nyálkahártyán következményes nekrosis keletkezik. Idősebb gyermekekben e fekélyzódás föl lehet tételezve, úgy mint felnőttekben, éreltömeszelődésektől, melyek következtében a keringésből kizárt szövetek megemésződnek. Több szerző kiemeli, hogy mily gyakran társul duodenális fekély a veselőbhoz. Nagyon valószínű, hogy e fekélyeket, hasonlóan a mélyebb bélrészletek uraemiás fekélyeihez, a béllumenbe kiválasztott huyanyagból képződő szénsavas ammoniak izgató hatása okozza. Hogy kiterjedt bőrérgések után aránylag mily gyakran látni duodenális fekélyt, eléggé ismeretes.

*Kuttner* egyik esetében a duodenális fekélyt a fennálló colitis pseudomembranaeával lehetne ugyan összefüggésbe hozni, azonban a fekélyzódás oly typosos peptikus jellegű volt, hogy ő kétségtelenül peptikus és nem toxikus eredésűnek tartja. Mindkét esete leánygyermekre vonatkozik; ennek megemlézése annyiban bir érdekléssel, mert a szerzők egyező adatai szerint a duodenális fekély 3—4-szer gyakoribb férfiakban, mint nőkben.

A klinikai jelenségek s a bonczolástani viszonyok ugyanazok az első decenniumban, mint a felnőttekben. Különösen gyakran fekszik a fekély a pars horizontalis sup. elülső falán; gyakran solitaer: *Collin* szerint az esetek 83·6%-ában. Néha többes számmal találhatók e fekélyek. Igen sok esetben vagy minden tünet nélkül folyik le a baj, vagy jellegzetes tünetek nélkül. Kórjelzése mindig nehéz: még gyomor- és bélvérzések esetén sem eszközölhetjük *biztosan* az elkülönítést a gyomorfekélytől, mivel az újabb tapasztalatok szerint a duodenális fekély gyakran fordul elő praepylorikus gyomorfekélyvel együtt.

*Kuttner* nem tartja kizártnak, hogy a csecsemők pylorus-szűkületét néha duodenális fekély okozza. Ilyenkor fel kellene vennünk, hogy a fekély reflectorius pylorus-görcsöt vált ki, mely functionális szűkülethez vezet. E mellett szólna szerinte, hogy a csecsemők pylorus-szűkülete esetén sokszor volt a hányadékban vér, vagy egyenesen kávéaljszerű volt a hányadék. Azon körülmény, hogy csecsemők pylorus-szűkületének más eseteiben nincs vérzés, nem szól e fölvetel ellen. A vérhányás hiánya nem zárja ki a duodenális fekélyt, hisz *Krauss* statistikája szerint e tünet csak az esetek 33%-ában, *Perry* szerint csak 13%-ában fordul elő. Nézetét

támogatja szerinte az is, hogy ilyen pylorusszűkület egyes esetekben a gyomortartalomnak igen magas volt a sósavtartalma. Csecsemők és fiatal gyermekek homályos eredetű anaemiás állapotában a jövőben duodenális fekély lehetőségére mindenestre gondolnunk kell.

A duodenális fekély kezelése ugyanazon elvek szerint történik, mint a gyomorfekélyé. Előbb belső szerelés. A gyomor kiméltése: ezért kis adagok, lehetőleg anyatej. Ha a hányás nem szűnik meg s a vérzések ismétlődnek, időnként ki kell rekeszteni a gyomrot s átmenetileg a végbélen át tápláljunk. Legalkalmasabb erre csecsemőknek a *Fuhrmann*-féle tápláló klymsa 60 gm. anyatejjel kétóránként. Gyógyszerek közül alkáliák. Vérzés esetén meleg katalplasmák helyett az epigastriumra jégtömlő. Ha a belső kezeléssel javulást nem értünk el s a vérzés egyre ismétlődik, úgy a csecsemő- mint a gyermekkorban a műtéti beavatkozást ajánlja. (Berl. klin. Wochenschr. 1908. 2009. lap.) *Flesch.*

**Ivókúra kénes vízzel a gyermekkorban.** *Heubner* már 1905-ben megjelent balneologiai közleményében felhívta a szakársak figyelmét arra, hogy némely — a felnőtteknél eredményesen alkalmazott — ivóvíz-gyógymód a gyermekeknél való felhasználást illetően is figyelmet érdemel, holott e téren eddig esodálatskép épenséggel nem alkalmaztatott. A gyermekgyógyászat irodalma nyomát sem árulja el annak, hogy természetes gyógyvizek létezésének a gyermekorvosra nézve. Mindössze a kénes vizek külső alkalmazására, kénes fürdőkre fordít figyelmet néhány régibb tekintély, mindenek felett *Löschner*. *Löschner*-t már megelőzte *Abelin* stockholmi gyermekklinikus, a ki az ásványvizeknek a gyermekkorban való alkalmaztatásáról szóló tapasztalatait igen jó klinikai észleletekkel illusztrálva tette közzé. *Abelin* műveinek kiadói egy utóiratban a fürdőorvosokat e téren tett megfigyeléseik közlésére kérték fel, de eredménytelenül, valószínűleg azért, mert erre vonatkozó tapasztalataik csekélyek voltak. Mindössze *Hauck*, egy két évvel ezután megjelent rövid balneologia szerzője járult adatokkal e felszólításhoz, s bár ezek csekélyebb értékűek, mint *Abelin* adatai, mégis fontosak, mivel ő az első, a ki említést tesz esetekről, a melyekben kénes víz-ivókúrák vannak javalva gyermekeknél. Jóval később, 1882-ben *Jules Simon* nyilatkozik a francia kénes forrásoknak gyermekeknél való alkalmazásáról. Ugyanő ivókúrákat rendel gyermekeknek, s javaslatai chronikus nátha, ozaena, chronikus egyszerű és granulosus pharyngitis, laryngitis és bronchitisről is szólnak, de nem ajánlja ezeket hat éven aluli gyermekeknek és csak a hűvös forrásokat s inkább otthon, mint a fürdőhelyeken alkalmazza. Kiemeli továbbá azt is, hogy ideges, hysteriás, szívbajos és albuminuriás gyermekeken e gyógymód nem alkalmazható. Ez idő óta azonban az ivóvíz-gyógymódnak, különösen a kénes vizeknek gyermekeken való alkalmazása szinte kiveszett az orvosok tudatából. *Heubner* e „bojcottot“ megtörni igyekszik. Figyelmünket a Dél Franciaországban a Pyrenaeusok északi lejtője mentén elterülő fürdőkre irányítja, a hol vizivás, toroköblítés és belégzés nagyban dívik a garat és gégefő chronikus hurutjának gyógyítására. *Heubner* természetesen arra következtet, hogy az, a mi évtizedek tapasztalata alapján felnőtteken eredményesen bevált, miért ne válhatna be gyermekeken is. Hivatkozik arra, hogy a kénes vizeknek a chronikus garathurutok kezelésében igen nagy értéke van, mely megbetegedés igen jelentékeny és gyakori a gyermekeknél. Tagadhatatlan az, hogy némely gyermekben már 3—4 éves korban igen kellemetlen jelenségek mutatkoznak, melyek a retronasális és pharyngeális nyálkahártyának a gégefőre és nyelvgyökre is ráterjedő chronikus hurutos bántalmaiból erednek. Mindenki előtt ismeretes az összkörkép, mely a garatmandula adenoid túltengéseit kíséri szokta. E körtünetek összességén belül vannak némelyek, melyek túlnyomólag a legelső esetben egyidejűleg fennforgó garat- és nyelvgyökhurut rováására irandók. De nem ritkán oly gyermekeken is jelentkeznek, kik garatmandulatúltengésben nem szenvednek s így nem erre vezetendők vissza. Főképen fiatal, a második fogzás ideje előtt levő gyermekekről van szó, és pedig leányokról gyakrabban, mint fiúkról. A szülők főképen több hónapig tartó makacs étvágytalanságról tesznek említést; míg délelőtt és délben alig bírhatók rá a gyermekek az evésre, este még leginkább hajlandók táplálkozni. Ez étvágytalanságnak inkább következménye, mint oka gyanánt székelési renyhesség is mutatkozik. A gyermekek sápadtak és

nem gyarapodnak, a közérzet azonban nincs megzavarva, amennyiben a gyermekek nagyon is vigak addig, míg táplálkozásról nincs szó. Mindehhez azonban egy másik nagyon jellemző tünet is járul, a gyakori hányás. Ez azonban nem a gyomorhajosok hányása, mely az emésztés tetőfokán áll be, hanem evés közben beálló hányás, az evést közvetlenül meg is előzi; evésre való kényszerítés esetén fuldoklás mutatkozik a gyermekeken, a melynek leküzdése esetén a mindenféle kényszer és fenyegetés befolyása alatt lekényszerített falatot kihányják. Gondos anyák még egy másik értékes symptomát figyelnek meg: reggelenként észlelhető igen kellemetlen, szinte rothadásszerű szagot a szájból, mely, mint a vizsgálat mutatja, nem romlott fogaktól ered, hanem a nyelvgyök felé egyre vastagodó lerakódás mutatkozik a nyelven, mely szürkésárga színű és kellemetlen szagú. Többnyire elváltozás található a hátulsó garatfalán is, mely elveszti egészséges halványpiros színét és szivacsos, sárgászürke külsejű lesz. A helybeli kezelések ily esetekben jóformán semmi eredményt sem mutatnak. Ez vezette *Heubner*-t azon gondolatra, hogy ily chronikus hurutokban a kénes források hatására vonatkozó észleleteit gyermekeken is értékesítse. Több mint öt évi tapasztalatai kiderítették, hogy ily eljárás mellett nemcsak a vázolt helyi tünetek befolyásoltattak előnyösen, hanem főképen a sokkal kellemetlenebb másodlagos tünetek, mint az étvágytalanság, hányásra hajlam, székrekedés, nemcsak enyhültek, de teljesen meg is szüntek. *Heubner* a weilbachi kénes vizet használja négy, öt, sőt hat heti kúra alakjában. Természetesen más hasonló kénes vizek is megfelelnek, de a hűvös forrásoknak előny adandó, mert egyrészt kevésbé kellemetlen ízűek, másrészt kevésbé hatnak izgatólá az összszerkezetre. Reggelenként az ágyban éhgyomorral egy boros pohárral (150 gm.) adandó és ezen adag az öltözés után megismétlendő, félóra reá elfagyasztandó a reggeli, s esetleg vacsora előtt is megismétlhető az említett adag (150 gm.). Kisebb gyermekeknél az adag jelentékenyen kisebbítendő. A vizet felmelegíteni nem szabad, mert hűvös víz használata esetén a gyermek nem ütközik meg a kénes víz kellemetlen szagán, s ritka esetek közé tartozik, hogy állandó ellenszenvet tanúsítana a víz iránt. Kellemetlen következményeket e gyógymódnál *Heubner* sohasem észlelt. A kénes víz jó hatásának magyarázatát *Jacoby* adja meg: szerinte a kénes alkáliák, hasonlóan az alkáliák rendes hatásához, a szöveteket felpuhítják, fokozott adagolás esetén pedig edzik. Kis adagok alkalmazása esetén a belek nyálkahártyáját is hasonlóan izgatják, s ezáltal fokozott peristaltikát idéznek elő. (Therapeutische Monatshefte, 1908 december. XII. sz.) *Müller Imre dr.*

**Rachitis congenita esetét közli Méry és Palurrier.** Az eset hathetes, koraszülött gyermekre vonatkozik, kinek szülein lues jelei nem mutathatók ki. A gyermeket azért hozták a kórházba, mert cachexiás külsejéhez még sárgaság is csatlakozott. Súlyja behozatalakor 1950 gm. volt. Ránczos, öreg kifejezésű arca volt; a homlok és fali dudorok erősen kiemelkedtek. A varratok és kutaacsok nagysága normális; craniotabes sehol sem mutatható ki. Az arc normális, az orrgyökön besüppedés nincsen. A végtagok, különösen az alsók, a törzshöz viszonyítva erősen megrövidültek. A petyhüdt lágyrészeket keresztül jól tapintható humerus észrevehetően megvastagodott és növéseben visszamaradt, a felső és alsó végének erősebb megvastagodása folytán súlyzó-alakot vett föl. A jobb humerus diaphysise erős megtöretést szenvedett és ezen, mintegy oszlopfej ül a humerus-fejecs. A kulcsesontok hajlása a rendesnél kissé erősebb. A bal alkar kissé megvastagodott esontjai, hasonlóan egy rosszul gyógyult töréshez, anterio-concav elgörbülést mutatnak. Az ulna kardnyújtványja a radiusnál lejjebb ér. A hosszú ujjú kezek fejlettsége rendes. A czombesontok megvastagodottak, alsó epiphysisük gumóalakú. Mindkét esont kifelé görbült convexitással bír. A lábszárak is erősen görbültek; mindkét láb pes equino-varus állásban van. A bordaívén az olvasószerű megvastagodás jól látható. A többi csont elváltozást nem mutat. A has lógó; rajta keresztül a máj alsó gömbölyű széle majdnem a csípőtarajnál tapintható. A lép a bordaívét egy ujjal haladja meg, nem tömött. Lues jelei a gyermekben nem mutathatók ki. A vérben a vörösvérsejtek száma megkevesebedett, a fehérek ellenben megsaporodtak. Kevés eosinophil sejt is látható. Radiographikus vizsgálatkor kiderült, hogy a a csontosodás nagyon elkészt. A calcaneusnak és cuboideumnak alig van nyoma.

Jelen esetben két kórfolyamat közt lehet választani, t. i. az achondroplasia és a rachitis közt. A femurnak és a humerusnak a megrövidülése feltétlenül az achondroplasia mellett bizonyítana, ezt támogatja még a csontok ellágyulásának és a craniotabesnek hiánya. Másrészt a csontok nagy átmérőjű elgörbülése a diaphysiseken és az elváltozások asymmetriája a rachitis mellett bizonyít; a legdöntőbb bizonyíték erre vonatkozólag azonban a thoraxon látható olvasó, a csontosodás késői jelentkezése szintén a rachitis felvételét erősíti meg. Az esetnek mint congenitális rachitisnek kórismézése teljesen jogos, a csontok megrövidülése azonban az achondroplasiának az előbbi kórhoz való csatlakozását bizonyítaná.

*Marfan* a Méry által bemutatott esethez megjegyzi, hogy minden egyes achondroplasia-esetben a rachitis tünetei praevaleálnak, és így ez eseten semmi különös nincsen. Neki is volt több hasonló esete. Felszólalásának célja azonban szavainak egy régebbi bemutatásból eredő félreértésének helyesbítése. Ugyanis többen az ő általa leírt craniotabest igen sok esetben látták, ez azonban tévedés, mert az esetek legtöbbszörében kétségtelenül késői csontosodás volt a látszólagos craniotabes oka, és nem a csontoknak a rachitis folytán való szigetszerű lyukasodása és papirlemezszerű elvékonyodása. Ezzel azonban legkevésbé sem akarja azt mondani, hogy congenitális craniotabes nincs, mert azóta is volt négy eset a szeme előtt, a melyekben a craniotabes anatómiailag obductio útján volt kimutatható. Az, hogy a craniotabes rachitises újszülötteken a nyilvarrat mentén található, míg a később támadó rachitises craniotabes a kis kutaes és lambda-varrat táján lokalizált, csak a fejnek az extra- és intrauterin életben való különböző fekvési helyzete folytán áll elő. (Bulletins de la Société de Pédiatrie, 1908 október 20.) *Bókay Zoltán dr.*

**Vaccina-gyógymód és serumkezelés leánygyermek gonorrhoeájában.** Ily czímmel közlik tapasztalataikat *William J. Butler és J. P. Long Wright*-nek elméleti megfontoláson alapuló nézete, hogy helyi fertőzésekben a vaccinnával való gyógyítás előnyösebb, mint a fertőztelenítő szerek helybeli alkalmazása, a klinikai észleletek által megerősítést nyert. *Butler és Long* gonorrhoeában szenvedő 25 leányon alkalmazták a vaccinát s a kezelés tartama alatt másnapként meghatározták az opsonin-indext. A gonococcusvaccina egy vagy több gonococustörzsből készült culturából áll, melyet physiologiai konyhasóoldatban suspendálnak, előlnek s állandósítanak. Vaccina alkalmazásakor minden helybeli kezelést mellőztek. Kezdetben a kezelést 1—2 millió elhalt gonococussal indították meg, később átlag 10—20 millió gonococust használtak fel a vaccinatióhoz, de felmentek 100 millióból készült vaccinaig is. Általános reactio a beteg szervezete részéről csak egy esetben állott be, 50 millió elhalt gonococcus beoltása után, a midőn néhány órával később helybeli és általános reactio mutatkozott, csaknem 40 C° lázzal, szapora pulussal stb. Az oltás helyén a ezomb külső oldalán tallérnyi, intenzive vörös, érintésre fájdalmas, vörös folt támadt lymphangoitis kíséretében; ez azonban 24 óra múlva elmúlt azon feltűnő jelenség mellett, hogy az igen bő vaginalis kifolyás 24 óra alatt megszűnt s a fedőlemezkészítményekből a gonococcusok eltűntek; később a folyás visszavert s megmaradt. Ugyanezen gyermek egy második ugyanoly erős adagot reactio nélkül tűrt el. A helybeli reactio, mely vaccinatio után rendszeren beállott, hasonlított a *Pirquet*-féle reactióhoz. Füllérnyitallérnyi érzékeny indurált folt képződött az oltás helyén 24—48 órával az oltás után. Az oltás környéke néha oly vörös volt, hogy égési sebhez hasonlított. Gyógyítás céljából a leghatásosabb adag az volt, mely a beteg indexének legerősebb emelkedését hozta létre, mert tapasztalat szerint a klinikai tünetek javulása tiszta gonococcus-infectio esetén párhuzamosan haladt az index emelkedésével. Az oltás ismétlésének idejét az immunitás görbéjének újabb esése határozza meg. A szerzők összehasonlítás céljából 4 egészséges gyermek átlagos phagocytaszámát határozták meg, és ha a betegnél az index ezen alul van, az oltás végzésének indicatioja fennáll. Megfelelő adag beoltása után az index vagy gyengén, vagy jelentékenyen emelkedik. A fokozatos emelkedés tovább szokott megmaradni, mint a meredek felszökés, mert az utóbbit gyakran követi az index hirtelen esése; tapasztalat szerint az oltás 5—6 naponként ismétlendő. Úgy látszott, hogy nem volt jelentékeny különbség a között, ha a vaccinát többféle eredetű gonococustörzsből

nyerték, vagy ha csak 1 törzsből készítették. 12 acut eset közül 9-ben gyógyulás állott be, vagyis a váladék teljesen elapadt és legalább 3—4 gonococcusvizsgálat, 3—4 napi időközökben ismételve, negatív volt. Ezen esetek átlag 43 napig állottak kezelés alatt. A három nem gyógyult esetben a kezelés átlag 38 napig tartott. Kezelés alatt állott továbbá 13 chronikus leukorrhoea, köztük gyógyult 11, átlag 39 nap alatt.

Ezenkívül megkísérelték a szerzők 1 acut és 3 chronikus gonorrhoea esetében a *serum-gyógymódot*. Gonococcusserum alatt a vaccinnával ellentétben oly állatok vérsavóját kell érteni, melyeket gonococcusok beoltása által immunissá tettek. Ezen kezelés újszólván teljesen eredménytelen maradt. A serummal eredménytelenül kezelt egyik esetben 83 nap után vaccinát oltottak be 50 millió elhalt gonococusból, mire a kifolyás 2 nap alatt teljesen megszűnt, míg egy másik, serummal 81 napig hasztalanul oltott eset vaccina alkalmazása után 1 hó alatt gyógyult. Egy eset, mely gyógyulása után még több hónapig maradt benn a kórházban a bujakóros betegek osztályán, váladék nélkül s ismételt negatív górcsői lelettel bizonyítja, hogy immunitást nyert el. Átlag 5—50 millió gonococusból nyert vaccina mutatkozott leghatásosabbnak.

Az előadás utáni eszmecserében részt vettek *Churchill és Soper*, kik hasonló vaccinatiós gyógmóddal eseteikben már átlag 19 nap alatt értek el gyógyulást; eljárásuk csak abban különbözött, hogy a vaccina előállításához régebb gonococcus-törzseket használtak fel. (The Journal of the Amer. Med. Assoc. 1908 október 17.)

*Loránd dr.*

**A gyermekkori hólyagdaganatokról** ír *Rimpel* egy esete kapcsán, mely három éves fiúra vonatkozik. A szellemileg kissé visszamaradt, de különben eddig egészséges gyermek egy idő óta a vizeleskor fájdalmáról panaszkodik, egyszerre csak kevés vizeletet tud üríteni s alhasa állandóan dagadt. Kezelő orvosa kö gyanujával küldte a kis beteget a kórházba, a hol a felvétel alkalmával a hólyag a köldökig ért, a vizelet folyton esepegett, véres nem volt. Csapoláskor a hólyagszáj táján csekély ellentállás érezhető. A vizelet kibocsátása után a végbélen át való tapintáskor semmi rendelleneset sem lehetett találni. A Röntgen-átvilágítás teljesen negatív eredménnyel járt. Ellenben a cystoskopia igen szép képet nyújtott. A kifejezetten gerendázott hólyag (Balkenblase) nyaka körül cseresznyemag—mogyorónyi nagyságú kis daganatok tömege volt látható. Ezen kocsányos képletek mellett laposabban elterülő, gelatinosus, szőlőfürtszerű dudorok is mutatkoztak. A magas hólyagmetsszével kiírtott daganatok myxofibromáknak bizonyultak. A műtét 6 hó előtt történt, recidiva eddig nem mutatkozott, bár a kórjósolat kétes, mert ezen daganatok — ritkábban ugyan, mint a tiszta myxomák és sarkomák — recidivára hajlamosak.

A gyermekkori hólyagdaganatok leggyakrabban az 1—3 éves korban jelentkeznek és újszólván kivétel nélkül kötőszöveti eredetűek. *Thompson* congenitálisnak tartja őket. Leggyakrabban a hólyag nyaka körül helyezkednek el, úgy hogy leányoknál gyakran kinőnek a húgyesövön, a mi nemesak a diagnosit, hanem a kiírtást is megkönnyíti. Fiuknál a kórismét a cystoskopia dönti el. A vizelet rendszerint nem véres, mert maga a hólyag nyálkahártyája nem afficiált. Igen szemebetűnő azonban a vizeletretentio. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1908. 43. sz.) *Vas Jakab dr.*

**Az egészséges és az icterusos újszülött vérsavójának haemolysises képességét** tanulmányozta *Mensi*. Vizsgálatait 3 normális és 8, az icterus legkülönbözőbb fokait mutató újszülöttön végezte. Az újszülöttek 3—35 naposak voltak, 2 közülök mesterségesen, a többi vegyesen tápláltatott. A vért közvetlenül venae-punctiával nyerte; a vizsgálat a szokott módon történt. A haemolysis minden esetében 10—15 perc múlva kezdődött; a haemolysis teljes beálltatá illetőleg lényeges különbségek az egészséges és icterusos csecsemők vérsavója közt nem voltak. Ezen lelet határozottan megingatja a *Hofmeier-Silbermann*-féle theoriát az icterus neonatorum létrejöttét illetőleg, mely vörösvérsejtek tömeges elpusztulását tételezi fel. Hasonlóképen nem talált különbséget vegyesen és kizárólagosan mesterségesen táplált csecsemők közt, mely észlelet *Moro* és *Honigmann* ezirányú tapasztalataival egyenes ellentétben áll. (La pediatria, 1908. 10. sz.) *Faludi Géza dr.*

## Vegyes hírek.

A Stefánia-kórház negyedszázados jubileumához. Lapunk mai számát kész örömmel bocsátottuk a Stefánia-kórház alapítása 25. évfordulóját ünneplő tudományos cikkek rendelkezésére s a magunk részéről szívvel-lélekkel hozzájárulunk ehhez az ünnepléshez. Valóban nem sok olyan, magánosoktól alapított és fenntartott emberbaráti intézményünk van, a melynek működése nyomán ennyi áldás fakadt volna. Mennyi életet mentettek meg, mennyi szenvedést enyhítettek, mennyi könyvet töröltek le e negyedszázad alatt az illóí-úti házban! De a Stefánia-kórház ünnepe több, mint egy egyszerű humanitárius intézmény jubileuma. Ünnepe ez a magyar orvostudománynak is; mert valóban büszkéek lehetünk arra a tudományos szellemre, a mely e kórházban honol, s arra az értékes, külföldön is méltányolt tudományos productiv munkára, a mely alapításától kezdve napjainkig szakadatlanul folyt és folyik ez intézetben. A Stefánia-kórház nevet a Bókay névvel együtt ismerik a föld kerekéségén mindenütt, a hol gyermekorvosok vannak. A Stefánia-kórháznak első jubileuma alkalmával nem kívánhatunk jobbat, mint hogy mindig olyan önzetlen, lelkes és kiváló vezetői legyenek, mint a milyen volt az alapítója s mint a milyen a mostani vezetője.

Az Orvosi Hetilap szerkesztői.

**Kinevezés.** *Galgóczy Arnold* dr.-t Kiskundorozsmára járásorvossá nevezték ki. — *Gál Farkas* dr.-t a szilágycséli járás orvosává nevezték ki. — *Nisponzky Béla* dr.-t a székesfőváros főpolgármestere a jobbpárti kórházakhoz alorvossá nevezte ki. — *Kern Frigyes* dr.-t a belügyminister a szombathelyi állami gyermekmenhelynél a másodorvosi teendő ellátásával bizta meg.

**Meghalt.** *Raksányi Árpád* dr., a szigetvári vármegyei kórház igazgató-főorvosa, 46 éves korában, január 5.-én. — *Vajda Károly* dr. bőhőnyei körorvos 60 éves korában.

**Hutinel-nek,** a párisi „Hospice des Enfants assistés” érdemdús igazgató főorvosának az egyet. gyermekgyógyászati tanszékre való kinevezetése alkalmából tanítványai és tisztelői *Paul Richer* által készített, művészi értékkel bíró érmet nyújtottak át. Az érmet egyik felén *Hutinel* profija látható, másik fele pedig szintén *Hutinel*-t ábrázolja egy gyermek vizsgálása közben. November 22.-én a párisi orvosi fakultás számos kétünosége gyűlt egybe *Hutinel* ünneplésére. Az értékes *plaque*-et *Landouzy* prof., mint a mozgalom vezetője, lelkes szónoklat kíséretében nyújtotta át az ünnepeletnek.

Az angol-amerikai gyermekorvostani tudományt nagy veszteség érte két kiváló képviselője: *Henry Ashby* (Manchester) és *James Park West* (Bellaire) halálával. *H. Ashby* hosszú időn keresztül főorvosa volt a manchesteri gyermekkórháznak és *Wright* sebészszel együtt nagy munkát irt „Gyermekbetegségek gyógykezelése” címén, mely mű nagy elterjedésnek örvend s 1905-ben az 5. kiadást érte meg. — *Park West* 50 éves korában erysipelásban halt meg; hosszú idő óta az „Archives of Pediatrics” munkatársa volt és állandóan tevékenyen részt vett az amerikai gyermekgyógyászati társaság összejövetelein.

**Clemente Romano** dr. a nápolyi egyetem orthopaediai tanszékére rendkívüli tanári minőségben kinevezetett.

Az American medical Association 1909 június havában Atlantic City-ben tartja évi ülését. A gyermekgyógyászati szakosztály elnöke *Thomas S. Southworth*, titkára pedig *W. W. Butterworth*.

**P. Estevez** (*Grancher* professor unokaöccse) 100,000 frankos alapítványt tett a gyermekkori tuberculosis prophylaxisát szolgáló intézmények létesítése javára. Nyolcz ilyen intézmény fogja a bőkezű adakozó nevével viselni.

Rómában szegény gyermekek ellátásáról gondoskodott *Rossi-Doria*, a hygieniai ügyekkel megbízott városi tanácsos. Egy gyermekorvosokból és nőgyógyászokból alakult bizottság (*Concetti, Spolverini, Pagliari, Ciccolli*) lesz hivatva rendszabályozni az újszülött-, csecsemő- és gyermekvédelmet az olasz fővárosban. Tervbe van véve egy csecsemő-osztály és csecsemő-rendelés létesítése tejkonyhával egybekötve.

A párisi Sociétés de Pédiatrie tisztikarát a következőkép állapította meg a f. évre választás útján: elnök *Variot*, alelnök *Ch. Leroux*, titkár *M. Apert*, pénztáros *M. Hallé*.

A párisi Sociétés de Pédiatrie 1908 december 15.-én tartott ülésén lelkesedéssel fogadta el *Hutinel* tanár indítványát, hogy 1910-ben a francia fővárosban nemzetközi gyermekorvos-congressus rendeztessék.

Kiváló szaktársunk *Weill* tanár Lyonban a becsület-rend lovagjává avattatott.

**D'Espine** tanár Genfben a gyermekgyógyászat tanárává nevezetett ki.

A párisi orvos-akadémia *Roger*-díját, mely 2500 frankot tesz ki, a gyermekgyógyászat terén oly nagy érdemekkel bíró szaktársunk, *Marfan* tanár nyerte el.

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

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

**Justus Dr. bőrbajosokat** gyógyító intézete. Budapest, IV., Károly-körút 14. Fürdők, sugaras gyógyítás, fizikális gyógymódok.

**Kopits Jenő dr.** testgyejesítő intézetét VIII., Gyöngyútkút-utca 14. sz. alá (Rókus-kórház közelébe) helyezte át.

**Dr. MÜLLER VILMOS** a tátraházi tüdőbeteg-sanatorium főorvosa **SAN-REMOBAN** (Corso Garibaldi 25) rendel. Prospektus

**Orvosi laboratórium:** Dr. Mátrai Gábor v. egyetemi tanársegéd. Andrassy-út 50 (Oktogon-tér). Telefon 26-96.

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

**Reiniger, Gebbert & Schall**

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

**DR. RINGER** elme- és kedélybetegek gyógyintézete nők és férfiak részére. Budapest, I. ker., Lenke-út (Kelenföldi villamos megálló).

**Dr. GARA GÉZA, Meran.** SANATORIUM. PROSPECTUS.

**ERDEY Dr. Sanatoriuma** Budapest, IX., Bakács-tér 10. Nőbetegek és szülők részére.

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

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

## PÁLYÁZATOK.

1255/1909. sz.

Somogy vármegye szigetvári közkórházánál az igazgató-főorvosi állás elhalálózása folytán üresedésbe jövén, ezen állásra a pályázat kiíratik.

Az igazgató-főorvos javadalmazása évi 2800 korona fizetés és 500 korona lakbér, az állás nyugdíj jogosultsággal jár.

A pályázók tartoznak az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ának megfelelően egyetemes orvostudori oklevelüket, legalább is 2 évi valamely klinikán, vagy nagy kórházban eltöltött gyakorlati időről szóló bizonyítványukat bemutatni, megjelölve, hogy a kinevezésnél műti oklevél, vagy nagyobb sebészeti és szülészeti osztályokon eltöltött szolgálati idő előnyt biztosít.

Felhívtnak mindazok, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy a fentjelzett képesítés, illetve minősítés igazoló okmányaikkal felszerelt és egykoronás bélyeggel ellátott kérvényüket alulírott alispáni hivatalhoz f. évi január hó 31.-éig bezárólag okvetlen nyújtsák be, mert a később beérkező pályázati kérelmek figyelembe vételni nem fognak.

Kaposvár, 1909. évi január hó 14.-én.

Az alispán.

862/909. sz.

A diósgyőri m. kir. vas- és acélgyárnál újonnan rendszeresített két gyárforvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Az egyik gyárforvosi állás székhelye Diósgyőr-gyártelep. Ezen állással az állami vasgyárak hivatalnokai részére érvényben levő VIII. fizetési osztály 3. fizetési fokozata szerinti 2300 korona évi fizetés, 200 korona fűtési átalány, természetbeni lakás és az fizeteredményhez képest változó, az évi fizetésnek körülbelül 45%-át kitevő jutalék élvezete van egybekötve.

Az állást elnyerő orvos egy évi megfelelő próbaszolgálat után véglegesítettik.

A másik gyárforvosi állás székhelye Miskolcz.

Ezen állással 2300 korona évi, szerződéses tiszteltdíj és 1200 korona évi fuvarátalány élvezete van egybekötve és köteles a kinevezendő orvos Miskolcz város felső a Luther-térről felfelé eső részében lakni.

Felhívom azon okleveles, egy évi kötelező kórházi gyakorlattal bíró orvosokat, kik ezen állások egyikét elnyerni óhajtják, hogy okmányokkal (keresztlevél, oklevélmásolat, addigi működésükről kiállított bizonyítvány stb.) kellően felszerelt kérvényeiket az állás megjelölésével, melyre pályáznak, alulírott gyárfőnökséghez Diósgyőr-gyártelep f. évi január hó 31.-éig nyújtsák be.

A hirdetett állások kinevezés után azonnal elfoglalandók.

Diósgyőr, 1909. évi január hó 10.-én.

3-1

Diósgyőri m. kir. vas- és acélgyár.  
Fleischmann Győző, főfelügyelő, gyárfőnök.



4684/1908. sz.

A járáson területén levő Tatárszentgyörgy községben újonnan szervezett községi **orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek s felhívom a pályázni kívánókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában megállapított feltételeket igazoló okiratokkal felszerelt pályázati kérelmeiket hozzám az **1909. évi január hó 25. napjáig** nyújtsák be.

A választást Tatárszentgyörgy községében 1909. évi január hó 26. napján délelőtt 10 órakor fogom megtartani.

Az állás javadalmazása:

1. Törzsfizetés évi 2000 korona.

2. Lakbér évi 200 korona.

3. Látogatási díjak:

a) nappal 1 korona;

b) éjjel 2 korona;

c) az orvos lakásán történő egyszerű rendelésekért ezen díjak fele jár.

4. Halottköltséget esetenként 60 fillér.

5. Húsvizsgálati teendők ellátásáért, a szabályrendeletileg megállapítandó díjak.

6. Műtétért egyezség hiányában a 135.000/1900. számú belügyministeri rendeletben a IV. fokozat szerint megállapított díjak fele jár.

A l s ó d a b a s, 1909. évi január hó 12.-én.

2-1

ifj. Teszary László, főszolgabíró.

A 151.347/908. sz. belügyministeri rendelet folytán a lipótmezei m. kir. állami elmeorvóintézetnél megüresedett **másodorvosi állásra** újból pályázat hirdetik.

Ezen állás 1600 korona évi fizetés, I. osztályú élelmezés (bor nélkül), egy bútorozott szobából álló szabad lakás, továbbá fűtés és világítás (vezetével van egybekötve).

Felhívom azon orvostudor urak, a kik a hirdetett állást elnyerni óhajtják, 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 címzendő folyamodványaikat az alulírt igazgatóságnál **1909. évi január hó 31.-éig** nyújtsák be.

Budapest, 1909. évi január hó 9.-én.

2-1 A Budapest-lipótmezei m. kir. állami elmeorvóintézet igazgatója.

19/1909. kórh. sz.

Kisküküllő vármegye közpórháza kibővítésével kapcsolatosan **műtő osztályos főorvosi állás** rendszeresítése van megindítva.

A kinevezendő műtőorvostól legalább is 2 évi sebészeti és egy évi nőgyógyászati klinikai gyakorlat s irodalmi működés kívánatik meg. Az állás iránt érdeklődő kartárs urak előzetes tájékoztató végett forduljanak a kórház igazgatójához.

Dicsőszentmárton, 1909. évi január hó 6.-án.

2-1

Szöcs Mózes dr., kórházigazgató.

Elhalálozás folytán megüresedett a baglyasaljai bányagazgatóságnál a **bányaorvosi állás**, melyre ezennel pályázat hirdetik.

Javadalmazás 2800 korona évi fizetés, szabad lakás fűtéssel, rendszeresített világítás és január hóban kettős havi fizetés. Pályázni szándékozók felhívom, hogy kérvényeiket ez év **február hó 15.-éig** terjesszék be.

Eszakmagyarországi egyesített köszénbánya- és Iparvállalat R.-T. társulási elnöksége  
Baglyasalja u. p. Salgótarján.

2-1

Lemondás folytán megüresedett a mizserfai bányagondnokságnál a **bányaorvosi állás**, mely állásra ezennel pályázat hirdetik. Javadalmazás 2800 korona évi fizetés, szabad lakás fűtéssel, rendszeresített világítás és január hóban kettős havi fizetés. Pályázni szándékozók felhívom, hogy kérvényeiket ez év **február hó 15.-éig** terjesszék be.

Eszakmagyarországi egyesített köszénbánya- és Iparvállalat R.-T. társulási elnöksége  
Baglyasalja u. p. Salgótarján.

2-1

5449/908. sz.

Alsófehér vármegye kiseneydi járásában a vingárdi **körorvosi állás** Vingárd község székhelyvel üresedésben lévén, arra pályázatot hirdetek.

Ezen közegészségügyi körhöz Vingárd, Oláhgyirbó, Gergelyfája, Spring, Drassó és Kútfalva községek tartoznak.

A körorvos évi javadalmazása:

1. 1600 korona és négyszeri, egyenként 200 koronát tevő, a nyugdíjba is beszámítandó ötödéves korpótlék.

2. Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 17. §-a értelmében megállapítandó lakáspénz — esetleg természetbeni lakás —, fuvartávlásági és látogatási díj.

A megválasztandó körorvos kézi gyógyszerész tartására fel lesz jogosítva.

Pályázók az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítést, életkort és eddigi alkalmaztatást igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket **1909. évi január hó 31.-éig** hozzám nyújtsák be, mert a később érkezőket figyelembe nem fogom venni.

A választás határidejét későbbre fogom kitűzni.

V i z a k n a, 1908. évi december hó 30.-án.

3-2

Szabó Lajos, főszolgabíró.

28.430/1908. sz.

A nagytopolesányi kórházban lemondás folytán üresedésbe jött **alorvosi állás** betöltendő lévén, ezen állásra az ügyviteli szabályzat 2. §-a alapján pályázatot nyitok.

Felhívom mindazon nőtlen orvostudorokat, a kik ezen 1500 korona fizetés-sel, lakással, fűtéssel, világítással és élelmezéssel javadalmazott és a kórházban való belakás kötelezettségével és nyugdíj jogosultsággal egybekötött állást elnyerni óhajtják, hogy kellően felszerelt kérvényeiket az ügyviteli szabályzat 4. §-ában előírt módon **1909. évi február hó 28.-áig** hozzám nyújtsák be.

Azon pályázó, a ki közszolgálatban állott és azt megszakította vagy abban-hagyta, köteles hivatalos működése időleges szünetelésének, illetőleg kilépésének okát okirattal igazolni.

N y i t r a, 1909. évi január hó 2.-án.

2-2

Az alispán.

A református Bethlen-collegium előjárósága pályázatot hirdet a Bethlen-collegium (főgymnasium, néptanítóképző és gyakorló iskola) **orvosi állására**.

Ezen állás kötelességei: a collegium összes tanulóinak a főhatóságilag megállapított „Utastás” szerinti gyógykezelése, az iskolai kórház vezetése, tanácsadás iskolai egészségügyi kérdésekben, az egészségtan tanítása a főgymnasiumban heti 2 órában és a néptanítóképzőben heti 1 órában.

Javadalma a Bethlen-collegium pénztárából évi 1300 korona havi előleges részletekben.

Felkérjük a pályázni óhajtókat, hogy pályázatukat **1909. évi január hó 20.-áig** kellően felszerelve a Bethlen-collegium előjáróságához címzetten adják be.

A pályázati kérvényhez mellékelendő: keresztlevél, orvosi oklevél, egészségtan-tanári oklevél és szolgálati bizonyítvány eredetiben, vagy hiteles másolatban.

Megjegyzendő, hogy iskolaorvosi és egészségtan-tanári képesítéssel nem bíró orvos megválasztása esetén is egyelőre csak egy-egy évi ideiglenes alkalmazásra számíthat.

Az „Utastás”, valamint a kötetendő szerződés szövege a Bethlen-collegium gazdasági irodájában a hivatalos idő alatt bármikor megtekinthető.

N a g y e n y e d, 1908. december 21.

3-3

Gáspár János s. k., főgondnok.

Fejes Áron s. k., jegyző.

## 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 hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!  
Kapható ásványvizkereskedésekben vagy a Szinye-Lipőci Salvatorforrás-Vállalatnál  
Budapest, V. Rudolfrakpart 8

## LASSNITZHÖHE Graz mellett az államvasútmentén.

Gyógyintézet idegbetegek és belső bajokban szenvedők, továbbá lábadozóknak.  
Remek fekvés, számos gyógyeszköz, mérsékelt árak, állandó orvosi felügyelet.  
A dependensekben nyári lakók is felvétetnek. Téli és nyári sport, mozgás játékok a szabadban, munkálkodás a kertben és a mezőgazdaságban. Felvilágosításul szívesen szolgál a kezelőség.  
Prospektusok díjmentesen.  
Bácskára f. év január 17.-én történt tüzkárnak a rendes üzem fenntartatik.

ALMATEIN  
NERALTEIN

Tessék mintát megrendelni!

MILÁNÓ

Lepetit. Dollfus & Gansser  
BÉCS, IX/2

Természetes forró-meleg kénes forrástó a Thermál-szálloda földszintjén.

Izszaporogatások, kő- és kádfürdők a Nagyszálloda földszintjén.

Gondos pensió. A téli fürdővadra vonatkozó felvilágosítás végett forduljon a budai Szent-Lukácsfürdő igazgatóságához.

EGGER EMULSIÓ  
KITÜNŐ CSUKAMÁJOLAJ KÉSZÍTMÉNY

## Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Hoechst M./m.

<p>Alumol. Antipyrin. Antistrepto- coccus-serum. Argonin.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Novocain</b></p> <p>egy új, minden izgató tünet nélkül ható helyi érzéstelenítő.</p> <p style="text-align: center;"><b>Legjobb cocainpótló szer.</b></p> <p><b>Novocain</b> legalább 7-szer kevésbé mérgező mint a cocain, és 3-szor kevésbé mérgező mint annak pótlószerei. Sem a vérkeringést, légzést, sem pedig a szív-működést nem befolyásolja.</p> <p><b>Novocain</b> vízben könnyen oldható, oldatai forralás által sterilizálhatók és jól resorbálódnak.</p> <p><b>Novocain</b> nem okoz sem intoxiciót, sem szöveti pusztításokat, sem utófájdalmat.</p> <p><b>Novocain</b> kitűnő sikerrel alkalmaztatik medullaris anaesthesiánál és a helyi érzéstelenítés minden alakjánál.</p>	<p>Benzonaphtol. Benzosol. Dermatol. Diphtheria- gyógyserum.</p>
<p><b>Syntheticus Suprarenin</b></p> <p>a mellékese ható elvének vegyi úton való előállítására.</p> <p>A syntheticus suprarenin kitűnik teljes tisztasága, megbízható és állandó hatása, valamint oldatainak kiváló tartóssága által. Az esetről esetre szükségelt mennyiség melegítés által sterilizálható a nélkül, hogy hatásából veszítene. A syntheticus suprarenin tehát minden esetben az organikus mellékese előtt előnyben részesül.</p> <p>Rp.: Solut. Suprarenin. hydrochloric. synthetic. (1:1000) 5 és 10 kem.-es üvegekben.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Trigemin</b></p> <p>a közvetlen agyidegek fájdalmas izgalmainál kitűnően bevált analgetikum,</p> <p>így trigeminus és occipitalis neuralgiáknál, fül-, fej- és fogfájásoknál. Specifikum periositis, pulpitis, neuritis, valamint ama fájdalomknál, melyek a pulpa feltárására vagy étető pasták alkalmazása után szoktak fellépni.</p> <p>Adagja: 2-3 gelatincapsula à 0.25 gm.</p>	
<p>Emanosal. Eujasanol. Holocain. Hypnal.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Valyl-gyöngyök</b></p> <p>à 0.125 gm. Valyl csak a bélben oldódik, s így a gyomorra, még a legérzékenyebb betegnél sincsen kellemetlen hatással. A Valyl fokozott mértékben bírja a gyökönke jellegzetes hatását és ideges zavaroknál mint kiváló ideg- és csillapítószer vált be. Különösen javalva van: hysteria, neurasthenia, szív- és idegneurózisok, zsábák, hőszámi zavarok, migraine, hypochondria, álmatlanság és asthma nervosum eseteiben.</p> <p>Kitűnően bevált mint antidysmenorrhoeicum; továbbá a terhesség és a klimakteriumban jelentkező panaszoknál. — Adagja: 2-3 Valyl-gyöngy 2-3-szor napjában. Minden eredeti üvege 25 drb piros Valyl-gyöngyöt tartalmaz.</p>	<p>Lagtophenin. Lysidin. Meningococcus- Serum.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Arsacetin</b></p> <p>Ehrlich titkos tanácsos előírása szerint készült;</p> <p>teljesen arsenessav- és arsenavmentes és kevésbé mérgező, mint az arsenilat. Az Arsacetin oldatai tartósak és főzés által sterilizálhatók. Arsacetin klinikailag kipróbáltott bujakór, trypanosomiasis, anyagcsere- és idegbántalmaknál, anaemia, chlorosis stb. — Adagja subcut. 0.1-0, 3-0.6 gm.; belsőleg 0.05 gm., 3-4-szer, gyermekek 2-szer naponta.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Tumenol-Ammonium</b></p> <p>pótolhatatlan szer az eozematherapiánál, valamint a viszkető bőrlöbök kezelésénél.</p> <p>Mindennemű bőrbajnál sikeresen alkalmaztatott.</p> <p>Tumenol-Ammonium vízben könnyen oldódik, nem mérgező, neutrálisan reagál, izgatási tünetet nem okoz.</p>	
<p>Migraenin. Orthoform. Oxaphor. Pegnin.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Pyramidon</b></p> <p>legmegbízhatóbb antipyretikum és antineuralgikum;</p> <p>mindennemű lázak leküzdésénél, különösen gümökórnál, typhusnál, influenzánál stb. alkalmaztatik. Adagja: 0.2-0.3 gm.</p> <p>Specificum fejfájások, idegzsábák, különösen trigeminuszsábák és hátgerinczbajosok lancináló fájdalmainál; sikerrel alkalmaztatott asthmás rohamok megszüntetésére és hőszámi zavarok ellen.</p> <p>Adagja: 0.3-0.5 gm.</p> <p><b>Salicylsavas Pyramidon,</b> kiváló fájdalomcsillapító zsábáknál, esúzos és köszvényes bajoknál. Adag: 0.5-0.75 gm.</p> <p><b>Savanyú kámforsavas Pyramidon,</b> (Pyramidon bicamphoric.) kitűnő eredménnyel használtatik phthisikusoknál a láz és izzadságelválasztás leküzdésére. Adag: 0.75-1.0 gm.</p>	<p>Sajodin. Tetanus- Antitoxin. Tuberkulin. Tussol.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Anaesthesin</b></p> <p>helybeli anaesthetikum, biztos, hosszantartó hatással, absolute nem izgató és nem mérgező, külső és belső használatra. Javalt mindennemű fájdalmas sebeknél és bőrlöbökknél, gümös és bujakóros gége- és légesőfekélyeknél, ulcus és carcinoma ventriculi, vomitus gravidarum, gyomorhyperaesthesia, tengeri betegség stb. eseteiben.</p> <p>Adagja: 0.3-0.5 gm. napjában 1-3-szor.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Albargin</b></p> <p>(Gelatoze és arg. nitricum vegyülete.)</p> <p>Absolut biztos, erősen baktericid, de még sem izgató antigonorrhoeicum.</p> <p>Sikeresen bevált a gonorrhoea heveny és idült alakjánál; hólyagosásnál, idült Highmorüreg-genyedéseknél, a vastagbél megbetegedésénél, a szemészeti gyakorlatban és mint prophylactikum 0.1-2.0% vizes oldatban.</p> <p style="text-align: center;">===== <b>Használata olcsó.</b> =====</p>	
<p style="text-align: center;">Irodalom és minták az orvos urak rendelkezésére állanak. <span style="float: right;">A</span></p>		

# 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 és Temesváry Rezső szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEGKÓRTAN Babarczy-Schwartz Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3-4 szám. UROLOGIAI SZEMLE Illyés Géza szerkesztésében 4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

## TARTALOM:

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

**Wenczel Tivadar:** Közlés a budapesti egyetemi I. sz. női klinikáról. (Tanár: Bársony János dr.) A prophylactikus lábrafordításról a szülészeti gyakorlatban. 79. lap.

**Szabóky János:** Közlés a fő- és székvárosi bakteriologiai intézetből (igazgató Vas Bernát dr. egyetemi magántanár) és a székesfővárosi szt. István-kórház VIII. orvosi osztályából (főorvos Diebala Géza dr. egyetemi magántanár). Praecipitációs vizsgálatok gümőkór esetében. 81. lap.

**Rejtő Sándor:** A gyermekkori középfülhurutok oktanához. 82. lap.

Beszámoló a XIV. szűnidei orvosi cursusról. 83. lap.

A tuberculosis elleni küzdés. 84. lap.

**Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Schott:** Acute Überanstrengung des Herzens und deren Behandlung. — **Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Zlatogorow:** A lysoform mint desiniciens. — **Marmorek:** A complementeltérítés. — **Belorvos-tan. K. Schöffner:** A gümőkóros polyarthritisz. — **Mendel:** A gümőkór gyógyítása. — **B. Basile:** A cirrhosis hepatisban szenvedők vesevérzései. — **Idegkórtan. Ch. Müller:** A prostituáltak psychéjének ismerete. — **Sebészet. Borelius:** Asepsises

nephrolithiasisban a nephrotomia és a pyelotomia értéke. — **Junghans:** Trichobezoar eltávolítása. — **Verth:** A narcosis előnyei mesterségesen csökkent vérkeringésnél. — **Wiener:** Cardiarák kiirtása. — **Schmidt:** A gyomor érzékenysége sósavval szemben. — **Szülészeti és nőorvos-tan. K. Franz:** A húgyutak sérülései hasúri méhrák-műtétek után. — **Börkórtan. O. Petersen:** A lupus vulgarisnak pangásos hyperaemiával való kezelése. — **Venereds bántalmak. R. Volk:** A syphilis injectiois terapiája. — **Orr-, torok- és gégebajok. Abercrombie:** Gyermekkori scarlatina után előállott légyszájpadatfűródás. — **Pülörvos-tan. Körner és Scheibe:** Az idült középfülgyenedések konzervatív gyógykezelése. — **Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Meissner:** Lágyszájgyógyítás. — **Weiss és Joachim:** A tejelválasztás fokozása. — **Reizi:** Szer cysticercus és echinococcus ellen. 85-89. lap.

**Magyar orvosi irodalom.** Magyar orvosi archívum. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság. 89. lap.

**Vegyes hírek.** — Pályázatok. — Hirdetések. 90. lap.

**Tudományos társulatok és egyesületek.** 91-94. lap.

**Melléklet.** A Farbwerke, vorm. Meister Lucius & Brüning, Höchst a. M. czég „Arsacetin“ prospectusa. — Az „Austria gyógyszer-tár“ készítményeiről szóló prospectus. — Richter Gedeon vegyészeti gyár „Hydropyryn“ prospectusa.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

**Közlés a budapesti egyetemi I. sz. női klinikáról. (Tanár: Bársony János dr.)**

**A prophylactikus lábrafordításról a szülészeti gyakorlatban.**

Irta: **Wenczel Tivadar** dr. I. tanársegéd.

Az utóbbi időben általánosan tapasztaljuk, hogy azon erősen activ jellegű operatív irány, a mely a modern gynaekológiában az anti-és asepsis, valamint a műtéti technika tökéletesedésével kapcsolatosan kifejlődött, kezd mindjobban áttérjedni a szülészeti terére is. Ennek az iránynak azután az a következménye, hogy a régi kitapasztalt és jól bevált enyhébb szülészeti eljárásoknak és műtéteknek egyike-másika a divatos activabb, súlyosabb és veszélyesebb beavatkozások mellett sokszor háttérbe kerül, sőt némely szülész gyakorlatában teljesen kiszorul a használatból. Ilyen, újabban egyesek által elhanyagolt szülészeti műtétek közé tartozik a prophylactikus lábrafordítás. Ez a körülmény indít most engem arra, hogy az ezen operációval szemben elfoglalt mai álláspontunkat ismertessem.

A prophylactikus lábrafordításról régi tapasztalás, hogy maga a fordítás, ha feltételeit szorosan betartjuk, nem nehéz műtét. A magzatvízben, vagy röviddel a burokrepedés után eltűnt vagy eltűnéshez közel tág méjszájon át a mobilis magzat megfordítása könnyű dolog. Nem is a fordítás, hanem a fordítást követő extractiója a magzatnak a nehéz része a műtétnek. Ekkor azonban az utoljára jövő fej, bár csak rövid idő alatt, de előnyösebb körülmények között configurálódhat, mint fejevégi fekvésnél az elől haladó fej. Már Simpson figyelmeztetett arra, hogy a falsontok könnyebben tolnak a nyílvarrat mentén egymás alá a lefelé tekintő állésúccsal haladó fejnél, mely ékszerűleg nyomul a medencébe; lényegesen elősegítheti az utoljára jövő fejnek a szűkületen áthaladását a segéd külső nyomása is. Mivel egyszerűen lapos medencénél harántul, mélyen álló nagy kutaeskával; egyaránt szűk medencénél

az egyik ferde átmérőben, a medence tengelyében álló kis kutaeskával; általánosan szűk lapos medencénél harántul, mélyen álló kis kutaeskával illeszkedik a fej alkalmasan a bemenetbe fejevégi fekvésnél, azért az utoljára jövő fej állását és tartását is műfogásainkkal ilyen kedvezővé tesszük azzal, hogy mélyebbre vagy kevésbé mélyre húzott állal úgy flectáljuk és forgatjuk a fejet haránt és hossz tengelye körül, a mint a medenczeszűkület alakja azt megkívánja. Természetes dolog, hogy minél kevésbé szűk a méhszáj és minél régebben folyt el a magzatvíz, annál nehezebb a dolgunk és annál rosszabb a prognózis. Először szülőknél általában mindig kevésbé biztatók az eredmények, mint többször szülőknél. Többször szülőknél a lágy szülőutak kis ellentállást gördítenek a fej elé, primiparáknál a gát, a hüvely, a talán még el nem tűnt méhszáj nem olyan engedékeny, a térarytalanság által késleltetett fej extractiója elé újabb akadályok gördülnek, az addig még életveszélybe nem jutott magzaton csupán ezen újabb akadályok adta késedelemtöbbet okozhat halálos asphyxiát. Először szülőknél ezenkívül nélkülözzük azokat a fontos tájékoztató adatokat, melyeket az előző szüléseknél nyert tapasztalatok nyújtanak. Sokkal inkább remélhetünk t. i. sima lefolyású szülést ama nőnél, kinek előző szülései szerencsésen folytak le, mint annál, kinek már előbb complicatiók mutatkoztak. Először szülőknél még azért is tartózkodóbbak vagyunk a prophylactikus műtéttel szemben, mert náluk inkább várhatjuk a szülés spontan szerencsés lefolyását a természetes erőktől, a jó méhműködéstől, mint a renyhe méhecontractiókkal szülő multiparáknál, annál is inkább, mert az első magzat rendszerint kisebb, mint az utána következők. A magzat feje és a medence közötti térvizony megállapításakor a prophylactikus lábrafordításnál is a medenczeszűkület fokára, a szűkület minőségére, a magzat fejének nagyságára és beigazodásának módjára kell tekintenünk; magától értetődik, hogy a szülés lefolyására majdnem döntő befolyással van még a szülőerők minősége is. Az ezek szerint megválogatott esetekben végzett prophylactikus lábrafordítással a szülés lefolyását lényegesen kedvezőbbé tehetjük és a magzat életét az anya nagyobb veszélyeztetése nélkül menthetjük meg. A műtét indicációját azok a szülések adják meg, a melyekben akár a szűk medence, akár a rendkívül fejlett magzat, vagy mindkét körül-

mény együttesen okoz olyan téraránytalanságot, hogy e miatt a fej beigazodása hibás vagy hiányos.

A magunk tapasztalása alapján mi a klinikán a prophylactikus lábrafordítás iránt régóta nagy bizalommal vagyunk. Már a magas fogó divatjának a korában is elleneztek a prophylactikus lábrafordítás leszorítását és nem fogadtuk el a magas fogó akkori lelkes pártolójának azt az ajánlatát, hogy a prophylactikus lábrafordításra alkalmas időben a beavatkozást mulasztjuk el szándékosan, hogy szükség esetén azután, t. i. ha a szülőerők az akadályokkal szemben elégtelennek bizonyulnának, alkalmazhassuk Tarnier műszerét. Elismertük ugyan azt, hogy a hol a szándékolt prophylactikus lábrafordítás a szülő nő későn jelentkezése, vagy egyéb okból elkésett, a várakozás, a természetes szülőerőkben való bizakodás pedig kimerült, ott az élő fej megfűrése előtt mindenütt indikált a magasfogókíséreltet, mint vitális okból való, bár súlyos, de sokszor hasznos kiegészítő eljárás; azonban a még idején véghezvitt prophylactikus lábrafordítást az anyára is, a magzatra is, sőt a műtőre nézve is könnyebb és enyhébb szülészeti beavatkozásnak tekintettük.<sup>1</sup>

Az utóbbi években leginkább a medencegyűrű operatív tágitása, nevezetesen a hebesteotomia műtéte szorítja háttérbe a prophylactikus lábrafordítást. A modern műtők egy csoportja a hebesteotomia iránti nagy elragadtatásában a prophylactikus lábrafordítást teljesen elveti, pl. Bumm. Krönig is azt tartja róla, hogy a prognoszt az anyára és a magzatra egyaránt inkább rontja mint javítja; Menge meg már annyira lekicsinyeli ezt a műtétet, hogy „unwissenschaftlich“-nak nevezi és azt írja az operációról, hogy „Sie hat sich überlebt“. A hirneves szülészek közül mások azonban, bár általában a pubiotomia iránt elismeréssel vannak és a prophylactikus lábrafordítást valamivel szűkebb határok közé szorítják, de nem küszöbölik ki teljesen a használatból. Például Schauta, noha a prophylactikus lábrafordítást már régi idők óta fogva csak a kiváltképpen megválogatott esetekben használja, „arra azonban, hogy teljesen elvesse, mint a hogy azt egyes úgynevezett legmodernebb műtők akarják, sohasem fogja magát elhatározni.“<sup>2</sup> Olshausen egyik cikkében<sup>3</sup> a pubiotomia méltatása mellett annak veszedelmeit is egészen elfogulatlanul itéli meg és a prophylactikus lábrafordítást ugyan nem abból a szempontból pártfogolja, a mely szempontból azt eredetileg ajánlották és még most is kiterjedten használják, hogy tudniillik vele minél több magzatot mentsenek meg, de csak az anya érdekében ajánlja és abból a célból használja, hogy általa a szülő nő lágy szülőcsatornáját a hosszas szüléstől megkímélje, a tartós fejnymástól megszabadítsa. Peham Chrobak klinikájáról közölt munkájában a hebesteotomiát az anyára nézve ugyancsak veszélyes, de azért „leistungsfähig“ operációnak tartja, egyben pedig a szigorúan megválogatott esetekben a prophylactikus lábrafordítás jogosultságát és értékességét is nagyon elismeri és méltányolja.<sup>4</sup>

Ha általánosságban véve a hebesteotomia kiterjedt irodalmán elfogulatlanul tekintünk végig, a műtétnek a magzatra vonatkozó előnyei mellett annak az anyára nézve számtalan veszedelmét látjuk; például Herff egy újabb cikkében (Der Blasenriss bei der künstlichen Frühgeburt) az irodalomból összegyűjtött 664 hebesteotomiánál a következő complicatiókat (szerinte „Sündenregister“-t) sorolja fel: 510 szülésnél 15<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ban jelentékeny vérzést láttak; 664 asszony közül 0.3<sup>0</sup>/<sub>0</sub> vérzett el. 510 esetben 17<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ban haematomák, 15.4<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ban súlyos repedések (ezek közül 12.6<sup>0</sup>/<sub>0</sub> halálos kimenettel), 18<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ban a lágy szülőrészek egyszerű sérülései, 12<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ban hólyagsérülések, 8<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ban thrombophlebitisek keletkeztek. 120 utólag megvizsgált asszony közül 7<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ban a csont-hasadékban támadt herniákat, 24<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ban hüvelysúlyedéseket, 4<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ban hólyagincontinentiákat találtak. 664 anyának 4.9<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-a halt meg. Ezek mellett még a magzatok mortalitásának is annyira jelentékeny százalékát látjuk (Herff összeállításában 9.6<sup>0</sup>/<sub>0</sub> magzat pusztult el), hogy ilyen fenyegető súlyos complicatióknak a láttára, melyekhez még a saját klinikai pubiotomiáink kedvezőtlen eredményei is hozzájárulnak, mi a műtéttel szemben bizonyos tartózkodással

vagyunk és olyan beavatkozásnak tekintjük, a mely mint műtét kivételében egészen könnyű, esélyei azonban kiszámíthatatlanok, az eredménye pedig mindenkor kérdéses. Ezeknek az alapján az a meggyőződésünk, hogy a hebesteotomia, bár meg fog maradni a szülészeti therapiában, de távolról sem olyan sorozatokban, mint a hogy azt ma némelyek végeznek és hogy kizárólag a klinikák tulajdona marad s nem a magángyakorlaté.

A prophylactikus lábrafordítást illetőleg abban a szerencsés helyzetben vagyok, hogy különös alkalmam volt e téren értékes tapasztalatokat gyűjteni. Hogy okom van a műtét érdekében szót emelni, azt például fényesen bizonyítja a következő eset is, melyet addig, a míg nagyobb sorozattal lesz szerencsém beszámolni, érdemesnek tartok argumentumképen közzétenni.

A hivatalosolga 25 éves neje első havi baját 17 éves korában kapta meg, a mely 4 hetenként 3—4 napi tartammal jelentkezett; utolsó havi bajára nem tud pontosan visszaemlékezni. Negyedszer szülő nő. IP. 4 év előtt volt, abortus a 3. hónapban. IIP. 3 év előtt a klinikán, a midőn a méh alsó szakaszának a kezdődő elvékonyodása miatt a lázas asszonyon a bemenetben rögzített fej, Nägele-féle obliquitas, mélyen álló kis kutaeska mellett magasfogókíséreltet után az élő magzat fejének a megfűrésevel fejeztük be a szülést (a leánymagzat 50 cm. hosszú, súlya agy nélkül 3225 gramm). IIP. 1 év előtt folyt le a klinikán kívül, orvosi segély mellett, állítólag medencevégű nehéz szülés, halott magzattal. A gyermekágyak rendszeren folytak le. Szülőfájásai 12 óra óta vannak, ezen IV. születekor a következő állapottal vettük fel a klinikára: Sűrű, erős fájások, hőmérsék 37.3, érverés perceként 64. A nő 141.5 cm. magas, súlya 57.5 kgm., a has kerülete 99 cm. Medence méretek: Spina ant. sup. 25 cm., cristák 26.5 cm., conj. ext. 16.5 cm., conj. diagonalis 10.0 cm., conj. vera 8.5 cm., sp. post. sup. 9.5 cm. Általánosan szűk, lapos, rhachitises, II-od fokban szűk medence. A magzat feje magasan a bemenet fölött mozgatható. II. koponyafekvés, jó magzati szívhangok. A portio vaginalis elsimult, a méhszáj 4 ujnyui, ép burok. A prophylactikus lábrafordításnak typosus indicatiója állván fenn, hozzáfogunk. A fordítás után a magzat extractiója meglepetést keltő módon könnyen sikerül; utána a 1.5 cm. hosszú gátrepedésen kívül semmi más sérülést az asszonyon nem találunk. A leánymagzat 49 cm. hosszú 35.5 cm. fejkerülettel, súlya 3500 gm., teljesen ép, egészséges, jobboldalt a koronavarrat mentén csurgaszerű sekély bemélyedés. A szülés után a 10. napon az anya is, a magzat is egészségesen hagyja el a klinikát.

Az asszony abban az időszakban került felvételre az intézetbe, a midőn a szükséges műszerekkel ellátva vártuk a hebesteotomiára való születeket. A véletlen következtében épen akkor Bársony tanár távol lévén, engem bizott meg az intézet vezetésével, úgy, hogy egymagam igazgatván a klinika ügyeit, talán még nagyobb aggálylyal latolgattam az akkortájt szóba került műtétek esélyeit. A leirt esetben a másodfokú medenczeszűkületnél az említett súlyos születek után spontán szerencsés lefolyást nem várhatván, két módja a műteti segítségnek állott szemem előtt: vagy felhasználom a prophylactikus lábrafordítás feltételeit és fordítok, vagy pedig szándékosan elmulasztom ezt a beavatkozást és a hebesteotomiára készülök elő. Bár a hebesteotomiára igen kínálkozóak voltak a viszonyok, mégis nagy felelősségem érzetében inkább a prophylactikus lábrafordításra határoztam el magamat azért, mert ezt a műtétet már régen kitapasztaltam, jól begyakoroltam. A műtét menete és az eredménye azt hiszem jól támogató adatot szolgáltat annak az igazolására, hogy a hebesteotomia ez idő szerint még nem alkalmas arra, hogy, mint némely hyperactiv műtő szeretné, teljesen kiküszöbölje a prophylactikus lábrafordítást a használatból.

A hebesteotomia a prophylactikus lábrafordításon kívül a művi koraszülésnek és a magas fogónak is erős riválisa lévén, egyik-másik szülés azokat is gyakorlatában hasonló módon teljesen kiszorítani igyekszik a szülészeti műtétek sorából. Ez alkalommal eme másik két műtetre nem akarok kiterjeszkedni, csak Herffnek már előbb idézett és e kérdésben legjobban tájékoztató cikkére óhajtok még egyszer rámutatni. Ebben a cikkben Herff a művi koraszülés kimerítő méltatása alkalmával oda concludál, hogy a klinikáknak első sorban az a kötelességük, hogy a magángyakorlatra alkalmas, a közkínészet képező szüléskedést tökélete-

<sup>1</sup> Wenczel Tivadar: Huszonhat magasfogóműtét. Gynaekologia, 1903. 4. sz.

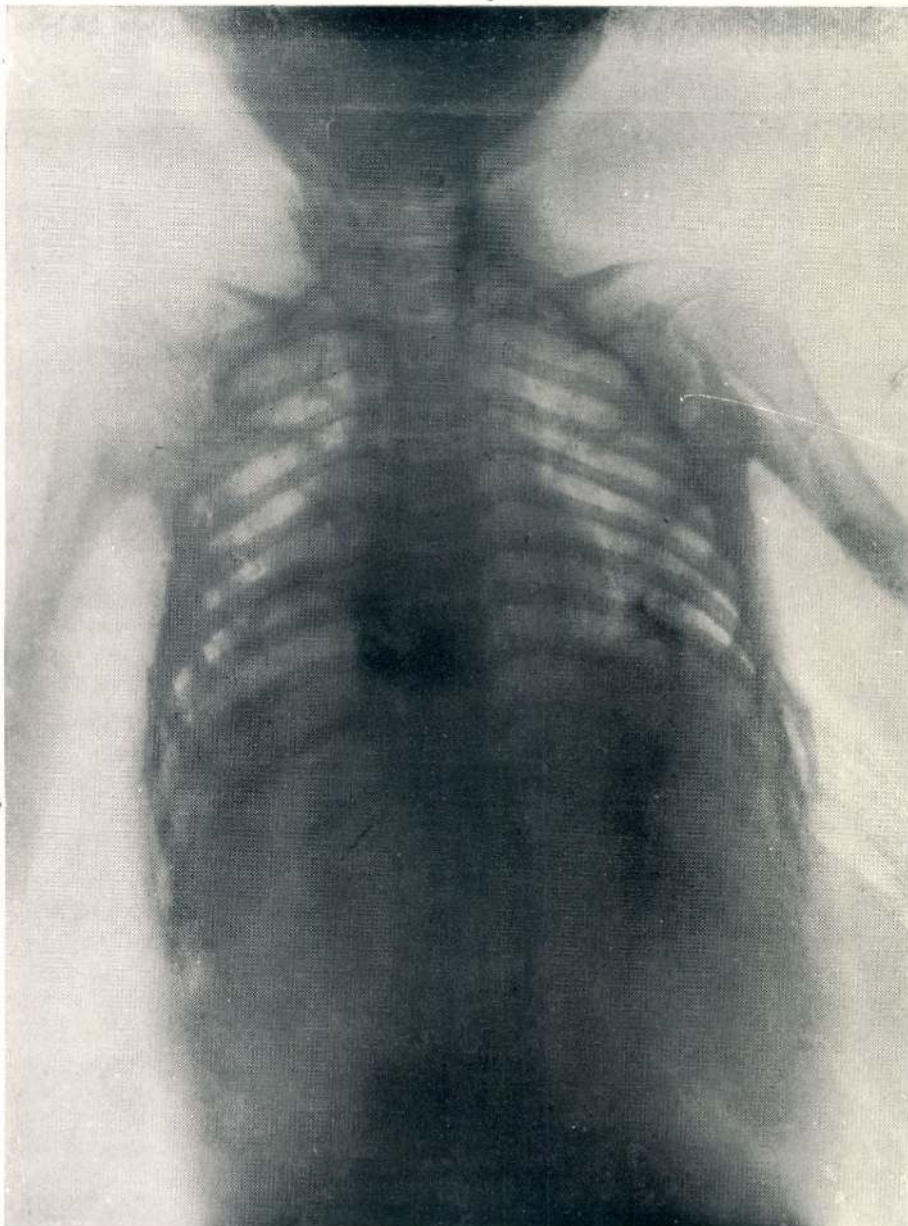
<sup>2</sup> Bürger: Die Geburtsleistung bei engem Becken.

<sup>3</sup> Über die Geburt bei engem Becken und ihre Behandlung. Berliner klinische Wochenschrift, 1908. 1. sz.

<sup>4</sup> Peham: Das enge Becken.



5. ábra.



6. ábra.

1875

1875

sítsék, egyszerűsítsék és tanítsák. Herff-nek ezen conclusiójához nemcsak a művi koraszülés, de a prophylactikus lábrafordítás szempontjából is teljesen esatlakozván, abban a meggyőződésben vagyunk, hogy a prophylactikus lábrafordítás a magánygyakorlatban nem is riválisa a hebesteotomiának, mert ott e műtét fölött különös előnyökkel bír. Mi a klinikai praxisban is a régi bizalommal vagyunk iránta.

**Közlés a fő- és székvárosi bakteriologiai intézetből (igazgató Vas Bernát dr. egyetemi magántanár) és a székesfővárosi szt. István-kórház VIII. orvosi osztályából (főorvos Diebolla Géza dr. egyetemi magántanár).**

### Praecipitációs vizsgálatok gümőkór eseteiben.

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

Az orvosi tudomány összes ágainak folytonos haladása mellett a korai s pontos diagnosis megejtésére irányuló eljárások is állandóan szaporodnak. Jóllehet elismerem azt, hogy ezen újabb körjelzési eljárások egy része — így typhus esetében a Vidal-reactio, lues esetében a serumreactio, a különféle sebészeti és belorvostani bántalmak eseteiben a Röntgen-átvilágítás, a vesemegbetegedésekben a vizelet s vér fagypontsúlyedésének meghatározása stb. — értékes, tény azonban mégis az, hogy a legtöbb újabb körjelzési eljárás nem teljesen megbízható. Nézzük csak a tüdőgümőkört. Azt hiszem alig van bántalom, melyben a diagnosis jókori s pontos megejtése oly fontossággal bírna mint épen a gümőkórban s a sok törekvés ellenére biztos körjelző eljárással, olyannal, melylyel a baj legkezdetibb szakában diagnosist állíthatnánk fel, még mindig nem rendelkezünk. Feltétlenül nagy haladást jelentenek az újabb diagnostikai eljárások, a Calmette-féle ophthalmoreactio, a Pirquet-féle cutanreactio, az agglutinatio, az opsoninvizsgálat, mert hiszen ezek klinikailag gyanus esetekben jó segítségül szolgálhatnak, de bizony alig hiszem, hogy valaki egyedül a Pirquet-, Calmette-reactio vagy agglutinatio alapján, esetleg az opsoninindex értéke alapján egy különben gümőkórra gyanutlan egyénen a specifikus terapiát megkezdené.

Ezek előrebocsátása után természetes, hogy mindazon újabb vizsgálati eljárásokat, így a praecipitációs vizsgálatokat is, melyek egy cél felé, a gümőkór korai s biztos körjelzésének megejtésére törekedtek, csak örömmel fogadtam.

Ezen dolgozatomban egy újabb ilyen diagnostikai eljárással, a praecipitációval foglalkozom. Diagnostikai értékesíthetősége mellett figyelmemet kiterjesztettem arra is, vajjon értékesíthető-e ezen eljárás a fertőzés bovin, illetve human jellegének felismerésére.

A praecipitin — melyet 1897-ben Kraus<sup>1</sup> mutatott ki — specifikus anyag, mely immunizálás által állapotban előállítható. Ha homológ bacillusok tenyésztésének csiramentes filtratumához specifikus immunserumot adunk, csapadék keletkezik, holott heterológ filtratummal s normális serummal ezen zavarodás nem jön létre. Ebből az tűnik ki, hogy itt valószínűleg specifikus reakcióval van dolgunk, melynél a reakciót specifikus anyagok, az említett praecipitinek hozzák létre. Ezek alapján valószínű volt, hogy a reactio ezen specicitása a tuberculosis korai diagnosisára, valamint pedig, mint azt Bonome<sup>2</sup> vizsgálatai is bizonyítják, a gümőkóros fertőzés bovin illetve human eredetének felismerésére egyaránt felhasználható. Nem akarok a következőkben bővebben foglalkozni a praecipitinekkel, sem a praecipitatio értékesíthetőségével a különféle megbetegedésekben s a törvényszéki orvostanban, hanem egyenesen vizsgálataimra térek át.

Mielőtt eredményeimről beszámolok, a vizsgálataimnál használt eljárásokat akarom röviden leírni. Vizsgálataimhoz vérsavó (praecipitáló anyag) s praecipitálandó anyag volt szükséges. Vizsgálati célokra praecipitáló anyagnak gümőkóros betegekből, gümőkóros marhákból s gümőkórral inficiált nyúlból vett vérsavót alkalmaztam. Controlcélokra pedig egészséges ember, egészséges marha s egészséges nyúl vérsavóját használtam fel. Praecipitálandó anyagnak pedig 1. tuberculossal inficiált állatoknak vagy gümőkóros embereknek, illetve állatoknak tüdejéből esetleg egyéb szerveiből készült extractumot, 2. a gümőkóros bacillusok 5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-os glycerines bouillon-culturáinak filtratumát, 3. a gümőkóros bacillusok lipoid anyagait

1/2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-os karbolizált physiologiai konyhasóoldatban feloldva, 4. a lipoid anyagoktól megfosztott bacillusok physiologiai konyhasóoldatát, 5. 1/2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-os carbolos physiologiai konyhasóoldatot, 6. tisztán physiologiai konyhasóoldatot, 7. 1/2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-os carbolos lecithinoldatot, végül 8. tiszta lecithinoldatot használtam. Praecipitációs vizsgálataimnál a következőképen jártam el. A kísérletet állandóan kétféle arányban végeztem. Az első kísérletnél a praecipitálandó oldatból 1 cm<sup>3</sup>-t s a praecipitáló oldatból 0.1 cm<sup>3</sup>-t használtam el; a második kísérletnél pedig a praecipitálandó oldatból ismét 1 cm<sup>3</sup>-t, a praecipitáló oldatból pedig csak 0.05 cm<sup>3</sup>-t vettem. A praecipitációs vizsgálatot agglutinációs üvegekben végeztem. A kétféle folyadék — melyek mindig teljesen tiszták voltak — összeöntése után vattával bedugaszoltam az üvegeket. 1/2 óra, 1 óra, 2 óra, 3 óra, 20 óra mulva minden esetben, 6 óra, 8 óra után pedig csak néhány esetben controlláltam. Erősnek akkor mondtam a praecipitációt, ha az erősebb arányban végzett vizsgálatomnál 1 órán belül, a gyengébb arányú vizsgálatomnál pedig 2 órán belül jelentkezett; közepesnek akkor, ha az erősebb arányban végzett vizsgálatomnál a praecipitatio 2 órán belül, a gyengébb arányban végzett vizsgálatomnál pedig 3 órán belül jelentkezett; gyengének pedig már akkor, ha az erősebb arányban végzett vizsgálatomnál csak 3—8 órán belül, a gyengébb arányban végzett vizsgálatomnál pedig csak 20 órán belül jelentkezett a praecipitatio. Csak azon esetben tekintettem negatívnak a vizsgálati eredményt, ha 20 órán belül praecipitatio egyáltalában nem jelentkezett.<sup>1</sup>

Azokban az esetekben, melyekben az egygyel s kettővel jelölt praecipitálandó anyagot használtam, Bonome kísérleteit ismételtam meg; azokban az esetekben, melyekben a bacillusok lipoid anyagát, illetve azoknak lipoidoktól mentes anyagát, 1/2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-os carbolos physiologiai konyhasóoldatot, illetve tisztán physiologiai konyhasóoldatot használtam, Stoerk kísérleteit controlláltam, a ki ezen kísérleteivel azt igyekezett bizonyítani, hogy a gümőkór bacillusaiban levő zsírszerű lipoid anyag a praecipitációnál ugyanazt a szerepet játszsza, mint a lecithin a lueses serumok praecipitációjánál, valamint azt is, hogy némely gümőkóros vérsavó carbololdattal is alkot csapadékot. Végül pedig azon eseteimben, a melyekben lecithint vagy karbolizált lecithinemulsiót használtam praecipitálandó anyagnak, Krausnak vizsgálatait controlláltam, ki Stoerk-ke szemben a lecithin-praecipitációnál a lecithinnek, nem pedig a carbolnak juttatja a főszerepet.

I. Vizsgálataim, melyekben praecipitálandó anyagnak gümőkórral inficiált tengerimalaczkoknak, házinyulaknak, valamint gümőkórban elpusztult embernek vagy marhának tüdejéből illetve egyéb szerveiből készült extractumot használtam. Jóllehet ilyen extractumok előállítására a különféle szerzők — Grund, Pfeifer, Wanckmann, Plaut, Korschun és Morgenroth, Wiertowski — sokféle eljárást alkalmaznak, én mégis állandóan csak a Bonome által előírt készítményt használtam. Eljárásom a következő volt: Miután a finom üvegpórral kevert, lemért mennyiségű, erősen összeaprított gümőkóros tüdőt s májat 3—4-szeres mennyiségű 6<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-os glycerines víznek lassú hozzáadása mellett összekevertem és 1/2 óráig steril gyógyszerész-tégelyben szétörzöltem; mikor az anyag már jól emulgeálódott, annak többszöri centrifugálása után a visszamaradt folyékony részt megfiltráltam; ha a többszöri filtrálás ellenére az extractum még mindig nem tisztult fel, Berckefeld-féle filteren szűrtem át. Az extractumot csak akkor használtam fel vizsgálati célokra, ha teljesen tiszta volt.

1. Vizsgálataim, hol praecipitálandó anyagnak gümőkóros emberi tüdőtől készült extractumot használtam. 21 gümőkóros s 8 egészséges egyén vérsavóját vizsgáltam; eredményeim a következők voltak:

I. szakban levő 7 beteg vérsavója 3-szor praecipitált közepesen, 2-szer gyengén, 2-szer nem.

II. szakban levő 7 beteg vérsavója 4-szer praecipitált közepesen, 3-szor gyengén.

III. szakban levő 7 beteg vérsavója 2-szer erősen, 5-ször közepesen praecipitált.

<sup>1</sup> Már itt kívánom megjegyezni, hogy ezen erős, közepes, gyenge illetve negatív jelzés nem mutatja teljes pontossággal a praecipitatio fokát, s én ezen fokozatokat csak az áttekinthetőség céljából használok.

8 nem gümökóros ember vérsavója 3-szor praecipitált gyengén, 5-ször pedig nem.

4 gümökóros marha vérsavója 1-szer praecipitált közepesen, 2-szer gyengén, 1-szer nem; 4 nem gümökóros marha vérsavója pedig 1-szer praecipitált gyengén s 3-szor nem.

Azon 5 házinyúl vérsavója közül, melyeket 6—8 héttel a vizsgálat előtt human anyaggal inficiáltam, 4 erősen s csak 1 praecipitált közepesen; azon 4 házinyúl vérsavója pedig, melyeket 6—8 héttel a vizsgálat előtt bovinanyaggal fertőztem, csak 1 praecipitált közepesen, 3 pedig gyengén; a vizsgálat előtt 6 héttel egyenlő mennyiségű bovin s human anyaggal oltott 2 házinyúl vérsavója erősen praecipitált. A nem gümökóros nyúl vérsavója 1-szer gyengén s 1-szer nem praecipitált.

2. A gümökóros marha tüdejéből és egyéb szerveiből készült extractumban 17 gümökóros beteg vérsavójának vizsgáltam a praecipitáló képességét. I. szakban levő 6 beteg vérsavója 1-szer praecipitált közepesen, 3-szor gyengén s 2-szer nem; II. szakban levő 5 beteg vérsavója 2-szer praecipitált közepesen, 2-szer gyengén s 1-szer nem; III. szakban levő 6 beteg vérsavója közül 4 csak gyengén, 1 közepesen, 1 pedig nem praecipitált. Nem gümökóros ember vérsavója 5-ször nem, 3-szor pedig csak gyengén praecipitált. Gümökóros marha vérsavója 4-szer praecipitált erősen; nem gümökóros marha vérsavója pedig kétszer gyengén s kétszer nem praecipitált.

Human anyaggal oltott négy nyúlnak vérsavója 1-szer nem, 3-szor pedig gyengén praecipitált; bovin anyaggal oltott 5 nyúlnak vérsavója 2-szer erősen, 3-szor pedig közepesen praecipitált. A vizsgálat előtt 6 héttel egyenlő mennyiségű bovin s human anyaggal oltott nyúlnak vérsavója 1-szer praecipitált közepesen, egészséges nyúl pedig 2-szer nem, 2-szer pedig gyengén praecipitált.

A vérsavó praecipitáló képességét úgy a marha mint az emberi gümökóros tüdőből készült extractumban egyaránt 12 gümökóros betegnek vizsgáltam. 2 erősebben praecipitálta a marha-gümökóros tüdőből készült extractumot, 8 erősebben praecipitálta az emberi tüdőből készült extractumot s csak 2 praecipitálta egyenlő mértékben a kétféle extractumot.

Négy gümökóros marhából vett vérsavó a gümökóros marha-tüdőből készült kivonatot praecipitálta erősebben.

A tisztán bovin anyaggal oltott 4 nyúl vérsavója 4-szer praecipitálta erősebben a gümökóros marhatüdőből készült kivonatot, a human anyaggal oltott 5 nyúlnak a vérsavója pedig 5-ször praecipitálta jobban az emberi gümökóros tüdőből készült kivonatot.

3. Vizsgálatok, melyekben gümökóros emberi köpettel oltott s gümökóros elpusztult tengerimalaczok tüdejéből készült kivonatot használtam praecipitálható anyagul. Három III. szakban levő gümökóros betegnek vérsavója 2-szer erősen, 1-szer pedig gyengén praecipitálta ezen anyagot.

Egészséges marha vérsavója 2-szer nem, 1-szer pedig gyengén praecipitálta ezen anyagot.

A bovin anyaggal oltott nyúl vérsavója 2-szer nem, 1-szer pedig gyengén praecipitált; human anyaggal oltott nyúl vérsavója 1-szer praecipitált gyengén, 1-szer erősen s 1-szer közepesen; egészséges nyúl vérsavója pedig 2-szer nem praecipitált, 1-szer pedig gyengén.

4. Vizsgálatok, melyekben tuberculisbacillus-culturával inficiált házinyulak tüdejéből készült kivonatot használtam praecipitálható anyagnak.

a) Egy kacs mennyiségű human<sup>1</sup> gümökóros bacillus-culturával 10 hét előtt inficiált házinyulak tüdejéből készült kivonaton végzett praecipitációval 20 gümökóros beteg vérsavóját vizsgáltam. I. szakban szenvedő beteg nyolcz vérsavója 2-szer praecipitált erősen, 3-szor közepesen, 1-szer gyengén s 2-szer nem; II. szakban levő 5 beteg vérsavója 2-szer praecipitált erősen, 2-szer közepesen, 1-szer gyengén; III. szakban szenvedő 7 beteg vérsavója pedig 3-szor praecipitált erősen, 3-szor közepesen, 1-szer gyengén. Nem gümökóros egyén vérsavója 2-szer nem praecipitált.

Human anyaggal 6 hét előtt inficiált nyúl vérsavója 2-szer praecipitált erősen s 1-szer közepesen; bovin anyaggal 6 hét előtt

inficiált nyúl vérsavója 1-szer praecipitált közepesen s 3-szor gyengén; vegyes anyaggal (6 hét óta) inficiált nyúl vérsavója pedig 1-szer praecipitált erősen.

b) Egy kacs mennyiségű bovin gümökóros bacillus-culturával 10 hét előtt inficiált házinyulak tüdejéből készült extractumban végzett praecipitációval 18 gümökóros beteg vérsavóját vizsgáltam. Az első szakban levő 4 beteg vérsavója közül 3 praecipitált közepesen, 1 gyengén; második szakban levő 5 beteg vérsavója közül 1 praecipitált erősen, 2 közepesen, 1 gyengén s 1 nem; harmadik szakban levő 9 beteg vérsavója közül pedig 6 praecipitált erősen, 1 gyengén, 2 nem. Nem gümökóros emberi vérsavó 1-szer praecipitált gyengén, 1-szer pedig nem.

Human anyaggal (6 hét előtt) inficiált nyúl vérsavója 2-szer nem praecipitált, 1-szer pedig gyengén; bovin anyaggal (6 hét előtt) inficiált nyúl vérsavója 3-szor praecipitált erősen, 1-szer pedig gyengén; vegyes anyaggal (6 hét előtt) inficiált nyúl vérsavója egyszer praecipitált erősen.

c) Egyenlő mennyiségű bovin és human gümökóros culturával 10 hét előtt inficiált házinyulak tüdejéből készült kivonaton végzett praecipitációs kísérlettel 17 gümökóros beteg vérsavóját vizsgáltam: első szakban levő 7 beteg vérsavója 3-szor praecipitált közepesen s 4-szer gyengén; második szakban levő 4 beteg vérsavója 1-szer praecipitált erősen, 1-szer közepesen s 2-szer gyengén; harmadik szakban levő 6 beteg vérsavója pedig 4-szer praecipitált erősen s 2-szer közepesen. Egészséges ember vérsavója 2-szer nem praecipitált.

Human anyaggal (6 hét előtt) inficiált nyúl vérsavója 1-szer praecipitált közepesen, 1-szer erősen; bovin anyaggal 6 hét előtt inficiált nyúl vérsavója 1-szer praecipitált közepesen, 2-szer erősen; vegyes anyaggal 6 hét előtt inficiált nyúl vérsavója pedig 2-szer praecipitált erősen.

Azon gümökóros betegekől vett 22 vérsavó közül, melyeknek praecipitáló képességét úgy bovin, mint human anyaggal előzőleg (10 hét előtt) inficiált nyúl tüdejéből készült kivonaton egyaránt vizsgáltam, 5-ben volt erősebb a praecipitatio az előzőleg bovin, 8-ban az előzőleg human anyaggal inficiált nyúl tüdejéből készült kivonaton; mind a két kivonaton körülbelül 5-ször volt egyenlő erős a praecipitatio; 3 vérsavó csak a human, 1 pedig csak a bovin anyaggal oltott nyúl tüdejéből készült kivonatot praecipitálta; 7-szer vizsgáltam a bovin illetve human culturával inficiált nyulak vérsavójának praecipitáló képességét külön human s külön bovin culturával oltott nyulak tüdejéből készült extractumban. A 3 human anyaggal inficiált nyúl seruma erősebben praecipitálta a human, a 4 bovin anyaggal inficiált nyúl vérsavója pedig erősebben praecipitálta a bovin anyaggal inficiált nyúl tüdejéből készült extractumot.

(Vége következik.)

## A gyermekkori középfülhurutok oktanához.

Irta: *Rejtő Sándor* dr. fülorvos.

Tudjuk, hogy a gyermekkori középfülhurutok oka mindig az orr-garatüreg hurutos megbetegedését előidéző illetőleg fenntartó körülményben keresendő, melynek anatómiai alapja rendesen a torokmandulák vagy alsó orrkagylók túlzott nagysága, az orrsövény valamelyes rendellenessége, de főképen a garatmandola.

Vizsgálataim célja volt felkutatni, hogy ezen anatómiai elváltozások milyen mértékben illetőleg milyen combinációkban szerepelnek a gyermekkori középfülhurutban és ezért körülbelül háromszáz gyermeket vizsgáltam meg, kik közül 143-on, azaz 286 dobhártyaképen találtam középfülhurutot eláruló elváltozásokat. A dobhártyakép megítélésében ennek fénye, színe és állása volt irányadó; ha a sugárzó kúp nem látszott és a dobhártya gyöngyházfényű helyett zavaros volt, e csoportba soroztam. Az orrleletet csakis rhinoskopia anterior segítségével vettem fel: a tömeges vizsgálat és a megvizsgáltak kora (9—15 év) volt akadály a rhinoskopia posteriorra. Az adenoid vegetatiókat a legtöbb esetben digitálisan vizsgáltam.

A 143 zavaros, behúzódt dobhártyaképi gyermekben, kik közül 70-en felületes hallásvizsgálattal is ki tudtam mutatni a halláseséket, a következő orr-garat-viszonyokat találtam:

<sup>1</sup> Ugy a human mint a bovin s a vegyes culturákkal inficiált házinyulak majdnem teljesen egyenlő testsúlyllyal bírtak s egyenlő mennyiségű, 1 kacs-nyi culturával inficiáltattak.



1. Normális viszonyok az orr-garatüregben . . . . .	27
2. Adenoid vegetatio . . . . .	24
3. Túlnagy alsó orrkagyló . . . . .	24
4. Túlnagy mandulák . . . . .	7
5. Az orrsövény eltérései (deviatio et crista septi) . . . . .	8
6. Adenoid + túlnagy mandulák . . . . .	5
7. Adenoid + túlnagy alsó kagylók . . . . .	19
8. Adenoid + túlnagy alsó kagylók és mandulák . . . . .	11
9. Adenoid + túlnagy alsó kagylók és orrsövényeltérés . . . . .	5
10. Adenoid + túlnagy mandulák és orrsövényeltérés . . . . .	10
11. Adenoid + túlnagy alsó kagylók és orrpolyp . . . . .	1

Feltűnő, hogy 27 esetben a hurutos dobhártyakép mellett az orr-garat „normális volt”. Ezekre nézve meg kell jegyezmem, hogy egy-egy lefolyt nátha nyomát, kisebb fokú garathurutot ezeken is találtam, de ilyen máról holnapra változó tünetekre annál kevésbé terjesztettem ki figyelmemet, mert főképpen anatómiai elváltozásokat kerestem.

Vizsgálataim szerint a dobüreghurut leggyakoribb oka az adenoid vegetatio. Egymagában 16·7%, kombinációkban 52·4%-ban szerepel. Mindjárt utána következik az alsó orrkagylók túlzott nagysága. Ezeknek vizsgálatakor figyelmen kívül hagytam, hogy egyszerűen hyperaemiás duzzadás vagy fibromás hyperplasia van-e jelen, mert e kérdés inkább therapeutikus értékű. Túlnagy alsó kagyló egymagában 16·7%, kombinációkban 48·9%-ban szerepel. Leggyakoribb kombinációja adenoid vegetatióval volt (19 eset).

Látjuk tehát, hogy a gyermekkori középfülhurutok oka épen olyan gyakran volt a túlnagy alsó kagyló, mint az adenoid vegetatio. Kiemelem e körülményt, mert nem látom eléggé hangsúlyozva a fül-orvostanban. Az adenotomia, esetleg tonsillotomia végeztével rendszeren azt hisszük, hogy minden megtörtént a felső légutak szabadabbá tételére, bár akárhányszor láthatjuk, hogy a dobüreg hurutja a befűvés mellett sem javul.

A garatmandola és túlnagy alsó orrkagylók gyakori együttes jelenlétével magyarázhatjuk azon eseteket is, a mikor az adenoid teljes kiirtása mellett is megmarad a tátott szájú lélekezés. Legújabbban Clarke, Payson kimutatásában látom (Boston. Med. and Surg. Journal), hogy adenoid-kiirtás után 73 esete közül 35-ben (48%) fennmaradt a tátott szájú lélegzés.

A torokmandolák túlzott nagyságát egyedül 4·8%-ban, kombinációkban 23%-ban találtam; a torokmandolák túlzott nagysága, ha különben nem okoz gyakori gyuladást, alig szerepel a gyermekkori középfülhurutok előidőzésében, épen úgy, mint az orrsövény eltérése, melyet egyedül 5%ban, kombinációkban 10·4%-ban találtam.

### Beszámoló a XIV. szünidei orvosi cursusról.

A budapesti kir. magyar tudomány-egyetem orvostudományi előadói 1908 december 19.-én tartották meg értekezletüket, melyen elhatározták, hogy tekintettel a jövő évben Budapesten tartandó nemzetközi orvosi congressusra, az 1909. évben szünidei cursust nem tartanak, s egy bizottságot küldöttek ki, a melynek feladata lesz a szünidei orvosi cursusok újjászervezéséről javaslatot tenni.

A XIV. szünidei orvosi cursus vezetősége ezután beszámolt működéséről; az elnöki megnyitót és a titkári jelentést a következőkben adjuk:

*Korányi Sándor elnök megnyitója:*

Tisztelt értekezlet!

Utolsó cursusunk menetéről a főtitkár lesz szíves beszámolni. Nekem, mint a szünidei orvosi cursus végrehajtó bizottsága elnökének, a mai alkalommal első feladatomban, hogy számot adjak azon okokról, a melyek meggátoltak abban, hogy megbízatásunk egyik részének megfeleljünk. Az utolsóelőtti cursus alkalmával előadónk értekezletének határozata folytán a beiratkozottak két csoportra oszlottak. Egyik részük a szokásos előadásokra iratkozott be. Másik részük egy-egy klinikát keresett fel, hogy annak belső életében részt véve, magát egy-egy tárgyban képezze tovább. Ez az intézkedés sok tekintetben hasznosnak bizonyult, de hátránya volt, hogy az előadások látogatottságát csökkentette. E hátrányt csak részben ellensúlyozta a vele járó

haszon. A mitől ugyanis már előre feltűnt, arról meggyőződött ezen egyszeri kísérlet eredménye: a ki egy klinikára iratkozik be, az nagyon érzi az illető szakban a tanulás szükségét és célját rövid két hét alatt csak nagyon hiányosan érheti el. Azért utolsó cursusunk rendezésekor e két hetes klinikai foglalkoztatástól el kellett tekintenünk és az az eszme merült föl, hogy helyette kíséreltünk meg alkalmat adni a vidéki orvosoknak arra, hogy a két hetes cursusok idejétől függetlenül hat héten át foglalkozhassanak egy-egy klinikán. A klinika-igazgatók egy része csakugyan hajlandónak mutatkozott erre megadni az alkalmat, másik része azonban propositionkat nem fogadhatta el. A klinikák közül több jelentékeny átalakulás előtt áll. A jövő tanévben új otthonba fognak költözni és csakugyan be kellett látnunk, hogy a klinikák belső életének átalakulásakor az idő nem alkalmas arra, hogy új intézményeket léptessünk életbe. Azok a klinikusok, a kik erre hajlandónak mutatkoztak volna, egymástól nagyon eltérő módon szabták meg az időt és a feltételeket, a melyek mellett vidéki kollegáinkat intézetükbe befogadnák, úgy, hogy egyöntetű eljárás keresztülvitelére ezért sem volt kilátásunk. Ilyen körülmények közt szükségesnek láttuk, hogy egyrészt bevárjuk a klinikák új elhelyezkedésének befejezését, másrészt tervbe vesszük a klinikusok fölkérését arra, hogy annak idején, mikor tervünk megvalósításának külső akadályai nem lesznek, velük közösen állapítsuk meg azt a módot, a mely lehetőleg egyöntetű eljárást tenne lehetségessé az orvosok továbbképzése szempontjából kétségtelenül igen nagy fontosságú intézmény létrehozásában. Ennek idejére vonatkozólag egy propositiont bátorodom Önök elé terjeszteni. A jelen tanév rendkívüli terheket ró tanáraink nagy részére. Új intézetek berendezésének nagy munkája folyik. E mellett a jövő év augusztusában a XIV. nemzetközi orvosi congressus Budapesten fogja tartani üléseit. Előkészítése, a melyhez hozzátartozik annak elérése is, hogy tudományos intézeteinknek munkálkodásáról minél impozánsabb képet nyujtsunk a művelt világ idősereglő szakembereinek, erőinket teljes mértékben igénybe veszi. Ehhez járul, hogy kartársaink nagy része inkább fogja szabad idejét a congressus tárgyalásainak meghallgatására, mint az évente ismétlődő szünidei cursusok látogatására fordítani. Ezek az okok indítanak arra, hogy a legközelebbi cursus elhalasztását indítványozzam az 1909/10. tanévre, a mely indítványom elfogadása esetében idő maradna arra is, hogy az utánunk jövő tisztikar jól előkészítse azokat az elvi jelentőségű változtatásokat, a melyekre intézményünknek az egészséges fejlődés szempontjából okvetlenül szüksége van.

*Illyés Géza titkár jelentése.*

Tisztelt értekezlet!

A XIV. szünidei orvosi cursusról a következőkben van szerencsém beszámolni: A cursus 1908 május 25.-étől június 6.-áig, vagyis 13 napig tartott. A hallgatók beiratási díj gyanánt, úgy mint eddig, fizettek 20 koronát, egyébként a cursus ingyenes volt. A végrehajtó bizottság 1908 február 17.-én tartott ülésén az előadók 1907 december 21.-én tartott értekezletének kezdeményezése folytán a következő határozatot hozta: Utolsó szünidei orvosi cursusunk hallgatói egyetemi intézeteink áldozatkészsége folytán a cursus idejét általuk szabadon választott intézetben tölthették, a melyben az ott folyó munka közvetlen megismerése útján gyarapíthatták gyakorlati képzettségüket. Ezen új intézmény azonban nem felelt meg teljesen céljának, mert egyrészt erre rövid volt az idő, másik hiánya ezen intézménynek pedig az volt, hogy a hallgatók beiratkozása egy-egy intézetbe az előadások látogatottságát csökkentette. Ezen tapasztalat indít arra, hogy ezen tavalyi rendszernek megváltoztatását kíséreljük meg, úgy hogy az egy intézetbe való beiratkozás hasznosabbá tétele céljából a foglalkozás idejét lehetőleg hat hétre terjesztve ki, azt a kéthetes szünidei orvosi cursustól elválasztani igyekezzünk. Kérdést kell tehát intézni az orvosegyetemi intézetek igazgatóihoz, hogy hajlandók volnának-e beleegyezni abba, hogy a vezetésük alatt álló intézetben lehetőleg annak teljes tevékenysége idejében hat héten keresztül foglalkoztassák az orvosokat, úgy hogy ők a rendes gyakornoki teendők végzésével bizatnának meg, vagy olyan módon látogatnák az intézetet, mint a gyakorlati évet kitöltő végzett orvosnövendékek. Ezen határozatnak megfelelőleg felszólítást intéztünk az egyes egyetemi intézetek igazgatóihoz, a kik közül azonban csak kevesen

válaszoltak felszólításunkra, s ezért a terv megvalósítását egyelőre el kellett halasztanunk. Ezért az idén, úgy mint eddig is, előadókat kértünk fel a főtárgyak és speciális tárgyak tanítására. A főtárgyak, melyeket 8—11-ig adtak elő, valamennyi hallgató számára kötelezők voltak, a speciális tárgyakra a beiratkozottak tetszésük és választásuk szerint jelentkezhetnek. A főtárgyakat előadták: belorvostan: Kétly Károly és Kétly László, sebészet: Dollinger Gyula, szülészet és nőorvostan: Tóth István, szemészet: Grósz Emil és Scholtz Kornél egyetemi rendes és magántanárok; a speciális tárgyakat előadták: fogászat: Antal János, orrbetegségek: Baumgarten Egmont, gyermekorvostan: Bókay János, fül-orvostani műtét: Bóke Gyula, labororium: Detre László, gyermekorvostan: Erős Gyula, urologia: Feleki Hugó, fertőző betegségek: Gerlóczy Zsigmond, sebészeti urologia: Haberern Pál, orthopaediai technika: Horváth Mihály, idegorvostan: Jendrassik Ernő, szülészeti műtét: Lovrich József, elmekór: Moravesik Ernő, bőrkór: Nékám Lajos, gégszét: Ónodi Adolf, bőrkór: Róna Samu és fontosabb gyógyszerek ellenőrző vizsgálata: Vámosy Zoltán egyetemi rendes, rendkívüli és magántanár. A cursuson 49 hallgató vett részt, kik valamennyien vidéki orvosok voltak s a kik közül 18-an részesültek anyagi segélyben törvényhatóságok részéről. Hálával és köszönettel kell megemlékeznünk a vallás- és közoktatási miniszter úrról, a ki a szünidei cursus céljaira évenként kiosztandó ezer koronát vétetett fel tárczája költségvetésébe, a melyet ez idén már fel is vettünk; a belügyminiszter úrról, a ki ez évben is erkölcsileg támogatta cursusunkat, a mennyiben a törvényhatóságoknak pártolólág figyelmébe ajánlotta; a kereskedelmi miniszter úrról, a ki a cursusra utazó vidéki orvosokat kérelmünkre vasúti kedvezményben részesítette; végül azon törvényhatóságokról, a melyek a cursuson résztvevő orvosokat anyagilag támogatták.

Ugyancsak köszönettel tartozunk az egyetemi tanácsnak a klinikák helyiségeinek és betegnyagának átengedéseért, a városi közkórházak igazgatóságának s a poliklinika vezetőségének korházaik helyiségeinek s beteganyagának átadásáért, valamint az orvosclub elnökségének, hogy helyiségeit a cursus hallgatói számára nyitva tartotta, de legfőképpen a cursus előadóinak, kik a tanév végén, fáradságot nem kimélve, vettek részt a cursus célját szolgáló orvosi továbbképzés munkájában.

#### Pénztári jelentés.

Pénztári jelentésemet a következőkben van szerencsém előterjeszteni:

Tartalékalap a múlt évről	2081 K 62 f
az idei szünidei orvosi cursus 49 hallgatójának beiratási díja à 20 korona	980 „ — „
közoktatási miniszter segélye	1000 „ — „
<b>Összes bevétel</b>	<b>4061 K 62 f</b>
<b>Kiadás:</b> a XIV. szünidei orvosi cursus rendezési költségei	1095 K 46 f
segélyezésekre	900 „ — „
<b>Összes kiadás</b>	<b>1995 K 46 f</b>
<b>Marad tartalékalap</b>	<b>2066 K 16 f</b>

Végül kedves kötelességemnek tartom az igen tisztelt értekezletnek belém helyezett bizalmáért s igen tisztelt elnökünknek jóakarati szíves támogatásáért hálás köszönetemet kifejezni.

#### A tuberculosis elleni küzdés.

Hollós József dr., a szegedi közkórház prosectora, a következő előterjesztést intézte Szeged város tanácsához:

Tekintetes Városi Tanács!

A közkórházi igazgató úr felszólítására elvállaltam a felállítandó tuberculosis-dispensaire orvosi vezetését és administrációját, valamint a nyilvános köpetvizsgáló állomás vezetését, még pedig személyemet illetőleg teljesen díjtanul, de az eredményes munka szempontjából csakis azon feltétellel, ha a tisztí főorvos úrtól már

javaslatba hozott látogató-biztosi állás szervezésén kívül egy-kellőleg díjazott, állandó szaksegéd alkalmazása lehetővé tétetik.

Engedtessek meg, hogy erre vonatkozó előterjesztéssel közvetlenül a tek. Tanács elé járuljak és egyszersmind a dispensaire felállítását illető észrevételeimet kifejtthessem.

A dispensaire kellő orvosi ellátása megfelelő szakképzettség mellett kiterjedt és intenzív munkát, teljes odaadást és szigorú lelkiismeretességet követel. Már a közkórház ingyenes tuberculosis-ambulantiája is, melyet 1907 augusztus havában kezdeményeztem és azóta vezetek, egy ember munkabírását meghaladta. Kórházi törzskönyvem tanúsága szerint, míg 1907. augusztus és szeptember hónapjaiban összesen 35, a következő hónapokban már havonta átlag 50 s februárban már 72 új beteg jelentkezett, úgy hogy ez időtől fogva a kezelendő betegek számát segítség hiányában korlátozni voltam kénytelen. Így is naponta 2—2½ óranyi intenzív és kimerítő munkát kellett végezni; az első 10 hónapban 465 beteg állott kezelésem alatt és 300-nál több ingyenes köpetvizsgálatot végeztem.

A Budapest balparti dispensaire a következő személyzettel bír:

- 1 főorvos évi 4000 korona fizetéssel,
- 2 segédorvos évi 2400—2400 korona fizetéssel,
- 2 bejáró orvos évi 1000—1000 korona fizetéssel,
- 1 hivatalnok évi 1200 korona fizetéssel,
- 1 látogató biztos évi 1000 korona fizetéssel és lakással és végül 1 szolgáló évi 900 korona fizetéssel.

A betegforgalom naponta átlag 20 új és 50 régi beteg. Az orvosok arról panaszkodnak, hogy az óriási munkát lebonyolítani nem tudják, ámbar minden idejüket a dispensairenek szentelik.

E tapasztalatok kellőképp igazolják, hogy feladatunknak csakis úgy tehetnék eleget, ha egy szakképzett orvos állandó segítségét vehetném igénybe, a ki egész napi munkáját a dispensairenek szentelné s a kinek díjazása az alkalmazott orvos állandóságát lehetőleg biztosítaná. Úgy ezen új állás szervezésének, mint a zsebben hordozható hygienés köpöivegeseknek és a gyógyításhoz szükséges, alatt jelzett specificeumoknak költségfedezetét utalok arra az 5000 koronára, a melyet Szeged város tanácsa a dispensaire felállításához évi hozzájárulásként megajánlott.

Jelen beadványomnak épen ezen pontja teszi elkerülhetetlenné, hogy a dispensaire felállításához a következő megjegyzéseket fűzzem.

Tudvalevőleg a dispensaire a gümőkóros betegek gyógyításán kívül hygienés viszonyainak megjavítását tűzte ki feladatául, vagyis gondoskodni kíván jobb lakásról, jobb és bőségesebb táplálkozásról, fűtésről, ruházásról. Szeged város százezer lakosa közül számításom szerint több mint 3000 ember szenved tüdővészben és ezek közül legalább is 1000 beteg állandóan reászorul arra, hogy ezen segítségben részesüljön s így fejenként egy-egy betegre 5 korona segítség jutna. Vajjon elképzelhető-e, hogy ez az alamizna a tuberculosis leküzdése szempontjából a legesekélyebbet is segíthetne? Nem volna ez egyéb közönséges jótékonykodásnál, a mely inkább csak ártana azáltal, hogy jó időre elterelné a figyelmet azoktól az intézkedésektől, a melyek egy ily kiterjedt népbetegség leküzdésére szükségesek. Mindenesetre elsőrendű fontosságú a tuberculosis különben is leginkább sújtott szegény néposztály hygienés viszonyainak megjavítása, a melyet azonban csakis megfelelő munkáslakások építésével, a munkabér és munkaidő megjavítására, az alkoholizmus leküzdésére stb. irányuló egészséges és őszinte szociálpolitikai intézkedésekkel lehet megközelíteni, mint a melyek a tuberculosis sikeres leküzdésének semmi által sem pótolható előfeltételei.

Már most az a kérdés, mi a fontosabb a tuberculosis elleni küzdelem szempontjából: ha évente 5000 koronányi segélyt kiosztunk, avagy ezen összeg fejében a betegek kellő orvosi ellátásáról gondoskodunk. Abban az esetben, ha ez utóbbi alatt a gümőkóros betegeknek ma még általánosan szokásos tüeti gyógyszerelését és jó tanácsok osztogatását értjük, akkor e kérdés eldöntése mellékes, mert hisz az orvoságoztól és jó tanácsoktól a gümőkórosoknak úgy is csak az a része szokott meggyógyulni, a mely a magától való gyógyulásra egyáltalában képes. Másképp áll azonban a dolog, ha a betegeket megfelelő specifikus kezelésben részesítjük, a mely téren a Spengler-féle specificeumok másfél éves

és igen nagy beteganyagra kiterjedő tapasztalataim szerint valóban nagyra hivatottak. Ezen specificumok a rajtuk újabban eszközölt tökéletesítés folytán, a melynek lényegét és alkalmazás módját ez év nyarán tett ismételt davosi tanulmányútam alkalmából és azóta saját beteganyagomon volt módomban megismerni, a tömegkezelésre nézve a legideálisabban és kellő óvintézkedések mellett teljesen veszélytelenül alkalmazhatók.

Így állván a dolog, nem lehet kétséges, hogy a rendelkezésre álló összeg a betegek kétes értékű segélyezése helyett azok gyógyítására fordítandó.

A dispensaire feladata ezek szerint a következő volna:

1. A betegek közvetlen gyógyítása a Spengler-féle specificumokkal, szükség esetén egyéb gyógyszerekkel is.

2. A fertőzőképes betegek összes hozzátartozóinak specifikus diagnosticumokkal való átvizsgálása és szükség esetén praeventiv immunizálása.

3. A város összes gümőkóros betegeinek pontos összeírása és állandó nyilvántartása. A szükséges lakásfertőtlenítések elrendelése és ellenőrzése.

4. A betegek lakásának átvizsgálása, az elkülönítés, köpetfertőtlenítés és a prophylaxis összes egyéb tényezőinek megejtése és ellenőrzése.

5. A betegek és hozzátartozóik kellő kitanítása. Föltétlenül szükséges, hogy a köpetet ürítő betegek zsebben hordozható hygiens köpöcsészékkel láttassanak el, a minnek költségei a rendelkezésre álló 5000 koronából egyelőre szintén fedezhetők.

Tekintetes Tanács! A dispensaire kétségkívül csak a kezdete lesz a tuberculosis ellen megindítandó nagyszabású küzdelemnek. Sajnos, ezen küzdelem hazánkban eddigelő mindenütt a jótékonykodás jegyében folyik és éppen ezért eredménye alig több a semminél. A tuberculosis továbbra is százezer számra szedi áldozatait és ezen áldozatok száma állandóan növekszik. Itt az ideje, hogy hazánk valamely törvényhatósága példát teremtsen a tuberculosis leküzdésének észszerű és céltudatos módozatainak megteremtésével, a melyek ezen három fő programpontra foglalhatók össze:

1. Egészséges munkáslakások építése.
2. Tüdővész-kórházak alapítása.
3. A járó betegek gyógyítása.

Ez utóbbi pont feladatai közé tartoznak a dispensairenek fentebb vázolt kötelességei.

A dispensaire azonnal megkezdheti működését és ha Szeged város bölcs tanácsa a másik két feltétel teljesülését is mielőbb lehetővé teszi, bizonyára a legelső lesz az országban, mely a tuberculosis eredményes leküzdésének céltudatos alapfeltételeit megteremtette; ilyenképpen néhány év múlva már számokban kifejezhető jelentős eredményekkel fog előállhatni és ezzel hazánk többi városának is megjelölheti a követendő utat.

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

**Schott: Acute Überanstrengung des Herzens und deren Behandlung.** IV. Auflage. Wiesbaden, 1908. 59 lap, 33 rajzzal és táblával.

A szív heveny tágulásának létrejöttére vonatkozó észleleteit a szerző egészséges szervezetű és ép szívű birkozókra tette; tapasztalatai szerint a birkozásakor először az érverés és légszomj lesz szaporább, majd dyspnoé jelentkezik, melylyel egyidejűleg a esücs-lökés kihelyeződése és a szív tumultusának 1—2, sőt több cm-rel való megnagyobbodása észlelhető. A szív megnagyobbodását az üregeiben felhalmozódó vér okozza, tehát acut szivdilatatio esetén pangásos szivtágulással állunk szemben. Ha tovább küzdenek a birkozók, a nehézlégzéshez cyanosis is társul, még szaporább lesz a légzés és az érverés, esőkken a vérnyomás is, de a szivhangok tiszták maradnak. Az említett tünetek még gyorsabban fejlődnek ki, ha a küzdők derekát a bordaiv alatt szíjjal szorítjuk le. Műdeaz igazolja Schott állítását, hogy a szív túleröltetése máskülönbően egészséges egyénekben is szivtágulásra vezet, sőt mint a szerző

által ismertettét körtörténetek mutatják, a heveny szivtágulás hosszú lefolyású, sőt halálos bajnak lehet a forrása.

A prophylaxis szempontjából komolyan figyelmeztet a napjainkban mindinkább tért hódító túlhajtott sport, a kerékpározás, football és tennis veszedelmeire.

Percussiók észleleteit pontos Röntgen-vizsgálatokkal ellenőrizte s arra a meggyőződésre jutott, hogy mindig a szivtágulás az elsődleges, a túltengés pedig másodlagos.

Az acut szivtágulás gyógyításakor a fősúly a teljes nyugalomra és a jó táplálkozásra helyezendő s esetleg a szokott cardio-tonikus szerek is igénybevehetők.

Már maga az a körülmény, hogy a szerző munkája aránylag rövid idő alatt négy kiadást ért meg, eléggé mutatja értékét és hasznavehetőségét.

Halász Aladár.

## Lapszemle.

### Általános kórtan.

**A lysoformról mint desinficiensről** ír Zlatogorow m.-tanár. Számos forgalomba hozott fertőtlenítő szer közül a lysoform kitűnő tulajdonságainál fogva túlszárnyalja a többi fertőtlenítő szert. A lysoform előnye relativ olcsósága mellett erős baktericid képessége, nem mérgező és a szöveteket nem maró és nem izgató volta. Ha még számbaveszszük a lysoformnak aromás szagát, szagtalanító hatását, továbbá azt, hogy a vele érintkező tárgyakat nem rongálja, a számos oldalról nyert elismerő nyilatkozatokat igazolva látjuk. Ezekkel szemben azonban Cramer, Hammer és Bellei a lysoformot nem tekinti hatásos fertőtlenítő szernek és neki csupán szagtalanító hatást tulajdonít.

Mint hogy a gyakorlatban a lysoform ma már oly nagy tért hódított, szükségessé vált az ellentmondó vélemények kiderítése végett a szert újabb vizsgálat alá vetni. Erre vállalkozott Zlatogorow, a ki vizsgálatait 14 bakterium-fajtára terjesztette ki. A 3<sup>o</sup>/o-os lysoformoldatot 15—17 C<sup>o</sup>-ra, majd 37 C<sup>o</sup>-ra melegítette fel és ezzel végezte vizsgálatait. Vizsgálatainak eredményei megerősítik mások adatait, hogy tudniillik 37 C<sup>o</sup>-on a lysoform erősebb hatású, mint 15 C<sup>o</sup>-on. Vele szemben legkisebb ellenállást fejt ki a cholera-vibrio, a proteus, a Fränkel-féle diplococcus, épen így a dysenteria és a typhus mikrobája. Ellentállóbbak a bacillus anthracis, staphylococcus és tetragenus. A lysoform hatását alacsony hőfokon (7—8 C<sup>o</sup> mellett) a kevésbé ellentálló cholera-bacillusra, a Fränkel-féle diplococcusra és a dysenteria-bacillusra tanulmányozta a szerző. Ezen alacsony hőfokon a lysoform baktericid hatása jelentékenyen kisebb, úgy hogy a mikrobák előléséhez 30 perc, sőt több óra is kellett, noha 37 C<sup>o</sup>-on már egy pillanat is elegendő volt elpusztításukra. A tiszta lysoformon kívül nyers lysoformmal is kísérletezett és eredményei Ströszner vizsgálataival megegyeznek. A lysoform fertőtlenítő hatását a szobahőmérséken 24 órán át állott, bomló vizeletben is tanulmányozta, és pedig 5<sup>o</sup>/o-os nyers lysoformoldatot és 3<sup>o</sup>/o-os tiszta lysoformoldatot használt. A keverék 1 óra alatt steril lett. Tüdőgyuladással beteg től eredő köpetben a Fränkel-féle diplococcusok 5<sup>o</sup>/o-os lysoformoldatnak behatására 2 óra alatt tönkre mentek. Az irodalomban található adatoknak részben ellentmondó volt a szerző szerint a nem egyforma kísérletező-módra vezetendő vissza. (Allgem. mediz. Central-Zeitung, 1908 augusztus 1.)

**A complementtérítést** kiváló eredménnyel alkalmazta Marmorek a kezdődő gümőkór körjelzésére. A vizsgálandó egyén vérsavójának 0.15 cm<sup>3</sup>-ét 0.30 cm<sup>3</sup> antituberculosis serummal s egy csepp normális tengerimalacsavóval összehozva, az egészet egy órára thermostatba helyezi, ezután juh vörösvérsejtjeinek kis mennyiségű emulsiójával s ennek haemolysises savójával keveri össze. Az egészet egy órára ismét thermostatba teszi, s a haemolysis létrejöttéből von következtetést a vizsgált egyén vérsavójának antigéntartalmára. Ha a savó gümőkóros toxint, antigént tartalmaz, az antituberculosis savó segélyével megköti a complementet s a haemolysis nem jó létre. Ha azonban nem gümőkóros az illető, beáll a vérolódás. Marmorek 600 esetben vizsgálta eljárásának értékét, 95<sup>o</sup>/o-ban positiv eredménnyel. Az eljárás előnye az, hogy teljesen ártalmatlan, a szervezeten kívül végezhető, s nem a gümöbaciillus jelenlétéről, hanem a gümös folyamat aktivitásáról ad felvilágosítást. (La semaine medicale, 1908. 50. szám.) Ország.

### Belorvostan.

**A gümökóros polyarthritistről** ír *K. Schäffer*. Néhány évvel ezelőtt még nem tudták, hogy a gümökór — úgy mint más fertőzőbetegség — tisztán gyuladással jellegű, specifikus, heveny, múltó izületlaesiókat is okozhat. *Poncet* volt az első, a ki felhívta rájuk a figyelmet és „rhumatisme tuberculeux” néven foglalta őket össze. Három csoportot különböztet meg: 1. arthralgiákat, 2. a polyarthritist rheumatica képében lefolyó heveny és félheveny arthritiseket és 3. az idült izületésű különböző alakjainak megfelelő idült arthritiseket. Leggyakoribbak a tiszta arthralgiák: múltó izületfájások objectív elváltozások nélkül; a mozgás rendszerint fokozza a fájdalmat és sokszor nyomásra is fájnak az illető izületek; ezek az arthralgiák többnyire maguktól megszűnnek, gyakran változtatják a helyüket és egyidejűleg több izületben lehetnek jelen; rendszerint nyom nélkül eltűnnek, néha azonban átmennek a második vagy harmadik csoportba. A polyarthritist rheumatica képében lefolyó esetek (izzadmány az izületüregekben, fájdalom, az izületek körül levő lágyrészeknek vizenyője, láz) ritkábbak; rendszerint a nagyobb izületek vannak megtámadva; nagy a hajlam a recidivákra; ez az alak vagy nyom nélkül megszűnik, vagy valamely izületben fixálódik a baj s át megy a harmadik alakba.

A gümökóros polyarthritist úgy látszik a gümöbacillusok termelte toxin okozza; lehetséges azonban, hogy gyengült virulentiájú gümöbacillusok hatására is előáll néha ez a baj. A mi a prognostist illeti: természetesen a főbetegség a mértékadó; ha a főbetegség javul, kilátás van arra, hogy az izületbaj is meggyógyul. De azért tulajdonképeni párvonalosság nem áll fenn, vagyis a főbetegség rosszabbodása vagy javulása nem jár okvetlenül az izületbaj rosszabbodásával vagy javulásával. Némelyek (*Poncet*, *Thévenot* és mások) azt tapasztalták, hogy a főbetegség némely tünetének, például a köhögésnek vagy köpésnek rosszabbodásával az izületbaj tünetei javultak; hasonlót a szerző nem észlelt. A prognostis felállításában mindenesetre óvatosnak kell lenni, mert a heveny eseteknek átmenete idült gümökóros arthritisebe nem nagyon ritka.

A heveny gümökóros polyarthritist kezelése tüneti. Fődolog az izületeket nyugalomba helyezni. A fájdalom ellen jók a forró borogatások. Jó eredménnyel jár a Bier-féle pangás is mint fájdalomcsillapító, magára az izzadmányra azonban nincs befolyása. A salicyl és készítményei semmit sem használnak. Némelyek a cryogenint dicsérik 0.2—0.3 grammos adagban 1.5 grammig pro die; a szerző csak múltó eredményt látott a használatától. Az idült esetekben iparkodni kell az ankylosist megakadályozni (massage, hydrotherapia). Legfontosabb azonban a főbetegség, a gümökór befolyásolása, főleg hygienés-diaetás és hydrotherapiás úton.

A gümökóros polyarthritist a gümökór legkülönbözőbb alakjait kísérheti; leggyakoribb azonban a tüdőgümökórban. (*Zeitschrift für Tuberkulose*, XIII. kötet, 5. füzet.)

**A gümökór gyógyítására** *Mendel* a tuberculin és arsen együttes alkalmazását ajánlja, még pedig intravenás befecskendezés alakjában. A szerző gondolatmenete az, hogy a gyuladással izgalom állapotában levő helyeken mintegy felhalmozódnak és ennek következtében erősebb hatást fejtenek ki a szervezetbe juttatott bizonyos anyagok (kéneső, jod, arsen). A tuberculinnal, a mint ismeretes, a gyuladással izgalom állapotát létesíthetjük a gümökóros elváltozások körül; ha tehát a tuberculinnal egyidejűleg olyan anyagot is viszünk a szervezetbe, a mely erős nutritív ingerként hat a sejtekre, védekező és ellentálló erejüket a gümökóros méreggel szemben fokozza: ez az anyag nagyobb mennyiségben fog felhalmozódni a gümökóros elváltozások környezetében és ezzel fokozott mértékben fogja elősegíteni az illető szövetek védekezését. A sejtekre nutritív ingerként ható anyag gyanánt az atoxylyt használja a szerző 15<sup>o</sup>/<sub>o</sub>-os oldatban; 0.05 grammon kezdi és 0.3 grammig emelkedik. A tuberculint főleg azért adja intravenásan, mert már *Koch* tapasztalta, hogy ilyen módon adva rendkívül kiesiny adagokban is feltűnő módon ingerli a szervezetet védőanyagok termelésére. Az atoxylyt fokozódó mennyiségben kétnaponként fecskendezi be, a tuberculint pedig, mint a melynek hatása huzamosabb, 8 naponként, szintén lassan fokozódó adagolással és kerülve az erősebb lázas reakciókat. Az eljárást főleg a tüdőgümökór 1. és 2. szakában levő betegeken használta a szerző, állítólag jó eredménnyel. (*Münchener medizinische Wochenschrift*, 1909. 1. szám.)

**A cirrhosis hepatitisban szenvedők vesevérzéseiről** értekeznek *B. Basile* 3 esete kapcsán. E vesevérzések többnyire minden előzetes jel nélkül, hirtelen szoktak támadni, sokszor igen jelentékenyek s hónapokon át tartanak, sőt az élet végéig is fennállhatnak. A vizelet egyenletesen véres, fehérjét csak nyomokban vagy súlyosabb esetekben  $\frac{1}{2}$ — $2^0$ /<sub>o</sub> mennyiségben szokott tartalmazni; üledékében vesealakelemek, hengerek nem szoktak lenni. Az autopsia alkalmával az ilyen vese megnagyobbodott, súlyosabb, tömöttebb, gyűjtőeresen belöveltnek mutatkozik (*induratio cyanotica renum*) úgy a kéreg-, mint a ve'őállományában, gyuladással góczok nélkül. A vese gyűjtőeres bővériségének oka a vena portae rendszerének atypusos anastomosisaiban rejlik. A vena portaenak vannak felületes és mély anastomosisai, melyek nem tekinthetők physiologiásoknak, de a melyek mégis elég gyakran észlelhetők boncoláskor; ilyen felületes anastomosis például a hasfali vénákkal való anastomosis; a mély anastomosisnak gyakorlatilag legfontosabb alakja a portorenális anastomosis. A vena renális anastomizálhat a vena colicával, a v. coronaria gastricaival, a v. gastroepiploicával, a v. lienalissal stb. Az anastomosisok baloldalt sokkal gyakrabban szoktak létrejönni, mint jobboldalt. Normális körülmények között ezen anastomosisoknak semmi jelentőségük sincs, s in vivo nem is sejtethetjük jelenlétüket, de cirrhosis hepatitis esetén vagy a portális keringésnek bármely más okból fennálló akadályozott volta mellett a vena renális kiürülése is akadályozott s kifejlődnek a vese pangás tünetei, melyek között legfontosabb a vesevérzés. A vena portae keringési akadálya miatt kifejlődött ascites szintén fokozza a vese pangást. Hogy a vese pangás esetén támadó vérzés per rhexim vagy per diapedesim jön-e létre, még nincs eldöntve; a vese pangás igen gyakran csak egyoldalt (többnyire baloldalt) áll fenn, míg a másik vese teljesen ép lehet. (*Il Policlinico. Sezione Pratica, Fasc. 47.*)

*Galambos Arnold dr.*

### Idegkórtan.

**A prostituáltak psychéjének ismerete.** *Ch. Müller* vizsgálataival érdekes adatokat nyert. A vizsgálatok a bőrbeteg osztályon történtek. Heveny és elmebaj alig fordult elő közöttük, ellenben világhozott gyengeelméjűség és a psychoneurosisok gazdagon voltak képviselve. A hysteriások és epilepsziások számaránya 18—30<sup>o</sup>/<sub>o</sub>-nyi volt, a szerint, hogy tágabban vagy szűkebben mérjük a kóralakok határait. 15<sup>o</sup>/<sub>o</sub> imbecillnak volt mondható, 15<sup>o</sup>/<sub>o</sub> mérsékelt gyengeelméjű, 8<sup>o</sup>/<sub>o</sub> psychopathiás, 12<sup>o</sup>/<sub>o</sub> súlyosabb mértékű alkoholisták voltak. 20<sup>o</sup>/<sub>o</sub>-ban általános ideges ingerlékenységen és kisebb mértékű potuson kívül nem volt feltűnő fizikai zavar. A szerző különös figyelemmel volt a prostituáltak és családjuk szociális viszonyaira és arra az eredményre jut, hogy a látszólag tetszetős felfogás, hogy a szegénysorsú leány kénytelen testét áruba bocsátani, hogy ő és övéi megélhessenek, sehogyan sem állja ki a bírálatot. Bár nem egy közöttük 50—60 márkát keresett naponként, egyik sem mondta, hogy hozzátartozóit támogatná és egynek sem sikerült valamit megtakarítani. Bár erős kizsákmányolásban volt részük, szükségben csak kettő élt közöttük. A szülők többnyire kielégítő vagyoni viszonyok között éltek. Volt köztük munkás, kis hivatalnok és magasabb foglalkozáskörből való is.  $\frac{1}{6}$  volt törvénytelen származású és majdnem valamennyien elég jó helyzetben éltek, mielőtt prostituáltak lettek; többnyire eselések, ritkábban elárusítók voltak. Érdekes, hogy a vizsgáltak felének mostohaanyja vagy -apja volt. Közel  $\frac{1}{4}$  rész gyermekmenhelyből került ki. A legtöbbben az első közösülést 16. évük előtt végezték velük egy osztályból származó férfival.  $\frac{1}{3}$  rész törvénytelenül született. Rendőrileg mindegyik volt büntetve, törvényszéki úton  $\frac{1}{3}$ . A büntettek jó része fokozott affectivitás következménye volt, sok volt az alkalmi tolvajlás is. Mindezekből a szerző a következő eredményeket vonja le. Nincs Lombroso értelmében vett született prostituált. Erre a foglalkozásra leginkább gyengébb szellemi képességgel bírók hajlandók, közülük természetesen leginkább azok, a kiket külső körülmények nem tartanak vissza. Az elsődleges oknak mondható szellemi gyengeség után mint kiváltó ok esik latba a szociális helyzet. Így érthető, hogy néha a legjobb társadalmi körben is akad lány, a ki minden korlátot eldobva, prostituálóra adja magát. Nem áll meg az a nézet, hogy a prostitutio a férfi büntettekkel egyenrangú, inkább azt lehet mondani, hogy a férfi csavargó psychopathiája hasonló a prostituáltéhoz. (*Neurol. Centralbl.*, 1908. 20. szám.) *Kollarits Jenő dr.*

### Sebészet.

**Asepsises nephrolithiasisban a nephrotomia és a pyelotomia értékét** hasonlítja össze *Borelius* (Lund) 9 esete alapján, melyek közül 4-ben pyelotomiát, 5-ben nephrotomiát végezt. Tapasztalatait a következőkben foglalja össze: 1. A nephrotomia minden esetben végezhető, a pyelotomia az eseteknek nagy részében. 2. A nephrotomia az esetleges utóvérzés miatt veszedelmesebb, mint a pyelotomia, azért ha csak lehetséges, inkább az utóbbi végzendő. 3. Jó technika mellett a pyelotomia sebe is jól gyógyul. 4. A pyelotomia előnyben részesítendő, ha a kő nem túl nagy, ha a kő alul a vesemedencében ül, ha a vese elég mobilis és jól kihúzható a sebbe, s ha a kő a hátulsó vesemedenczefalon át érezhető. 5. Jó x-sugaras kép már a műtét előtt vezérfonalul szolgálhat, biztosan azonban csak a műtét feltárással dönthetünk a módszer felett. Négy pyelotomiás esetéből három teljesen gyógyult, egy esetben a fennálló vesesipoly miatt másodlagos nephrektomiát kellett végezni s így állott be gyógyulás. Öt nephrotomiás esetéből négy gyógyult, egy utóvérzés folytán meghalt. (*Folia urologica*, II. k., 6. sz.)

Steiner Pál dr.

**Trichobezoar** távolított el *Junghans* 27 éves nő gyomrából. Gyomortünetek nem állottak fenn, hányás, gyomor nyomás érzése nem volt. Az illető az utolsó évben is 6 kgm.-ot gyarapodott. Csak általános haspanaszok voltak. A műtét előtt a bal bordaív alatt tapintott mozgékony daganatot jóindulatú csepleszdaganatnak tartotta. A műtét alkalmával a gyomorból 598 gm. súlyú, 21 cm. hosszú, 11 cm. széles és 6 cm. vastag trichobezoar távolított el, a melynek átmetszete mutatta, hogy belül emberi hajból, kívül 1 cm. vastagságban sörtéből állott. A műtét után a beteg bevallotta, hogy 9—18 éves korában hajfonatát rágtta, később pedig péküzletben volt alkalmazva, a hol az eset sörtéjét rágtta. Férjhezmenetele után ezen szokását feladta. (*Zentralblatt f. Chirurgie*, 1908. 35. sz.)

Steiner Pál dr.

**A narcosis előnyeit mesterségesen csökkent vérkeringésnél** fejtegeti *zur Verth* (Berlin). Állatkísérletek meggyőzték arról, hogy ha a vérkeringést mesterségesen csökkenti (a végtagok leköttetésével), kevesebb altatószer fogy el és az állat a narcosis után gyorsabban ébred fel. A módszert embereken is alkalmazta; mindkét alsó végtagot Esmarch-pólyával leszorította, minden káros utókövetkezmény nélkül. A felső végtagokon idegbénulások lehetőségé miatt a leköttést egyszer sem kísérte meg.

A szerző módszerének legnagyobb előnyét abban látja — bár in praxi még nem volt alkalma észlelni —, hogy asphyxia esetén a leköttött végtagok feloldásával hatalmas physiologiás autotransfúziót teremthetünk; a végtagokban felhalmozódott szénsavdús vér erős ingert gyakorol a légzőközpont, mivel ennek benu-lását nem is annyira az oxygen-hiány, mint inkább a chloroform-mal túltelített vér okozza. (*Münchener med. Wochenschrift* 1908. 46. sz.)

Tóthfalussy.

**Cardiarák kiirtásáról** számol be *Wiener* (New-York). A műtétet a bordaív osteoplastikus resectiója után 2 szakaszban végezte. A daganattal együtt a curvatura minor és az oesophagus egy darabját is reszekálta, a gyomor sebet bevarrta és az oesophagust a gyomorba implantálta. A beteg az oesophagus-gyomorvarrat szétválása folytán képződött subphrenikus tályogban pusztult el 11 nappal a műtét után. (*Annals of surgery*, 1908 okt.)

Pólya.

**A gyomor érzékenységét sósavval szemben vizsgálta** *Schmidt*. Gyomorfistulán vagy gyomoresővön át vitt be az üres gyomorba 20—30 cm<sup>3</sup> 0.5—1, sőt saját magának 20%-os sósavoldatot, s ez semmiféle fájdalomérzést sem váltott ki. Az ulcussal, hypersecretióval kapcsolatos gyomorfájdalmak a sósavnak fájdalmat keltő hatásával nem magyarázhatók. (*Mitth. a. d. Grenz.* 1908. XI. 2.)

Pólya.

### Szülészet és nőorvostan.

**A húgyutak sérülései hasúri méhrák-műtétek után.** *K. Franz* közleményét három fejezetre osztja. Az elsőben a műtétet követő hólyaghurutokról, a másodikban a hólyaghüvelysipolyokról, a harmadikban az ureter-hüvelysipolyokról tárgyal. A hólyaghurut a hasúri rákműtétek után majdnem szabály szerint bekö-

vetkezik. 123 operált betege közül csak 35 (20%) került el a cystitist. A hólyag gyakori megbetegedésének okát magában a műtétben keresi. Műtét közben a hólyag fala rendkívül sokat szenved. Szenvad a környezetétől való elválasztás folytán, de meg azáltal is, hogy idegeit és ereit átvágjuk. Némelykor az egyszerű huruton kívül még súlyosabb szövödmények is támadhatnak: elhal a hólyag falzata és sipoly keletkezik. Ilyen esetet is volt módjukban észlelni egy bonczolás alkalmával, a midőn a hólyagot fele részében gangraeneskálva találták. Sokan hajlandók a cystitist a műtét utáni katheterezéseknek tulajdonítani. Igaz, tudjuk, hogy a csapolások ártalmasok, hogy a legtöbb esetben a tisztaság itt semmit sem használ, mindazonáltal a betegség eredeti oka mégsem a katheterezésekben, hanem a műtét lényegében fekszik. Ha prophylaxis után keresgél, úgy azt első sorban a műtét határainak megszorításában véli megtalálni. A másik előrelátó intézkedés az állandó kathéterrel való kezelés. Ezzel az eljárással 15 betege közül csak (!) 8 szenvedett hólyaghurutban.

A hólyag-hüvelysipolyokról a következőket írja: Ezek vagy a hólyagfal necrosisából, vagy a sérülésekre alkalmazott varratok elégtelenségéből származnak. A varratok elégtelenségéből kifolyólag 13 esetben támadt sipoly, melyek közül 3 magától, 7 pedig műtét útján gyógyult meg; egy asszony nem egyezett bele a sipolyzáró műtétbe, kettőt pedig a rohamosan előhaladó s az egész hólyagot megtámadó rák miatt nem lehetett operálni. Egy beteg, a kit fistulája miatt a 49. napon sikerrel operált, a sipoly műtét utáni 13. napon emboliában halt meg. Két fistula nem gyógyult meg, mert a rákos hólyagfalat a varratok átvágták. (!) Hólyagnecrosis okozta sipoly ötször fordult elő. 1 zárult magától, 1 részben gyógyult, 1 rákos hólyagfal nem egyesült, 1 beteg nem egyezett bele a műtétbe. 1 asszony meghalt recidívában a sipolyzárás után fél esztendővel.

Ureter-hüvelysipolyt 145 műtét után 7 esetben látott. Két esetben a sipoly kétoldali volt. Az ureter elhalását — a szerző szerint — a sebüreg kitömése s az ureter falának felszínes sérülése idézi elő. Bumm, valamint Stoeckel is azt állítja, hogy a drainage az ureterekre nézve felette veszélyes. Nem ért egyet Doederlein, a ki az uretereknek alapzatukból való kiszédését kárhoztatja. A szerző nem érti, hogyan lehet gyökeresen operálni s az uretereket mégis helyökben hagyni. Ő minden műtétet úgy végez, hogy a húgyvezetőt a medenczébenettől kezdve egészen a hólyagig szabaddá teszi. Jóllehet így jár el, mégis csak 7 ureter-necrosist észlelt, sőt két eset (sérülések) kivételével a necrosisok elkerülhetők lettek volna. (!?) Tehát — mint mondja — az uretereknek szabad tévése azokra nézve egészen közömbös. Kitünően elviselik ezt a beavatkozást. Tovább is megy és azt állítja, hogy az uretereknek olyan „szeretetteljesen“ való befödése, mint a hogyan azt Amann cselekszi, szükségtelen. A sipolyok közül kettő meggyógyult magától. Gyógyult az a két eset is, a melyben az uretereket a hólyagba ültették. Egy asszony kétoldali fistulában szenvedett; a baloldali húgyvezetőt bevarrták a hólyagba, de az asszony nem sokára meghalt carcinomában, mielőtt a másik ureter ellátásához is hozzájuthattak volna. Két fistulás nem engedte magát operálni. Ezek közül az egyik 9 hónap mulva recidivált, a másik pedig 2 év mulva halt meg pyelonephritisben. Ez nagyon fontos eset, mint írja, mert azt mutatja, hogy milyen veszedelmet hordoz magában a fistula, a mely kezeletlenül marad. Az uretert átvágták és a hólyagba varrták 16 esetben. Egy uretert vígyázatlanásból metszettek át, a többi esetben a rák már igen előrehaladt állapotban volt. A nagyszámú ureter-resectio magyarázata az, hogy még a „legrosszabb“ eseteket is megoperálta, s így került sokszor olyan helyzetbe, hogy a húgyvezetőket nem kimélhette. Ultra posse nemo tenetur (!). Igazságát abban a tekintetben, hogy ezek csakugyan a „legrosszabb“ esetek voltak, bizonyítja a nagy halálozási százalék. Ugyanis: a 16 beteg közül meghalt 7, és pedig 4 röviddel a műtét után collapsusban, 1 két, 1 négy nap mulva sepsisben és egy 54 nap mulva idült genyedésben és áttételekben. A IV. napon sepsisben elhalt asszonynak mind a két ureterét implantálták volt. Hogy ennek a betegnek a haláláért az implantatio felelős, nem lehet állítani. Valószínű, hogy nem. Az 54 napos esetben az ureter kiesűszott a hólyagból s a bonczolásakor egy nagy genybarlangban találták. 9 esetben gyógyulás következett be. Tehát — folytatja — nem kell félni attól, hogy a műtét közben az egyik, vagy mindkét uretert is át kell vágni s a hólyagba

ültetni. A fő dolog, hogy a műtét előtt mindig győződjünk meg ureter-katheterizációval a vesék állapotáról, működéséről. Sokszor föltette már magában azt a kérdést, vajjon egyáltalán operálják-e azokat a betegeket, a kiknek ureterét minden valószínűség szerint át fog kellenni vágni. Mert úgy áll a dolog, hogy sok öröm nincs ezekben az esetekben. Ha a betegek ki is állják a műtétet, nem-sokára a recidiva támadja meg őket. És mégis mindig műtétre határozta magát. A műtét mégis csak az egyetlen kapu, mely az életbe vezet. (Csakhogy — mint Frank kimutatása a legjobban bizonyítja — ezen a kapun sokkal többen jutnak a sírba, mint az egészséges életbe. Ref.) (Zeitschrift für gynäkologische Urologie, I. kötet, 1. füzet).

Avarffy Elek dr.

### Börkörtán.

**A lupus vulgarisnak pangásos hyperaemiával való kezelését** ismerteti *O. Petersen* (Szent-Pétervár). Az előadó kijelenti, hogy feltétlen híve a Finsen-féle phototerapiának, mert bizonyos, hogy vele a lupus tökéletesen meggyógyítható. De ennek a kezelésmódnak vannak mégis határai, a melyekbe a betegek nagy része hamarosan beleütközik. A Finsen-kezelés ugyanis egyrészt igen költséges, másrészt föltötte hosszadalmas, főleg akkor, ha a lupus kiterjedése csak némiképen is nagyobb fokú. *Petersen* ezért más kezelés után nézett s így első sorban a *Bier*-féle pangásos hyperaemiás kezelésre vetette figyelmét. Eleinte a pólyát használta a lupusos vétagokra, de a betegek nehezen tűrték s különben is nehéz a szorítás adagolása. Áttért tehát csakhamar a szivó eljárásra, a mely bárhol alkalmazható. Szivóharangjai 3—8 cm. átmérőjűek. Ennél nagyobb harangok már kellemetlen érzést keltenek. A harangok legfeljebb csak néhány perezig hagyhatók a lupusos beszűrődésen, mert a nagyfokú hyperaemián és savókiizzadáson kívül csakhamar vérzés is szokott beállni. Az eljárással a lupus még nagyobb kiterjedésben is tökéletesen gyógyítható, a mint erről *Petersen* két év alatt 15 esetben meggyőződhetett. A kedvező eredmények folytán *Petersen* a klinikáján a pangásos hyperaemiás eljárást állandó kezelésmódként alkalmazza. A kezelés előnyei a következő pontokban foglalhatók össze. 1. A szivó eljárás többszörös alkalmazás nyomán a lupusos göböket resorptióra bírja, a nélkül, hogy a betegnek kellemetlenségei volnának, avagy eltorzulás, illetőleg elcsuntyító hegesezés jönné létre. 2. Az eljárás nagy előnye az olcsóságában rejlik, mert a drága készülékekkel fel nem szerelt gyakorló orvos is végezheti. 3. Kiterjedt góczok esetén sokkal gyorsabban vezet célhoz, mint a fénykezelés, mert rövid idő alatt nagy terület is vehető kezelésbe egy ülésben. 4. Az eljárás a gyógyítási idő rövidítésére is használható, mert tapasztalás szerint előzetes *Bier*-kezelés nyomán a rákövetkező pothoterapia vagy resorcinkenőses kezelés sokkal gyorsabban vezet gyógyulásra. 5. Tudnunk kell, hogy a fekélyes lupusos esetek nem valók a pangásos kezelésre, mert szivás esetén azonnal vérzés jelentkezik. (Verhandlungen der Deutschen dermatologischen Gesellschaft. X. Kongress. 1908.)

Guszman.

### Venereás bántalmak.

**A syphilis injectiósi terapiájáról** értekeznek *R. Volk* (Bécs). A *Schaudinn*- és *Metschnikoff-Roux*-féle felfedezések nagyban hozzájárultak, hogy a racionális syphilis-therapiának kérdését újabb vizsgálatnak vetették alá. Miután *Koch* az atoxylnek az álmokórság ellen való kedvező hatását közölte, analogia útján a syphilist is kezdték e szerrel kezelni. Idővel azonban kiderült, hogy a syphilis ellenében az atoxyl felette megbízhatatlan gyógyszer, a mely nagy mértékben mérgező is. Helybelileg alkalmazva azonban olykor kedvező hatást fejt ki s főleg oly esetben használható, a melyben a kénésős készítményt a beteg rosszul tűri. Az első hely a syphilis kezelésében tehát ma is még a kénésős. Ez sokféle alakban alkalmazható. A szerző az injectiókat tartja a legalkalmasabbaknak, mert velük a kénésős mennyiségének pontos ismerete mindig lehetséges. A kénésős antilueses hatása véleménye szerint nem közvetlen és nem is a spirochaetákra való hatás közvetlen eredménye. A szerző inkább *Schade*-nek véleményét vallja, a ki a Hg hatását a szervezetben a kénésősnek katalysises képességeiben keresi. Megerősíteni látszik e nézetet az a körülmény, hogy a lueses tünetek eltüntetésére rendszeren igen kevés Hg

mennyiségre van szükség, épen úgy, mint a katalysatorból is csak rendkívül kevés kell, hogy a katalysises hatás optimuma beálljon. A szerző e nézetének megerősítésére még egyéb adatokat is felsorol, a melyekre azonban itt ki nem térhetünk. Az injectiókhoz alkalmasak úgy az oldható, mint az oldhatatlan kénésős készítmények. De kétségtelen, hogy maradandóbb hatást az oldhatatlan készítményekkel érünk el. A szerző különösen felhívja a figyelmet a *Lang*-féle szürke olajra, melyet nagyobb mértékben csak a francia syphilidologusok használnak. A jól készített szürke olaj csak egészen kivitelesen okoz kellemetlenségeket. Leghelyesebb vele az injectiót a hát bőre alá adni, de egészen jól adhatók a befecskendések a glutaeális tájékon is, intramuscularisan. A kb. 30<sup>o</sup>-ra felhevített olaj a bőr alá helyesen fecskendezve alig okoz kellemetlenséget, csak néha keletkezik a 3—4. napon egy mogorónyi infiltratum, mely azonban hamar eloszlik. Legjobb az 50<sup>o</sup>-os vagy a 30<sup>o</sup>-os olajat alkalmazni. Az ilyen magas koncentrációjú készítménynek az a fő előnye, hogy igen kis mennyiségben adható, a mi a zsirembolia veszedelmét a minimumra redukálja. Hasonló alakban más oldhatatlan Hg-készítmények is készíthetők. A calomel vagy a hydrargy. salicyl. ol. vaselinivel és lanolinnal készítve ugyanis sokkal kevésbé fájdalmas, mint a közönséges 10<sup>o</sup>-os suspensio. Felhozták a *Lang*-féle ol. cinereum rovására, hogy a többszörös felmelegítés megbontja a készítményt, ez azonban a szerző bőséges tapasztalása szerint csakis akkor fordul elő, ha a készítés hibásan történt. A szerző azután részletesen tárgyalja azon szerencsétlen eseteket, a melyekről időnként a szerzők említést tesznek. A hibás adagolás ugyanis súlyos mérgezést, sőt halált okozhat. A szerző szerint azonban ezek a végzetes esetek csaknem kivétel nélkül az orvos hibájából eredtek, a ki a szernek pontos adagolását figyelemre nem méltatta. Egy erélyes átlagos kénésőkúra a szürke olajjal végezve 12—16 injectióból áll. Az első hat injectiót 5—8 naponként végezzük, a többit még nagyobb időközökben. A dosisok az 50<sup>o</sup>-os olajból 0.05 cm<sup>3</sup>-nak felelnek meg. A mi az antilueses kezelés megindításának időpontját illeti, a szerző újabbban a korai kezelésnek a híve. Tehát már akkor, a mikor az általános kiütés még nem mutatkozik, a diagnosis azonban tökéletesen biztosítva van. Ha a kezelést ily módon aránylag igen korán megkezdjük (legfeljebb 9—11 nappal a sklerosis jelentkezése után), abortív kezeléssel is lehet szó, a mely úgy látszik néha elég jó eredménnyel jár. Az egész kérdésben különben határozott véleményt még nem lehet mondani, mert a helyes therapiának mérlegeléséhez hosszú évek tapasztalása szükséges. (Dermatologische Zeitschrift, 1908. XV. k. 10. f.)

Guszman.

### Orr-, torok- és gégebetegségek.

**Gyermekkori scarlatina után előállott lágyszájpad-átfürödés** esetét mutatta be *Abercrombie* a londoni orvosegyesület laryngologiai szakosztályának novemberi ülésén. A beteg most 35 éves; 4<sup>1</sup>/<sub>2</sub> éves korában volt scarlatinája, addig teljesen egészséges volt, jól beszélt. 20 éves korában megkísérelték lágyszájpadját összevarrni, de nem sikerült. Még csak nem régiben a lágyszájpad minden heges vagy átfürödéses sérülését syphilis eredetűnek vélték; újabbban találkoztunk egyéb okok létesítette hasonló elváltozások leírásával is. A hozzászólók egy része kifejezi gyanúját, hogy a jelen esetben is syphilis forog fenn, de *Abercrombie* a legszorosabb utánjárásra sem tudott syphilist felfedezni. *Scholefield* megemlíti, hogy mintegy 3000 scarlatinás betege közül négyen látott hasonló perforatiót. Ugyancsak ő emlékezik meg néhány heges lágyszájpad-esetről, melyben a sérülést régi adenoid-csipő okozta.

*Harold Barwell* 25 éves leánybetegen mutatott be érdekes veleszületett anatómiai rendellenességet: a jobb choanát hátul csontos képlet teljesen elzárta.

*Cathcart* egy betegét mutatta be, kinek septuma annyira deviált, hogy jobb orrfelét egészen elzárta. A bal orrfél jóval rágabb a rendesnél, azért a beteg a septum-eltérésnek sohasem érezte zavaró hatását, műtétről hallani sem akart. (The Journal of Laryngology, Rhinology and Otolaryngology, 1908. december.)

Rejtő Sándor dr.

### Fülörvostan.

**Az idült középfülgyulladás konzervatív gyógykezeléséről** beszélt *Körner* rostocki és *Scheibe* müncheni tanár a

„Deutsche otologische Gesellschaft“-nak Heidelbergben tartott 17. gyűlésén. Körner előadásában kifejti, hogy a konzervatív gyógykezelés alatt, a gyökeres műtéttel szemben, a természetes nyílásokon (Eustach-kiürt és külső hallójárat) át végzett gyógyítást értjük, a hallócsontocskák eltávolításával vagy a nélkül. Az eddig végzett sok-sok gyökeres műtét, melyet az idült középfülgyenedésekben végeztek, meghozta azt a tanulságot, hogy a veszélyes és a veszélytelen alakokat jobban meg tudjuk különböztetni. A gyenedésnek az epitympanumban izoláltságát, az osteosclerosis folyamat gyógyító jelentőségét pontosabban megismertük. Ezért tehát, ellentétben a Wilde-féle tétellel, kimondhatjuk, hogy nem minden idült középfülgyulladás életveszélyes. Épen ezért a gyökeres műtétnek úgynevezett prophylaxisos javallatát elhagyták. Csak a fenyegető jelenségek javallják ma már a teljes felvését. Ha hiányzik, a konzervatív kezelés lép előtérbe és pedig vagy állandóan, vagy csak a meddig komoly tünetek nem jelentkeznek. Némelyek a hypo-, epi- és mesotympanumbeli gyenedések gyógykezeléséről beszélnek. Erre nincs szükség. Főszerepet játszik a gyógykezelés-kor a dobüreg rendszeres tisztogatása, mely a legalaposabban és legkíméletesebben a fecskendővel, illetőleg a dobüreg-csővecskével érhető el. Az mellékes, hogy az öblítő folyadék tiszta víz-e vagy valamely fertőtlenítő-oldat. Még leginkább a H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>-oldat ajánlható erőlyes mechanikai tisztító hatása miatt. A bórsav-por szerint, főleg kis átfűrődés esetén, csak elővigyázattal (azaz orvosi ellenőrzés mellett) alkalmazható. Az AgNO<sub>3</sub>-oldat és az alkohol a nyálkahártya erős duzzadtsága esetén jó hatású. A promontoriumon levő érdes helyeket, melyek a gyógyulást akadályozzák, fraise-zel ajánlja lesimítani. Azon hallócsontocskákat pedig, melyek betegeket, vagy a környezetüktől le vannak választva, mint céltalanokat eltávolítja, hogy így a különben komplikált dobüreg egyszerűbb és hozzáférhetőbb legyen. Nagy súly helyezendő a reinfectio szempontjából az orr- és a garatgyenedések megszüntetésére.

A kifeeszkendési eljárással még az antrum nyálkahártyájának idült gyenedései is meggyógyíthatók, kivéve persze a csontos fal megbetegedéseit. A gyenedés megszüntével megszűnik az excessiv epidermis-újképződés is és így sokszor a cholesteatoma nagyobbodása is megállítható. Ez utóbbi bájban azonban ezen gyógykezelésmód csak kísérlet lehet, mert ha az epidermis-tömegek az antrumból erednek, csak a felvésés segít.

E helyi kezelés mellett az általános állapot is nagyon megfigyelendő; az erőbeli állapotot fokozni kell (tengeri levegő, csukamáj-olaj, jod-vas, edzés).

Scheibe müncheni tanár előadásában kiemeli, hogy a dobüreg-csővecske útján való kitisztogatással s utána a Bezold ajánlotta bórsavpor-befúvásokkal kezelve az idült középfülgyenedést, a csecenyülvány és az agy részéről beállható szövődmények kikerülhetők. A teljes felvését csak akkor tartja javalltnak, ha a jelzett módon eszközölt gyógykezelés ellenére sem veszíti el a váladék a büzét hetek mulva sem. Ez szerinte az eseteknek 1-5%-ában van így. Scheibe a hallócsontocskákat a hallójáraton át sohasem szedi ki, mert nem tartja veszélytelen beavatkozásnak.

A discussio folyamán Thies (Lipese) a laterális atticus-fal eltávolítását ajánlja, a hallócsontocskák eltávolításával vagy a nélkül, abban az esetben, ha a szakszerűen végzett konzervatív kezelésre nem javul az eset. A műtét a Neumann-féle helybeli érzéstelenítés mellett a külső hallójáraton át végezhető. Ha az antrum megbetegedése kifejezettebbnek látszik, a hátsó hallójáratfal szomszédos részci is eltávolítandók. Természetesen ha a csecenyülvány-megbetegedés külső tünetei is megvannak, a felvésés van helyén.

Denker (Erlangen) szintén elvetendőnek tartja a száraz kezelést. A kifeeszkendés után levegőt fúj a dobüregbe a Politzer-féle labdával, azután szondára csavart vattával kiszáritja az egész dobüreg és az antrumot (? Ref.) és végül bórsavport fúj be.

Pollitzer (Bécs) a kifeeszkendés után a légbefúvást nélkülözhetetlennek tartja; utána a hallójáratot kiszáritja. Szerinte a H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>-oldat magában nem elég, sokszor szükséges az alkohollal és AgNO<sub>3</sub>-oldattal kezelés is. A fraise-t a lecsúszásakor előállható veszedelmek miatt elvetendőnek mondja. A Hartmann-kanült, és ha ez nem elég, az éles kanalat alkalmazza.

Passow (Berlin) megjegyzi, hogy az idült gyenedésekben a Bier-féle pangásos hyperaemiás kezelés nem használható ugyan, de a szívótherápia gyakran igen jó eredménnyel jár.

Kümmel (Heidelberg) felhívja a figyelmet arra, hogy némely meso-tympanumos gyenedésben a tuba szondázása kitűnő hatású.

Siebenmann (Basel) a bórsavpor használatát dicséri, mely a mérges hatású antisepticumoknak elébe teendő.

Ruttin (Bécs) szerint ha ép a labyrinth, a hallócsontocskák kiirtása nem veszélyes. Szerinte kórboneczolástani leletek bizonyítják, hogy nem minden idült nyálkahártyagyenedés gyógyítható konzervatív módon. Az edző anyagoknak (lysol, trichloreccetsav) erőlyes használatát, megelőző érzéstelenítés mellett, alkalmas esetekben hasznosabbnak tartja. Scheibe-vel szemben figyelmeztet az elrejtett genyőcözokra a sinus közelében.

Bloch (Freiburg) szerint az antrumba tamponnal bejutni nem lehet; ha az antrumban kevés a váladék, a száraz kezelést ajánlja.

Kretschmann (Magdeburg) figyelmeztet, hogy némely gyenedés már kezdetől fogva idültlen jelentkezik; ezek az esetek gümőkór gyanúsak. Ilyen esetekben az általános kezelés mellett a tuberculin használata is indokolt.

Wolf (Frankfurt a. M.) az alkoholkezelés barátja; az alkoholhoz resorcent vagy sublimatot tesz; ezt használja a heveny esetekben is.

Scheibe gyógyulás alatt a gyenedésnek egy éven át elmaraadását érti. Később recidivák előjöhethetnek, ezek cholesteatoma esetében mindig beállanak.

Körner végszavában konstatálja, hogy a véleménykülönbségek nem nagyon eltérők. A mechanikai tisztítás a legfontosabb, és itt a dobüreg-csővecskének nagy szerepe van. A fraise, melynek használatát egyébként már elhagyta, ha helyesen alkalmazzzák lábhajtással és nem villamos motorral, veszélytelen. Az orvos kezében a bórsav igen célszerű és veszélytelen szer. Még egyszer kiemeli az általános kezelés szükségességét. (Zeitschrift für Ohrenheilkunde, LVI. kötet, 3. füzet.)

Udvarhelyi dr.

### Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Lágyfekély gyógyítására Meissner nagyon ajánlja az eulphent. 50% bórsavval keverve hinti a fekélyre reggel és este. A gyógyulás átlagosan 6-10 nap alatt következik be. A szerző végül kiemeli ezen kezelésmódnak kifejezett fájdalomcsökkentő hatását, a mely valamennyi esetében mutatkozott. (Berliner klinische Wochenschrift, 1908. 35. szám.)

A tejelválasztás fokozására már többen ajánlották a somatosét. Kérdés azonban, vajjon valamelyes specifikus hatás van-e itt szóban, vagy pedig mint fehérjében dús táplálékcszitmény hat csak a somatose, mint a hogyan bőséges fehérjedietára is fokozódik a tejelválasztás. Az utóbbi évek vizsgálatai szerint ez az utóbbi nézet a valószínűbb. Weiss (Allg. Wiener med. Zeitung, 1908. 41. szám), valamint Joachim (Allgem. med. Central-Zeitung, 1908. 48. szám) legújabb közlései is mindenesetre azt bizonyítják, hogy somatose használatára a tejelválasztás tetemesen fokozódik. Az utóbbi szerző különben azt ajánlja, hogy célszerű a somatosét már a terhesség utolsó hónapjaiban is rendszeresen adni.

Cysticercus és echinococcus ellen Renzi nem tartja hatálatalannak a belső gyógyítást. Ol. aether. filicis maris használata 4 esetében határozott javulást eredményezett. (A nápolyi orvosi akadémiának 1908 június 28.-án tartott üléséből.)

### Magyar orvosi irodalom.

Magyar orvosi archívum, 1908. 6. füzet. Hári Pál: Vizsgálatok a hőszabályozás élettanának köréből. Bálint Rezső: Adatok a gerincevelő érző gyökeinek physiologiájához és pathologiájához. Nádosy István: Mirigyek uterus-carcinománál. Engel Károly és Ország Oszkár: Vizsgálatok a vérsavó és a savós folyadékgyülemek fehérjetartalma között levő összefüggésről.

Gyógyászat, 1909. 2. és 3. szám. Dollinger Gyula: Balassa János és a gümős csont- és izületi gyuladások mai gyógykezelése. Szegő Kálmán: Adatok a gyermekek asztmás megbetegedéséhez.

Orvosok lapja, 1909. 2. szám. Tauszk Ferencz: Phrenokardia. Jankura Iván: A kanyaró. 3. szám. Halász Henrik: A garatfalak és torokmandolák heveny lobjának gyógyítása. Olsavszky Viktor: A hydro-pyriminól. Erdős Adolf: A vörhenyről.

Budapesti orvosi ujság, 1909. 1. szám. Goldzieher Vilmos: A hydrophthalmus kórtana, tünetei és gyógyítása. Fodor Géza: A krónikus köszvény thalassotherapiája. 2. szám. Balás Dezső és Török Ödön: A ductus choledochus elsődleges rákja 23 éves egyénen.

## Vegyes hírek.

**Agyagásky Károly** dr.-nak, Maros-Torda vármegye tiszti főorvosa kiváló szolgálatai elismerésül a királyi tanácsosi címet kapta.

**Török Lajos** dr. budapesti egyetemi ny. rk. tanárt az olasz dermatologiai és syphiligraphiai társulat tiszteletbeli tagjává választotta.

**Kinevezés.** *Brokés Győző* dr.-t a belügyminister a debreczeni állami gyermekmenhelyhez a VIII. fizetési osztály harmadik fokozatába sorállással igazgató-főorvossá nevezte ki. — *Lenkei Vilmos Dani* dr. almdái-fürdőorvost Veszprém vármegye főispánja tiszteletbeli megyei főorvossá nevezte ki. — *Kocsis Géza* dr.-t a világi, *Hamvai Kovács Bálint* dr.-t pedig a hajdusoboszlói járás orvosává neveztek ki. — *Hertz Móricz* dr.-t a pozsonyi állami kórházhoz másodorvossá neveztek ki. — *Löffler Mór* dr.-t a székesfőváros főpolgármestere a jobbparti kórházakhoz segédorvossá nevezte ki. — *Ellhes Béla* dr.-t Csik vármegye közpórházának segédorvossá neveztek ki.

A kivándorlási magyar hajóorvosok sérelmeik orvoslása végett a belügyministeriumhoz benyújtott emlékiratukban óhajaikat a következő pontokban foglalták össze: Kérnek 1. *Hatáskört* a kivándorlási törvényvel kapcsolatos 50,000/1904. sz. a. ministeri utasításnak a kivándorlók egészségi védelmére vonatkozó paragrafusai értelmében méltányos munkafelosztás alapján köztük és az angol orvosok között. Ez irányban kívánatos, hogy a magyar kivándorlók kezelése mindenképen ő reájuk bízassék, valamint a többi magyar utas is hozzájuk ajánlatsék. 2. Hogy nevezett utasítás nekik kiadassék és ennek értelmében az őket megillető ellenőrzésben, felügyeletben és intézkedésekben, a mennyiben ezek a belföldön beszerzendő köt- és gyógyszerre és orvosi eszközökre vonatkoznak és egyébként is a magyar utasok egészségi érdekeit szolgálják, az angol orvos, ki, eddigelő legalább mindig állandóan alkalmazásban volt a társaságnál, őket mindig elejétől fogva hathatósan támogatni és mindenben kezére járni tartozzék. Nyelvbéli nehézségek esetén a „soknyelvű” ápoló segít. 3. A magyar orvos az angollal *egyenrangú, mellérendelt legyen*; nem „assistens”, mint eddig volt, hanem jelzése „magyar orvos”, ezzel szemben pedig a másiké „angol orvos”; rangjuk az I-ső tisztének megfelelő és egyenruhájuk is, melyet a hajó szerez be nekik, egymáshoz hasonló. A magyar orvos ezen rangjának megfelelő, világos és jól szellőzhető, az angoléval teljesen egyenértékű *fiakabint* kap, mely semmi körülmények között másnak ki nem adható, még csak át sem engedhető; homlokzatán jól láthatóan „Magyar orvos” felirással bir és ezzel szemben az angol orvosénak eddigi „Doctor” felirása helyett „English doctor” jó. 4. A magyar orvos különben minden irányban teljes mértékben *I. osztályú utasnak* tekintendő, ennek megfelelő ellátásban részesül, és kiszolgálására egy nyelvünkben teljesen járatos pinezér áll állandó rendelkezésére. 5. *Alapok ok nélkül el nem bocsátható.* 6. A napidíj legalább 10 kor., de ebből a fogyasztott szeszes italok árai levonathatnak. A fizetés hosszabb alkalmazás esetén megfelelően emelkedik. 7. Az I. és II. osztályú utasok *kezeléséért*, ha már betegen jöttek a hajóra vagy betegségük nem a tengeri úttal függ össze, a rendes díjak járnak. 8. A kivándorlók és esetleg a többi magyar utas részére a konyhát *magyar szakács* vezesse.

A Magyar Orvosi Könyvkiadó-Társulat 1908. évi tagilletménye (1. *Grósz-Hoor*: A szemészet kézikönyve, I. kötet; 2. *Körner*: Fülörvostan. Fordította *Török Béla*; 3. *Heim-Preisich*: Általános haematologia) közbejött akadályok miatt nem készülhetett el a rendes időre; megjelenése márczius hó végére várható. Az 1909. év illetménye azonban már szintén munkában van, úgy hogy a folyó év őszén a tagoknak kézbesíthető lesz.

**Hírek a magyar orvosi sajtó köréből.** „Közegészségügy” czimén új magyar szakfolyóirat jelenik meg ez év eleje óta *Klasz Pál* és *Dóczy Imre* dr.-ok szerkesztésében. Az új lap az országos közegészségügyi tanács hivatalos lapja. Megjelenik minden hó 1.-én és 15.-én. Előfizetési díja egész évre 10 korona, fél évre 5 korona; a szerkesztőség és kiadó-hivatal czíme: Budapest, VI., Váci-körút 45. szám. — A már 45. évfolyamában megjelenő *Pester Medizinisch-chirurgische Presse* szerkesztőt cserélt: főszerkesztője ez év eleje óta *Donath Gyula* egyet. cz. rendkívüli tanár, felelős szerkesztője *Schulhoff Vilmos* dr. A lap a szerkesztők kijelentése szerint ezentúl is abban fogja keresni hivatását, hogy a külföld számára hífi tükörképét nyujtsa a magyar orvosi irodalomnak s orvostudományi mozgalmaknak; e mellett helyet fog adni értékes bel- és külföldi eredeti tudományos cikkeknek is.

A budapesti poliklinika rendeléseim december folyamán 3562 új beteg jelentkezett; a rendeléseknek összes száma 10,245 volt.

A szabadkai önkéntes tüzoltó-testület mentő-osztálya december havában 103 esetben működött.

**Meghalt.** *Pálffy Gyula* dr., Torda-Aranyos vármegye tiszti főorvosa 47 éves korában január 15.-én. — *Lurya Géza* dr. seregélyesi körörvos 32 éves korában. — *Vedrődy Viktor* dr. 70 éves korában e hó 16.-án Debreczenben. — *A. J. Mc Cosh* dr., a sebészet tanára a new-yorki College of Physicians and Surgeons-on. — *C. Dappinger* dr., valaha az élettan tanára a dublini katolikus egyetemen. — *Douglas Argyll Robertson* dr., kórházi főorvos és az edinburghi egyetemen a szemészet magántanára (lecturer), január 5.-én, 72 éves korában. Az elhunytak jeles dolgozatai vannak a szemészet terén; 1870-ben írta le a nevével megjelölt tünetet, vagyis azt a tabesre jellemző elváltozást az irisnek, hogy alkalmazkodáskor még összehúzódik, de a fényre már nem reagál.

**Argyll Robertson** dr.-t — a ki orvosi gyakorlatát 1904-ben abbahagyta — a halál utazás közben Indiában, Gondalban érte utól.

**Kisebb hírek külföldről.** *Strümpell* tanár Boroszlóban elfogadta a meghívást a bécsi egyetem egyik belorvostani tanszékére, a mely Schrötter tanár halálával üresedett meg. — A nemzetközi tuberculosisszövetkezet központi bizottságába Németország képviselőjéül az elhunyt Althoff titkos tanácsos helyébe *Leube* würzburgi tanárt küldték ki. — A chicagói North-Western University-n a szemészeti tanszékét *Brown Pusey* dr.-ral, a római egyetemen pedig ugyanazt a tanszékét *Cirincione* palermói tanárral töltötték be. — A lipcsei egyetem jövő júliusban fogja alapításának 500. évfordulóját megünnepelni. — *G. Brühl* dr.-t a fül-orvostan magántanárát a berlini egyetemen címzetes tanárrá nevezték ki. — *F. Heiderich* dr.-t Göttingenben az anatomia, *P. Doehle* dr.-t Kielben a kórbonezolástan, *W. Pfaff*-ot Lipcsében az odontotechnika, *C. Sacerdotti* dr.-t Cagliariában az általános kórtan, *Th. Tschistowitsch* dr.-t Kasanban a kórbonezolástan, *L. Philippson* dr.-t Palermóban a dermatologia és syphiligraphia, *E. Ferroni* dr.-t Parmában a gynaecologia, *A. Zeri* dr.-t Rómában az orvosi semiotika rendkívüli tanárává nevezték ki. — *S. Weber* dr. greifswaldi docens (belorvostan) a tanári, *W. Stock* dr. freiburgi és *W. Matys* prágai docens (mindkettő a szemészetből) pedig a rendkívüli tanári címet kapta. — Rendes tanárok lettek: *F. A. Federá* dr. (gyógyszertan) Cagliariában, *J. H. Landis* dr. (közegészségügy) Cincinnatiában, *G. H. Edington* dr. (sebészet) Glasgowban, *G. Pascale* dr. (sebészet) Nápolyban, *U. Mantegazza* dr. (bőrörvostan) Paviában. Rendkívüli tanárok lettek: *S. Jakowlew* dr. (bőrörvostan) és *Ignatowsky* dr. (belorvostan) Odessában, *G. Zagari* dr. (belorvostan) Sassariában.

Mai számunkhoz a **Farbwerke, vorm. Meister Lucius & Brüning, Höchst a. M.** czég „Arsacetin” czimű prospektusa van csatolva.

Jelen számunkhoz az „Austria gyógyszerár” készítményeiről szóló prospectus van mellékelve.

Mai számunkhoz a **Richter Gedeon** vegyészeti gyár „Hydropyrin” czimű prospektusa van csatolva.

A **hydropyrin**, újabban — mint ismeretes — az acetylsalicylsav lithiumsója, teljesen állandó, iztelen, szagtalan és nem hygroskopikus, Acetylsalicylsavtartalma 96<sup>1</sup>/<sub>4</sub>. Lithiumtartalma 3<sup>3</sup>/<sub>4</sub>. Könnyű oldhatóságánál fogva gyors salicylhatást fejt ki.

**Elektromágneses infézet** Budapest, VII., Városligeti Fásor 15. sz. Gyógytényezők: D'Arsonval-, Elektromágnes-, Sinusoidal-, Gaivan-, Farad-, Franklin-, Leduc-áram. 4 cellás villanyfürdő. V. forróleégdús. Vibr. massage. Prospectus. Vezető orvos: **RÉH BÉLA** dr.

## Budapesti ZANDER-gyógyintézet

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

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

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

**Dr. MÜLLER VILMOS** a tátraházi tüdőbeteg-sanatorium főorvosa  
**SAN-REMOBAN** (Corso Garibaldi 25) rendel. Prospektus.

**Orvosi laboratorium:** Dr. Mátrai Gábor v. egyetemi tanársegéd. Andrassy-út 50 (Oktogon-tér). Telefon 26-96.

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

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

**Röntgenlaboratorium:** Tulajdonos: **Dr. HUBER ALFRÉD** a szt. István-kórház Röntgenlaboratoriumának vezetője. Budapest, VIII., József-körút 26. I. em.

**Dr. GARA GÉZA, Meran.** SANATORIUM. PROSPECTUS.

**ERDEY Dr. Sanatoria** Budapest, IX., Ba'ács-tér 10. Nőbetegek és szülönők részére.



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

**TARTALOM.** Budapesti kir. Orvosegyesület. (I. rendes tudományos ülés 1909 január 9.-én.) 91. l. — Közkórházi Orvostársulat. (XIII. bemutató ülés 1908 december 2.-án.) 92. l. — A Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya. (1908 november hó 12.-én tartott ülés.) 93. l. — Erdélyi Múzeum-Egyesület orvos-tudományi szakosztálya. (XXII. szakülés 1908 november 21.-én.) 94. l. — Pályázatok. 94. l.

## Budapesti kir. Orvosegyesület.

(I. rendes tudományos ülés 1909 január 9.-én.)

Elnök: Dollinger Gyula. Jegyző: Entz Béla.

## A tüdőgümőkór fizikai diagnostikájáról. (I. Inspectio és palpatio.)

**Okolicsányi-Kuthy Dezső:** A laboratoriumi, ojtásos és egyéb új diagnostikai eljárások folytonos szaporodása közepette rá akarja terelni a figyelmet azon vizsgálati módszer finomságaira, a mely módszer, a fizikai vizsgálat, a gyakorló orvos diagnostikájának mindenkor alapját fogja tenni a tüdőbeli gümőkórban. Annival inkább helyénvalónak tartja ezen kérdés tárgyalását, mert a tüdővész gyógyulékonyosságába vetett hit az orvosok között mindinkább erősödőben van, s így az aktív therapiás igyekezet is mind jobban föllendül e nagy betegséggel szemben. Annak pedig, hogy ez sikeres lehessen, első feltétele a korai diagnosis, melyre a fizikai vizsgálati methodika ma már sokkal több módot nyújt, mint régebben.

Jelen alkalommal az előadó a megtekintés és tapintás útján való diagnostikai részleteket tárgyalja.

Az inspectio keretében tárgyalja a fejen, nyakon, kezeken s törzsön látható gyanujeleket, a dispositionális vagy már következményes tüneteket, a különböző sympathicus izgalmi és bénulási jelenségeket, melyek a csücs pleurájának zsugorodó folyamataival állanak összeköttetésben; foglalkozik a habitus tárgyalásával, rátereli a figyelmet egy régóta ismert, de nem kellően méltatott tünetre, mely a kóros oldalon a clavicula súlyedt állásában nyilvánul; megismertet egy általa megfigyelt diagnostikai tünettel (vállcsúcs-tünet, acromialis-tünet), mely szerinte az oldallocalisatio legérdekesebb megtekintési segédeszköze. Foglalkozik az angulus Ludovicii nagy jelentőségével, az inspiratorius, epigastriális behúzódiagnosis diagnostikai értékével, a Sorgo-féle mamillaris tünettel, melynek kereteit saját új megfigyeléseivel még kibővíti; majd rátér a mellkasi venaektasiák körjelző fontosságára, az emphysema nélkül fennálló inspiratorius thorax-állás jelentőségére, a mellkasi retractionnak inspectióval való megállapítására, stb.

A tapintással vizsgálatkor említi többek közt a Legroux-féle mikropolyadenia jelentőségét, a pulsus paradoxus és féloldali gyöngébb érlökés fontosságát, a tachycardia szerepét megfigyelésekkel illusztrálja az Erzsébet-sanatorium anyagából; majd rátér a pleurális, bronchiális és pectorális fremitus tárgyalására, különösen részletesen ismertetve ez utóbbinak vizsgálásmódjait és szerepét a tüdőgümőkór különböző alakjainak fölismerésében. Végül a tapintó ujj nyomására kiváltható lokalizált pleurális fájdalmat tárgyalja, a Tutusescu-féle fájdalom-pontokat, a tüdőgümőkört gyakran kísérő subinfurcationalis adenitisre valló spinalgiát és az e bántalomban az oeseophagusban szomszédosági fájdalmat kiváltó Neisser-féle szondakísérletet ismerteti.

Előadása végén hűs eredeti vetített képen illusztrálja igen behatóan az elmondottakat.

Az előadás után bemutatott még egy sorozat stereoskopos felvételt, melyeket H. Dümmler Bécsben nagyrészt Weichselbaum tanár intézetének a tuberculosisra vonatkozó kórbonezolástani praeparatumairól készített.

**Terray Pál:** Kétségtelen, hogy gyakorlott szem és figyelmes vizsgáló sok mindent észrevesz, a mit más kevésbé gyakorlott nem lát meg. Hogy itt olyan tömege a jelenségeknek szerepel, melyeket figyelembe kell venni, erről az előadónak tanulságos előadásából meggyőződhetünk. Fel vannak sorolva az összes jelenségek; talán egyet nem emelt ki kellőleg: a tapintható pleurális dörzsölést, melyet a betegek is megéreznek már olyankor, mikor a tüdőgümőkórnak még semmi más tünete nincs.

Bármilyen jelentékenyek és tanulságosak is ezek a tünetek, jelentőségük nem más, mint az, hogy figyelmünket adott esetben a tüdőcsúcs affectiójára terelik. Sőt a localisatio tekintetében is útmutatást nyújtanak.

Főlemítette az előadó saját észleletét, melyet vállcsúcs-tünetnek nevez. Nincs abban a helyzetben, hogy hozzászólhathna, mert az idő

rövidsége miatt nem vizsgálta még kellőképp utána. Mindenesetre az acromion- és clavicula-descensus esetében ki kell zárni a skoliosist. Kifejezett esetekben annyira szembeszökő, hogy az infiltrált oldal visszamaradásával együtt feltűnik. A többi jelenséggel együtt felhívja a figyelmünket arra, hogy kutassunk gümőkór után.

A fizikai vizsgálati módszerek fontossága első ajánlásuk óta aktuális, sőt ma, a mikor a tüdővész elleni küzdelem napirenden van, még aktuálisabb; noha az idők folyamán a diagnostikai eszközök megszorodtak (sputum-vizsgálat, Röntgen, tuberculin injectio, Pirquet-Calmette), mégis a szigorúbb értelemben vett fizikai vizsgálatnak létjogosultsága nemesak megmaradt, hanem ma is a gerince a diagnostikának. Az általános orvosi vizsgálatnak azt a részét alkotja, melyben a fizikai alapelvek a legjobban földerítettek közé tartoznak és melyek alkalmazása már azelőtt is az orvos működését messze a mesterségen túl ügyességgé, sőt művészetté fejlesztette.

Tehát a fizikai módszerek jelentősége csorbitatlan s ezért a begyakorlásuk és továbbfejlesztésük mindig kötelességünk, annál is inkább, mert a korai diagnostikában ma még nagyon is reá vagyunk szorulva. Ezért ezen a téren minden haladást örömmel kell üdvözölni és így az előadó által említett is, mert a korai diagnosis olyan következmény, melynek megvalósulását várjuk és melytől függ Korányi Frigyes jóslásának beteljesülése: Minden avatott ember érzi, hogy a XX. századnak legnagyobb feladata lesz a tüdővész hatalmának megtörése.

**Rajnik Pál:** Mindnyájan tudjuk, hogy a kezdődő esüsgümőkór megállapítása igen nehéz feladat. Az egészen kezdődő esetekben a kopogtatás és hallgatódzás eredményei nem igazítanak mindig kellőképpen útba. Az újabb időkben a tuberculin diagnostikai alkalmazása és a Röntgen-diagnostika siet segítségünkre, de ezek még nem érték el a fejlődésnek azon fokát, a melyre szabatos diagnosis felállítására czéljából szükségünk van s a Röntgen-diagnostika nem is lehet az orvosok közkincsévé soha. Ily körülmények között örömmel kell üdvözölnünk minden kísérletet és igyekezetet, a mely a diagnosis biztosítását más oldalról igyekszik elérni.

Kuthy az általa vállcsúcs-tünetnek, acromialis symptomának nevezett tünetcsoport éles megfigyelésével igen használható fizikai jelenséggel ismertet meg, mely jól használható segédeszköz a beteg tüdőfél megállapítására; én magam is végig észlelhettem Kuthy több mint 300 esetét és az Erzsébet-sanatoriumban ezen inspectiós tünetet most már általánosan használjuk is az oldallocalisatiót illető előzetes tájékozódás czéljaira. Igen érdekes megfigyeléseket lehet tenni. Egyszerű inspectióval a tulajdonképeni vizsgálat megkezdése előtt tájékozódhatunk a felől, hogy ha baj van, melyik oldalon keressük. Igaz, hogy régi szabály szerint a beteg mellkasfél az inspiratio közben elmarad az ép mögött, azonban az acromionnak mintegy mutató gyanánt felhasználása sokkal szabatosabb, kényelmesebb teszi a vizsgálati módot, mert nem kell az egész mellkasra figyelmünket kiterjeszteni, hanem elég, ha két pontot, a két acromion mozgását veszszük figyelembe közepes mély belégzéskor. A gyakorlatban értékesíti ezt a tünetet azon körülmény, hogy nemesak előrehaladottabb tüdőelváltozás esetén észlelhető, hanem megjelenik oly esetekben is, a mikor igazán kezdődő folyamatról van szó.

Távol áll tőlünk az acromialis tünet értékét túbeesülni, csak ama meggyőződésemmek voltam bátor kifejezést adni, hogy a legtöbbször beváló symptoma, melyet némi gyakorlat mellett már az egyszerűsége is ajánl, s azért érdemes reá, hogy mint útbaigazító segédeszközt használja a gyakorló orvos a tüdőfolyamatok megállapítására.

**Szabóky János:** Való, hogy újabb időben egy egész csoportját írják le az inspectióval észlelhető tüneteknek, melyekből kezdeti gümőkórra következtethetünk. Nem akarom felsorolni az előadó által úgyis szépen csoportosított tünet-sorozatot, csak három ilyen tünettel óhajtok részletesebben foglalkozni, a mennyiben róluk önálló megfigyelésekkel is rendelkezem. Az első a Siracoff leirta azon megfigyelés, hogy azon az oldalon, a melyen a gümőkór jelentkezik, a halánték-venák tágultabbak. Legjobban szembetűnik ez azokban az esetekben, a melyekben csak egyoldali a megbetegedés; kevésbé szembetűnő akkor, ha mind a két oldal megbetegedett, mert ilyenkor az esetleg csak az egyik oldalon jelentkező vena-tágulás erősebb fokából következtethetünk csupán a bántalom localisatiójára. Szembetűnőbbé tehetők ezen temporális vena-tágulások akkor, ha a nyakvenákat komprimáljuk. Siracoff körülbelül 90 kezdeti esetben ezen észleletét jól értékesíthette, előrehaladottabb esetekben csak ritkábban. Megfigyeléseit Kurashige utánvizsgálta s észleleteit 89 eset közül 93%-ban beigazolták találta.

Ily irányú megfigyeléseket én a tavasz óta végzek s a következő eredményekre jutottam: 88 eset közül 10-ben egyáltalában nem volt feltűnő vena-tágulás észlelhető a halánték-tájékon. A többi 78 eset közül 48-ban (58,8%), első stadiumbeli eseteim közül pedig csak 29%-ban jelentkezett az eredmény, t. i. hogy a halánték-venák azon az oldalon voltak tágultabbak, a melyik oldalon a bántalom erősebben kifejezett.

Arbogast azt találta, hogy úgy a tüdőgümőkór kezdeti, mint előrehaladottabb eseteiben a scapula alsó szöglete a gerincoszloptól eláll; ezen jelből szerinte arra lehet következtetni, vajjon ezen az olda-

lon van-e bántalom, vagy pedig ezen az oldalon van a bántalom erősebben kifejlődve. 66 eset közül 84 % -ban, 50 eset közül pedig 76 % -ban látta feltevését beigazolvá. En 133 esetben azt találtam, hogy 86-szor, tehát az esetek 64 % -ában csakugyan jobban előállott a scapula alsó szöglete a gerincoszloptól azon az oldalon, a melyen a bántalom székelte vagy erősebben volt kifejlődve; első stadiumú esetekben pedig 48 közül 34-ben (78 %).

Fenti eredményeim tehát azt bizonyítják, hogy ezen két tünet diagnostikai szempontból nem teljesen értéktelen, s ha nem is tulajdonítok nagy fontosságot nekik, de talán a bántalom localisatiója tekintetében mégis némi irányító utasítással szolgálhatnak. Azt hiszem, érdemes volna nagyobb kiterjedésű megfigyeléseket tenni, mert hiszen a praxisban is könnyen keresztülvihető módszerekről van szó.

A 3. tünetről, a Krönig és Neumann leírta azon megfigyelésről, hogy azon mellkasfelel, a melyen az elváltozás jelen van vagy erősebben kifejezett, a vénák tágultabbak, ma, minthogy csak 46 esettel rendelkezem, nem merek véleményt nyilvánítani. Ily irányban szintén 88 esetet vizsgáltam, de 42-t el kellett ejtenem, mert tágult vénákat vagy nem találtam vagy pedig fokozati különbséget a kétoldali tágult vénák között tenni nem tudtam. Eddigi eredményeim ezen tünetet kevésbé mutatják értékesnek, mint az előbbi két tünetet.

### Közkórházi Orvostársulat.

(1908. évi december hó 2.-án tartott XIII. bemutató ülés.)

Elnök: **Elischer Gyula.** Jegyző: **Körmöczy Emil.**

(Vége.)

#### Polycythaemia vera esete.

**Weinhardt János.** (Egész terjedelemben közölni fogja.)

*Szinnyei József:* A megkülönböztető kórjelzés nehéz. A szt. István-kórház prosectorájában Addison-kór 12 esetének boncolás-leletét nézte át. Két esetben volt lépmegnagyobbodás, míg a máj rendes volt. E két eset közül az egyik nem számít, mert előbb typhusban szenvedett az illető beteg és lehet, hogy ennek a maradványa a lépmegnagyobbodás. A második esetben nyirokmirigyduzzanatok is voltak. A máj- és lép-tumor polycythaemia mellett szól.

*Körmöczy Emil:* Ujabb időben a polyglobuliákkal igen sokat foglalkoznak és ma már egész másképp gondolkozunk ezen dolgokról, mint pár év előtt. Sok polyglobuliát, melyet a látszólagos polyglobuliákhoz soroztunk, ma már a valóságosak közé iktatunk. Ezek a valóságos polyglobuliák akkor jönnek létre, ha vérsajtpusztulás van, vagy a haemoglobin kémiai vagy functionális megváltozása, vagy a légesere szempontjából több vörös vérséjre van szükség. Ezekhez sorozzuk ma a CO- és a phosphor-mérgezésben jelentkező polyglobuliát és azt, mely egyéb vérmérgek hatására jön létre. Ide tartoznak a veleszületett szív-bajokban, némely emphysemában, a magaslati helyeken, a légritkított kamarában stb. létrejött polyglobuliák. Ha a polyglobulia létrehozása ok tartós, valóságos plethora fejlődik. Ezt a vérmennyiség meghatározása igazolta, továbbá a boncolás-lelet és a csontvelő hypertrophiája. Veleszületett szív-baj két esetben vizsgálta a csontvelőt és olyan elváltozásokat talált, mint a myelometoplyglobulia megalospleniciában írtak le. Ezen polyglobuliákat újabb erythrocytosisoknak nevezik és analogiába hozzák a leukocytosisokkal. Korányi és tanítványai azt hiszik, hogy a polycythaemia megalospleniciában is a haemoglobinnak hiányos oxygen-kötőképessége az elsődleges és a többi tünet másodlagos; ezen felvételt igen szépen és elmésen bizonyítgatják. Mások (Türk, Weber, Hirschfeld) a bajt myelogen eredetűnek vélik és összehasonlítják a leukaemiával. A harmadik csoportjában a polyglobuliáknak lép-, máj- és sokszor mellékvese-tuberculosist találtak; talán a bemutató esete is ide tartozik. Ezen eseteket nem tudjuk magyarázni. Némelyek azt hiszik (Krauss, Ascoli), hogy ilyenkor valami zavar van a csontvelő működését szabályozó belső secretióban.

*Weinhardt János:* Nem akart kitérni a betegség irodalmára. Elfelejtette megemlíteni, hogy Goldzieher cyanosis retinaet talált. Kizárhatónak tartja a mellékvese megbetegedését, annál is inkább, mert az Addison-kórra jellemző adynamia nincs meg; a nő erős, érverése is erős kilengést ad a sphygmograph-fal.

#### Bulbaerparalysishoz társuló oculomotorius-bénulás és atrophia nervi optici.

**Biró Ödön:** 34 éves, nős, bádigos. Anyja elmebajban halt meg. Hét év előtt nősült, két élő, egészséges gyermeke van. Felesége egészséges, egyszer sem vetélt el. Két év óta köhög, öt hét előtt vérköpése volt. Fél év előtt kezdett gyöngeülni, ugyanekkor látása is megromlott, ezóta kétféle lát. E tünetekhez dünyögő beszéd, majd a lenyelt folyadék az orron át regurgitálása társult. Lueszt tagad. Potentiája gyengült. A betegen a következő elváltozások találhatók: 1. Tüdő-tuberculosis. 2. Positiv Wassermann-reactio. 3. Atrophia nervi optici oculi utriusque. 4. Teljes jobb oldali oculomotorius-bénulás. 5. A baloldali m. rectus med. paresise. 6. Bal szemén Argyll-Robertson-tünet. 7. A hypoglossus affectioja (a nyelv bal felé deviál; nyelvmegkisebbedés nincs).

8. A glossopharyngeus által beidegzett légyszájpad hűdése. 9. A vagus megbetegedése (tachycardia, a bal hangszalag paresise). 10. Az Achilles-inreflex hiánya. 11. Vizeles-neheziségek. 12. Ataxia.

A szóba kerülhető megbetegedések: 1. Paralysis bulbaris progressiva. Mellette szólnak: az anarthria, a beszédzavar, a glossopharyngeus és vagus megbetegedéseiből származó tünetek. Ellene szólnak: a facialis-hűdés hiánya, a nem teljes ophthalmoplegia (csak oculomotorius-bénulás van), az atrophia n. optici, a hiányzó Achilles-reflex, a vizeles-neheziségek, az Argyll-Robertson-tünet és az ataxia.

2. Amyotrophiás lateralsclerosis. E kórkép ellen szól, hogy nincsen meg az interosseusoknak s az alkar izmainak atrophiaja fokozott reflexekkel, nincs lábclonus, sem spasmusos járás.

3. A bulbusban lokalizált syringomyelia ellen szól az egész törzsön, a végtagokon és az arczon levő jó érzés, jó tapintásérzés mellett jó a fájdalom- és a hőérzés is.

4. A bulbusban levő tuberculum vagy gumma ellen szólnak a hiányzó Achilles-reflex és a vizelesi panaszok.

5. Legvalószínűbbnek látszik, hogy cervicalis tabessel van dolgunk. Ezen diagnózis megerősítik a betegen található következő tünetek: az ataxia, az Argyll-Robertson-tünet, az oculomotorius-bénulás, a n. opticusok affectioja, az Achilles-inreflex hiánya, a húgyhólyag részéről a vizeles-neheziségek.

Végül mellette szól a positiv Wassermann-reactio. Tabes ellen szól azon megbízhatatlan állítás, hogy a betegnek luese nem volt s hogy felesége egyszer sem vetélt el.

#### Ophthalmoplegia bilateralis-szal és atrophia nervi optici-vel párosult idült bulbaerparalysis.

**Keller Kálmán:** Az előbbi kórképhez sok tekintetben hasonló a következő eset.

A 38 éves nőtlen lakatos inaskorában három emelet magasról baj nélkül a hóba esett. 12 év előtt koponyáján baloldalt vasdoronggal megsérült, utána egy évig fejfájása és szédülése volt.

Az étvágy, a székelés és vizeles rendben van. Tíz év előtt állítólag gonorrhoeán és luesen esett át. Erős potus.

A beteg pupillái szűkek, szabálytalanok, sem fényre, sem alkalmazkodáskor nem reagálnak. Mind a két oldalon látóideg-sorvadás, j. o. 20 cm-ről olvas ujjakat, b. o. 1 m.-ről. Ophthalmoplegia bilateralis. A facialis-innervatio rendben van. Mindkét oldalt ptosis. A nyelv- és garatmozgások eléggé kiadók, de hangadásakor a légyszájpad kissé balra emelkedik s az uvula is balra néz. Garatreflex alig váltható ki és ritkán. A beszéd orrhangú. Az orr- és gége feltűnő elváltozást nem mutat. A jobb oldali végtagok talán valamivel gyengébbek a baloldaliaknál. A bőr- és inreflexek elég élénkek, de a térdreflex hiányzik. Az Achilles-inreflex élénk. Brach-Romberg nincs. A járás rendben van. A tapintás-érzés a homlok jobb felén helyenkint csökkent. A szaglás jó. Az izlés a nyelv jobb felén a keserűre kissé csökkent.

Betegünkön tehát ophthalmoplegia totalis, atrophia n. optici és idült bulbaris tünetek (kisebb fokban) vannak jelen. Azonkívül mindkét térdtünet hiányzik ép Achilles-inreflexek mellett.

Az érzés főleg az alsó végtagokon jó. E tünetek alapján esetünket atypusos tabesnek kell tartanom és pedig tabes inferiornak vagy tabes cerebrolisnak.

#### A pannus trachomatosis gyógyítása gonorrhoeás váladék beoltásával.

**Goldzieher Vilmos:** A 13 éves fiút szeptember 21.-én vették fel. Bal szeme már nagyon régen sorvadott. A jobb szeme trachomában, entropium trachomatosisban és trichiasisban szenved. A corneán sűrű pannus van, a látás annyira csökkent, hogy a kézmozgásokat csak közvetlenül a szem előtt veszi észre a beteg, a ki a vakok országos intézetében mint gyógyíthatatlan vak volt felvéve, a honnan egyenesen a Rókus-kórházba jutott.

Az entropium és trichiasis sikeres operatioja után (Jaesche-Arlt-féle műtét) a pannust különféle módszerekkel kezelték, de eredmény nélkül. Október 20.-án gonorrhoeás eredetű váladékot (blennorrhoea neonatorumból) oltottak be. A 3. napon a blennorrhoeás folyamat kitört és körülbelül 2 hétig tartott. Azóta a cornea tetemesen tisztult, a pannus eltűnt; a látás nagy mértékben javult, úgy hogy a beteg már most is munkaképes.

### Kétoldali symmetriás elsődleges szalagszerű szaruhártya-homály.

**Goldzieher Vilmos:** A szaruhártya szalagszerű elhomályosodása a szem legkritikább elváltozásai közé tartozik. A betegség abban áll, hogy minden lobosodás nélkül a cornea középső övében a pupilla területe előtt, tehát abban a régióban, mely a szemhéj-résnek felel meg, az epithelium alatt fekvő homály jelenik meg, mely később tovább terjed, úgy hogy szalag alakjában harántul az egyik limbustól a másikig húzódik, de a nélkül, hogy a limbust elérné. Ennek a rendkívül idült és gyógyíthatlan bajnak két fajtáját különböztetjük meg: 1. az elsődlegest, a mikor a baj megjelenésekor a szemteke belső szervei még egészségesek, 2. a másodlagost, mely csak akkor képződik, a mikor a szemteke hosszú megbetegedés folytán (glaucoma, iridocyclitis stb.) már elfajulásnak indul, úgy hogy ez a különös cornea-baj a szemteke táplálkozás-zavarának egyik legkésőbbi következménye. A kórbonezolás vizsgálat kimutatta, hogy a homályos corneális övben a regressiv metamorphosis termékei vannak, és pedig meszes lerakódások, colloid- és hyalinszerű tömegek. Az elfajulás okát és finomabb menetét még nem ismerjük.

A bemutatott egyén 42 éves, különben még egészséges ember, a ki fél év óta szenved a leírt bajban. Hosszabb észlelés, illetőleg kezelés után gyógyulásra hajlam nem mutatkozván, az előadó operative járt el. A bal szemén Beer-féle késsel az egész elhomályosodott corneális övet igen gondosan leválasztotta. Jelenleg még egy finom, felületes homály van, mely azonban fokozatosan feltisztul; mindenesetre a látás most sokkal jobb, mint volt akkor, a mikor a vörösbarna, nagyon átlátszatlan eredeti homály fedte a pupilla területét. A másik szem operációja a legközelebbi időben fog megtörténni.

A leválasztott cornealemeznek mikroszkopi vizsgálata a következő leletet adta: az epithelium teljesen ép; a Bowman-hártya helyén meszes concrementumokból álló réteg van; a substantia propria corneae ép.

### Homokóra-gyomor esete.

**Bókay Zoltán:** A gyomor két rekeszre választott a gyomornak külső falán észlelhető hegesedés következtében, mely az indurált pancreas-szal vonatkozásban áll és a pylorus odanövését is okozta, miközben a pylorus alatt tractiós diverticulum jött létre. Szövettanilag a perigastrikus hegben rákszóvet (adenocarcinoma) volt felismerhető.

### Sarcoma ventriculi esete 71 éves férfin.

**Bókay Zoltán:** Az amúgy is ritka daganat érdekességét, növeli a gyomor fundusán található számos implantációs metastasis. Az eredeti gócz kifehélyesedve a pylorus táján ül. Szövettanilag a daganat az izomzatot is infiltráló kiscsombsejtes sarcomának bizonyult.

*Entz Géza:* A második esethez hasonló daganatot szintén észlelt a mely nem volt kifehélyesedve. Ráknak tartotta, de a szövettani vizsgálat nem mutatott rákot; azt hiszi, hogy szintén sarcoma volt. Az ilyen daganatok lapos implantációs metastasisokat szoktak okozni.

### Elsődleges tüdődaganat esetei.

**Goldzieher Miksa:** Az elsődleges rossztermészetű tüdődaganatoknak két nagy csoportjából, a carcinomából és sarcomából ez utóbbi összehasonlíthatatlanul ritkább, ámbár a carcinoma is elég ritka. Óriási anyagon összeállított statisztikák szerint a bonczolások mintegy 0.2%-ában fordulnak elő, s az összes rákoknak alig 2%-a elsődleges tüdőrák.

A bemutatott 4 eset közül az egyik hengerhámsejtű, mirigyese szerkezetű, alkalmasint bronchiális eredetű daganat, mely a jobb tüdőt egészen infiltrálja s a balban is nagyszámú áttételt okoz. Érdekes a szövődés diffúz tuberculosissal. Az eset 42 éves férfit illet.

A másik eset 58 éves nőt illet. A jobb tüdő alsó lebenyében nagy almányi gócot találtak, a felső lebenyben és a peribronchiális mirigyekben nagyobb számú, az agyban pedig egy áttételt. A vérzéses és részben nekrosisos daganat bronchussal nem függött össze, szövettanilag igen sajátos képet mutatott, az ú. n. carcinosarcomák közé sorozandó; feltűnő sok benne az óriássejt.

A harmadik eset 64 éves férfitől való. A jobb tüdő hilusából kiinduló daganat a tüdőt nagy mértékben infiltrálta. Nagyszámú májmetastasis. Mikroszkoppal a peribronchiális mirigyekből kiinduló lymphosarcomának bizonyult.

A negyedik esetben 86 éves nő bal tüdejében a tüdőt hegesen infiltráló és zsugorító újképződményt találtak, a pericardiumon számos göbös porczkemény daganatgóczczal; a retroperitoneális mirigyek velős daganattömegektől áthatottak. Szövettanilag a daganatsejtek sajátos külseje nem engedte meg biztosan annak az eldöntését, vajjon alveoláris hámból kiinduló tüdőrákról, vagy pedig egy elsődleges pericardialis endothelioma metastasisáról van-e szó.

### A Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(VI. ülés 1908 november 12.-én.)

Elnök: **Dollinger Gyula.** Jegyző: **Winternitz Antal.**

(Folytatás.)

### Alapi Henrik: Bismuth-pasta befeeszkendése után támadt agyhyperaemia.

A Beck-féle közlemény megjelenése óta számos szerző, közöttük több magyar sebész is megpróbálta a bismuth-pastának sipolyokba való befeeszkendezését, többnyire sikerrel. Néha igen régóta fennálló sipolyok meglepő rövid idő alatt zárultak. A befeeszkendezés veszélyeiről eddigelé alig esett szó, pedig még a Kocher-féle bismuthos sebkezelés korszakából ismeretes, hogy bár a bismuthum subnitricum nem szívódik fel, a sebbel érintkező bismuthból bizonyos körülmények között bismuthalbuminat képződik, mely felszívódik és rendkívül mérgező. *Riedel, Kocher* és mások közölték a mérgezésnek ilyen eseteit. A bemutató többi között egy 4 éves leánykán alkalmazta a bismuth-pastát, kinek jobboldali — valószínűleg gümőkóros — genymellét tíz hó előtt nyitotta meg bordaresectio segélyével. Minthogy a sipoly gyógyulni nem akart, október 16.-án ambuláner 10 cm<sup>3</sup>-t feeszkendezett be a Beck-féle II. számú pastából olivás sebfeeszkendővel, erősebb nyomás nélkül. Október 18.-án a gyermeket azzal hozták be, hogy tegnap este óta teljesen megvakult. A leánykának csakugyan sem tárgy-, sem fénylátása nem volt. A tükörvizsgálat (*Mohr*) pangásos pupillát mutatott, az idegrendszer vizsgálata (*Sarbo*) a jobb felső végtag izomerejének csökkent voltán kívül más elváltozást nem derített ki. Megtudtuk továbbá, hogy a befeeszkendezést követő napon a leánykának a feje fájt és többször hányt. A kórházba felvett beteg látása harmadnap kezdett visszatérni, ma a látás tökéletes, a sipoly pedig bezáródott. A vakság okára nézve teljes homályban voltunk a múlt hétig, midőn a baseli sebészeti klinikáról közlemény jelent meg, a melyben bismuthpasta befeeszkendezése következtében elhalt gyermek bonczjegyzőkönyve foglaltatik. A tápcsatornában a bismuth-mérgezést jellemző tüneteket lelték föl, ellenben a tonusos és clonusos görcsök között elhalt gyermek agyában kifejezett hyperaemián kívül más tünetet nem lehetett találni. Hasonló leletet kell feltételezni esetünkben is. Agynyomás-tünetek csakugyan voltak, és bár meglepő, hogy az agynyomás folytán olyan kiesési tünet, a minő a vakság, támadjon a nélkül, hogy a beteg eszméletét veszítette volna, mégis azt kell feltételeznünk, hogy az agy occipitális lebenyének nagyfokú — szerencsére múló — hyperaemiája okozta az ideiglenes vakságot.

Ezen óvatosságra intő esetből a bemutató nem akarja azon következtetést vonni, hogy a különben igen értékes módszert egészen elhagyjuk. Sürgősen ajánlja azonban az övrendszabályok keresését. Hogy az óvatosság minő irányban mozogjon, ma még nem tudjuk. Egy irányban azonban határozottan rá lehet mutatni a technikának egyik hibájára és a javítás módjára. A paraffin-befeeszkendezések első korszakában számos embolia-eset közölték, melyekről utóbb kiderült, hogy a lágy (45<sup>o</sup>-on olvadó) paraffin befeeszkendezésével összefüggnek. A kik az ú. n. kemény (58<sup>o</sup>-on olvadó) paraffint használták, emboliát sohasem láttak. A sipolyokba való befeeszkendezések alkalmával az embolia veszélye bizonyára sokkal kisebb, mint a bőr alá feeszkendezéskor, de kizárva egyáltalában nincs. És bár az 58<sup>o</sup>-on olvadó paraffin befeeszkendezése bizonyos technikai nehézségekkel jár és külön feeszkendőt igényel, a bemutató mégis azt ajánlja, hogy ennek a fáradságnak vessük alá magunkat és a bismuthot olyan keverékben feeszkendezzük be, melynek olvadáspontja 55—58<sup>o</sup> és a mely a befeeszkedés alkalmával olyan hőmérséken van, mely az olvadáspontot csak 1—2<sup>o</sup>-kal haladja meg.

*Borszéký Károly:* Beck eljárása veszélyes és megbizhatatlan. A legutóbbi orvosegyesületi ülésen Verebely hozzászólás alakjában referált

a II. sebészeti klinikán észlelt bismuth-mérgezés eseteiről. Az egyik eset empyema volt: bismuth-pastát fecskendeztek be, mely 2 hétig nem okozott zavart; 2 hét után stomatitis jelentkezett, mely 6—7 nap alatt gangraenás lett, diarrhoea támadt és a vizeletben fekete üledék mutatkozott. Eleinte nem gondoltak bismuth-mérgezésre, csak később, mikor teljesen kifejlődött a fémmérgezés körképe. Az empyema széles feltárását ajánlották, a beteg nem akart beleegyezni; állapota rosszabbodott, agytünetek jelentkeztek és azután a beteget hazavitték. Nagy óvatosság szükséges, különösen zárt üregekben való alkalmazásakor. A bismuth-mérgezések nitrit-mérgezések, ezért a bismuthum subnitricum helyett bismuthum carbonicumot ajánlanak.

**Bakay Lajos:** A Fehérkereszt-kórház sebészi osztályán alkalmazta a bismuth-pastát, de kétkedve fogadta. Kocher jodoform helyett alkalmazta a bismuthot és mérgezéseket tapasztalt, a mint behintette vele a sebet. A szülő a bismuthot hatalmas paraffin-dosisokkal keverte össze; jobb eredménye volt mint a vaselinbismuthal. Empyema thoracis egy esetében gyenge nyomással fecskendezte be. A gyermek egyszerre csak rosszul lett; dispnoé, cyanosis támadt. A Röntgen-vizsgálat kimutatta, hogy a bronchusokba hatolt be a bismuth. Öt napig lázas volt a beteg, azután jobban lett. Nem ajánlja, hogy a bismuthot nagyon felmelegítsük hőmérték ellenőrzése nélkül, mert nitrit válik ki; épügy ne melegítsük fel az oldatot többször.

**Mohr Mihály:** A ma bemutatott esetben az amblyopiának objektív tünete volt az ad maximum tág és merev pupilla. A fénytörő közegek tiszták voltak, a szemfenék ép. Gondosan kereste a szülő a papillitist, minőt 9 év előtt jodoform-mérgezés esetében leirt, de ennek semmi nyoma sem volt. Épügy semmi nyoma sem volt az embolia art. centr. retinae, melyet lehetetlen fel nem ismerni, olyan jellemző a szemtükri képe. Nem marad más hátra, mint agyhyperaemiát felvenni az occipitalis lebenyben, a mely kiegyenlítődött, mire a látás helyreállt.

(Vége következik.)

### Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya.

(XXII. szakülés 1908 november 21.-én.)

Elnök: **Purjesz Zsigmond.** Jegyző: **Konrádi Dániel.**

(Vége.)

**3. Gyergyai Árpád: Középfülgyulladás társult sinus-thrombosis esete. A vena jugularis lekötevése és a sinus transversus feltárása a torcularig. Gyógyulás.**

A 17 éves munkásleány füle 1908 májusban fájni és folyani kezdett, s a következő 2 hónapban genyedt; általában gyengélkedőnek érezte magát, többször fájt a feje. Julius 20.-án táncz után hirtelen erős fejfájás és hányás kíséretében rosszul lett; 28.-án a belgyógyászati klinikára vették fel. A belgyógyászok a naponta jelentkező hidegrázásnak, 40 C<sup>0</sup>.-on felül terjedő, majd megint a normálisra leszálló hőmérséknek semmi magyarázatát sem találták. A bemutatót a felülvizsgálat megejtése végett aug. 7.-én hívták. A bal külső hallójáratban geny, hátul-alul a dobhártyán perforatio; a hallás a kitakarítás után susogó beszédre 20 cm., Weber balra, Schwabach hosszabb, Rinne negatív b. o. A proc. mast. kissé érzékeny. Operatiót ajánlott.

A belklinikán a következő napokon chinint adagoltak, de javulás nem mutatkozott, sőt a proc. mast. alatt a nyak megdagadt, nyomásra igen fájdalmasá vált. Aug. 13.-án sebészetre tették át a beteget. Szemvizsgálatkor a retina gyűjtőereit mindkét oldalt kissé teltebbnek találták.

**Operatio.** Aether-chloroform-narcosisban a középfül, a scala media és post. szabaddá tétetett, a középfülben sarjak, a scala post.-ban subduralisan geny, a sinus transversus nem lüktet, próbapunctióra semmi sem ürül. A vena jugularis szabaddá tétele; kiűrtve és centrális irányban lezorítva nem telik meg; a vena jugularis lekötevése centrálisban, a periferia felé felmetszése, lejobb fali, feljebb obturáló thrombus; a bulbus szabaddá tétele, a sinus transversus megnyitása, a széteső thrombus eltávolítása.

Pár napig az operatio után a hőmérsék valamivel lejjebb szállott, később azonban újból az előbbi fokra emelkedett, a sinus transversusnak még fel nem tárt, a torcular felé eső részéből geny szivárgott.

Aug. 27. A sinus transversus feltárása a torcularig; a sinusban genyesen szétesett thrombus, a torcularnál erős vérzés.

Az operatio után a beteg hosszasan lázas volt, a hőmérsék azonban folytonosan eső tendenciát mutatott. Közben arg. colloidalis bedörzsöléseket és beöntéseket kapott. Az operatio után 3 hétre teljesen láztalaná vált. A seb is lassanként behámosodott és az illető teljesen meggyógyult.

Hozzászól: **Makara Lajos,** **Buday Kálmán** és **Markbreiter Irén.**

(XXIV. szakülés 1908 december 12.-én.)

**Jancsó Miklós és Elfer Aladár** előadást tartottak „Az emberi gümőkór bacillusainak virulentiájára vonatkozó vizsgálatok” czímen.

### PÁLYÁZATOK.

320/1909. sz.

A jásznagykünszólnokvármegyei tiszai alsó járásában fekvő **czibakházai** orvosi körben megüresedett **körorvosi állásra,** a mely az állampénztárból 1600 korona fizetéssel, a körhöz tartozó Czibakháza és Nagyrév községektől pedig 500 korona lakbérrel, Nagyrév községtől 300 korona úti átalánnyal és a vármegyei szabályrendeletben megállapított rendelési, látogatási és távolsági díjakkal van javadalmazva, ezennel pályázatot hirdetek és felhívom a pályázni kívánókat, hogy orvostudori oklevelükkel felszerelt kérvényüket hozzám **f. hó 30.-áig** adják be.

A megválasztandó orvos állását február 16.-áig elfoglalni köteles.

Tiszaföldvár, 1909. évi január hó 16.-án.

**Busa Ákos,** főszolgabíró.

862/909. sz.

A diósgyőri m. kir. vas- és acélgyárnál újonnan rendszeresített két **gyárorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Az egyik gyárorvosi állás székhelye Diósgyőr-gyártelep. Ezen állással az állami vasgyárak hivatalnokai részére érvényben levő VIII. fizetési osztály B. fizetési fokozata szerint 2300 korona évi fizetés, 200 korona fűtési átalány, természetbeni lakás és az üzleteredményhez képest változó, az évi fizetésnek körülbelül 45%-át kitevő jutalék élvezete van egybekötve.

Az állást elnyerő orvos egy évi megfelelő próbaszolgálat után véglegesítették.

A másik gyárorvosi állás székhelye Miskolcz. Ezen állással 2300 korona évi, szerződéses tiszteletdíj és 1200 korona évi fuvarátalány élvezete van egybekötve és köteles a kinevezendő orvos Miskolcz város felső, a Luther-tértől felfelé eső részében lakni.

Felhívom azon okleveles, egy évi kötelező kórházi gyakorlattal bíró orvosokat, kik ezen állások egyikét elnyerni óhajtják, hogy okmányokkal (keresztlevél, oklevelmásoolat, eddigi működésükről kiállított bizonyítvány stb.) kellően felszerelt kérvényeiket az állás megjelölésével, melyre pályáznak, alulírott gyárfőnökséghez Diósgyőr-gyártelep **f. évi január hó 31.-éig** nyújtják be.

A hirdett állások kinevezés után azonnal elfoglalandók.

Diósgyőr, 1909. évi január hó 10.-én.

3-2

**Diósgyőri m. kir. vas- és acélgyár.**  
**Fleischmann Győző,** főfelügyelő, gyárfőnök.

2908/1908. sz.

A radnóti járásban (Kisküküllő vármegye) levő **csapói körorvosi állásra** pályázatot hirdetek. A kör 12 községből áll.

Törzsfizetés az 1908: XXXVIII. t.-cz. értelmében 1600 korona.

Fuvardíj törvényhatóságilag megállapított 800 korona.

Lakbér törvényhatóságilag megállapított 400 korona.

Rendelési, látogatási, távolsági kilométerdíjak szintén törvényhatóságilag megállapítva.

A kellő okmányokkal ellátott folyamodványok hozzám **f. évi január hó 24.-éig** beküldendő.

Radnót, 1909. január hó 11.-én.

**Vitályos Géza dr.** főszolgabíró.

841/1909. kig. sz.

A nyitrai vármegyei érsekújvári közkórházban betöltendő **alorvosi állásra** a m. kir. belügyminiszter 125.000/1902. sz. körrendelete 2. pontja alapján pályázatot nyitok.

Felhívom mindazon nőtlen orvostudorokat (esetleg szigorló orvosokat), kik ezen 1400 korona fizetéssel, egy szobából álló lakással, fűtéssel, világítással és természetben kiszolgáltató étellel javadalmazott, a kórházban való belkérésük kötelezettségével járó állást elnyerni óhajtják, hogy kellően felszerelt kérvényeiket az ügyviteli szabályzat 4. §-ában leírt módon **1909. évi február hó 25.-éig** hozzám nyújtják be.

Azon pályázó, a ki közszolgálatban állott és azt megszakította vagy abban hagyta, köteles ezen időleges szünetelésnek, illetőleg kilépésének okát okirattal igazolni. Megjegyzetitek, hogy a kinevezés orvosokra két évi időtartamra szól, szigorló orvos kinevezetése pedig csak ideiglenes és fizetése 1200 korona.

Nyitra, 1909. évi január hó 13.-án.

**Az alispán.**

2-1

158/1909. kig. sz.

Bereg vármegyében Volóczi vasúti állomás székhelyvel rendszeresített 32 községet felölelő **volóczi körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Felhívom mindazokat, kik ezen 1600 korona fizetés s az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. alapján a vármegyei törvényhatóság által szabályrendeletileg megállapított lakáspénz, úti átalány és látogatási díj élvezetével egybekötött állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-a értelmében felszerelt kérvényeiket hozzám legkésőbb **február hó 10.-éig** nyújtják be.

Megjegyzem, hogy a megválasztott orvosnak kilátása van arra, hogy a vasúti pályaorvosi állást is elnyerheti.

A választás határidejét a pályázókkal annak idején tudatni fogom.

Alsóverecské, 1909. évi január hó 13.-án.

**Cserszky,** főszolgabíró.

2-1

13/109. cím. sz.

A pozsonyi m. kir. állami kórházban egy **másodorvosi állás** megüresedvén, annak betöltésére a nagyméltóságú belügyminiszter úrnak 1909. évi január hó 15.-én kelt 5088/VII. d) számú magas rendelete alapján pályázatot hirdetek.

Felhívom azon magyarhoni illetőségű orvos urakat, kik ezen 1600 korona fizetéssel, szabad lakással, fűtéssel, világítással és I. oszt. étellel javadalmazott ideiglenes jellegű, két évi időtartamra szóló állást elfoglalni óhajtják, hogy az 1888. évi I. t.-cz. 9. §-ában megkivánt minősítést igazoló okmányokkal felszerelt és a belügyminiszter úr ó nagyméltóságához címzett folyamodványait **1909. évi február hó 21.-éig** alulírottához nyújtják be.

Pozsony, 1909. évi január hó 21.-én.

3-1

**Pantocsek József dr.** igazgató-orvos.

# 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 és Temesváry Rezső szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEGKÓRTAN Babarcsi Schwartzer Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3—4 szám. UROLOGIAI SZEMLE Ilyés Géza szerkesztésében 4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

## TARTALOM:

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

**Kovács József:** Közlés a Pertik Ottó egyet. tanár, udvari tanácsos vezetése alatt álló II. számú kórboncolástani intézetből. A tüdő- és hörgőmirigygümőkór pathogenesisének némely vitás kérdéséről. 95. lap.

**Pólya Jenő:** A modern rákgyógyítás módjai és eredményei. 97. lap.

**Szabóky János:** Közlés a fő- és székvárosi bakteriologiai intézetből (igazgató Vas Bernát dr. egyetemi magántanár) és a székesfővárosi szt. István-kórház VIII. orvosi osztályából (főorvos Dieballa Géza dr. egyetemi magántanár). Praecipitációs vizsgálatok gümőkór eseteiben. 100. lap.

**Jendrassik Ernő:** Bevezető előadás. 102. lap.

**Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Schaffer Károly, Török Lajos és Vas Bernát:** Jubileumi dolgozatok. — **Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Hecht:** A

nyálka kimutatása a bélsárban. — **Stäubli:** Parasiták kimutatása a vérben. — **Riehl:** Az arsen hatása. — **Belorvostan. Mironescu:** A typhus abdominalis gyógyítása. — **Fränkel:** Halator. — **Sébészet. Suerbruch:** Az angiómák kezelése szénsavval. — **Pust Walter:** A sebeknek kezelése gipszszel. — **Stich és Makkas:** A pajzsmirigy transzplantációja. — **Küttner:** A tüdő súlyos lőtt sérülésének műtéte. — **Gyermekorvostan. Grawitz:** A fertőzőbetegségek általános kezelése, különös tekintettel a vörhenyre. — **Szülészet és nőorvostan. de Bovis:** A puerperális eklampsia placentáris elmélete. — **Orr-, torok- és gégebajok. Killian:** Az orr melléküregeinek megbetegedései vörhenyben. — **Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Zeuner:** Szer perityphlitis ellen. — **Muscariello:** Szer heveny eszű ellen. 103—106. lap.

**Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság.** 106. lap.

**Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések.** 107. lap.

**Tudományos társulatok és egyesületek.** 108—112. lap.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a Pertik Ottó egyet. tanár, udvari tanácsos vezetése alatt álló II. számú kórboncolástani intézetből.

### A tüdő- és hörgőnyirokmirigygümőkór pathogenesisének némely vitás kérdéséről.<sup>1</sup>

Irta: **Kovács József** dr., a budapesti tüdőbeteg-gondozó igazgató-főorvosa.

A közel 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> év alatt, mely eltelt azóta, hogy e helyütt a gümőkóros fertőzés kapuival s terjedési útjairól szó volt, az ezen idő alatt mindenfelé nagy buzgalommal folytatott vizsgálatok az idevonatkozó ismeretek jelentékeny bővülésére vezettek, nézeteink több irányban tisztultak, egyik-másik tekintetben pedig teljes átalakuláson mentek keresztül; mindezek ellenére a teljes megegyezéstől és végleges megállapodástól, a főbb pontokban is, még messze vagyunk, s ez a körülmény bátorított fel arra, hogy a szőnyegen lévő kérdést újra a t. orvosegyesület elé hozzam.

A mint ismeretes, még csak nagyon rövid idő előtt a klinikusok és kórboncolók felfogása szerint az emberi gümőkór úgy szólván kizárólag vagy legalább az esetek túlnyomó nagy többségében a gümőkóros fertőző anyagnak közvetlenül a tüdőbe való belélekezéséből lett származtatva. Ezen felfogás a maga természetességében szinte önkényt adódott egyrészt, de a mellett kísérleti alapra is támaszkodhatott.

A kísérleti kórtan által megállapított alapelvek szerint a gümöbaccilusok az állati szervezet fertőzésekor a behatolás helyén, valamint a megfelelő táji nyirokmirigyekben idézik elő az elsődleges és legkifejezettebb gümőkóros elváltozásokat; mivel pedig ilyenek a klinikusok és kórboncolók tapasztalatai szerint leggyakrabban a tüdőben és bronchiális nyirokmirigyekben fordulnak elő, annál inkább látszott jogosultnak a belézésnek, mint legfőbb fertőzés-módnak elismerése, mert állapotokon gümőkóros köpetnek elporlasztása (Tapp-

einer) illetőleg szárítása és elporlasztása útján (Cornet) is sikerült a tüdőknél és bronchiális nyirokmirigyeknek megbetegedését előidézni.

A tápesatornán át való fertőzés lehetőségét kísérletileg szintén be volt ugyan bizonyítva Chauvau,<sup>1</sup> Bollinger,<sup>2</sup> Baumgarten,<sup>3</sup> Orth<sup>4</sup> és mások állatkísérletei által, de gyakorlati fontosságot alig tulajdonítottak ennek a fertőzés-forrásnak, míg nem 1903-ban Behring<sup>5</sup> híres kasseli előadásában az intestinális fertőzést proklamálta a gyermekkorban a gümőkóros fertőzés legfontosabb forrásának.

Még élénk emlékezetünkben van ez a majdnem általános bizalmatlanság, valamint az az éles megtámadás, melylyel a geniális bűvár találkozott, midőn pár hónappal később — 1904 január havában — tanait a berlini orvostársulatban interpretálta. Hasztalan magyarázta Behring<sup>6</sup> első sorban, hogy az intestinális fertőzéshez a száj-garatüreg kapuja is számitandó, hogy a levegővel bejutó vírus megakadhat a garatban és innen lenyeletve a strict bélcsatornán át is fertőzheti a szervezetet és hogy ő az aërogen fertőzésnek ezt a módját egyáltalában nem tagadja: klinikusok, kórboncolók és bakteriologusok, így Fränkel,<sup>7</sup> Baginsky,<sup>8</sup> Hansemann,<sup>9</sup> Benda,<sup>10</sup> Cornet<sup>11</sup>, Schütz<sup>12</sup> egyformán a leghatározottabban utasították vissza Behring tételeit; némi hajlandóság a nagyérdemű bűvár támogatására csak Orth-ban<sup>13</sup> mutatkozott.

Objectiv kritika mellett nem tagadható, hogy Behring messze-menő következtetéseknek megfelelő széles kísérleti alappal nem bírt; a mint ismeretes, az ő kísérleti alapja röviden ez volt: 1. a bélfal újszülött malaczkokban majd mindig, idősebbekben többnyire átjárható bakteriumoknak, a mint azt Behring<sup>14</sup> a lépfenepálcikára vonatkozólag bebizonyította; ezzel meg van adva a tápesatornán át való fertőzésnek az útja és lehetősége; 2. gümőkóros tejjel etetett malaczkokat több hét után leolván, a tüdő megbetegedése sohasem hiányzott és végül 3. nyulakban gümöbaccilusoknak a nyelvbe való feeskenedése után szintén kifejlődött a tüdőgümőkór.

Behring észleleteit megerősítette Weleminsky<sup>15</sup> és Aufrecht<sup>16</sup>; az előbbi nemcsak malaczkokon, hanem nyulakon is azt találta, hogy gümöbaccilusoknak a tápesatornába való bevitele után több héttel a tüdők is megbetegednek; Aufrecht viszont kísérleti állatainak garatát gümős virussal bedörzsölve, ugyancsak a tüdöket találta megbetegedve néhány hét után.

<sup>1</sup> Előadatott a budapesti kir. orvosegyesület 1908 május 11-i ülésén.

Behring és Weleminsky az imént röviden vázolt vizsgálataikra támaszkodva hangoztatják, hogy etetési kísérleteikben ugyanazzal a fertőzőségi képpel találkozottak, melyet eddig inhalatio útján létrejöttnek tartottak és ez alapon azt a további következtetést vonják le, hogy mindkét fertőzősmódnál a kórokozók útjai azonosak.

Lubarsch,<sup>17</sup> Baumgarten<sup>18</sup> és Beitzke<sup>19</sup> nem ismerték el Behring-nek és híveinek elsődleges intestinális tüdőgóczeit, hanem kiindulva egyrészt a gümöpálcikáknak a kísérleti kórtan által megállapított törvényszerű terjedési módjából az állati szervezetben, másrészt támaszkodva Nenninger,<sup>20</sup> Paul<sup>21</sup> és Beitzke<sup>22</sup> azon vizsgálataira, a melyek azt mutatják, hogy állatokon a száj-garat-űrbe hozott bakteriumoknak egy része aspiratio útján a tüdőbe jut, az említett elsődleges tüdőgócokat aspirációs eredetű góczoknak tekintették és az említett buvárok által vont további következtetéseket is kísérleti hibából eredőnek tüntették fel.

Nemcsak kórtani szempontból, hanem a belőle folyó gyakorlati következtetések miatt is rendkívül fontos kérdés, hogy valójában hogyan, mely utakon jönnek létre az etetési fertőzőségi kísérletek után észlelhető tüdőbeli góczok?

Az utolsó évek vizsgálatai alapján annyit megállapítottunk kell tekintenünk, hogy a bélfal normális viszonyok között, azaz physiologiai állapotban is pathogen és nem pathogen bakteriumoknak általában véve átjárható, még pedig úgylátszik a fiatalabb korban és egyes állatfajokon inkább a későbbi korban és más állatfajokon kevésbé; a malacson bebizonyította ezt Behring az anthraxra, Bartel<sup>23</sup> a gümöbaccillusra vonatkozólag; én a gümöbaccillusra és staphylococcusra vonatkozólag találtam ezt; megerősítette ezen vizsgálati eredményeket Uffenheimer<sup>25</sup> a malacson a b. prodigiosusra, az anthraxra, különösen annak spórás alakjaira és a gümöpálcikára vonatkozólag, továbbá Ficker<sup>26</sup> a b. prodigiosus és kiliensissel a nyúlra vonatkozólag és végül Wrzosek<sup>26</sup> a már felsorolt és más bakteriumfajokra vonatkozólag a kutyán és macskán.

Ezen egybehangzó vizsgálati eredmények után abban, hogy a bélfal physiologiai viszonyok között a bakteriumoknak átjárható, többé kételkednünk nem lehet. Más kérdés azonban, hogy a bélfal átjárhatóságának kimutatása feljogosít-e arra a felvételre is, hogy a bakteriumok ez úton az egyes szervekbe is eljuthatnak, különösen miután Manfredi<sup>27</sup> és iskolája vizsgálataiból úgy tudjuk, hogy a nyirokmirigyek bakteriumáthatlan filtereknek tekintendők, melyek az odajutó mikrobákat a vérpályától és a távolabbi szervektől visszatartani tudják. Könnyen belátható, hogy ezekben tulajdonképp egy sarkalatos pontjáról van szó annak a nagyfontosságú kérdésnek, „iniciálható-e a tüdő elsődleges úton a bélsatornán át vagy nem?”

A mint ismeretes, a buvárok nagy része — és köztük első sorban a kórbonezolástan hivatásos képviselői — ma is megbízható védő apparatust lát a nyirokmirigyrendszerben a mikrobák elterjedése ellen az állati szervezetben, a mely felfogás a legmeregvebben a gümöbaccillus terjedési módjára nézve általában még ma is érvényben levő tételekben nyírt kifejezést.

Ezzel szemben mindinkább szaporodnak azok a kísérleti észleletek, melyek az eddigi merev álláspont tarthatatlansága mellett szólnak; így Behring a lépfenebaccillust, Kovács a staphylococcust, Uffenheimer, Ficker és Wrzosek a b. prodigiosust nemesak a periferiásabb nyirokmirigyekben találták meg, hanem a vérben és több más szervben is, a hová a vérpálya útján juthattak el a periferiásabb nyirokmirigyek áttörése után.

A felsorolt többféle mikroba-fajjal végzett vizsgálatok eredményei alapján a nyirokmirigyeknek bakteriumáthatlanságára vonatkozó nézetünket épen úgy el kell ejtenünk, mint a hogy megdöntöttnek tekintendő ma már a bélfal átjárhatatlanságáról szóló tan.

Vonatkozathatjuk-e már most a felsorolt bakteriumfajok terjedési módjára nézve megállapított vizsgálati eredményeket a gümöbaccillusra is? Cornet<sup>29</sup> régebbi, Westenhoeffer<sup>30</sup> és Beitzke újabb vizsgálatai szerint nem, és velük tartanak ebben az alapvető kérdésben a pathológiának igen neves képviselői, így Ribbert,<sup>31</sup> Lubarsch,<sup>32</sup> Baumgarten<sup>33</sup> és mások; mindezek szerint a gümöbaccillus elsődleges specifikus elváltozásokat a behatolás helyén túl még csak a legközelebbi táji nyirokmirigyekben idézhet elő és innen tovább csak a már megtámadott nyirokmirigy többé-kevésbé előrehaladt megbetegedése után juthat a most következő nyirokmirigyig vagy egyszer-másszor egy a megbetegedésben különösebben részt-

vevő és el nem zárt vérer útján mindjárt egyszerre a vérpályába is.

A tápasatornán át eszközölt fertőzésekre vonatkozólag végzett vizsgálataim alapján már 1904-ben azt a nézetemet fejeztem ki,<sup>34</sup> hogy a gümös vírus tovaterjedése nemesak akkor történik egyik mirigyről a másikra, mikor amaz már megbetegedett, hanem a tengerimalacson alimentáris fertőzés mellett a gümöbaccilusok egyszerre akár egy egész mirigysorozatban lokalizálódva találhatók.

Röviddel rá Bartel Weichselbaum intézetében végzett hasonló irányú vizsgálataiban ugyanilyen eredményre jutott: Bartel is, én is tehát a gümöbaccillusnak a nyirokpályákban való terjedési módjára nézve egy az eddigétől eltérő álláspontot fogadtunk el, de mindketten akkor a gümös vírus exquisit lymphogen terjedésének elváltolásokat, a tüdőben nem jutottunk az elsődleges fertőzés szakában. A haematogen áttörését a gümöbaccilusoknak akkor csak úgy tartottuk lehetőnek, hogy egy már elsajtosodott nyirokmirigyből juttanak azok a vérpályába, tehát másodlagos úton, a mint a pathológiában ez az általános érvényű felfogás ma is.

További vizsgálataim folyamán olyan észleletek birtokába jutottam, melyek a mi (Bartel és e sorok írója) módosított felfogásunkkal sem voltak többé megmagyarázhatók. Különösen nyulakon talákoztam olyan esetekkel, a melyekben a fertőzés után alig 4—5 héttel, mikor a nyirokmirigyek makroszkopice még teljesen épnek látszottak és csak histologice mutattak kezdetleges specifikus elváltozásokat, a tüdőben már kifejlődve találtam 1—2 kölesnyikendermagnyi góczot: mindenesetre oly lelet, mely nem felel meg annak a képnek, a melyet a gümös vírusnak haematogen terjedéséről alkotni szoktunk magunknak.

Csak természetes, hogy ezen solitaer góczok észlelete után, ezelőtti vizsgálataim bizonyító ereje iránt aggályaim támadtak, mert hisz hogy a tüdőnek 1—2 bacillusfészket kikutassuk, ahhoz nem lehet elégséges egy tüdődarabkának subcutan oltása; ezen tapasztalataim készítették azután arra, hogy a gümöbaccilusok elsődleges fészkeit és terjedési útjait újabb vizsgálatoknak vessem alá és pedig abban az értelemben, a melyben figyelmem föl lett hiva a jelzett kísérleti észleletek által.

Míg ugyanis ezelőtti ilyen irányú vizsgálataimban beértem azzal, hogy az egyes szervekből 1—1 darabkát subcutan zsákba oltottam, addig most az egész szövet emulgeálva és egészben vagy 2 részre osztva, intraperitoneálisan 1, illetőleg 2 állatba oltottam; ez a változtatás vizsgálataim kivitelekör azért látszott szükségesnek, mert hisz az észlelt solitaer góczok a mellett szólottak, hogy itt tulajdonképp csak nagyon gyéren juthatnak gümöpálcikák a tüdőbe, a melyek kimutatása csak igen exakt eljárás mellett várható.

A második változtatás kísérleti berendezésemben az volt, hogy az etetési fertőzést természetesebb módon hajtottam végre — spontan táplálkozás alakjában —, hogy így inkább kizárhassam a sokat hangoztatott aspiratio által komplikált fertőzést.

A mi a kísérleti berendezést és a technikát illeti, röviden a következőket emelem ki: kísérleti állatok gyanánt többnyire fiatalabb malaczkok szolgáltak (150—300 gm.); vírus gyanánt burgonyán tenyésztett friss culturák (4—8 hetes) lettek felhasználva és pedig egyeseken az emberi, másokon a bovin typusból, mindenkor azonban csak kis adagokat (0.2 mgm. 100 gm. állatra); a spontan etetési fertőzésnél ilyen exakt adagolásról nem lehet szó, egészben véve azonban itt is kisebb adagokkal dolgoztam.

Az etetési fertőzés kiviteli módja szerint az állatok 3 sorozatba vannak osztályozva és pedig az 1.-ben pipettával csepegtettem a bacillustartalmú tejet a szájüregbe, a 2. sorozatban az állatok a tuberculosisos tejet maguk fogyasztották el és egy harmadik sorozatban ugyanilyen tej zöldséggel lett átítatva és az így praeparált zöldség lett az állatoknak kiosztva.

A további eljárás ez volt:

A röviden vázolt fertőzőségi kísérleteknek kitétt állatok az etetés után pár órával, illetőleg 1, 2, 4, 5, 8, 10 nappal és 3—5 héttel ölettek le elvérzés útján és esetleges tuberculosisra vizsgálat alá kerültek a vér, tüdő, máj, lép és a mirigyek egyenként, még pedig, mint már említettem, oly módon, hogy emulgeálva felnőtt malaczkoknak hasüregbe oltattak; az oltott malaczkok állapotuk szerint 6—9 hét múlva ölettek le és megvizsgáltattak szövettanilag, illetőleg bakteriologiailag gümökóros megbetegedésre.

Ezek a vizsgálatok röviden a következő eredményekre vezetnek. Az első sorozatban egyik malaczban 6 órával az etetés után tuberculosis volt kimutatható a mesenterialis, a submentális + cervicális mirigyben és a májban; 8 nap után a tüdőben, a mesenterialis és submentális + cervicális mirigyben és a bronchiális mirigyben; 10 nap után a mesenterialis mirigyben és a májban.

A II. sorozatban egyik állatban egy nap után csakis a submentális mirigyben (egy 4 hónapos cariescultura volt a vírus), egy másik állatban megint egy nap után a tüdőben és cervicális mirigyben és végül egy harmadik állatban ugyancsak 1 nap után egy cervicális mirigyben, a tüdőben és lépben mutatható ki állatoltás útján tuberculosis.

Négy nap után kimutatható gümöbacillus a submentális, bronchiális mirigyben (cervicálisban nem!), a tüdőben és lépben. 10 nap után ki volt mutatható tuberculosis a submentális és mesenterialis mirigyekben; a tüdővel és májjal oltott állatok elpusztultak.

A III. sorozatban (tejes zöldséggel etetve) egy 2 nap után leölt állatban kimutatható tuberculosis a vérben, a submentális + cervicális mirigyben és a lépben.

Tehát az infectio latens szakában 9 állat közül tuberculosis volt kimutatható a vérben 1-szer, a tüdőben 4-szer (1-szer elpusztult a 2 oltott állat), a májban 2-szer (3-szor az oltott állatok elpusztultak), a lépben 3-szor, a bronchiális mirigyben 2-szer, a mesenterialis mirigyben 4-szer, a submentális vagy cervicális, vagy mindkét nyirokmirigyben (együttesen vizsgálva) 8-szor.

Ezek a kísérleti eredmények a fertőzés útjaira, illetőleg a vírus tovaterjedésének módjaira és így a megbetegedés várható localisatióira az etetési vagy bélfertőzéskor az eddigiektől egészen eltérő nézetekre kényszerítenek.

Kézenfekvő dolog, hogy a gümöbacillusok a véráramba, a májba és lépbe csak a táji nyirokmirigyek áttörése után juthattak és ha már ezelőtti vizsgálataim után sem tartottam a nyirokmirigyeket bakteriumáthatlan filternek, mostani kísérleti eredményeim alapján arra következtetésre kellett jutnom, hogy — legalább a tengerimalacson — a nyirokapparatusok a maguk összességében sem tudják a bakteriumokat mindenkoron távoltartani a vérpályától, vagyis el kell fogadnunk, hogy a gümöbacillusok a tápcsatorna nyirokkészleteibe behatolva már az első órákban áttörhetik a nyirokpályákat, a véráramba juthatnak és egyik-másik szeroben, de az anatómiai feltételeknél fogva leggyakrabban a tüdőben letelepedhetnek.

Mielőtt azonban ezeknek a vizsgálatoknak eredményeit elfogadjuk kísérleti alapul a tüdő elsődleges haematogen fertőzésének lehetőségére nézve különösen abból a szempontból kell látszólag jogosult aggályokat eloszlatnunk, vajjon ezen etetési kísérletek alkalmával a garatúrben megtapadó fertőző anyag nem jut-e olyan módon a tüdőbe, mint az Nenninger—Paul—Beitzke kísérleteiben történik, hogy tudniillik minden nyirokvérpálya elkerülésével egyenesen a tüdőbe szívatnak be, a mint Baumgarten, Lubarsch, Beitzke is aspiratiós góczoknak tekintik Behringnek, Weleminskynek és Aufrechtnak etetési tüdőgőzeit. Ez ellen a magyarázat ellen több nyomós érv hozható fel: első sorban természetesen, hogy gümöpálcikák nemesak épen a tüdőben mutathatók ki, hanem a vérben, májban és lépben, már pedig ide sem aspiratio útján, sem pedig másodlagosan a tüdőből nem juthattak, mert hisz erre is kellene gondolni, ha nem tudnók egyrészt Ficker<sup>35</sup> vizsgálataiból, hogy csak egészen fiatal állatokon jut a b. prodigiosus a tüdőből más szervbe is. Határozottan ellene szólnak ilyen complicatio felvételenek Schlossmann és Engel,<sup>36</sup> valamint Nicolas és Descos<sup>37</sup> vizsgálatai; az előbbieket egyenesen a malacz gyomrába fecskendezték a gümöbacillusokat és 1—2 órával később leölvén az állatot, már ki tudták a tüdőben mutatni; az utóbbiak pedig magában a ductus thoracicusban tudták kimutatni a fertőző anyagot. Ellene szól továbbá a tüdőbeli fertőzés ilyen eredetének több más kísérleti észlelet is: így például tudjuk, hogy vannak bizonyos állatfajok, melyeket intestinálsan csak a fertőző anyagnak nagy mennyiségével tudunk inficiálni, míg inhalatio vagy tracheotomia útján az egészen könnyen sikerül: ha csakugyan olyan nagy szerepe volna az etetési fertőzésben az aspiratióknak, ez nem történhetné meg.

A második ellenvetés, mely felhozható, vajjon átvihetők-e a tengerimalacson talált kísérleti eredményeim az emberre? Mellette szól, hogy más állatokon is találkozunk hasonló viszonyokkal, így

Nicolas és Descos a kutyán találtak 3 órával az etetés után a ductus thoracicusban gümöbacillust, a házi disznón az etetési kísérletek hasonló eredményre vezetnek és végül, hogy azokban a sajnálatos tömeges fertőzési esetekben, melyek különösen egyik-másik pensionatusban gyöngykóros tejnek élvezete után észleltek, a boncsolási jegyzőkönyvekben szintén ezzel a fertőzési képpel találkozunk.

*Mint hogy így kimutattam, hogy gümökóros anyagnak a tápcsatornába való bevitele után — még pedig egészen a természetes fertőzési feltételeknek megfelelőleg — pár órával a gümöbacillusok nem csupán a legközelebbi nyirokképletekig vagy táji nyirokmirigyekig juthatnak el, hanem a nyirokrendszer áttörése után bejuthatnak a véráramba és így az ő sorsuk sem lehet más ilyenkor, mint az melyet a gümöbacillusoknak a véráramba való direct befecskendezése után észlelünk, hogy tudniillik bizonyos szervekben, mint a tüdőben, a lépben és májban lokalizálódnak, kísérletileg bebizonyítottatnak kell tekinteniünk, hogy elsődleges gümökóros tüdőmegbetegedés létrejöhet intestináls fertőzéskor lymphohaematogen úton.*

Hangsúlyoznom kell más szerzőkkel szemben (Calmette,<sup>38</sup> Vallée,<sup>39</sup> Behring, Weleminsky stb.), hogy még ezek a vizsgálati eredmények is csak arra a következtetésre jogosítanak fel, hogy elsődleges tüdőmegbetegedés ilyen úton is létrejöhet, de semmi esetre sem arra hogy csakis ilyen úton kell létrejönnie.

De épen így nem lehet ez értelemben igazuk azoknak a buvároknak, a kik — mint Baumgarten, Lubarsch, Beitzke — az intestináls fertőzés után észlelhető tüdőmegbetegedést szükséggépp kísérleti hibából eredőnek állítják oda.

(Vége következik.)

## A modern rákgyógyítás módjai és eredményei.<sup>1</sup>

Irtá: *Pólya Jenő* dr., közkórházi rendelőorvos, egyetemi magántanár.

Bear in mind, that a small operation in the right time is worth more, than the largest and most admirably designed and conducted operation, when the disease is advanced. *Butlin.*<sup>2</sup>

Uraim!

Midőn ma este az igazgatótanács megtisztelő megbízása folytán e helyre lépek, hogy a Társulat évváró ülésén szokásos előadást megtartsam, szíves figyelmüket oly thema számára kérem, melyet egy előadás rövid keretén belül nemesak hogy kimeríteni nem lehet, de még legfőbb vonásaiban is alig lehet ismertetni és a melyről ilyen általánosságban szólva vajmi kevés újat lehet mondani. És hogyha mégis ezen themával merészkedem az Önök színe elé, teszem ezt a tárgy nagy orvosi, humánus és szociális jelentőségének tudatában s ama hitben, hogy nem fogok teljesen felesleges munkát végezni, ha a rákgyógyításnak ma divó módjai és ezek eredményei felett rövid kritikai áttekintést nyújtok.

Kezdjük a rák *sebészi* kezelésének tárgyalásával!

1. *A rák pharmakotherapiája.* Legio azon gyógyszereknek a száma, melyeket a ráknak biztos orvossága gyanánt kürtöltek világgá és csak valamivel kisebb azon szeréké, melyektől egy vagy más észlelő a ráknak legalább is jelentékeny javulását látta. E szerék sorában található az ártatlan ibolyafőzet és a gyilkos cobra-méreg, a mindenféle bajban megkísérlett jodkali és higanykenőcs és a rákspecificum gyanánt híresztelt condurango és chelidonium majus. *Stuart Low* a mucint, *Drage* különböző fahéjsavpraeparatúmok, főleg a natrium cinnamomicumot, *Webb* a zöldsappant, *Hauer* a gelatinát, *Bra* és *Mongour* a nectrianint, *Adamkievicz* a hirhedtté vált caneroint ajánlotta a rák gyógyítására. Azt hiszem felesleges folytatnom e szerék felsorolását és tán még feleslegesebb hangsúlyoznom azt, hogy megbízható helyről gyógyulást ezen és efféle szerék alkalmazása után sohasem észleltek és a közölt javu-

<sup>1</sup> A közkórházi orvostársulat 1908 december 30-i évváró ülésén tartott előadás.

<sup>2</sup> *British med. Journal*, 1903. I. kötet, 355. l. („Tartsák szem előtt, hogy a kis műtét, ha idejekorán végeztetik, többet ér, mint a legnagyobb és legesodálatraméltóbban kivitt operatio, mely a betegség előrehaladott szakában történik.“)

lások is a legtöbb esetben felette kétes értékűek és nem a szer különleges rákgyógyító, hanem egyéb: stomachikus, roborans, vérzés-essillapító stb. hatásának tudandók be.

Mindössze két olyan szerünk van, melyről megbízható forrásból tudjuk, hogy legalább egyes esetekben képesek voltak bizonyos felületes bőrrákot meggyógyítani; ez a két szer az arsen és a chinin. Az arsen úgy belsőleg, mint lokálisan, valamint bőr alá való és intravenás befecskendések alakjában, ez utóbbi célokra mint natrium kakodylicumot, atoxyllt alkalmazták. A belső adagolástól oly kiváló klinikus, mint *Lassar*, látott — igaz, hogy csak kis és felületes bőrrákot — tartósan is meggyógyulni, de egy igen nagy terjedelmű, inoperabilis ulcus rodens is feltűnő javulást, hegesevést mutatott az arsen belső használatára, a szer kihagyása után azonban csakhamar visszaesés állott be. Külsőleg az arsen mint maró pasták alkotórésze már hosszú idők óta használatos. A divatos formája az arsen illetően használatának a *Czerny-Trunczek*-féle arsenoldat, melyről néhány év előtt sokat beszéltek és melyről kétségtelen, hogy egyes felületes canceroidokat csakugyan tartósan is meg tud gyógyítani, és pedig kozmetice szebb eredménnyel mint a műtét, azonban a kezelés igen fájdalmas, hosszadalmas és az eredmény egyáltalán nem biztos. A subcutan és intravenosus arsen-injectióktól csak palliatív hasznot láttak.

A chinint belsőleg, subcutan (*Launois*), valamint lokálisan pasta vagy hintőpor alakjában alkalmazták. Nálunk *Stroné*, *Havas* ért el vele sikereket felületes epitheliomák kezelésében, külföldről *Belbéze*, *Jaboulay* dicséri, ez utóbbi inoperabilis sarcomának operabilissá válását, emlőrákos fekélyek behamosodását látta tőle.

Egyéb „antiparasiticum“-ok közül *Behla* a lysolt és jodot ajánlotta belsőleg, *Williams* a resorcint hintőpor alakjában. *Schleich* egész csomó ilyen „antiparasitikus“ szernek (sublimat, carbol, hydrogenhydroxyd, kátrány, chloroformalkohol stb.) magába a daganatba fecskendezésével kísérletezett minden különösebb hatás nélkül, csak 20%-os chloroformvíznek intraparenchymás befecskendezéstől látta egyes daganatesomók ellágyulását, a nélkül, hogy tulajdonképeni szövetpusztulás állott volna be. Érdekesek az ő kísérletei, melyeket *Wilkowski*-val együtt a daganatnak az ő anaesthetizáló oldata által való infiltrációjával tett és melyek teljesen sikertelenek maradtak, bizonyítván azt, hogy maga az anaemizálás a daganatszövet előlése nem elegendő. Hasonló eszmemenetből kiindulól *Spiess* kísérletezett novocainnak, nirvaninnak s egy ezekkel rokon, de kereskedésbe nem jövő és külön névvel el nem látott anaestheticumnak (paraamidobenzoylpiperidylaethanol) a tumorba való fecskendezésével. 74 egértumor közül 52 kedvezően lön befolyásolva, ezek közül 22 teljesen meggyógyult, míg a kontrollállatokon a daganat gyorsan nőtt és az állat halálát okozta. Embereken csak negatív eredményeket ért el. Érdekes, hogy míg *Spiess* az anaemizálástól látott szép sikereket, *Ritter* a *Klapp*-féle készülekkel való hyperaemizálásra látta a daganat kisebbedését. *Syřow* is hasznolt látott a *Bier*-féle hyperaemiától a bőrrákot kezelésében.

A *Schleich*- és *Spiess*-féle kísérletekkel áttértünk a ráknak a daganatba történő injectiókkal való kezelésére, a melyet már *Thiersch* és *Nussbaum* próbáltak meg s a mire a legkülönbözőbb szereket, protoplasmamérgeket és többé-kevésbé maró anyagokat (lapis, chlorzink, arsen, ecetsav, pikrinsav, lúgok, phosphor stb.) használták. Az újabb szerek közül említeni kell bizonyos anilinfestékeket, minők a methylenkék (pyoktanin), methylibolya, tripanvörös, továbbá az osmiumsavat, alkoholt, formalint stb.; az utóbbi borogatások alakjában is ajánlották. Ezen szerek egy része a rákos daganatot egyszerűen megkisebbiti, zsugorítja, míg más szerek hatása alatt a rákszövet elhal, lelékódik s helyét hámosodásra hajlamos sarjszövet foglalja el. Ugyanezt tudták elérni *Howitz*, *Arming* és mások a rákszövetnek chloraethyl, folyékony szénsav, folyékony levegő segítségével való megfagyasztása által. Mindezen eljárások csak palliatív értékkel bírnak.

2. A rák organotherapiájában alkalmazást nyert a thyreoidin, melyet castratióval kapcsolatban *Herrmann*, *Beatson*, *Edmunds* alkalmazott inoperabilis emlőrák eseteiben; *Gwyer* a thymus-kivonattól vélt sikert látni, míg *Coudray* nyirokmirigykivonatot bőr alá fecskendezést ajánlotta; különféle mellékvessékészítményeket is alkalmaztak úgy belsőleg, mint külsőleg esetelések formájában (*Peters*, *Mahn*).

3. A rák fermenttherapiája. A pepsint, papayotint a rákba való injectiók alakjában már régebben megpróbálták. A ferment-

therapiának újabb lendületet *Blumenthal* azon tapasztalata adott, hogy a trypsinnek a ráksejtekre bizonyos electiv pusztító hatása van. Ezt a tényt *Bergell* és *Dörninghaus*, majd *Beard* igyekezett therapeutice kihasználni, ez utóbbi egy phantastikus ráktheoriájából kiindulól a trypsinen kívül amylopsint is alkalmazott. A trypsinrel, illetve pancreatinnal s a velük hasonló hatású papayotinnal főleg Angliában és Amerikában történtek kiterjedt rákgyógyító kísérletek. Ezeket a fermentumokat részben per os, részben a bőr alá, részben lokálisan mint hintőport alkalmazták vagy a daganatba illetve környékébe fecskendezték be. A kérdés körül meglehetősen irodalom fejlődött, a melyből azt lehet kihámozni, hogy a trypsin lokálisan alkalmazva a rákszövet szétesését, a rákos fekély megtisztulását előmozdítja, egyébként azonban a rákot nem befolyásolja, sőt, mint állatkísérletekből kiderül, még a mesterséges rákimplantatio megfogamzását sem lehet praeventiv trypsinbefecskendezéssel meggátolni (*Morris*).

Még erősebb hatást gyakorol a rákszövet szétesésére a májnedv proteolytikus fermentje, melylyel *Leyden* és *Bergell* kísérletezett; ez azonban oly rapid szétesésre vezet, oly súlyos mérgező hatású, hogy ezen szer használatától maguk a szerzők óva intenek és *Tuffier* is figyelmeztet, hogy ezen szer használata után súlyos májelváltozások állanak be, melyek a halál közvetlen oka lehetnek.

*Odier* abból kiindulva, hogy a rákosok vérének glycoentartalma fokozott, glycolytikus fermentumok használatát ajánlotta; sikerült is vele tumorok továbbnövekedését meggátolni — állatokon.

4. A rák serumtherapiájára nézve több irányban történtek kísérletek.

A) Bizonyos fertőző betegségeknek a rosszindulatú daganatokra való kedvező befolyását igyekeztek kihasználni. Ilyen kedvező hatást tapasztaltak első sorban az orbáncztól. *Busch* figyelmeztetett erre 1866-ban és azóta vannak csakugyan elszórt észleletek, hogy rosszindulatú daganatok, különösen sarkomák, de rákok is, orbáncz kiállása után csakugyan visszafejlődtek, illetve, hogy az orbáncz a tökéletlen kiirtás után a daganatrecidiva bekövetkeztét meggátolta. Sokkal számosabb észlelet bizonyítja ezzel szemben azt, és ezt kell szabálynak tekintenünk, hogy az orbáncz kiállása a rák növekedését illetve a recidiva beállását egyáltalán nem befolyásolja, sőt voltak, a kik kifejezett rosszabbodást láttak az orbáncz kiállása után. Az orbánczon kívül a pyaemiának is tulajdonítottak bizonyos gyógyító hatást a rosszindulatú daganatokra. *Lomer* szerint kedvezőbb azon rákok prognosisa, melyek lefolyásában lázas mozgalmak mutatkoznak és azt tapasztalta, hogy az olyan méhrákos nők, a kik egyszersmind valami lázzal járó medencebeli exsudatumban is szenvednek, átlag tovább élnek, mint azok, a kikben ilyesféle complicatio nincsen. Az irodalomból is hoz fel analog észleleteket, így *Krukenberg*-ét, a ki szerint azon méhkiirtások, melyekben a műtétet lobos complicatiók előzték meg, 46.3% recidivát adnak, szemben az összes esetekben tapasztalt 58.5% recidivával. *Löffler* abból kiindulva, hogy a tropusokban a rák ritka, a malaria pedig gyakori, bizonyos antagonizmust vélt a két betegség közt felismerni és rák ellen malaria beoltását is ajánlotta, hivatkozva *Trnka* egy tapasztalatára, ki malaria után rákot gyógyulni látott. Phthisis kapasan is többször láttak rákot visszafejlődni (*Paget*, lásd *Lomer*-nél). Mindezen tapasztalatok közül csak az orbáncznak a rákra nézve supponált gyógyító hatását próbálták therapeutice értékesíteni. Már *Busch* próbálta mesterségesen létrehozott orbáncz-fertőzéssel gyógyítani a rosszindulatú daganatokat, *Fehleisen* az általa felfedezett streptococcus erysipelatis beoltásával hozta létre ezen mesterséges fertőzést. Az erysipelas veszélyeit elkerülendő az erysipelas mikroorganizmusainak csak a toxinjait használta fel a szerzők egy sora. Ezek közül a streptococcus erysipelatis és micrococcus prodigiosus sterilizált culturáiból készült *Coley*-féle praeparatum keltette a legnagyobb feltűnést. Az ezzel való számos próbálgatás csak sarkomákban tudott egyszer-mászor sikert felmutatni, rákokban soha. Ezt még maga *Coley* is beismeri, a ki pedig még újabban is enthusiasmmal nyilatkozik e szerről a sarkomák gyógyításában. Ugyancsak sikertelennek bizonyult a rákkal szemben az *Emmerich* és *Scholl*-féle erysipelas-serum is, mely nem egyéb, mint streptococcus erysipelatis beoltott bárányok vérsavja.

B) Állítólagos rákparazitákkal készült toxinek és serumok. Ilyenek a *Wlaeff-Hoffmann*-féle blastomycetáknak, a *Schmidt*-féle penészgombáknak, a *Dojzen*-féle micrococcus neoformansnak előlt kulturáival illetve az ezen mikroorganizmusokkal beoltott különféle állatok vér-



savói. Ezek a serumok ép oly kevésbé gyógyítják a rákot, a mily kevésbé szerepelnek az illető parasiták a rák előidőzésében. Az összes objectív észlelők nemcsak hogy a rák gyógyulását, de még valamelyes kedvező befolyásoltatását sem látták ezen nagy garral hirdetett szerektől.

C) *Bier* azt tapasztalta hogy idegen fajú vérnek (bárányvér, defibrinált disznóvér) intravenosus vagy a daganat környékébe való befeeskendése a daganat szétesésére s a daganat helyén gyógyulásra hajlamos sarjfelszín képződésére vezet; gyógyulást azonban elérni ily módon nem sikerült, mert daganatrészek mindig visszamaradtak. A hatást *Bier* az injectio után keletkező *heves láznak* tulajdonítja, ennek tulajdoníthatók az orbáncz és a Coley-toxin kapcsán észlelt javulások is (*Petersen, Lomer*).

D) Rákszővettel, ráknedvvel (*Richet, Hericourt, Gibier, Dor, Leyden*), rákosok vérsavójával (*Engel*), melegítés által előlt ráksejtekkel (*Löffler*) immunizáltak állatokat (kutya, szamár, bárány, nyúl) és ezek vérsavóját fecskendezték be rákos betegekbe, sőt *Leyden* és *Blumenthal* kezdetben magukba a rákos betegekbe fecskendezték a ráknedvet. *Leyden* az 1907. évi internationális rákcongressuson is hangsúlyozta, hogy ezen kezeléssel rákos kutyán gyógyulást, rákos embereken feltűnő javulást (például Röntgen-sugarakkal kimutatott esigolyametastasisok eltűnése) ért el és hogy ezen rákserummal való hosszabb kezelés alatt újabb metastasisok nem képződtek. Valami tényleges, teljes gyógyeredményt azonban ezideig nem értek el. Hogy azonban a ráknak ilyen módon való gyógyítása nem pusztán ábrándkép, nem valami megvalósíthatatlan utópia, azt bizonyítja számos, egérdaganatokra vonatkozó experimentális adat, melyeket a rákkutatás élén haladó tudósok, köztük *Ehrlich, Jensen, Bushford* gyűjtöttek és melyek kétségtelenné teszik, hogy egereknek és patkányoknak daganatokkal szemben bizonyos természetes immunitásuk is van és hogy ezen immunitás mestersegen is létrehozható nemcsak avirulens vagy kevésbé virulens daganatmassáknak (*Ehrlich*), hanem normális egérvérnek (*Bushford*), egérembró-kivonatnak (*Schöne*), egérmáj és lépnek (*Michaelis* és *Borrel*) beoltása által is. Kétséges azonban ezen immunitás természete és kétséges az, mennyiben lehet ezen immunitást gyógyító ezélokra felhasználni, úgy hogy egyelőre legalább a rákot gyógyító serum csak az eljövendő idők szép reményei közé tartozik.

5. A rák elektrotherapiája. A ráknak elektrolysis-sal, a *Wright*-féle elektromos osmosis-apparatussal való kezelése már letűnt a napirendről. Ma a nagyfeszültségű és nagy frequentiájú áramok vannak divatban; ezek használata Franciaországból indult ki és többek próbálkozása után *Keating Hart* volt az, a ki ezen áramok alkalmazását módszerré dolgozta ki, mely sideratio, fulguratio néven ismeretes. Ő igen nagy feszültségű (250,000—300,000 volt) áramokkal és 40—50 cm. hosszú szikrákkal dolgozik; ezeket lehűti, hogy hőhatásukat teljesen kiküszöbölje. A villamos kezelést a daganat teljes vagy részleges sebészi eltávolításával köti össze. A fulguratio hatása alatt a daganat szövete anaemiás lesz és ellágyul, úgy hogy könnyen és vérzés nélkül lehet kikaparni; a daganat eltávolítása után a fulgurálást hosszabb ideig folytatja, hogy a villamos szikrák a seb minden zugába behatoljanak. Ha a daganatot nem, vagy csak tökéletlenül távolították el, a fulguratiót követő lymphorrhoea a nekrotikus daganatrészeket kimossa. A methodussal különben inoperabilisnak látszó daganatok eltávolítását is meg lehet kísérelni, hibája azonban, hogy igen fájdalmas, úgy hogy csak narcosisban végezhető. Időleges, sőt huzamosabb időre, 1—2 évre kiterjedő gyógyulást és palliativ hasznót az eljárás alkalmazása után kétségtelenül tapasztaltak, a módszer végleges értékéről azonban ez idő szerint még nem lehet nyilatkozni. *Czerny* szerint még legalább 5 évet kell várunk, hogy a módszer abszolút hasznosságáról ítéletet mondassunk. Eddig észlelt esetei kapesán csupán felületes bőr- és nyálkahártya-rákok gyógyítására tartja alkalmasnak, ezek gyógyításában azonban kiméletesebb eljárás mint a véres műtét és gyorsabb és biztosabb mint a Röntgen-fény vagy a radium. *Tuffier* szerint a fulguratio szikrái csupán 2 mm.-nyi mélységig hatolnak és így a mélyebben fekvő rákesírákat nem tudják elpusztítani.

6. A rák phototherapiájával érték el ezideig az összes nem sebészi eljárások közül a legnagyobb sikereket. A fénytherápia különböző formái közül legkevésbé értékes a *heliotherapia*, mely a napfényt használja fel a rák gyógyítására. Ennek hatását *Tappeiner* és *Jesionek* oly módon erősítették, hogy a rákot eosin-oldattal

ecsetelték be, melynek fluorescentiája a napsugarak intenzitását fokozta. A *Finsen-fénnyel* is történtek kísérletek, de csakis nem ulcerált bőrrák eseteiben bírtak gyógyulást elérni. Igen kiterjedt alkalmazást nyertek a Röntgen-sugarak, melyek rákgyógyító hatásáról már egész irodalom szól. Ebből kitűnik az, hogy egyedül a felületes bőrrákok azok, a melyeket az x-sugár meg tud gyógyítani. Az ily módon elért gyógyulások számarányáról azonban az adatok meglehetősen eltérők. A legnagyobb idevágó statistika az a *Sequeira*-é (II. nemzetközi sebészcongressus), a ki 236 Röntgen-sugárral kezelt ulcus rodens közül 75-ben ért el 3—6 évig tartó teljes gyógyulást, 26-ban a gyógyulás csak 2 éve tart. 38-szor a begyógyult rákos fekélyben recidiva állott be, melyet 31-szer újabb röntgenezés meggyógyított; 3-szor a nyirokmirigyekben képződött recidiva; 41-szer a Röntgen-sugár nem hozott gyógyulást, 22 eset nincs eléggé megfigyelve, 33 eset további sorsa ismeretlen. Spino-celluláris rák, *Paget*-kór eseteiben csak időleges javulást tudott elérni. *Schmidt* az idei berlini Röntgen-congressuson 57 cancróidról referált; a kezelés 40 esetben lön elég hosszú ideig keresztülvive, ezekből gyógyult 31, 3 éven felül gyógyult 5. 1 esetben a gyógykezelés alatt mirigymetastasis képződött; 7 mélyebbre terjedő bőrrák közül egy sem gyógyult. *Perthes* 33 felületes cancróid esete mind begyógyult, elhegesedett; 25 régebben észlelt eset közül ellenőrizhető volt 20, ezekből 17 recidivamentes és pedig 13 két éven felül; a 3 apró recidiva is újabb röntgenezésre gyógyult. a mélybe hatoló 6 rák csak muló javulást mutatott, ellenben 14 ajakrák, köztük nagy kiterjedésű is, gyógyult, közülök 2 három évnél tovább recidivamentes; 3 esetben mirigyrecidiva állott be. Még jobb statistikát ad az amerikai *William*, a kinek 53 cancróidja közül 52 gyógyult, és *Pusey*, a kinek 111 esete közül 80 (72%) gyógyult meg. Ezzel szemben *Hübner* (*Herzheimer*) 42 bőrrák esete közül csak 13 (30%) gyógyult, 14 javult, 15 egyáltalán nem reagált a Röntgen-sugarakra. *Weitz* 26 felületes cancróidja közül csak 9 gyógyult be. *Fittig* (*Mikulicz*) 15 bőrrák esete közül 12 gyógyult, ezekből háromban a gyógyulás 10—15 hónapja áll fenn, míg 4 pár hónapon belül recidivált. *Stein* 21 arcepithelioma közül csak 8-at, *Coley* 44 az arcon és nyakon levő rák közül (köztük 20 felületes epithelioma) csak 4-et látott gyógyulni, míg *Lewinsohn* egyáltalán csak muló javulást látott még felületes epithelioma eseteiben is. Az adatok tehát rendkívül ellentmondók — a gyógyulási százalék 0—100% közt ingadozik. És ha az elért sikerben a követett technikának is van valamelyes része — a mint azt *Schmidt*, *Herzheimer* hangsúlyozza —, a legnagyobb fontossággal e tekintetben úgy látszik mégis csak a rák természete bír. *Róna*, *Clairmont* szerint a *Krompecher*-féle basalsejtű bőrrák az, mely a Röntgen-sugarak által gyógyítható. És ha nem is kételkedhetünk benne, hogy a röntgenezés az esetek bizonyos számában tartós és végleges gyógyulásra vezet, másfelől azt sem szabad felejtetni, hogy épen ezen bőrrákok azok, melyeknek sebészi kiirtása könnyen és a végleges gyógyulásra való legjobb kilátással eszközölhető. A Röntgen-fénnyel való kísérletezés egyfelől időt rabol, drága időt, mely alatt metastasisok képződhetnek a nyirokesomókban; másfelől látszólagos, muló gyógyulásra vezethet, mely után a könnyen eltávolítható eredeti daganat helyén inoperabilis recidiva nő ki, a mint az *Levinson* egy esetében megtörtént. Szóval az operabilis rákoknak Röntgen-sugarakkal való kezelése nem minden risico nélkül való. S azért különben operabilis esetekben az operatív kezeléssel a Röntgen javára lemondanunk csak egészen felületes, basalsejtű bőrrák eseteiben szabad, és ily esetekben is csak akkor, ha a késsel való eltávolítás számbajövő kozmetikai hátránnyal járna (például fülön, szemhéjakon) vagy különben a beteg kora, egyéb betegsége miatt contraindikált.

A mélyebbre (fasciáig, esontig) terjedő bőrrákok, épen úgy mint a szájjúri rákok, a belső szervek rákjai a Röntgen-sugarakkal szemben absolute refractaerek; emlőrák eseteiben is megbízható helyről csak muló javulások, egyes esomók eltűnése, irattak le. Érdekes *Gray* kísérlete, a ki epicystotomia után a kiirtott hólyagrák ágját röntgenezte sikerrel és *Wichman*-é, a ki bázisrákot eosin nyeletésével próbált „sensibilizálni“ a Röntgen-sugarakkal szemben állítólag azon eredménnyel, hogy egyes daganatmasszák leléködtek. Gyakorlatilag ezektől a próbáktól nem sokat várhatunk.

A radium-sugarak hatása hasonlatos az x-sugarakéhoz, csak hogy míg ezek csupán 1—2 mm. mélységig ölik el a esírákat, addig a radium  $\gamma$  sugarai, ha 24 órát maradnak egy helyben,

2—2 $\frac{1}{2}$  cm. mélységben is megeselekszik azt (*Tuffier és Dominici*). A radiumnak az az előnye is megvan, hogy daganatok belsejébe (*Strebel*), az orrüregbe (*Sequeira*), az oesophagusba, a rectumba (*Einhorn*) bevihető. *Einhorn* 9 oesophagusrák közül 6-ban látott ilyen kezelés után objectiv javulást, *Echner* is háromszor tapasztalt ilyesfélét. *Tuffier* inoperabilis méhrákot látott curettézés és radium után operabilissá válni. *Radioactiv* folyadékok és porok alkalmazása által is megpróbálták a gége, a gyomor és béltractus rákjainak kezelését (*Braunstein*). Valódi gyógyeredményeket, úgy mint az x-sugarak, a radiumsugarak is csak felületes bőrrákokban, ulcus rodensekben hoztak létre. Bár vannak, a kik inkább a radiumnak adnak előnyt a Röntgen-sugarak felett, a közölt esetekből az az impressiónk, hogy a radiumkezelés hosszadalmasabb mint a Röntgen-kezelés és a recidiva is gyakoribb, mint a röntgenezés után; azonfelül a radium ritkasága, drágasága, valamint az a körülmény, hogy csak igen kis mennyiségekben kapható, továbbá a hosszabb radiumbesugározatás után előálló nehezen gyógyuló radiumfekélyek mind oly mozzanatok, melyek a radiumkezelés elterjedésének útjában állanak.

Áttekintve a nem sebészi rákgyógyító eljárások ezen hosszú során, látjuk, hogy csak a röntgenezés, a radium és talán a fulguratio az, a mivel ezideig az esetek nagyobb számában valami pozitív gyógyeredményt elérni sikerült és ezekkel is csak a rák egy bizonyos fajtájával: a felületes bőrrákkal szemben. Ettől eltekintve, az összes mostanáig tárgyalt eljárások csak palliatív értékűek s a rák leküzdésére ez idő szerint nem marad egyéb eszközünk, mint a kés.

(Folytatása következik.)

**Közlés a fő- és székvárosi bakteriologiai intézetből (igazgató Vas Bernát dr. egyetemi magántanár) és a székesfővárosi szt. István-kórház VIII. orvosi osztályából (főorvos Dieballa Géza dr. egyetemi magántanár).**

### Praecipitációs vizsgálatok gümőkór eseteiben.

Irta: *Szabóky János* dr., volt egyetemi tanársegéd, fűrdőorvos Gleichenbergben.

(Vége.)

II. Vizsgálatok, melyekben praecipitálható anyagul human és bovin tuberculosisbacillusok 5 $\frac{0}{10}$ -os glicerinbouillon-tenyészetének filtratumát használtam. 15 gümőkóros beteg vérsavója közül 2 praecipitálta a tisztán human filtratumot, 1 pedig a tisztán bovin filtratumot, 12 pedig mind a kettőt. Ezen 12 vérsavóban azonban határozott különbség volt kimutatható a praecipitatio fokát illetőleg, még pedig 8 vérsavó erősebben praecipitálta a human anyagot s csak 4 praecipitálta erősebben a bovin anyagot. Egészséges ember vérsavója ez anyagokat 7 eset közül csak 2-szer praecipitálta gyengén.

A bovin anyaggal inficiált 4 nyúl vérsavója 2-szer csak gyengén, 2-szer pedig erősebben praecipitálta a bovin filtratumot. Az előzőleg human anyaggal inficiált 3 nyúl vérsavója 1-szer csak gyengén, 2-szer pedig erősebben praecipitálta a human filtratumot.

Összegezve tehát eredményeimet, azt látjuk, hogy összesen 330-szor végeztem praecipitációs vizsgálatot. 194-szer gümőkóros betegen, 15-ször egészséges emberen; 7 gümőkóros marhán, s 7-szer egészséges marhán; 92-szer mesterségesen gümőkórral inficiált házinyúl s 9-szer egészséges nyúl.

A 194 gümőkóros emberen + volt a praecipitatio 178-szor, — 16-szor; erős volt 56-szor, közepes 66-szor, gyenge 51-szer.

A 15 egészséges emberen + volt a praecipitatio 7-szer, — 8-szor; erős volt 0, közepes 0, gyenge 7-szer.

A 7 gümőkóros marhán + volt a praecipitatio 5-ször, — 2-szer; erős volt 4-szer, közepes 1-szer, gyenge 2-szer.

A 7 egészséges marhán + volt a praecipitatio 2-szer, — 5-ször; erős volt 0, közepes 0, gyenge 2-szer.

A mesterségesen inficiált 92 nyúl + volt a praecipitatio 83-szor, — 9-szer; erős volt 33-szor, közepes 24-szer, gyenge 26-szor.

A 9 egészséges nyúl + volt a praecipitatio 4-szer, — 5-ször; erős volt 0, közepes 0, gyenge 4-szer.

Végigtekintve a fenti számokon, határozott különbség észlelhető és pedig oly irányban, hogy gümőkóros egyéneknek sokkal gyakrabban jelentkezett praecipitatio (az esetek 91·7 $\frac{0}{10}$ -ában) mint egészséges embereken (az esetek 40·6 $\frac{0}{10}$ -ában). Körülbelül ilyen volt a különbség a gümőkóros s egészséges marha vérsavójának, valamint a mesterségesen tuberculosisal inficiált s egészséges házinyúl vérsavójának praecipitáló képessége között is. Egészséges marha vérsavója sokkal ritkábban praecipitált (az esetek 28·5 $\frac{0}{10}$ -ában) mint gümőkóros marha vérsavója (az esetek 71·5 $\frac{0}{10}$ -ában), mesterségesen inficiált házinyúlak vérsavójában az esetek 97·7 $\frac{0}{10}$ -ában praecipitatio volt jelen, holott egészséges nyulakon az csak az esetek 44·4 $\frac{0}{10}$ -ában volt konstatálható. A különbség feltűnőbb, ha a praecipitatio erősségét vesszük figyelembe: míg gümőkóros betegek vérsavója 28·3 $\frac{0}{10}$ -ban erős, 34·0 $\frac{0}{10}$ -ban közepes s 37·7 $\frac{0}{10}$ -ban gyenge praecipitációt adott, addig egészséges egyének vérsavójában ha igen, akkor is csak gyenge praecipitációt észleltem. Minthogy a fentebbiekből látható, hogy az egészséges és gümőkóros marhán, valamint az egészséges és gümőkóros nyúl nagyjában ugyanaz az eredmény, fel kell vennünk, hogy a praecipitatio körjelzési szempontból értékesnek látszik; de nem mondhatom azt, hogy már magából a praecipitatio jelenlétéből vagy hiányából ejthetjük meg a körjelzést, hanem csakis bizonyos erősségű (fokú), például közepes praecipitációból következtethetünk gümőkór jelenlétére.

Fenti vizsgálataimat csak kivételesen végeztem vegyes praecipitálható anyagon, legnagyobb részükben külön bovin s külön human praecipitálható anyagot használtam. Eredményeim azt mutatják, hogy a tüdőgümőkóros emberi vérsavók nagy része úgy a human, mint a bovin extractumot illetve culturfiltratumot egyaránt praecipitálja. Pontos megfigyeléseim azt bizonyították, hogy egy és ugyanazon gümőkóros beteg vérsavója a bovin illetve human anyagot nem praecipitálja egyenlő erősen, hanem igenis a praecipitatio foka között különbség áll fenn. Ezen állításomat azon vizsgálataim bizonyították, melyekben egy és ugyanazon gümőkóros betegtől, marhától s gümőkórral inficiált nyúltól vett vérsavó praecipitáló képességét bovin és human anyagban egyaránt vizsgáltam. 49 gümőkóros beteg vérsavója közül 43 (tehát 83·7 $\frac{0}{10}$ ) praecipitálta úgy a human mint a bovin praecipitálható anyagot; 8 pedig (16·4 $\frac{0}{10}$ ) csak az egyik vagy a másik anyagot. Erősebb volt a praecipitatio bovin anyaggal 11-szer (22 $\frac{0}{10}$ ), human anyaggal 26-szor (53 $\frac{0}{10}$ ), mind a kétféle anyagban egyenlő mértékű pedig 5-ször (10·2 $\frac{0}{10}$ -ban). Tisztán human anyagot csak 5 (10·2 $\frac{0}{10}$ ), tisztán bovin anyagot csak 2 vérsavó (4·08 $\frac{0}{10}$ ) praecipitált.

Azok a kísérleteim, melyekben előzőleg human vagy bovin anyaggal inficiált állatok vérsavóját human vagy bovin extractumban egyaránt vizsgáltam, controllként szerepeltek s azt láttam, hogy 11 human anyaggal inficiált nyúl vérsavója 9-szer praecipitált erősebben a human extractummal s csak 2-szer egyedül a human anyaggal; 12 bovin anyaggal inficiált nyúl vérsavója 10-szer praecipitálta erősebben a bovin anyagot s csak kétszer egyedül azt. Ha ezen vizsgálati eredményekhez hozzáveszem még azt is, hogy a gümőkóros marhák vérsavója feltűnően erősebben praecipitálta a bovin extractumot, valamint hogy az előzőleg egyenlő mennyiségű vegyes anyaggal inficiált házinyúlak nagyjában egyenlően praecipitálták a kétféle anyagot, akkor jöllehet közel állott az a felvételem, hogy a praecipitatio fokából esetleg következtethetünk a gümőkóros betegben a fertőzés human illetve bovin jellegére, az alatt felsorolt okok folytán conclusiómban mégis csak arra mernék szorítkozni, hogy a különféle gümőkóros betegek vérsavója a human illetve bovin extractumot különféle mértékben praecipitálja. Azon okaim, melyek ezen véleményre kényszerítenek, a következők: 1. Teljes pontossággal sohasem mondhatom meg azt, vajjon egyenlő mennyiségű praecipitálható anyag ment-e át az egy és ugyanazon körülmények között előállított human vagy bovin extractumba; hiszen egy-egy szerv, melyből az extractumot előállítom, különböző számú makroskopi illetve mikroskopi gümőt tartalmazhat s így természetesen ezek mennyiségétől fog függni első sorban a különféle extractumok praecipitálhatósága. Még azon esetre is, ha lehetőleg egyenlő mennyiségű bovin illetve human tuberculosis-anyagot — culturát — oltok egyenlő súlyú házinyúlba, tekintetbe veendő az állat fogékonysága, a beoltott anyag virulentiája, a mely két tényező hatalmas befolyásolhatja a fejlődő praecipitálható anyag mennyiségét. 2. Praecipitációs vizsgálataim eredményei alapján a gümőkóros

betegekben a vegyes fertőzés jóval gyakrabban fordulna elő, mint azt saját s más szerzőknek másféle vizsgálati eljárásai bizonyítják (Spengler-féle differenciáló festés, agglutinatiovizsgálatok, toxikus reactio, opsoninvizsgálatok, Calmette-féle ophthalmoreactio, Pirquet-Detre-féle reactio).<sup>1</sup> 3. 10 eset közül csak kétszer fedték egymást azok a vizsgálati eredmények, a melyeket akkor nyertem, midőn egy és ugyanazon gümőkóros beteg vérsavójával opsonin-, agglutinatio- s praecipitatio-vizsgálat alapján, valamint Pirquet-Detre-féle cutanreactio s a köpetvizsgálat alapján igyekeztem a fertőzés bovin illetve human jellegét felderíteni. 4. 40 eset közül, melyekben a vizsgálatokat egy és ugyanazon gümőkóros beteg vérsavójával különböző bovin s human extractumokban vizsgáltam, csak 24-ben kaptam olyaténképen egyező eredményt, hogy mint a két vizsgálat egymást fedte — ha tudniillik az egyik vizsgálatban a vérsavó erősebben praecipitálta a bovin anyagot, ugyanígy történt az a másikban is — s csak 14 esetben egyezett a praecipitatio erőssége is.

Végül azon kérdésre, vajjon kimutatható-e összefüggés a gümőkóros betegek vérsavójának praecipitációs ereje s a betegségek szakai között, a következőkben válaszolhatok: Annak ellenére, hogy a legtöbb I. szakban levő beteg vérsavója volt az, a mely nem praecipitált s ugyanezen szakban levő betegek vérsavója volt az, a melyekben legritkábban fordul elő a közepes s erős praecipitatio, s annak ellenére, hogy a III. szakban levő betegek vérsavója adta legtöbbször az erős és közepes praecipitációt s hogy egyúttal ezen esetekben hiányzott legritkábban a praecipitatio, mégsem hinném, hogy a praecipitatio erőssége és a bántalom foka között szoros összefüggést lehetne vonni.

III. IV. Stoerk a gümőkórbacillusok praecipitálhatóságát azoknak lipoidtartalmú anyagára vezeti vissza; közlése, a melyben ezen tapasztalatait felemlíti, csak előleges jelentés, a mennyiben nagyobb számú vizsgálatokat még fenntart magának. Ő azt tapasztalta, hogy physiologiai konyhasóoldatban felduzzasztott gümőkóros bacillusok filtratumának aetherextractuma az aether elpárologtatása után  $1/2^{9/0}$ -os physiologiai konyhasós carbololdatban alkalmazva, a gümőkóros betegek vérsavójával láthatólag pelyhes csapadékot ad, holott a nem gümőkóros betegek vérsavója ezen pehelyképződést nem mutatja. Ellenpróbájában pedig, hol az aetherezett maradéknak konyhasós oldatában vizsgálta a gümőkóros betegek vérsavójának praecipitáló képességét, azt tapasztalta, hogy praecipitatio nem mutatkozott.

Ily irányú vizsgálataim, melyeket külön végeztem human s külön bovin filtratummal s melyekhez az anyagot Aujeszky tanár volt szíves nyújtani, azt mutatták, hogy 15 gümőkóros beteg közül a human culturából Stoerk előírása szerint készített praecipitálandó lipoid anyagot 7 praecipitálta gyengén, 5 közepesen, 2 erősen s 1 nem; a 4 egészséges ember vérsavója pedig azt csak egyszer praecipitálta gyengén s 3-szor nem. A 15 gümőkóros beteg közül a bovin culturából Stoerk előírása szerint készített praecipitálandó lipoid anyagot 3 praecipitálta erősen, 5 gyengén, 5 közepesen s 2 nem; 2 egészséges egyén vérsavója pedig 2-szer nem praecipitálta azt.

Ellenpróbám azt mutatta, hogy a bovin cultura aetherezett maradéka — tehát lipoid tartalomtól ment anyag — konyhasóoldatban 10 gümőkóros beteg vérsavójával 7-szer nem praecipitált, 2-szer gyengén s 1-szer közepesen; egészséges ember vérsavójával pedig 2-szer nem praecipitált; a human cultura aetherezett maradéka konyhasós oldatban 10 gümőkóros beteg vérsavójával 4-szer praecipitált gyengén, 1-szer közepesen s 5-ször nem; 2 egészséges ember vérsavója pedig 2-szer nem praecipitált.

Ezen néhány vizsgálatom alapján nagyjában igen, de teljesen még sem erősíthetem meg Stoerk állítását, mert ha igaz volt is az, hogy a lipoidtartalmú praecipitálandó anyagban a gümőkóros betegek vérsavója erősebben praecipitált, feltűnő volt mégis, hogy

<sup>1</sup> Megjegyzésre fontosnak tartom azt, hogy ezzel nem akarom azt mondani, hogy talán a Detre-féle reactióval vagy a Spengler-féle differenciáló köpetvizsgálati vagy a nevezett egyéb vizsgálati módokkal biztosan meg tudjuk határozni a fertőzés minőségét, hanem inkább azt, hogy minthogy ezen különféle eljárásokkal elért eredmények nem fedik egymást, valószínűleg egyike sem bizonyít sokat.

	Gümőkóros emberek vérsavója																																		
	I. stadium			II. stadium			III. stadium			Marhadümkóros állatok vérsavója			Human anyaggal inficiált nyúl vérsavója			Bovin anyaggal inficiált nyúl vérsavója			Vegyes anyaggal inficiált nyúlvérsavója			Egészséges ember vérsavója			Egészséges marha vérsavója			Egészséges nyúl vérsavója							
	e.	k.	gy.	e.	k.	gy.	e.	k.	gy.	e.	k.	gy.	e.	k.	gy.	e.	k.	gy.	e.	k.	gy.	e.	k.	gy.	e.	k.	gy.	e.	k.	gy.	e.	k.	gy.		
Emberi tüdőből készült kivonat	III, IV, V, 3	2	2	VI, VII, 4	1, XII, 4	3	VIII, IX, X, 2	5	II, 1	VI, VII, 4	1	1	VI, VII, VIII, IX, 4	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
Marhatüdőből készült kivonat	III, IV, V, 3	2	2	VI, VII, 4	1, XII, 4	3	VIII, IX, X, 2	5	II, 1	VI, VII, 4	1	1	VI, VII, VIII, IX, 4	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
Human anyaggal inficiált nyúl szerveiből készült kivonat	IV, V, VI, 2	2	2	VI, VII, 4	1, XII, 4	3	VIII, IX, X, 2	5	II, 1	VI, VII, 4	1	1	VI, VII, VIII, IX, 4	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Bovin anyaggal inficiált nyúl szerveiből készült kivonat	IV, V, VI, 2	2	2	VI, VII, 4	1, XII, 4	3	VIII, IX, X, 2	5	II, 1	VI, VII, 4	1	1	VI, VII, VIII, IX, 4	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Human gümőkóros bacillusok cultur-filtratuma	IV, V, VI, 2	2	2	VI, VII, 4	1, XII, 4	3	VIII, IX, X, 2	5	II, 1	VI, VII, 4	1	1	VI, VII, VIII, IX, 4	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Bovin gümőkóros bacillusok cultur-filtratuma	IV, V, VI, 2	2	2	VI, VII, 4	1, XII, 4	3	VIII, IX, X, 2	5	II, 1	VI, VII, 4	1	1	VI, VII, VIII, IX, 4	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Egyszemélyes human és bovin anyaggal oltott nyúl szerveinek kivonata	III, IV, V, 3	2	2	VI, VII, 4	1, XII, 4	3	VIII, IX, X, 2	5	II, 1	VI, VII, 4	1	1	VI, VII, VIII, IX, 4	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Köpettel oltott tenegert malacz szervezetek kivonata	III, IV, V, 3	2	2	VI, VII, 4	1, XII, 4	3	VIII, IX, X, 2	5	II, 1	VI, VII, 4	1	1	VI, VII, VIII, IX, 4	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Az arabok számok az esetek számát jelzik. — A római számok az egyes esetet jelzik.

a lipoidtól mentes praecipitálandó anyagban szintén konstatalható volt néha praecipitatio; továbbá mert az említett mind a kétféle anyagban egyaránt előfordult az — igaz, hogy az utóbb említettben jóval gyakrabban —, hogy a gümőkóros beteg vérsavója nem praecipitált.

V., VI., VII. VIII. 0.5<sup>o</sup>/<sub>o</sub>-os carbolos physiologiai konyhasó-oldatban és tisztán physiologiai konyhasó-oldatban végzett vizsgálataim azt mutatták, hogy az előbbi anyagban 30 gümőkóros beteg vérsavója közül 19 praecipitált (3 erősen, 7 közepesen, 9 pedig gyengén), 11 pedig nem praecipitált; 5 egészséges ember vérsavója egyszer sem praecipitált. Az utóbbi anyagban 30 közül 19 vérsavó nem praecipitált, 11 pedig praecipitált (mind csak gyengén); 3 egészséges ember vérsavója nem praecipitált. Mindezekhez hozzávéve, hogy 0.5<sup>o</sup>/<sub>o</sub>-os carbolos lecithinemulsióban 30 eset közül 21-szer kaptam (5-ször erősen, 8-szor közepesen s 8-szor gyengén) s 9-szer nem kaptam praecipitációt, nem karbolizált lecithinoldatban — melyhez a tiszta lecithint Richter gyárából kaptam — 30 gümőkóros beteg vérsavója 14-szer nem praecipitált, 16-szor igen (9-szer közepesen, 7-szer gyengén) s 4 egészséges egyén vérsavója pedig sem az egyik, sem a másik anyagban nem praecipitált, nem nagyon valószínű Stork azon nézete, mely szerint a carbol praecipitálásban fontos szereppel bír s valószínűbbnek látszik a Kraus-féle, a ki azt állítja, hogy lecithin-praecipitációban a carbolnak fontosabb szerep jut, mint a lecithinnek.

Mindezek után vizsgálati eredményeimet a következőkben foglalhatom össze:

1. Tény az, hogy a gümőkóros betegek, valamint a mesterségesen fertőzött házinyulak vérsavója a gümőkóros szövetek fehérjé-tartalmú proteinanyagaira praecipitáló hatást fejt ki; egészséges állatok vérsavója csak ritkán ily hatású.

2. Abban az esetben, ha valamely egyén vagy állat vérsavója gümőkóros betegeknek vagy pedig mesterségesen fertőzött házinyulaknak szerveiből készült kivonatban közepes vagy erős praecipitációt mutat, valószínűséggel gümőkórt vehetünk fel. Gyenge praecipitációból nem következtethetünk gümőkórra.

3. A gümőkóros betegek vérsavójának praecipitáló ereje és a bántalom szaka közt pontos összefüggést kimutatni nem lehet.

4. Egy és ugyanazon beteg vérsavója nem praecipitálta egyenlő mértékben a human illetve a bovin gümöbacillusok cultura-filtrátumát, nem a gümőkóros embernek, gümőkóros marhának szerveiből készült kivonatot, s nem a két különböző culturával külön inficiált gümőkóros házinyulak szerveiből készült kivonatot. Ugyan-igy viselkedik a gümőkóros marhavérsavó, valamint pedig az kontroll-vizsgálatokra szolgáló human illetve bovin gümöbacillusokkal inficiált állatok vérsavója is.

5. Nem merném állítani, hogy azért, mert valamely gümőkóros egyén vagy állat vérsavója erősebben praecipitálja a bovin vagy a human culturafiltrátumot, illetve a bovin vagy a human anyag-gal inficiált állat szerveiből készült kivonatot, a gümőkóros infectio bovin illetve human jellegére következtessünk.

6. Storknek azon feltevését, hogy a lipid anyagok ugyanolyan szerepet játszanak a gümőkóros betegek vérsavójának praecipitációjakor, mint a lecithin a syphilisesek vérsavójával, azért nem fogadhatom el teljességgel, mert a gümőkóros betegek vérsavója néha a lipidmentes anyagot is praecipitálja.

7. Azon körülmény, hogy némely gümőkóros vérsavó a physiologiai konyhasóoldatot, a karbolizált physiologiai konyhasóoldatot, a gümöbacillusoknak lipidmentes anyagát, a lecithint is praecipitálja, a praecipitatio specifikus értékét erősen csökkenti.

Végül Vas Bernát dr. és Dieballa Géza dr. egyet. m. tanároknak az anyag s az intézeti felszerelések szíves átengedéséért, valamint pedig Anjeszky Aladár dr.-nak is hálás köszönetet mondok.

**Irodalom:** Bonome: Centralblatt für Bakteriologie und Parasitenkunde und Infektionskrankheiten. Erste Abtheilung, XLIII. köt. — Stork: Wien. klin. Wochenschrift, 1908. 9. sz. és 11. sz. — Kraus: Wien. klin. Wochenschrift, 1908. 11. sz. Stork cikkekben. — Grund, Pfeiffer, Wassermann, Plaut, Korschun és Morgenroth, Wiechowski: Handbuch der Technik und Methodik der Immunitätsforschung. R. Kraus und C. Levaditi.

## Bevezető előadás,

belklinikai előadásainak megkezdése alkalmából mondta:  
**Jendrassik Ernő** dr., nyilv. r. tanár.

Tisztelt hallgatóim!

A budapesti egyetem orvosi kara jelentős fordulat küszöbén áll. A klinikai épületeknek ez a telepe, a mely alig több mint huszonöt év óta ad hajlékot orvosi tanításunknak, a legközelebbi félévben már egy hasonló nagyságú, de a mai kor czéljainak még megfelelőbb teleppel fog osztozkodni az orvostanítás nagy feladatában. Alkalmam lesz, ama klinikák megnyitása idején, mint egyike az oda átköltözőknek, fejtegetni az új intézetek czélját, feladatát, azoknak jelentőségét az orvosi oktatás történetében. A mennyire érzi mindenki, hogy milyen nagyon szükséges a tanításhoz és a tudományos munkásság kifejtéséhez a megfelelő, czélszerű s elég nagy tér és felszerelés: annyira bizonyítja a tudományok története, hogy az új, főként a nagyobb intézetek nem mindig jelentettek haladást és fejlődést. A tanítás ugyan többnyire igen sokat nyert az új hajlékban, a tudományos munkásság ellenben ritkán. Ennek a jelenségnek a magyarázatát megtalálhatjuk abban, hogy a tanítás művelését a külső körülmények jelentékenyen befolyásolják, a tudományos működés ellenben tisztán az egyéni képességhez van kötve, jóllehet a mai korban ez utóbbi tevékenység sem nélkülözhet bizonyos irányú felszerelést. Hazánk politikai vezetőségében azonban mindig megvolt a törekvés és a belátás a tudományos beszerzések költségének kiutalványozására. Nehézség talán soha sincs abban, hogy a tudóshoz a buvárlat szükséges eszközeit megszerezzük, de abban gyakran van, ha eszközökhöz tudóst keresünk.

És ebben a tekintetben is fordulóponton vagyunk. Önök leginkább fogják érezni, hogy karunkat épen a tudósok dolgában nagy veszteség éri, a mikor erről a helyről többé nem az a mestere a szónak és gondolatnak beszél, a ki 42 éven át ugyanannyi egymás után következő nemzedéket nevelt belorvossá. Báró Korányi Frigyes lelépése a katedréről valóban fordulópontja orvostudományunk történelmének, vele eltávozott azoknak a tanároknak egész sorozata, a kik hazánk kulturájának legkritikaibb idejében voltak a vezető férfiak. Bármennyire elfogódottá tesz is ez a jelentőségteljes körülmény s az a feladat, hogy ez idő szerint erről a helyről, a hol ő élt és dolgozott, tanított és buvárkodott, én vagyok hivatalos belorvostan igéit ismertetni: mégis nagy megnyugvást találhatunk abban, hogy nem vesztettük el őt teljesen, hogy nagy tudását, gazdag tapasztalatát és valóban bámulatra ragadó lelkesedését, munkabírását továbbra is egyetemünknek fogja szentelni. Igaz szívből kívánom, hogy mindnyájunk javára és okulására ez soká ily legyen!

Ez a szerencés körülmény azonban gátat szab annak, hogy itt kiváló elődünk egyéni érdemeinek méltatását tárgyaljam s mégis úgy gondolom, hogy az ilyen időpontot, milyen ez a mai, nem szabad elszalasztanunk a nélkül, hogy körül ne nézzünk, s ne kutas-suk, miként jutottunk idáig? Önök ma az Alma Mater családtagjai s remélem, hogy ezt a rokonsági érzésüket egész életükön át megőrzik; illő tehát, hogy értesüljenek, mi történt a családukban eddig? Ha erre megfelelőnk, talán inkább fognak érdeklődni a jövőben is, hogy mi lesz ezután? A mult idők története ugyan inkább érdekes, semmint tanulságos; az emberiség történelme mindig azt bizonyítja, hogy a tanulságokat nem használjuk fel eléggé a javunkra, inkább bevárjuk, a míg saját kárunkon újra megtanuljuk azt, a mit már tudhattunk volna. De a tudományok történelme megtanít az elődök tiszteletére, s így fejleszti hálás érzelmeinket az örökbe nyert tanításért.

A mióta egyetemünk fennáll, hazánk orvostudományi intézetei mindig iparkodtak lépésben maradni a külfölddel, s a mi karunk tanárai közt már a multban is jelentékeny számmal voltak neves férfiak, a kik a külföld előtt is hírből álltak. Igaz, hogy jó része ezeknek a jeles tanároknak a külföldről került hozzánk, a latin, később a német előadó nyelv ezt lehetővé tette. Így igen nagy feladat hárult egyszerre azokra a tanárookra, a kik a mult század hatvanas éve elején foglalták el helyüket: meg kellett sebtében alkotniok a magyar előadó nyelvet, és át kellett ültetniök hazánk akkoriban elmaradott kulturájába azt a nagy haladást, a melyet épen akkortájtban a francziák és a németek felidéztek.

Növelte ennek a feladatnak nehézségét az a mostoha helyzet, a melyben akkor intézeteink voltak.

Annak a jeles, bár kevés férfiből álló csoportnak, a mely lelkesedéssel, talentummal, szorgalommal és küzdelemmel (mert a törekvőknek akkor sem volt könnyű a pályájuk), mondhatnám megmentette orvosi karunk becsületét és lehetővé tette, hogy a mai fejlett viszonyok kialakulhassanak: ifjú tagja volt Korányi Frigyes. Ő utolsónak maradt életben közülök. Pályafutása már egymagában is érdekes. Kussmaul, a nemrég elhunyt kitünő strassburgi belorvostanár a saját élettörténetében rendkívüli, szerinte talán példátlan eseményként említi, hogy falusi orvosból jutott egyetemi katedrara. Ez történt meg Korányi Frigyesel is, a ki műtőnövéndéksége után mintegy 12 évig szabolcsmegyei orvos volt s onnét került, hála az élesszemű Balassának és Markusovszkynak, egyetemünkre.

De lássuk ennek a klinikának történetét. Ez a klinikai tanzék épen száz éve áll fenn! Igaz, hogy 1809-től 1873-ig mint a régi sebészjelölteket oktató alsóbbrendű klinika szerepelt, a melyben a *patroni* és *magistri chirurgiae* jelöltjeibe csöpögtették a belorvostan elemeit, de tanárai közül többen klinikai pályafutásukat itt csak megkezdték s később az orvostanhallgatók előkelő belklinikájára kerültek át. Nevezetesebb férfiak voltak: Gebhardt Ferencz és Wagner János, az utóbbi csak rövid ideig volt ezen a klinikán, csakhamar átkerült az I. számúra. Ennek a klinikának igazi szereplése azonban voltaképpen csak 1866-tól számít, a mikor Korányi Frigyes jutott az élére.

A falusi orvos az egyetem termőföldjére kerülve, gyorsan fejlődött és fejlesztett. Klinikája, a mely az első időben csak 12 ágygyal bírt s egy tanársegéden kívül 2 ápolónővel: lassanként benépesedett, megnagyobbodott, a tudományért lelkesedő fiatal orvosok nagy számmal léptek be kötelékébe s a tudományos felszerelés, a mely az első időben mindössze csak egy Nachet-féle mikroszkop volt, az utóbbi időben már nemcsak elérte a tudomány ma megkívánható fokát, hanem lehetővé is tette, hogy Korányi Frigyes vezetése alatt s nem csekély mértékben az ő fiának nagyszellemű közreműködése mellett, a klinika tudományunkban vezető szerepre is került. Bizonyára tudják Önök, hogy a fizikai chemia egyik irányának az orvosi kutatás terére való alkalmazása épen ebből a klinikából indult ki, s belőle nagy és igen értékes sorozata került a tudományos közléseknek napfényre; az adatok immár a tudományos tűzpróbát fényesen kiállták s ma, mint a természet titkaiba beható tudományos küzdelemnek elfoglalt, hasznos várai világszerte elismertettek. Korányi Frigyes büszkén tekinthet vissza klinikai pályafutására: a 42 év folytonos haladásban telt el, évről évre fokozódott a klinika tudományos termelése s ő a jól betöltött élet önrzetével állhat most résen, mint a ki megmutatta mit és hogyan kell, hogy megfigyelje: mint és hogyan tölti be az újabb nemzedék a helyét?

\* \* \*

A már jelzett átalakulás folytán egy új klinikával, a III. sz. belorvostani klinikával gyarapodott máris egyetemünk, viszont megszünt hat és fél évi fennállása után az idegkliniká. Jóllehet ez a csere nem épen javaslatomra történt, de mégis beleegyezésemmel, és szükségét érzem annak, hogy már ezen a helyen is megokoljam, miért látom helyesnek az idegkliniká átalakítását belorvostani klinikává. A ki figyelemmel kísérte az idegkliniká működését, talán nem állithatja, hogy nem felelt meg kitűzött feladatának. A mennyire a személyzet csekély száma és a helyiségek mostoha volta engedte, a tudományos élet elég élénk volt e klinikán s az előadásokat időnként orvostársaim is, de főképen a tanuló ifjúság oly nagy számmal hallgatta, hogy utóbb már kénytelen voltam a tanítást más klinika tantermében végezni.

A mi azonban aggodalommal töltött el, az a klinika jövője volt. Minden egyetemi intézetnek a feladata, hogy az emberiségnek jeles szakembereket neveljen és a jövő generációnak utódot. És ebben a tekintetben éreztem a nehézséget már a mikor az idegklinikát megnyitottam.

Az orvosi gyakorlat terén egy idő óta nagyobb városokban mindinkább kifejlődnek a külön szakmák. A gyakorlat szempontjából a működési tér ilyen korlátozása jövedelmezőnek bizonyult, így támadtak mind számosabban, mint a jónak nyomában kelő rossz, az olyan specialisták is, a kik semmiféle különös beható

tanulást, gyakorlást nem végeztek, s ma sok fejtörést okoznak a hatóságoknak, a tanári testületnek, hogy miképen lehetne korlátozni ennek a gyakran önként vállalt címnek a használatát. De a kérdésnek ezt az inkább jogi oldalát mellőzve, a tudomány szempontjából sincs még eléggé tisztázva az a határ, a meddig valóban hasznos és megengedhető a gyakorlati orvostan szétdarabolása. Mindazonáltal senki se gondolja, hogy nem ismerem el a szűkebb szakmák jogosultságát, hiszen ma a legnagyobb szorgalmú munkásságot épen a specialistaságra törekvők fejtik ki s a tudomány nekik igen jelentékeny haladást köszön. És mégis kell, hogy mindenkit, a ki a tudomány mai irányzatát megfigyeli s a dolgokat magasabb szempontból tekinti: nem csekély aggodalom fogjon el a túlzásba vitt specialistaság láttára. Goethe még használhatta kedvelt jelszavát: *a korlátozás teremti a mestert*, mert az ő idejében az általános tudás anyaga volt tetemesen kisebb s a ki tovább törekedett, már az általános tudás magaslatán állott s abból indult el. Ma a tétel megfordul: a mesterség teremti a korlátoltságot! s valóban nem egyszer tapasztaljuk, hogy egyik-másik szakember, a ki megszokta az ő szűkebb szakmáját valamely szűk spekulumon át nézni, az egész szervezet működését, csaknem a világ folyását véli az ő szűk köréből kispekulálhatni. A tudomány az ilyen kézben mesterséggé aljasodik. Ernest Daudet miránk orvosokra igen kellemetlen irányzatú regényt adott ki néhány év előtt; egy országról van abban szó, a melyet orvosok kormányoznak. Az izléstelenségig megy a szatira ebben a regényben, de sajnos az életben nem egyszer látni szatirába illő torzulatait a kis szemhatárú specialistaságnak. A napokban láttam egy beteget, a kin, jóllehet sohasem volt bujakóros fekélye, külföldi városban egy specialista, bizonyára rosszul véghezvitt, Wassermann-féle reactiót végzett, s az eredményt bizonyítónak találta; a beteget erre gyomrára vonatkozó panaszra ellen többféle igen beható kéneskezelésnek vetette alá, de a beteg állapota mindinkább rosszabbodott, ámbár bedörzsölés, befeeskendés és lipiki kúra került ilyen módon sorra. Ezt az esetet pedig igen könnyen lehetett helyesen megismerni: iszákos ember volt a beteg, a ki jellemző vomitus matutinusról panaszkodott. Az alkoholtól nem tiltotta el orvosa, de kénesóval is mérgezte. Ismeretes, hogy a fogorvos-specialisták közül sokan vállalkoznak — a legjobb meggyőződésben — arra, hogy az igazi és ál trigeminuszában szenvedőnek egyik ép fogát a másik után kihúzzák, ez a teljesen felesleges csonkítás olyan általános, hogy még nem láttam olyan zsábásat, a kinek sok ép fogát már ki nem húzták volna. Láttunk és meggyógyítottunk beteget, a kinek orrában polypusa volt s ez okozta baját, pedig előzetesen egy évig már villamozták specialisták ideges nehézlélekezés címén hiába. Egy jó barátom kis fiának egy előkelő fülorvos már fel akarta vézni a proc. mastoideusát s ott keresgélni a láza okát, a mikor az utolsó pillanatban egy gyermekorvos megállapította, hogy a gyermeknek tüdőgyuladása van. Könnyű volna ezeket a példákat igen-igen sokkal megtoldani, de a figyelmüket csak arra hívom fel, hogy ezek valójában nem a helyzet nehézségéből származó diagnostikai tévedések voltak, hanem abból eredtek, hogy az illetők, különben kitünő specialisták, nem rendelkeztek elegendő általános képzettséggel és az egész szervezet zavarát az ő külön szakmájuk alapján akarták elbirálni.

(Vége következik.)

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

**Jubileumi dolgozatok.** A poliklinika huszonöt éves fennállásának alkalmából kiadják az intézet főorvosai. Budapest, 1908.

Negyedszázados fennállását a budapesti poliklinika az előttünk fekvő díszesen kiállított kötettel ünnepelte. Igazolja vele programját, melyet az egyesület mostani nagyérdemű igazgatója, *Erőss Gyula* tanár bevezető czikkében nyílt őszinteséggel fejteget. Az egyetem — úgymond — nevel szakembereket, kibben tudományos készültség a szaktudomány művelésére irányuló törekvéssel párosul; de ezek képességei hely és alkalom híján parlagon hevernek. Az egyetem, a köz- és magánkórházak és egyéb intézetek már 25 évvel ezelőtt is csak részben tudtak helyet adni ezen kiválóbb erőknél. Hogy tudományos multjukat ne dezavualják, hogy képességeiket a jövő

számára konzerválják, 1882-ben néhány egyetemi docens megalapította a poliklinikát: a bejáró betegek által szolgáltatott anyagot további tanulmányokra és egyszersmind az orvosnövendékek tanítására akarták felhasználni. Szegénysorsú betegekről lévén szó, ilyen módon a humanizmus oltárára is áldoztak. A társadalom megértette az alapítók intentióit. Szerény kezdetből fejlődött, a társadalom valamennyi rétege által támogatva, a poliklinika mostani szép intézménye; az egykori „salon des refusés“ számottevő tudományos centrummá fejlődött, melyben a legkiválóbb szakorok működnek és a mostani jubilaris kötet niveauja megmutatja, mily kár lett volna ennyi tehetséget és komoly tudást gyümölcsösztetés nélkül parlagon hevertetni.

Ha a kötet tartalmát tevő 22 cikk elbírálásakor még tekintetbe vesszük, hogy majdnem kizárólag ambulans anyag alapján készültek, akkor néhányat közülök még magasabban kell értékelnünk. Például Schaffer monographiaszerű tanulmánya a családi vakságos idiotaságról elsőrangú tudományos munka. És Török az ambulans anyagon tett megfigyeléseit joggal nevezheti „klinikai észleleteknek az emboliás bőrtuberculosisról“. Terray-nak az asthma bronchiale atropinos terapiájáról szóló cikkéről, Frey Ernő syringomyeliásokon tett megfigyeléseiről, Jakobi összehasonlító physikális és Röntgen-vizsgálatairól tüdőtuberculosisban senki sem állítaná, hogy ezek a szeretetteljes pontossággal leirt esetek egy népes ambulans rendelés sietségében lettek észlelve. Hogy milyen nagy az anyag, milyen tanulságosak a belőle levonható tapasztalatok, kitűnik az urológiai osztály közleményeiből, melyekben Feleki Hugó a prostata anatómiájának és kórtanának néhány kevésbé ismert oldaláról, Remete Jenő 30 eset kapcsán a prostatahypertrophia operatív kezeléséről és Emödi Aladár a kétoldali mellékherelob utáni azoospermia (illetve ennek megelőzéséről) értekezik. Baumgarten Egmont, a laryngológiai osztály vezető orvosa, szintén gazdag anyag alapján a felső légutak és az urogenitális szervek közti összefüggést több oldalról világítja meg. Lichtenberg a poliklinikán töltött 25 év tapasztalatait adja azon cikkében, mely az idült fülfolyás operatív és nem operatív kezelésének az esélyeit és javait kritikusan mérlegeli. Rottmann és Bilaskó György „fogütlelési kísérletei“ nemcsak a szűkebb kartársak, hanem minden biologicce gondolkodó orvos érdeklődésére tarthatnak számot.

A sebészeti osztály főorvosa, Illyés Géza, összefoglaló rövid cikket ír a vesevérzésről, a szemészeti osztályról Csapodi a szempillák néhány kevésbé méltatott bajáról, Fejér Gyula a papillitisek és neuritisek kórképének különböző formáiról értekezik, különös tekintettel a látóképesség prognózisára. Érdekes kasuistikai közlést hoz Kubinyi Pál (mesterséges hüvely készítése a hüvely veleszületett teljes hiányánál). Schwarz Arthur is „adatok az anuria tanához“ című közlésének mély neurobiológiai háttért kölesönöz. Rövidebb közlések vannak még Renner Árpád-tól (az infraspinalis reflexről) és Róth Alfréd-től (a Porges-féle syphilisreactióról).

A poliklinika tudományos működését az újonnan pazarul berendezett Röntgen-intézetten kívül, melynek vezetője, Alexander Béla, egyik kedvezet témáját, az x-sugaras képek plastikus tulajdonságait újból tárgyalja, igen jól felszerelt laboratórium könnyíti meg. Egyes dolgozatokon meglátszik a pontos laboratóriumi munka. Ezek közé sorolhatjuk Loránd Leó-nak a gyermekorvostani osztályról közölt értekezését a lumbal punctio diagnostikai értékéről, különös tekintettel a cerebrospinalis folyadék vegyi vizsgálatára, valamint a laboratórium főnökének, Vas Bernát-nak röntgenezett lenkaemiásokon végzett és eredményekben bővelkedő vizsgálatait. Végül bizonysgául annak, hogy a laboratóriumban a tisztán elméleti kutatások sem maradnak istápolás nélkül, szolgálhat Kiss Gyulá-nak a desinfiáló szerek hatásáról szóló mélyen járó értekezése.

A kötet, melyet Schaffer Károly, Török Lajos és Vas Bernát szerkesztett, gróf Apponyi Albert-nek, mint a budapesti poliklinikai egyesület elnökének van ajánlva. B—ct.

## Lapszemle.

### Általános kórtan.

**A nyálka kimutatására a bélsárban** a következő egyszerű mikrochemiai reakciót ajánlja Hecht. 20%-os brillantzöld- és 1%-os neutrálvörös-oldat egyenlő mennyiségéből készült elegynek egy

cseppjét összekeverjük egy kis darabka bélsárral és tárgy- és fedőüveg között jól szétörzsoljuk. Mikroskop alatt már most a szálasan kicsapódott nyálka vörösnek, a fibrin, a sejtprotoplasma és az alkális szappanokkal beivódott magvak kékes-zöldnek látszanak. A többi meg, a bakteriumok és a növényi hártványok vörösek. (Wiener klinische Wochenschrift, 1908. 45. szám.)

**Parasiták kimutatására a vérben** Stäubli a vérnek 30%-os eczetsavval hígítását és centrifugálását ajánlja. Az eczetsav feloldja a vörösvérsejteket s a centrifugatumban most már könnyen megtalálhatók az esetleg ott levő parasiták (trichina, filaria, anchylostoma-álea, trypanosoma, spirochaeta pallida, malaria-plasmodium stb.) (Münchener medizinische Wochenschrift, 1908. 50. szám.)

**Az arsen hatására** vonatkozó vizsgálódásai közben Riehl azt az érdekes tapasztalatot tette, hogy arsen használatára a test-súly csak akkor gyarapodik, ha kicsiny, lassan fokozódó mennyiségben, kellő izommunka végzése és elegendő vegyes táplálék mellett adjuk. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1908. 51. szám.)

### Belorvostan.

**A typhus abdominalis gyógyítására** Mironescu bukaresti magántanár a collargol-klysmákat ajánlja. Naponként 1—2 klysmát adott (5 gramm collargol 100 gramm vízre); ha a beteg nem tudta jól visszatartani a klysmát, 10—12 csepp opium-tincturát is adott hozzá. Némely esetben még így sem tudta visszatartani a beteg a klysmát, ilyenkor a szájon át adta a collargolt 1 grammos adagban capsulában naponként 8—10-szer, az eredmény azonban ezen használatmód mellett nem volt oly kedvező. Mérgező hatást sohasem látott, noha akárhány beteg 10—12 nap egymásután kapott naponként 10 gramm collargolt. A szerző összesen 17 súlyosabb esetet kezelt collargol-klysmákkal s kedvező hatását látta az eljárásnak a hőmérsékre, az általános állapotra és a betegség tartamára. Az első klysmá után többnyire emelkedett a hőmérsék s csak a következő napon kezdett esökkenni, még pedig fokozatosan; a hőmérséknek hirtelen esése csak olyanokon állott be, a kik a betegségnek késői szakában kerültek kezelésbe. A második naptól kezdve azokon, a kik jól tűrték a klysmákat, úgy a hőmérsék, mint az általános állapot olyan volt, mint a milyen a stadium decrementiben szokott lenni. A láz a collargol-klysmákkal kezeltéken körülbelül 10—15 nappal rövidebb ideig tartott, mint az ugyanakkor egyszerűen hideg fürdővel kezeltéken. A szövödmények is úgy látszik ritkábbak a collargol-kezelés mellett; bélvérzés egy esetben sem fordult elő, míg a nem collargollal kezelt 17 más esetben egyharmadában volt meg ez a szövödmény. Kiemelendő, hogy a collargol-kezelés mellett a fehérvérsejtek száma emelkedett és hogy a 17 eset közül egy sem végződött halálosan, míg a nagyjából hasonló súlyosságú, de nem collargollal kezelt hasonló számú eset közül 4 volt halálos. (Berliner klinische Wochenschrift, 1909. 1. sz.)

**Halatornak** nevezi Fränkel azt a készüléket, melynek segítségével a beteg légzőszervekbe kényelmesebb módon juttathatunk illó anyagokat, mint az eddig használatban volt készülékekkel (inhalatorok, melyeket a beteg szájával kell összeköttetésbe hoznunk). A készülék lényegében bádoghenger, melyben vízzel telt, emaillezott vasból készült üst van felfüggesztve. Ez alatt egyszerű éjjeli mécesest égetünk, melynek távolságát az üsttől úgy választjuk meg, hogy a víz 60—70°-ig melegedjék, azon hőmérsékig, melyen a belégzésre szánt gyógyszerek (menthol stb.) már bőségesen illannak. A háromfajta: 6, 8 és 10 órás égő közül legajánlatosabb a 8 órás. Ezen égők használata nagyon kényelmes, a mennyiben a meggyújtás után rövid idővel 60—70 fokra felmelegítik a vizet s ezen hőfokon tartják 6, 8 illetve 10 óra hosszat. A készüléket minden olyan orvosszer elpárologtatására lehet használni, a mely 60—70 fokon gőzzé válik. Ilyen anyag első sorban a menthol, azután az eucalyptol, oleum pini, thymol, perubalsam, a carbolsav és származékai. Nem szükséges, hogy az illető anyag oldószerével töltsük meg a kis üstöt, mert a vízben felfüggesztett anyagok is elpárolognak, ha a kellő fokot eléri a hőmérsék. Kellemetlen mellékhatásokkal bíró anyagok használata esetén vigyáznunk kell az adagolásra; felesleges ez az óvatosság a mentholra nézve, mivel ennek fájdalomcsillapító és bakteriumellenes alaptulajdonságán kívül kellemetlen mellékhatása nincsen.

Fränkel a készüléket eddig mentholgőzők fejlesztésére használta gége- és tüdőtuberculosis esetén. A készüléket éjjelre az éjjeli szekrényre teszi, úgy hogy a beteg egész éjjel (8 óras éggő használata esetén 8 óra hosszat) mentholgőzőket lehelhet be a szoba levegőjével. Hátránya az eljárásnak nincs, kivéve azt, hogy némelyik beteg másnap reggel szemfájásról vagy éjjeli hidegérzetről panaszkodik.

A szerző azon 20 esetben, melyben alkalmazta, hafározott javulást, sőt néha gyógyulást állapíthatott meg, természetesen hosszabb időn keresztül folytatott alkalmazása esetén. Különösen felületes folyamatokra (gümös gégefekélyekre) van jótékony befolyással a mentholgőző belégzése. A szerző kiemeli, hogy ezen eljárásnak nem ezéja a gége- és tüdőgümőkór egyéb orvoslásmódjait kiszorítani, nem teszi feleslegessé különösen a diaetás orvoslást, de meg fogja szorítani a gégetuberculosis sebészeti kezelését, a mennyiben a halator használata egyes esetekben elkerülhetővé fogja tenni a gége-curettement-t.

Az eljárás nem valami olcsó: a menthol kilója 20—30 márka; egy éjjelre evőkanálnyit (körülbelül 10 gm.) használunk el, a mi körülbelül 20 pfennigbe kerül, a méceses 6 pfennig; úgy hogy egy éjjelre körülbelül 20—30 pfennig jut. Tekintve azonban a vele elérhető szép eredményeket, nem mondható drágának.

Fränkel a készüléket (melynek ára csak 2.25 márka a H. Windler cégénél) egyszerűsége és kényelmes volta miatt egyéb tüdőbetegségekben is ajánlja orvosszeret elpárologtatására. (Deutsche med. Wochenschrift, 1908. 49. sz.)

### Sebészet.

**Az angiomák kezeléséről szénsavval** ír *Sauerbruch*. Oxner chicagói tanár klinikáján megismerkedvén e módszerrel, igen szép kozmetikai eredménnyel folytatta kísérleteit Marburgban. A szén-savtartályból muldarabra kiboosított szénsav 79<sup>o</sup>-nyi hőfokig válik. Ezen hődarabkákat ráhelyezzük a naevusos bőrre, a kissé tömöttebb és kiemelkedő angiomákra pedig egy üveglapocczal enyhén reányomjuk. A folt azonnal elhalványul, az érdaganaton pörk képződik. A kezelés 8—10 naponként ismétendő a végleges eredményig. A betegek kötés nélkül járkálnak. A gyógyulás mindig heg nélkül áll be, végleges és jobb az eddigi módszerekkel elétnél. *Sauerbruch* továbbá eredménnyel alkalmazta az arézon levő kisebb kiterjedésű felhámok eseteiben is, melyeket különben Röntgen-kezelésre vett volna. Az eljárásnak előnye, hogy fájdalomtalan, heg nélkül gyógyító és ment mindennemű szövödménytől. Hogy pusztán az alacsony hőfok a lényeges, avagy talán a szénsav specifikusan hat, még kérdéses. (Zentralblatt für Chirurgie, 1909. 1. szám.)

Lobmayer Géza dr.

**A sebeknek kezelése gipszszel.** Kiindulva azon tapasztalásból, hogy a bakteriumok a kiszáradással szemben nagyon érzékenyek, *Pust Walter* stettini orvos a sebekre gipszport hintett. Eljárása a következő: a kellően megtisztított sebre egy-két pólyamenettel steril gazedarabokat erősít; ezen réteget hosszabb ideig nem változtatja. Ezután vastag rétegben hint reá gipszport, melyre vattát, gummipapírost és pólyakötést tesz. A gipszport eleinte naponta, később ritkábban újítja meg. A gipsz sterilizálása nem szükséges. Az eredmények igen kielégítőek, az eljárás utánvizsgálását igen ajánlja. (Saját kísérleteim, melyekről a legközelebbi jövőben fogok beszámolni, mindenben megerősítik a fenti tapasztalást. Ref.) (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1908. 52. szám.)

Lobmayer Géza dr.

**A pajzsmirigy transplantációjára** vonatkozó kísérleteikről számolnak be *Stich* és *Makkas* (Bonn). Kutyaának az arteria és vena thyroidea sup.-ral együtt kimetszett pajzsmirigyét ültették át 3 esetben ugyanazon, 7 esetben más állatra, körkörös érvarrat segítségével. Az arteriát a carotis falának egy rhombalakú részletével metszették ki és a másik carotiszfalzatnak egy megfelelő nyílásába varrták be, míg a venát a jugularis interna egy részletével a jugularis externa transzplantálták vagy oldasó, vagy véganastomosis útján. A homocoplastikus transplantációk nem sikerültek. Eredményeiket röviden a következőkben foglalják össze: Egy a szervezettől teljesen különválasztott, és körülbelül 1½ óráig azon kívül tartott pajzsmirigyét sikerül érvarrattal ismét a szervezetbe iktatni. Ezen beiktatás

tartós, a mint azt egy 245 napos megfigyelés bizonyítja. A transzplantált szerv megtartja anatómiai szerkezetét és át tudja venni a teljes értékű physiologiai functiókat. (Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie, 60. kötet, 3. füzet.)

Li.

**A tüdő súlyos lött sérülésének műtétéről** értekezik *Küttner* tanár (Breslau) egy esete alapján. A 20 éves férfi 9 mm.-es revolverrel szíve tájára lött; csakhamar súlyos dyspnoë jelentkezett és a beteget másnap a klinikára szállították. Ekkor állapota nem volt oly nyugtalanító, ellenben az éj folyamán újból vérzés állott be, az egész pleuraüreg megtelt vérral, az érverés rosszbodott, a dyspnoë és a cyanosis fenyegető volt. Ezért *Sauerbruch*-féle kamarában a mellkast szélesen feltárta, a vért eltávolította s a bal alsó tüdőlebensben ülő lövési sérülést selyemmel bevarrva, a mellkast zárta. A beteg a 11. napon felkelt per primam gyógyult sebbel. Feltűnő volt a műtét után a közérzetnek gyors javulása, a dyspnoë eltűnése. A beteg a klinikán 25 napig volt kezelésben. Az irodalomból ezen eseten kívül még 5 eset ismeretes, melyben a tüdő lövési sérülése elsődleges varrattal lett ellátva. Ezen esetek és saját esete alapján nagyon ajánlja a nyomási különbségben való műtétet, mert a tüdősebnek felkeresése így kellő nyugalommal végezhető. Nem ajánlja az eddigi módszert, mely a pleuraúr drainezésében állott, hanem az elsődleges pleurazárást ajánlja, a melynek tulajdonítja esetében a gyors elsődleges gyógyulást. A tüdőseb ép ezért csak akkor tamponálható, ha ligatúrával, körülöltéssel vagy varrással a vérzés nem esillapítható. (Deutsche Zeitschrift f. Chir., 94. kötet, 1—2. füzet.)

Steiner Pál dr.

### Gyermekorvostan.

**A fertőzőbetegségek általános kezeléséről, különös tekintettel a vörhenyre** ír *Grawitz* tanár. Mindenekelőtt a régi úgynevezett derivans-eljárásokra hívja fel a figyelmet, mint a melyekkel lokalizált fertőző folyamatokban nagyon jó eredmény érhető el. Egy például kezdődő diphtheria eseteiben érleves izzasztással nem csupán a torokfájás mérsékelhető tetemesen, hanem a lepedékek leválása is elősegíthető; nagyobb számú esetben az izzasztással épen olyan jó eredményt ért el, mint a serummal. A továbbiakban kifejti, hogy általános fertőzésekben a bakteriumok termelte mérgek közömbösítésére irányuló törekvések (specifikus antitoxinok használata) mellett igénybevehetjük a mérgek higitását és gyorsabb kiürülését czélzó eljárásokat is. Ezen czélra szolgál a bőséges folyadékbevitel. Már régen tapasztalta, hogy a typhus abdominális lefolyása sokkal kedvezőbb, ha bőséges folyadékítással sikerül a diuresist fokozni; 3—5 liter napi vizeletmennyiség a láz tetőfokán nagyon jó prognosztikai jel. Az az aggodalom, hogy a bőséges folyadékbevitel talán túlságosan igénybe veszi a szívet, teljesen alaptalan, kivéve, ha már eleve súlyosan megkárosodott a szív. A vér és a szövetek közötti folyadékkieserélődés oly gyorsan megy végbe, hogy a bevitt folyadéknak hosszabb ideig a vérkeringésben maradása és ennek következtében a szív munkájának fokozódása kizárható, feltéve, hogy mindig csak kis mennyiség folyadékot adunk egyszerre, de nagyon sokszor. Az ilyen bőséges folyadékbevitel tulajdonképpen csak a vesét terheli meg, a vesének tehát egészségesnek kell lennie. Nagyon fontos az, hogy ne jussanak olyan anyagok a keringésbe, a melyek a vesét izgathatják; a diphtheriának régi kezelésmódja lokálisan alkalmazott antisepticumokkal tehát helytelen volt, mert lenyelés vagy felszívódás folytán antisepticum jutott a vérbe és izgatta a vesét. Az urotropin prophylaxis használata mindenesetre nagyon czélszerű épen a vesének jó karban tartása szempontjából.

Az említett elvek alkalmazása mellett a vörhenyben elért eredményei tetemesen megjavultak. A míg a régi kórházban 1898-tól 1903-ig a vörheny-esetek halálózása 9 és 22% között ingadozott, ez a szám az új kórházban 1907-ben már 0.7-re szállott le (147 esetből 1 végződött halálosan) s az 1908. évi súlyos járvány alkalmával is csak 3—4 volt. Vörheny eseteiben úgy jár el, hogy mindjárt kezdetben meleg fürdőt ad rákövetkező izzasztással; csak különös okokból, például ha szövödmények vannak a szív részéről, áll el ettől. Nagy gondot fordít a toroknak lehetőleg alapos és nem izgató tisztogatására langyos sós vízzel, kamillateával vagy hydrogensuperoxyd-oldattal. Czitromos víznek gyakori ivása szintén tisztogatóan hat a torokra és e mellett a diuresist is fokozza. A

bőséges folyadékbevitel elvének sok tej, cacao, vizes és nyálkás levesek itatásával felel meg. Ha a nyelés nagyobb fokban akadályozott, 1%-os sóoldatot vagy tejet vizs naponként többször a végébe. Nagyon súlyos esetekben, a melyekben a betegnek nagyfokú gyengesége miatt ez nem vezet célra, a bőr alá fecskendez konyhasó-oldatot. Súlyos, állandó magas lázzal és a sensorium zavart voltával járó esetekben jó eredménnyel használja a hűvös fürdőt, esetleg ráfecskendezéssel. A vesegyulladás megelőzése céljából a beteg felvétele után tüstént megkezdik az urotropin adagolását (kisebb gyermeknek naponként 3-szor 0.25, nagyobb gyermeknek és felnőtteknek naponként 3-szor 0.5 gramm egymás után következő négy napon; négy napig tartó szünet után újból négy napig urotropin; ismét négy napos szünet után pedig még négy napig urotropin); esetleg már meglévő fehérjevizelés nem ellenjavallja az urotropin használatát, a melynek lényeges részt tulajdonít kedvező eredményeinek elérésében. A mióta az urotropin rendszeresen adja, körülbelül 500 vörhenyes betege közül csak 5-6%-ban jelentkeztek a veseizgalom vagy veselob tünetei, a melyek azonban az eseteknek túlnyomó többségében múlt természetűek voltak, idült veselob sohasem fejlődött és uraemia egy esetben sem állott be. A mi a diétát illeti, eleinte csak az említett folyadékokat adja; a láztalan válás után lehetőleg sómentes könnyű ételeket (rizs- és daraételek, gyümölcsnedvek, zabnyálka, fehér kenyér) enged meg és csak a 21. láztalan napon kezdi meg — ha nem állottak be szövődmények — a vegyes kosztot, eleinte burgonyapép, főzelék, tojás és kapart hús alakjában. (Therapeutische Monatshefte, 1908. 12. f.)

#### Szüléset és nőorvostan.

**A puerperális eklampsia placentáris elméletéről** ír *de Bovis*. Szerinte az eklampsia Saturnushoz hasonlítható: elnyeli a pathológiát, melyet mindennap produkál. Bouchard jelentős munkája óta a terhesegek görcseit autointoxicációnak tulajdonították és keresték a mérget, mely ezt a bajt okozza. Van der Hoeven és Fehling szerint a magzat mérgezi meg az anyát. Csak azt nem lehet ezzel az elmélettel megmagyarázni, hogy miért észlelünk oly kevés eklampsiát, mikor minden magzat termel mérget. Így ezen elméletet elhagyva, a placentában keresték a bajt okozó, a placentát szűrőnek tekintik, mint a vesét. Veit szerint syncytium-elemek jutnak a vérbe. Ascoli szerint syncytiolysin képződik nagy mennyiségben. Liepmann az albuminoidot vádolja, mely a placenta decompositiójából képződik. Hofbauer a májban keletkező autolysisnek tulajdonítja az eklampsiát, Weichardt pedig a syncytiotoxinnak. Ezen elméletek mind az előbbieket sorsára jutottak. Dienst hosszú dolgozatban előbb a foetális, majd a placentáris eredetét a betegségnek tagadja. Az eklampsiában túlsok fibronogen keletkezik a leukocyták nagy fokban való tönkremenése következtében. Ha a leukocyták pusztulása fokozódik, megszorodik a fibronogen anyag is; az albuminuria a vese parenchymájából, a progressív intoxicáció pedig a májból keletkezik. Ha a vese nem választja ki a globulint, a baj súlyosbodik és kitör az eklampsia. Lichtenstein tagadja Dienst elméletét. Ő eklampsiás nők placentáját szétvagdala, physiologiai oldatban ötször leszűrte és így fecskendezte be nyulak fülvenájába. Ilyenkor eklampsiát látott a kísérleti állatokon. Nagyobb hígításban, vagy megfőzve az oldatot, az állatok baj nélkül állották ki a befecskendezést. Lichtenstein kísérleteinek eredményei csak is attól függnének, vajjon az oldatban durva vagy kevésbé finom suspendált alkotórészek vannak. Veit szerint a terhesség alatt a vérkeringésbe placentáris elemek jutnak, melyek egy mérget, cytotoxint tartalmaznak; ennek legyőzésére a szervezet antitoxint termel, a syncytiolysint, a mely, ha elegendő mértékben képződik, a szülőnő egészséges marad, ha pedig nem, albuminuria vagy haemoglobinuria támad. Lichtenstein ezen elmélet igazolására szintén végzett állatkísérleteket és különféle oldatokat fecskendezett be az állatok hasürébe vagy a vénájukba oltotta be azokat. Mathes is ugyanilyen kísérleteket végzett; egyszer csak a placenta kipréselt nedvét fecskendezte állatba, máskor meg hígításokkal dolgozott. Úgy látszik, hogy a placentából kisajtott folyadék csakugyan toxikus, de a kísérletek sorsát nem a toxikus, hanem a mechanikai hatás irányítja.

A fenti kísérleteket megismételték Liepmann, Charrin és Goupil; egyszer normális, máskor eklampsiás placentával dolgoztak. A vizs-

gálatok eredményét azonban bizonyos kétkéddéssel kell fogadni. Bizonyos az, hogy az eklampsiások szervezetében mérget képződik, bár a vizelet alig toxikus. A placentáris elmélet támogatására azt kellene kimutatni, hogy a szervezetben másutt egyáltalán nem, vagy alig képződik toxikus anyag. Kérdés, vajjon a placenta nemcsak a raktára-e a toxikus anyagoknak, nem pedig a gyára. Nagy hibája ezen elméletnek az is, hogy, a mint Liepmann kimutatta, a legtoxikusabb placenták a kevésbé beteg asszonyokból valók és fordítva. A súlyos esetekben a toxin a májban, a vesében és az agyban rakódik le, s innen erednek a görcsök. Liepmann a toxicitás nagyságát a rohamok számából ítéli meg, pedig ez hiba, mert akárhány beteg az első roham után már comába esik s el is pusztul. Charrin és Goupil kísérletei szerint a placenta bizonyos fokig anyagokat vissza tud tartani; védő szerepe van, mint a májnak. A súlyos esetekben nem tudja mind felfogni a mérgeket, tehát elégtelenül működik és átbocsátva őket, maga kevesebb toxint fog tartalmazni. Tehát placenta-insufficiencia fejlődik ki. De még mindig nincs eldöntve, hogy mi az a mérget, mely ezt az insufficienciát okozza és hol képződik. A placentáris elmélet tehát szintén bizonytalan, az eklampsia keletkezésében még mindig sok az ismeretlen. (La semaine médicale, 1908. 50).  
*Lovrich József dr.*

#### Orr-, torok- és gégebajok.

**Az orr melléküregeinek megbetegedéseiről vörhenyben** ír *Killian*. Nemesak az orr- és szemorvost, hanem különösen a gyermekorvost is érdeklő értékes közleményében a szerző számos körtörténet és több bonczolás-jegyzőkönyv kapcsán pontos áttekintést nyújt a melléküregeknek megbetegedéséről a vörheny szövődményeként. Szerinte az állcsontöböl és a rostasejtek meglehetősen gyakran betegednek meg, de enyhébb fokban és rendszerint spontán gyógyulnak; az ikcsontöböl és a homloküregek megbetegedése ritkább, a fiatalokorú betegekben csak kis mértékben lévén kifejlődve. Tüzetesen leírja a súlyos szövődményeket s a diagnosztis biztosító tüneteket, mint: szentáji oedemák, exophthalmus, nyomásra fájdalom, a hőmenet változása stb. A későbbi lefolyásban pedig a tályog- és sipolyképződést, meningitist, sinusthrombost, pyaemiát szabatos megfigyelései alapján részletesen ismerteti, szintúgy a makroszkopi és mikroszkopi anatomiai elváltozásokat is. A therapiát illetőleg a lehető korai műtéti beavatkozást ajánlja és pedig a kóros gócz alapos feltárásával, többnyire extranasális úton.

Killian tapasztalatai hathatós figyelmeztetéssül szolgálhatnak, hogy az orrnak és melléküregeinek állapotára s a részükről bekövetkező szövődményekre a vörhenyben különös figyelem fordítandó. (Zeitschr. f. Ohrenheilk. LVI. kötet.) *Safranek dr.*

#### Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

**Perityphlitis** eseteiben Sonnenburg tanár nemrégiben a ricinus-olaj használatát ajánlotta, igaz ugyan, hogy csak a kórházi gyakorlat számára, a hol tudniillik esetleg beálló rosszabbodásakor az állapotnak tüstént lehet operálni. Mások (Ritter, Körte, Karewski) elleneztek Sonnenburg ajánlatát. Nem tagadható azonban, hogy a szóban forgó bajban előnyös a bélnek a kiürítése, ha óvatosan történik. Erre a célra *Zeuner* a szappan-suppositoriumokat használja nagyon jó eredménnyel. 3-4 óránként, rohamos kezdetű esetekben 1/2-1 óránként alkalmaztat egy-egy suppositoriumot, a míg a hatás beáll. (Medizinische Klinik, 1909. 2. szám.)

**Heveny esúz ellen** *Muscariello* szerint nagyon jó hatású a jodkalium belsőleg nagy adagokban: az első napon 6 gramm 300 cm<sup>3</sup> vízben 3 részletben, a második napon 5 gramm, a harmadik napon 4 gramm, a negyedik és ötödik napon 3 illetve 2 gramm. A kedvező eredmény állandósítása végett célszerű a szert a tünetek elmúlása után is még adni egyideig kisebb mennyiségben. (Ref. Medizinische Klinik, 1909. 2. szám.)

#### Magyar orvosi irodalom.

**Gyógyászat**, 1909. 4. szám. *Biró Gyula*: Az újabb gyógyszerekről az orvosi gyakorlatban. *Szegő Kálmán*: Adatok a gyermekek asthmás megbetegedéséhez.

**Orvosok lapja**, 1909. 4. szám. *Adler Oszkár*: A sebészi irányról a szülészetben.

**Budapesti orvosi ujság**, 1909. 3. szám. *Preisich Kornél*: Rubeola *Balázs István*: A bakteriumok physikai és physiologiai attenuálása.



## Vegyes hírek.

**Alkalmazások a budapesti egyetem orvosi karán.** Megválasztottak: A törvényszéki orvostani intézethez: *Rabstein Mátyás* díjtalan gyakornoknak. Az I. sz. sebkegyszékhez: *Fáykiss Ferencz* dr. 1. tanársegédnek, *Bradách Emil* dr. 2. tanársegédnek, *Mutschenbacher Tivadar* dr. díjas műtönvendéknek. A gyógyszerintézethez: *Király Jenő* dr. díjas gyakornoknak, *Tassy Iván* díjtalan gyakornoknak. A II. sz. (Jendrassik-féle) belklinikához: *Fejes Lajos* dr. és *Szaszovszky László* dr. díjtalan gyakornoknak. A III. sz. belklinikához: *Bencze Gyula* dr. 2. tanársegédnek, *Királyfi Géza* dr. díjas és *Benczúr Gyula* dr. díjtalan gyakornoknak. A szemklinikához: ifj. *Imre József* dr. 3. tanársegédnek, *Vikár Gyula* dr. díjas gyakornoknak. A bakteriologiai intézethez: *Gózonny Lajos* 2. tanársegédnek. A filorvostani tanszékhez: *Pogány Ödön* dr. díjtalan gyakornoknak.

**Kinevezés.** *Trankovits Sámuel* dr.-t nagyhalmágyi járásorvossá nevezték ki.

**Nemzetközi trachoma-pályadíj.** A belügyminister 1000 koronás pályadíjat tűzött ki a trachoma aetiológiáját (kórokát) tárgyaló legjobb munka jutalmazására. 1908 december hó 31.-éig 7 külföldi pályamunka érkezett be: 3 német, 2 orosz, 1 angol, 1 egyiptomi. A belügyminister a bíráló bizottságba *Kolle Vilmos* dr. berni, *Pfeiffer Richárd* dr. königsbergi és *Grósz Emil* dr. budapesti egyetemi tanárokat nevezte ki. Az eredményt a Budapesten 1909 augusztus hó 29.-étől szeptember hó 4.-éig tartandó XVI. nemzetközi orvosi congressus alkalmával fogják kihirdetni.

**A budapesti egyetem stomatologiai klinikáján specialistává** kiképzés céljából 6—8 orvosdoktor (esetleg zárszigorlót) felvesznek. Az érdekeltek indexükkel d. e. 11—12 óra között jelentkezhetnek az igazgatónál. Határidő: február 15.

**A budapesti orvosklub** január 20.-án tartotta 9. rendes évi közgyűlését a tagok nagyszámú részvételével. A közgyűlést követő lakomán *Bárony János* tanár, a club egyik érdemes, tevékeny igazgatója lendületes pohárköszöntőt mondott, melyben azt az óhaját hangoztatta, hogy a clubban eddig uralkodó szellem ezentúl is fennmaradjon s a club további fejlődéséhez és megerősödéséhez vezessen; poharát végül a clubnak ezen szellemben működő másik két igazgatójára, Kétly és Réczey tanároknak emelte.

**A budapesti orvosi casino** e hó 26.-án tartotta XII. rendes közgyűlését *Schulhof Jakab* dr. elnöklésével, a melyen az orvosok eloszására vonatkozó pályázat eredményét is kihirdették; a pályadíjat *Barsz József* dr. munkájának ítelték. A közgyűlést követő lakomán *Müller Kálmán* dr. főrendiházi tag mondott a Semmelweis-serleggel kezében határos beszédet, kifejtve Semmelweis felfedezésének korszakalkotó voltát az orvostudományban.

**Helyreigazítás.** *Wenhardt János* dr. annak közzétételére szólított fel, hogy „Polycythaemia vera esete” című bemutatásának záró szavában (I. lapunk 4. számában a 92. oldal első hasábján) előforduló „*ervecse is erős kilengést ad a sphygmograph-fal*” szavakat nem használta, azok csak tévedésből kerülhettek a közkezdési orvostársulat ülésjegyzőkönyvébe.

**Megjelent.** *Chyzer Béla* dr.: Uti levelek. Budapest, Wodianer és fiai könyvnyomdája. — *Turán Bódog* dr.: Az orvosi titoktartásról, különös tekintettel a hazai törvényekre és rendeletekre. Budapest, Petőfi-vállalat.

**A budapesti egyetem I. sz. nőbeteg-klinikáján** decemberben 169 szülés folyt le (89 először szülő, 80 többször szülő); a született magzatok száma 172 volt, még pedig élő 151, halott 13, macerált 8; érett 140, kora 14, éretlen 18; fiú 91, leány 75, kérdéses nemű 6; törvényes 58, törvénytelen 114. A terhések, szülönők és gyermekágyasok közül 1 halt meg. A nőbeteg-osztályon összesen 59 beteget ápoltak, haláleset nem fordult elő. A klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinika segélyét 94 esetben vették igénybe; a műtétek száma 58 volt.

**A budapesti m. kir. bábaképző forgalma az 1908. évben.** A szülősztályra felvettek 460 vajúdót (235 először szülőt és 225 többször szülőt). Született 465 gyermek: 396 érett, 37 kora, 32 éretlen; élve született 409, halva (az abortusok és macerált magzatok is ide vannak számítva) 66. Volt 231 fiú, 216 leány és 18 meghatározatlan nemű. Meghalt 1 szülönő (placenta praevia; halál a vizsgálat előtt) és 2 gyermekágyas. A nőbeteg-osztályon 200 beteget ápoltak; 163-on történt műtéti beavatkozás (86 laparotomia), 37-en palliatív kezelés. Meghalt 5 nőbeteg. Az ambulancián megfordult 1182 járó beteg.

**Meghalt.** *H. Lamy* dr., ismert neuropológus, számos értékes idegkörtani dolgozat szerzője, Párisban, január 10.-én, 44 éves korában. — *S. R. Hermanides* dr. Hagában; az elhunyt több ismert dolgozatot írt a syphilisről és prostitútoról. — *A. F. Penrose* dr., a nőorvostan és gyermekorvostan tanára a philadelphiai Pennsylvania-egyetemen.

**Kiseb hírek külföldről.** Londonban egy névtelen adományozó a London Hospital orvosi iskoláján 20,000 fontos (480,000 koronás) alapítványt tett az orvostudományra vonatkozó kutatások előmozdítására. — Berlinben öt hónapig fogházbüntetésre ítélték *Mistelsky* ismert kuruzslót. A Deutsche medizinische Wochenschrift kiemeli, hogy még néhány év előtt bizonyosan felmentették volna s hogy most úgy látszik Németországban is kezdik a hivatalos körök belátni a kuruzslás veszedelmeségét. — Rendkívüli tanárok lettek: *C. v. Eicken* dr. Freiburgban (gégeorvostan), *P. Sfamesi* dr. (nőorvostan), *C. Ceni* dr. (elmekörtan), *A. Betti* dr. (szemészet) Cagliariiban és *O. Fragnito* dr. (elmekörtan) Sassariiban.

**Becsületrend egy orvosszigorlónak.** A francia köztársaság elnöke a becsületrenddel tüntette ki *Louis Bazy* 25 éves szigorló orvost (interne des hôpitaux) önfeláldozó viselkedéseért. A múlt év március havában Bazy a Necker-kórházban Iselin tanár egy műtéténél segédkezett. A műtét közben geny került a bal szemébe, de Bazy el nem hagyta helyét a szeme kimosására a műtét végéig, mert nem volt senki, a ki hirtelenében helyettesítse. Néhány nap múlva a fertőzött szem rosszindulatú kötőhártyagyulladás indult meg, mely miatt végre is, hét hónapi meddő kezelés után, ki kellett venni a beteg szemet, mivel az ép szem a sympathiás szemgyulladás jelei kezdtek már mutatkozni. Legutoljára 30 év előtt adták a rendet ilyen érdem jutalmazásul; 1879-ben Herbelin alorvos a Trousseau-kórházban egy diphtheritis miatt végzett tracheotomia alkalmával ki szívtá a sebből a légesövet eltömlesztő álhártyákat, s maga is diphtheritisbe esett; hősiess tetteért a becsületrenddel tüntették ki, de a kitüntetésnek nem öröndhetett, mert három órával a rend átvétele után meghalt. Würzburgban 1894-ben egészen ilyen módon pusztult el Meyer dr., Schönborn tanár assistense.

**Német orvosi tanulmányi utazás 1909-ben.** A f. évben Budapesten tartandó nemzetközi orvosi congressus után, szeptember 4.-én, veszi kezdetét a 9. német orvosi tanulmányi utazás. Először néhány magyar fiúdot látogatnak meg, azután lemennek Abbáziába és onnan hajóval Ragusa, Cattaro, Spalato, Korfu, Patras, Piraeus, Athen érintésével Konstantinápolyba. Visszafelé még Velence is sorra kerül s ezzel a kirándulás Triestben végződik.

Erre a kirándulásra jelentkezhetnek nemesak német orvosok. Felvilágosítást ad a bizottság főtitkára, A. Oliven dr., Berlin, N. W. Luisenplatz 2—4.

**Marienbadban orvosok számára üdüléházat** szándékoznak emelni. A cél megvalósítására alakult egyesület mostanában küldötte szét jelentését eddigi működéséről, a melyből kiderül, hogy már tetemes pénzüremények folytak be. Addig is, míg az egyesület saját háza felépül, kúrára szoruló orvosok májusban és szeptemberben ingyen lakást és fürdést, továbbá az étkezésben és szórakozásban is tetemes kedvezményt kapnak, ha közvetlenül vagy valamely marienbadi fürdőorvos közvetítésével az egyesület elnökségénél jelentkeznek. A pártolásra nagyon is érdemes egyesületi tagsági díja 5 korona.

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

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

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

**Kopits Jenő dr.** testgyejesítő intézetét VIII., Gyöngygyűk-utca 14. sz. alá (Rókus-kórház közelébe) helyezte át.

**Dr. MÜLLER VILMOS** a tátraházi tüdőbeteg-sanatorium főorvosa  
**SAN-REMOBAN** (Corso Garibaldi 25) rendel.  
Prospektus.

**Orvosi laboratórium:** Dr. Mátrai Gábor v. egyetemi tanársegéd.  
Andrássy-út 50 (Oktogon-tér). Telefon 26-96.

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

**Reiniger, Gebbert & Schall**  
Budapest, VIII., Rákóczi-út 19. szám. Villamos orvosi műszerek különlegességi gyára.

**Dr. Widder Bertalan** operateur testgyejesítő (orthopédia) intézete csont- és izületi (tuberculozikus, angolkóros, rheumás, elgöbült) betegeknek. Budapest, IV., Kossuth Lajos-utca 19, Magyar-utca sarok. Rendel: d. e. 11—12-ig, d. u. 3—5-ig. Szegényeknek díjtalanul.

**Dr. GARA GÉZA, Meran. SANATORIUM. PROSPECTUS.**

**ERDEY Dr. Sanatoriuma** Budapest, IX., Bakács-tér 10. Nőbetegek és szülönők részére.

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

**MATTONI-FÉLE LÁPKIVONATOK**

fürdőkhoz.

:: LÁPSÓ ::  
száraz kivonat  
ládákban á 1 kiló

LÁPLÚG  
folyékony kivonat  
üvegekben á 2 kiló

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

**TARTALOM.** Budapesti kir. Orvosegyesület. (II. rendes tudományos ülés 1909 január 16.-án.) 108. l. — Közkórházi Orvostársulat. (XIV. bemutató szakülés 1908 december 16.-án.) 110. l. — A Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya. (VI. ülés 1908 november hó 12.-én.) 111 l. — Pályázatok. 112. l.

## Budapesti kir. Orvosegyesület.

(II. rendes tudományos ülés 1909 január 16.-án.)

Elnök: Preisz Hugó. Jegyző: Rotter Henrik.

## Koponyaesont nagyobb anyaghiányának esontos pótlása.

**Kuzmik Pál:** 1908. évi október hó 7.-én 15 éves fiatal embert szállítottak osztályomra, kit egy nappal előbb koresmai verekedés alkalmával furkós bottal fejbevertek.

A beteg a sérülés elszívése után elszédült, összeesett, utóbb azonban eszméletét visszanyerte s nagy fejfájásról panaszkodott, majd lassanként elvesztette beszélőképességét.

Felvételek a beteg soporosus, de könnyen ingerlékeny; fejfájásról panaszkodik, könnyen sírva fakad, beszélni nem tud. A bal fulesont felett tojásonyi, hullámzó térfogatnagybodás; esont-horpadás vagy törés a duzzadt lágyképleteken át nem érezhető. A pupillák tágak, az érverés 56, a hőmérsék normális. Időközönként rángatózások a test jobb felén, epileptiform görcsök.

A leirt tünetekből a vérömleny által fedett koponyaesont törésére kellett gondolnunk, miért is október 9.-én általános bódításban megnyitottam a vérömlenyt, mely alatt ott találtuk a kiterjedt horpadásos törést, melynek a szokásos eljárás szerint végzett kiemelése s a törött esontok eltávolítása után nemcsak bőven ürült hig vér, de még vérleplenyt is el kellett távolítanunk a koponyaesont és az agyburok közül.

A csontszélek szabályos ellátása után visszamaradt esontanyag hiánya  $7 \times 5$  cm. volt.

A sebszéleket csak részben egyesítettem, a harántmetszésen át pedig jodoformgázzal tamponáltam.

A műtét utáni napon jelentkeztek még kisebb rángatózások, de a fejfájás elmúlt s az aphasia is javult. Harmadnap a beteg már teljesen jól érezte magát.

Négy hét alatt a seb teljesen begyógyult, a csonthiány pótlódása azonban nem volt észlelhető, az agy lüktetése nemcsak érezhető, de látható is volt. A beteg bal mellkasfelében zsibongásról panaszkodott, melynek objectív okát azonban nem találtuk.

Ezzel eljutottunk volt a körlefolyás azon szakába, melyben a sebésznek döntenie kell a felett, hogy a koponyaesont anyaghiányát miként pótolja, mert a gyakorlati tapasztalatok alapján azzal mindannyian tisztában vagyunk, hogy az agynak normális physiologiai működésére kemény falú burkolattal kell birtania.

A leginkább gyakorlott eljárások: 1. a Müller-König-féle osteoplastikus műtét, 2. a Lesser által kezdeményezett, Fraenkel, Eiselsberg s mások által állatkísérletek alapján alkalmazott és ajánlott úgynevezett heteroplastica és 3. a pótlásoknak az a módja, melylyel a csonthiány helyére a galea alá friss vagy praeparált (kiizzított, kifőzött, méstelenített) csontlemezeket helyezünk, vagy Mac-Ewen ajánlata szerint a defectust kisebb csontdarabakkal töltjük ki.

Esetemben legalkalmasabbnak találtam ez utóbbi eljárások közül választani, még pedig a friss csont implantációját, illetve transplantációját autoplastica alakjában, mely a legbiztosabb eredményre vezet, épen úgy, mint a hogyan azt a Thiersch-féle transplantációknál tapasztalhatjuk.

1908 december 14.-én következőleg jártam el: Mindenekelőtt szabaddá tettem a koponyaesont anyaghiányát oly módon, hogy egy az anyaghiány hátulsó széle mögött vezetett hosszirányú, kissé ívelt metszéssel behatolva, leszabadítottam a lágyképleteket az anyaghiány széleiről s a kemény agyhártyáról. A kemény agyhártya teljes kiszabadítása után kis vájt vésővel levéstem a csontszélek körülbelül két harmadát néhány millimeter távolságban a széltől, a mi által a csontszélen egy peremet kaptam. Ezután befelé néző, ívalakú metszéssel leválasztottam a bal tibia egy részéről a lágyképleteket a csonthártya megsértése nélkül. A tibia két oldalán

mintegy 10 centiméternyi távolságban harántul átmetszve a csont-hártyát, lefűrészelttem a tibia belső felszínéről egy körülbelül 3 mm. vastagságú lemezt.

A tibia szélessége, mely még 4 cm. sem volt, a defectust hosszában elhelyezve nem fedte, miért is kénytelen voltam a csontlemezt kettévágni, s az anyaghiányt két harántirányban egymás mellé helyezett lemezzel fedni. Végül visszahajtvam a lágyképlet-lebenyt, a sebszéleket egyesítettem, kivéve az alsó zugban, a hol az esetlegesen kiömlő vér levezetése érdekében kis gazecsikot helyeztem el.

A lábszáron készített lebenyt visszahajtvam, befedtem a tibiát s a sebszéleket teljesen egyesítettem.

A gyógyulás teljesen zavartalan lefolyású volt, a beteg általánosan jól érezte magát, még fejfájásról sem panaszkodott. Kissé fájdalmas volt azonban a tibiája s a bőrlebeny még most is estére meg szokott duzzadni.

A csonthiány kemény csonttal van pótolva s kivéve az elülső alsó szélét, úgy látszik már mindenütt esontosan összeforrott.

*Fischer Aladár:* Az ideális szép esetre az a megjegyzése, hogy azon esetekben, melyekben a König-féle plastikát valamely okból alkalmazni nem akarjuk (mert egyébként ez a legbiztosabb eljárás), legjobb az autoplastika. A technikát illetően szóló nem vesz oly vastag lemezeket, mint a bemutató, hanem a tibiából egész vékony csontlemezeket vés le 1 mm. vastagságban, úgy hogy ez a Thiersch-féle eljárásához hasonlít. Az ilyen lemezek jól helyezhetők reá a defectusra. 1902-ben tenyérynél defectust sikerült így befednie és a koponya szilárd lett.

## Ligamentum rotundum okozta belső bélelzáródás.

**Kuzmik Pál:** 1908. évi november hó 24.-én szállították be osztályomra a 38 éves, súlyos beteg benyomását tevő nőbeteget, ileus körjelzéssel. Előadta, hogy négy nap előtt hirtelen lett beteg erős hasgöresök közepette, azóta fájdalmai nem szüntek meg, széke nem volt, székek nem távoztak, többször hányt zavaros, zöldes, epés váladékot.

A gyengén fejlett beteg hasa kissé puffadt, a jobb inguinális hajlat felett nyomásra kissé érzékeny. Az ileoocoecális tájék szabad. A végbél üres. Az érverés 90. A hőmérsék 37.5<sup>o</sup>. A nyelv lepedékes.

Azon kérdésre, van-e sérve, előadja, hogy évek óta szenved már jobboldali lágyéksérvből, a melyet azonban önmaga vissza tudott helyezni. Négy nappal megbetegedése előtt is kün volt a sérve, vissza is helyezte, de fájdalmai nem enyhültek.

Ezen utóbbi adat alapján, noha a jobb lágyékesatorna belső nyílásának megfelelő helyen térfogatnagybodást nem éreztem, s a fájdalomosság sem fokozódott e hely megnyomásakor, mégis arra gondoltam, hogy a folyamat a sérvel áll összefüggésben; esetleg „reposition en masse“-szal állunk szemben s az azonnali beavatkozásra határoztam el magamat.

A bódulat beállta után újból végigvizsgáltam a hasat, de ellenállást sehol sem találtam; a kopogtatáskor azonban a jobb inguinális hajlat felett tompább kopogtatási hangot nyertem, miért is a Poupart-szalag felett körülbelül három harántujjnyira egy a muse. obliquus internus rostjaival párhuzamosan haladó metszésirányt választottam, melylyel az izomzat teljes kimelésével hatoltam be a hasüregebe. A hashártya megnyitása után metszésem alatt megtaláltam a leszorított bélkaecot. Egy vastag köteg leszorítva tartott egy kékesen elszinesedett, körülbelül 25 cm. hosszú bélkaecot.

A köteget két Péan közé fogva átmetszettem s a még teljesen életképes bél csakhamar visszanyerte majdnem a rendes színét s az aborális bélkaec ismét megtelődött.

Utána nézve a leszorító kötegre, azt láttam, hogy a belső sérvkaput áthidalta. A belső csont a méhvel, a külső pedig a nagyajakkal állott összeköttetésben s így nem lehetett egyéb, mint rendellenes lefutású ligamentum rotundum. A két csont között levő belső lágyékesatornanyíláson vizsgáló ujjunkkal könnyen bejuthattunk az üres sérvtömlőbe.

A két csonkot és a belső sérvkaput gondosan összevarrva, három rétegben zártam a hasüreg sebé. Collodium-kötés.

A műtét után a hányás és hányásinger megszűnt. A betegnek este beöntésre bő székürülése volt. A körlefolyás teljesen zavartalan, láztalan volt, a seb per primam gyógyult.

A műtét alkalmával talált viszonyokat nagyon jól érzékíti a vázlatos rajz, mely egyszersmind a leszorítás létrejöttét is megfejt. A részben szabadon futó ligamentum rotundum keresztelte a sérvkaput s a sérvtartalom a szalag egyik vagy másik oldalán került a sérvtömlőbe. Az utolsó visszahelyezés előtt a szalag külső oldalán került a bél a tömlőbe, visszahelyezésekor azonban a bél egy része befelé nyomult a szalagtól s az ezáltal létrejött keringés-zavarok annyira megduzzasztották a bélkaesot, hogy nem húzódtott többé vissza.

Röviden leirt esetemmel az oly változatos lehetőségű strangulációs ileusok eshetőségét egy újabb alakkal gazdagítottam.

### Spontan bélrepedés. Vékonybéllelésés a végbélen keresztül.

**Kuzmik Pál:** Hasonló esetet a rendelkezésemre álló irodalomban eddig nem találtam.

Folyó hó 7.-én szállítottak be osztályomra egy 66 éves marasmusos nőt, ki 6.-án este karácsonyfa utógyújtása körül foglalkozva eleszűzött s farára esett, de ismét felkelt s tovább dolgozott. Vacsora után lefeküdt s az ágyban hirtelen rosszul lett, hányásingerről, hasgöresökről panaszkodott, kiszállt az ágyból, de összeesett. 10 órakor vették észre hozzátartozói, hogy végbélen nagy esomó bél nyomult ki. Orvosa reggel a kórházba küldte, hová délben szállították.

Vizsgálatakor nagy meglepetésünkre láttuk, hogy az előesett végbél nyílásán emberfejnél nagyobb tömegű, kékesvörösen elszínesedett, szennyes-genyes lepedékekkel fedett s egymással összetapadt vékonybél esett elő. A kórképet igen jól adja vissza az azonnal felvett fénykép.

A körülbelül három harántujnyira előesett végbél nyílásán behatolva, 12—14 cm.-nyi magasságban a bél bal oldalán érezhető volt egy folytonosság megszakítás, melyen az előesett belek a hasüregbe folytatódtak. A vagina erősen prolabált.

A beteg collapsusban volt, pulsusa 130, hőmérséke 36,2 C°, miért is azonnal konyhasós infúziót s intravenásan digitalis alkalmaztunk.

Az összetapadt belek szétválasztásakor az egyes kaesok közül hig, zavaros, genyes váladék ürült.

A röviden előadott körülmények folytán az előesett belek visszahelyezésére, noha a bélszakadás része elég tág volt, gondolni sem lehetett, s így, ha siker reménye nélkül is, az előesett bélrész csonkolására kellett magam elhatározni, a mit alig negyedóra alatt végre is hajtottunk. A kiirtandó bélrész fodrát visszaöltő szűcsvarrattal láttam el, mi által vérvesztés nélkül csonkolhattam a belet. A bélcsonkokat egyesítve és lemosva, a még előesett vékonybélrészeket könnyű szerrel helyeztem vissza.

A bélszakadás helyét is nehézség nélkül húztuk elő. A sebzelek kissé egyenetlenek voltak ugyan, de reactionmentesek, csak az egyik alsó sebzug mentén volt jelentéktelen véraláfutás. A sebzeleket egy kis rés kivételével egyesítettem s a visszahagyott résbe jodoformgázecskét helyeztem, a végbélbe pedig egy hosszú vastag drainsövet. Visszahelyeztük az előesett végbélet is. A kiirtott bélrészlet hossza 270 cm. volt. A beteg röviddel a műtét befejezése után meghalt.

Leánya előadta, hogy a beteg 25 éve szenvedett hüvelyelö-esésben s évek óta végbélelésésben, mely utóbbi miatt eredménytelenül operálták is. Az utóbbi időben már incontinentia alvi et urinae is szenvedett.

A másnap megejtett boncolás eredményéről Minich Károly volt szíves a beszámolót elvállalni, részemről csak az összkép kedvéért kívánom említeni azt, hogy a repedés az S romanum taeniája mentén, tehát hosszirányban jött létre a bélen, alkalmasint az által, hogy egy vékony rostos szalag, melylyel a bél ezen része a méhvel volt összeköttetésben, az esés alkalmával beszakította a hashártyát s talán a sorvadtt izomzatot is, a bél nyálkahártyáját pedig a kismedenczébe lenyomult súlyos bélkaesok szakították át s végül egyrészt súlyuknál fogva, másrészt a peristaltika folytán estek elő.

**Minich Károly:** Az esetet boncolta, a halál okát nem sikerült kiderítenie. Így fel kellett venni, hogy a has-shock okozta, melyhez hozzájárult az előrehaladott életkor és a bél révén bekövetkezett kihűlése a szervezetnek. Az öregkori elváltozásokon kívül kifejezett prolapsus vaginae volt az uterusnak a mélybe való lesüllyedésével. A végbél összes rétegei hypertrophiásak és rögzítettek voltak. Az S romanum elülső falán volt a 6 cm.-nyi szakadás, melyen át a végbél előesett, 9 cm.-re a végbél nyílásától. A méh sorvadtt és az S romanum elülső falával kötőszöveti hárttyával függött össze. A megmaradt vékonybél 160 cm. hosszú volt, a resectio a vakbélből 15 cm. távolságban történt.

Az esés alkalmával vongáltatott a bél és beszakadt a serosa és utólag szakadt a sorvadtt bélfalazat, melyen át azután kitolult a vékonybél. A spontan bélrepedések meglehetősen ritkák. Túlságos bélgázok okozta kitégítés folytán a felszálló vastagbél megrepedhet. Kísérlet útján is sikerült bélrepedést előidézni.

Az a kérdés támadhat, hogy ilyen bélrepedés nem fordulhat-e elő trauma következtében, de ez ellen szól, hogy a bél túlságosan védett helyen van.

### Méhenküüli terhesség öt esete.

**Rotter Henrik:** Az elmúlt félévben az Elischer tanár vezetése alatt álló osztályon a méhenküüli terhességnek öt ritkább alakját operálta. Az eseteknek csoportos bemutatását azért látja ezélszerűnek, mert így ennek a betegségnek egész pathológiája áttekinthető.

I. *Fiatal intersticiális terhesség.* G. A. 27 éves asszonyt súlyos acut anaemia tünetei között szállítják be az osztályra. A vizsgálat a hasüregbe történő vérzést állapít meg, a melyet megrepedt méhenküüli terhesség okozott. A rögtön megejtett laparotomia baloldali, 3 hetesnek látszó intersticiális terhességet derít ki. A tuba falán penetráló, 1 cm. hosszú repedés látható. A hasüregben kb. 2 liter vér. A bal méhsarok és a tuba resectiója, továbbá a sebek elvarrása a vérzést megszünteti. Hasfalreconstructio. A lefolyást súlyosabb természetű vastagbélhurut zavarja, egy hónapi kezelés után azonban az asszony gyógyultan hagyja el a kórházat.

II. *Kiviselt intersticiális terhesség.* Cs. J.-né 35 éves asszonyt öt rendes szülésen és gyermekágyon esett keresztül. Utolsó menstruációja egy évvel a kórházban jelentkezése előtt volt. A terhesség első fele minden baj nélkül folyt le, a terhesség második felében többszörösen voltak kínzó hasfájdalmai. A terhesség normális végének megfelelő időben szülőfájdalmak lepték meg, vérezni kezdett, három napig súlyos betegnek érezte magát, műtét kezelésben részesült, de a fájdalmak megszünésekor hazaküldték. Azóta magzatmozgásokat nem érez, bő tejlévalasztás indult meg. Vérzés miatt keresi fel az osztályt. A nyakesatorna kitégítése és a nagyobb, üres méh kitapintása után a hasat csaknem teljesen kitöltő daganatot kiviselt méhenküüli terhességnek diagnosztizálják. Ez a laparotomia alkalmával beigazolódik. A teljesen érett petét magában rejtő petezsákot a méh fenekének amputálásával eltávolítják. A pete a jobb tuba intersticiális részén tapad. A lefolyás teljesen sima; 16 nap múlva gyógyultan távozik.

III. *Al-méhenküüli terhesség.* Ruptura varicis ligamenti lati. T. M. 21 éves varrónőt igen súlyos acut anaemiával szállítják be az osztályra. A vizsgálatkor megállapítható, hogy a szabad hasüregben sok vér van, a diagnosist tehát megrepedt méhenküüli terhességre teszik. A rögtön foganatosított laparotomia alkalmával kiderül, hogy a nemi szervek épek, a vérzés a jobb ligamentum latum külső lemezén látható, kanyargós lefutású gyűjtőérből történt. A lig. infundibulo-pelvicum lekötése és a cervixrepedés bevarrása után a jobboldali tubát eltávolítják, abban a feltevésben, hogy esetleg ectopiás petét rejt magában, mely a varicositásnak oka lehetett. Teljesen sima gyógyulás. Szabad szemmel a tuba épnek bizonyult, a szövettani vizsgálat fogja a méhenküüli terhesség biztos hiányát eldönteni. Hasonló esetet a világirodalomban csak egyet talált.

IV. *Megrepedt méhenküüli terhesség vérzéssel a lig. latum lemezei közé.* M. L.-né 18 éves asszonyt a mentők szállítják be az osztályra, súlyos acut anaemiával, belső vérzéssel. Diagnózis: Megrepedt méhenküüli terhesség. A laparotomia alkalmával a jobboldali tubában megtaláljuk a 8—10 hetesnek látszó petét. A vérzés azonban, nem mint rendszeren, a szabad hasüregbe történt, hanem a lig. latum lemezei közé és subperitoneálisan felterjedt a vesékig. A gravid tuba eltávolítása után a lig. latumból a véralvadékokat eltávolítjuk, a sebeket teljesen elvarrjuk. Sima lefolyás. 14 nappal a műtét után gyógyultan távozik.

V. *Ismételt méhenkívüli terhesség.* Ez az eset a bemutatónak munkáspénztári praxisából való. R. V.-né 36 éves asszony háromszor rendesen szült; 3 év előtt méhenkívüli terhesség miatt a II. sz. női klinikán laparotomiát végeztek rajta, mely után simán meggyógyult. Utolsó menstruációja néhány napot késett és abortus-befejezés céljából hívják a bemutatót a beteghez. A vizsgálatkor a valamivel nagyobb méh előtt és tőle jobbra lúdtójásnyi puha daganat található, kifejezett anaemia, a lumbaltájakon tompulat. A diagnoszt a bemutató ismételt méhenkívüli terhességre teszi, a beteget a szt. Rókus-kórház nőbeteg-osztályára szállíttatja, a hol megoperálja. A laparotomia alkalmával tizhetes tuba-terhességet talál és sok vért a szabad hasüregben. A petezsák külső fala mindenütt ép, a vérzés a tuba abdominális szájadékán keresztül történt, tehát tubáris abortus (belső petezsákrepedés) esete forgott fenn. A másik oldalon az adnexumok teljesen hiányoztak. A beteg a 11. napon gyógyultán távozott.

*Kubinyi Pál:* A méhenkívüli terhesség olyan gyakori, hogy ovarium-cysta műtése közben meglepetésszerűen is találkozunk vele.

A gyakorló orvos az extrauterin terhest a katasztrófászerű tünetek közt nem látja, rendesen csak akkor, mikor a shockból már összezsugorította magát és a béloclusio képe olyan kifejezett, hogy alig hiszi a gyakorló orvos a laparotomia bekövetkeztéig, hogy nem béloclusióról van szó, hanem méhenkívüli terhességről. És pedig azért, mert a vér a Douglast előtti, a rectumot összenyomja, a mi peritoneális izgalmi tüneteket, collapsust okoz. 17 nappal ezelőtt látott hasonló esetet, kétszer 24 órát késtek e miatt és mire laparotomiára került a sor, a beteg elvérzett. Ezért fontos a korai diagnózis.

#### A vesebajos vizenyösség keletkezéséről.

**Bence Gyula:** Kísérleteket tett nyulakon, melyeknek célja a vesemegbetegedés szerepét megállapítani a vízkórság keletkezésében. A kívülről fölvett víz befolyását megállapítandó, koplaló és szomjazó állatokon végeztek kísérleteinek első sorozatát. Kétoldali nephrectomia után a nyulakon relatív vízretentio mutatkozott, a mely ép veséjű koplaló és szomjazó állatokkal való összehasonlítás szerint csökkent testsúlyvesztésben nyilvánult. A vörösvérsejtszám és a savó fénytörés-mutatójának változásából az előadó a vér felhígulására következtetett. E tényezőkből nemesak a két vese kiirtása után közvetlenül beálló, hanem a vérmennyiségnek a kísérleti állat haláláig tartó növekedését lehetett megállapítani. Minthogy a folyadékfelvétel szünetelt, a vér felhígulását okozó folyadékáram forrása csak a szövetekben kereshető. Ezen nephrectomizált állatokon kevés kivétellel oedema fejlődött. A hydraemia (plethora vera) és a vízkórság létrejöhet folyadék-bevitel nélkül is, a folyatolag vizfelvétel a tápcsatorna felől a veseműködés szünetelése mellett nem *conditio sine qua non*-ja a vízkórság létrejöttének, mint Bartels hitte.

A folyadékáram iránya a szövetektől a vérpálya felé tart, épen ellenkezőleg mint a Cohnheim-Lichtheim-Senator-féle elmélet szerint várni lehetett volna.

Urannitrattal oltott állatok vérében a felhígulás csak az anuria jelentkezésével következett be, vagy akkor, a midőn az albuminuria okozta fehérjevesztés megszűnt. A folyadékfelvétel szünetelvé, a vér felhígulása itt is a szövetek víztartalma megváltozott eloszlásának tulajdonítandó, tehát az urannak nincsen specifikus, a vérerek átteresztőségét megváltoztató sajátossága.

Nephrectomizált és urannal oltott állatokon az elváltozások hasonlóak voltak a nephrectomizált nyulakéihoz. Itt nem volt az urannak különös hatása észlelhető: az elváltozások itt is csak a veseműködés hiányára vezetendők vissza.

A következő kísérletekben az állatok gyomoresővön át vizet kaptak.

Ilyenkor a nephrectomizált nyulaknak a víz adása után beálló súlyemelkedése csakhamar kiegyenlítődött, a súlyemelkedés állandósulni nem tudott, jeléül annak, hogy a vízzel együtt szilárd molekulák nem jutnak a szervezetbe, tehát nagyobb vízfelhalmozódás, ha csak nem adunk igen nagy vízmennyiséget, nem létesülhet. A vér mennyisége itt növekedett; a víz adogolását rendesen a vér mennyiségének hirtelen felszökése követte. Az állat halála előtt következett be a besűrűsödés a vérben, tehát itt sem volt folyadékcsökkenés a vérben. Az urannal oltott nyulak víz adásakor hasonlóan viselkedtek, mint víz nélkül; a különbség csak kvantitatív. Nephrectomizált és urannal oltott állatokon víz adása mellett sem fejlődött nagyobb fokú vízkórság, mint egy-

szerűen nephrectomia után, bár az uranból ez utóbbi esetben a vese semmit sem választott ki és így a méreghatás a lehető legintenzívebb volt. Az urannal kezelt állatokon ennek következtében a vese átjárhatlanságában keresendő a vízkórság oka, nem mint eddig általában fölvevtek, a vérerek fokozott átteresztőképességében.

*Kövesi Géza:* Beható vizsgálatokat végeztek az oedema keletkezéséről. Azon kérdést iparkodtak tisztázni, hogy veseeredetű-e az oedema, vagy a vesén kívül eső tényezők játszanak-e szerepet. Ezen vizsgálatok alkalmával a vízforgalomra, a vizeleteconcentrációra, a vér fehérjertartalmának meghatározására voltak figyelemmel, a refractio akkor még nem volt ismeretes. A veseeredetű oedema keletkezésének elsődleges oka mindenkor a vese insufficienciája által visszatartott szilárd alkotórészek. Olyan egyéneken, kiknek a klinikai észlelés ideje alatt oedema nem volt, nagyobb mennyiségű konyhasóra oedema jelentkezett. Az oedema megszűntét pedig megelőzte a szilárd anyagok kiürülése és ezt követte az oedemák megszűnése.

Tehát a szilárd anyagok retentiója a fő.

A vér serumának vízmegkötő képessége fokozódik, hydraemiás plethora áll elő, azután a vérnyomás fokozódik és a fokozott transsudatív folyamatoknak tulajdonítottuk az oedemák keletkezését.

Bence előadása a szülő említette klinikai megfigyeléseket bizonyítja, sőt még egy lépéssel előbbre is viszi, mert kimutatja, hogy a szilárd anyagok retentiója miképp vezet az oedema keletkezéséhez az által, hogy a retentio a szervezetbeli folyadékoknak egyenlőtlen elosztódását vonja maga után.

Hogy a vízforgalomnak milyen jelentékeny szerepe van, bizonyítja a klinika; nephritis interstitiális eseteiben a vízelválasztóképesség nem szenvedett s itt oedema nem is áll elő.

Az előadó vizsgálatainak nemesak elméleti értéke van, hanem gyakorlati is. A fehérjertartalmú ételek megszorítása nagy jelentőségű, hasonlóképpen a NaCl-nak is bizonyos értelemben való megvonása. Azután a víz adogolásában is mértéket kell tartani, mert az oedemák ki-  
fejlődéséhez hozzájárulhatnak.

*Preisich Kornél:* Kérde, hogy ellenőrző kísérletek történtek-e, vajjon nem anaemia szerepel-e a műteti vérvesztés következtében?

*Korányi Sándor:* A Kövesi említette theoríán tiz és egynéhány év óta dolgozik és ez a therapiában is eredményekhez vezetett, a vizelet dechlorisatióját idézve elő. Franciaországban Achard „dechloruration”-nak nevezte el, „francia” methodusnak; Németországban Traubnak tulajdonítják. Helyén való, hogy hangsúlyozzuk, miképp a vizsgálatok Budapestről indultak ki és innét jutottak Német- és Franciaországba.

*Tezner Ernő:* A Fehérkereszt-kórházban acut, lázzal járó betegségekben csecsemőknek gyakran adnak teát vagy vizet, de ez nem okoz oedemát, ellenben sóoldatok oedemát hoznak létre, tehát vízretentio van. Ez a sómennyiséggel szabályozható is. Ha az oedema megjelenik, a refractio is megváltozik.

*Kéty László:* Kérde, hogy a hydraemia tisztán a nephritisre szorítkozik-e, vagy olyan oedemára is, mely pl. cachexiás anaemiában támad. Azonos viszonyokat itt nem lehet felvenni és épen ezen esetek nem teszik-e valószínűvé, hogy a Magnus-Cohnheim-féle érfalmegbetegedés is szerepet játszik. Vesebajokban a vese belső secretiója is szerepel és ez talán befolyásolja az érfalakat is.

*Bence Gyula:* Preisich azon kérdésére, hogy anaemia nem szerepel-e, az a válasza, hogy a műtét vérvesztés nélkül megy végbe, tehát nem vesejétpusztulásról van szó. Műtét után a refractióban és a vörösvérsejtek számában alig van változás. Azután a vesejétszám csökkenése a műtét után lényegesen kisebb, mint az állat életének vége felé. Ha anaemiás vérvesztésről lenne szó, a műtét után kellene mutatkoznia.

Kéty kérdésére, hogy ezek csak a vesemegbetegedésben található oedemákra vonatkoznak-e, azt jegyzi meg, hogy mindezen behatások olyanok voltak, melyek a vese működését kizárják és azt befolyásolják, tehát veseinsufficienciás oedemák.

A mi a belső secretiót illeti, lekötötte az uretert és ép úgy látta az oedema keletkezését, mint máskor, tehát a belső secretio zavara ki van zárva.

#### Közkórházi Orvostársulat.

(XIV. bemutató szakülés 1908 december 16.-án.)

Elnök: Weisz G. S. Jegyző: Körmöczy Emil.

#### Diffus genyes peritonitis gyógyult esete.

**Pólya Jenő:** K. Gy.-né, 38 éves földmivesnő, 1908 október 25.-én betegedett meg peritonitis tüneteivel. Október 28.-án orvosa vidékről a szt. Margit-kórházba szállíttatta. A has erősen puffadt, általában, de különösen baloldalt nyomásra igen érzékeny, az oldalakon csekély tompulat, általában mindenütt éles dobos hang. A máj- és béltoptulat megvan, normális. A vakbél táján loecsanás, peristaltica nem látható. A hőmérsék 37.3°, az érverés 140, aránylag eléggé telt.

Diagnózis: Peritonitis, béllezáródás. Műtét azonnal, október 28.-án d. u. 3 órával, 78 órával a megbetegedés kezdete után.

Bemetszés a köldök alatt 15 cm. hosszúságban. A vékonybelek belöveltek, friss fibrinás cszafatokkal összetapadtak, közöttük mindennüinen, de legnagyobb mennyiségben a Douglasból bűzös, zöldes-sárga geny ürül. Ezért behatolunk az appendix táján Mac Burney szerint. A vakbél körül mindenütt bűzös genygyülem a fibrinásan lazán összetapadt vékonybélkacsok között, különösen sok geny ömlik a kis medeneze felől. Itt fekszik a processus vermiformis is, mely kisujj vastag, erősen belövelt, vastagodott, de rajta sem át-fürödés, sem üszkösödés nincs; reszekáljuk, helyét elvarrjuk. A bal esipötányér felett is hasonlóan hatolunk be; itt az izzadmány már nem oly sűrű, inkább savós-genyes természetű, a vékonybelek azonban itt is belöveltek és fibrin-lepedékkel borítottak. Az erősen puffedt vakbélbe még gummidraint vezetve, a hasüreget mindhárom sebhelyen gaze-zel bőven drainezzük. Kötés.

Október 30.-án a has már puha, fájdalomtalan, szék a sipolyon és a végbélen át is bőven távozik. Október 31.-től november 28.-ig 38—38.5<sup>o</sup>-ig menő esti hőmérsékek, azóta láztalan. A hassebek elég gyorsan sarjadztak.

#### Az Achilles-in elszakadása és consecutiv csontosodása tabes-es egyénen.

**Huber Alfréd:** F. K., 38 éves magánzó jobb lábának kisujján 1907 október havában egy tyúkszem elgenyedt, a miért is ujjának végperezét amputálták. Novemberben ugyanitt tályogja támadt, melyet megoperáltak. 1907 decemberben már tudott járni, de 3 napi járkálás után elesett, jobb lábának Achilles-ina helyén erős fájdalmakat érzett és már nem tudott gyalog hazamenni.

Röntgen-vizsgálat: A jobb láb kisujja a metatarsus distalis harmadától hiányzik (amputáltatott). A jobb láb calcaneusának azon a helyén, a hová az Achilles-in tapad, de a calcaneussal látszólag össze nem függően egy hasonló transparentiájú árnyék látható. Ettől felfelé mintegy 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> cm.-re az Achilles-in lefutásában egy hasonló, mogyorónyi árnyék van. Egyébként arthropathiás laesiók is láthatók.

Az eset két szempontból igen érdekes: 1. Az Achilles-in tabes-szel kapcsolatosan felette ritka jelenség. 2. Érdekesek a trauma kapcsán képződött csontosodások az Achilles-inban.

Az Achilles-in elszakadását és a láb arthropathiás laesióit mindenesetre összefüggésbe kell hoznunk a tabes-szel, az incsontosodásokat illetően azonban bajos volna ily összefüggést kimutatni.

#### A kéztő sajkaesontjának izolált törése.

**Huber Alfréd:** B. J. 21 éves lovász vonaton, tolatás közben a waggonból kiesett, a midőn is jobb kezét egy sinszögbe ütötte; azóta jobb kezében erős fájdalmakat érez.

A jobb kéz lágyrészei teljesen épnek látszanak. Röntgen-vizsgálatkor kiderül, hogy a jobb os naviculare harántirányban tökéletlenül eltörött és a törésvégék együtt vannak (Biegungsbruch); oldalról átvilágításkor semmi rendellenesség sincs.

A kéztőcsontok törése nem épen ritka dolog és ezek sorában is talán leggyakrabban sérül meg az os naviculare.

#### Bursitis (?) calcanea esete.

**Huber Alfréd:** E. G. 32 éves szabónak jobb könyöke, bal bokája és bal válla 5 hó előtt duzzadt és fájdalmas volt; pes planusa van. A bal láb sarka néhány hó óta lépéskor és nyomásra fájdalmas. A Röntgen-vizsgálat a következőket derítette ki: a jobb lábón semmiféle eltérés sem látható; a bal láb oldalfelvételekor a talprészen, a fascia plantaris helyének megfelelőleg kb. ujjvastagságnyira kidülledve párnaszerű, egyenletes vastagodás látható.

Ha a normális és beteg láb Röntgen-képét összehasonlítjuk, határozottan látható, hogy a beteg láb talprészen jelenlévő árnyék nem származhatik a talpon lévő vastagabb zsírrétegtől, hanem rendellenes viszonyoktól van feltételezve. Sajnos, a betegen punctio nem volt végezhető és így nem szerezhettünk a baj lényegére nézve döntő bizonyítékot, úgy hogy a körjelzés csak kérdőjelezve volt felállítható. Az eset mindenesetre a ritkábbak közül való.

**Fischer Ernő:** Egy közkórházi orvos esetét említi, a kinek a calcaneuson kis exostosisa volt. A therapia abban állott, hogy egy nemezdarabot kilyukasztott a fájdalmas hely számára és ezt beillesztette a cipőbe. Azóta jár, fájdalmaitól megszabadult.

#### Extragenitalis lues-fertőzés esetei.

**Leopold Béla:** A primaer sklerosis egy esetben a homlokon, egy esetben a bal pofán, egy esetben az állon volt.

**Róth Arnold:** Extragenitalis primaer syphilitet látott a jobb áll alatti tájon, mely úgy jött létre, hogy a borbély a beretvával ejtett sebet megnyálazta.

#### Syphilis papulosa psoriasiforme.

**Róth Arnold:** A syphilisnek súlyosabb alakjait főleg oly egyéneken találjuk, a kik kezelésben vagy egyáltalában nem részesülnek, vagy csak hiányosan. A 37 éves női beteg elmondja, hogy 6 hó óta beteg, nem kezelték. Nagy fokban elesett, anaemiás, és noha fiatal, öreg asszony benyomását kelti. Az egész köztakarón lenesényi vagy nagyobb, vörös és barnás-vörös, merev göbök láthatók, a melyek szorosan egymás mellett fekszenek és sok helyütt összefolynak. Az egyes göbök a csúcsrészükön lévő pikkelyek miatt psoriasishoz hasonló képet mutatnak. A talpakon livid, izolált, hámpikkelyekkel fedett papulák láthatók, a torokban typosus angina specifica van jelen, az összes mirigyek rendkívül megnagyobbodtak. A Wassermann-reactio positiv. A betegen erélyes antilueses kúrát alkalmazunk, e mellett arsojodint is szed a szervezet erősítésére.

#### Lues maligna.

**Róth Arnold:** A 32 éves ügyvéd fél év előtt szerzett luest, akkor 30 inunctiót végzett. Októberben súlyos kiütést kapott.

Az egész köztakarón elég sűrűn nagybabnyi—mogyorónyi syphilidek, mely pustulás syphilidek, többnyire már rupiaszerű varokkal fedve. Nagyfokú elesettség, erősen kifejezett anaemia és mérsékelt fokú lúz. A beteg erélyes lues-ellenes kezelésben részesülve, 4 hét után javultán távozott.

A 48 éves özvegy bőrén állítása szerint egy hó előtt piros pattanások keletkeztek, melyek megnyitak és megnagyobbodtak; primaer lueses elváltozást nem vettem észre. Roseolák a háton és a hason, annularis syphilis az arcon, de főleg az állon és száj körül, nagy papulosus syphilis a nyakon, erosiv papulák az emlő alatt és a genitáliákon, továbbá periostitis syphilitica a homlokon és a tibián. A primaer sklerosis helyét sehol sem találtuk.

(Folytatása következik.)

#### A Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(VI. ülés 1908 november 12.-én.)

Elnök: **Dollinger Gyula.** Jegyző: **Winternitz Antal.**

(Vége.)

#### Alapy Henrik: Sérvtömlőben keletkezett appendicitis két esete.

Az a körül folyó vita, vajjon „a sérvben kizáródott féregnyúlvány” avagy „a féregnyúlványnak a sérvtömlőben támadt gyuladása” a kór-képet jobban megközelítő kifejezés, egészen meddő. Előfordul mind a kettő és a beavatkozás módja is mind a kettőben ugyanaz kell hogy legyen. Mindkettőt azonnal operálni kell. A féregnyúlvány pedig akár lobos, akár ki van szorulva, reszekálendő. A bemutató rövid időközben két idevágó esetet operált. Az egyik négy éves fiúcska, kinek két éves korában hol kijáró, hol visszaesésű jobb oldali sérve volt. Két nap előtt állítólag játék közben ledobták, azóta fájlalja a jobb lágyékát. Rendes székürülése van, nem hány, nem látszik nagyon betegnek. A scrotumnak jobb fele kissé piros, duzzadt, a here a scrotum alján tapintható; a külső lágyékgyűrű magasságában hüvelykpercz vastagságával és alakjával bíró feszes, tömött, érzékeny képletet tapinthatunk. Műtét azonnal a felvétel után.

A lágyékgyűrűből kilépő képlet burka sötétpiros, lobos. Még a tömlő megnyitása előtt az ondósinór lefejtése közben a bemutató azon gyanújának adott kifejezést, hogy a sérvtömlő tartalma a féregnyúlvány. A tömlő megnyitáskor kevés zavaros savó ürült és előtűnt a csúcsával a tömlőhöz nőtt, feltűnően hosszú és vastag appendix, melyet enyhe húzással és a belfodor fokozatos lekötésével a sebbe lehetett húzni, annyira, hogy resectiója és csonkjának a vakbél falzatába befordítása könnyen sikerült. A felső sebzugból vékony szalag bevezetése a le nem kötött sérv-

tömlőbe; a csatorna többi részének zárása Bassini szerint. A gyógyulás simán folyt le. A kiirtott feregnyúlvány nagyon vérdús, feltűnően folliculáris, serosája lobos, sem lefűződési barázda, sem perforatio ninesen rajta.

A második esetben a diagnosist utólag is csak a körülmények combinációjából lehetett megállapítani. A 11 éves fiúnak felvétele előtt 16 nappal zuhanyfürdő után hirtelen fájdukt meg a hasa. Betegségének első két napján sokat hányt. Eleinte rendes székürülés, később erőltetéssel járó kevés széklet; szelek állandóan távoznak. Gyakori és fájdalmas vizezés. Herezacskójának jobb fele két nap óta dagadt. A fiú igen elesett, szenvedő benyomását kelti, subicterusos, szeme körül kék gyűrű, érverése 100, telt. A herezacskó jobb fele duzzadt és piros, a has csak kevésé puffadt, rajta diffus bőrérzékenység és nyomásra érzékenység. Egész hasizomatát göresösen összehúzza tartja, de olyan kifejezett izomrigiditást, mely határozott helyre szorítkozik, nem találunk. A kórjelzés heretorsio, kiszorult csepleszerv és feregnyúlvány-gyuladás között ingadozott.

A jobb scrotum elülső felületén bemetszve, duzzadt felületen hatolva keresztül, a seb alsó zugában megnyílik a tunica vaginalis propria, melyből tiszta savó ürül, benne az ép here látszik. Heretorsio tehát nincs. A sebnek ezt a részét azonnal bevarrjuk. Feljebb megnyitjuk a tunica vaginalis communis, ebből kávéskanálnyi geny ürül, sérv nincs benne, a hasüreggel közlekedik.

A symphysistól jobbra gyermekököllyi resistentia, a minő a sérv tartalmának gyuladását mindig kísérheti, de mégis többnyire akkor fordul elő, ha a sérvtömlőben levő appendix gyuladt meg. Ez ennek a bántalomnak majdnem pathognomoniás jele. A fiú kollabált állapotában a feregnyúlvány keresésére nem indultunk, hanem laza tampon bevezetésével a műtétet befejeztük. A műtét után a fiú állapota javulni kezdett, de néhány nap múlva újból láz támadt, melynek oka gyanánt baloldali Douglas-tályog volt kimutatható. A végbél elülső falától oly távol esett, hogy a bal Poupert-szalag felett kellett megnyitni, honnan a végbél felé ellennyílást lehetett készíteni. Az ökölyi tályog tartalma bélsárszagú geny volt. A beteg a második műtét után láztalanra vált, utána két héttel felkelt, öt hét múlva hazament. A feregnyúlványnak utólagosan tervbe vett eltávolítása végett még nem jelentkezett.

Bár ilyen módon a feregnyúlvány szemünk elé sohasem került, a tünetek összességéből, a kórelőzményből, a has érzékenységéből, a tunica vaginalis communis genyedéséből, a jellemző symphysis feletti resistentiából és az utólagos Douglas-tályog keletkezéséből biztossággal lehet következtetni, hogy jobboldali lágyék-sérvtömlőben meggyuladt és még a műtét előtt a hasba visszahúzódtott feregnyúlvánnyal volt dolgunk.

**Alapy Henrik: A radialis ideg bénulásával szövődött supracondylusos törés operált esete.**

A bénulás oka abban a dislocatióban volt megtalálható, melyet az alsó törtvég mediális irányban elszenvedett. A hátrafelé irányuló eltolódás csaknem teljesen ki volt korrigálva, ellenben a külső csontléczet lehetett tapintani, mely nyilván a felső törtvég kifelé eltolódtól alsó végének felett meg és a radialis ideget nyomta. A műtét alkalmával a törés helye fölött keresve fel a radialis ideget, azt a bemutató lefelé követte és csakugyan azt találta, hogy az ideg az éles csontléczen lovagolt. A törtvégek reductiójának kísérletekor érdekes volt konstatálni, hogy az a hátulsó csontthártyaléc, mely két héttel előbb csak mint alig észrevehető árnyék mutatkozott, a műtét előtt felvett Röntgen-képen azonban már mint vastag csontárnyék volt felismerhető, és melyet a feltárás alkalmával a csontosodásnak előhaladt állapotában találtunk: csakugyan főakadálya a beigazításnak, a mennyiben a callus eltávolítása után, midőn a törtvégek már szabadon mozogtak, a beigazítás teljesen lehetetlennek bizonyult mindaddig, míg a bemutató a csontléczet vésővel átütve, az egész alsó felét eltávolította. Ekkor könnyen sikerült az alsó törtvéget helyére igazítani, és kellő helyzetében sodronyvarattal rögzíteni. A törtvégek beigazítása után az idegre gyakorolt nyomás megszűnt.

**Bakay Lajos:** Hasonló esetet operált. A Röntgen-kép rosszul gyögyült extensióst törést mutatott, a melynek felső vége ki volt hegyezve, hátulsó része pedig feltolva. A mozgási bénulás teljes volt, de az érzésben nem volt zavar, tehát a ramus superficialis ép volt. Az operáláskor kitént, hogy a felső törtvég felszúrta a nervus radialist. A felső kihegyezett törtvéget levésve, három nap alatt gyógyulás állott be.

**Winternitz Arnold:** Hogy érzési bénulás nem volt a Bakay esetében, annak az oka a következő: A n. radialis a musc. supinator alatt a könyökhajlat fölött oszlik. A ramus superficialis érző ág; a másik, a r. profundus, átfúrja a supinator brevist, minélfogva erősebben rögzített és a törtvég kifelé helyeződése folytán jobban megnyúlik s erősebben sérül, mint a superficialis. De ha a törtvég a közös mediális törzset nyomja, akkor is mindig a motorius bénulás jelentkezik előbb. Általános szabály, hogy a mozgató rostok érzékenyebbek az érző rostoknál.

**Alapy Henrik: Mesenterialis chyluscystának bél-resectióval gyógyított esete.**

## PÁLYÁZATOK.

A szabadkai m. kir. állami gyermekmenhelynél megüresedett **másodorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állással **1200 korona évi fizetés**, bútorozott lakás, fűtés, világítás és I-ső osztályú élelmezés van egybekötve.

Felhívom a pályázni szándékozó nőtlen orvostudor urakat vagy orvosnőket, kik közül utóbbiak előnyben részesülnek, hogy a nagyméltóságú belügyminister úrhoz címzett, egyetemes orvosdoktori oklevelük másolatával és esetleges eddigi alkalmaztatásukról szóló bizonyítványokkal felszerelt kérvényeiket **f. évi február hó 15.-éig** a fentnevezett intézet igazgatóságához adják be.

S z a b a d k a, 1909. év január hó 23.-án.

György Gábor dr., igazgató-főorvos.

229/909. sz.

Az üresedésben lévő **kucsalati kórorvosi állásra** pályázatot hirdetek. Ezen állás évi 1600 korona törzsfizetés és ötvenként négyszeri 200—200 korona korpótlék, már megállapított jóváhagyás alatt álló 400 lakbér és ezután megállapítandó fuvar- és látogatási díjakból áll. Felhívom a pályázni óhajítókat, hogy szabályszerűen felszerelt pályázataikat **f. évi február hó 15.-éig** hozzám annyival is inkább adják be, mert a később beérkező pályázatokat nem fogom figyelembe venni.

N a g y i l o n d a, 1909. évi január hó 24.-én.

3-1

Almási Samu, főszolgabíró.

158/1909. sz.

A selmeczbanai m. kir. bányaigazgatóság kerületében — Selmeczbanya székhelyvel — elhalálozás folytán üresedésbe jött **műtőorvosi állásra** a IX. fizetési osztály 3. fokozatában rendszeresített évi 2200 korona fizetéssel, 400 korona személyi pótlékkal, természetbeni lakással vagy ennek hiányában törvényszerű lakpénzzel, 63 úrmeter tűzfajárandósággal, végül két szolgálati ló eltartására 56 q. széna és 61 hl. zab járandósággal vagy annak készpénzben való megváltása értékével és 360 korona kocsiartási átalány élvezetével pályázatot hirdetnek.

Felhívom azokat az orvostudorokat, kik a jelzett bányaorvosi állást elnyerni óhajtják, hogy 1 koronás bélyeggel ellátott folyamodványukat az előjáró hatóságuk, vagy ha állami szolgálatban nem állanak, az illetékes főispán vagy polgármester útján jelen hirdetemnek a „Budapesti Közlöny” illetve „Pénzügyi Közlöny”-ben való megjelenésétől számított három hét alatt a nagyméltóságú m. kir. bányaigazgatóságnál nyújtsák be. Később beérkező folyamodványok tekintetbe vétetni nem fognak.

Folyamodó köteles hiteles okmányokkal igazolni:

1. családi és keresztnévét, honosságát, születési helyét, életkorát, vallását és családi állapotát;
2. megszakítás nélküli előéletét (curriculum vitae);
3. nyelv- és szakismeretét, netalán klinikai vagy kórházi szolgálatát;
4. a szülészet és sebészet terén szerzett alapos szakképzettséget és gyakorlati jártasságot;
5. erkölcsi magaviseletét;
6. hogy katonai kötelezettségének miképpen felelt meg;
7. hogy oly egészségi állapotban van, hogy a szolgálattal egybekötött köteleességek teljesítésére teljesen képes.

A kinevezés, ha az illető nem állami alkalmazott, egy év tartamára ideiglenesen történik, a véglegesítés pedig csak egy évi próbaszolgálat után következnek be, feltéve, hogy az illető a szolgálat teljesítésével járó kötelezettségének minden tekintetben megfelel.

S e l m e c z b a n y a, 1909. évi január hó 20.-án.

A m. kir. bányaigazgatóság.

Lemondás folytán megüresedett a mizserfai bányaigazgatóságnál a **bányaorvosi állás**, mely állásra ezennel pályázatot hirdetnek. Javadalmazás 2800 korona évi fizetés, szabad lakás fűtéssel, rendszeresített világítás és január hóban kettős havi fizetés. Pályázni szándékozók felhívom, hogy kérvényeiket ez év **február hó 15.-éig** terjesszék be.

Északmagyarországi egyesített közbány- és Iparállalat R.-T. társulási elnöksége  
Baglyasalja u. p. Salgótarján.

2908/1908. sz.

A radnóti járásban (Kisküküllő vármegye) levő **csapói kórorvosi állásra** pályázatot hirdetek. A kör 12 községből áll.

Törzsfizetés az 1908. : XXXVIII. t.-cz. értelmében 1600 korona.

Fuvardíj törvényhatóságilag megállapított 800 korona.

Lakbér törvényhatóságilag megállapított 400 korona.

Rendelési, látogatási, távolsági, kilométerdíjak szintén törvényhatóságilag megállapítva.

A kellő okmányokkal ellátott folyamodványok hozzám **f. évi február hó 14.-éig** be kell fordítani.

R a d n ó t, 1909. évi január hó 25.-én.

Főszolgabíró helyett:  
Zöldi Miklós, szolgabíró.

Elhalálozás folytán megüresedett a baglyasaljai bányavezetőségénél a **bányaorvosi állás**, melyre ezennel pályázat hirdettek.

Javadalmazás 2800 korona évi fizetés, szabad lakás fűtéssel, rendszeresített világítás és január hóban kettős havi fizetés. Pályázni szándékozóknak fellhívotnak, hogy kérvényeiket ez év **február hó 15.-éig** terjesszék be.

*Északmagyarországi egyesített köszémbánya- és Iparvállalat R.-T. társulati elnöksége*  
Baglyasalja u. p. Salgótarján.

365/1909. ikt. sz.

Az Orosháza községben lemondás folytán megüresedett és évi 1600 korona fizetéssel, valamint a szabályrendeletileg megállapított látogatási díjakkal javadalmazott **községi III. orvosi állásra** pályázatot hirdetek azzal, hogy a képesítést igazoló és eddigi alkalmazásról szóló okmányokkal felszerelt pályázati kérvények **f. évi február hó 15.-éig** bezárólag hozzám beadandók.

Az állással a halottkémi teendők ellátása is egybe van kötve és az állás melléjáródásai az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. értelmében most állanak szabályozás alatt, a mely tekintetben létrejövő határozmányok a megválasztandó orvosra nézve kötelezők lesznek.

Orosháza, 1909. évi január hó 25.-én.

*Berthóty István dr. főszolgabíró.*

320/1909. sz.

A jásznagykúnszolnokvármegyei tiszai alsó járásában fekvő **czibakházai** orvosi körben megüresedett **körorvosi állásra**, a mely az állampénztárból 1600 korona fizetéssel, a körhöz tartozó Czibakháza és Nagyrév községektől pedig 500 korona lakbérrel, Nagyrév községtől 300 korona úti átalánnyal és a vármegyei szabályrendeletben megállapított rendelési, látogatási és távollégi díjakkal van javadalmazva, ezennel pályázatot hirdetek és felhívom a pályázni kívánókat, hogy orvostudori oklevelükkel felszerelt kérvényüket hozzám **f. évi február hó 9.-éig** adják be.

Tiszaföldvár, 1909. évi január hó 16.-án.

*Busa Ákos, főszolgabíró.*

862/909. sz.

A diósgyőri m. kir. vas- és aczélgyárnál újonnan rendszeresített két **gyár-orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Az egyik gyár-orvosi állás székhelye Diósgyőr-gyártelep. Ezen állással az állami vasgyárak hivatalnokai részére érvényben levő VIII. fizetési osztály 3. fizetési fokozata szerint 2300 korona évi fizetés, 200 korona fűtési átalány, természetbeni lakás és az üzleteredményhez képest változó, az évi fizetésnek körülbelül 45%-át kitevő jutalék élvezete van egybekötve.

Az állást elnyerő orvos egy évi megfelelő próbaszolgálat után véglegesítettik.

A másik gyár-orvosi állás székhelye Miskolc.

Ezen állással 2300 korona évi, szerződéses tiszteletdíj és 1200 korona évi fuvarátalány élvezete van egybekötve és köteles a kinevezendő orvos Miskolc város felső, a Luther-téről felfelé eső részében lakni.

Felhívom azon okleveles, egy évi kötelező kórházi gyakorlattal bíró orvosokat, kik ezen állások egyikét elnyerni óhajtják, hogy okmányokkal (keresztlevél, oklevélmásolat, eddigi működésükről kiállított bizonyítvány stb.) kellően felszerelt kérvényeiket az állás megjelölésével, melyre pályáznak, alulírott gyár-főnökséghez Diósgyőr-gyártelep **f. évi január hó 31.-éig** nyújtsák be.

A hirdett állások kinevezés után azonnal elfoglalandók.

Diósgyőr, 1909. évi január hó 10.-én.

3-3

*Diósgyőri m. kir. vas- és aczélgyár.*  
*Fleischmann Győző, főfelügyelő, gyárfőnök.*

841/1909. kig. sz.

A nyitrai vármegyei érsekújvári közpórházban betöltendő **alorvosi állásra** a m. kir. belügyminister 125.000/1902. sz. körrendelete 2. pontja alapján pályázatot nyitok.

Felhívom mindazon nőtlen orvostudorokat (esetleg szigorló orvosokat), kik ezen 1400 korona fizetéssel, egy szobából álló lakással, fűtéssel, világítással és természetben kiszolgáltatott étellel javadalmazott, a kórházban való belakás kötelezettségével járó állást elnyerni óhajtják, hogy kellően felszerelt kérvényeiket az ügyviteli szabályzat 4. §-ában leírt módon **1909. évi február hó 25.-éig** hozzám nyújtsák be.

Azon pályázó, a ki közszolgálatban állott és azt megszakította vagy abbahagyta, köteles ezen időleges szünetelésének, illetőleg kilépésének okát okirattal igazolni. Megjegyzetük, hogy a kinevezés orvosokra két évi időtartamra szól, szigorló orvos kinevezetése pedig csak ideiglenes és fizetése 1200 korona.

Nyitra, 1909. évi január hó 13.-án.

2-2

*Az alispán.*

158/1909. kig. sz.

Bereg vármegyében Volóc vasúti állomás székhelyvel rendszeresített 32 községet felölelő **volócai körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Felhívom mindazokat, kik ezen 1600 korona fizetés s az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. alapján a vármegyei törvényhatóság által szabályrendeletileg megállapítandó lakáspénz, úti átalány és látogatási díj élvezetével egybekötött állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-a értelmében felszerelt kérvényeiket hozzám legkésőbb **február hó 10.-éig** nyújtsák be.

Megjegyzem, hogy a megválasztott orvosnak kilátása van arra, hogy a vasúti pályaorvosi állást is elnyerheti.

A választás határidejét a pályázókkal annak idején tudatni fogom.

Alsóverecské, 1909. évi január hó 13.-án.

2-2

*Cserszky, főszolgabíró.*

13/109. ch. sz.

A pozsonyi m. kir. állami kórházban egy **másodorvosi állás** megüresedvén, annak betöltésére a nagyméltóságú belügyminister úrnak 1909. évi január hó 15.-én kelt 5088/VII. d) számú magas rendelete alapján pályázatot hirdetek.

Felhívom azon magyarhoni illetőségű orvos urakat, kik ezen 1600 korona fizetéssel, szabad lakással, fűtéssel, világítással és I. oszt. étellel javadalmazott ideiglenes jellegű, két évi időtartamra szóló állást elfoglalni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában megkivánt minősítést igazoló okmányokkal felszerelt és a belügyminister úr ó nagyméltóságához címzett folyamodványait **1909. évi február hó 21.-éig** alulírottához nyújtsák be.

Pozsony, 1909. évi január hó 21.-én.

3-2

*Pantocsek József dr., igazgató-orvos.*

## HIRDETÉSEK.



A Bór és Lithion tartalmú  
GYÓGYFORRÁS

# SALVATOR

kitünő sikerrel használtatik  
vesebajoknál, a húgyhólyag bántalmainál és  
köszvénynél, a cukorbetegségnél, az emész-  
tési és lélegzési szervek hurutjainál.

## Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!

Kapható ásványvizkereskedésekben vagy a Szinye-Lipéczi Salvatorforrás-Vállalatnál  
Budapest, V. Rudófrakpart 8

# Basedow-kór,

vérszegénység, idegbajok, stb.

# Tátrafüred:

téli saison.

Fürdőorvos: **Dalmady Zoltán dr.**

# Sanatorium Rekawinkel

Ideg- és kedélybetegek részére

WIEN mellett (nyugati vasúttól 3/4 óra).

Pavillonrendszer, valamennyi gyógytényező, egész éven át nyitva, nagy kertek, enyhe klíma, az erdő tőzomszédságában.

Helyközi telefon: Rekawinkel 2.

Természetes forró-meleg kénes forrástó a Thermál-szálloda földszintjén.

Iszapborogatások, kő- és kádfürdők a Nagyszálló földszintjén.

Gondos pensió. A téli fürdővadra vonatkozó felvilágosítás végett forduljon a budai Szent-Lukácsfürdő igazgatóságához.

# HÁROM FÉNYFÜRDŐ

igen olcsón eladó.

Czím megtudható Blockner I. hirdető irodában Budapest,

IV., Sütő-utca 6.

**EGGER EMULSIÓ**  
KITÜNŐ CSUKAMÁJOLAJ KÉSZÍTMÉNY

**Cornutin. ergotic. „Bombellon”** Alkalmazása: **per os és pro injectione.** Ideális anyarozkésztmény, 30 év óta kipróbált kiváló uterinum és haemostyptikum.

**Cigarettae Grindel. robust. „Bombellon”** Asthma-szivarkák papírhüvely nélkül, igen megbízható enyhítő szer asthma, emphysema, bronchitis esetében.

**Celotropin,** 151,086. sz. német bir. szab. Specifikum tubercul. bacillus és streptococcus okozta megbetegedések ellen, javalva tuberkulosis, skrophulosis, bronchitis, pertussis, orbáncz, hányászkelés esetében. Nem kreosotkésztmény, szag- és majdnem íz nélküli, igen alkalmas a gyermekgyakorlatban.

**Kapható BUDAPESTEN: Gyógyszertár a „Nádor”-hoz** (Dr. Egger Leo és Egger J.) **Váci-körút 17, „Angyal”-gyógyszertár** (Dr. Bayer Dezső) **Üllői-út 39 és Török József** gyógyszertárában **Király-utca 12.**

Irodalom és minták az orvos uraknak díjtalanul rendelkezésre állanak.

**H. Finzelberg's Nachfolger**  
Andernach am Rhein.

8699

Kórházi, egyleti csomagolás 1.50.

**MALTOCOL** LEGOLCSÖBB  
LEGTÖKÉLETESEBB  
GUAJACOL-PRAEPARATUM.  
TARTALMAZ: FANÉJSZAVAS (HETOL) MALÁTASZÖRBPEN.  
7% KAL. SÜLFID. GUAJAC. 2% CALC. és NATR. GLYCEROPHOSFOR.  
1% NATR. CAMPHOR. STB. AROMÁS ANYAGOT.  
VÖRÖSKERESZTI GYÖGYFAR.  
KÉSZÍTI: **MARBERGER GYULA** UJPEST, VÁCI-UT 23.  
Irodalom és minta ingyen.

# Liq. Gude

## MANGAN-VAS-PEPTON GUDE

**Liquor mangano-ferri peptonat. Gude.**

több mint 10,000 orvos által legjobb vércépző szernek elismerve,

készíti: **1890** óta.

**Dr. A. Gude & Co., G. m. b. H. LEIPZIG.**

Magyarországi főraktár: **Dr. Rosenberg Sándor „Csillag”-gyógyszertára, Budapest, VIII., Rákóczi út 39. (József-körút sarkán.)**

**Tuberkulosisnál és hurutos bántalmaknál**

a vízben oldható, jó ízű és kitűnően emészthető Guajacol-készítmény:

**SYRUPUS GUAJACOLI COMP. HELL**

Synonym: Aphthisin syrupformában vagy

**Capsulae Guajacoli Comp. Hell**

Synonym: Aphthisin tokokban.

Kérjük határozottan Syrupus Guajacoli „Hell”-t rendelni, mivel ez a készítmény hatásában lényegesen különbözik más hasonló syrupoktól.

a legjobb sikerrel alkalmaztatik. Hell Guajacol-praeparatuma a legmegbízhatóbb és legemésztetőbb Guajacol-praeparatum, melyet a bükkfa-kátrány és a kőszén-kátrány leghatásosabb alkatrészeiből állítanak elő és 9 rész Guajacolsavas kaliumból és 1 rész petrosulfid ammonból áll. — Adag: 3—4-szer naponta egy teáskanálnyi syrup, vagy 3—4-szer napjában 1—2 capsula.

Irodalom: „Zur Behandlung der Lungentuberculose“ a „Med.-chirurg. Zentralblatt“ 1902. évi 9. sz.; „Beiträge zur Behandlung der Lungenkrankungen“, az „Ärztliche Centralzeitung“ 1902. évi 17—18.; „Die Behandlung nicht tuberculöser Erkrankungen der Athmungsorgane“ az „Ärztl. Centralzeitung“ 1902. évi 41. sz.; „Beitrag zur rationellen Behandlung der Lungentuberculose“ a „Wiener Med. Presse“ 1902. évi 45. sz.; a „Med.-chirurg. Centralblatt“ 1902. évi 44. sz. és a „Leipziger Reichsmedizinalanzeiger“ 1902. évi 12. sz. és még többek.

Irodalom és minta kívánatra rendelkezésre állanak.

Részleteladási ára egy üveg syrupnak 3 K, betegpénztárak számára csomagolásban 2 K, egy doboz capsulának 2 K. — Betegpénztárak és szegényebb betegek számára kérünk rendelni: Syr. Guajacoli comp. Hell lagen. min. — Gyógyszertárakban csak orvosi rendelvényre adatk ki.

Fabrik pharmazeutisch-chemischer Producte G. HELL & COMP., Troppau és Wien.

# Bordighera (olasz Riviera)

okt. 15-től májusig nyitva.



**Szálloda és gyógyház**  
**Cap Ampeglio**

gyomor-, bél-, vese-, szív-, ideg- és anyagcserebetegék részére.

Szigorú egyéni kezelés; diätetikus kúrák, elektrotherapia és hydrotherapia minden formában az újonnan épült vízgógyintézetben.

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.

# Liquor-Hypnobromid comp. Glück

tartalmazza az idegrendszerre csillapítólag ható megbízhatóbb szereket (paraaldehid, bromidok, opium alkaloidok stb.), de a mellett semmi olyanmi 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, a betegek által szívesen vett specificum, neurasthenia és hysteria esetében. Emellett kitűnő altatószer és javalva van az idegrendszer izalmi jelenségekkel összekötött bántalmainál. Adagja naponta három kávéskanálról három evőkanálig. A

# DIGESTOL Glück

**a legfőkéletesebb emésztőpor.**

Összetételénél fogva elősegíti az emésztést (natrium, carbonat, magn.-carbonat, natriumsulphat, kis mennyiségű phenolphthalein, 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 kávéskanál, egész egy kávéskanálig.

Irodalommal és mintával készséggel szolgál:

**GLÜCK REZSŐ** gyógyszerészeti laboratoriuma

„Fehér galamb” gyógyszertár

Budapest, VI., Hungária-körút 93. — Telefon 9-32.