

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hógyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

TARTALOM:

EREDETI KÖZLÉSEK.

Guszman József: Közlés a székesfővárosi Uj Szt. János-kórház bőrgyógyászati rendeléséről. A mellékhere korai syphilitikus bántalmáról. 789. lap.

Vas J.: Közlemény a budapesti Stefánia-gyermekkorházzal kapcsolatos egyetemi gyermek-klinikáról. (Igazgató: Bókay János dr. m. kir. udv. tanácsos, egyet. ny. r. tanár.) Vele született syphilitikusban szenvedő gyermekek további fejlődési és egészségi viszonyairól. 791. lap.

Veszprémi Dezső: Közlemény a kolozsvári m. kir. tudomány-egyetem kórboncolás-tani és kórszövet-tani intézetéből. (Igazgató: Buday Kálmán dr., egyetemi tanár.) A periarteriitis nodosáról. 793. lap.

Hainiss Géza: Az arsen-haematose „Paul”. 797. lap.

Friedrich Vilmos: A munkásbiztosítás feladata a tuberculosis elleni védelem terén. 798. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Jos. v. Árkövy: Indikationen zur stomatologischen Therapie. — *Lapszemle. Gyógyszertan.* Uzara. — *Fischer és Hoppe:* Ureabromin. — *Huber:* Aponal. — *Belorostan. Kuhn:* A pleuritis sicca kezelése. — *Becker:* Phlegmonés folyamatok fennállásakor glykosuria. — *Sebészeti. König:* Az appendectomia után visszamaradt, különösen adhaesiókból eredő kellemetlenségek. — *Elmekörtan. Rohde:* Mikor bocsássa el az iszákosok intézete és különösen az elmeigógyító-intézet az akarattal ellen elhelyezett iszákosokat? — *Gyermekorvostan. Scherer:* A csecsemőkori előforduló bromoderma. — *Húgyszervi betegségek. Averseng és Dieulafoy:* A periprostatitis aponeurosisok s közök (spatium) és a periprostatitis genyedések. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Crispoli és Marinacci:* Arsenferratosé. — *Braun:* Angina follicularis. — *Mongour:* Májcirrhosis- okozta hasvízkór. 800–803. lap.

Magyar orvosi irodalom. Klinikai füzetek. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 803. lap.

Vegyes hírek. 803. lap.

Tudományos társulatok. 804–806. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

(Közlés a székesfővárosi Uj Szt. János-kórház bőrgyógyászati rendeléséről.)

A mellékhere korai syphilitikus bántalmáról.

Irta: *Guszman József* dr., közkórházi rendelőorvos.

A syphilis lefolyása közben általában csak igen csekély, majdnem semmi figyelmet sem szoktak fordítani a mellékhere állapotára. Ennek az egyik fő oka kétségtelenül az, hogy a mellékhere lueses elváltozását általában igen ritka bajnak mondják, a mivel szemben viszont mindennapos tapasztalás, hogy a gonorrhoeás és a gümös folyamatnak kedvező helye a mellékhere. És valóban, ennek a tapasztalásnak megfelelően már évtizedek óta kialakult az a diagnosztikai fölfogás, hogy a mellékhere hevenyesebb bántalma elsősorban gonorrhoeára, a lassan és idősülten kifejlődő baja pedig tuberculosisra irányítja a figyelmet. Ezzel a tapasztalással szemben a here bajai közül elsősorban a lues jön tekintetbe. És valóban a nagy gyakorlatban ez igen jó vezérlő elvnek bizonyult, mely a jövőben is a legtöbb esetben be fog válni. De azért dogmává nem szabad avatni ezt az elvet, mert olykor téves diagnózisra vezethet. Vannak ugyanis esetek, a melyekben kétségtelenül kiderül, hogy a mellékhere elváltozása lueses természetű és antilueses kezelésre csak úgy viselkedik, mint valamely más lueses tünet.

Ha a mellékheresyphilis kérdésével részletesebben foglalkozunk, csakhamar kiderül, hogy a baj nem is oly szerfölött ritka, csak hogy könnyen elkerülheti a figyelmet, illetőleg diagnosztikai tévedésekre adhat alkalmat. Már e helyen kell fölemlítenünk, hogy a baj első benyomásra leginkább gonorrhoeás mellékheregyulladás maradványát utánozhatja s mivel a gonorrhoeára a legtöbb férfi anamnesisében ráakadunk, közelfekvő, hogy még a szakember is elsősorban erre a lehetőségre fog gondolni. A syphilitikus mellékhere másodsorban a tuberculo-

sisra tereli a figyelmet, főként mert csaknem fájdalom nélkül, lassan és lappangva szokott keletkezni.

A mellékhere syphilitikus elváltozásait nemcsak anatómiai szempontból, hanem klinikailag is két csoportba lehet foglalni. Az első csoportba azok az esetek tartoznak, a melyekben a here syphilitikus alapon megbetegszik s a mellékhere csak utóbb, másodlagosan válik beteggé. A mellékhere syphilitikus ezekben az esetekben tehát oly módon jön létre, hogy a lueses idősült gyulladás a heréről reá húzódik a mellékherére. Ez nem ritka szövődmény, mert *Reclus* tapasztalása szerint a heresyphilis-eseteknek körülbelül 57^o/_o-ában, *Balme*-é szerint pedig mintegy 43^o/_o-ában fordul elő. Hasonló kombinációt mutatott *Delbanco*-nak legújabbban közölt és szövettanilag vizsgált esete is. (Archiv für Dermat. und Syphilis, 1911. 106. k.)

A második csoportba azokat a mellékheresyphilis-eseteket soroljuk, a melyekben a mellékhere önállóan, egyedül, tehát primaer módon válik az idősült syphilitikus gyuladásnak színhelyévé, maga a here pedig teljesen ép marad. A mellékhere ezen önálló syphilitikus bántalmának ismerete aránylag csak későn alakult ki. Míg a herének syphilitikus baja már egy századnál is régebben ismeretes és pontosan leírt, addig a mellékherének syphilitikus tulajdonképpen csak *Dron*-nak¹ alapvető tanulmánya terelte a szakemberek figyelmét. Voltak ugyan már *Dron* előtt is szerzők, a kik a mellékhere syphilitikus állapotának lehetőségét elismerték, de mindig csak a here luesével kapcsolatosan, nem pedig önállóan, a herének egyidejű épsége mellett. *Dron* 16 esetről számol be, melyek közül 14 esetben a here teljesen ép maradt. 10 esetben a betegeknek sohasem volt gonorrhoeájuk. Ezt azért emeli ki a szerző, mert akkoriban, a mikor ezt a bajt még tagadták, főként a gonorrhoeás epididymitis gyanúját kellett a bántalom leírásában elsősorban kiküszöbölnie. Jellemző tünetcsoportként

¹ *A. Dron:* De l'épididyme syphilitique (Tumeur syphilitique de l'épididyme). Archives générales de médecine, 1863, novembre. 512–530. és 724–733. o.

Dron már akkoriban megállapította, hogy a syphilitikus mellékherelob jóformán mindig fájdalomtalan, elsősorban a mellékheré fejét foglalja el s hogy csaknem kivétel nélkül a syphilitikus legkorábbi szakában fordul elő. Az átlagos időt, mely a primaer affectio keletkezése és a syphilitikus mellékherelob kifejlődése között eltelik, $3\frac{1}{2}$ hónapra tette.

A mellékheré önálló syphilitikus bántalmát még *Dron* közlése után is kétségbevitte, főként Németországban, a hol a legutóbbi időkig nem is foglalkoztak e kérdéssel. Csak újabban jelent meg a német irodalomban *J. Ullmann-tól*² egy rövid közlemény, a melyben 2 típusos, a *Dron* eseteihez hasonló esetet ír le.

Mi ez alkalommal egyedül a mellékherének ezen önálló syphilitikus bajára óhajtunk kitérni, egyrészt mert valamennyi esetünk erre az alakra vonatkozik, másrészt mert klinikai érdekessége éppen az esetleges diagnostikai nehézségek miatt csakis ennek a folyamatnak van. A primaer mellékheresyphilitikus klinikai alapon — mert kórboncolástani adatok alig ismeretesek —, csak úgy mint a heresyphilitikus, diffus és körülírt gummás alakra lehet osztani. Az irodalmi adatokból kiderül, hogy ez utóbbi, melyet tertiaer alaknak is nevezhetünk, jóval ritkább, mint a diffus syphilitikus alak, a melyet viszont secundaer jelenségnek kell fölfognunk (*Fournier*). Mivelhogy a körülírt alak voltaképpen típusos tertiaer tünet, nem lehet csodálni, hogy főként a syphilitikus későbbi szakában fordul elő s rendszerint egyoldalt jelentkezik. Az önálló mellékheresyphilitikus valódi típusos alakja azonban a diffus megvastagodással járó folyamat. Ez az alak igen korai tünet s mint ilyen jóformán kivétel nélkül kétoldalt fordul elő. *Dron*-nak valamennyi esete ebbe a csoportba tartozott és ide tartozik saját három esetünk is, a melyek röviden ismertetve a következő módon folytak le:

1. eset. X. Y. 23 éves bölcsészethallgató. Az erőteljes betegnek gonorrhoeája sohasem volt. Syphilitikus infectio 1909 november havában. 1910 január havában általános tünetek. Ezek ellen más helyen mintegy 12 sublimatinjectiót kapott. A tünetek erre visszafeljődtek. Nálunk 1910 május havában jelentkezett először, hogy megtudja, kell-e kúrát végeznie. Ekkor kifejezett általános mirigyduzzanaton kívül más tünetet nem találtunk. A *Wassermann*-reactio erősen positiv (+ + +). A herére és függelékeire panaszja nincsen. Megszemléléskor a scrotum rendes nagyságúnak látszik. A tapintó vizsgálat alkalmával azonban mindkét mellékheré a herétől jól elkülöníthetően megnagyobbodottnak tűnik föl. A megnagyobbodás, mely férfi-kisujnyi vastagságú, a jobb mellékherének egész kiterjedésében tapintható, de nem egyenletes eloszlású. A megvastagodás ugyanis főként a mellékheré fején nyilvánul legerősebben, a hol az kis cseresznye nagyságú. A mellékherének ez a megvastagodása majdnem porczkemény tapintású és kissé egyenetlen felületű. A bal mellékherében ez a keménytapintású megvastagodás csakis a fejben érezhető és mogoró nagyságú. Mindkét mellékheré még nyomásra sem érzékenyebb a rendesnél. A két here tökéletesen épnek mutatkozik és a herék burkain sem tapintható elváltozás. Szintúgy egészségesnek mutatkozott a két vas deferens is. A beteg két mellékheréjének bajáról mit sem tudott. Minthogy gonorrhoeája állítólag sohasem volt, a többször vizsgált vizelet pedig állandóan kristálytiszta látszott, más ok után kellett kutatnunk, mely a bajt okozta. Legközelebb állott a gümös megbetegedés, de ez ellen nemcsak a beteg erőteljes szervezete és a láztalan állapot szólt, hanem a daganatnak teljesen izolált, a környezettel össze nem kapcsolódott volta is, valamint az, hogy a mellékheré feje volt a legjobban megtámadva. Előző traumáról a beteg mit sem tudott.

Mindezek kizárása után s a korai lues főforgása miatt immár a mellékheré syphilitikus elváltozására kellett gondolnunk. A beteget erre kiadós kenőkrúrára fogtuk (10 adag a 3 gr. és 20 adag a 4 gr.). A folyamat már a 10. kenés után szemlátomást kisebbedett: Leggyorsabban a jobboldali mellékherének fark- és test-részében tűnt el a folyamat, a két mellékheré fején ellenben a daganat csak a 15. kenés után kisebbedett lényegesen s a 20. kenés után mult el teljesen. A két mellékherének nyom nélkül elmúlt daganata eddig nem recidivált, noha egyéb recidiva (torok- és ajakplaque-ok) azóta már jelentkezett.

2. eset. X. Y. 29 éves magánhivatalnok lueses infectióját 1909 szeptember havában szerezte. A primaer affectio orvosának (Berlinben) kijelentése szerint az egyik tonsillán volt. Egy hónappal később általános, részben széteső kiütése támadt a testén, melynek nyomaként az alsó végtagokon hegek láthatók. A beteg az első félévben mintegy 95—100 kenést végzett. Mi magunk a beteget 1910 április havában láttuk először. Akkoriban a látható nyálkahártyákon és a köztakarón

² *J. Ullmann*: Über Erkrankung des Nebenhodens im Frühstadium der Syphilis. Monatshefte für prakt. Dermatologie, 41. k. 1. sz. 1905.

* A vérvizsgálatokat az egyetemi bőr- és bujaktörténelmi klinika laboratóriumában végeztem.

lueses tünet nem volt; mirigyei is aránylag csak kis fokban voltak megnagyobbodva. Vizsgálatkor föltűnt azonban, s erre maga a beteg is figyelmeztetett, hogy a két mellékheré beteg. Elsősorban a bal mellékheré, ez mintegy kisujnyi vastagságban megnagyobbodott, porczkemény s egyenetlen, dudoros felszínű. A daganat nyomásra is alig fájdalmas. A jobb mellékherének csak a feje és a test-része duzzadt meg hasonló módon, a farka ellenben rendes nagyságában és összeállásában tapintható. Mindkét here a mellékheredaganattól jól elkülönülve tapintható és klinikailag egészségesnek mutatkozik. Ugyancsak épnek látszik a két vas deferens is. A *Wassermann*-reactio kifejezetten positiv (+ + +). A betegnek évek előtt volt ugyan gonorrhoeája, ennek azonban a nyoma sem a vizeletben, sem egyébként nem található. Mellékherereguladásra nem emlékszik. A beteg egyébként teljesen jól érzi magát s feltűnő erős, zömök testalkotású. Tuberculosisra semmi gyanu sincs.

A megindított antilueses kezelés (40 adag a 3—4 gr.) meghozta itt is az eredményt, a mennyiben a fölszívódás elég gyorsan vált észlelhetővé. Különösen a bal mellékheré ment feltűnően vissza, a jobboldali mellékherének főként a testében azonban még hosszabb ideig állott fönn a resistentia, míg azután jodkúrára (jodnatr. 15 : 300, naponta 3—4 evőkanállal) az is elmúlt. A betegnek ekkor lueses tünete egészen a folyó év tavaszáig nem volt, 1911 tavaszán minden egyéb lueses tünet nélkül a bal mellékheré daganata lassankint ismét kiújult. Erélyes kénésös és jodos kúrára (3, 4 és 5 gr.-os kenések) a folyamat ismét visszament, de csak bizonyos fokig, a mennyiben a mellékheré testében kis resistentia maradt vissza, mely olykor megduzzad, jodra azonban hamar visszafeljődik.

3. eset. X. Y. 25 éves kovács kórházi rendelésünkön 1911 márczius 1.-én jelentkezett először. Lueses infectiója 1910 őszén volt. A primaer-affectio után, mely a penis sulcus coronariusában ült, általános kiütést kapott. Ez ellen a kezelőorvosa 15 injectiót adott. Gonorrhoeája állítólag sohasem volt. Vizelete kristálytiszta s gonorrhoeára egyébként sincs gyanu. A beteg különben erőteljes szervezetű. Jelentkezésekor a törzsön először recidiv, annularis jellegű roseolát találtunk; ezenkívül erős polyadenitis.

A herék teljesen épnek. A két mellékheré azonban jelentékenyen duzzadt, porczkemény, egyenetlen felszínű és teljesen fájdalomtalan. A duzzanat mindkét mellékheré egész kiterjedésére vonatkozik s körülbelül kisujnyi vastagságú. A jobb mellékheré fejében azonban a daganat mogorónyi nagyságú. Jellemző, hogy a bajról a beteg semmit sem tudott s így a keletkezése idejéről pontos tudomásunk nincsen. A megindított antisiphilitikus kúra, mely 30 kenésből és jodadagolásból állott, ez esetben teljes sikerrel járt. A roseolák — a rendes tapasztalásnak megfelelően — már az első 5—6 kenés nyomán eltűntek, nem így a két mellékheredaganat, ezek a nagymérvű beszűródés következtében csak a 20. kenés után látszólag lényegesen kisebbedni, a 25. kenés után pedig nyomtalanul elmúltak. A beteg azóta csak egyszer jelentkezett (2 hónappal később) s akkor polyadenitisen kívül semmi tünetet sem találtunk. A két mellékheré ez alkalommal szintén teljesen épnek látszott.

Ha most e három esetünket áttekintjük, nyilvánvaló, hogy típusos korai önálló mellékherelues-esetek voltak, a melyek fölismérése voltaképpen nem okozott diagnostikai nehézségeket, mert valamennyi a *Dron*-féle typust követte. A mellékheresyphilitikus *Dron*-féle típusának a diagnostikai része pedig jól van megállapítva, a tünetek meglehetősen egyöntetűek és állandóak minden esetben. A mint saját eseteinkből is kiviláglik, ezek a tünetek rendszerint abban nyilvánulnak, hogy a mellékheré tömötten beszűródött, a mi elsősorban annak fejében tapintható kiélesen. Ez a megnagyobbodás fájdalom nélkül és lappangva, idősült gyuladás alakjában szokott jelentkezni. A gonorrhoeás epididymitis fölvétele ez a lefolyás már eleve kizárja, mert az többé-kevésbé hevesebb tünetekkel köszönt be. Jellemző a bántalomra, hogy csaknem kivétel nélkül kétoldalt fejlődik ki. Az elváltozás azonban gyakran nem egyforma mértékben szokott jelentkezni. A megnagyobbodás és megkeményedés annyira lappangva szokott támadni, hogy a betegeknek csak a kisebb része (eseteink közül a II.) bír egyáltalában tudomással a bajról s rendszeren csak az orvos veszi először észre. Ez természetesen csak azért lehetséges, mert a folyamat úgyszólván teljesen fájdalom nélkül jár.

A bajnak ez az indolens, észrevétlen keletkezése és kifejlődése rendkívül jellegzetes s igen eltér a mellékheré syphilitikus önálló gummás alakjától. Ez utóbbi ugyanis nem ritkán lázzal és fájdalommal jár, a mi lényegesen megváltoztatja az egész kórképet. A daganat ezen alakban diónagyságú és elérhet és fontos, hogy csak az egyik mellékherére szorítkozik. *Durand, E. Rollet, Jonnart* valamennyi esete ezt bizonyítja. A mellékheré izolált gummás alakjára jellemző továbbá az is, hogy szemben a diffus *Dron*-féle typussal, a syphilitikus aránylag csak késői szakában szokott kifejlődni, *Ch. Allen* tapasztalása szerint a 3—10. év között. És ez ter-

mészertes is, hiszen gummás folyamatról van szó, mely csak úgy, mint a többi késői tünet, az első két éven túl szokott keletkezni.

Mindezzel szemben a diffus *Dron*-féle kóralakra nézve jellemző és a diagnosist jelentékenyen erősíti, hogy a syphilitisnek már a legkorábbi szakában keletkezik. Ezt jóformán valamennyi idevágó észlelés bizonyítja, s mégis azt találjuk, hogy a tankönyvek, melyek az egész kérdésre ugyancsak nagyon futólagosan térnek ki, ezt a körülményt elhanyagolják. A legtöbb tankönyvben úgy van a mellékhere syphilitis baje ismertetve, mint késői tünet, mely az úgynevezett tertiaer szakban szokott kifejlődni. Ezt a nézetet még *Neumann*¹ is vallotta. Pedig hogy mennyire tévesen, azt már a föntiekben igyekeztünk bizonyítani.

Mivelhogy tehát a diffus primaer mellékherelob korai syphilitis tünet, csak természetes, hogy aránylag gyakran szövődik egyéb, közönséges secundaer tünetekkel (3. sz. esetünk), mely körülmény viszont nagy segítségére lehet a diagnosistnak. Ha a kétoldalt beteg mellékhere vizsgálatakor a lues gyanuja támad az orvosban, de az anamnesis hézagossá vagy teljesen negatív, akkor az esetleges kifejezett pozitív Wassermann-reactio alapján is fölvehető a lues fenforgása s így a mellékhere lueses elváltozásának lehetősége is. Tekintve azt, hogy a mellékhere syphilitisnek *Dron*-féle typusa a syphilitisnek igen korai tünete, nem csodálható az a tapasztalás sem, hogy a legtöbb beteg fiatal (20—30 éves, *Dron*, *Ullmann* és saját eseteink).

A diagnosist szempontjából tiszta mellékherelues-esetek mindenestre azok, a melyekben a betegnek gonorrhoeája sohasem volt s ez az állítás a vizelet és a húgyszervek vizsgálatával is valószínűnek igazolódik. Természetes azonban, hogy azért a diagnosist egy régebben lefolyt gonorrhoea sem akaszthatja meg. Egy előző gonorrhoeás epididymitis kizárhatósága természetesen nagyon meg fogja könnyíteni a helyzetet. Ennek visszamaradt és tökéletlenül föl szívódott daganata ugyanis tévedésre adhatna alkalmat, de csakis az első időben, mert az antilueses kúrának eredménye rendszerint hamarosan eldönti a kérdést pro vagy contra. Az antilueses kúrát véleményünk szerint a legkisebb gyanu mellett is meg kell indítani, ezt egy esetleges régebbi epididymitis sem akaszthatja meg, mert kétségtelen, hogy a gonorrhoeás epididymitis nem zárhatja ki a mellékhere syphilitisét, sőt valószínű, hogy a kankó még bizonyos praedispositiót is teremthet a szervben, a mint arra pl. a mellékhere gümös bántalma elégszer nyújt példát.

A mellékhere syphilitisének föl ismerése elég fontos kérdés, mert valószínű, hogy a korán és idejében antilueses kezelésre fogott esetek mind meggyógyulnak. Ha azonban a syphilitis beszűrődés sokáig áll fenn, a sejtes elemek idővel talán szervülnek s heges, rostos kötőszövetű alakulnak át, a gyógyítás hiábavaló lesz és a szerv végleges működési hiánya fog beállni. Sajnos, a kórbonczolástani adatok úgy szólván teljesen hiányzanak a mellékherének ezen syphilitis alakjáról. Csak *Hansemann* ismertet egy bonczolt syphilitis mellékhere-esetet, de ennek meg az élőben lefolyt viszonyairól nem maradtak fönn följegyzések. Klinikailag jól észlelt és utóbb bonczolásra került esetről tudomásunk szerint irodalmi adat még nincs.

A kórbonczolástani szakmunkák egyébként alig tesznek említést a mellékhere önálló syphilitiséről s ha igen, legfeljebb hangsúlyozzák a baj nagy ritkaságát. (*Kaufmann*: A részletes kórbonczolástani tankönyve, Budapest, 1903. *Simmonds*: Speciell. path. Anatomie des männl. Geschlechtsapp. *Aschoff*: Patholog. Anatomie, 1909.)

Minthogy a mellékhere korai syphilitise mindkét oldalra szokott kiterjedni, alighanem könnyen beállhat a végleges nemzési képtelenség, ha a mellékhere idejében alkalmazott kúrára meg nem gyógyul. E tekintetben a mellékhere még sokkal kényesebb szerv, mint a here, mert abban részleges destructiók és hegesedések (pl. gümma), melyek nem az

egész szervre terjednek ki, még nem járnak okvetlenül a nemzési képtelenség veszedelmével, mivel még elég működő mirigyos szövet maradhat vissza. Here-gümma eseteiben különben még az is javítja az esélyt, hogy a baj féloldali szokott lenni. A mellékhere kétoldali syphilitise alkalmával a végleges működési zavar egyébként az anatomiai viszonyok miatt is könnyebben beállhat, mert tekintettel kell lennünk arra, hogy ez a szerv nagy részében (a fejet kivéve) egyetlen csőből áll, a melynek esetleges teljes obliteratiója — idején való kezelés híján — könnyen lehetséges.

A mellékhere primaer syphilitisének a diagnosist kétségtelenül és teljes bizonyossággal csakis az antilueses kúrának teljes sikere tudja beigazolni. Tapasztalás szerint azonban a gyógyításnak nem szabad gyengének lenni, mert erre a baj vagy sehogy sem, vagy csak oly gyengén reagál, hogy határozott választ nem kapunk. De ha teljes is a gyógyulás, nem bizonyos, hogy a baj nem fog-e recidiválni, a mire példát 2. esetünk is nyújtott.

Közlemény a budapesti Stefánia-gyermekkorházzal kapcsolatos egyetemi gyermekklinikáról. (Igazgató: Bókay János dr. m. kir. udv. tanácsos, egyet. ny. r. tanár.)

A veleszületett syphilitisben szenvedő gyermekek további fejlődési és egészségi viszonyairól.

Irta: *Vas J. dr.*, klinikai gyakornok.

(Folytatás.)

II.

A bemutatás idejét jelző tábla nemcsak azt mutatja nekünk, hogy mikor vettük kezelés alá lueses betegeink átlagát, de közvetve több-kevesebb hibával megtanít a lues első nyilvánulási idejére, melynek ismerete — mint tudjuk — a dajkaválasztáskor igen fontos. Táblánkból láttuk, hogy syphilitis csecsemőink 76^o/_o-át az első 3 hónapban kaptuk. Valószínű, hogy a később jelentkezettek jó részén is előbb jelentkezett a baj s csak a szülők hibájából kerültek később hozzánk. Ezek alapján tehát mi is oszthatjuk azt a nézetet, hogy ha egy dajka gyermeke 3 hónapos korában lueses tünetektől mentes, ha luesre anamnesis nincs s ha az anya egyébként is megfelel, akkor ebből a szempontból is elég nyugodtan ajánlhatjuk dajkának az anyát. Ezen körülménytől eltekintve, a lueses tünetek jelentkezési idejének tanulmányozása más szempontból is érdekes és fontos. A tapasztalatok ugyanis azt mutatják, hogy a közönséges, hogy úgy mondjuk banalis tünetek mellett vannak olyan praegnans syphilitis tünetek, melyeknek jelentkezési idejében bizonyos szabályszerűséget találunk. Így a pemphigus lueticus-szal bemutatott betegek mind csak néhány naposak voltak; az osteochondritis lueticával bemutatott betegeknek körülbelül felét a 6.—8. hétben láttuk. A később bemutatott betegek legnagyobb részén enyhébb lueses tüneteket találtunk. Ezek ismerete után további tárgyalásunk folyamán az eddig észlelt lueses csecsemők sorsának vázolásakor, egyrészt áttekinthetőség, másrészt a tüneteknek prognostikai szempontból való elbírálása céljából külön csoportba foglaljuk a pemphigusos, külön az osteochondritisest, majd új csoportba az enyhébb tünetekkel bemutatott lueses csecsemőket és közbeszúrjuk a biztosan lueses anyától származó csecsemőink kórrajzát, tekintet nélkül a tünetek minőségére, hogy lássuk, ez utóbbiak további fejlődése mennyiben tért el a valószínűség szerint apai syphilitissel terhelt csecsemőkéitől.

Az egyes esetek vázolásakor helyszüke miatt természetesen csak a legszükségesebb momentumokra fogunk kiterjeszkedni.

I. Pemphigus lueticus-szal bemutatott betegek:

1. *B. Erzsé.* 1 napos korában mutatott be.

Anamnesis: 2 abortus, 2 halvaszülött, 1 egy napos korban halt el.

Status praesens: Tenyereken, talpakon, egész testen pemphigus-hólyagok.

Sorsa: negyedik napon meghalt.

¹ *Neumann*: Syphilis, Wien, 1896. 700. o.

2. Sz. Lajos. 6 napos korban mutatott be.

5. gyermek, 2 korán elhalt, 2 nálunk lues cong. ellen kezeltetett s él. Talpakon s törzsön pemphigus. Azonkívül nátha, hámló szemöldök, foltos papulás kütég. Lépduzzanat. Testsúly 2500 gr. Anyatejrel táplált. Hat hónapon keresztül folytatott rendszeres calomel-kezelés mellett a syphilitikus tünetek visszajelöltek. Testsúlya 5650 gr.-ra emelkedik. Ekkor (7 hónapos korában) izgatott jellegű köhögés (pertussis?) áll be, melynek folyamán eclampsias roham áldozata lesz.

3. H. Mari. 3 napos korában mutatott be. 3. gyermek; kettő egészen kicsiny korában halt el. Pemphigus-hólyagok tenyereken, talpakon. Azonkívül nátha, beesett orrgyök, szájkörüli berepedések (rhagades), foltos kütég, fénylő tenyerek, talpak. Első kezeltetés tartama 3 hét, aztán elmaradt s csak 1 $\frac{1}{2}$ éves korban láttuk újból beesett orrgyökkel, szájkörüli hegekkel és plaque-okkal a szájban s végbél körül.

4. G. Erzsé. 1 napos korában mutatott be. 10. terhesség, 8 abortus, illetve koraszülött. Tenyereken, talpakon pemphigus-hólyagok. Mind a 4 végtagon ezenkívül osteochondritis luetica. Lépduzzanat. A nagy ízületek környékén duzzanatok. A gyermek most 2 éves. Recidiva eddig nem jelentkezett. A szülők levélbeli értesítése szerint egészséges, jól fejlett s táplált.

5. Sz. Feri. 8 napos. Első gyermek, időre született. Tenyerek, talpak felhámfosztottak, részben még pemphigus-hólyaggal borítottak. Nagy lép. Első kezelés tartama két hó. Recidiva Hg-kenőccsel való kezelés dacára. 2—3—4 éves korban ismételt jelentkezett. Utolsó vizsgálatkor és 4 $\frac{1}{2}$ éves korában is az orrban lueses fekély volt. Egyéb-ként elég jól fejlett s táplált, értelmes gyermek. Csontrendszere, ízületei épek. Érzékszervek rendben. Mellkasi, hasi szervek rendellenességet nem mutatnak.

6. K. Juli. 3 napos. Harmadik terhesség, 1 koraszülött, az első élő szintén nálunk kezeltetett (osteochondr. s.) és most is él. Pemphigus tenyereken, talpakon. Nátha, száj körül rhagadok. Lépduzzanat. Szopik. Első kezelés tartama 10 hó. Recidiva 1 $\frac{1}{2}$ éves korban mutatkozott (plaque a mandulákon). 2 éves korában már járt s beszélt. Rángörccse nem volt. Gyermekbetegségek közül kanyarót baj nélkül állott ki. Hörgőhurutja több ízben volt. Most 3 éves, mérsékeltlen fejlett s gyengébben táplált. 90 cm. magas, 11 kgr. nehéz. Fejkörfogata 47 cm., mellkörtfogata 47 cm. Csontrendszere ép, bőre halvány. Szemek rendben. Orr alakja rendes. Jól hall. Ajkak körül hegek nincsenek. 16 fog közül igen sok cariosus. A torok tiszta. Áll alatt kétoldalt borsónyi mirigyek. Mellkasi, hasi szervek épek. Anus felett kis behúzóadás. Mérsékeltlen kifejezett Chvostek, kissé fokozott reflexek. Tremor nincs. Értelmi fejlettség korának megfelelő, főfájása nem szokott lenni, éjszaka nyugodtan alszik; még most is bevizel.

7. Sch. Gábor. 7 napos. 5 terhesség, 3 elvetelés, az első élő szintén nálunk kezeltetett lues cong. ellen. Fénylő tenyereken, talpakon pemphigus-hólyagok. Nátha. Lépduzzanat. Szopik. Első kezelés tartama 8 hó. Recidiva állítólag nem jelentkezett. Most 5 éves. A veleszületett bajon kívül angolkórt, számarhurutot, kanyarót s több ízben hörgőhurutot állott ki. Rángörccsei nem voltak. 2 éves korában kezdett járni s beszélni, 3 éves korig ágybavizelt.

Most 102 cm. magas, 16 kgr. súlyú. Fejkörfogata 48 cm. Mellkörtfogata 52 cm. Megtekintésre gyengébben fejlettnék s táplálnak látszik. Csontrendszere lefolyt angolkór nyomait mutatja (tyúk mellkas). Izületek rendben. Szemek épek. Jól hall. Orr alakja rendes. Száj, torok ép. Sok cariosus fog. Mellkasi, hasi szervek rendben. A végbélnyílás felett a farpofák között behúzóadás (spina bifida occulta?). Idegrendszeri vizsgálat negatív. Értelmi fejlettség jó.

8. E. Pál. 1 napos. 2. gyermek. Nátha. Tenyereken, talpakon pemphigus syphiliticus. Szopik. Első kezelés tartama 3 hó, mely alatt a lueses tünetek lassan elmúlnak. Közben hydrocephalus fejlődik, mely miatt kórházunkban több ízben lumbalpunkciót végeztünk. 3 éves korában kezdett járni és beszélni (most is selypít). 5 éves korában kanyarót állott ki. Rángörccsei nem voltak. 3 éves koráig bevizelt. Most 7 éves. 115 cm. magas, 20 kgr. súlyú. Fejkörfogata 53 cm. Mellkörtfogata 54 cm.

A bal tibián többször kiújuló s most is tapintható érzékeny, elmosódott határú duzzanat. Izületek épek. Fejen tág venahálózat. Bal pupilla valamivel tágabb a jobbnál. Orr, fül rendben. Torok tiszta. Bal áll alatt babnyi mirigy. Mellkasi, hasi szervek rendben. Igen kicsiny genitáliák. Mérsékelt Chvostek. Fokozott reflexek. Értelmi fejlettség kielégítő, de a gyermek feltűnően akaratos, durcás, nyugtalan, szeszélyes, gyorsan váltakozó kedélyű. Apja paralysis progressivában halt meg a Lipótmezőn. Idősebb leánytestvéreinek lueses tünetei állítólag nem voltak. De rendkívül érzékeny, ideges gyermek volt, a kin időnként rohamok jelentkeztek, melyek abban állottak, hogy a gyermek a földre térdelt, előrehajolt fejét a térdek közé szoritotta s így maradt egy ideig. Ezen gyermek egy kanyaróhoz csatlakozó tüdőlob következtében halt el.

Összegezzük most a 8 gyermekén talált viszonyokat. A 8 pemphigusos csecsemő 8 családból származott, melyekben az összes terhességek száma 35 volt. Hogy elsősorban apai vagy anyai syphilis szerepelt-e, biztosan megtudnunk nem sikerült. A 35 terhességből ezen 8 csecsemőn kívül még öt élő gyermek maradt, mind az öt szintén nálunk kezelt-

tett, sorsukat ismerjük s egy másik csoportban ismertetjük. Az ezen csoportba tartozó 8 közül az első évet nem érte meg 2, a többi hat most 1 $\frac{1}{2}$, 2, 3 $\frac{1}{2}$, 4, 5, 7 éves.

Az elhaltak közül az egyik a család 6. gyermeke, az első élő a negyedik napon halt el, a másik, mint élve született harmadik, 7 hónapos korban egy izgatott köhögéshez (pertussis?) csatlakozó rángörccsben halt el.

Az egy évet túléltek közül recidiva csak a 2 évesen és 5 évesen nem jelentkezett, míg a többin volt, sőt a 4 évesen sokszor s még az utolsó vizsgálatkor is ornyálkahártyafekély alakjában. Hasonlóképpen a 7 évesen is tophust találtunk a bal sípcsonton. Utóbbin, a kin különben hydrocephalus is fejlődött, feltűnő volt még a tág venahálózat a fej-tetőn, a pupillák egyenlőtlensége, a genitáliák feltűnően kicsiny volta. A különben korukhoz képest mérsékeltlen fejlett s táplált gyermekek közül kifejezett angolkóros nyomokat egyen találtunk, az 5 évesen. Értelmi defectust egyen sem. Fejlődési rendellenesség gyanánt említhetjük a 3-on talált kisebb-nagyobb-fokú behúzóadást az anus felett (spina bifida occulta, Fuchs.)

Mindhármon igen sokáig állott fenn éjjeli ágybavizelés s különben is a labilis idegrendszerű gyermekek közé tartoznak. Nehéz megállapítani, hogy ezen utóbbi körülmények a kiállott syphilisre vezethetők-e vissza. Végeredményben azt hisszük, hogy bár a pemphigus luet., mint láttuk, úgy a család szaporodásának, mint a recidiva jelentkezésének megítélése szempontjából elég súlyos tünet, mérséklődik ezen súlyosság avval, hogy a már születéskor vagy közvetlenül utána észrevett ilyen praegnans tünetek hamar késztetik a szülőket a csecsemő kezeltetésére és táplálásának helyes vezetésére.

Mint említettük, a pemphigus mellett az osteochondritis luetica az, melyben a jelentkezés idejét illetőleg némi szabályszerűséget találtunk. Hogy azonban a 6—8. héten való jelentkezést nem lehet szabálynak mondani, azt nem kell külön hangsúlyozni, mert hiszen volt nekünk is esetünk, hol azonnal a szülés utáni napon láttuk és a magánykorlatban tett tapasztalatok (Bókay tanár) szerint legtöbbszörre már a 4. héten szokott jelentkezni. Az osteochondritis lueticában tett tapasztalataink a jelentkezés gyakoriságát illetőleg megegyeznek más szerzők adataival. Körülbelül 15%-ában az eseteknek találtuk.

A következőkben 7 hosszabb ideig észlelt osteochondritis betegről fogunk szólni, főleg azon szempontból, hogy ezen tünetet általában véve prognostikai szempontból milyennek ítéljük, másrészt, hogy a helyi lelet nem hagy-e maradó nyomot évek múltán is.

II. Osteochondritis lueticával bemutatott betegek.

1. K. István, 6 hetes. 3 abortus, 2 koraszülés. Első élő. Nátha, foltos-papulás kütég. A jobb karon osteochondritis. Szopik. Első kezelés tartama 3 hó. A kar körülbelül 2 hét alatt gyógyult. Egy éves korban recidiva jelentkezett a nyelv alatt mutatkozó plaque alakjában. Ugyanakkor kifejezett angolkórt is konstatálhattunk. 3 $\frac{1}{2}$ éves korban ismét plaque-ok jelentkeztek a mandulákon. Röviddel ezután kanyarót állott ki. Járnai s beszélni 2 éves korában kezdett. Rángörccsei sohasem voltak. Ágybavizelést korán elhagyta. Most 5 éves. Magassága 108 cm. Súlyja 15 kgr. Fejkörfogata 50. Mellkörtfogata 56 cm. Megtekintésre elég jól fejlettnék látszik, tápláltsága is kielégítő. Bőre halvány-barna. Csontrendszere ép, a kiállott osteochondritisnek semmi nyoma. Izületek épek. Mérsékeltlen kifejezett olympusi homlok. Látás, hallás jó. Orr rendes. Ajkakon hegek nincsenek. Torok tiszta. Mindkét áll alatt s a tarkón sok babnyi mirigy. A hang tiszta. Mellkasi, hasi szervek rendben. Chvostek nincs. Reflexek normalisak. Tremor nincs. Korához képest értelmes, de állítólag feltűnően mérges gyermek. Jól alszik. Főfájása nem szokott lenni.

2. K. Gyula, 6 hetes. Az előbbi testvére, 2. élő. Nátha. Foltos kütég. Lépduzzanat. Jobb karján osteochondritis luetica. Szopik. Első kezeltetés tartama 4 hó. Recidiva már 11 hónapos korban állott be nyelv alatti plaque alakjában. Ezenkívül még rekedt is volt a gyermek. A recidiva 1 $\frac{1}{2}$, 2, 3, 4 éves korban ismétlődött, dacára az ismételt kénesebedőrszülésnek. Közben angolkórt és kanyarót is kiállott. Járnai és beszélni körülbelül 2 éves korban kezdett. Rángörccsei nem voltak. Most 4 éves. 97 cm. magas, 13 $\frac{1}{2}$ kgr. nehéz. Fejkörfogata 48. Mellkörtfogata 51. Megtekintésre mérsékeltlen fejlettnék s táplálnak látszik. Csontrendszere ép, a kiállott osteochondritisnek semmi nyoma. Izületek épek. Érzékszervek rendben. A jobb tonsillán fillérnyi szalonnás plaque. Mindkét áll alatt s a tarkón babnyi-borsónyi mirigyek. A mellkasi, hasi szervek épek. A végbéltáj tiszta. Az anus felett a farpofák között igen

kifejezett tölcsérszerű behúzóadás. A reflexek normalisak. Tremor, főfájás nincs.

3. *K. József*, 2 hónapos. 1 halvaszületett. Első élő, 8 óra született. Nátha. Beesett orrgyök. Lépduzzanat. Fénylő tenyerek, talpak. A bal karon osteochondritis.

Első kezelés tartama 5 hó, mely alatt a lueses tünetek visszafejlődtek. A bal könyöktáj valamivel duzzadtabb maradt a jobbnál, de azért a gyermek karját használja. Recidiva 1½ korbán támad plaque alakjában a torokban. 18 hónapos korbán kezdett járni, 2 éves korbán beszélni. 3 éves korbán kanyarót állott ki. Rángörcesei sohasem voltak. 2 éves koráig ágyba vizelt. Most 4 éves, 97 cm. magas, 16 kgr. súlyú. Fejkörfogata 51. Mellkörfogata 52 cm. Megtekintésre elég jól fejlettnak s tápláltnak imponál. Csontrendszere ép. A bal könyöktáj még most is duzzadtabb a jobbnál. Az ízületmozgások szabadok. Röntgenvizsgálat teljesen negatív. Szem, fül rendben. Mérsékelt nyeregorr. Torok tiszta. Mellkasi, hasi szervek épek. Végbéltáj tiszta. Az anus felett a farpofák között kifejezett tölcsérszerű behúzóadás. Feltűnő kicsiny penis és herék. Értelmi fejlettség kielégítő. Kifejezett Chvostek. Fokozott reflexek. Gyakori főfájásról panaszkodik. Éjszaka gyakran feljegy. Tremor nincs.

4. *U. János*, 2 hónapos. Első gyermek. Nátha, beesett orrgyök. Fénylő tenyerek, talpak. Cubitalis mirigy. A jobb felső végtagon osteochondritis luetica, mely 10 nap alatt gyógyul. Szopik. Első kezeltetés tartama 6 hó. 2 éves koráig, mikor utoljára szereztünk róla tudomást, recidiva nem jelentkezett. A lefolyt osteochondritisnek semmi nyoma. A gyermek elég jól fejlett s táplált, teljesen egészséges.

5. *H. Gyula*, 2 hónapos. 4. terhesség; első élő. Nátha, beesett orrgyök. Seborrhoea superciliarum. Fénylő tenyerek, talpak. 4 ujjnyi lép. A jobb felkar egész terjedelmében duzzadt, fájdalmas. A bal vállizület körül gyermekökölönyi, fájdalmas fluctuáló duzzanat. A szülés rendes lefolyású volt, szülési trauma kizárt. Első kezeltetés tartama 1 év. 1½ éves korbán kezdett járni, 2 éves korbán beszélni. Most 2½ éves. Recidiva eddig nem jelentkezett. Mérsékeltlen fejlett s táplált. Hossza 87 cm. Súlyja 11½ kgr. Fejkörfogata 48 cm. Mellkörfogata 48 cm. Mérsékelt bordaporcz- és epiphysis-duzzanat. A csecsemőkorbán észlelt osteochondritis helyén a jobb felkar végén még most is látható duzzanat, mely Röntgennel átvilágítva, a jobb felkar gyógyult infractióját mutatja tengelyeltéréssel. Vállizület szabad. Fej rendes alkotású, rajta kifejezett seborrhoea Blepharitis eczematosa.

6. *G. Erzsébet*, 1 napos. 10. terhességből származó. Első élő. Tenyereken, talpakon kiterjedt pemphigus lueticus. Léptumor. Az összes végtagok pseudoparalysise. Az ízületek környékén mindenütt duzzاناتok. A szülés rendes lefolyású. Szülési sérülés nem történt. Röntgenvizsgálatkor (*Péteri* dr. tanársegéd végezte) a duzzاناتoknak megfelelőleg mindenütt szélesebb és zergugos csontosodási övet, a csontvégek fel-fúvódását láttuk, helyenkint periostalis felrakódásokat. Ezen súlyos tünetek 3 heti antilueses (calomel) kezelésre annyira javultak, hogy végtagjait többé-kevésbé jól tudta mozgatni.

A gyermek most 2 éves. Sajnos — csak írásbeli értesítés útján — megtudtuk, hogy a gyermek él, egészséges, régi baja nem újult ki semmiféle alakban. Felső s alsó végtagjain semmi rendellenesség sem látható.

7. *S. Tivadar*, 8 napos. 1 abortus, 3. élő. Nátha, lencsényi rozsdabarna foltok a törzsön. Lépduzzanat. A jobb felső végtagon osteochondritis és a kézen phalangitis luetica. Utóbbi tünetek körülbelül 6 hét alatt visszafejlődtek, de a gyermek még körülbelül 1 éves korig észleltetett. Most 3½ éves a gyermek, recidiva nem volt. Jól fejlett, táplált, értelmes, teljesen egészséges.

A felsorolt hét gyermek 6 család 28 terhességének eredménye, a mi 75% abszolút veszteséget jelent, míg a pemphigosus csoportban közel 78%-a a terhességeknek veszett kárba. Feltűnő, hogy az osteochondritis és pemphigus több esetünkben vagy ugyanazon egyéneken (6. sz. G. E. eset) karöltve járt, vagy az egyik testvéren pemphigus, a másikon osteochondritis (3. K. József), avagy két egymásután született testvéren osteochondritis volt jelen (1. K. István és 2. K. Gyula). Ezen két tünet ilyen módon való halmozódásának magyarázatát másban, mint az egyforma súlyos anamnesisben találnunk nem lehet. Valamennyi esetben tudniillik első, illetve második élő gyermegről van szó. A mi már most a 7 osteochondritisnek további sorsát illeti, láttuk, hogy néhány heti kezeltetés után a lueses tünetek visszafejlődtek s recidiva eddig 2 négy évesen és 1 öt évesen jelentkezett torokbeli plaque-ok, illetve végbélkörüli függőlyök alakjában. Sőt a 2. sz. (K. Gyula) esetben ismételt kénesöbedőrszülés dacára úgyszólván félevenként ismétlődött a recidiva s még az utoljára saját felhívásunkra eszközölt vizsgálatkor is — 4 éves korbán — kifejezett szalonnás lueses fekélyt találtunk a jobb mandulán.

Magának az osteochondritisnek nyomát a 7 beteg közül kettőn találtuk és pedig a 3. sz.-n a bal könyöktáj duzzadtabb voltában, mi mellett az ízület active és passive egy-

aránt mozgatható volt. Röntgen-átvilágítással semmi rendellenességet sem találtunk.

A másik eset az 5. számú, a melyben a jobb felkar felső végét éppen úgy, mint csecsemőkorbán, duzzadtan találtuk és Röntgennel a duzzanatnak megfelelőleg gyógyult infractiót találtunk. Sajnos, a csecsemőkori bemutatás idejéről Röntgenképünk nincsen, de a lelet alapján kétségtelenül lefolyt epiphyseolysisre kell gondolnunk.

Erre vonatkozólag hivatkozunk *Hochsinger*-re, a ki azt mondja, hogy a heredosyphilitis epiphyseolysis tulajdonképpen törés, mely vagy a subchondralis sarjszövetben vagy nekrosisos folyamatokban a porczban (in der Säulenzone des Knorpels) jön létre, még pedig izomvongálás, traumás behatás következtében, miért is az epiphyseolysist mindig hosszú, csöves csontokon találjuk, sohasem a bordákon vagy rövid csöves csontokon.

A lefolyt luesnek nyomát ezen kívül ugyanezen gyermekeken még az elég kifejezett nyeregorrban is megtaláltuk. Beesett orrgyöke volt még a 3. számúnak is.

A luesen kívül angolkórt kiállott a 7 közül 3. Rángörce egyiknek sem volt.

Mind a 7 gyermek (2—5 év között) mérsékeltlen táplált, inkább a halványabb gyermekek közé tartozik. Valamennyin feltűnt a fogazat igen kicsiny ellenálló képessége.

A cariosus fogak száma igen nagy, a caries nem tisztán a rágó felszínre érte, hanem elég gyakran láttuk az íny mellett az ajak-felszínen. Az érzékszervek, mellkasi, hasi szervek részéről nem találtunk eltérést.

A fiúkon rendszerint gyengén fejlett genitáliák tűntek fel, némelyiknél hosszantartó éjjeli ágybavizelésről hallottunk. Kettőn az anus felett a farpofák között mély, tölcsérszerű behúzóadást láttunk. Az idegrendszer részéről elváltozást annyiban találtunk, hogy a 3. számúban kifejezett Chvostek-tünet volt fokozott reflexekkel, éjjeli feljegyessel és gyakran ismétlődő főfájással.

(Folytatása következik.)

Közlemény a kolozsvári magy. kir. tudomány-egyetem kórbonczolástani és kórszövettani intézetéből. (Igazgató: Buday Kálmán dr., egyetemi tanár.)

A periarteriitis nodosáról.

Irta: *Veszprémi D. dr.*, adjunctus.

(Vége.)

Itt látjuk helyénvalónak kitérni arra, hogy egyes szerzők, éppen mert tévesen ítélik meg a bántalom kiindulási helyét, a periarteriitis elnevezést elvetendőnek tartják. E helyett mesarteriitis, mesoperiarteriitis, polyarteriitis, panarteriitis elnevezést tartanak megfelelőeknek (*Ferrari, Harth, Künne, Beitzke* stb.). *Benda* meg éppen acut multiplex aneurysmának nevezné a betegséget. Minthogy a folyamat határozottan az adventitiában keletkező gyuladás, a mely csak fokozatosan terjed át az érfal többi rétegére, a fentebb említett újabb elnevezések éppen nem jellemzik kellőképpen a bántalom megjelenését, fejlődését. A legkevésbé elfogadható a *Benda* által ajánlott név, egyfelől azért, mert az aneurysmaképződés mindig csak a betegség egy előhaladottabb állapotának felel meg, a periarteriitisnek mindig csak a következménye, másfelől mert a *bántalomnak nem is állandó karakterisztikus bonczolástani lelete*, a mennyiben a mi esetünkön kívül még más esetekben is hiányzott (*Fletcher, Kahlden, Bomhard* stb.), vagy legfőkébb mikroskopi vizsgálat alapján volt megtalálható. Mindezeknél fogva mellőzendőnek véljük a voltaképpen indokolatlan és nem egészen jogosult újabb elnevezéseket s legáltalóbbnak tartjuk a *Kussmaul* és *Mayer* által adott „*periarteriitis nodosa*“ elnevezést.

A mennyire értékes és elég határozott felvilágosítást adott ez újabb esetünk a periarteriitis kiindulási helye és a folyamat természete és jellege tekintetében, sajnos, hogy épp annyira tájékozatlanul hagy a betegség *aetiológiáját* illetőleg.

Erre nézve ebből az esetből sem tudunk meg semmi bizonyosat. Ugy, hogy az e szempontból szükséges következtetéseinket csak a folyamatnak szövettani nyilvánulására, esetleges bonczolástani leletekre és némileg a klinikai adatokra támaszkodva tehetjük meg. Tekintettel arra, hogy ez újabb esetünk mellett az összes eddig előfordult esetekben, a mennyiben nem a szerzők állásfoglalását, hanem objectiv leleteit tekintjük, a gyuladásnak, még pedig az esetek legnagyobb részében az acut gyuladásnak minden kriteriumát megtaláltuk, hogy a folyamat úgy kezdetével, mint haladásával és kimenetelével teljesen megfelel némely infectiókhoz csatlakozó gyuladásnak: a periarteriitis is a legnagyobb valószínűséggel valamely infectióra vezetendő vissza. Szerepelhetnek olyan bacteriumok, amelyeknek talán nem nagyon erős a virulentiájuk, rövid ideig tartó az életképességük, nem hajlamosak tömeges felszaporodásra, a mint ilyen tulajdonságokkal bíró bacteriumok sok esetben lehetnek okai elég súlyos megbetegedéseknek. A bacteriumok direct hatásán kívül lényeges szerepe lehet az általuk termelt toxikus anyagoknak is. Megerősít ilyen körülmények felvételében jelen esetünkben a bonczolás leletéből a kéthegyű billentyűn talált endocarditises felrakódás, a mérsékelt lép-tumor, a kifejezett glomerulonephritis, a mely teljesen ugyanazt a képet nyújtotta, a melyet infectiosus betegségekben szoktunk találni. A klinikai jelek közül pedig, hogy a betegség hirtelen kezdődött, állandó láz volt jelen és hogy a kórkép határozottan meglehetősen súlyos infectio benyomását keltette. Azért sem hagyható teljesen figyelmen kívül valamely infectióra való gyanu, mert ma már ismeretesek olyan esetek, a melyekben a periarteriitis bizonyos fertőző betegségekkel kapcsolatban jelentkezett. Így pl. Krzyszkowszky esetében a bőrön skarlát-szerű kiütés volt, Bomhard-éban staphylococcus-angina, Künne esetében skarlát. (Beitzke a hullavérből streptococcusokat tenyésztett ki, mivel azonban a megbetegedett arteriákban semmiféle bacteriumot sem tudott kimutatni, ezt a bakteriologiai leletet nem tartja értékesíthetőnek.) Az infectio módját, tovaterjedését úgy képzeljük, hogy a megbetegedést kiváltó ok az erek körül levő nyirokerekben, nyirokerekben lokalizálódik, váltja ki az adventitia gyuladását és ugyancsak a perivascularis nyirokerek közvetítésével terjed tovább az ér egyes szakaszaira. Hogy az esetleges infectio és a betegség tovaterjedése nem mindig csak a vasa vasorumok közvetítésével történik, ezt az teszi valószínűvé, hogy a megbetegedés igen kiterjedten sokszor olyan arteriák falában található, a melyek mikroszkopi kicsinységűek, vagy éppen praecapillarisoknak felelnek meg.

A betegség aetiologiájában a szerzők kisebb száma hol határozottan, hol csak valószínűséggel szerepelteti a bujakórt. Egyesek csak azért veszik fel a luest, mert más okot nem tudtak kimutatni, jöllehet sem az anamnesisben, sem a kórelfolyásban, sem bonczoláson kívül annak semmi jele sem volt meg. Mások pedig, a kik a periarteriitist éppen luesesekben találták, sajátos módon a bántalmat mégsem tartják bujakóros eredetűnek. Legújabbán Versé foglal állást elég határozottsággal a lueses aetiologia mellett és pedig a folyamat szövettani képének vélt azonossága alapján. Összehasonlítói vizsgálatokkal igyekszik kimutatni a periarteriitis nodosa és az arteriitis syphilitica közös vonásait. Ezen — mindenestre objectiv — alapon álló fejtegetései mellett a bujakór érdekében egyéb érveket is igyekszik csoportosítani, a melyek már sokkal kevésbé mondhatók tárgyilagosoknak. Ezek között azt mondja, hogy a negativ anamnesis nem értékesíthető, mert klinikailag oly rejtett módon folyik le a bántalom, hogy annak természetét mindig csak a bonczolás deríti ki. Ugy, hogy ellentétben az agyvelő-erek syphilitisével, specialis bujakóros anamnesis felvételére semmi alap sincs. Ezt nyilván úgy érti, hogy a betegség rejtett volta miatt a figyelem nem lévén a bujakóra reáterelevé, a klinikus nem is kutat utána a kórelőzmény adatainak kérdésekor. Másfelől szerinte az anamnestikus adatok — még ha bujakór kutatására külön is figyelünk — olyan bizonytalanok, hogy a némleges feleletnek sem lehet fontosságot tulajdonítani, mert enyhe infectiók elkerülnek a figyelmet, főleg nők és indolens egyének részéről. Mi ezeket az érveket számba-

vehetőknek azért sem tarthatjuk, mert bizonyító erővel sem pro, sem contra nem bírhatnak. Sőt azt gondoljuk, hogy a syphilitisnek még akár anamnestikus, akár klinikai vagy bonczolástani manifest jelei sem absolut bizonyítók a periarteriitis bujakóros eredete mellett. Nem pedig azért, mert még mindig számolnunk kell azzal a lehetőséggel, hogy a periarteriitis éppen egy bujakóros egyénben keletkezik, a nélkül, hogy a luesnek a bántalomban aetiologiai szerepe volna. A mint hogy syphilitiseken bármilyen más infectiosus betegség elég sűrűn észlelhető. Versé-nek az az érve, hogy öt eset van leírva, a melyben a syphilitis kimutatható volt, éppen az imént hangoztatott lehetőség mellett szól, hogy a periarteriitis biztosan lueses egyénekben is keletkezhetik. Versé szerint igen bizonyító volna Schmorl-nak egy esete, a melyben az élőben diagnoskált periarteriitis nodosa antisiphilitis kúra után visszafejlődött, a mint ezt a két évvel később végzett bonczolás derítette ki. Ugyanis ez alkalommal periarteriitissre jellemző elváltozást nem találtak és szövettani vizsgálatkor csupán a vesékben, a májban és a szívben kaptak kicsiny rostos göczokat, mint a lefolyt betegségnek maradványait. Midőn Versé ennek az esetnek igen nagy bizonyító erőt tulajdonít, ugyanakkor teljesen értéktelennek nyilvánítja Schreiber-nek esetét, a melyben erélyes antilueses kúra közben hirtelen rosszabbodás, coma kíséretében beállott a halál és megtalálták a periarteriitisnek minden jellemző tünetét. Versé azért nem tulajdonít Schreiber ezen esetének fontosságot, mert szerinte több olyan példa ismeretes, a melyben a bujakór tünetei a kellő kezelés ellenére is rosszabbodtak. Szerintünk kissé önkényes Versé-nek ez az érvelése és a Schreiber esetének leki-csinylése, mert Schmorl-nak az esete sem éppen olyan bizonyító, mint Versé állítja. Ugyanis mi hivatkozhatunk arra a tapasztalatra, a melyet kétségtelen szövettani leletek bizonyítanak, hogy a periarteriitis nodosában a folyamat szervülése, gyógyulása bekövetkezik minden antilueses kúra nélkül is. Ugy régebbi, mint újabb esetünkben nagy számmal találtunk olyan göczokat, a melyekben csak rostos kötőszövet volt, legfőlegb némi csekély maradványával a legtovább megmaradó, ellentálló hyalinos anyagnak, rugalmas rostok töredékének, a periarteriitis minden karakteristikus jele nélkül. Ez határozottan bizonyítja, hogy a folyamat spontán is meggyógyulhat.

Hogyan áll a dolog azzal az érveléssel, a mely a periarteriitis nodosa és az arteriitis syphilitica szövettani képében található hasonlóság vagy éppen közös vonások alapján igyekszik a betegség bujakóros természetét bizonyítani? Versé 6 arteriitis syphilitica cerebralis-esetet vizsgált. Ezek közül öt esetben a szövettani leírásokban nem található meg a jellemző leletek, a melyek periarteriitis minden esetében megvannak. Mind az öt esetben a syphilitis verőérmegbetegedés ismert szövettani képe van leírva. Versé negyedik esete volna az, a melyben — szerinte is — legtöbb a hasonlóság. Az eset 40 éves férfire vonatkozik, a kin 1 $\frac{1}{4}$ év előtti a lueses infectio. Az agyvelő-arteriák mindhárom rétege részt vesz a szövettani elváltozásban. Az adventitiában erős apró, kereksejtes, sűrű infiltratio van. Egyszersmind egy tulajdonképpen granulatiós göcz is, a melyet ez a széles beszűrődés zónaszerűleg körülvesz. Ugy az adventitiában, mint az intimában az ilyen granulatiós göcz széli részeiben óriássejtek láthatók. A mediában az átburjánzó sarjszöveti csapok szomszédságában egyes metszeteken kicsiny szakaszon a magvak hiányzanak, itt-ott néhány magtörmelék látszik, de egyébként a media jól megtartott. Ez a magtartás változik a régebbi és így intenzívebben bántalmazott helyeken. Az infiltratum szélesebb, a centralis részben sejtnecrosis áll be, a media nagyobb szakaszon tönkrement, középső részében néhány vastag, durva fibrinlerakódást tartalmaz, míg oldalt az adventitiából erősebb sejtes áttörés található, a mely átmege az igen sejtdús, ugyancsak fibrintől átvívódott intimaburjánzásba. A további elváltozásokat az aneurysmaképződésben, az intimaproliferatióban és a rugalmas rostok magtartásában írja le, a melyek azonban lényegükben a többi 5 esetével azonosak. Részünkről a 4. esetben sem találjuk azt a képet, a mely a kétféle betegség azonosságát tüntetné fel. A mint a fentebbi rövid

kivonathól is kiderül, a szövettani leleten különösen a „granuloma“-képződés uralkodik sarjszövetből álló gócz alakjában, lymphocytás zónával és a centralis rész necrosisával, a mely nyilván elsajtosodásnak felel meg. Ehhez hozzávéve az óriás-sejteket, megkapjuk a miliaris syphilomák legjellemzőbb szövettani jeleit. *De a periarteriitisnél a folyamat az adventitiában nem granulatiós szövetképződéssel, hanem exsudatióval kezdődik.* Az infiltratio pedig a legkezdetibb időszakban polynuclearis leukocyták nagy tömegéből áll. (*Versé* ugyan jegyzet alakjában tévesnek mondja azt a felvételünket, hogy a többmagvú fehérvérsejtek jelenléte nem szól lues mellett, mert ő a bujakóros érmegbetegedésekben is talált leukocytákat. Erre nézve csak annyit óhajtunk megjegyezni, hogy mi nem vonjuk kétségbe a leukocyták jelenlétét az arteriitis syphiliticánál, de ezek még megközelítő módon sincsenek olyan tömegben jelen, hogy az infiltratio csupán ezekből álljon és pedig olyan intenzív mértékben, hogy az alapszövetet teljesen fedjék. A periarteriitisnél pedig éppen ez igen feltűnő jelenség.) Továbbá a *periarteriitisnél nyoma sincs elsajtosodásnak, valamint óriássejtek sem képződnek. A media már nagyon korán tönkremegy és pedig a bántalmazott rész egész területén, helyét a később homogenizált izzadmány foglalja el.* Mindez a *Versé* által leírt 6 eset mindenikében hiányzott. *Periarteriitisnél a lymphocyták csak a heveny tünetek lezajlása után jelennek meg, s ezzel egyidejűleg vagy még később áll be a szövetburjánzás, a mely a folyamat bevégeződését, szervülését jelenti, és ellentétben a lueses granulatiókkal, nem lényege, hanem csak kimenetele a betegségnek.* Míg az arteriitis syphiliticánál úgy látszik, hogy a granulatio növekedése pusztítja el a mediát, addig a periarteriitisnél a granulatio az elpusztult media helyét pótolja. Ha a mediában az izomsejtek részéről a syphilis szomszédságában necrosis, fibrines átívódás történik is, ez mindig csak körülírtan található a bujakóros terület környezetében és nem vezet a media már nagyon korai teljes elpusztulására. Csak nagyon mérsékelt fokban történik, a mint ez a *Versé* szövettani leletéből is kiderül. Mi már első közleményünkben igyekeztünk a kétféle betegség közötti különbségekre reámutatni. Ha azokhoz a most elmondottakat is hozzávesszük, kénytelenek vagyunk *Versé*-vel szemben kijelenteni, hogy a *periarteriitis nodosa és arteriitis syphilitica között cardinalis különbségek találhatók*, a hasonlóság elenyészően csekély s legfőleg abban a körülményben keresendő, hogy ugyanazon szövettételekben lokalizálódik a kétféle betegség. A *Versé* által vizsgált 6 eset egyikében sincs meg az a szövettani kép, a mely a periarteriitis nodosa kezdeti stadiumára jellemző és a periarteriitis későbbi stadiumában hiányzik az az elváltozás, a mi az arteriitis syphilitica kimenetelére jellemzőnek tartható.

Egy további körülmény, a mely ugyancsak nem hagyható figyelmen kívül és a melyet mások is kiemelték, az volna, hogy a periarteriitisnél az agyvelő-erők nem vesznek részt a megbetegedésben. *Versé*-nek összehasonlító vizsgálatai is akkor nyernének bizonyító erejűket, ha ő bujakóros 6 esetében a szervezet többi apró verőerén is talált volna az agyvelő-erők megbetegedésével kapcsolatban periarteriitist. Erre vonatkozólag azonban semmi adata sincs. Továbbá, ha periarteriitises esetében a jellemző elváltozásokat megtalálta volna az agyvelő-erőkben is. Igaz ugyan, hogy ismeretes olyan eset, a hol az agyvelő-erők is változást mutattak, mint a *Müller* első esetében, egy 32 éves lueses férfiban. Csakhogy itt megint nem lehet elzárkózni az elől a lehetőség elől, hogy az agyvelő-erők bántalma luesre vezethető vissza, de a többi éré a periarteriitis nodosa eddig ismeretlen kórokozója által van feltételezve. Ha még meg nem engedhetőnek tarthatnók is azt a felvételt, hogy az egyik esetben a bujakóros érmegbetegedés csupán az agyvelő-erekre lokalizálódik és ugyanakkor a test többi ere mentes marad, vagy viszont: a bujakórosnak supponált érbántalom (a periarteriitis) a szervezet bármely helyén fejlődhetik úgy, hogy az agyvelő-erek intactak maradhatnak, még akkor is megkövetelendő, hogy a folyamat genesis, szövettani megjelenése, az egyes phasisok mikroskopi képe teljesen azonos legyen. Hogy ez nincsen így,

leginkább éppen abból látszik, hogy maga *Versé* igen beható és nagy gondal készült dolgozatának végén a talált eredmények összehasonlítása és a lueses eredet bizonyítása gyanánt azt mondja: „Trotz alledem bleibt ein gewisser, wenn auch kein prinzipieller Unterschied zwischen Periarteriitis nodosa und Arteriitis syphilitica bestehen“. És „Eine Identität der Periarteriitis nodosa mit den gewöhnlichen Formen der Arteriitis syphilitica besteht jedenfalls nicht“.

A betegség szövettani képének a bujakóros aetiologia ellen szóló megnyilvánulásán kívül, bár nem valami nagy értékkel, figyelembe veendő még a spirochaeták hiánya. Az eljárás tökéletlensége, szeszélyessége nem szerepelhet azért, mert a míg a periarteriitises esetben többszöri vizsgálattal sem tudtunk spirochaetákat kimutatni, addig az ezzel együtt kezelt bujakóros szervekben igen nagy mennyiségben voltak jelen. Sajátságosnak tartjuk mindenesetre azt, hogy ha a betegséget spirochaeták okoznák, ezeket egészen friss kezdeti stadiumokban ne lehetne megkapni, a midőn tudjuk, hogy bujakóros érmegbetegedésekben már nem egyszer sikerült azokat kimutatni (*Benda*). Ettől az ellenvetéstől azonban jogosan eltekinthetünk akkor, ha másfajta mikroorganizmust gondolunk kórokozónak, mert tapasztalás szerint a heveny fertőző betegségeknek több olyan alakja van, a melyben kórokozót mai napig sem tudunk kimutatni.

Még elég értékes felvilágosítást lehet várni a *Wassermann-reactio* eredményétől és ez az ezután észlelendő eseteknél akár in vivo, akár post mortem *semmi esetre sem mulasztandó el*. Önként értetődik, hogy a fentebb kifejtett okok alapján inkább a negatív reactio értékesíthető. Részünkről nagyon sajnáljuk, hogy *Wassermann-reactiót* nem csináltunk. Mentségünkre az szolgál, hogy sem a betegnek társadalmi viszonyaiban, sem kórelőzményében, sem a betegség egész klinikai lefolyásában a syphilisnek még a gyanuja sem merült fel. A boncolás lelete pedig annyira kifejezetten valamely infectio benyomását tette, hogy bujakór a boncoláskor szóba sem jött. Ezért is maradt el a *Wassermann-reactio*, jóllehet, éppen abban az időben foglalkoztunk intézetünkben ezekkel a reactiókkal.

1906-ban *Lüpke* a stuttgarti pathologiai congressuson felhívta a figyelmet az *axis-szarvasokon* észlelhető és boncolástani képét tekintve a periarteriitishoz hasonló megbetegedésre. Részletesebb szövettani vizsgálattal pedig *Jaeger* számol be. Szerinte a megbetegedés kezdete sejtes infiltratio az adventitiában, a mely többmagvú fehérvérsejtekből áll. A sejtek bevándorolnak a mediába és az adventitiában fibroblastok jelennek meg. Nem említi azonban sehol sem a mediának azt az elváltozását, a mely megvan a periarteriitisnél, nevezetesen a necrosist, az elpusztult media helyét elfoglaló exsudatumot, ennek hyalinus elfajulását, homogen gyűrűvé való átalakulását. Sőt hangsúlyozza, hogy a 3 réteg jól elkülöníthető. *Jaeger* a kétféle bántalom szövettani jellegének összehasonlításakor ki is emeli, hogy — bár klinikailag és kórboncolástaniilag a tünetek teljesen egybehangzók — szövettanilag a media megbetegedése, a kicsiny góczszerű és később összefolyó necrosisok képében, az állatokon nem jut kifejezésre. *Jaeger* ennek nem tulajdonít jelentőséget, mert szerinte emberben is vannak egyes esetek, a melyekben a mediának ez a súlyos elváltozása hiányzik. Ilyenekül említi a *Müller* és *Freund* eseteit. Ez az állítása azonban nagyon helytelen, mert *Freund* éppen kiemeli, hogy a lument homogen gyűrű veszi körül, mely eosinnal élénken festődik és a megváltozott mediából keletkezik. A *Müller* esetében pedig kifejezetten le van írva a medianecrosis, rostonyás izzadmánnyal, elfajulásokkal. Felesleges volna *Jaeger* vizsgálati eredményeivel hosszasan foglalkozni, mert már a mondottakból is az látszik, hogy, ha némi hasonlóság van is az *axis-szarvasokban* talált érmegbetegedés és az emberi periart. nod. között, a szövettani kép azonosnak mégsem mondható.

Végül néhány szót szentelünk még a betegség klinikai részének megbeszélésére is. Már első esetünkkel kapcsolatosan azon nézetünknek adtunk kifejezést, hogy a bántalom klinikailag nagyon változatos lefolyást mutathat, hogy lát-

szólag igen ellentétes tünetcsoportok merülhetnek fel, a melyek alig illeszthetők bele egységes kórképbe. Ezért van az, hogy leszámítva egyes eseteket, a melyekben a bőrből kivágott csomó szövettani vizsgálata irányította a kórjelzést, periarteriitist diagnoskálni a betegágnál mégsem sikerült. Ma már még azt is elmondhatjuk, hogy a bonczoláskor is rejtve maradhat a betegség lényege. A klinikai tünetek nagy változatossága egészen természetes, midőn azt látjuk, hogy a különböző esetekben az verőrendszernek hol az egyik, hol a másik része van súlyosabban megtámadva. A klinikai képen is természetesen azon szervek működésizavara uralkodik, a melyeknek verőerei esetleg legsúlyosabban vannak megváltozva. Az esetek többségében főleg a hasi szervek, peritoneum, gyomor, belek, mesenterium, aztán különösen a vesék azok, a melyeknek alteratiója leginkább lép előtérbe. A hőemelkedés — néha igen magas lázak alakjában — állandó kísérője szokott lenni a bántalomnak. Ezekon kívül kiemelhető még, hogy a betegek rendszerint súlyos megbetegedés állapotát mutatják, nagyfokú gyengeség, elesettségi tüneteivel. A ritkább szövödmények közé tartoznak a heves végtagfájdalmak, változó helyzetű és kiterjedésű oedemák, a melyeket a mi újabb esetünkben lehetett észlelni, továbbá a láz fokának nem megfelelő, feltűnően szapora pulsus. A második esetünkben észlelt végtagfájdalmak és oedemák az izombeli verőerek megbetegedésére, illetőleg ezen alapuló vérkeringési zavarokra vezethetők vissza. Néha letalis szövödmények, mint peritonitis, súlyosabb vérzések is jelentkezhetnek. A mi a betegség időtartamát illeti, általában azt látjuk, hogy az a legtöbbször több hétre terjedő szokott lenni. Csak pár eset ismeretes, a melyben gyorsabb lefolyást észlelték, mint pl. a *Krzkovszky* esetében, a hol 8 napig és a *Schmidt*-ében, a hol 2 hétig tartott a betegség. Mi ez újabb esetünkben éppen úgy, mint az elsőben, a nagyon friss keletű elváltozások mellett olyanokat is találtunk, a melyek régieknek tarthatók és a folyamat bevégeződésével, lehet mondani gyógyulásával egyenlő jelentőségűek. Ez azt bizonyítja, a mit már első közleményünkben is hangsúlyoztunk, hogy a betegség időnkint meg is csendesedhetik, spontán gyógyulhat is, míg más részletekben mintegy exacerbálva újra kezdődik. Azt hisszük, igen jól összeegyeztethető az újabb esetünkben észlelt lázmenet minősége a bántalom ilyen tulajdonságával. Talán nem nagyon tévedünk, ha a betegon észlelt, néhány napig tartó magasabb hőemelkedéseket, a melyeket mindig ugyancsak pár napig tartó alacsonyabb lázmenet váltott fel, úgy magyarázzuk, hogy a magasabb lázak a verőerek megbetegedésének egy-egy újabb eruptiójával állanak összefüggésben.

A kórtünetek minden változatossága és látszólagos szabálytalansága ellenére is az eddig ismert esetekből nyert impressiónk alapján úgy gondoljuk, hogy a periarteriitis gyanuja igen előtérbe lép és teljesen indokolt azokon a betegeken, a kiken heves gyomortáji és hasi fájdalmak gyakori hányásokkal társulva jelentkeznek a nélkül, hogy ennek valamely ismert okát lehetne adni; ha folytonos lázak mellett a nephritist jellemző vizeletlelet található; ha a már *Kussmaul* és *Mayer* által észlelt és igen sok esetben fejlődő „chlorosisos marasmus“ fejlődik ki, nagy gyengeséggel, elesettséggel párosulva. Még inkább megerősödhetik a gyanu, ha heves végtagfájdalmak, szabálytalan oedemák, pulsusbeli rendetlenségek csatlakoznak az imént vázolt kórképhez. A betegség kórbonczolástani diagnosisa, ha a verőerek lefutása mentén csomós megvastagodások, esetleg apró aneurysmák találhatók, nehézségbe nem fog ütközni. Mindazonáltal bizonyára lesznek még esetek, a melyekben a betegség tulajdonképpen lényegét csak a szövettani vizsgálat fogja földeríteni.

* * *

A véletlen kedvezése folytán pótlásul még egy esetről számolhatunk be. Ugyanis midőn a fenti közlemény már teljesen kész volt, meg volt írva, a periarteriitis nodosának július 2.-án intézetünkben immár harmadik esetét volt alkalmunk bonczolni. Közleményünk átdolgozását elkerülendő ezt az esetet az előbbivel együtt már nem tárgyalhattuk. Mivel azonban az előb-

bivel jórészt azonos több olyan adatot szolgáltat, a mely mindenképpen alkalmas arra, hogy éppen a még vitás kérdésekre vonatkozó nézetünket megerősítse, ennek az esetnek is rövid ismertetését nem gondoltuk egészen indokolatlannak.

Csak a legfontosabb adatokra terjeszkedvén ki, azokat a következőkben adhatjuk: T. L. 10 éves fiú, a belgyógyászati klinikára felvételre 1911 június 23.-án. Jelen bajáig komolyabb betegségben nem szenvedett. Most állítólag 2 hét óta beteg. Betegsége lassan kezdődött azzal, hogy arcza, szemhéjai megdagadtak, fejfájásai voltak. 3—4 nap óta folyton hány. Kiütéses betegségről sem a beteg, sem gondozói nem tudnak.

A klinikán 8 napig feküdt. Ez idő alatt mást, mint a súlyos vérzéses veselobnak kifejezett tüneteit úgyszólván nem is lehetett rajta észlelni, kivéve azt, hogy a klinikán állandóan hányt. Fájdalmakról nem panaszkodott, de általában nagyon részvétlen, igen elesett volt. A klinikára való felvétele előtti napon 38° C láza volt, rákövetkező napon 37.5, azután mindig lázalan. Érverése 84—96 között ingadozott. Két nappal halála előtt aluszékony lett, görcsei voltak és ezen tünetek közt halt meg.

Bonczoláskor a belek falában mákszem, köles, kendermag nagyságú, tömött göböcskéket lehetett kiérezni és különösen áteső világításban jól látni. Alakjuk részint gömbölyded, részint tojásdad vagy éppen orsószzerű. Ezek a göbök csak a hajszálvékony vagy legfeljebb finom czérnavékonyosságú erek mentén találhatók, többnyire magánosan, de helyenként és rendszerint az elágazódások tövében 4—5 is van fürtszerűen egymás mellett. A duodenum, jejunum, ileum — szinte megszámlálhatatlan mennyiségben — telve van velük. A vastagbélben kb. 8—10, a végbélben, gyomorban 3—4 ilyen csomócskát lehetett találni; egyet a húgyhólyag falában is tudtunk felfedezni.

A bonczolás többi leletéből a szív, a vesék és a lép állapota érdemel még különös figyelmet.

A szív súlya 180 gr., a bal kamara mérsékelten tárgult, izomzata valamivel vastagabb. Az aortabillentyűk záródási vonalában rendkívül finom, áttetsző, szürkés szemcsék látszanak, a melyek mákszemnél is jóval apróbbak és csak figyelmes megtekintéskor tűnnek szembe. A kéthegyű billentyű egyik vitorláján két mákszemnyi, szürkés, kocsonyaszerűen áttűnő szemcse van.

A vesék valamivel kisebbek, tokjuk nehezebben válik le. Felületük igen egyenetlen, részint finomabb szemcsézettséget, részint besüppedt szederjés foltocskákat, részint pedig szélesebb sekély behúzódasokat mutat, a melyek területén szintén sárgás szemcsézettség látszik. A felületet még egyenetlenül sűrűn széthintett vérzéses pontok tarkítják. A kéreg keskeny, vérdús és sárgás csikolatot, pettyezettséget, vérzéses pontokat tüntet föl. A lobrok sötét-szederjések.

A lép súlya 150 gr., tokja feszes, sima. Állománya vérdús, középtömött; egyenetlenül sűrűn van ellepve mákszemkölösnyi, kissé elmosódott határu szürke szemcsékkel.

Esetünk bonczolási kórjelzése: Periarteriitis nodosa arteriarum intestinorum, ventriculi et vesicae urinariae. Nephritis interstitialis haemorrhagica subacuta ex glomerulonephritide. Endocarditis verrucosa miliaris valvularum semilunarium aortae et valvulae bicuspidalis. Hypertrophia et dilatatio levioris gradus ventriculi sinistri cordis. Hyperplasia follicularis lienis. Ecchymoses pericardii et vesicae urinariae. Eczema capitis ad regionem occipitalem. Oedema universale.

A mi a kórszövettani vizsgálat eredményét illeti, részletebben kitérni arra is felesleges, a mennyiben az az eddigi leletekkel mindenben azonosnak mondható. A verőerek elváltozása általában aránylag nem nagyon előrehaladott folyamatnak felel meg. Megtaláljuk az adventitiában a rostonyás izzadmányt, a többmagvú fehér véresejtek által okozott igen intenzív lobos beszűrődést, a mely az adventitiában nagy kiterjedésben messzire ellepi az ér környezetét. A media részint kezdődő duzzadást, szétesést mutat, részint pedig már izzadmány által van a megbetegedés területén elfoglalva. A ru-

galmas réteg elvékonyodott, megnyúlt, néhol az érfal kezdődő kiöblösödésével. Egyes erekben thrombus képződött.

A vesemetszeteken helyenként elég erős kötőszövet-szaporodás van, a melyben sorvadtt, kicsiny húgycsatornák, tönkremenő glomerulusok vannak, néhol körülírt, másutt diffusz kereksejtes beszűrődéssel. Egyes glomerulusokban sejtszaporodás látszik s e mellett megalvadtt savó levált hámsejtekkel, leukocytákkal. Az aránylag épebb glomerulusok telve vannak genyesejtekkel. Egyes húgycsatornácskákban vér van, másokban igen szép fibrinrecze, megrakva többmagvú fehérvérsejtekkel. A kanyarulatós húgycsatornák igen nagy számában hyalin hengerek láthatók, némelyikben pedig fel-tűnő sok genysejt. A sudanos metszeteken úgy a kanyarulatós húgycsatornák hámsejtjeiben, mint egyes glomerulusokban is finom zsírcseppek vannak. Az erek részéről semmi szöveti eltérés sem található.

Miután a periarteriitis kórisméje már mindjárt a hasüreg megnyitása, illetőleg a beleknek még in situ áttekintése után nyilvánvaló lett, természetesen igyekeztünk az esetet bakteriologiai szempontból is tisztázni. Ezért úgy a szív, mint a vena mediana vérből oltásokat és fedőlemezkészítményeket csináltunk. Az oltások sterilek maradtak, a fedőlemezek semmiféle bacteriumot sem találtunk. Éppen így negatív eredményt adott a metszetnek bacteriumokra való festése is. Nem feledkeztünk meg továbbá a Wassermann-reactio végzéséről sem. Ebből a célból vett vérsavóval a bőr- és bujakórtani klinikán másnap végzett serologiai vizsgálat alkal-mával a *Wassermann-reactio negativ eredményt adott*.

Felesleges volna ezen legújabb esetünkből nyert adatokat a betegség kiindulási helye, histogenesise, valamint a folyamat természetét szempontjából behatóan méltatni, a mennyiben ezekben a kérdésekben fentebb kifejtett nézetünket teljes mértékben megerősítik. Különbség a két eset között annyiban állapítható meg, hogy eme legújabb esetben a bántalom a verőrendszernek aránylag sokkal korlátoltabb területére — jóformán csak a gyomor-béltractusra — szorítkozik. (Vesék, lép, máj, bélfodor, tüdő, szív, agyvelő, kar- és czombizmok, valamint a bőr metszeteiben a verőerek épek voltak). Továbbá, hogy mikroskopi vizsgálattal is csupán azon verőerecskéken talál-tuk a megbetegedést, a melyek bonczoláskor is megváltozott-nak mutatkoztak.

Nagyobb fontosságot eme harmadik esetünknek inkább az aetiologiai momentumok szempontjából kell tulajdonítanunk, mert igen szembeötlők éppen azok a közös vonások, a melyek e tekintetben értékesíthetők. Nevezetesen itt is megtaláljuk az endocarditist, a lép nagybodását, a recidiváló glomerulonephritist, a bonczolástani leleteknek ezáltal olyan összetalálkozását, a mely minden elfogultság nélkül valamely infectio vagy intoxicatio gyanánt tekinthető. Tehát a milyen mértékben nyer valószínűségben az infectio vagy intoxicatio a vázolt objectiv leletek alapján, olyan mértékben veszt jelentőségéből a teljes negativitás alapján a lueses aetiologia.

A bujakór ellen szóló újabb adat — a melylyel éppen ez a legújabb eset járul hozzá a kérdés tisztázásához — a negativ Wassermann-reactio, a mely megerősíti *Löhlein*-nak* is ilyen irányú vizsgálati eredményét. T. i. *Löhlein* hullavérrel végzett Wassermann-reactiói között megemlít egy periarteriitis-esetet, a melyből a vért *Ferrari*, trieszti prosector küldte be s a mely szintén negativ eredményt adott. Bár ennek a két negativ reakciónak nem akarunk túlzott fontosságát tulajdonítani, mégsem gondoljuk kicsinylendőnek és teljesen mellőzendőnek akkor, a midőn a bujakór mint aetiologiai tényezőnek a szerepéről is lehet szó. Ha tekintetbe vesszük, hogy itt még fennálló, folyamatban levő és semmi-féle bujakórelenes kezelésben nem részesült esetekről van szó, annyi értéket legalább is kell tulajdonítanunk a Wassermann-reactio negativ voltának, hogy ha a többi lelet is ugyancsak a bujakóros aetiologia ellen szólana, azt — t. i. a negativ reakciót — ezen felvétel támogatására felhasznál-

hatjuk. Semmi esetre sem alkalmas tehát a Wassermann-reactio negativ eredménye arra, hogy megerősítse azon észlelők felfogását, a kik a bujakórt tekintik kóroktani tényezőnek.

Irodalom. *Benda*: Ueber die sogenannte Periarteriitis nodosa. Berl. klin. Wschr., 1908. — *Beitzke*: Ueber einen Fall von Arteriitis nodosa. Virch. Arch. 199. kötet. — *Benedikt*: Periarteriitis nodosa. Orvosi Hetilap, 1907. — *Bomhard*: Periarteriitis nodosa etc. Virchows Arch. 192. kötet. — *Dickson*: Polyarteriitis nodosa stb. (Ref. Thorelnél, Lubarsch-Ostertag Ergebn. XIV. II. 1910.) — *Ferrari*: Ueber Polyarteriitis acuta nodosa. Ziegler's Beiträge, 34. kötet. — *Fletcher*: Ueber die sog. Periarteriitis nodosa. Ziegler's Beiträge, 11. kötet. — *Hart*: Die Meso-Periarteriitis stb. Berl. kl. W. 1908. — *Kahlden*: Ueber Periarteriitis nodosa. Ziegler's Beiträge, 15. kötet. — *Krzyszakowsky*: Periarteriitis nodosa. (Ref. Versénél.) — *Künne*: Ueber Meso-Periarteriitis stb. (Ref. Thorelnél, Lubarsch-Ostertag Ergebn. XIV. II.) — *Longcope*: Periarteriitis nodosa stb. (Ref. Thorelnél, Lubarsch-Ostertag Ergebn. XIV. II.) — *Mönckeberg*: Ueber Periarteriitis nodosa. Ziegler's Beiträge, 38. kötet. — *Schmidt*: Ueber Periarteriitis nodosa. Ziegler's Beiträge, 43. kötet. — *Schreiber*: Ueber Polyarteriitis nodosa. (Ref. Versénél.) — *Versé*: Periarteriitis nodosa und Arteriitis syph. cerebralis Ziegler's Beitr. 40. — *Veszprémi és Jancsó*: A periarteriitis nodosáról. Orvosi Hetilap, 1903. — *Lüpke*: Ueber Periarteriitis nodosa bei Axishirschen. Verhandl. d. Deutsch. Path. Gesellsch. 1906. X. Tagung. — *Jaeger*: Die Periarteriitis nodosa. Virch. Arch. 197. kötet. (Kimerítő irodalom található a *Versé* és *Beitzke* közleményében, valamint *Thorelnél*: Lubarsch-Ostertag Ergebn. IX. Jahrg. I. Abt. 1903. és XIV. Jahrg. II. Abt. 1910.)

Az arsen-haematose „Paul“.

Irta: *Hainiss Géza* dr., kir. tanácsos, egyetemi magántanár, közkórházi főorvos.

Az orvosi gyakorlat sokfélesége közepette mondhatnám leggyakrabban felmerülő gondot okoz a gyenge táplálkozású, kisebb-nagyobb fokban vérszegény egyének javulásának előmozdítása, a mi sokszorozott mértékben nyomul előtérbe a gyermekgyakorlatban. Se szere, se száma ugyan az ezen állapot javítását sokszor nagyon hangzatosan ígérő készítményeknek; a gyakorló orvos azonban alig van abban a helyzetben, hogy közülük kiválaszthassa azokat, a melyek csakugyan jók. Ha azonban a pharmacologiai vizsgálatok eredményeit tanulmányozzuk s közöttük összehasonlításokat teszünk, a sok készítmény között mégis könnyebben választhatunk ki egyeseket, melyeket a betegeknek való alkalmazásra ajánlatosnak tarthatunk. Így vagyunk a vaskészítményekkel, különösen pedig azokkal, melyek arsennel vannak kombinálva. Ily összehasonlítás alapján vettem alkalmazásba közkórházi osztályomon és magángyakorlatomban a *Paul*-féle arsen-haematoset és az arsen-guajacol-haematoset, mely *Nevinny* tanár innsbrucki gyógyszer-tani laboratóriumának vizsgálata szerint arsen, vasat és phosphort tartalmazó chinabornak tekintendő, a mennyiben 0.04% vas, 0.15% phosphor (mint glycerin-phosphorsavas só), arsen (arsensavas káli 0.005), chinakéreg-alkaloid borbán oldva van benne. Az összetétel tehát olyannak látszott, mely könnyen resorbeálható és az anyagcserére jótékony hatást gyakorlónak ígérkezett és jelentékeny erősítő hatást van hivatva kifejteni. Ezen alapon rendeltem ez ideig már jelentékeny számú betegnek, különösen pedig gyermekeknek s azt tapasztaltam, hogy a sok, valóban kellemetlen, sőt néha undorító ízű készítménnyel szemben, melyeknek jó része gyomor- és bélzavarokat is idéz elő, határozott előnyben van. A betegek kivétel nélkül szívesen vették, jól tűrték, ott, hol a táplálék-felvétel sok kívánni valót hagyott, az étvágy észrevehetően fokozódott. Ennek folytán a gyermekek külseje javult s némely tetemesen meggyöngült betegünk ereje fokozatosan visszatért. Közepes fokú anaemiában szenvedő és súlyos betegség után reconvalescens asszonyon feltűnő jó eredményt értem el vele, a mit azért említek e helyen, mert ily rohamos javulást nem is reméltem a 74 éves asszonyon. Kórházi osztályom anaemiás betegein, valamint súlyosabb betegségekből lábadozókon, különösen ha a javulás lassan haladt előre, észrevehető jó hatást fejtett ki és gyomor-, bél- és egyéb zavarokat sohasem okozott. Adagolása akként történt, hogy az első nyolcz napon reggelenként egy gyermek-, illetve evő-

* *Löhlein*: Über die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion an der Leiche. Verhandl. d. D. Path. Ges. XIII. Tagung. 1909, 93. lap.

kanállal véttem be, a második héten reggel és este, a harmadik héttől a nyolczadikig reggel, délben és este, a kilencedik héten reggel és este, a tizedik héten reggel, mindig az étkezés után közvetlenül.

Mint megbízható arsenes-vasas készítmény minden- esetre megérdemli, hogy megfelelő esetekben bizalommal használjuk.

A munkásbiztosítás feladata a tuberculosis elleni védelem terén.

Irta: *Friedrich Vilmos* dr., egyetemi magántanár, a budapesti munkásbiztosító pénztár főorvosa.

(Folytatás.)

A gümőkór elleni védekezéstől csakis akkor várható a kívánatos eredmény, ha abban úgy az illetékes hatóság, mint a társadalom minden tagja — beteg és egészséges egyaránt — pontosan eleget tesz a reá háruló kötelességeknek. A dolog természetéből ered, hogy más kötelességek és feladatok illetik a hatóságokat és ismét mások a társadalmat alkotó egyéneket.

A védekezésnek módjai közül bőven akadnak olyanok, a melyeket szabályzatuknál és berendezésükénél fogva a pénztárak saját hatáskörükben is végre tudnak hajtani.

A gümőkór elleni védelem ugyanis annál biztosabb hatású, mennél jobban ismerjük az ellenfelet.

Éppen ezért elsősorban is a legfontosabb eszköze a védelemnek az oktatás, illetve a felvilágosítás.

a) Elsősorban tekintsük tehát a fontosabbat, az oktatást, mely kétféle legyen: általános és részleges. Az általános oktatás egyik módja, melyet a pénztárak könnyű szerrel végrehajthatnának, az volna, hogy minden pénztári tag tagsági igazolványa mellé egy a tüdővész lényegét, a gümőkóros váladék veszélyeit, a fertőzés és a betegség terjedésének mikéntjét s az ellene való védekezés módjait tartalmazó rövid, legfeljebb négy oldalnyi terjedelmű ismertetést kapna, hasonló ahhoz, a minőt a német Reichsgesundheitsamt „Tuberkulose-Merkblatt“ czímen adott ki. A magyar kir. Állami Munkásbiztosítási Hivatal orvosi tanácsa által szerkesztendő népszerű ismertetés első oldalának margóján, úgyszintén a tagsági igazolványon egy sor vastagabb betűkkel nyomtatott felhívás alkalmazandó figyelmeztetésül arra, hogy a tag az ismertetőt olvassa el s annak tartalmát családjával, esetleg analphabeta munkástársaival is közölje. A jelenlegi s a gyakorlatban teljesen be nem vált tagsági igazolvány alapszabálys törvénykivonat tartalmaz, melynek lapjai közé még a 4 oldalnyi — a feltűnés megkönnyebbitésére talán színes papíron nyomtatott — ismertetés könnyen fűzhető; ha pedig a tagsági igazolványok alakja a jövőben változást szenvedne, bárminő is lesz az, ahhoz ily ismertetés mindig csatolható. (Nemzetiségi vidéken a megfelelő nyelven nyomtatva.)

Az általános ismertetés e módjain kívül a részletesre is kellő figyelem fordítandó. Ennek egyik eszköze gyanánt fel lehetne használni azokat az ismertető füzeteket — a pénztár tagjai közötti szétosztásra —, melyeket a m. kir. belügyminister 49851/897. B. M. számú körrendelete kapcsán valamennyi törvényhatóságnak megküldött, vagy még inkább, a melyek szövegét az 1907. évben pályázat úján szerezte meg. Feliratot kellene tehát a m. kir. belügyministeriumhoz intézni, hogy az említett körrendeletben jelzett füzeteket megfelelő számban bocsássa a pénztárak rendelkezésére s a midőn a tuberculosisnak bejelentett tag első ízben felveszi táppénzét, a kifizetéssel egyidejűleg egy ily füzetet kapna kézhez; egyúttal a pénztár orvosai is felszólítandók, hogy ezeket a füzeteket a tuberculosisban szenvedő tagok és ezek családtagjai között osszák szét.

További szerfelett fontos eszköz: a népszerű oktatás és ismertető előadások, melyeknek minél nagyobb számmal tartására a pénztárak orvosai felszólítandók. Ezekben az előadásokban főleg a gümőkór terjedésének mérvét, a baj lényegét,

a ragályozás terjedésének módjait s ama befolyást, melyet a táplálkozás, a czélszerűtlen és rossz lakásviszonyok, a helytelen életmód a gümőkór keletkezésére gyakorol, a gümőkóros váladékok fertőző tulajdonságát, az állati és emberi gümőkór közötti kapcsolatot, végül a gümőkór elleni védekezés módjait kellene ismertetni. Az ismeretterjesztő előadásoknak ezeken kívül mindazokat a szempontokat is meg kellene világítani, a melyek alapján a munkások és családjuk között az a megnyugtató tudat terjedne el, hogy a gümőkór nem öröklékeny betegség, hogy gyógyítható s hogy nemcsak sanatoriumokban vagy ily célú intézetekben, de azokon kívül is kezelhető. Az előadóknak ily czélok elérése érdekében tervszerűen kellene előadásait megtartani, nem pedig a gümőkór-kérdés nagy complexumából egy-egy részletet kiragadva, azt részletesen tárgyalni. Ennélfogva kívánatos volna, ha a m. kir. Állami Munkásbiztosítási Hivatal a keretében működő orvosi tanács által az előadások fonalát s a kövendő szempontokat kidolgoztatná s azokat a pénztáraknak felhasználás céljából rendelkezésre bocsátaná. Az előadásokra vonatkozó útmutatások előkészítése után a m. kir. Állami Munkásbiztosítási Hivatalnak utasítani kellene az országos pénztárt, hívja ez fel köriratban összes szerveit, hogy a pénztári tagok és családtagok számára ily prophylaxisos szempontokat célzó előadásokat — szükség szerint, de legalább kétszer évente — tartasson. A helyi szervek pedig gondoskodjanak arról, hogy az előadások megfelelő helyen — akár a pénztár helyiségeiben, akár iskolákban vagy nagyobb gyárak helyiségeiben, vagy szakszervezetek s munkás-egyesületek helyiségeiben — s oly időben tartassanak, hogy a munkások s ezek családtagjai minél nagyobb számban részt vehessenek. A helyi szerveknek a megtartott előadásokról s arról, hogy azokon hozzávetőleg hány hallgató vett részt, évi kimutatást kellene beterjeszteniök az országos pénztárhoz s a beérkező összes jelentések az országos pénztár évi jelentésében kimutatandók.

Az oktatáson kívül igen fontos s ezzel kapcsolatos mozzanat a felvilágosítás, vagyis, hogy a pénztár orvosa világosítsa fel őszintén a kezelése alatt álló pénztári beteget bajának mibenvolta felől. Az első benyomás, melyet ily intézkedés általános érvényesítése kelt, talán idegenkedést okoz, azonban kellő megfontolás után nyilvánvaló ennek nagy jelentősége és haszna. A felvilágosított beteg kellően kioktatva, valószínűleg sokkal intensívebben fogja a reászabott feladatokat teljesíteni és sokkal inkább fog a maga részéről is hozzájárulni betegségének megakadályozásához, mint az, ki bajának mibenléte és jelentősége felől kétes bizonytalanságban van. A hogy az orvos felvilágosítja a syphilisben szenvedőt s miképp ez a legtöbb esetben meg is tartja az orvos utasításait és intelmeit, épp úgy kötelessége volna ez a tuberculosisban szenvedő beteggel szemben is, mivel várható, hogy a tuberculosisos beteg szintén be fogja tartani az orvos tanácsait.

b) A tuberculosisra vonatkozó előadásokkal kapcsolatban az alkohol fogyasztásából eredő veszélyeket, az alkoholizmus és tuberculosis közötti összefüggést ismertető előadások is tartandók és a tagok az antialkoholizmusra buzdítandók. A tagok részéről mutatkozó minden ily törekvést a pénztárnak támogatnia kell.

c) Az egyes pénztárak gyűjtsenek lehetőleg pontos statisztikai adatokat a tuberculosisban szenvedő tagjaikról. Ily adatok legalább megközelítően biztos fogalmat nyújtanának arról, hogy a pénztárnak hány tagja szenved tuberculosisban. Ennek kivitele annál is könnyebb, mivel a jelenleg érvényben lévő táppénzutasolványok és betegellenőrzési szelvények meghatározott rovatában a pénztárak orvosai a körjelzést is kénytelenek feltüntetni.

A statisztika két részben és pedig: tüdőtuberculosis s egyéb, főleg sebészi nyílt s mirigy tuberculosisek szerint csoportosítandó. Az adatok a terep (kerület, városrész), a lakás, a munkahely (műhely, gyár, üzlet), az üzem, a foglalkozás minemősége, a nem, a családi állapot s kor szerint külön-külön csoportosítva rendezendők. Az adatok legalább

havonként a fő- vagy vezetőorvossal közlendők az esetleges intézkedések foganatosítása céljából. A statisztikai adatok helyessége iránt nyujtana biztosítékot az, ha az adatokat orvos dolgozná fel.

d) A tuberculosis terjedésének legáltalánosabb módja — a mint az tudvalevő — a köpet útján való fertőzés. Az ezt meggátoló egyik mód az, hogy a tüdőtuberculosisban szenvedő tagokat megfelelő köpödényekkel (*Detweiler-féle köpöüveg*), házi és éjjeli használatra pedig megfelelő köpöcsészékkel lássák el. A köpöüveg vagy köpöcsésze kiszolgáltatása alkalmával a betegek rövid nyomtatványon figyelmeztetendők a köpetnek nagy veszélyeire a ragályozás szempontjából s a köpet ártalmatlanná tételének egyszerű s költség nélküli módjaira. A másik mód, hogy a pénztár összes helyiségeiben és rendelőintézeteiben köpödények állítandók fel, melyek felett falragaszok és feliratok a köpet szétszórásának veszélyeire figyelmeztetnek s a köpöcsészék használatára szölik fel a tagokat.

e) A kezelő orvosok kötelesek volnának a házi ápolásban részesülő fekvő tuberculosus betegek lakásviszonyait is figyelemmel kíséni, túlszűfolt lakásban tartózkodó tuberculosus betegekről jelentést tenni, hogy a pénztár vezetősége e közegészségellenes állapotra az illetékes hatóság figyelmét felhívassa. A tuberculosus pénztári tagok lakásváltozásának külön bejelentése csakis akkor járna a kívánt eredménnyel, ha megfelelő lakástörvény volna érvényben.

Kétségtelen, hogy a pénztárak — jelenlegi erőforrásait tekintve — nincsenek abban a helyzetben, hogy a socialis és iparhygiene iránti kötelezettségüknek s feladataiknak mindenben kellő módon tehessenek eleget. Megfelelő, kielégítő, sőt ideális állapotokat az teremtené, ha a pénztárak törvényes jogokkal felruházva, a kellő anyagi kellékekkel rendelkezve, általános hygienés feladatokat is teljesíthetnének oly módon, hogy közegeik útján a tagok lakás-, műhely-, ételmezési és általános tisztasági viszonyai felett is ellenőrzést gyakorolhatnának s ezek javítását — ha szükséges — jogukban és módjukban állana irányítani. A pénztárak ily kibővített tevékenysége önként értetődően nagyobb szabású szervezetek létesítését igényelné, melyekre anyagi fedezetet csakis újabb jövedelmi források nyujthatnának.

Feltéve, hogy a pénztárak a megfelelő törvényes jogokkal és a szükséges eszközökkel rendelkeznének, felügyelői állások volnának szervezendők, melyeknek betöltői a kellő köz- s iparegészségügyi ismeretekkel rendelkezve, az egészséges, szintúgy a beteg tagok, főleg a fertőző betegek lakását egészségügyi szempontból felülbírnának s a mennyiben egészségellenes állapotokat találnának, azokról intézkedés végett hivatalos úton az illetékes hatóságot értesítenék. A mennyiben a statisztikai osztálytól vett értesülés szerint egyes munkaadók alkalmazottai között a megbetegedések, első sorban a fertőző természetűek, nagyobb számmal fordulnának elő, a műhelyet megvizsgálnák s az előbbi módon jelentenék a kifogásolandókat. Tuberculosisban szenvedő egyének lakásváltozása vagy elhalálása után a lakás és a ruhaneműek fertőtlenítésének végrehajtásáról gondoskodnának. Nagyobb munkástelepek kantineit, hálótermeit szintén vizsgálat tárgyává tennék. Ezek a közegek — a pénztárak hygienikusai — természetesen csakis a nagyobb taglétszámmal bíró pénztáraknál volnának alkalmazandók.

A gümőkóros betegek czélszerű gyógyítására való törekvés a pénztáraknak épp úgy kötelessége és érdeke, mint a prophylaxis legszélesebb körű kiterjesztése. Az orvosi tudomány a gümőkór gyógyítására ma már nemcsak a természetes gyógytényezőket, hanem az újabb tudományos vívmányokat is felhasználja. Az ezekkel elért eredmények, jóllehet még nem szolgáltatnak véglegesen leszűrt bizonyítékokat, mégis a tapasztalat szerint figyelmet érdemelnek.

Néven nevezhető eredmény a tuberculosis gyógyítása terén csakis akkor érhető el, ha minden létező s létesíthető intézmény a tuberculosus betegek kezelésére, illetve gyógyítására alkalmazható. Ámde a pénztárak jelenlegi — helyenként vajmi szerény — anyagi körülményei és szervezete

közepette (a midőn úgy a gyógyszerrendelés, mint a táp-pénztalványozás, illetve a munkaképtelenség megállapításakor az okszerű takarékoság irányító befolyást követel) csakis a legszükségesebb intézmények megvalósítására lehet gondolni.

Ezek közül — a mai szervezetek keretén belül — a legkönnyebben, nagyobb anyagi áldozat nélkül megvalósítható intézmény a pénztári rendelő intézettel kapcsolatosan a tüdőbetegek specialis gyógyítását, illetve kezelését eszközöző rendelő osztály szervezése volna. Ezen az osztályon mindazokat a tuberculosisban szenvedő vagy erre gyanus pénztári tagokat, a kiket a kezelő- vagy rendelőorvosok ilyeneknek minősítenek, kezelésre alkalmasnak találnak s e célból erre az osztályra küldenek, úgyszintén az ezen osztályon önként jelentkező és kezelésre alkalmas tagokat — a szükséghez képest — egy vagy több *szakorvos* rendszeres, szakcszerű kezelésben (oltások) részesítené. A nagyobb taglétszámú pénztáraknál ezen a specialisan tuberculosus betegeket kezelő osztályon vagy az azzal kapcsolatos laboratóriumban — hacsak a pénztárnak külön vegyi és mikroskopi vizsgálatokra szolgáló laboratóriuma nincsen — kisebbszerű köpetvizsgáló állomás is létesíthető, a hol a pénztári kezelő-orvosok, még mielőtt a betegeket kezelés végett a specialis rendelésre küldenék, a köpetet megvizsgáltathatnák. Mindenesetre azonban fontos és megvalósításra érdemes, hogy a pénztárak a tuberculosus köpet vagy váladék vizsgálatára módot nyujtsanak s nagyobb taglétszám esetén a jelzett módon valósítsák azt meg; a hol pedig erre bármily oknál fogva mód nincsen, a belügyministerium bakteriologiai és egészségügyi intézetében létesített nyilvános köpetvizsgáló állomáson kellene a köpetet megvizsgáltatni. Az összes pénztári orvosok figyelmére rendeleti úton hívassék fel a 43205. és 74386. sz. belügyministeri rendeletre. E célból a m. kir. állami munkásbiztosítási hivatal utasítsa az országos pénztár útján a helyi szervek orvosait, hogy a hol a köpetvizsgáló czélokra szolgáló külön mikroskopi vagy laboratóriumi berendezés nem volna, ott a tüdőgümőkórra gyanus betegek köpetét vizsgálat céljából a belügyministerium bakteriologiai osztályához küldjék, honnan a választ rövid úton megkaphatják. A köpet felküldéséből származó esetleges költségek a pénztárt terhelnék, de minthogy az 1907: XIX. t.-cz. a pénztáraknak portómentességet biztosít, az e téren felmerülő költségek nem lennének jelentékenyek.

Oly pénztárak keretében pedig, a melyek évi mérlegei számbavehető felesleggel zárultak — ilyen több is volt — s jövőbeni költségvetésük is felesleget ígér, a rendelkezésre álló eszközökhöz és a szükséghez mérten tüdőbeteg-gondozók létesítendőik, melyek magukban foglalnák a tüdőbetegek szakkezelését ellátó osztályt, esetleg a köpetvizsgáló laboratóriumot. Egyszersmind végrehajtanák a szükséges és megengedett prophylaxisos intézkedéseket is. Ezen tüdőbeteg-gondozók, dispensairek hatáskörének terjedelme egyrészt a helyi viszonyokhoz, másrészt a fentartásra és az ennek révén felmerülő költségek fedezésére fordítható összeg nagyságához alkalmazandó s ezekhez mérten teljesítené feladatait, melyek éppen a jelzett okoknál fogva a részletekben talán eltérnének, de mindenkor egy közös czélt szolgálnának.

Ugyancsak csekély anyagi áldozattal járna egy másik üdvös intézmény: az erdei üdülőtelepek létesítése. Bizton remélhető, hogy minden nagyobb és kisebb város hatósága díjtalanul engedne át a tulajdonában levő és a város környékén fekvő erdőségekben oly nagyságú területet, a melyen megfelelő számú személy befogadására alkalmas, három oldalról fedett, a homlokzatsoron nyitott, egy vagy több, fából készült (légsátorszerű) épület, esetleg *Dökker-féle* barakk volna emelhető, a mely körül a betegek nyugágyon pihennének és sétálhatnak. A jelzett építmények czélja, hogy a szabadban tartózkodó tüdőbetegeknek védelmet nyujtsanak akkor, ha hirtelen eső, erős szél vagy más káros időváltozás áll be, továbbá abban helyezhetők el a szükséges nyugágyak, székek és asztalok; mellékhelyiségül orvosi vizsgálatra vagy az ápolónő tartózkodására szolgáló kisebb terem, egy tágas kézmosó, kisebb fürdőszoba és árnyékszék építendő.

Az ily erdei üdülőhelyekre lehetne küldeni a fenjáró láztalan (csak kivételesen lázas), zárt tuberculosisban szenvedő betegeket, a kik a szabadban tölthető ú. n. kimenési időt (délelőtt 8-tól 12-ig, délután 2—7-ig) betegellenőr felügyelete mellett itt tölthetnék el. Ilyetén a pénztárak az arra szoruló tagoknak a tiszta és szabad levegőt, a tuberculosis e hatalmas gyógyító szerét is nyújthatnák. Az egyedüli nehézséget a betegek étkezésének mikéntje idézné elő. Ha azonban a telepeket a várostól nem túlmessze, jó helyi közlekedési vonal mentén helyezik el, úgy a kérdésnek ez a része is önként megoldást nyer. Nagyobb méretű telepen, ha az anyagiak lehetővé teszik, a betegek ebédet is kaphatnának. Esetleg ha nagyobb számú betegek részére nem áll kellő hely rendelkezésre, az ebből eredő kényszerhelyzet a főétkezések kérdését is eldöntené, a mennyiben az üdülőtelep használatára utasított tagok két csoportra osztva, délelőtt és délután tartózkodnának a telepen; a délelőtti ebédjüket, a délutániak — ebéd után jöve — vacsorájukat már otthon költethetnék el. Az erdei üdülőtelepek előnye, hogy olcsóságuknál fogva is az elérhető eredmény elég jó, különösen ha figyelembe vesszük, hogy azokban körülbelül 6—8 hónapon át lehet a betegeket elhelyezni.

Az így körvonalazott és szűkre szabott keretek korlátlan határig terjeszthetők, s a létesítendő intézmények eszményi színvonalig tökéletesíthetők, ha a pénztáraknak kellő anyagi eszközök s jövedelmi források állanak rendelkezésére.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Indikationen zur stomatologischen Therapie von Dr. Jos. v. Árkövy. II. Teil: Indikationen der Behandlung der Zahnkrankheiten. III. Teil: Indikationen zur Extraktion der Zähne. Wien, A. W. Künast.

A munka első részét (Indikationen zur Wahl der Füllungsmaterialien) már 1900-ban olvastuk az „Oesterr.-ung. Vierteljahrschrift für Zahnheilkunde“ című folyóiratban s elismeréssel adóztunk neki; ugyanezt tehetjük a jelen munkának megjelenésekor, sőt talán még fokozottabb mértékben, mert olyan tárgykörben mozog, mely rendszeresen feldolgozva egészen új a stomatologiai irodalomban. Semminemű forrásra sem támaszkodhatott; s ha munkája nem is óriási méretű, mégis igen sokra becsülhetjük, mert minden sora egy kiváló tudósnak tapasztalatait tárja elének.

Jelen munkájának első része a fogak kezelésének indikációit, második része a fogak extractiójának indikációit tárgyalja.

Az első rész a fogbajok kezelésének indikációit három fejezetben adja elő: a szilárd fogállomány betegségei, a pulpa-kórok és a gyökérhártyabajok fejezetében.

A szilárd fogállomány betegségeit ismét három részre osztva tárja elének: fejlődési hiányok, szerzett hiányok (itt szól a cariesről is) és fogfelrakódások. A fejlődési hiányok mint külsők és belsők szerepelnek. A külsők között a dentinhypoplasia, necrosis eboris, zománczfoltok, a belsők között a dentinhyperaesthesia és dentinporositas kerülnek szóba. Mily különbözők itt az indikációk! Esetleg csak indicatio cosmetica áll fenn, de fennállhat indicatio prophylactica, indicatio morbi, sőt direct contraindicatio is. A szerzett anyagvesztések tárgyalásakor sorra veszi az abrasiót, az ékalakú defectusokat, a traumás laesiókat, a chemiai alapon nyugvó hiányokat kezelési indikációikkal, melyek esetleg csak physiologiaiak, a physiologiai zavar leküzdésére, de lehetnek prophylaxisosak a pathologiai bántalom elkerülésére. Majd röviden szólva a fogfelrakódások fejezetében a sárga, barna s egyéb színű fogkövekről, áttér a caries nagy és fontos fejezetére. Az indikációk a következő körülményektől függenek: extensio, lefolyás, localisatio és intenzitás. Különös súlyt helyez lefolyás tekintetében a caries acutissimus, az acut vagy chronikus alak pontos felismerésének szükséges-

ségére, úgy a beavatkozás különböző sürgőssége, mint a tömőanyag megválasztása miatt. Intenzitás tekintetében a caries superficialisra, mediára és profundára terjeszkedik ki, főleg ez utóbbinál a pulpa védelmét legfontosabb feladatul tűzve ki.

Ezután a pulpakórok kezelésének indicióira tér át. Három csoportban tárgyalja őket: keringési zavarok, lobok, atrophikák. A keringési zavarokhoz tartozó hyperaemia pulpa felismerésének és kezelése indicióinak ismertetése után a pulpa lobos folyamatait teszi megbeszélés tárgyává, két nagy csoportra osztva őket: exsudatív és proliferatív lobra. Sorra kerülnek az exsudatív lobhoz tartozó pulpitis acuta septica superficialis, p. ac. partialis, p. ac. totalis, p. ac. partialis purulenta, p. chronica metaplastica, p. chr. totalis purulenta, p. chr. gangraenosa, p. chr. idiopathica; a proliferatív lobokhoz tartozó p. chron. plastica; majd a pulpa-atrophikák s végül a gangraena pulpa totalis. Foglalkozván ezek morphológiájával, tünettanával, differenciálásával: a kezelési indiciókat tárgyalja. Itteni állásfoglalása: igyekezzünk megtartani a pulpát, ne exstirpáljuk, hacsak nem okvetlen szükséges, hanem igyekezzünk azt conservative kezelni. Röviden ismerteti a pulpa conservatív kezelését, egyúttal rávilágít a pulpa-exstirpatio tökéletlenségeire, régebben nem ismert hátrányaira.

Munkája első részének utolsó szakaszát a gyökérhártyabántalmak kezelésének indiciói alkotják három csoportba osztva: exsudatív és proliferatív lobok, továbbá necrosisok. Mindegyik csoportot a maga alcsoportjaira osztva tárgyalja; a különböző periodontitisek változatos, nehezen felismerhető fajait tárja elének tünettani, azonkívül kórbonczolástani, szövettani, bakteriologiai alapon. Felhívja a figyelmet a pontos diagnosisra, a lehető gyors beavatkozásra, mert számtalanszor ettől függ a periodontitisek conservatív kezelésének eredménye.

A munka második részét a fogak extractiójának indiciói teszik. Három csoportra osztva tárgyalja őket: a tejfogak extractiójának indiciói, a maradó fogak extractiójának indiciói és a contraindicációk. A tejfogakat illetőleg első sorban a physiologiai indicióknak tulajdonít nagy fontosságot, a mely nem más, mint egy élettani folyamatnak, a tejfog kihullásának és a maradó fog megjelenésének siettetése operatív úton. Szól azután a tejfogak extractiójáról indicatio morbi esetén. A maradó fogak extractiójának indiciói a conservatív kezelés óriási haladása folytán nagyon csökkentek. Van ugyan néhány absolut indicatio, de az esetek nagy részében csak relativ indicatio áll fenn. A mi a contraindicációkat illeti, absolut contraindicatio talán nincs is. Még leginkább a leukaemia, már kevésbé a haemophilia, a menstruatio és a graviditas követel az orvos részéről fokozott óvatosságot.

Ezt a munkát el kell olvasni, meg kell szivlelni; fontos dolgokat talál benne a maga részére úgy a stomatologusnak még csak készülő, mint a már régen praktizáló; tanácsait bárki követheti, azon biztos tudatban, hogy eleget tesz ily módon saját orvosi lelkiismeretének is, betege érdekének is.

Sándor S. dr.

Lapszemle.

Gyógyszertan.

Uzara néven egy új antidiarrhoicum jött forgalomba. Az uzara egy Afrikában tenyésző asclepiadacea gyökere, a melynek hatóanyagát minimalis mérgező hatás mellett erős antidiarrhoeás tulajdonságok jellemzik. Az uzara úgy látszik a splanchnicusokra gyakorolt megnyugtató útján hat s azért gyomorfájdalmak ellen is használható. Folyadékban, tablettaalakban és suppositorium alakjában jön forgalomba. A folyadékból 30 csepp az adag, naponként 3—6-szor. Csecsemőknek ezen adag legalább $\frac{1}{5}$ részét kell adni. (Münch. med. Wochenschrift, 1911. 40. sz.)

Az ureabromin bromcalcium és húgyanyag összekötése, a mely Fischer és Hoppe (Uchtspringe) tapasztalatai

szerint a bromnatrium pótlószere gyanánt jól használható epilepsia azon eseteiben, a melyekben a kiválasztás csökkent és a szívműködés hiányos, továbbá spasmophil állapotokban, valamint olyan esetekben, a melyekben valamely vese- vagy bélintoxicatióra van gyanu. A 40:300 oldatból 2—3 evőkanál adandó naponként felnőtteknek. Status epilepticus esetében legalább 4—6 gramm adandó a végbélen át. A diaeta vegyes legyen. (Berliner klin. Wochenschrift, 1911. 41. sz.)

Az aponal néven újabban forgalomba jött hypnoticum nem más, mint amylencarbamat s hatása nagyrészt az amylenhydrat jelenlétének alapul, a mely mint álmothozó szer már régóta ismeretes, de erős szaga, kellemetlen íze és néha mutatózó kellemetlen mellékünetei miatt nem tudott eléggé elterjedni, noha olyan esetekben, a melyekben az elalvás késlekedik, éppen vele érhetni el nagyon jó eredményt. *O. Huber* nagyszámú betegen kísérletezett az aponallal. Kellemes ízű szernek mondja, a mely 1—2 grammos adagban nyugodt, de nem mély álmodást hoz. Hatása gyengébb ugyan, mint a veronalé, a mi azonban nem baj, mert jó, ha vannak enyhébb szereink is s nem kell azonnal a legerősebbhez folyamodnunk. Különböztetve éppen az elalvást segítővel, kombinálható veronallal, mint a melynek hatása sokszor csak órák múltán következik be. (Medizinische Klinik, 1911. 32. szám.)

Belorvostan.

A pleuritis sicca kezelésére egyszerű és nagyon észszerűnek látszó kezelésmódot ajánl *Kuhn* (Mainz). Az eljárás abban áll, hogy a beteg mellkasfelet lehetőleg nyugalomba hozzuk, még pedig úgy, hogy a beteg oldal karját az egészséges oldal czombjához kötjük. Puha flanelkötő használandó, a melyet egyfelől a kéztőizületre erősítünk, másfelől pedig a czombra, még pedig ez utóbbinak kissé behajlított állása mellett. A mikor azután a beteg kinyújtja a czombját, a kötelék megfeszül s erősen odaszorítja a kart a beteg mellkasfelére s ily módon lehetőleg nyugalomba helyezi. A kötelék megszakítás nélkül marad ott legalább a láz megszűntéig. Ha a kötelék húzása folytán a kézen pangás jelentkezne, ez könnyen megszüntethető úgy, hogy a beteg egy időre kissé behajlítja czombját. Ez az eljárás nagyon jól használható olyankor is, a mikor például mellhártya-izzadásmány meggyógyulása, avagy idősült pneumoniás tüdőzsugorodás után a tüdő tágulását akarjuk elősegíteni. Ilyenkor azonban természetesen fordítva kell alkalmazni a köteléket, vagyis az egészséges oldal karját kell a beteg oldal czombjához erősíteni, naponként néhány órára; ilyen módon az egészséges tüdő nyugalomba jövén, a beteg tüdőnek kell erősebben működnie. Végül még megjegyzi a szerző, hogy gümőkóros tüdőbajokban a nyugalomba helyezésnek ez a módja nem igen használandó, mert ezekben az esetekben csak a beteg tüdőnek teljes nyugalomba helyezése (például mesterséges pneumothorax létesítésével) hasznos, a részleges ellenben bajt is okozhat. (Medizinische Klinik, 1911. 40. szám.)

Phlegmonés folyamatok fennállásakor glykosuria elég gyakran észlelhető *Becker* tapasztalatai szerint, a melyeket a hamburg-eppendorfi kórház egyik sebészeti osztályán szerzett. Az ilyen glykosuriának semmi köze a diabeteshez, noha némelyike az ilyen betegeknek egészséges állapotában is szőlőcukornak bőséges bevitelére cukorvizeléssel reagál, úgy hogy a diabetesre való hajlamosság gyanuja vetődhetik fel. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1911. 39. sz.)

Sebészet.

Az appendectomia után visszamaradt, különösen adhaesiókból eredő kellemetlenségekről értekeznek *Fr. König*. Ha az appendixen műtét közben súlyos elváltozást találtunk, tehát valóban appendicitis volt jelen, akkor a továbbra is fennálló kellemetlenségek okai elsősorban az appendectomia

után még visszamaradt kóros elváltozásokban keresendők. Így elég gyakran láthatjuk, hogy az appendicitis és cholelithiasis együtt lehet jelen, sőt mindkét betegség következtében egyúgyazon időben támadnak a rohamok. Hasonlóképpen áll a dolog az enteroptosis és appendicitissel, a midőn az előbbtől eredő összes kellemetlen tünetek megmaradnak az appendectomia után is. A szerző oly eseteket is ismeret, a midőn az appendicitis-rohamok mindig a menseszel együtt jelentkeztek, máskor meg a féregnyúlvány eltávolítása után az adnexumok megbetegedése volt a hasfájdalmak megmaradásának oka. Súlyos alakban jelentkeznek a kellemetlenségek akkor, ha a kiállott appendicitis után adhaesiók maradnak vissza a proc. vermiformis, a vastag- és vékonybelek vagy a hasfal között. Olyan esetek is előfordulhatnak, a melyekben az appendix szabaddá vált az adhaesióktól, a coecumot azonban vastag kötegek rögzítik a szomszédsághoz. Ilyenkor alig lehet megismerni, hogy az összenövés az appendixtől eredtek. A kellemetlenségek, melyek mindebből származnak, igen különbözők; néha csak a bonczolásakor látjuk, hogy összenövés volt jelen, máskor meg a teltség érzésének, a flatulentianak, a húzó hasi fájdalomnak és az obstipationnak legsúlyosabb tüneteit hozzák létre. A szerző statisztikája azt mutatja, hogy adhaesiók különösen akkor képződnek, ha az appendectomiát nem korai műtéttel végeztük. A rohamokkal együtt növekszik az összenövésre való hajlamosság, de lényegesen hozzájárul ehhez a helytelen utókezelés, a mit a szerző elsősorban a hasúrnek felesleges módon való kitamponálásában lát. A hasfalnak a műtét után forróléggel való kezelése, a gymnastikának legkülönbözőbb módjai, activ-passiv mozgások mind azokhoz az eljárásokhoz tartoznak, melyektől a szerző sokat vár az összenövés elkerülése szempontjából. Mindezekon kívül az obstipationnak lehető megszüntetése és a műtét után korai felkelés fontos a szerző szerint az adhaesiók létrejövetelének megakadályozása tekintetében. (Med. Klinik, 1911. 23. sz.)

Ifj. Háhn Dezső dr.

Elmekórtan.

Mikor bocsássa el az iszákosok intézete és különösen az elmeógyógyító-intézet az akaratauk ellen elhelyezett iszákosokat? címén behatóan tárgyalja *Rohde* e régóta actualis és még ma sem tisztázott kérdést. Véleményét abban foglalja össze, hogy az iszákosta gondnokság alá helyezése után az iszákosok-, illetve elmeógyógyító intézet addig tartsa vissza, míg testileg és szellemileg annyira megerősödött, hogy már alaposan remélhető, hogy az alkohollal többé nem él vissza. A gondnokság alá helyezés révén azonban a társadalom még nincs az alkoholistákkal szemben kellően megvédve, mert az iszákos gondnokának belátásától függ, hogy meddig tartja gondnokoltját elhelyezve, az pedig természetesen az egyes személyre és nem a közjóra, a társadalomra van tekintettel. Ezért a szerző üdvös újításnak tekinti, hogy az új német büntető törvénykönyv tervezete szerint a büntettes iszákosnak nemcsak elhelyezése, hanem meghatározott időn belül való elbocsátása iránt is csak nyilvános hatóság (Landespolizeibehörde) határozhat. Az időelőtti elbocsátás az iszákos gyógyulása esetén történhetik, a mit akkor vehetnek fel, ha az illető már rendes és szabályszerű életmódhoz szokott és feltehető, hogy visszaeséstől már nem kell tartani. De ezen kívül a nem büntettes iszákosok elbocsátása is, valamint az elhelyezése, valamely nyilvános hatóság közbejöttével történjék, hogy ily módon a társadalom érdeke kellőképpen megvédessék. A szerző nézete szerint ez olyképpen történhetnék, hogy az ily iszákosokat az állam költségére helyeznék el és az elbocsátását a fent említett hatóság döntené el; ily módon a társadalomra káros iszákosokkal szemben jobban védekezhetnék és kellő ideig tarthatná gyógykezelés alatt. (Monatsschr. f. Kriminalpsych. u. Strafrechtsref., VIII. k.1. 1.)

Goldberger Márk dr.

Gyermekekorvostan.

A csecsemőkorban előforduló bromodermával foglalkozik Scherer (Prága). Míg a felnőtt korban a jod- és bromkiütések nem tartoznak a ritkaságok közé, addig a gyermekkorban, különösen pedig csecsemőkön ezeket csak igen kivételesen észlelhetjük. Ennek okát főleg abban kell keresnünk, hogy habár a bromnatrium elég gyakran használt gyógyszer a legzsengőbb gyermekkorban, azonban rendszerint csak kis adagokat rendelnek rövidebb idejű használatra és ily módon nem igen nyílik alkalom arra, hogy következményes tüneteket hagyjon maga után. Az irodalomban is csak nagyon kevés esettel találkozunk. A szerző esete kilencz hónapos gyermekre vonatkozik, a kinek mindkét alsó végtagján, a jobb arczfelén, a hajzatos fejbőrén nagy kiterjedésű, újképletekhez egészen hasonló képződmények foglaltak helyet, melyeknek helyenként, főleg a végtagokon tekervényes, kígyószerű volt a külsejük. A további észlelés folyamán a kiütések lassan ellaposodtak, beszáradtak és a pörkök leválása után gyógyulás következett be festékes foltok hátramaradásával. Bár már a klinikai kép alapján is a szerző a bromkiütésre megállapította a körjelzést, az utána kérdezősködés végleg megerősítette ezt, a mennyiben ben kiderült, hogy a gyermeknek orvosa görcsök és nyugtalanság miatt bromnatriumot rendelt, melyből hónapokon át 45 gr.-ot fogyasztott el. A kivágott rész szövettani vizsgálata alkalmával főleg tüszőkörűli gyuladást találtak az irhában mindkét hámrétegnek rendkívül nagyfokú túlbujánzásával a kóros részlet fölött. A szerző szerint esete a stratum corneum hypertrophiája tekintetében magában áll az irodalomban; bromodermánál ezideig egy esetben sem találtak a szaruréteg elváltozását. Ezen eset is mutatja, hogy kis gyermekeken a bromkészítményekkel óvatosak legyünk. A tapasztalat mutatja, hogy csecsemőkön már akkor is jelentkezhetnek bromkiütések, ha a szoptató anya szed bromot. Mihelyt tehát a gyermekben a bromkiütés első tüneteit látjuk, azonnal hagyjuk ki az anyánál, illetőleg a gyermeknél a bromot. Megjegyezzük végül, hogy a körjelzés meghatározása szempontjából a vizelet vizsgálata bromra hasznos szolgálatokat tehet. (Monatsschr. f. Kinderheilk., 1911. 4.)

Flesch.

Húgyszervi betegségek.

A periprostatás aponeurosisokról s közékről (spatium) és a periprostatás genyedésekről ír Averseng és Dieulafoy. A tulajdonképpeni prostata-tokon kívül a prostata külső felületén, még pedig ennek úgy a csúcsa, mint a basisa körül különböző rostos hüvelyek találhatók, melyeket a szerzők „periprostatás aponeurosisoknak“ neveznek. A prostata felett az *elülső periprostatás aponeurosis* a húgyhólyag innenső felületétől a szeméremcsont hátulsó felületéig húzódik, mindkét oldalon szorosan összefügg a levator ani aponeurosisával és hátul a fascia praevesicalis végső rostjait is magába zárja. Ezt magától a prostatától az *innenső periprostatás köz* választja el, mely a sphincter harántcsíkos izomrostjait és a plexus prostaticus (Santorini) számtalan gyűjtőerét foglalja magába. Az *oldalsó periprostatás aponeurosis*, mely tulajdonképpen nem más, mint a levator ani felső aponeurosisának folytatása, felfelé a prostata s a húgyhólyag felé húzódik és a számtalan vénával teli *oldalsó periprostatás köz*et zárja magába. A *hátulsó periprostatás aponeurosis* befedi a prostata s ondóhólyagok hátulsó felületét, még pedig olyképpen, hogy felül a vesico-rectalis köz subperitoneumos szövetéhez, alul pedig, vagyis közvetlenül a prostata csúcsa alatt a pars membranacea urethrae izomhüvelyéhez tapad hozzá. Ezen hátulsó periprostatás aponeurosis oldalvást a levator ani aponeurosisának középső lemezével és egy ér-dús kötőszövettel borított s a hátulsó prostataszöglet felé húzódó nagyobb vena felett a rectum-fascia oldalsó végével egyesül s ezután az alsó prostataszöglet mögött az oldalsó periprostatás aponeurosisba olvad bele. A hátulsó peri-

prostatás aponeurosis innenső felülete rendes viszonyok között szorosan rásimul ugyan a prostatára, de erről nagyon könnyen lefejtethető, úgy hogy ilyenkor a hátulsó periprostatás aponeurosis s a prostata között fekvő *hátulsó periprostatás köz* valóságos üreggé alakul át. De az ondóhólyagokkal ezen hátulsó periprostatás aponeurosis szorosan összenőtt. Az innenső felületről minden irányban haladnak kötőszövetnyalábok, de különösen a végbél innenső felülete felé. A periprostatás aponeurosisok által határolt periprostatás közök összesége alkotja az úgynevezett „prostata-kamarát“. Ezen kamarától s a periprostatás aponeurosisoktól kifelé elül a Retzius-féle, oldalvást a felső pelvio-rectalis, hátul pedig a perirectalis közök fekszenek. Festett gelatina befecskendésével a szerzők hullákon megállapították azt is, hogy ezen különböző peri- és extraprostatás közök egyenként külön-külön s milyen utakon tölthetők meg.

A prostatafertőzés 3 válfaját különböztetik meg a szerzők, úgy mint: a prostatitis follicularis, a miliaris abscessusokból alakult parenchymás prostatitist és azt az állapotot, mikor a kicsiny tályogok összefolyásából a nagy, a prostata egész lebenyére kiterjedő abscessusok keletkeznek, melyekből esetleg még prostata-cavernák is képződhetnek. Igen gyakoriak azonban a subcapsularis tályogok is, melyek kísérleti úton is előállíthatók. A szerzők azt tartják, hogy mindenkor ezen subcapsularis tályogok által előztetik meg, illetőleg belőlük alakul ki a Guyon-féle „diffusio által okozott phlegmone“. A prostata-tályog — a mint azt Guyon és Segond kimutatta — vagy közvetlenül (a sejtiszövet, a gyűjtőerek, a nyirokerek segítségével), vagy pedig diffusio útján terjed át a szomszéd szövetekre, a mikor a prostatában összegyűlt geny hirtelen áttör.

A prostata körüli genyedések osztályozása kizárólag csak az anatómiai viszonyok alapján lesz lehetséges; ez alapon tehát megkülönböztetendők lesznek a periprostatás tályogok, vagyis a periprostatás közökben keletkezett abscessusok, az extraprostatás phlegmonék és végül a diffus phlegmonék, vagyis mikor a geny valamilyen irányban az extraprostatás közökön túl terjed.

A periprostatás tályogok különböző alakjai a következők: az aránylag ritka innenső, az oldalsó s a hátulsó periprostatás abscessus. A hátulsó periprostatás köz két részre oszlik, a retroprostatás s a retrovesicalis régióra, minek következtében a hátulsó periprostatás tályogok is vagy retroprostatásak, vagy retrovesicalisak. Ez utóbbiakat a vizsgálatkor igen gyakran prostatahypertrophiával tévesztik össze.

Az extraprostatás phlegmonék alakjai: a nagyon ritka innenső (phlegmone cavi Retzii), az oldalsó (a felső pelveo-rectalis köz genyede) és a hátulsó, az úgynevezett praerectalis phlegmone, mely valamennyi prostatagenyedés közül a leggyakoribb. Ha a cavum Retzii genyede még tovább terjed, akkor előáll a subabdominalis phlegmone; a felső pelveo-rectalis közből a genyedés oldalirányban is tovább terjedhet és a lágyékcsontra, az innenső hasfal, a fossa iliaca, a lumbalis és sacralis régiók s a fossa ischio-rectalis felé is haladhat. A hátulsó periprostatás tályog még tovább terjedhet hátrafelé s a peritoneum alatt felfelé avagy oldalirányban haladhat, tehát peritonealis gyuladást, vagyis valóságos pelveo-peritonitist idézhet elő. A praerectalis tályog leggyakrabban a rectumba tör magának utat, de megeshetik az is, hogy a geny inkább a végbélfal körül terjeszkedik s perinealis, illetőleg ischio-rectalis phlegmonét idéz elő.

A hátulsó periprostatás, a praerectalis és pelveo-rectalis genyedések — melyek az összes prostatagenyedések közül feltétlenül a leggyakoribbak — perinealis metszéssel csaknem mindig megnyithatók, de a végbél felől történt bemetszés igen sok esetben elégtelennek fog bizonyulni.

A szerzők az összes peri- és extraprostatás genyedések illusztrálására úgy az irodalomból, mint saját tapasztalataikból igen érdekes s jellemző példákat sorolnak fel. (Annales des maladies des org. génito-urinaires, 1911. I. kötet.)

Drucker Viktor dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Az arsenferratosé Crispolti és Marinacci szerint kiváló jó szolgálatokat tesz kevésvérűség, fertőzőbetegségek utáni reconvalescentia, ideges kimerültség eseteiben, még olyankor is, a mikor más vas-arsenkészítmények hatástalanok maradtak. A vérképződést elősegítő hatásán kívül kiemelendő tonusozó hatása a szervezet valamennyi szövetére, főleg a gyomorra és bélre, a cardio-vascularis készülékre és az idegrendszerre. Eleinte kávéskanálnyi mennyiség adandó a három főétkezés után, utóbb fokozható az adag evőkanálnyi mennyiségig, szintén a főétkezések után. (La clinica medica italiana, 1911. 3. sz.)

Az angina follicularis az újabb felfogás értelmében csak másodlagos localisatioja valamely általános fertőző betegségnek, a melynek aetiologiájában az izületszűz kórokozója jelentős szerepet visz. Ennek megfelelően az angina gyógyítására már többen ajánlották a salicylt, a melynek készítményei közül *Bratun* szerint legjobb a *diplosal*, a melynek napi adagját, 3 grammot, 15 perc alatt véteti be s egyúttal bőségesen itat hársfateát; a beteg azután jól betakarva, 2 óra hosszat izzad. (Deutsche Medizinal-Zeitung, 1911. 13. szám.)

Májcirrhosis-okozta hasvízkór esetét ismerteti *Mon-gour*, a melyben hagyma-kúrúra (mennél több hagyma evése akár nyersen, akár főve) a gyógyulással határos javulás következett be, noha a többi használatos szer már mind felmondotta volt a szolgálatot. A szerző megjegyzi, hogy e gyógyításmódot már évek óta használja kedvező és tartós eredménnyel. (Gaz. hebdomad. des sciences medic. de Bordeaux, 1911. 9. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Klinikai füzetek, 1911. 10. füzet. *Fischer Ignác*: Elmebeteg volt-e báró Csávossy Gyula?

Gyógyászat, 1911. 44. szám. *Szekeres Oszkár*: A cirrhosis hypertrophica atypusos megjelenési formája gyermekeknél. *Brenner József*: Adatok a psychosisok analysiséhez.

Orvosok lapja, 1911. 44. szám. *Austerlitz Vilmos*: Az orvosi terminologia fogyatékoságai.

Budapesti orvosi ujság, 1911. 44. szám. *Unterberg Hugó*: Mindkét oldalon tökéletesen kettőzött ureter esete. *Takács István*: A csecsemővizelet phospha-tartalma.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Molnár József* dr.-t Székesfehérvár város tiszteletbeli főorvosává, *Jarne Gyula* dr. ráczkevei járásorvost tiszteletbeli megyei főorvossá, *Steinhardt Samu* dr.-t nemesztói járásorvossá, *Schützenberger Ede* dr.-t a kispesti járás orvosává, *Ranschburg Hugó* dr. soroksári községi orvost tiszteletbeli járásorvossá nevezték ki.

Választás. *Kerbolt László* dr.-t Herczegfalván, *Kemény Lajos* dr.-t Csonoplyán községi orvossá választották.

Alkalmazások a kolozsvári egyetem orvosi karán. Megválasztottak díjas gyakornoknak a gyógyszer-tanszéknél *Kopp Alice*, okleveles gyógyszerész, gyakornoknak a bőr- és bujakórtani tanszéknél *Kopár Gerő* dr., műtőnövendéknek *Krenrich János* dr., h. tanársegédnek a gyermekgyógyászati tanszék mellé *Goldberger Ede* dr.

A budapesti poliklinikán szeptemberben 4736 új beteg jelentkezett; a rendelések összes száma 12.240 volt.

Meghalt. *Erdélyi István* dr. szászvárosi orvos 60 éves korában október 17.-én. — *M. Jaffe*, a gyógyszer-tan és orvosi chemia tanára a königsbergi egyetemen, 71 éves korában.

Rotter Henrik dr. nőorvos lakását VII., Erzsébet-körút 16. sz. alá helyezte át.

Francis Galton-laboratorium neve alatt a londoni egyetemen intézetet alapítottak, melyben az átöröklés törvényeit, a degenerációkat s a fajjavítás kérdéseit (Eugenics) tanulmányozzák statisztikai és kísérleti úton. Az intézet igazgatója *K. Pearson* tanár.

Személyi hírek külföldről. *E. Lesser* dr.-t, a berlini bőrkórtani klinika igazgatóját, a ki eddig prof. ord. honorarius volt, valóságos rendes tanárrá léptették elő. — *O. Rumpel* dr., a sebészet magántanára Berlinben tanári címet nyert. — *L. Ranvier*, a szövettannak nagy hírű tanára a párisi Collège de France-on, végleg nyugalomba vonul. —

Neusser tanáron, a Magyarországon is ismert bécsi klinikuson súlyos operatívot végeztek vesekő és hydronephrosis miatt. A műtét sikerült, de a még mindig aggodalomra ad okot. — A moszkvai szemészeti tanszékre *S. Golovin* tanárt nevezték ki Odessából.

Hírek külföldről. Október 4.-én nyitották meg Bécsben az új I. sz. belklinikát, a gége- és gyermekorvostani klinikát. — Az Egyesült-Államok új egyetemet alapítottak Manilában, a Philippini szigeteken.

A budapesti orvosi kör országos segély-egyletében befizettek: *Krasa Manoné* úrhölgy Budapest 100 kor., dr. *Glaser Marcell* és neje koszorúmegváltás 30 kor., dr. *Löwy Jakab* Mohács 150 kor., dr. *Szegő Kálmán* Abbazia 200 kor., dr. *Fischl Armin* Budapest 50 kor., dr. *Csil-lag Zsigmond* főorvos emlékére 450 kor., dr. *Révfy Jenő* Szabadka 100 kor., Budapesti Orvosi Kör dr. *Báron Jónás* koszorúmegváltás címén 30 kor., *Szent István-kórházi orvosok* dr. *Hirschler Ágost* koszorúmegváltás címén 50 kor., dr. *Berger Ferencz* Budapest 200 kor., Budapesti Orvosi Kör dr. *Barbás* koszorúmegváltás 30 kor., Budapesti Orvosi Kör koszorúmegváltás 20 kor. 4—4 koronát fizettek: *Popper Samu*, *Raisz-mann Adolf*, *Szontagh Miklós*, *Buder Ferencz*, *Furka Sándor*, *Lőrincz Mihály*, *Martinovszky János*, *Fodor Ignác*, *Ferenczy Ignác*, *Szarvas Félix*, *Lánczi Géza*, *Steinhardt Samu*, *Bród Miksa*, *Stern Miksa*, *Guttman József*, *Molnár József*, *Cseh Sándor*, *Fáry Béla*, *Kardoss Lajos*, *Vámosy Mór*, *Neumann Samuel*, *Guttman Dezső*, *Wallheim Béla*, *Diescher Ferencz*, *Kaiser József*, *Fanzler Lajos*, *Fialovszky Béla*, *Kemény Salamon*, *Skir-pán Ambrus*, *Mandel Ignác*, *Náday Lipót*, *Messinger Károly*, *Mezey Sándor*, *Bajnóczy Géza*, *Bella József*, *Déri Henrik*, *Frankl Aron*, *Picker Részó*, *Luczy Gusztáv*, *Zakariás Simon*, *Tóth Jenő*, *Scheitz Vilmos*, *Pat-tantyús Ábrahám*, *Cseresznyés Ernő*, *Kelemen Adolf*, *Veres Sándor*, *Engel Gábor*, *Ranschburg Pál*, *Szekeres József*, *Kohn Armin*, *Wachsmann Oszkár*, *Holländer Dávid*, *László Elek*, *László Kálmán*, *Pless Salamon*, *Udránszky László*, *Tänzer Ernő*, *Unterberg Adolf*, *Pavelka Ernő*, *Pong-rác Gyula*, *Markovich Sándor*, *Liszt Nándor*, *Szinyarev Milán*, *Engel Sándor*, *Taufer Vilmos*, *Diamant László*, *Tauszig Izidor*, *Miskolczy Leó*.

A drezdai nemzetközi egészségügyi kiállítás legmagasabb kitüntetését, az állami díjat kapta a *Reiniger, Gebbert és Schall* részvény-társaság Röntgen- és villamos orvosi készülékeiért.

Mai számunkhoz **Magyarország Orvosainak Évkönyve és Czim-tárának** prospektusa van mellékelve.

Lapunk mai számához *Dr. J. Gordon*: „A vas-arsen-therapiához” című cikk különnyomata van mellékelve.

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

DR. MAHLER SANATORIUMA, ABBAZIA
belbetegek — spec. szívbetegek és üdülők részére.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (XVI. rendes tudományos ülés 1911 október 21.-én.) 804. 1.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(XVI. rendes tudományos ülés 1911 október 21.-én.)

Elnök: Szontágh Félix.

Jegyző: Fáykiss Ferencz.

Megacolon congenitum 6 hetes csecsemőben.

Grósz Gyula: A *Hirschsprung*-betegség egy esetét mutatja be. A betegség oly ritka, hogy az eset bemutatása teljesen indokolt.

A 6 hetes fiúcsecsemőt f. hó 13.-án anyja hozta el kórházunk ambulanciájára, azzal az anamnesissel, hogy már születésekor észrevették, hogy a gyermeknek nagy a hasa; a magzatszurok állítólag orrán-száján át ürült ki. Széke az első héten sem ricinusra, sem beöntésre nem volt. Többszöri beöntésre csak a 7. napon volt széke. Azóta csak beöntésre van széke és néhány nap előtt 3 napi székrekedés után spontán volt széke. A gyermek keveset és gyakran szopik, sokat alszik.

Az eléggé jól fejlett, 3000 gr. súlyú csecsemő hasa térfogatában tetemesen meg van nagyobbodva, a has legnagyobb körfogata a köldök fölött körülbelül 4½ cm.-nyire 42 cm. A csecsemő testhossza 49 cm. A has bőrén tágult gyűjtőérhálózat látható.

A vékony hasfalakon át időnként a beleknek igen élénk peristaltikáját lehet látni; nagyobb bélkacsok contourjait, különösen a has felső és oldalsó részein lehet látni, a melyek a colon ascendensnek és a colon transversumnak megfelelőek.

Végbélvizsgálatkor az ujj tágult bél ürterébe jut. A has fölött mindenütt egyenletesen dobos a kopogtatási hang. A csecsemő láztalan, keveset sír, keveset szopik.

A gyermek állapota felvétele óta nem igen változott, a has puffadtsága állandó. A táplálékfelvétel kevés, 40—50 grammnál többet alig szopik, 24 óra alatt 370—400 gr.-ot.

A felvétel utáni napon végzett bélmosáskor nagymennyiségű, bűzös, híg, sárga szék ürült. A bélmosás után a has térfogata tetemesen kisebbedett. A reakövetkező napon azonban a meteorismus ismét növekedett, a bélperistaltika ismét láthatóvá vált. Azóta a gyermekben bélmosást nem végeztünk. Csaknem naponta van kevés zöldes-sárga, dyspeptikus széke.

Az előadott anamnesisből, azon körülményből, hogy a magzatszurok orrán-száján át ürült, hogy széke csak az első hét végén volt beöntésre, továbbá a has puffadtságából, az élénken látható peristaltikából, továbbá azon körülményből, hogy a colon lefutásának megfelelő bélkacsokat lehet látni, kétségtelen, hogy ez esetben megacolon congenitummal van dolgunk.

Szóba jöhetne még a bélstenosis. Ennek a jelenléte azonban nem valószínű: 1. mert a veleszületett bélstenosisok többnyire a végbélben székelnek és a végbélvizsgálatkor ilyenre itt nem akadunk; 2. bélstenosist előidézhethet dermoidcysta, a mely szinte a bél alsó részét szűkíti; ezt is ki kellene tapintani; 3. a veleszületett vékonybél-stenosisok ileustüneteket idéznek elő, a melyeket szintén nem tapasztalunk esetünkben; a csecsemő, ha nem is jól, de mégis táplálkozik, nem hány, a bélpassage megvan, széke néha spontán is ürül.

Ezek után tehát nem vehetünk fel mást, mint azt, hogy esetünkben megacolon cong. van jelen.

Kórházunk beteganyagában ez a *második Hirschsprung*-féle eset. Az *első*t mintegy 2 év előtt észleltük. Egy 8 éves fiúra vonatkozott, a kit több mint egy félévig észleltünk és kezeltünk. A kezelés rendszeres bélmosásokban állott, a gyermek állapota javult annyira, hogy magától is volt széke. Végre azonban a beállott bél-seclusiók tünetek miatt az ope-

ratív beavatkozás (*Alapy*) vált szükségessé. A műtét alkalmával az erősen és egyenletesen kitágult vastagbél tűnt fel, a melynek falai meg voltak vastagodva; a flexura sigmoidea 2 görbülete erősebben volt kifejezve, úgy hogy egy rövid darabon valósággal egymás mellett futó szárat alkotott. A beteg a műtét után harmadnap meghalt; a halál oka általános peritonitis volt.

A jelen esetben szintén rendszeres bélmosásokat akarunk végezni, a mint azt a legtöbb szerző ajánlja, és csak akkor, ha ezek nem vezetnek célhoz, fogjuk ajánlani az operatív beavatkozást.

Multiplex hasüri echinococcus.

Pólya Jenő: V. J. 58 éves szücsöt 1903-ban operáltam első ízben *Herczel* tanár Szt. István-kórházi osztályán. Akkor egy igen nagy terjedelmű májechinococcosus volt, melyet 2 metszéssel, melyek egyike a jobb bordaív mentén, másika a középvonalban a köldök felett vonult, kellett megnyitni. A nagy üreg begyógyulása több mint félévig tartott s azután jól érezte magát egész 1910 decemberéig, midőn hirtelen sárgasága támadt, mely 13 hétig tartott. Ezen alkalommal a középvonalban fekvő hegben sipolynylása támadt, melyből azóta vízszerű folyadék ömlik. Már egy évvel az első műtét után vette észre, hogy hasában több apró daganat van, ezek azóta lassan nőttek, azonban csak az utolsó évben okoztak nehézségeket, melyek főképp abban nyilvánultak, hogy hasát teltnék, puffadtnak érezte, keveset bírt enni, székrekedése volt. Midőn ezen panaszokkal f. év május 16.-án Szent István-kórházi osztályomra vétetett fel, a következő statust találtuk:

Kis termetű, mérsékeltén táplált beteg. Mérsékes emphyema, egyébként a mellkasi szervek épek. A has általában puffadt. A jobb bordaívvel párhuzamosan futó, körülbelül 15 cm. hosszú heg. A középvonalban a heg helyén gyermekfejnyi sérv; a sérvkapu bőven 4 ujjnyi. A sérvkapun át tapintva két, mintegy ökölnyi, feszes, fluctuáló, mozgatható, gömbölyded képlet érezhető; egy körülbelül gyermekfejnyi, hasonló alakú és consistentiájú, mely a lumbalis tájon is átbullottál, a has bal oldalában tapintható. A középvonalban látható heg egy helyén féllencsényi fistulanyílás, melyen át kevés nyálkás geny ürül s melynek helyétől a máj felé vonuló köteg tapintható.

Diagnózis: echinococcus multiplex abdominis.

Május 18. Műtét aethernarcosisban. Bemetszés a régi hegben, a középvonalban a köldök felett és a fistulanyílás alatt. A ligamentum gastrocolicumban ökölnyi echinococcus-tömlőt találunk, mely a sértetlen bőrön át is tapintható volt és mely a colon transversum serosájához erősen oda volt növe, úgy hogy az kiirtás közben erősen meg is sérült. A serosadefectus elvarrjuk, valamint a ligamentum gastrocolicumban támadt rést is. A másik tömlő, mely kívülről tapintható volt, körülbelül félökölnyi és a colon transversum alatt a csepleszben ül; kiirtjuk. Alatta egy homokóraszerű tömlőre jutunk, mely a mesocolon transversum és mesenterium között foglal helyet, melynek kiszabadítása igen fáradságos, azonban mégis sikerül. Az a tömlő, melyet a has bal oldalában éreztünk, a csepleszszel és a colon descendens és flexura sigmoidea appendix epiploicaival volt összenöve, gyermekfejnyi; in toto kiirtjuk. A csepleszben 4, félököl egész ököl mekkoraságú tömlő, melyek a szomszédsággal kevésé vannak összenöve; kiirtásuk könnyen sikerül, csak a metszést kellett lefelé meghosszabbítani. Ekkor kiderül, hogy a medenczében egy emberfej mekkoraságú tömlő van, mely a húgyhólyag hátulsó falával erősen összekapcsolódott. Ez a tömlő kifejtés közben megpukkad, azonban a hasürbe, mint-hogy jól körül volt tamponálva, a tartalmából semmi sem

került. A hólyagban és medenczében levő serosadefectust ellátva, látjuk, hogy a has jobb oldalában, a máj alsó felszínéről kiinduló és az epehólyaggal összekapaszkodott tömlő van, melyet in toto kiirtani nem látszik célszerűnek. Az epehólyagot, mely az első leválasztási kísérletek közben beszakadt, eltávolítjuk, a tömlőfal nagy részét is kiirtjuk, a megmaradt részt a hasfalba bevarrjuk és ezt a tömlőcsontot, valamint a cysticus-csontot tamponáljuk és a tampont a seb felső zugába vezetve ki, a hasseb többi részét elzárjuk. A gyógyulást bronchitis zavarta, mely miatt a temperatura az első 2 hétben nehányszor 39—39.2 fokig emelkedett; a sebgyógyulás teljesen sima, a seb július 17.-ére teljesen begyógyult, csak a régi fistulanyílás secernál még keveset.

Jelenleg a beteg, leszámítva a hassérvét és a fistuláját, melyek alig okoznak neki nehézséget, teljesen jól van, munkabíró, gyomor-bélműködése rendes.

Borszék Károly: Az echinococcus-tömlőknek megnyitása, illetőleg a tömlő tartalmának a hasüregbe való bejutása csakugyan igen veszedelmes. Ezért az echinococcus-műtét nagy figyelmet érdemel, mert az echinococcus-horgok és hydatidok fertőzőképesek. A régi methodusoknál, mint a tömlő kivarrása, megvan a lehetősége annak, hogy a hasüreg fertőztessék. Ezért francia szerzők előzetesen pungálják a tömlőt a hasfalon át és 1%-os formalinoldatot fecskendeznek be, hogy az echinococcut életteleenné tegyék. De hacsak lehet, radikálisan járjunk el és távolítsuk el az echinococcus-tömlőt, a mi *Báron Sándor* eljárásával a ligamentum hepatoduodenale lekötésével könnyen sikerül. *Réczey* tanár klinikáján három ilyen esetet operáltak, a melyekben a tömlőt a burokkal együtt sikerült eltávolítani.

Veleszületett hüvelyhiány miatt végzett hüvelykészítés.

Pólya Jenő: K. R. 30 éves, bádogos neje. Havibaja soha életében nem jelentkezett, időnkint hasának két oldalán fájdalmi vannak, melyek azonban tűrhetőek. 8 hó előtt ment férjhez, a coitus nem sikerült s azért férje válni akar tőle.

Felvételekor Szent István-kórházi osztályomra 1911 június 14.-én a kis termetű, mérsékeltén táplált, nőies típusú egyén emlői jól fejlettek, a fanszörzet dúis, a nagy ajkak reddői alig kifejezettek, ellenben a kis ajkak elongáltak. Az urethra nyílása bőven ujjnyi, tátongó és a kis ujjal a hólyagba lehet hatolni. Vaginának nyoma sincs. Közvetlen az urethrayílás hátulsó szélén kezdődik a raphe, mely körülbelül 1 cm. hosszban nyálkahártyaszerű területen halad. A bőrgát igen rövid, körülbelül 3 cm. Per rectum két, az ovariumnak megfelelő, körülbelül mandulányi és az uterusnak megfelelő mintegy félbabnyi képletet érünk a medenczében. Műtét 1911 június 16.-án aether-narcosisban. Az urethrayílás két oldalán kezdődő és a rapheval párhuzamosan haladó két metszéssel a gáton át a kitágított végbél elülső falára haladva, mintegy 8 cm. hosszú és 1 cm. széles, bőrből és végbélnyálkahártyából álló keskeny négyszögletes lebenyt alkotunk; a kis ajkaknak felső és alsó szélükön való felfrissítése, továbbá az urethra mentén vitt metszés és a kis ajkak lemezeinek szétpraeparálása által két lebenyt készítünk, melyek nyele a kis ajkaknak a börbe való átmenete helyén ül. Az így támadt seben át tompán behatolunk az urethra, hólyag és rectum között a medencze kötőszövetébe és abban egy mintegy 8 cm. mély tasakot készítünk. Most a lebenyeket szétterítve, tovafutó catgut-varrattal oly módon varrjuk össze, hogy a hámos felszínük kifelé néz. Az ily módon alkotott, külső felületén hámmal borított és nyílással a medenczekötőszövetben készített tasak nyílásával correspondeáló zsákot ujjunkkal visszatűrjük a medencze kötőszövetében készített tasakba, mely ily módon hámbélést nyer. Most a kis ajkak helyén támadt defectust, valamint a végbélnyálkahártya sebént varrjuk össze catguttal és végül a gát sebént zárjuk silkkel. Az újonként készített vagina üregébe olajos tampont teszünk. A gyógyulás láztalan. A sebgyógyulást az zavarta, hogy egyfelől a gát és végbél nyálkahártyájából alkotott középső lebeny nagyrészt elhalt, másfelől az, hogy a gáton levő silkvarratoknak kiszedése után a per primam egyesült gátseb kissé szétment, mire két silköltéssel rögtön újra összevarrtuk. A 14 nap múlva eszközölt második fonalkiszedés után a gát összetapadva maradt. A kezdetben 1 ujj számára átjárható vaginát

4 héttel a műtét után kezdtük tágitani, először vastag Hegar-tágítókkal, azután kis Bozeman-golyókkal; 7 hét óta állandóan hord vaginájában egy 2.5 cm. átmérőjű, 5.5 cm. hosszú Bozeman-golyót. A vagina jelenleg 2 ujjal könnyen befogad, 6 cm. mély és még 1—2 cm.-re ezenfelül is benyomható, fala puha. Iránya a normalis vagináénak teljesen megfelel.

Spondylitis ankylosans többszörös csontrendszerbeli elváltozással több éves gonorrhoea kapcsán.

Picker Rezső: A 31 éves férfi első gonorrhoeáját 1901-ben szerezte, a másodikat 1904 tavaszán. Ennek második hetében jobboldali epididymitis és lágyékmirigylob. Juniában erős bal vállizületi gyuladás, majd fájdalmak mindkét sarkában és a jobb láb kis izületeiben, melyek 2 évig tartottak. Gonorrhoeája szeptemberig tartott, rheumája azonban továbbra is megmaradt. 1907-ben fegyvergyakorlatra vonult be. Ennek 4. hetében lovaglás közben trauma érte bal térdét, a melynek gyuladása miatt 10 hétig gypsbén feküdt a beteg. Ettől kezdve kezdett megmerevedni a gerincze is. Fekvése alatt betegedett meg bal sternoclavicularis izülete, megduzzadt a jobb belbokája és fájdalmi voltak derekában és sarkaiban.

1908-ban kimutatható ok nélkül jobb mutatóujjának alapizülete duzzadt meg, 1909-ben ischiása támadt bal lábában. A beteg erősen lesoványodott és ideges.

1911 májusában újabb kankós infectio (esetleg csak kiújulása a réginék), egyidejűleg erős rheuma a bal tarkóban és vállban és újból fájdalmak a keresztájában. Pöstyénben azonban meleg fürdők és egy pollutio hatására újból előállott a folyása. Ekkor keresett fél engem.

Felvételi állapot: Magas, erősen lesoványodott férfi viaszkos arczszínnel; jelentkezéskor a temperatura 37.2. Diffus bő bronchitis, bő híg váladéktermeléssel. A szív 2 bordával lejjebb. A mellkas kilégzési állásban áll, a légzés csak a rekesz segítségével történik.

A bal tarkón gyermekököllyi fájdalmas duzzanat, a bal karnak mozgási képessége korlátolt. Háta végig merev, jobboldali skoliosis van, a csigolyák nyomásra érzékenyek. A Röntgen-kép szerint nyaki csigolyái nem mutatnak rendelkezésre, a hátiakon a porcporcok keskenyek. A II.—III. ágyékcsigolya közti porc jobboldalt kezdődő elmeszesedést mutat; a III.—IV. közti porczon jobboldalt teljes, baloldalt részleges elmeszesedés; a IV.—V. ágyékcsigolya közti porc teljesen el van meszesedve és az V. ágyékcsigolya jobboldali harántnyulványa nagyobb meszes felrakódások közé van beágyazva. Az ágyékban semmi mozgás sincs. A baloldali lig. sacroiliacum egészben elmeszesedett. A bordafejecsek megtartottak, de körülbelül a VI. bordától lefelé mindenütt csontléczeket látni keresztülvonulni az izületeken. A mellkas egészben belapult, expirációs állásban van, a bal kulcsont sternalis vége 1½ cm.-re előugrik. A Röntgen-képen ez izületnek egy kiterjedt meszes göcz felel meg.

Bal lábának öreg ujjja egészben duzzadt, különösen alapizülete fájdalmas. A jobb lábon duzzadt a bal boka, a malleolus internus is fájdalmas. A kis lábujjak egyik lábón sem érzékenyek, a jobb láb a bokaizületben gacsosan áll.

Torpid, de bő folyás, nem sok gonococcusal. Duzzadt, fájdalmas folliculusokkal bíró húgycső. Sötétvörös, zavaros vizelet. Megnagyobbodott, kissé keményebb, de rendkívül érzékeny bal prostatafél, bal ondóhólyag és jobboldali Cowper-mirigy. A szágószemcseszerű szürkés világos ondóhólyagváladék szürkébb részleteiben rendkívül nagy gonococcuslepek.

A húgycső megbékült, úgyszintén a jobb Cowper-mirigy is, a bal ondóhólyag visszament s csak nagy nyomásra érzékeny. Világos, szürkés, kisebb-nagyobb genyecspeket tartalmazó massage-váladék, állandóan positiv, de számszerint csökkenő gonococcus-lelettel. Temperatura reggel 36—36.1, este sok járás után 36.8—36.9. Október elejéig 4 kg.-ot gyarapodott súlyban, vállizülete kissé szabadabb, mellkasát 2 cm.-re tudja tágitani részben a kar rögzítése által, részben úgy, hogy a teleszívott tüdőt merevített rekeszszel felfelé szorítja. A bordák activ légzőképességének helyreállítása céljából orthopaediai kezelést kezdetek a beteggel.

A gyomorzarok befolyása a fehérje-anyagcserére.

Benedict Henrik és Roth Miklós. (Eredeti közléseink során egész terjedelmében hozzuk.)

Bókay Árpád: Mint hyperchlorhydriás egyén fokozott figyelemmel kísérte az előadást. Hogy hyperchlorhydria és sósavhiány mellett ezen eredmények fognak mutatkozni, majdnem előrelátható volt. De a magyarázatot illetőleg határozottan lehet állítani azt, a mit az előadó hypothesisnek tart. A sósavban dús gyomorváladék több secretint termel a duodenumban és ez több pancreatint vált ki, a mi több fehérjét emészt. Triptinogen anyagot is választ ki és így javítja az emésztést. Achlorhydriában ennek éppen a megfordítottja van meg.

Benedict Henrik: A görbék magyarázatára nézve ugyanazon mechanizmust vettük fel, mint Bókay, hogy t. i. a bélfalon innen végbemenő folyamatok láncolata megszakítást szenved, ha a gyomor nem választ ki elég sósavat. Nemcsak a bélbeli fermentatív folyamatok szenvednek kárt, hanem a mirigyekben az intracellularis folyamatok is.

Hogy ezt a hypothesisist kockáztattam, erre a Bókay intézetében végzett kísérletek is adtak biztatást. Mansfeld azt találta, hogy a fehérje-anyagcsere fokozódása mérgek, lázak után rendszeren a pajzsmirigy behatásától függ. A pajzsmirigy kiirtása után a fehérje-felbontások hiányoznak. Ha azt találjuk, hogy 2—3 óra múlva a fehérje rögtön felbontatik, fel kell venni, hogy intracellularisan és nagyobb gyorsasággal történnek a bontások. A hyperacid egyénekben mutatkozott tünetsoport (pajzsmirigyduzzanat, a szemek előreállása, tachycardia) arra utal, hogy a gyomor és a bél enzimhatása talán hormon útján a pajzsmirigyre befolyással van. Egy thyreogen adipositasos egyéneken hasonló tünetek mutatkoztak; Basedow-kóros egyéneken azonban nem.

Rádiumemanatiós kúrákkal elért gyógyeredmények.

Benczur Gyula. (Eredeti közléseink során hozzuk.)

Bosányi Béla: Örül, hogy komoly oldalról is bebizonyul, hogy radiumhatás van. Vajjon a természetes vagy a mesterséges radium hatásosabb-e, erről egyelőre nincs szó és további vizsgálatok tárgya lesz.

A budapesti székesfővárosi fürdők közül Lengyel tanár vizsgálatai szerint legerősebben radioactív a Rudas-fürdő, mely ezen tekintetben vetekszik Gasteinval. A Sáros-fürdő kevésbé radioactív, mert nincs foglalva, de már foglalkoznak az újrafoglalásával. Az ártézi fürdő még nem volt vizsgálható ezen irányban.

Vándor Dezső: Foglalkozik a radiuminhalatióval. 22 esetben próbálta ki és eseteinek $\frac{3}{4}$ részében jó hatást látott. Hogy van-e előnye más radiumkúra fölött, nem állítja. Az alkalmazás formáját az esetek szerint kell megválasztani. Általános anyagcsere-bajokban a rövid idő alatt való hatás kívánatos és erre alkalmas az inhalatio. Hogy Strassburger szerint ivókúra mellett több radium maradt a szervezetben és kevesebb lehelletelt ki, a szülő szerint úgy magyarázható, hogy ivókúra alkalmával kevesebb jut a szervezetbe és így kevesebb lehelletik is ki.

Hogy az ivókúra jobban hozzáférhető a betegeknek, igaz, de az inhalatióval több jut a szervezetbe és ezért jobb az eredmény is.

Ország Oszkár: Az előadó kellő hangsúlylyal mutatott rá, hogy a radiumemanatiós kezelésnek nemcsak indicatiói, hanem contra-indicatiói is vannak. Ilyen a vérzésre való hajlam és ehhez a tüdő-tuberculosis is hozzá kell adnom. Az Erzsébet királyné-sanatoriumban 20 esetben próbálta meg a radium ivó- és inhalatiós kúrát. Az ivókúra azért előnyösebb, mert ilyenkor az alveolusokon át lassabban ürül ki a radium. A szülő gyógyulási tendenciát nem észlelt, de haemoptoé állott be 8 esetben, úgy hogy be kellett szüntetni az adagolást. Ezért figyelmeztet, hogy olyan beteg, a kinek gümőkóros góczja van, óvatossak legyünk a radiumemanatio használatával.

Benczur Gyula: Féltreértettek. Nem mondtam, hogy az ivókúra hatásosabb, mert összehasonlító tapasztalataim nincsenek. Strassburger kísérletében egyforma emanatiómenyiség vitetett be ivókúrával és inhalatióval és az ivókúra mellett több radiumemanatio maradt a szervezetben.

PÁLYÁZATOK.

7502/1911. fh.

A budapesti kerületi munkásbiztosító pénztár igazgatósága a következő **kezelőorvosi állásokra** pályázatot hirdet:

1. Budapest székesfőváros I. kerületében (Vár) évi 1200 korona fizetéssel.
2. Gyömrő községben (Mária-telep) évi 1200 korona fizetéssel és évi 600 korona működési pótlékkal.
3. Torbágy községben évi 600 korona fizetéssel.

Az állásokra vonatkozó pályázati kérvények a pénztár igazgatóságához czimezve **1911. évi november hó 20.-áig** küldendő be a pénztár főorvosi hivatalához (VII., Damjanich-utca 36.), a hol hétköznaponként d. e. 11—12 óra között az állásokra vonatkozóan bővebb felvilágosítás nyerhető.

A pályázati kérvényekhez magyar honosságú orvosi oklevél másolata és az eddigi orvosi működést feltüntető bizonyítványok másolatai csatolandók, megjegyezve, hogy az állások bármelyikét csak oly orvos nyerheti el, a ki legalább két évi gyakorlatot tud kimutatni.

Az állásokra a pénztár igazgatósága választás útján tölti be s az alkalmazott orvos köteles a számára kijelölt területen lakni s az állást az alkalmaztatását kimondó igazgatósági határozat keltétől számított 14 napon belül elfoglalni.

B u d a p e s t, 1911 október 26.

A budapesti kerületi munkásbiztosító pénztár.

A korszallási uradalmi orvos súlyos betegsége folytán **helyettes orvos** alkalmazása vált az uradalomban szükségessé. Felkértek mindazon nőtlen róm. kath. fiatal orvostudorok, kik ez ideiglenes állást elnyerni szándékoznak, hogy ez iránybani megkeresésüket **mielőbb** alulírott jószágfelügyelőséghez benyujtsák. Javadalmazás egyelőre havi 200 korona, lakás és fűtés. Az állás elfoglalása felette sürgős. Közlebbi felvilágosításokkal szolgál:

Az uradalmi jószágfelügyelőség Kisszálláson. (Bácsm.)

A pesti izr. hitközségnél egy **szegény-orvosi állás** megürült. Felhivatnak mindazon orvostudorok, kik a jelzett állásra pályázni óhajtanak, hogy oklevelükkel, születési bizonyítványukkal és eddigi működésüket igazoló okmányukkal felszerelt kérvényeiket **f. évi november 11.-éig** a pesti izr. hitközség titkári hivatalában (VII., Síp-utca 12) nyujtsák be.

B u d a p e s t, 1911 október 24.

A pesti izr. hitközség előljárósága.

2237/1911. sz.

Alsófehérvármegye tövisi járásában a 22.918 lakóval bíró, 19 községből álló **tövisi egészségügyi körben a körorvosi állás** megürültén, arra ezennel pályázatot hirdetek.

A javadalom áll:

1. 1600 korona kezdő törzsfizetésből;
2. a 82.386/1911. sz. belügym. leirattal engedélyezett évi 800 kor. helyi pótlékból;
3. 500 korona lakbérből;
4. 600 korona útiátalányból.

Felhívom a pályázni szándékozókat, hogy a minősítésük és eddigi alkalmaztatásukról szóló okmányaikkal felszerelt pályázati kérésüket hozzám **f. 1911. évi november hó 18.-án** délután 4 óráig adják be.

A választás napját később fogom kitűzni.

T ö v i s, 1911 október hó 12.-én.

Dr. Fokos Géza, főszolgabíró.

3485/1911. közig. sz.

Alsófehérvármegye marosújvári járásában a magyarbükkösi **körorvosi állásra** Magyarbükkösi székhellyel pályázatot hirdetek. A kör 19 községből áll.

A körorvos évi javadalmozása:

1. 1600 korona és 4-szeri, egyenként 200 koronát tevő, a nyugdíjba is beszámítandó 5 éves korpótlék;
2. A belügyminister úr által állandóan engedélyezett 1000 korona helyi pótlék, mely az állás betöltése után fog kiutaltatni;
3. 400 korona lakpénz;
4. 600 korona útiátalány. A megválasztandó körorvos kézi gyógyszertár tartását kérheti.

Pályázók az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előirt képesítésüket, életkort és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványukat hozzám **folyó évi november hó 10.-éig** nyujtsák be.

A választás határidejét később fogom kitűzni.

M a r o s u j v á r, 1911. évi október hó 12.-én.

A főszolgabíró.

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

Az orvos javadalmozása 3600 korona évi fizetés, 10% drágasági pótlék, szabad lakás, fűtés, világítás és újévkor kettős havi fizetés.

Pályázni szándékozókat felhivatnak, hogy kérvényeiket **mielőbb** küldjék be, mert az állás legkésőbb **folyó év december hó 1.-én** lesz elfoglalandó.

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

3517/1911. sz.

Alsófehérvármegye, alvinczi járás, Alvincz székhellyel bíró közegészségügyi körben üresedésben levő **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

A kör következő községekből áll: Alvincz, Alsócsóra, Alsótárlaka, Maroskarna, Akmár, Szarakszó, Rakató, Borsómező, Poklos és Oláhdálya.

A körorvos javadalmozása:

1. 1600 korona évi fizetés;
2. 500 korona évi lakbér;
3. 600 korona útiátalány;
4. 1000 korona évi helyi pótlék;
5. vármegyei szabályrendelettel megállapított látogatási díjak; a körorvos köteles összes községeit havonta kétszer előre megállapított napokon meglátogatni.

Felhívom pályázni óhajtókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előirt képesítésüket, eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket hozzám **november 20.-áig** nyujtsák be, mert a későbbben érkező kérvényeket nem fogom figyelembe venni. A választást november 22.-én délelőtt 10 órakor fogom Alvincz községében megtartani. A megválasztott körorvos köteles állását december hó 1.-éig elfoglalni.

A l v i n c z, 1911 október 11.

Pongrácz, főszolgabíró.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hógyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

TARTALOM:

EREDETI KÖZLÉSEK.

Veress Ferencz: Változások a syphilis lefolyásában intenzív gyógyítás után. Pseudoreinfekciókról és korai recidivákról. 807. lap.

Vas J.: Közlemény a budapesti Stefánia-gyermekkorházzal kapcsolatos egyetemi gyermek-klinikáról. (Igazgató: Bókay János dr. m. kir. udv. tanácsos, egyet. ny. r. tanár.) Vele született syphiliben szenvedő gyermekek további fejlődési és egészségi viszonyairól. 810. lap.

Schöller Károly: Közlés az irgalmasok budapesti kórházának gyermekosztályáról. (Főorvos: Heim Pál dr., egyetemi magántanár.) Néhány megjegyzés a tannismutról. 813. lap.

Friedrich Vilmos: A munkásbiztosítás feladata a tuberculosís elleni védelem terén. 814. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. W. H. Becker: Therapie der Geisteskrankheiten. — **Anton**: Psychiatrische Vorträge für Ärzte, Erzieher und Eltern. — Új könyvek. — Lap-

szemle. **Belorvostan. G. Bergmann és E. Lenz**: A vastagbél mozgásai. — **Sebészet. Sängner**: A kizáródott sérvek visszahelyezésének veszélyei. — **Idegkörtan. Szary**: Meningitis parasyphilitica. — **Fr. Stapel**: A pupillák viselkedése acut alkohol-intoxicatióban. — **Elmekörtan. Astwasaturow**: A halánték-agyvelőkarély daganatai és az epilepsia közötti összefüggés. — **Steiner**: Az epilepsia viszonya a balkezűséghez. — **Gyermekorvostan. Gaetano Finizio**: A Bordet-Gengou-bacillus, mint a számarhurut előidézője. — **Duthoit**: A számarhurut serumkezelése. — **Húgyszervi betegségek. O. Pasteau**: A sectio alta technikája. — **Orr-, torok- és gégebetegségek. Blumenthal**: A gégegümősök dysphagiájának operatív kezelése. — **Kiseb közlések az orvostudományról. Glaessner**: A glykokoll mint diureticum. — **Böcher**: Knoll-féle digipuratum. — **Citron**: Tengeri betegség. 816–818. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság. 819. lap.

Vegyes hírek. 819. lap.

Tudományos társulatok. 820–823. lap.

Melléklet. Entz Béla: A csecsemőkori béldaganatokról.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Változások a syphilis lefolyásában intenzív gyógyítás után. Pseudoreinfekciókról és korai recidivákról.*

Irta: **Veress Ferencz** dr., egyetemi magántanár Kolozsvárt.

A mint ismeretes, a salvarsan a syphilis gyógyítása terén meglehetősen gyökeres változást idézett elő. A századok folyamán kialakult gyógyításmód egy év leforgása alatt lényegesen módosult. A kénesóval való kezelés megmaradt értékes és megbízható eljárásnak, mint a mely a syphilis biztos kigyógyításához nélkülözhetetlen. A jod inkább vesztett jelentőségéből, mindazonáltal a késői, harmadlagos tünetekre kifejtett specifikus hatását rendkívül nagyra becsüljük. A változás abból áll, hogy eddigi, két kipróbált gyógyszerből álló fegyverzetünk egy harmadikkal, a 606-tal szaporodott. Az ennek előállítására óta eltelt rövid idő nem engedi meg, hogy értéke felől ezidőszertig végleges ítéletet mondhassunk. Néhány év múlva valószínűleg tisztában leszünk hatásával s jobban megismerjük előnyeit, gyengéit s veszedelmes melléksajátságait is. Annyit már a legtöbb kísérletező elismer, hogy rendkívül értékes a syphilis bármely időszakában s alkalmazása óta a friss syphilis abortív kezelésének esélyei és kilátásai nagyban fokozódtak, a mennyiben kétségtelen, hogy kénesóval párosulva sokkal gyorsabb gyógyulást eredményez, mint akár a kénesó maga, akár a 606 egyedül.

Az eddigi tapasztalatok szerint a gyógyulás szempontjából legkedvezőbb az eredmény, ha minél korábban fecskendezzük be a szert. Ezt az elvet különben a régebbi gyógyítási módszer alkalmazása idejében is vallottuk s az általánosan elfogadott felfogás értelmében úgy vélekedtünk, hogy minél korábban mérünk a syphilibes szervezetre minél

nagyobb csapásokat (**Fournier, Neisser**), annál biztosabban érünk célra. Ezzel az igen természetes és józan elmélettel látszólag ellenkezik az, a mit egyes szerzők az utóbbi időben a syphilis igen korai, erélyes gyógyítása közben megfigyeltek. Azt tapasztalták ugyanis némelyek (**Thalman, Bettmann** és mások), hogy az általános — másodlagos — tünetek kifejlődése előtt, tehát a második lappangási időszakban megkezdett rendkívül erélyes helyi és általános kezelés a syphilis rendes lefolyását néha kedvezőtlen módon befolyásolja és elég gyakran körülírt, úgynevezett korai recidivák létrejvetelét válthatja ki, melyeket **Thalman** „Solitärsekundäraffekte“, **Bettmann** pedig „Frührezidive“ névvel jelöl.

Thalman¹ azt a megfigyelést tette, hogy egészen friss syphilis-esetekben az alkalmazott erős helyi és általános kénesókezelés folytán a tünetek ugyan gyorsan elmúltak, azonban az így gyógyított betegek egy részén hamarosan visszatértek és pedig a korai syphilis jellegzetes sajátosságaitól eltérő módon, t. i. körülírtan. Ha újabb kénesókúrát nem kezdett meg, akkor ezek a körülírt korai recidivák nagyon súlyossá, sclerosishoz hasonlóvá váltak. Eseteiben a szóban forgó kiújulások főként a mandulákon mutatkoztak és specifikus mirigybeszűrődést vontak maguk után. Az előzmények ismerete nélkül ezeket elsődleges elváltozásoknak, sclerosisoknak lehetett volna tartani, annál is inkább, mivel a mirigyduzzanatokat néha általános másodlagos tünetek — roseolák — is követették. A „Solitärsekundäraffekt“ rendszeren az első kénesókúra befejezése után körülbelül 6–8 héttel jelentkezett.

Thalman-hoz hasonlóan **Bettmann**² is leírja, hogy olyan esetekben, melyekben a második lappangási idő alatt, vagy kiterjedt, de még fiatal exanthema első idejében akár még negatív, akár már pozitív Wassermann-reactio mellett salvarsant alkalmazott, gyakran látott korai recidivákat, melyek

¹ **Thalman**: Münchener medizinische Wochenschrift, 1907. 13. szám.

² **Bettmann**: Über kutane Frührezidive der Syphilis nach Salvarsanbehandlung. Deutsche medizinische Wochenschrift, 1911. 10. szám, 438. lap.

*) Előadatott az Erdélyi Múzeum-Egyet. orvostermészettudományi szakosztályán 1911 október 14.-én tartott ülésén.

a lueses tünetek teljes elmulása és az *Ehrlich*-infectio után 2—6 héttel szoktak jelentkezni. Jellemző sajátságai közül kiemeli, hogy körülírtak, kisszámúak, főként a végtagok distalis végein vagy a genitáliákon mutatkoznak és súlyosság tekintetében fölülmulják a megszokott korai másodlagos tüneteket.

Nagyon érdekesek *Frieboes*³ következő esetei:

1. 28 éves férfin január 31.-én spirochaeta-tartalmú fekélyeket talál. Márczius 29.-éig erős calomel-kúrát végeztet vele, úgy hogy márczius 30.-án a Wassermann-reactio negativ. Június 3.-án penisén papulák, jobb vállán 5 fillérnyi *pörk*. Június 17.-én Wassermann negativ, június 25.-én typosus sclerosis a vállon és roseola.

2. 27 éves férfi húgycsősclerosis miatt 7½ héttel az infectio után márczius 29.-én kap 0.3 salvarsant izom közé. Április 14.-én torok-syphilis és bőrkiütések mutatkoznak. Április 22.-én 0.3 salvarsant kap, mint előbb. Május 6.-án tünetei elmúltak. Július 7.-én sklerosis a bal karon, spirochaetalelet positiv. 29.-én Wassermann positiv, szeptember 3.-án erős roseola.

3. 23 éves cselédleány erosio ad genitális (Wassermann positiv) és jellemző mirigyek miatt augusztus 23.-áig 12 Hg. salic.-injecciónt kapott. Október 4.-én általános lymphadenitis, bal szemhéján lencsényi spirochaeta-tartalmú sclerosis és papulosus exanthema. Wassermann positiv. Október 12.-én 0.5 salvarsan a glutaeusokba. 24.-én a szemhéj ulcusa gyógyult. A kéneső-kúra után 6—7 héttel tehát a szemhéjon typosus sclerosis keletkezett.

4. 24 éves nő. 1910 júliusában tonsillaris sclerosis és exanthema miatt 606-ot kapott glutaeusába. 1911 január végén bal tonsilláján sclerosissal és genitálián papulákkal jelentkezett. Mandulája diónyi, kemény, nyak-mirigyei jellemzők, roseolája kifejezett.

A leírt esetekben tehát hetekkel-hónapokkal a biztosan megállapított syphilitikus fertőzés után új fertőzés tüneteihez hasonló elváltozások jönnek létre, melyeket azonban szerzőik igen helyesen csak szokatlan másodlagos tüneteknek tekintenek.

Ezzel szemben vannak a legújabb feljegyzések közt kóresetek, melyekben a szerzők valódi *reinfectiót* látnak, holott ugyanolyan elbírálás alá eshetnének, mint a fentiek. *Finger*, *Milian*, *Krefting*, *Stühmer* és *Behring* a *reinfectio* valószínűségét hangoztatják eseteikben, míg *Gaucher*, *Lesser* és *Tomaszewski* pseudochancrét, pseudosclerosist látnak bennük.

Krefting szerint *kétség sem fér az újbóli fertőzés tényéhez az ő esetében*, mely 23 éves férfire vonatkozik, a ki 1911 január 19.-én jelentkezett borsónyi penissclerosissal. Infectio 4—5 héttel ezelőtt. „Dunkelfeld“-világítással sok spirochaeta, Wassermann negativ. Január 24.-én intravenásan 0.5 606, 28.-án a sclerosis bebőrözött. Február 2.-án intravenásan 0.45 606, Wassermann negativ, sclerosis eltűnt. Márczius 10.-én újból 0.45 *Ehrlich*. Április 30.-án Wassermann negativ. Június 3.-án a sulcus coronariusban az eredeti sclerosis helye mellett két új sclerosis sok spirochaetával, mérsékelt regionalis mirigyekkel. Wassermann gyengén positiv. Bevallotta, hogy közöskült egy nővel, a ki nemi betegség miatt kórházban feküdt. Június 22.-én Wassermann erősen positiv, rengeteg spirochaeta, nagy infiltratum. Július 1.-én főfájás és roseola, 0.45 salvarsan. Említ még néhány esetet, melyekben a sclerosis körülbelül 2 hónappal az utolsó 606 után kiújult.

*Stühmer*⁴ és *Behring*⁵ eseteiben a salvarsan alkalmazása után a keményfekélyek begyógyultak s a Wassermann negativvá változott. A két beteg azonban syphilitikus nővel közöskült és typosus új sclerosist kapott positiv Wassermann-reactióval, a miért mind a két esetben *reinfectiót* tételeznek fel.

³ *Frieboes*: Über Pseudoprimäraffekte nach intensiver Behandlung im Frühstadium der Syphilis. Dermatologische Zeitschrift, 1911. 6. füzet, 544. lap.

⁴ *Stühmer*: Zur Salvarsanfrage. Münchener mediz. Wochenschrift, 1911. 17. füzet.

⁵ *Behring*: Ein Fall von Reinfectio syphilitica. Münch. mediz. Wochenschrift, 1911. 18. füzet.

A felsorolt esetekből s azok különböző megítéléséből kiderül, hogy ezek a jelenségek ma még homlokegyenest ellenkező magyarázatokra adnak alkalmat. A pathogenesis szempontjából három eshetőséggel kell számolnunk, mint a melyek a leírt esetekhez hasonló állapotokat teremthetnek syphilissel fertőzött egyéneken s ezek a következők:

1. Korai, szokatlan kiterjedésű, szokatlanul súlyos, másodlagos tünetek, melyek egy második sclerosist utánozhatnak, tehát pseudo-sclerosis vagy pseudo-chancr, Solitärsekundäraffekt (*Thalmann*), Frührezidiv (*Bettmann*), egy szóval *pseudo-reinfectio*.

2. *Superinfectio*, vagyis újból való fertőzés az akkor még syphilitikus egyéneken; a mint *Finger* akadémiai dolgozataiból tudjuk, syphilitikus egyéneken syphilitikus termékkel való beoltás által létrehozhatók tünetek, többnyire úgynevezett oltási papulák, melyeknek sajátságai az illető egyén luesének a stadiumától függenek. Egész friss esetben sclerosis, másodlagos lues esetén papula, harmadlagos időszakban levő beteg gumma-hoz hasonló elváltozás keletkezik a *superinfectio* következtében.

3. Végül valódi *reinfectióra* is gondolhatunk azon az alapon, hogy az igen korán megkezdett s nagy erővel folytatott kúra a szervezetet sterilizálta s immunitását megszüntette.

A kérdés tisztázásához minél több kórtörténet közlésével juthatunk el; a következő eset nyilvánosságra hozatalát épp ez okból indokoltnak tartom.

1911 január 23.-án felkeresett Sz. J. 24 éves jegyző azzal a panaszszal, hogy körülbelül 3 hete fekélye és mirigy-daganatai vannak. Az anamnesis semmitmondó; rendszertelenül közöskült falusi parasztasszonyokkal, fertőzése idejét nem tudja.

Megvizsgálása alkalmával *fillérnyi porc kemény sclerosist* találtam a koronaárok jobb oldalán *óriási multiplex mirigyekkel*. Másodlagos tünetek hiányoztak, a közérzet zavartalan, a hőmérsék rendes. Itt tehát minden kétséget kizárólag typosus sclerosissal volt dolgom. A spirochaeta-vizsgálatot mint feleslegest mellőztem. A sclerosist és a kétoldali mirigyeket kéneső-tapaszzal fedtem be s azonnal erélyes kénesőkúrához fogtam hozzá. Tekintve azt, hogy a beteg körülményei bedörzsölési gyógymód keresztülvitelét nem engedték meg s tekintve, hogy neki minden 6—8—10 napban hivatalos ügyben be kellett jönnie, elhatároztam, hogy belső és injectiós kénesőkúrát végeztetek vele. Ezért *mergal-capsulákból* rendeltem neki pár napig 6, majd naponként 8 szemet s ezenkívül minden jelentkezése alkalmával egy-egy *phiola asuroldat* (2.2 gr. 5%-os) fecskendeztem be a farizomzatába. Ilyen módon a beteg január 22.-étől márczius 15.-éig 7 *asuroldat* kapott és 6—7 doboz *mergal-capsulát* fogyasztott el a nélkül, hogy a kéneső a legcsekélyebb kellemetlenségeket okozta volna akár a foghúsban, akár a *gyomorbelhuzamban*. A lues jelei, a *sclerosis* és a *táji mirigyek* még jóval az *első kúra vége előtt, körülbelül február második felében tökéletesen és nyomtalanul elmúltak, másodlagos tünetek nem mutatkoztak*.

Márczius 21.-én 0.4 gr. *salvarsant* adtam intravenosusan, a mi 37.8 C. hőemelkedéstől kísért rövid hideglelést okozott. Márczius 23.-ától május 30.-áig újból 6 doboz *mergal* fogyasztott a beteg.

Június 14.-én megjelent azzal a panaszszal, hogy 8 nap óta, tehát *június 6.-a óta* penisén ugyanazon a helyen, a hol a sclerosis székelt volt, fekélye van. A nevezett elváltozás körülbelül *borsónyi, porc kemény, tetején excoriált, híg savó kiválasztó daganat alakjában határozottan jellemző sclerosisnak* tünt fel. A *mirigyek* ekkor egészen *normalisak* voltak. A *Wassermann-reactio* aznap, június 14.-én teljesen negativ volt. Therapia: xeroform. Június 21.-én a sclerosis fejlődött, a bőrből erősen kiemelkedett, még jobban kifekélyesedett. Ugyanekkor a baloldali *lágymirigyek multiplex módon beszűrődtek*, jól kitapinthatók voltak. Sötét látóterben *rengeteg nagyszámú, jól fejlett, élénken mozgó spirochaetát* találtam.

Június 27.-én a sclerosis majdnem koronányi terjedelmet ért el, rajta a jellemző sajátságok mindegyike megvolt; a mirigyek beszűrődése folyton tartott. Június 30.-án a sclerosis koronanagyságú, közepe necrosisnak indult, híg véres savót termelt, a betegnek mérsékelt fájdalmakat okozott s nagy kiterjedése folytán a *fityma bőrének felhúzását* majdnem lehetetlenné tette. Az inguinalis mirigyek különösen baloldalt jellemzők voltak, míg jobbról alig változtak.

Ilyen körülmények közt a beteg türelme elfogyott és sürgetéseinek engedve, kénytelen voltam a folyamatot spontán tovafejlődését megzavarni és egy *asurolinjeccióval*, valamint *mergallal* a gyógyítást megkezdeni. Helyileg 20%-os *calomelkenőcsöt*, majd *kénesötápaszt* alkalmaztam. Július 29.-éig 5 *asurolinjecciót* kapott és naponta 6—8 szem *mergalt* evett. Augusztus 15.-én a sclerosis bebőrözött és csupán borsónyi nagyságú volt, míg a mirigyek tökéletesen visszafejlődtek. Ugyanekkor 0.5 gr. *salvarsant* adtam intravenosusan. Jelenleg teljesen tünetmentes és egyelőre semmi kúrát sem végez.

Ha a leirt esetet röviden összefoglaljuk, kitűnik, hogy a fertőzés kb. 1910 decz. közepe táján történhetett. A sclerosis 1911 jan. elején keletkezett s jan. 23.-ára — a beteg jelentkezése alkalmára — jól kifejlődött és hatalmas táji mirigyeket vont maga után. A gyógyítás ekkor, a második lappangási időszakban kezdődött, még pedig *calomellel*, *kénesötápaszsszal* s ezzel egyidejűleg *belsőleg mergallal* és *intramuscularisan asurollal*. Ugy a fekély, mint a mirigyek hamarosan visszafejlődtek, a beteg a kúra megkezdése után nem egész két hónap múlva 0.4 *salvarsant* kapott *venájába* s folytatólag *mergalt* vett. Másodlagos tünetek nem mutatkoztak; a beteg *május 30.-áig*, vagyis a fertőzéstől eltelt öt és fél hónapon belül összesen 7 *asurolinjecciót*, egy intravenás 0.4 gr.-os 606-ot, valamint 12—13 *doboz mergalt* vett be. Egy héttel ezután, vagyis június 6.-án *negatív Wassermann-reactio mellett* a régi sclerosis helyén újabb *induratio* keletkezett, mely nemsokára *kifekélyesedett* s három hét alatt (június 30.-ára) koronánál nagyobb, rengeteg *spirochaetát* tartalmazó és jellemző táji mirigyekkel komplikált *sclerosissá* alakult át, melyet néhány heti kombinált *kénesőkezelés* (*mergal* és *asurol*) fejlesztett vissza.

Az elmondottakból, azt hiszem, kétségtelenül megállapítható, hogy *itt egy és ugyanazon egyéne*n 6 hónapon belül *két sclerosis* fejlődött ki.

Első pillanatra hajlandók lehetnénk úgy magyarázni a dolgot, hogy az illető azok közé a ritka egyének közé tartozik, a kik *másodszor fertőzték magukat syphilissel*. Ezt a feltevést támogatja az a körülmény, hogy az első sclerosis hónapokkal ezelőtt nyomtalanul elmúlt, továbbá a betegnek az a bmondása, hogy ő az utóbbi időben is nagyjában ugyanazokkal a falusi nőekkel közösült, a kiktől valószínűleg az első alkalommal *syphilisét* szerezte. *Reinfectio* látszatát kelti az a tény is, hogy a második sclerosis teljesen *typusos*, sőt a megszokottnál sokkal hatalmasabb, porczkemény, *spirochaetákat* tartalmazó *induratio* volt, melyhez jellemző *regionalis mirigyduzzanat* társult. Az újból való fertőzés természetes előfeltétele, hogy az első *syphilis* teljesen kigyógyult legyen. E tekintetben természetesen némi kételyeink támadhatnak, mivel a két sclerosis megjelenése között eltelt öt hónapi idő mai ismereteink szerint túlságosan rövid ahhoz, hogy a *syphilis* még *erélyes* kezelés alatt is kigyógyulhasson. Ezzel szemben meg kell fontolnunk azt a kérdést is, hogy a korán megkezdett s *belsőleg*, valamint *intramuscularisan* majdnem szünet nélkül adagolt *kéneső*, kapcsolatban a közben alkalmazott intravenás *salvarsannal*, vajjon nem hozhat-e létre ily rövid időn belül is *végleges gyógyulást*? A *Wassermann-reactio* a második sclerosis keletkezésekor *negatív* volt. A teljes gyógyulás lehetőségét tehát nem lehet kereken tagadni s a *reinfectiót* ebben az esetben nem haboznám feltételezni, ha a második *infectio* nem az elsőnek a helyén keletkezett volna. Ez az egyetlen jelenség teszi valószínűtlenné a *reinfectiót*, mert ha ez nem lett volna, senki sem kételkedhetnék

abban, hogy az első *lues* teljesen gyógyult s egy második kezdődött.

A második lehetőség az volna, hogy *superinfectio* történt oly módon, hogy a beteg *lueses* nőekkel végzett *közösülései* alkalmával *friss spirochaetákkal* inficiálta magát s az első fertőzéstől még ki nem gyógyult szervezetén újabb kemény fekélyt szerzett. Ezt az eshetőséget nyugodtan kizárhatjuk a következő okokból: *superinfectio* $\frac{1}{2}$ éves *syphilis* mellett nem okoz *typusos sclerosis*t, hanem esetleg nagyobb oltási papulát (*Impfpapel*). Esetünkben pedig ugyancsak jellemző óriási sclerosis keletkezett. Viszont a *superinfectio* nincs az első sclerosis helyéhez kötve, holott itt az a legfeljebb körülmény, hogy a második fekély az első helyén jött létre. Arra senki sem gondolhat, hogy a második alkalommal *gumma* fejlődött a *penisen*, hiszen ezt a klinikai kifejlődés képe s a mirigyek magatartása is kizárja.

Nem marad más magyarázatunk, mint a fentemlített *Thalman-féle Solitärsekundäraffektre*, illetőleg a *Bettmann-féle Frührezidiv-re* gondolnunk, melyek néha leirt esetünkhöz hasonló, úgynevezett *másodlagos sclerosis* alakjában mutatkozhatnak. Ezeknek a létrejövetelét *Thalman* elmélete igen természetesen és érthetően magyarázza meg. Szerinte a *spirochaeták* ellen készített *antitoxin* korai és *erélyes* kezelés után annyira *sterilezheti* már rövid időn belül a szervezetet, hogy az egy-két *spirochaetafészektől* elfekintve, egész *spirochaetamentessé* válik. A szervezet ennek következtében bizonyos *relativ fogékony*ságot nyer, mert *immunitása* megszűnt vagy majdnem *elenyészett*. Ha tehát az *eltokolt spirochaeták*, melyek eddig *szunnyadtak* és a szervezetre befolyást nem igen gyakorolhattak, valamelyes okból *felélednek*, akkor a szervezetben *olyan viszonyokra találunk*, mint az *első fertőzés alkalmával* s ennek következtében *olyan elváltozásokat is hoznak létre*, mint az *első sclerosis kifejlődésekor*. Ezzel a magyarázattal jól egybevág az a körülmény is, hogy a *Wassermann-reactio* a második fekély keletkezésekor *negatív* volt. *Thalman-nak* ezt az *elméletét teljes egészében elfogadhatjuk*, mint a *vázolt esetek ezidőszerinti legtermészetesebb megfejtését* s leirt esetünkben *ennél fogva* ú. n. *Sekundäraffektet*, *másodlagos sclerosis*t tételezhetünk fel. *Reinfectióra* ne gondoljunk itt, a hol, mint az *elmondottakból látszik*, *korai recidiváról*, *pseudoreinfectióról* van szó.

Ilyen *másodlagos sclerosis*ok az újabb irodalom tanúsága szerint *tisztán erélyes kénesőkúra* után is létrejöhetnek, a mint ezt a *Hoffmann* régi esetében leirt „*izolált indurált papula*“, *Thalman* 7 esete, *Finger* 1 esete és *Frieboes* első és harmadik esete stb. mutatja. A *salvarsan* alkalmazása óta ezek az esetek *szaporodtak*, a minek az a magyarázata, hogy a 606-tal a szervezetben valószínűleg *gyorsabban pusztíthatunk* el *nagyszámú spirochaetát* s így — *habár mulólag* — *részleges sterilisatiót* s ezzel kapcsolatban *viszonylagos fogékony*ságot hozhatunk létre sokkal *rövidebb idő* alatt, mint *azelőtt*, a mikor *tisztán kénesővel* dolgoztunk. *Frieboes* második és *negyedik* esetében *salvarsan* befecskendése után 3, illetve 6 hónap múlva újabb — *másodlagos* — *sclerosis* keletkezett, egyszer a *bal karon*, máskor a *tonsillán*. *Krefting* esetében 6 hónappal az első fertőzés és nem egészen 3 hónappal az utolsó (3.) *intravenás Ehrlich-injectio* után *negatív Wassermann-reactio* mellett fejlődött ki újabb két sclerosis az *eredeti kemény fekély közelében*. Két másik észleletében leírja, hogy az *utolsó salvarsan-befecskendés* után kb. 2 hónap múlva *mutatkozott új sclerosis*. A *Wassermann-reactio Krefting*, *Stühmer* és *Behring* hasonló eseteiben, valamint az *enyém*ben is egy vagy több *Ehrlich-injectio* után *negatívvá* vált s e *negatív stadiumban* keletkezett a *második sclerosis*, melyet *Krefting-gel* ellentétben még az ő esetében sem tartok *reinfectio* jelének, hanem csak *Sekundäraffektnek*, *másodlagos sclerosis*nak.

A *másodlagos sclerosis* pathogenesise szempontjából nem sokat változtat a dolgon az, hogy *kifejlődését* esetleg *superinfectio* révén *odakerült spirochaeták* is elősegíthetik, illetve *kiválthatják*. A *lényeges előfeltétel* az, hogy a *szervezet relative spirochaetamentes*, tehát bizonyos tekintetben

fogékony legyen. A korai recidivákat a szerzők egy része, így például *Ehrlich* és *Thalman* is, a prognosis szempontjából nagyon kedvező jelenségnek tartja. Ugy tekintik ezeket, mint a szervezet majdnem teljesen sikerült sterilizációjának a bizonyítékait.

A syphilis igen korai erélyes kénésös kezelése vagy salvarsannal való gyógyítása nemcsak a bőrön, hanem a belső szervekben is okozhat korai recidiváknak tekinthető elváltozásokat. Ilyenek a már tavaly leírt és eleinte nagyon rettegett idegbántalmak a látó- és hallóideg sphaerájában. A salvarsan befecskendése után ritkán észlelt látó-, szemmozgató- és hallóidegbénulásokat eleinte mindenki specifikus arsenmérgezési tüneteknek tartotta. Ezzel szemben *Ehrlich* ezekben a bántalmakban syphilitis természetű s épp ezért *neurorecidiváknak* nevezett folyamatokat lát, melyek az imént tárgyalt korai bőrrecidivákhoz hasonlóan a majdnem sterilizált szervezetben itt-ott az idegekben visszamaradt spirochaeták feléledésére vezethetők vissza. Nem szándékszem erre a kérdésre bővebben kiterjeszkedni, az idő úgyis meg fogja adni reá a feleletet; csupán ama sejtlememnek óhajtok kifejezést adni, hogy a salvarsannal való gyógyítás, melyet eddig több száz esetben végeztem, egyszer-máskor nemcsak neurorecidivák, hanem talán valódi *agysyphilis* létrejövételére adhat alkalmat, ha kénésővel nem kombináljuk a kezelést. Az a néhány eset, mely ezt a gyanút felébresztette, mind *régi lappangó syphilis* esete volt. Az illető betegek pozitív Wassermann-reactio alapján intravenás *Ehrlich*-injecciót kaptak; ettől megerősödtek, súlyban gyarapodtak, a közérzet tekintetében teljesen helyreállottak s az ajánlott kénésös utókezelést — talán éppen ezért — elhanyagolták. Bizonytalan idő múlva részint főfájás, részint álmatlanság, idegesség, nyugtalanság, kedélytelenség, hypochondria, szédüléssel bizonytalanság érzete stb. alakjában agyvelő-tünetek jelentkeztek, melyeknek oka akkor előttem meglehetősen érthetetlen volt. Ma úgy vélem, hogy a *Thalman*-féle elmélettel jól megmagyarázhatók, mint a részleges sterilizációt követő *lueses* kiújulások az agyvelő szövetében vagy burkain. Ugy ezek az agyvelő-bántalmak, mint az acusticusban beálló, előbb tárgyalt *neurorecidivák* erélyes kénésös- és jodkezelésre rendszerint visszafejlődnek.

Az elmondottakból azt a tanulságot meríthetjük, hogy a salvarsanos gyógyítást, ha csak lehet, mindig kénésös kezelés kövesse, mivel ez a legmegbízhatóbb módja annak, hogy gyors recidivákat elkerüljünk. Az *Ehrlich*-féle szer éppen gyors és erélyes hatása miatt okozhat veszedelmet és recidivákat az említett részleges fertőtlenítés révén. Ugyanezek az eshetőségek állhatnak elő nagy ritkán a syphilis nagyon erélyes és korán megkezdett kénésös kezelése után is. Mindazonáltal nagyon természetes dolog, hogy ezek a sajnálatos kiújulások nem tarthatnak vissza sem a syphilis korai és erélyes kénésös gyógyításától, sem a 606 alkalmazásától, legfeljebb figyelmeztetnek arra, hogy ilyenkor azonnal intenzív kénésőkúrát tartunk.

Az ismertetett esetek alapján összefoglalólag azt mondhatjuk, hogy az utóbbi időben gyakrabban közölt olyan esetek, melyekben a biztosan megállapított syphilitis fertőzés után rövid néhány hónapon belül reinfectio látszatát keltő újabb sclerosisok keletkeztek s melyeket a szerzők egy része valóban reinfectio jelének tekint, tulajdonképpen nem egyebek, mint a szokatlanul erős és korai specifikus gyógyítás következtében a *Thalman*-féle elmélet szerint kiváltott korai recidivák. Ezek a pseudosclerosisok rendszeren negatív Wassermann-reactio mellett fejlődnek ki, a mi még inkább emeli a reinfectio látszatát; létrejöhetnek az eredeti sclerosis helyén s jellemző mirigyduzzanatot okozhatnak, úgy hogy valódi sclerosistól meg sem különböztethetők, de megjelenhetnek a köztakaró s a látható nyálkahártyák bármely részén és ilyenkor extragenitalis reinfectiót utánozhatnak.

Az eddigi tapasztalatok — végül — arra figyelmeztetnek, hogy a syphilis gyógyítása alkalmával ne bizzunk meg egyedül a salvarsanban, hanem használjuk azt kénésővel felváltva. A 606 ugyanis szépen, erélyesen és gyorsan működik, a kénéső ellenben lassan, de biztosan.

Közlemény a budapesti Stefánia-gyermekkorházzal kapcsolatos egyetemi gyermekklinikáról. (Igazgató: Bókay János dr. m. kir. udv. tanácsos, egyet. ny. r. tanár.)

A veleszületett syphilisben szenvedő gyermekek további fejlődési és egészségi viszonyairól.

Írta: *Vas J.* dr., klinikai gyakornok.

(Vége.)

Az eddig ismertetett esetek egyikében sem tudtuk egész határozottan megállapítani, hogy apai vagy anyai syphilis szerepelt-e első sorban az anamnesisben.

A következő 3 esetben maguk az anyák vallották be a syphilissel való inficiálódást s azért érdemesnek tartjuk ezeket külön csoportba foglalva ismertetni.

1. *K. Erzsé* 4 hónapos korában mutatott be. 6 terhességből származó, első élő gyermek. Bemutatásakor erős nátha, beesett orrgyök, ajkberepedések (rhagades), fénylő tenyerek, talpak, megnagyobbodott lép voltak az uralkodó tünetek. Szopik. Első kezeléstartama 8 hó. Utána angolkórt, kanyarót, tüdőlobot állott ki. Rággörccs nem volt. 2 éves korban kezdett járni és beszélni. Ezen korig ágyba vizelt. Recidiva 2 és 3 éves korban mutatkozott. 4 éves korában súlyos keratitis parenchymatosát kapott, mely ellen majdnem egy éven át kezeltük. Az utoljára 5 éves korában felvett gyermek általános vizsgálatok azt találtuk, hogy gyengébben fejlett s rosszul táplált. Fejkörfogata 49 cm. Mellkörfogata 48 cm. Súlyja 12 kgr. Hossza 86 cm. Kifejezett tyúk-mellkas Izületek rendben. Keratitis parenchymatososa o. u. Szemfenéki vizsgálatkor a bal szemén a peripherián fekete petty (*Vermes* főorvos). Hallás nem kielégítő. Kifejezett nyeregorr. Ajkak körül sugaras hegek. Nagy mandulák. Hang tiszta. Mellkasi, hasi szervek rendben. Végbél-nyílás felett a farpofák között kis tölcészerű behúzóadás. A gyermek elég értelmesnek látszik, reflexei normalisak. Állítólag gyakran vannak főfájásai. Jól alszik.

2. *E. Gyula*, 5 hetes. 5. terhesség, 3 halvaszülött, a negyedik 6 hónapos korában halt el. Bemutatáskor nátha, beesett orrgyök, foltos-papulás kütég, megnagyobbodott lép. Kezelés tartama 4 hónap, miatt a lueses tünetek visszafejlődtek, azontúl a beteget nem láttuk, csak 7 hónapos korában, mikor is végbélkörüli papulákkal hozták be. A recidiva 1½ éves korában ismétlődött, ugyancsak végbélkörüli condylomák alakjában, mi mellett még orchitis luetica is fennállott. Ezen baján kívül még középsúlyos angolkórt is kiállott. 2 éves korban kezdett járni s beszélni. Most 4 éves a gyermek. Gyengébben fejlett s táplált. Fel-tünően sápadt. Fejkörfogata 48 Mellkörfogata 49. Súlyja 13 kgr. Hossza 95 cm. Csontrendszere gracilis, különben ép. Érzékszervek, mellkasi szervek épek. Lép nem tapintható. Mirigyek nem nagyok. Fokozott reflexek. Ijedős, ideges gyermek.

3. *Sz. Jenő*, 2 hetes. 6. terhesség, 1 abortus, 1 kilencz hónapos korban halt meg tüdőlobban, a harmadik terhességből származó leány 10 hónapos korban halt meg, állítólag tuberculosiban, a negyedik abortus volt, az ötödik koraszülött. Betegünk bemutatásakor tehát egyetlen élő. Tünetei nátha, foltos-papulás kiütés, fénylő talpak, lépduzzanát. Első kezelési tartam körülbelül 1 éves koráig. Recidiva 2, 3 4 éves korában jelentkezett. Közben kanyarót, bronchitist állott ki. Egy éves korában kezdett járni, 3 éves korában beszélni. Ágybavizelésben nem szenvedett. Most 6 éves, mérsékeltén fejlett s táplált fiú, 118 cm. magas. Fejkörfogata 51, mellkörfogata 58. Súlyát nem tudjuk, mert lakásán vizsgáltuk. Csontrendszer, izületek rendben. Érzékszervek, mellkasi, hasi szervek épek. Végbél-nyílás felett mérsékelt tölcészerű behúzóadás. Kifejezett Chvostek, fokozott reflexek. Jól alszik, főfájása nem szokott lenni, értelmes gyermek.

Összegezve ezen 3, biztosan anyai syphilissel terhelt gyermekek tapasztaltakat, azt látjuk, hogy a 3 családban összesen 17 terhességből ezen betegek utolsó vizsgálatáig mindössze 3 gyermek maradt életben. Ezen 3 gyermek közül is az 1. sz. súlyos keratitis parenchymatosában szenved s nyeregorrával, általában a külsejével, úgyszólván iskolaesete a lues hereditáriának; a másik kettőn is többszöri recidivák voltak s utolsó vizsgálatunk alkalmával főleg a 2. sz. határozottan rosszul táplált, sápadt, gyenge gyermek benyomását keltette, mi mellett az idegrendszert ingerlékenyebbnek találtuk. Ezen utóbbi lelet a 3.-on még kifejezettebb volt typosos Chvostek-tünettel, fokozott reflexekkel. Természetesen nehéz eldönteni, hogy az általános erőbeli állapotnak s az idegrendszernek ezen alárendeltebb volta mennyiben írható a kiállott lues rovására s mennyiben a mostoha hygienés viszonyokra, melyekben ezen gyermekek kétségtelenül nevelkedtek s a melyekről a 3. sz. esetben személyesen is, a beteg lakásán meggyőződünk.

Midőn így 3 igen praegnans s ritkább tünettől bíró, majd a biztosan lueses anyától származó csecsemők további sorsának történetét befejeztük, áttérünk többi hosszabb ideig észlelt betegünk további fejlődésének vázolására. *Olyanokról lesz szó, a kik első bemutatásuk alkalmával a közönséges, rendes, többnyire enyhébbnek ítélt lueses tünetekkel bírtak: nátha, foltos-papulás küteg, fénylő tenyerek, talpak, lépduzzanat stb.*

1. *Schw. Lajos*, 10 napos korában vétetett kezelés alá. Negyedik terhesség, 3 abortus Első élő Papulomaculosus kiütés. Szalonnás talpak. Mérsékelt lépduzzanat. 3100 gr. súly. Szopik. Első kezelési tartam $4\frac{1}{2}$ hó. Intercurrens betegségek: angolkór, számarhurut, kanyaró, mirigylob. Ránggörcs nem volt. $1\frac{1}{2}$ éves korban kezdett járni s beszélni. Három éves koráig bevizelt. Most 9 éves a gyermek. Recidiva eddig állítólag nem jelentkezett. Megtekintésre egészségesnek, elég jól fejlettnek, valamivel gyengébben tápláltnak látszik. Köztakarója halvány. Fejkörfogata 52 cm. Mellkörfogata 60 cm. Testhossza 127 cm. Súlyja $25\frac{1}{2}$ kgr. Csontrendszere ép. Izületek szabadok. Szem, orr, fül, száj környéke rendben. 8 tejfoga erősen cariosus, 8 állandó foga csipkés szélű. A torok tiszta. Mindkét áll alatt s a tarkón borsónyi-babnyi mirigyek. Hang tiszta. Mellkasi és hasi szervek rendben. Kissé fokozott reflexek. Chvostek nincs, kisméretű kézreszkedés. Értelmes, állítólag ideges gyermek. Jól alszik. Főfájása nem szokott lenni. Fejlődési rendellenesség nincs.

2. *P. Ibolya*, 6 hetes, 4. terhesség. Első élő. Papulomaculosus exanthema. Fénylő tenyerek, talpak. Első kezeltetés tartama 5 hó. 2 éves korban kezdett járni s 3 éves korban beszélni. Most $4\frac{1}{2}$ éves, eddig 2 ízben volt recidiva, azonkívül angolkórt, kanyarót állott ki. Ránggörcsei nem voltak. Még most is bevizel. Elég értelmes, mérsékeltten fejlettnek s tápláltnak látszik.

Fejkörfogata 48. Mellkörfogata 49. Súlyja $13\frac{1}{2}$ kgr. Hossza 95 cm. Csontrendszer, izületek rendben. 8 cariosus fog. A caries nem annyira a rágó felszínen, mint inkább az iny mellett van, a fog körül a buccalis, illetve ajkfelszínen. Egyébként állalatti néhány mirigyűl eltekintve, teljesen negatív lelet. A végbélnyílás felett a farpofák széthúzása után kifejezett tölcseürű behúzóást találunk. Idegrendszer részéről eltérés nem konstatalható.

3. *J. Erzsé*, 3 hetes, 9. terhesség, 2. élő. Az első 1 hónapos korában halt el. Nátha. Foltos-papulás kiütés. Ajkakon sugaras berepedések (rhagades). Lépduzzanat. Szopik. Kezelés tartama 5 hó. Recidiva már 1 éves korban jelentkezett, majd 3 éves korban ismétlődött nyálkahártyatünetekkel. Közben bélhurutot, kanyarót és tüdőlobot állott ki.

2 éves korában járt és beszélt, 3 éves korig ágybavizelt. Most 5 éves, gyengébben fejlett s táplált. Fejkörfogata 51. Mellkörfogata 49. Súlyja $16\frac{1}{2}$ kgr. Hossza 105 cm. Bal tibia mentén kissé érzékeny duzzanat, izületek szabadok. Orr alakja rendes. Ajkakon néhány sugaras hegvonal, nagy heges mandulák. Áll alatt borsónyi mirigyek. Egyébként negatív lelet. A végbélnyílás felett a farpofák között mélyebb behúzóás.

Értelmes, ideges, rakoncátlan gyermek, gyakori főfájásban szenved, keze remeg. Gyengén kiváltható Chvostek. Erősen fokozott reflexek.

4. *Kl. Mari*, 6 hetes, 7. terhesség. Első élő. Nátha, beesett orrgyök, foltos-papulás kiütés. Hámló s fénylő tenyerek, talpak. Kezelési tartam $1\frac{1}{2}$ éves korig. Ekkor kezdett járni s beszélni. Bélhuruton kívül más baja nem volt. 5 éves koráig recidiva nem jelentkezett, utolsó bemutatáskor a bal sípcsontját fájlalta objectiv lelet nélkül. Ekkor 97 cm. magas.

Áttekintve ezen 4 esetre vonatkozó adatainkat, azt látjuk, hogy a 4 gyermek 4 család 24 terhességének eredménye. Tudunkkal e négyen kívül csak az elsőnek született még élő testvére, úgy hogy az absolut veszteség $79\cdot20\%$. Ezen elég kedvezőtlen anamnesis dacára a tünetek nem tartoztak a leg-súlyosabbak közé és a továbbiak folyamán is csak kettőn volt eddig recidiva a 4 közül, míg az 1. számún (9 éves) és a 4. számún (5 éves) eddig recidiva nem jelentkezett. Az utóbbin még a csecsemőkorban kifejezett nyeregorrot sem tudtuk most az utolsó vizsgálatkor konstatalni, igaz, hogy ez állott leghosszabb ideig állandó megfigyelés alatt s rendszeresen kezeltetett.

A recidiváltak közül a 3. számún még az utolsó bemutatás alkalmával is kifejezett tophust találtunk a bal sípcsonton, mi mellett az ajkakon levő sugaras hegek s nagy heges mandulák a kiállott syphilis állandó nyomaiként mutatkoztak.

Mind a 4 gyermek gyengébben fejlett s táplált volt, igen sok carieses foggal. Szervi eltérést nem találtunk, ellenben 2-n Chvostek-tünet s fokozott reflexek mellett neuropathiát konstataltunk s ugyanezeknél a szülők rakoncátlan,

ideges magaviseletről, főfájásról tesznek említést. Egyet kivéve, a többi 3—4 éves koráig ágybavizelt s ezek közül kettőn nagyfokú tölcseürű behúzóást találtunk a végbél-nyílás felett.

Nem lesz érdektelen a következőkben 2 (Sch. és Sz.) család összes gyermek-tagjainak sorsáról beszámolni, a kiket csecsemőkoruktól fogva hosszabb ideig volt alkalmunk észlelni.

Sch. család 4 (összes) tagjának további sorsa.

1. *Sch. Lajos*. Kezelés kezdete 2 hó. Első gyermek. Nátha, fénylő tenyerek, talpak, foltos kiütés. Anyatejet kap. Kezelés tartama 6 hó. Recidiva 2 ízben. Intercurrens bajok: bárányhimlő, kanyaró, tüdőlob. Egy éves korban kezdett járni és beszélni. Ránggörcse sohasem volt. Ágybavizelésben nem szenvedett. Most $5\frac{1}{2}$ éves, mérsékeltten fejlett s táplált, halvány köztakaró. Feltűnő gyenge genitáliák. Elődomborodó homlokudorok. 18 foga közül 11 erősen cariosus. Izületei épek. Fejkörfogata 52 cm. Mellkörfogata 52 cm. Testhossza 108 cm. Testsúlya 17 kgr. Szem, fül rendben. Gyakori orrvérzésben szenved. Orr alakja rendes. Ajkak, nyelv, torok tiszták. Nagy mandulák Kissé fokozott reflexek; kifejezett Chvostek-tünet. Értelmi fejlettség jó. Néha főfájásban szenved, ideges, ijedős gyermek, éjszaka többször felriad.

2. *Sch. Miklós*. Előbbi testvére, bemutatáskor 2 hónapos, 2. gyermek. Nátha, fénylő tenyerek, talpak. Duzzadt máj, lép. Természetesen táplált. Első kezelés tartama 3 hó. Recidiva 1 ízben. $1\frac{1}{2}$ éves korban kezdett járni s beszélni. Ránggörcse sohasem volt. Nem vizelt ágyba időn túl. Angolkórt, kanyarót, tüdőlobot állott ki.

Most 4 éves; gyengébben fejlett s táplált. Tyúkmellkas. Fejkörfogat 49, mellkörfogat 50 cm. Testsúlya 13 kgr. Testhossza 92 cm. Egyébként teljesen negatív lelet. Időnkint főfájás.

3. *Sch. József*. Előbbieket testvére, 3. gyermek. Kezelés kezdete 6 hét. Nátha, foltos, papulás küteg, lépduzzanat. Természetesen táplált. Kezelési tartam 4 hó. Recidiva nem volt. 1 éves korban kezdett járni, $2\frac{1}{2}$ éves korban beszélni. Kanyarót, tüdőhurutot állott ki. Ránggörcse sohasem volt. Ágybavizelésben nem szenved. Most 3 éves, mérsékeltten fejlett s táplált, tág venahálózat a fejen, igen kicsiny genitáliák. Csontrendszer, izületek épek. Fejkörfogata 49 cm., mellkörfogata 49 cm. Súlyja 12 kgr. Hossza 87 cm. Szemei épek. Fülkagylón eczema. Megnagyobbodott mandulák. Áll alatt babnyi mirigyek. Mellkasi szervek épek. Tapintható lép. Kissé fokozott reflexek, kiváltható Chvostek.

4. *Sch. Kálmán*, a negyedik testvér. 5 hetes korában mutatott be. Nátha, foltos, papulás küteg, fénylő tenyerek, talpak. Szopik. Kezelési tartam 5 hó. Most $1\frac{1}{2}$ éves, mérsékeltten fejlett s táplált, sápadt. Caput quadratum, koronányi nagykutacska, bordaporoz- és epiphysis-duzzanatok, 2 alsó metszőfog áttörőben. Kissé beesett orrgyök. Egyébként semmi lueses tünet.

Mint a felsorolt 4 kórrajz mutatja, az Sch.-család négy gyermekén elég kedvező eredményről számolhatunk be. Összesen négy terhességből 4 élő gyermek származott, mind a négyet néhány hetes korában láttuk először enyhe lueses tünetekkel, melyek néhány heti-havi kezelés után elmúltak. Mind a négy gyermek természetesen tápláltatott. Angolkórt kiállott kettő. Recidiva mutatkozott kettőn, az $5\frac{1}{2}$ és 4 évesen míg a 3 és $1\frac{1}{2}$ évesen eddig még nem jelentkezett; s bár igaz, hogy az első kettőn a recidiva már a második életévben állott be, mégsem mondhatjuk véglegesen recidivamentesnek a másik kettőt. Mind a négy inkább a mérsékeltbben fejlett s táplált gyermekek közé sorolható, különösen a 4 éves gyenge, igaz, hogy ez súlyos angolkórt is állott ki, melynek jeleként az utolsó bemutatáskor is kifejezett tyúkmellkast találtunk. A csontrendszer vizsgálatokor a normalistól eltérést találtunk. Az elsőn a promineáló homlokudorokat, az utolsón florid rachitist (2 éves korában a kutacska még forintnyi, mindössze 2 foga van). Mind a négy gyermekén feltűnt a fogak rossz volta, a genitáliák relativ gyengébb fejlettsége.

Direct lueses tünetet egyen sem találtunk; némileg a baj előremetére lehetne következtetni a harmadikon a tág venahálózatból a fejen és a még tapintható lépből és a negyediken a kissé beesett orrgyökből.

Az idegrendszer részéről az elsőn és harmadikon többé-kevésbé kifejezett Chvostek, fokozott reflexek s neuropathiás viselkedés voltak konstatalhatók.

Sz. család összes tagjainak sorsa.

1. *Sz. E.* 7 óra született, 3 napig élt, állítólag köldökvérzésben halt el.

2. *Sz. K.* 2. gyermek, az első után 9 évre született ugyanazon apától. 2 hetes korában mutatott be. Nátha, typosos kiütés, fénylő

tenyerek, talpak. Lépduzzanat. Kezelési tartam 3 hó. Anyatejjel táplált. Recidiva már 1 éves korban. Ekkor kezdett járni s beszélni is. Most 6 éves, gyengén fejlett s táplált. Fejkörfogata 48. Mellkörfogata 53. Testhossza 108. Súlya 15 kgr. Eddig kanyarót, számarhurutot állott ki. Csontrendszer gracilis, kissé kiálló homlokudorok. Sok rossz fog. Izületek épek Mindkét szem keratitis parenchymatosus. Hallása jó. Orr alakja rendes. Kemény szájpardon s alsó ajkon plaque. Nagy mandulák. All alatt babnyi mirigyek. Mérsékelt fokozott reflexek, gyengén kiváltható Chvostek. Értelmi fejlettség jó. Főfájásról sűrűn panaszkodik. Végbéláj tiszta, az anusnyílás felett $\frac{1}{2}$ cm.-nyire a farpofák között tölcsérszerű behúzóadás.

3. Sz. J., a 3. gyermek, rendes időre született s csak 6 napig élt.

4. Sz. Mari a 4. gyermek, időre született, 2 hetes korában mutatott be. Nátha, nyeregorr, papulomaculosus kiütés, lépduzzanat. Köldökből kis vérszivárgás. Kezelési tartam 3 hó. Anyatejjel táplált. Recidiva 1 és 4 éves korban mutatkozott. 2 éves korban kezdett járni, járás mindjárt biczegő volt (jobb oldali veleszületett csípőizületi ficzam, mely ellen most kezelés alatt áll). 2 éves korban kezdett beszélni, erősen selypít. Most $4\frac{1}{2}$ éves, eddig kanyarót, számarhurutot, fültömriagylobot állott ki. Ránggörcse nem volt. Most is ágyba vizek. Mérsékelt fejlett s táplált, sápadt. Fejkörfogata 47. Mellkörfogata 51. Testhossza 84. Súlya 12 kgr. Szem, fül ép. Kisfokú nyeregorr. Nyelven fillérnyi szalonnás plaque. Mindkét áll alatt sok babnyi mirigy. Mellkasi, hasi szervek épek. Az anus felett, a farpofák között nagyfokú bemélyedés. Reflexek fokozottak. Chvostek kifejezett. Értelmi fejlettség jó. Néha főfájás.

5. Sz. L., az 5. gyermek. Időre született. 6 napos korában mutatott be. Pemphigus tenyereken, talpakon, lépduzzanat, 7 hónapos koráig kezeltük. Anyatejjel táplált. Testsúlya 2500 gr.-ról 5650-re emelkedett. Ekkor számarhurut kapcsán beállott eclampsias roham áldozata lett.

6. Sz. J., a 6., időre született. 2 hónapos korában láttuk enyhe lueses tünetekkel, melyeknek 7 hónapos korában semmi nyomát sem találtuk, kivéve a nagy lépet; kissé túltáplált (anyatejjel) petyhűt gyermek. 2 ízben ránggörcse volt.

A most vázolt Sz. családban már kevésbé kedvezőek a tapasztalataink, mint az előbbi Sch. családban. Itt 6 terhességből 6 élő gyermek jött ugyan a világra, de közülük most csak 3 van életben, a legidősebb 6 éves, a közbenső $4\frac{1}{2}$ éves és a legfiatalabb 7 hónapos. A 3 elhalt nem érte el az első évet, a mennyiben az első 3 napig, a másik, ki a 6 éves után született, 6 napig és a 3., ki a most $4\frac{1}{2}$ éves után született, 7 hónapig élt. Ezen utóbbi gyermek szintén kezelésünk alatt állott, a mint láttuk, elég szépen fejlődött, súlyban 2500 gr.-ról 5650 gr.-ra emelkedett s akkor egy eclampsias roham áldozata lett. Kiemeljük az eclampsias, mert ezen család most is élő legfiatalabb tagja is már 2 ízben állott ki eclampsias rohamot. De a másik 2 élön is az idegrendszert érzékenyebbnek találtuk (Chvostek, fokozott reflexek), mi mellett értelmileg rendesen fejlődtek. Mindkettő most is bevizek, a kisebbik selypítve beszél. Recidiva lehetőségéről természetesen csak a $4\frac{1}{2}$ évesen és a 6 évesen lehetett szó s mind a kettőn csakugyan volt, sőt a nagyobbikon a legutolsó vizsgálatkor is keratitis parenchymatosusát és szalonnás fekélyt láttunk a szájban és a fiatalabban is szalonnás fekélyződést a nyelven. A nagyobbikon kiálló homlokudorok mellett sűrűn jelentkező főfájásokról tettek említést a szülők. Mindkettő inkább gyengébben fejlett s táplált, halvány gyermek, gracilis csontrendszerrel, a fiatalabbnak veleszületett csípőizületi ficzama van. Mindkettőn az anus felett a farpofák között nagy tölcsérszerű behúzóadás látható. Összevéve ezen család összes gyermekeinek egészségügyi viszonyait, látjuk, hogy lueses tünettől mentesnek még évek múltán sem találtuk a gyermekeket.

Az eddig felsoroltakon kívül még körülbelül 50, legalább 2 évesnél idősebb gyermekről van tudomásunk, kiket csecsemőkorukban veleszületett syphilis ellen gyógykezeltünk s a kikről most részint levél útján szereztünk tudomást a legfontosabb kérdésekre vonatkozólag, részint ambulans jegyzőkönyveinkben találtuk egyesek neveit recidivákkal.

Az így nyert adatok természetesen nem lehetnek olyan pontosak, mint a bizonyos megállapított terv szerint készült kórtörténetek, de azért mégis hozzájárulhatnak e tárgyról alkotandó összbemomásunk kialakításához. Minthogy azonban úgyszólván mindenben csak az eddig elmondottakat támogatják, ismétlések kikerülése céljából a tárgyalásuktól elállunk

és áttérünk az anyagunkból lesűrhető tanulságok összefoglalására.

Láttuk, hogy poliklinikai csecsemőanyagunk 76% -át az első 3 élethóban kapjuk, hogy ebből felévt multával már csak 37% marad általában véve szemünk előtt. Valamennyi itt felsorolt lueses csecsemőnk calomel-, illetve később recidiva-kor Hg-kenőcs-kezelésben részesült. Ismételjük, hogy lueses csecsemőink úgyszólván mind természetesen tápláltattak, súlyban — tapasztalataink szerint — eleinte gyengén, de általában a születési testsúlyhoz viszonyítva elég szépen gyarapszanak. Végeredményben azonban a testsúlyt az egészséges — luesmentes — szopós csecsemők súlyánál kisebbnek találtuk. A továbbiak folyamán tapasztaltuk, hogy lueses csecsemőink mintegy $\frac{2}{3}$ -ának volt recidivája, mely szám főleg azon családok tagjaiból tevődött össze, hol anyai terhelttség s a tünetek közül pemphigus s osteochondritis szerepelt.

20, a legelső csecsemőkortól közvetlenül megfigyelt és kezelt gyermek közül az utolsó vizsgálatkor syphilisre utaló tünetet találtunk még 8-on, ú. m. 1. 5 éves (keratitis parenchym., nyeregorr), 2. 4 éves (orrfekély), 3. 7 éves (tophus, hydrocephalus, tág venahálózat a fejen), 4. 4 éves (plaques a tonsillán), 5. $2\frac{1}{2}$ éves (nyeregorr, lefolyt epiphyseolysis), 6. 5 éves (tophus, nyeregorr, rhagades oris, heges mandulák), 7. $4\frac{1}{2}$ éves (plaque a nyelven), 8. 6 éves (keratitis parenchym., plaque).

A mi ezen gyermekek általános egészségi állapotát illeti, körülbelül $\frac{1}{3}$ -ának volt nagyobb fokú angolkórja. A többi majdnem mind 1— $1\frac{1}{2}$ éves korban kezdett járni. Csak egy betegünkön, a ki súlyos hydrocephalusban is szenvedett, tolódot el a járás időpontja 3 éves koráig. Angolkóron kívül más intercurrents betegség után kutatva, láttuk, hogy igen sokan minden baj nélkül kiállottak kanyarót, kevesebben vörhenyt, számarhurutot, járványos fültömriagylobot, bárányhimlőt, bélhurutot.

Ezen észlelt családjaink köréből mindössze 3, 2 évesnél idősebb gyermek haláláról szereztünk tudomást: az egyik számarhurut után, a másik kanyaró utáni tüdőlobban, a harmadik gümős agyhártyalobban halt meg. Kifejezett gümőkóros elváltozást ezen egy eseten kívül nem is találtunk. A kiállott betegségek után tovább kutatva, mintegy a gyermekek 10% -ában szerepelt eclampsia is. Ezek közül is kettő egy családból való, kiknek sorsát az előzőkben részletesen leirtuk (Sz. család 6 tagja).

Az eclampsia kapcsán kérdést intéztünk epilepsiára vonatkozólag is, de mindössze egy családban tettek említést epilepsiára emlékeztető görcsrohamokról, melyeket a pemphigusosok sorában említett s hydrocephalust is kiállott gyermek egy testvérén észleltek. Ez a gyermek különben kanyaró után jelentkezett tüdőlobban halt el és apja biztos tudomásunk szerint a tébolydában paralysis progressivában hunyt el. A gyermekek értelmi fejlettségét általában kielégítőnek találtuk, feltűnőbb szellemi defectus nem volt észlelhető. Beszélni elég korán kezdtek, csak 4—5 volt, a ki körülbelül csak 3 éves korában beszélt. Elvéve a beszédet selypítőnek találtuk (egy 7 évesen, egy $4\frac{1}{2}$ évesen).

Feltűnő gyakorinak találjuk a szülőknek abbéli panaszaát, hogy a gyermekek nagyon idegesek, rakonczatlanok, sok köztük az ijedős, nem egy typosus pavor nocturnusban szenved. A betegek mintegy $\frac{1}{3}$ része e mellett szokványos főfájásban szenved. Ezen subjectiv panaszoknak megfelelőleg objective mi is körülbelül a betegek felén az idegrendszert, mint Hochsinger találóan mondja, „minderwertig”-nek találtuk. Nemcsak a térdreflex fokozódását, de sok esetben kifejezett Chvostek-tünetet, reszketést s a vizsgálatkor is bizonyos neuropathiás viselkedést tudtunk megállapítani. S éppen ezen esetekben hallottuk, hogy 3—4 éves korukig, sőt tovább is, ágyba vizek. Általában sokkal több köztük a mérsékelt fejlett s gyengébben táplált, halvány, mint az erős, jól fejlett s táplált. Természetes, hogy itt tekintetbe veendő ezen gyermekek egyébként is szűkes anyagi helyzete s ennek megfelelő kisebb gondozása s ápolása. Feltűnő azonban, hogy némely fiúnak mennyire gyengén fej-

lettek a genitaliái. Nem egy aggódó szülő maga hívta fel e körülményre figyelmünket. Itt említem meg, hogy egyetlen egy esetben észleltünk 13 hónapos korban orchitis lueticát, melynek nyomát most, 4 éves korban nem találtuk, csak feltűnt itt is a penis és a herék kicsiny volta.

A fejlettség s tápláltság pontosabb meghatározása céljából a pontosan észlelt és a kórtörténetekben röviden ismerttetett 20 gyermekén fej-, mellkőrfogat-, testhossz-, testsúlymérést eszközöltünk, hogy az így nyert értékeket a normalisakkal összehasonlítva, az esetleges eltéréseket ellenőrizzük.

Igaz, hogy itt óvatosságra van szükség az adatok becslésében, mert egyrészt számolni kell faji és egyéni különbségekkel, melyek még a normalitás határain belül is fennállanak, másrészt eddig végzett ilyen méréseinket nem tartjuk elegendő számúnak, hogy messzemenő következtetéseket vonhatnánk belőlük. Csak a teljesség okáért közöljük itt eredményeinket:

	Éves	Fejkörf. cm.	Mellkőrf. cm.	Testsúly kgr.	Testhossz cm.
1. Sch. L.	9	52	60	25 $\frac{1}{2}$	127
2. E. P.	7	53	54	20	115
3. Sz. K.	6	47.5	53	15 $\frac{1}{2}$	108
4. Sz. J.	6	51	58	18	118
5. Sch. G.	5	48	52	16	102
6. J. E.	5	51	49	16 $\frac{1}{2}$	105
7. K. E.	5	49	48	12	86
8. Kl. M.	5	51	51	14	97
9. Schn. L.	5	52	52	17	108
10. K. J.	5	50	56	15	108
11. Sz. M.	4 $\frac{1}{2}$	47	51	12	84
12. E. Gy.	4	48	49	13	95
13. Sch. M.	4	49	50	13	92
14. K. Gy.	4	48	51	13 $\frac{1}{2}$	97
15. P. J.	4	48	49	13 $\frac{1}{2}$	95
16. K. J.	4	51	52	16	97
17. Sch. J.	3	49	49	12	87
18. K. I.	3	47	47	11	90
19. H. Gy.	2 $\frac{1}{2}$	48	48	11 $\frac{1}{2}$	87
20. Sch. K.	1	44	43	7 $\frac{1}{2}$?

A fejkőrfogat-rovatot véve, a rendesnél feltétlenül nagyobb fejkőrfogatot találtunk a 2., 6., 9. és a 16. számú esetben, annál is inkább, mert ugyanazokban a mellkőrfogat a normalisnál kisebb s majdnem annyi, vagy még kisebb, mint a fejkőrfogat, pedig tudjuk, hogy ebben a korban a mellkőrfogat a fejkőrfogatnál nagyobb, illetőleg jóval nagyobb szokott lenni.

Kisebnek találtuk a fejkőrfogatot a 3., 11. és 18. esetben, igaz, hogy relative mindhárom esetben a mellkőrfogat is kisebb volt. Lényegesebb szellemi defectust azonban ezek sem mutattak.

Feltűnően kicsiny s kevés súlyú volt a 7. és 11. számú gyermek, míg a többi bár eltért a normalistól, de mégsem ilyen nagy fokban. A 7-es számú éppen az, mely valamennyi gyermek közül a lues hereditariának legtypusosabb képét adta keratitis parenchymatosával, beesett orrgyökkel, rhagasokkal, süketséggel.

A csontrendszer vizsgálatkor feltűnt általában annak gracilis volta. Az angolkór, tophusok, osteochondritis nyomait már említettük. Az ízületek — egy könyökduzzanattól eltekintve, ez esetben a csecsemőkorbán ugyanott osteochondritis volt — épek voltak. Csak megemlítjük, hogy egy 4 $\frac{1}{2}$ éves betegünkön mellékes lelet gyanánt veleszületett csipőzületi ficzamat találtunk.

Még két körülmény volt, mely figyelmünket lekötötte: Az egyik, hogy alig volt egyetlen egy lueses gyermek, a kin a fogak nagy része a legnagyobb mértékben cariosus ne lett volna. A caries sok esetben nem annyira a rágó felszín, mint inkább az íny körüli ajk- vagy pofafelszínre érte. Hutchinson-fogat a fenti sorozatban nem észleltünk, bár igaz,

hogy betegek legnagyobb részének még csak első fogsora volt. A másik körülmény az, hogy a végbéltájnak esetleges condylomákra való vizsgálatkor a betegek meglehetősen nagy számában a végbélnyílás fölött mintegy $\frac{1}{2}$ cm.-nyire a farpofák közti hajlatban kisebb-nagyobb tölcészerű behúzódnást találtunk. Hogy ezek közül melyek voltak a spina bifidának úgynevezett occult alakjai s vajjon van-e ezen leletnek valamelyes körjelző értéke, biztosan még nem tudjuk. Tény, hogy elég sok lueses gyermekben találtuk. Mellékesen jegyezzük meg, hogy ezen lelet több esetben egybevágott a szülőknek azon panaszával, hogy a gyermek sokáig ágybavizelésben szenvedett, a mi megerősítene Fuchs azon feltevését, hogy az enuresis nocturna összefüggésben áll spina bifida occultával, illetőleg myelo-dysplasiával. Hangsúlyozzuk, hogy a míg a gyakoriságot illetőleg luesmentes gyermekekkel összehasonlítva pontosabb eredményre nem jutottunk, ezen leletnek nagy fontosságot nem tulajdonítunk.

Ezekben számoltunk be ambulans syphilis-csecsemőink további sorsáról; tekintve, hogy az itt felsoroltak mind Hg-kezelésben részesültek, ez anyagunk nem lesz érdektelen összehasonlítási alap majdan a salvarsannal kezelt bujakóros csecsemők további fejlődésének és sorsának elbírálásakor.

Irodalom. Gerhardt: Gyermekbetegségek tankönyve, 1870. — Henoch: Lehrbuch d. Kinderkrankheiten, 1883. — Hochsinger: Wiener mediz. Wochenschrift, 1889. 45—48. (Ref.) — Freund: Sterblichkeit der hered.luet. Säuglinge. Jahrbuch f. Kind., 1900. 52. — Pott: Münchener med. Wochenschrift, 1901. 8. (Ref.) — Karcher: Schicksal der hered.luet. Säuglinge. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1901. 16. — Peiser: Prognose der hered. Lues. Therapeut. Monatshefte, 1909. April. — Vogt: Epilepsie im Kindesalter. 1910. — Hochsinger: Hereditäre Syphilis. (Pfaundler-Schlossmann, 1906.) — Hochsinger: Die Prognose der angeborenen Syphilis. (Ergebnisse der inneren Medizin u. Kinderheilk. I. Band.) — Finkelstein: Lehrbuch d. Säuglingskrankheiten. 1905. — Heubner: Lehrbuch d. Kinderheilkunde, 1906. — Flesch és Schossberger: Leukaemiás vérelváltozás bujakór, sepsis és tüdőlob mellett. Orvosi Hetilap, 1907. 17. sz. — Heine: Jahrbuch f. Kinderheilkunde, 1910. Sept. — Fuchs: Über Beziehungen der Enuresis nocturna zu Rudimentformen der Spina bifida occulta. Wiener mediz. Wochenschrift, 1910. 27.

Közlés az irgalmasok budapesti kórházának gyermekosztályáról. (Főorvos: Heim Pál dr., egyetemi magántanár.)

Néhány megjegyzés a tannismutról.

Közli: Schöller Károly dr., kórházi rendelő-orvos.

Pickardt 1907-ben hívta fel a figyelmet a „Medizinische Klinik“-ben egy új béladstringensre és desinficiensre, a tannismutra.

Ezen készítmény világosbarna, poralakú anyag, mely nem más, mint bismuthum bitannicum s poralakon kívül tabletták formájában is forgalomba kerül.

A többi béladstringens és desinficiens felett azon óriási előnye van, hogy belőle a tannin a gyomorban egyáltalában nem hasad le, a mennyiben egy kis része a tanninnak a felső vékonybélben, nagyobb része pedig az alsó vékonybélben és vastagbélben válik le. Ily módon a tanninnak a gyomorra gyakorolt kellemetlen mellékhatása egyáltalában nem érvényesülhet s a tannismut bevétele után a béltractus egész hosszában desinficiáló és adstringens hatásnak van kitéve. A bismuth szárítja a bélfalat, csökkenti a váladékot, a tannin pedig rontja a talajt a fertőző anyagok számára, gátolja a rothadást és a mellett adstringál is.

Pickardt óta többen (Worezky, Diabailoff, Katschkatscher) kísérleteztek a tannismuttal s mindnyájan, kivétel nélkül jó eredményeket értek el, még pedig úgy acut, mint chronikus bélhurut eseteiben. Én magam a tannismut kitűnő hatásáról az idej forró nyáron győződhettem meg, a mikor lényegesen több súlyos bélhurutesetem volt, mint az előző esztendőben. A kezelésem alatt állott összes bélhuruteseteket tannismutal kezeltem.

Valamennyi esetem közül a legsúlyosabb 14 hónapos leánykára vonatkozik, kin igen súlyos, tenesmussal, magas

lázal, véres székletekkel, hányással és súlyos intoxicációs tünetekkel járó vastagbélhurutot észleltem.

Ez esetben a tanninos bémosásokon kívül az első három napon bismuthum salicylicumot használtam, azután pedig áttértem a tannismut-tablettákra, melyeket — tekintettel a beteg zsenge korára és nagy elesettségére — összetörve, kevés vízzel adattam be. A beteg elég szívesen vette a gyógyszert s ez esetem kapcsán azon tapasztalatra is jutottam, hogy a tannismuttal nem kell takarékoskodni, a meny-nyiben súlyos esetekben még gyermeknek is adható 3—4 tabletta naponkint.

Valamennyi esetemben a tannismut kitűnően bevált s véleményem szerint gyógyszerkincsünk benne oly szerrel gyarapodott, mely a bélhurutok therapiájában rövid idő múlva közkedveltségnek fog örüvendeni.

A munkásbiztosítás feladata a tuberculosis elleni védelem terén.

Irta: *Friedrich Vilmos* dr., egyetemi magántanár, a budapesti munkásbiztosító pénztár főorvosa.

(Folytatás.)

A pénztárak jelenlegi jövedelmi forrásait s az ezekből fedezendő szükségleteket tekintve, ily újabb intézménynek létesítése csakis újabb erőforrások megnyitásától remélhető. A kivitelre is talán alkalmas mód egy külön tuberculosis-alap megteremtése volna olyképp, hogy az országos pénztár valamennyi biztosított tagját köteleznék arra, hogy kéthetenkint — esetleg hetenkint — a reá eső tagsági járulékon kívül még két fillért fizessen az ú. n. tuberculosis-alapra. Az így befolyó összeg, aránylag rövid idő alatt, jelentős és nagyhasznú intézmények létesítését tenné lehetővé. A tuberculosis jelentőségéről felvilágosított munkás pedig, miként ezt például a Budapesti Kerületi Munkásbiztosító Pénztárnál látjuk, nem zúgolódnak ezen csekély áldozattal járó adó fizetése miatt. Hihető továbbá, hogy e két fillérnyi járulékos fizetésének még az a haszna is volna, hogy a pénztári tagoknak e révén is folyton ébren lenne tartva figyelme és érdeklődése a tuberculosis iránt; a mely oly indolens tag is akaratlanul tudomást szerezne a tuberculosis elleni küzdelemről a kéthetenkint vagy hetenkint fizetett fillérjei révén.

Egy másik, nagyon is tekintélyes jövedelmi forrást nyitnia meg annak a nyereség-kölcsönnek megszerzése, a melyhez a m. kir. pénzügyminiszter 1906. márczius 7.-i kelettel 10514 sz. alatt az akkor még fennálló Budapesti Kerületi Betegsegélyző Pénztárnak elvben megígérte hozzájárulását a következőkben: „... méltányolva azokat a munkásvédelmi és közegészségügyi szempontokból nagyfontosságú czélokot, a melyek megvalósíthatására a szükséges anyagi eszközöket részben nyereség-kölcsön útján szándékozik megszerezni a tisztelt elnökség vezetése alatt álló betegsegélyző pénztár, kijelentem, hogy elvben hajlandó vagyok annak idején fölhatalmazást kérni a törvényhozástól arra, hogy a nevezett betegsegélyző pénztárnak összesen 3,000.000 korona névértékű nyereségkötvényeinek kibocsátására vonatkozó engedély ugyanabban a keretben megadassék, mint a milyen keretben az az „Ő Felseje a király védnöksége alatt álló szegénysorsú tüdőbetegek-sanatorium-egyesülete Budapesten“ című egyesületnek az általa felvett hasonló rendeltetésű nyereségkölcsönre vonatkozólag az 1904. évi XXIV. t.-cz. alapján megadatott.“ . . . Budapest, 1906. márczius hó 7. Fejérváry s. k.“

A m. kir. Állami Munkásbiztosítási Hivatal volna illetékes e sorsjegyek kibocsátásának engedélyét megsűrgetni, illetve kieszközölni, mivel az abból fenmaradó tiszta jövedelem igen tekintélyes összegre rúgna. Az ilyképpen befolyó nagyobb összeg az országos pénztárnak utalandó ki oly czélból, hogy abból vagy különböző pénztárak keretén belül dispensaireket, erdei üdülőtelepeket, üdülőházakat létesítsen és az

azokban elhelyezett pénztári tagokat élmezze, vagy hogy a pénztári tagok számára egy nagy sanatoriumot építtessen. A rendelkezésre álló összeg — miképpen azt az Erzsébet királyné-sanatorium példája igazolja — elegendő volna vagy az előbbi, vagy az utóbb említett intézmény létesítésére. Természetesen az építendő sanatorium nélkülözné azt a fényűző berendezést, a mely a tüdőbetegek számára szolgáló magán-sanatoriumokban fellelhető, a mi viszont az intézmény méreteire nézve biztosítana előnyt, a mennyiben a fényűző berendezés helyett a létesítendő ágyak száma növelhető; mindazonáltal a kellő hygienés követelményeknek megfelelő berendezéssel oly sanatorium volna létesíthető, a mely a pénztári tagok czéljainak mindenben tökéletesen megfelelné.

Ha akár ez, akár más mód szerezne meg a pénztáraknak a szükséges anyagi eszközöket, azokból első sorban is a főntebb felsorolt intézmények létesítendőik a szükséggel arányos méretek szerint. Legfőképpen a dispensairekre, mint a tuberculosis e felettébb erős és hatásos védőbástyáinak kiépítésére kell gondolnunk, ha az anyagiak azt lehetővé teszik. Ezek az intézmények ugyanis kettős czélt szolgálnak, a midőn egyrészt a praeventiv feladatokat teljesítik és a még ép egyént védik, másrészt pedig a beteget a szükséges kezelésben, esetleg hozzátartozóit is a lehetőséghez képest istápolásban részesítik. Mindenek előtt fontos volna tehát a dispensaireket és ezek működési körét minél szélesebb alapokra fektetni és bennük összpontosítani mindazoknak a teendőknél kiindulását és teljesítését, a melyek a tuberculosis kérdésében a pénztárakra várnak. A dispensairek látnák el az oktatás és fölvilágosítás körüli feladategy tekintélyes részét, irányítanák a betegek élmezését, lakásviszonyait, foglalkozását, tisztaságát, a fertőtlenítésre irányuló intézkedéseket, a köpet eltávolításához szükséges eszközök kiszolgáltatását, előmozdítanák továbbá a betegeknek füröszttéssel és tornázással való edzését s részt vennének az antialkoholismus terjesztésében is. Ezményinek lehetnemdani azt a dispensairet, mely népkonyhával és fürdővel volna — ha közvetve is — összeköthető.

A dispensairek kiegészítő s segítő kelléke a főntebb vázolt erdei üdülőtelep. Ily üdülőtelepek kellő épületekkel és berendezésekkel nyári barakk-sanatoriumokká bővíthetők, a mikor az egyszerű építőanyagokból emelt épület nyáron lakható szobákat és a szükséges mellékhelyiségeket foglalná magában; ilyeténképp az abban elhelyezett könnyebb betegek ott kapnák a lakást, élmezést, úgyszintén a kellő gyógymódokat orvosi felügyelet mellett.

Ezzel a sanatoriumok egyik formájához jutottunk. A sanatoriumoknak a köztudatba átment alakja az a többnyire túldrágán s fényűzéssel épült, a munkás életviszonyaihoz nem alkalmazott gyógyintézet, a melyben a betegek bármely évszakban tartózkodhatnak s ott a szükséges kezelésben is részesülhetnek. Specialis tüdőbeteg-sanatoriumok létesítésére a pénztári intézmény még fiatal. Nehezen képzelhető el, hogy minden egyes, vagy 4—6 vármegyére kiterjedő kerületi pénztárnak külön-külön egy-egy tüdőbetegek számára szolgáló sanatoriauma legyen. Ha pedig az országos pénztár csupán egy nagyobb szabású tüdőbeteg-sanatoriumot létesítene, úgy az attól messze eső pénztárak csakis nagyobb költségek árán küldhetnék el odaváló beteg tagjaikat s ugyancsak lehetetlen oly nagy terjedelmű sanatoriumnak létesítése, hogy abban az összes sanatoriumi kezelésre alkalmas pénztári betegek elhelyezhetők legyenek. A kérdés ez a része legjobb esetben olyképpen volna megoldható, hogy a mennyiben az országos pénztár egy nagyszabású tüdőbeteg-sanatoriumot emelne, az abban foglalt helyek az egyes pénztárak között a tagsági szám aránya szerint osztandók fel.

Eddigél oly tuberculosisban szenvedő betegek kezeléséről és elhelyezéséről volt szó, a kiknél az állapot javítására esetleg gyógyulására is van remény.

A tuberculosisban szenvedő pénztári tagok igen nagy kontingense azonban sanatoriumi kezelésre már nem alkalmas, dispensaire útján nem részesíthető a kellő ellátásban, lakásviszonyai nem olyanok, hogy házi ápolásban maradhatna, e mellett a bántalom chronikus lefolyása a fertőzés

terjesztésének minden módjára lehetőséget nyújt, úgy hogy az ily betegek kellő elhelyezése a kérdésnek igen fontos és lényeges része.

Magyarországon eddigelé tuberculosis-kórház nincsen. Egyes kórházak keretében ugyan létesítettek már tuberculosis betegek számára szolgáló külön osztályokat, sőt egyik fővárosi kórházban külön barakkokat is emeltek ily betegek számára; természetesen az abban rendelkezésre álló helyek száma elenyészően csekély az arra szoruló elhelyezésére. Fontos volna tehát, ha az illetékes fórumok tuberculosis-kórházak létesítését szorgalmaznák és praeventiv érdekeket szolgálva, ha a pénztárak anyagi áldozatok árán is ily előrehaladt stadiumbeli és chronikus lefolyású tuberculosisban szenvedő tagjaikat kórházakban helyezhetnék el. Addig e kérdés talán olyképp volna megoldható, hogy az egyes pénztárak azokban a kórházakban, melyekben ily tuberculosisban szenvedő betegek számára szolgáló külön osztály van, a szükséghez képest legalább bizonyos számú ágyat foglalalnának s illetően biztosítanák az arra szoruló tagok egy részének elhelyezését.

A rokkantpénztár létesítéséig az állam kötelessége volna, hogy a javulásra hajlamot nem mutató, súlyos és chronikus lefolyású, már kórházi ápolásra sem alkalmas tuberculosis betegek elhelyezéséről erre szolgáló menházak létesítésével gondoskodják. E menházak hiányában ezidőszert semmiképpen sem gondoskodhatik a pénztár ily állapotban lévő tagjainak elhelyezéséről; de nem is a pénztár feladata, hogy ily célú intézményt szervezzen. A pénztár ez irányú kötelezettségének azzal tehetne eleget, hogy ha ily menház volna, abban bizonyos számú ágyat foglalna le tagjai számára. Németországi példák mutatják az ily menházak hasznos voltát, a mennyiben az abban nyújtható kellő ápolás még ily előrehaladt stadiumban lévő betegeken is javulást eredményezhet. De ettől eltekintve, humanitarius szempontokból is szükséges, hogy az ily sinylődő beteg, kit kórházban nem fogadnak be, ki szállást is alig kaphat, fedél alatt kellő ápolásban részesüljön. A tapasztalat igazolja, hogy az ily betegek a fertőzés szempontjából is veszedelmesek, mivel a hosszú lefolyású betegség alatt a velük érintkezőket, a velük együtt lakókat könnyen fertőzhetik.

Még egy, praeventiv célokat szolgáló intézményt kell felemlítenem, az ú. n. üdülőházakat, a melyeknek rendeltetése nem az, hogy a már tuberculosisra gyanus, vagy abban megbetegedett egyének számára a gyógyulást elősegítsék, hanem hogy oly gyengén fejlett, vérszegény, vagy súlyos más természetű betegségek után elgyengült lábadozók elhelyezésére szolgáljanak, a kik a jelzett okoknál fogva hajlamosak a tuberculosisra. Az üdülőház célja tehát, hogy az ily betegeket megóvja a tuberculosis fertőzéstől, hogy ezek szervezetét erősítse és ellenállóvá tegye. Ismét németországi példákra kell hivatkoznom, a midőn rámutatok, hogy az ottani munkásbiztosító pénztárak már több ily üdülőházat létesítettek, a melyeknek praeventiv és socialis hasznukon kívül gazdasági jelentőségük is van; ugyanis a pénztár rendszerint néhány hónapra terjedő kezelési költség árán megóvja tagjainak egy részét oly megbetegedéstől, a mely azokat előbb-utóbb hosszú időközön át munkaképtelenné tenné. Ily üdülőtelepek a várostól nagyobb távolságra, erdős, hegyes, egészséges vidéken létesíthetők, berendezésük hasonló a legtebb ismertett barakk-sanatoriumokéhoz, csupán az építkezés olyan, hogy a betegek azt nemcsak nyáron, hanem az év minden szakában használhatják. Csakis előnyére válhatna a pénztári intézménynek, ha ily praeventiv eszközzel is védhetné tagjait.

A gümőkór specifikus gyógyítására jelenleg alkalmazásban lévő módok és eszközök, ha nem is szolgáltatják e baj ellen a panaceát, máris oly fontos tényezőknek tekintendők, a melyek a kellő figyelmet megérdemlik s a melyekkel különösen a pénztáraknak gazdasági okoknál fogva is számolniuk kell. Ugyanis a tuberculosis kezdeti stadiumában lévő tagok igen nagy része a specifikus gyógymóddal eredményesen kezelhető a nélkül, hogy e gyógymód használat

miatt kénytelen volna munkáját huzamosabb időre abba hagyni, a mi a pénztárakat indokolatlan táppénzek fizetésétől mentesíti; ezenfelül pedig a gyógyszerükséglet csökkenése révén is megtakarítás érhető el.

Az orvosi tudomány idevonatkozó fejezetének mai állása szerint a specialis kezelés a kívánatos eredménnyel csakis akkor értékesíthető, ha azt hozzáértő, kellő szakismerettel és tapasztalatokkal rendelkező orvos végzi. Ellenkező esetben a specialis kezelés veszélyes és ártalmakat rejtő fegyvernek bizonyul, mely a kívánt jó eredmény helyett súlyos természetű következményeket okozhat. Ennélfogva a pénztárak ily szakkezelés végzésével csakis olyan orvost bízhatnak meg, ki ebbeli járatosságát és tapasztalatokon alapuló gyakorlati képzettségét igazolni tudja. A mely pénztárnak nincsen ily orvosa s ilyent alkalmazni nem is áll módjában, az meglevő orvosainak egyikét, ki erre vállalkozik, oly gyógyintézetekben vagy társapénztárnál, a hol ily osztály működik, a kezelés ezen ágában kiképeztesse.

A szakszerű kezelési módnak a pénztáraknál való meghonosítása egyébként sem járna nagyobb nehézséggel, sem lényegesebb anyagi áldozatot nem igényelne. A nagyobb vidéki városokban működő kerületi munkásbiztosító pénztárak a szakkezelést igénylő, járó betegek számára rendelő-intézeteket tarthatnának fenn s az ily rendelő-intézet aránylag csekély költséggel kibővíthető egy a tuberculosisban szenvedő betegek szakkezelésére szolgáló osztálylyal. A hol pedig a helyi viszonyoknál fogva a pénztáraknak rendelő-intézet nincsen, vagy a már meglevő nem bővíthető, ott sem járna ily osztály szervezése nagyobb körülményességgel, miután ily célra egy megfelelő nagyságú, világos, jól szellőzhető, tágas ablakokkal ellátott váró- és rendelőszoba bőven elegendő. Szükséges volna azonban, hogy ezeket a helyiségeket az esetleg szomszédos rendelőosztályoktól lehetőleg elkülönítsék, nehogy az ezen osztályon megforduló betegek, netán más betegekkal közös váró- vagy rendelő-helyiségeket használva, azokat fertőzhessék. Ha azonban ily osztály céljaira külön helyiségek egyáltalán nem szerezhetők vagy azok a többitől nem izolálhatók, úgy a meglevő osztályok közül egyet, a melyen sebészi betegek nem fordulnak meg, lehetne ily célra a legkörülményesebb tisztaság kifejtése mellett felhasználni. Ez esetben a tuberculosis betegek számára megtartott minden rendelés után a padló nedves ruhával feltörölendő, a használt bútorok letörölendő s a helyiségek az ajtók és ablakok feltárással hosszabb ideig szellőzendők.

Az osztály berendezése és felszerelése csakis a rendelő-helyiségekben általánosan szükséges bútorokat igényli, legfeljebb köpöcsészék helyezendők el nagyobb számban. A szükséges orvosi műszerek és felszerelések beszerzése számbavehető költséget nem okoz. A gyógykezeléshez szükséges anyagokból csak minimalis mennyiséget fogyaszt a rendelés s ennek ára bőven megtérül az e révén megtakarítható gyógyszer-árakból.

A tüdőbetegek számára szolgáló rendelőosztály falain a védőintézkedéseket, oktatásokat, figyelmeztetéseket tartalmazó falragaszok alkalmazandók, úgyszintén az osztályon megforduló tagok között újból szétosztandók az ismertető füzetek; a kezelésben részesülő tagok pedig ezeken kívül táplálkozásuk, életmódjuk, ápolásuk és viselkedésük mikéntjét ismertető nyomtatványokkal látandók el.

Az osztály beteganyagára a kezelő- vagy rendelőorvosok által odairányított betegekből kerülne ki, azonban az ott önként jelentkező tagok is megvizsgálandók és ha arra alkalmasak, kezelésben részesítendők.

A rendelés ideje olyképp választandó, hogy a munkaképes betegeket a kezelés ne vonja el a munkától.

A hol a körülmények engedik, ott e rendelésekkel kapcsolatosan a köpet és váladékok vizsgálatához szükséges felszerelések is beszerezhetők; az ehhez nélkülözhetetlen mikroszkop beszerzése már aránylag nagyobb költséggel jár.

A ma működő szervezetek keretében ilyképpen képzelhető el a gümőkóros betegek specialis kezelésére szolgáló osztályok szervezése. Minden ily osztály egy-egy dispensaire

alapkövének tekintendő, a melyen idővel a pénztárak várható fejlődése révén vagy újabb jövedelmi forrásokból eredő anyagi eszközökkel kiépíthető a dispensaire oly formában is, a mint azt az előzőkben már részletesen vázoltam.

(Vége következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

W. H. Becker: Therapie der Geisteskrankheiten.
B. Konegen, Leipzig, 1911. 113 oldal.

A szerző röviden összefoglalva adja elő az elmebetegek máj kezelését. Mondanivalóját úgy tárgyalja, hogy a nem szakorvos is hasznát veheti. Érveket igyekszik felhozni az intézeti kezelés mellett, majd a fizikai és kémiai megnyugtató szereket, a psychés eljárásokat ismerteti, becsületesen kiemelve jó és rossz oldalukat. Dicséretre méltó, hogy mindegyik irányban a középutat igyekszik megjelölni, noha ezt egyik-másik téren nem is sikerül teljesen elérnie. Majd az egyes gyakoribb diéta megbetegedések és trophiás zavarok gyógykezelését, a masturbatio, az étkezési ellenkezés leküzdését tárgyalja.

A könyvet főképpen a nem szakorvos figyelmébe ajánlhatom, minthogy szükség esetén jó tanácsokat és útmutatót nyerhet, ha hébe-korba abba a helyzetbe jut, hogy egy-egy könnyebb esetét egy ideig házilag kell kezelnie.

Goldberger Márk dr.

Anton: Psychiatrische Vorträge für Ärzte, Erzieher und Eltern (Zweite Serie). Karger, Berlin, 1911. 77 oldal.

Anton öt értekezését közli e füzetben, melynek kiadását azzal indokolja, hogy az orvosi tudomány egy ágában sem oly szükséges a közönséggel való közvetlen érintkezés és a tudományos kérdések ismertetése, mint éppen az elmeorvoslatban, mert kutatásaiban folyton újabb és újabb határterületekre akad. A szerző témáit csakugyan e körből választja ki; első dolgozata a kedélyélet megnyilvánulását az egészséges és beteg emberen tárgyalja, a második a régi és mostani szellemi epidemiáról tárgyal, míg az utolsó három, mint a vállalkozásának első sorozata is, a gyermek szellemi életével foglalkozik, még pedig a gyermek szellemi fejlődését és elfajulását, az alkoholizmus szerepét a terheltségre és az epilepsia keletkezését és sebészeti kezelését ismerteti. Tárgyát vonzóan, a művelt laikus számára könnyen érthetően közli, úgy hogy bátran adható a szülő kezébe, a ki gyermeke nevelésekor sok oktatást, útmutatót találhat benne és magam is sajnálom, hogy a helyszűke miatt dolgozatait nem ismertethetem részletesebben, de célom tulajdonképpen csak az volt, hogy e füzetre a figyelmet felhívjam. A mennyire helyes ily témák népszerű feldolgozása, mégis talán kerülni kellene még orvosi szempontból sem teljesen tisztázott kérdéseknek, mint a milyen az epilepsia sebészeti kezelése, a nagyközönség elé vitelét. De e tárgyat is oly formában ismerteti a szerző, hogy e hiba az olvasás alkalmával nem ötlék annyira szembe.

Goldberger Márk dr.

Új könyvek:

H. Fühner: Nachweis und Bestimmung von Giften auf biologischem Wege. Berlin u. Wien, Urban u. Schwarzenberg. 9 k. — *H. Gerhartz: Die Registrierung des Herzschalles.* Berlin, J. Springer. — *A. Pappenheim: Grundriss der haematologischen Diagnostik und praktischen Blutuntersuchung.* Leipzig, W. Klinkhardt. — *F. Bruck: Aphorismen für die hals-, nasen- und ohrenärztliche Praxis.* Berlin, A. Hirschwald. 1 m. — *H. Klose und H. Vogt: Klinik und Biologie der Thymusdrüse.* Tübingen, Laupp. 12 m. — *E. Schloss: Pathologie des Wachstums im Säuglingsalter.* Berlin, S. Karger. 5 m. — *W. Zweig: Pathologie und Therapie der Enteroptose und ihre Beziehungen zu Allgemeinerkrankungen.* Halle a. S., C. Marhold. 150 m. — *H. Lüdke: Die Bazillenruhr.* Jena, G. Fischer. 7 m. — *E. Abderhalden: Neuere Anschauungen über den Bau und den Stoffwechsel der Zelle.* Berlin, J. Springer. 1 m.

Lapszemle.

Belorvostan.

A vastagbél mozgásairól ír *G. Bergmann* és *E. Lenz*. A szerzők a vastagbél mozgásait a végbélen át adott magas bismuth-klysmák alkalmazása után tanulmányozták Röntgen-átvilágítás s fényképezés segítségével. A vastagbél motoros funkciójáról szóló ismereteink igen hiányosak s jórészt a Cannon-féle macskakisérletek eredményeinek az emberre való alkalmazásából állnak. Emberen a bismuth-tal telt belek Röntgen-vizsgálata gyakran végeztetett ugyan, azonban bélmozgást csak egy esetben sikerült *Holzknicht*-nek észlelnie. A szerzők 3 betegen észleltek vastagbélmozgást; s e spontán létesült mozgáshoz teljesen hasonló tudtak mesterségesen is létesíteni palpatorius ingerek s purgen alkalmazása által. Mindegyik esetben csak a coecum, a colon ascendens s transversum mozgásai voltak észlelhetők, míg a colon descendens s a sigma-bélen egyszer sem láttak mozgást.

A folyékony vastagbél-tartalomnak a proximalis coecumból s colon ascendensből a haránt remesébe való áthajtása után a felhágó vastagbélárnyék teljesen eltűnik; e bélrészlet sem bismuthot, sem levegőt nem tartalmaz. Ezután retrograd transport indul meg, a minek eredményeképpen a bél-tartalom eloszlása olyan lesz, mint az actio előtt volt, sőt a proximalis részek még nagyobb mértékben telnek meg.

E rhythmusosan megismétlődő mechanizmus keverő hatása (Mischungsmechanismus) a vastagbélemésztéshez (cellulose) szükséges optimum és resorptio feltételeit igyekszik megvalósítani. A retrograd transportnál antiperistaltikás hullámokat nem lehetett látni, míg az anterogradnál a coecum, a colon ascendens vagy transversum egy pontján constrictiós gyűrű keletkezett, mely hullámként distalisan folytatódott; e hajtóerő a bél-tartalmat előbbre vitte. Hogy a vándorló constrictiós gyűrű mögött általános tonusos constrictio van-e, vagy e részek azért látszottak üresnek, mert tartalmuktól megszabadultak, nem tudható. A retrograd transportnál activ szívás nem valószínű, mint a hogy activ szívdiastole sincs. A constrictiós gyűrű elernyedésével a folyós vagy híg pépes bél-tartalom visszafolyik, míg ha a bél-tartalom eléggé besűrűsödött, a retrograd transport nem jöhet létre (ilyen volt *Holzknicht* esete).

Ezen mozgáson kívül észlelhető volt még egy a hosszanti izomtaeniák működése eredményének tulajdonítható féregszerű megnyúlás és megkeskenyedés a harántremesén.

A vastagbél motoros actiója gyors tempóban jön s hosszú, órákra terjedhető szünetek által megszakított. A mozgáscyklus több rövid — perczekig tartható — intervallumok által szakítatik meg. A hosszú szüneteknek s a retrograd funkciónak mindenesetre szerep jut abban, hogy a bél-tartalom a vastagbélben stagnál, lassan jut előre. A valv. Bauhini-hez érkező vékonybél-tartalom, valamint a defaecatio folyamata reflex útján fokozza a vastagbélmozgásokat. A spasmosus obstipatióknak, a *Wilms*-féle coecum mobilének (typhl-atonia) létrejöttében a peristaltika e zavarainak mindenesetre jelentékeny szerep jut.

A szerzők szerint az antiperistaltika létrejöttében a klysmának nem juthat szerep, mert a bélmozgások nem a klysmák alkalmazása után azonnal, reflex útján jöttek létre, hanem $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ óra multán is észlelhetők voltak még; az antiperistaltikán kívül peristaltikás mozgás is volt minden esetben; Cannon — a ki per os adagolta a bismuthot — szintén észlelte a peristaltika perversióját. A proximalis vastagbélrészletben a híg, pépes tartalom consistentiájánál fogva adaequat physiologiai inger, mely egyformán hat mind felülről, mind alulról. (Deutsche med. Wochenschr., 1911. 31. sz.)

Galambos dr.

Sebészet.

A kizáródott sérvek visszahelyezésének veszélyeivel foglalkozik *Sänger*. Azelőtt azt vélték, hogy a taxis legfőbb veszélye abban rejlik, hogy a reductio csak látszólagos

most azonban mindinkább tért hódít az a felfogás, hogy főképpen a sérvtömlőnek és tartalmának megrepesztése fenyegetheti a beteget. A sérvtömlőnek előzetes rupturája nélkül is létrejöhét bélrepedés, mely egyébként teljesen ép belet is érhet. A szerző a *Bruns*-klinikának beteganyagát észlve, 165 kizáródott sérv eset közül ötben taxis által okozott bélrepedést talált. Az orvosok a visszahelyezést ezen esetekben két ízben az első-negyedik órában, egy ízben hatodnapra az elzáródás után kísérelték meg. *Riedel* ugyanezen százalékot találta. A legnagyobb sérvök ökölnyiek voltak. Nagy sérveken könnyen fordulhat elő primaer sérvtömlőrepedés. A hosszú időn át viselt sérvkött a sérvtömlő falán kötőszöveti burjánzást okoz, minek következtében a sérvtömlő fala vastosabb és szakadékonyabb lesz. Táplálkozási zavar a kizáródott bél két típusos részén áll be és pedig egy többnyire kicsiny bélkacs kúpján és a lefűződési barázdán. Éppen ezen helyeken található a taxis által okozott ruptura. Nem lehet a szerző szerint megállapítani, hogy mely időpontig végezhető veszély nélkül a repositio kísérlete. Minél kevésbé van fedve a bél, annál könnyebben szakad, tehát különösen idős sovány egyéneknél, hiányzó sérvtömlő-folyadékknál, ha nincs egyidejűleg cseplés is a sérvtömlőben. A taxis folytán megrepedt bélrészlet a sérv ürében keresendő. Jelentékenyebb vérzés alig fordul elő. A nyílás rendszerint kicsiny, de előfordul a bél teljes elszakadása is. Olykor több nyílás látható. A taxisruptura legfontosabb subjectiv tünete az, hogy a sikeres repositio után mutatkozó megkönnyebbülés érzete hiányzik és a kizáródás tünetei továbbra is fennállanak. Ha a sérvtömlő és a perforatio helye a hasüreg felé jól el van záródva, akkor nem áll be diffus peritonitis; ellenkezésetben csakhamar beáll a genyes hashártyalob. A taxisruptura magára hagyva csakhamar halált okoz. A prognosis attól függ, hogy ürült-e béltartalom a repedésen át és mennyi, hogy az milyen mértékben virulens, hogy a következményes gyuladás körülírt marad-e, mikor történik a műtét és mióta áll fenn az elzáródás. 45% a gyógyult eset. A műtét abból áll, hogy a nyílást bevarrjuk vagy bélresectiót végzünk. Sokkal gyakoribbak a nem teljes rupturák, továbbá a friss vérzések vagy haematomák a sérvtartalomban. A legtöbb repositio kísérletnél legalább is kis érszakadás, illetőleg zúzódás jön létre, a mely a bélfalra káros és műtét esetén is akadályozza a gyógyulási folyamatot. Tekintetbe kell venni továbbá azt is, hogy ezen láthatólag jelentéktelen sérülések súlyos következményeket vonhatnak maguk után, mint a nyálkahártya elhalását, heves bélvérzést, bélszűkületet, hogy például elvándorolt thrombusok pneumoniát okozhatnak. Mindezekből látható, hogy hányféle veszélyt rejt magában a taxisruptura. A resorptio kísérlete maga után vonhat retrograd incarcinációt is. A taxis továbbá nagy bajt okozhat hiányos diagnosis esetén, ha például sérvtömlő-gyuladás, genyes sérvtömlőcysta, a sérvtömlőben levő appendicitis, sérvruptura, a vena saphena varix van jelen. A taxist az orvos tudtán kívül bizonyos akadályok, mint epekő, bélsárkő, ascaris, mesenterialis cysta, nyirokmirigyek lehetetlenné tehetik. A felsorolt okokból a szerző a taxis teljes elvetését ajánlja. (*Bruns' Beitr. z. klin. Chir.*, 68. köt., 1. f.)

Ifj. Háhn Dezső dr.

Idegkórtan.

A meningitis parasymphiliticáról ír *Sezary* és kifejti, hogy ezen, a tabest gyakran kísérő könnyű chronikus meningitisnek szövettani képe nem jellemző luesre, megítélésére pedig döntő, hogy nem gyógyul Hg-kezelésre. Ezen meningitis klinikailag a cerebrospondialis folyadék lymphocytosisában nyilvánul s ez sem csökken Hg-kezelésre. A valódi, a secundaer stadiumban támadó meningitisek, melyekben a *Wassermann*-féle reactio feltűnő módon negativ, prompte gyógyulnak kénesőre. A tabest kísérő meningealis reactio természetére s általában a tabes pathogenesisére a következő theoriát állítja fel: azon luesesekben, kik később tabest kapnak, a secundaer stadiumban egy latens subacut meningitis kezdődik, mely kénesővel gyógyítható (de nem

gyógyíthatik), ezen gyuladás főképpen a gyökökre lokalizálódik s így létrehozza a hátulsó kötegek degenerációját. Ezen immár feltartóztatlan degeneratio s következményes neuroglia-proliferatio állandó inger, mely nem hagyja a lágy agyburkokat megnyugodni, a mikor ezekben a specifikus gyuladás már lefolyt. Ezen felvétel megmagyarázhatja a meningitis parasymphilitica és a tabes foka közötti aránytalanságot; különösen, hogy a régi esetekben, melyekben a degenerációs folyamatok már befejeződtek, az agyburkokon kevés az elváltozás. (*La presse médicale*, 1911. 66. sz.) *L.*

A pupillák viselkedését acut alkohol-intoxicatióban vizsgálta *Fr. Stapel*. Alkohol-kísérleteket végzett egészségeseken, imbecilliseken s néhány degenerációs elmebajban szenvedő betegen. A pupilla tágulását s a fényre s alkalmaszkodásra való reactio renyhébbé válását észlelte. Ezen elváltozás 180 cm³-nyi absolut alkohol-adagnál kezdődött egészségeseken, jóval kisebb adagra és kifejezettebben degeneráltakon, kik közül egyeseken teljes pupillamerevségig fokozódott. A pupillák elváltozása együtt haladt a részegség fokával. (*Monatsschrift f. Psychiatrie u. Neurologie*, 1911. 3. sz.) *L.*

Elmekórtan.

A halánték-agyvelőkarély daganatai és az epilepsia közötti összefüggést tárgyalja négy esete kapcsán *Astwasaturow*. Az irodalomban említett 42 halántéki agyvelőkarélydaganat közül 22 esetben észleltek epilepsiát, még pedig többnyire általános convulsiót; csak ritkán jelentkezett a baj keresztezett Jackson-epilepsia, vagy rövid ideig tartó absence képében. Gyakran csatlakozott az epilepsiához íz- vagy szaglászaura. Jobboldali, valamint subcorticalis daganat esetében gyakoribb az epilepsia. Általában állíthatjuk, hogy ha epilepsia esetében agyvelődaganatra gyanakszunk, első sorban a halánték-karély jó tekintetbe. A halánték-karély daganatait kísérő epilepsiára jellegző, hogy gyakran vezet be epilepsiás aura és hogy a legkülönbözőbb alakot, aequivalenst mutathatja. Az epilepsia korai beállta és az, hogy gyakran a genuin epilepsia tiszta képét mutatja, a mellett szól, hogy e tünet nem a daganat általános symptomái közé tartozik, hanem esetleg az Ammon-szarv bántalmazottságára utal. (*Monatsschr. f. Psych. u. Neurol.* XXIX. k. 342. 1.)

Az epilepsia viszonyáról a balkezűséghez értekezik *Steiner*. *Lombroso* kimutatta, hogy az epilepsiások között sokkal több a balkezes, illetve mindkét kezes (10%), mint az egészséges emberek között (2—5%). *Tonni* az epilepsiások 40%-át, *Redlich* pedig az epilepsiások 17·2%-át találta balkezűnek, míg egyéb elmebetegyek között csak 8% volt. *Redlich* e balkezűség okát, ha esetleg nem is kifejezett, de mégis felismerhető jobboldali hemiparesisben látja.

A szerző a strassburgi elmekórtani klinika genuin epilepsiáit és azok családját vizsgálta és 57 beteg közül 40 (= 70·18%) olyan jobbkézes epilepsiás volt, kinek családjában balkezűség fordult elő és 11 (= 19·3%) balkezű epilepsiás közül kilencnek családjában (= 15·8%) csak jobbkézes volt és csak 2 (= 3·5%) esetben volt úgy a beteg, mint a család egyik tagja balkezes. Vagyis összesen 51 (= 89·5%) epilepsiás beteg volt, a ki vagy ő maga, vagy a családjának egyik tagja balkezes. A szerző nézete szerint e nagy százalék a mellett szól, hogy nem véletlen lelettel állunk szemben. További fejtegetéseiben azon merész következtetésre jut, hogy egyrészt a genuin epilepsiás megbetegedésre való hajlamoság és az egyik agyvelőfél (jobb vagy bal) túljejtettségére való öröklési tendencia között heterogenitás áll fenn, mert csak két esetben fordult elő, hogy úgy a beteg, mint a család egyik tagja balkezes volt. Másrészt vizsgálataiból azt következteti, hogy ámbár a beteg vagy családja valamely tagjának balkezűsége nem nyújt a genuin epilepsiára biztos differentialis diagnosist, mégis csak akkor tekinthetjük a genuin epilepsia körjelzését biztosítottnak, ha a beteg vagy családjának közeli tagja balkezes. (*Monatsschr. f. Psych. u. Neurol.* XXX. k. 119. 1.)

Goldberger Márk dr.

Gyermekorvostan.

A Bordet-Gengou-bacillusról, mint a számarhurut előidézőjéről értekezik *Gaetano Finizio*. Főleg csecsemőkön végzett kísérletekkel sikerült kimutatnia, hogy e bacillus a klinikailag számarhurutnak bizonyult esetek legtöbbszörében kimutatható, kitenyészthető; különösen azonban akkor, ha a betegség még a catarrhalis szakban vagy a görcsös rohamok első szakában van, mert ekkor a tüdő még nincs az oly gyakori egyéb szövődmények által megtámadva. A bacillus nehezen tenyészthető ki és még nehezebben választható el a többi rokon bacillustól, mint a milyen az influenzabacillus is. A már kitenyészített bacillusokból nyert tiszta tenyészet az esetek egy részében a számarhurutos beteg vérsavójával agglutinálható. Ez a reactio fajlagos, de nem állandó és igen gyenge, úgy hogy nem teljesen megbízható; a praxis számára csak a pozitív eredmény használható. Sokkal nagyobb horderejű azonban az, hogy a számarhurutban szenvedők vérsavója az esetek legnagyobb többségében, még akkor is, a midőn a bacillus már nem mutatható ki, a bacillussal szemben complementkötési reactiót mutat.

Bebizonyított tény gyanánt kell tehát elfogadni, hogy a *Bordet-Gengou*-féle bacillus a számarhurut okozója. (Zeitschrift für Kinderheilkunde, III. k. 2. f.)

Bókay Zoltán dr.

A számarhurut serumkezeléséről ad számot *R. Duthoit*. A szerző a bruxelles-i Pasteur-intézet serumával kísérletezett. 21 esetet kezelt kizárólag serummal. Azt találta, hogy minden nyugtató szer adagolásának mellőzése dacára a savó befecskendése után a köhögés-rohamok száma és intenzitása csökkent s az expectoratio könnyebb lett. Valamint azt is találta, hogy a serummal prophylactice oltottak a betegségtől mentesek maradtak. A mi az adagolást illeti, mindig 10 cm³-t adott egyszerre. (La pédiatrie pratique, 1911. szept. 15.)

Bókay Zoltán dr.

Húgyszervi betegségek.

A sectio alta technikája című közleményében *O. Pasteau* szemléltetően csoportosítja azon apró kézfogásokat, melyek úgy a magas hólyagmetszés kivitele, mint a nevezett műtét sikere tekintetében bizonyos körülmények között nagyfontosságúak lehetnek. A rectumot rendesen felesleges fel-fújni, erre legfeljebb akkor lehet szükség, ha a feltűnően vastag falú s nagyon szűk hólyag erősen retrahálódott; de az ilyen hólyagot az assistens a végbélbe avagy hüvelybe tolt ujjával is előre nyomhatja. A hólyagot azonban a műtét előtt feltétlenül fel kell fújni levegővel, feltéve, hogy a hólyagba katheterrel bejuthatunk s a hólyag lumene nem nagyon szűk. A hólyag megtöltésére legalkalmasabb egy görbített ruganyos katheter, melyet a hólyagban azonnal állandósítunk is. A hólyag megtöltését fecskendővel eszközöljük, de ezt a műveletet csak akkor hajtjuk végre, a midőn a hasüreget már megnyitottuk; mert ha a hólyag már a szemünk előtt fekszik, akkor a túlfeszítésétől nem kell tartanunk. *Pasteau* jobbnak tartja a rövid, közvetlenül a symphysis felett kezdődő hosszmetaszt, mint a harántmetaszt. A hashártyát sohasem fogjuk megsérteni, ha nem nyitjuk meg a hólyagot, mielőtt a peritoneum tapadási pontját meg nem találjuk. A hashártya rögzítését catgutfonállal, a mit *Guyon* ajánlott, *Pasteau* feleslegesnek, sőt esetleg veszélyesnek is tartja. Ha a hólyagot a műtét előtt folyadékkal töltöttük meg, avagy az utóbbit nem tudtuk előzetesen lecsapolni, akkor nehogy a hólyag megnyitásakor a folyadék a hasüregbe ömöljön, *Pasteau* azt ajánlja, hogy a bal mutató ujjunkat nyomjuk rá a késre s így ez utóbbival egy időben vezessük be a hólyagba, úgy hogy a metszett nyílást az ujjunkkal azonnal el is zárjuk. A hólyagsebbe vezetett ujjunkkal egyúttal a hólyagfal kisikamlását is megakadályozzuk; bár ez utóbbi már azért sem lehetséges, minthogy a hólyagot még a megnyitása előtt a középvonaltól jobbra s balra beszűrt catgutfonalakkal erősen rögzítettük. *Pasteau* a rögzítésre nem használ pin-

cettákat; a catgutfonalakat a műtét végén a hólyagvarrásra felhasználja. Összezsugorodott, kicsiny és üres hólyag esetében *Pasteau* az egyik műtősegéddel fémszondát vezetett a hólyagba; ez utóbbinak az innenső hólyagfalon kitapintható feje útmutatást ad a metszés iránya tekintetében is; a metszést azonban ilyenkor is csak a peritoneum megtalálása után szabad megejteni. A hólyag végleges elzárását a minél sűrűbben egymás mögött vezetett s a hólyagfal egész vastagságán áthaladó varratokkal végzi a szerző; az ilyen varratokkal igen jó eredményeket érünk el, feltéve, hogy előzőleg a vizeletnek az urethrán keresztül minél jobb lefolyásáról gondoskodtunk. *Pasteau* a praevesicalis üreget drainezi s a drainsövet a míg a hólyagsebb teljesen behegedt, tehát legalább is 10 napig bentartja. Még az esetben is, ha a hólyagot nem varrhatja össze, az állandó kathetert nem mellőzi. (Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1911. 6. füzet.)

Drucker Viktor dr.

Orr-, torok- és gégebajok.

A gégegümösök dysphagiájának operációs kezelését ajánlja *Blumenthal* (Berlin), és pedig a nervus laryngeus superior reszekálását. Ez idegbe eszközölt alkohol-injectiók is hatásosak ugyan, de bajos az ideget eltalálni; hogy sok esetben nem az ideget éri az injectio, ennek *Blumenthal* szerint az is a bizonyítéka, hogy nem állanak be azok az érzés-zavarok (akadály érzése, mintha a falat megakadna), a melyek a nervus laryngeus superior reszekálása után mutatkoznak. Ezért *Blumenthal* az ideg csonkolását ajánlja. Helyi érzéstelenítés mellett, a nyelvcsont külső harmadától a pajzsporcz külső harmadáig terjedő bőrmetszésből kiindulva, rétegzetesen halad a mélybe és a pajzsporcz felső szélétől lateralisán kipraeparálja az arteriát, venát és nervust tartalmazó köteget és az ideget izolálva, ennek belső ágát átmetszi és a peripheriás rész egy darabját reszekálja. Az említett érzés-zavarok gyorsan elmúlnak, mozgás-zavarok a musculus cricothyreoideusban nem mutatkoznak, mert csak a ramus internus csonkoltatik. Két esetben, a melyben a gégebemenet súlyos tuberculosos elváltozása volt jelen, a műtét kitűnő eredménnyel járt: az evés és ivás teljesen fájdalomtalanra lett. *Avellis* is végezte e műtétet, 9 napon belül mindkét oldali nervus laryngeus superior csonkoltta. (Berliner klin. Wochenschrift, 1911. 36. sz.)

Safranek dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A glykokoll mint diureticum *Glaessner* docens (Bécs) szerint jól használható szív- és májeredetű pangás eseteiben. Nephritis eseteiben is sokszor kielégítő a diuresis hatása. A glykokoll-okozta diuresis az jellemzi, hogy nemcsak a kiválasztott víz mennyiségét növeli, hanem a szilárd alkotórészekét is. A napi adag 5 gramm, esetleg digitalis-szal kombinálva. Teljesen ártalmatlan, kellemesen bevehető szer, a melynek csak az a hátránya, hogy ezidőszerint még nagyon drága. (Therapeutische Monatshefte, 1911. 8. füzet.)

A Knoll-féle digipuratum *Böcher* szerint gyorsabban hat, mint a többi digitalis-készítmény; előnyének mondja még, hogy a betegek kivétel nélkül szívesen veszik és hogy nem okoz gyomorzavarokat. (Ugeskrift for Laeger, 1911. 31. szám.) *Massalongo* és *Gasparini* a digipuratumot bőr alá fecskendezés alakjában használják előszeretettel; szerintük e módon még gyorsabban áll be a kívánt hatás. Az oldat ampullákban készen kapható. (Gazz. d. Osped., 1911. 95. sz.)

Tengeri betegség ellen *Citron* is nagyon ajánlja a veronal-natriumot, a melyet 1/2 gramm mennyiségben suppositorium alakjában ad. Ezen használatmód mellett rendszerint legfeljebb 1 óra múlva már kifejezett a kedvező hatás. A vasutazást rosszul tűrőknek is nagyon ajánlható a veronal-natrium. (Berliner klinische Wochenschrift, 1911. 36. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1911. 45. szám *Markbreiter Irén:* A glaukoma gyógyítása osmosis segélyével, műtét nélkül *Brenner József:* Adatok a psychosikok analysiséhez.

Orvosok lapja, 1911. 45. szám. *Austerlitz Vilmos:* Az orvosi terminologia fogyatékosága.

Budapesti orvosi ujság, 1911. 45. szám. *Fáykiss Ferencz:* Eljárás a duodenumcsonk ellátását illetőleg a Billroth II. szerint végzett gyomorresecciónál. „Szemészeti lapok“ melléklet, 3. szám. *Makai Endre:* Az orbitalis phlegmonéről.

Vegyes hírek.

Kitüntetés. A király *Czizewsky Gyula* dr. főhercegi udvari orvosnak, a margitszigeti vizgyógyintézet és gyógyfürdő orvosának a királyi tanácsosi címet adományozta.

Kinevezés. *Villányi Izidor* dr. aradi járásorvost tiszteletbeli megyei főorvossá, *Molnár István* dr.-t derecskei járásorvossá, *Mesterics Elek* dr.-t és *Balázsovics Gyula* dr.-t a pécsi kórházhoz alorvossá nevezték ki. — *Makai Endre* dr.-t alorvossá, *Király Jenő* dr.-t pedig segédorvossá nevezte ki a székesfőváros főpolgármestere.

A budapesti egyetem I. számú női klinikájával kapcsolatos szülészeti poliklinika segélyét október hónapban 110 esetben vették igénybe; a műtétek száma 107 volt.

A budapesti egyetem II. számú női klinikájával kapcsolatos szülészeti poliklinika segélyét októberben 108 esetben vették igénybe; a műtétek száma 78 volt.

Vasárnapi betegbemutatások. Az orvosi továbbképzés központi bizottsága felkérésére *Tauffer Vilmos* dr. egyetemi tanár a vezetése alatt álló egyetemi II. számú női klinikán folyó évi november hó 19.-én délelőtt 10 órakor a budapesti gyakorló orvosok számára betegbemutatásokat fog tartani. A bemutatásokra a bizottság titkáránál (VIII. Mária-utca 39) lehet jelentkezni.

Meghalt. *Veress Lajos* dr. nyug. cs. és kir. főörzsorvos 67 éves korában november 5.-én. — *Ph. Stöhr,* az anatomia tanára a würzburgi egyetemen, az ismert szövettani tankönyv szerzője, november 5.-én 62 éves korában. — *H. Steinert* dr., a belorvostan cz. rendkívüli tanára a lipcei egyetemen, november 3.-án 36 éves korában.

Vajda Adolf dr. lakását VI., Hajós-utca 16—18. szám alá helyezte át.

Személyi hírek külföldről. *L. Tobler* dr. heidelbergi magántanár a boroszlói gyermekklinika igazgatójává nevezték ki. — A dorpat belorvostani tanszékét *N. N. Westernick* szt. pétervári magántanárral töltötték be. — *I. Ranke* tanár, az ismert müncheni anthropologus, 50 éves orvosdoktori jubileumát ünnepelte.

Hírek külföldről. A berlini bőrkórtani társulat fennállásának 25 éves ünnepét ülte meg. — Orvostörténelmi tekintetben nagyérdékű házat bontottak le nemrég Bécsben: azt a házat, a melyben évszázadok előtt a bécsi orvosi fakultás tanyázott. A háznak egyik nevezetessége volt, hogy abban végezték az első bonczolást német földön 1404 február 12.—19.-éig. A bonczolást egy páduai olasz orvos, *Galeoro* vezette. 1530-ban a ház a jezsuita-rend tulajdonába ment át, mely azt több évszázadon át könyvtárnak használta s végül magánkézbe került.

Szavazás az érlemezsedés aetiológiájáról. *M. Herz* bécsi magántanár 1910 őszén Ausztria és Magyarország orvosaihoz kérdőívet küldött arra nézve, hogy mit tart az illető tapasztalatai alapján az arteriosclerosis főokának. 822 orvos felelt a kérdésre. Legtöbb szavazatot a szellemi izgalom és idegesség kapta, utána következnek csökkenő sorrendben a kor, az alkohol, a lues, anyagcserebántalmak, testi munka, dohányzás, öröklés, élvezeti szerek általában, fertőző betegségek, kávé, tea. A szellemi izgalom elsőrendű szereplését az érlemezsedés okozásában a legtöbb orvos azzal okolja meg, hogy az arteriosclerosis leginkább a szellemi munkával foglalkozó körök betegsége, habár a földművesek és munkások az intelligens köröknél nagyobb fokban élnek vissza az alkohollal és dohánynyal. (Wiener klinische Wochenschrift, 1911. 48. sz.)

A budapesti orvosi kör országos segély-egyletbe befizettek: *Mészáros Gábor, Pollák József, Székely Mór, Cservenyák Gyula, Blau Adolf, Löwinger Miksa, Mandl Miksa, Weisz Ede, Fodor Aladár, Lányi Izsó, Ferenczy Ignác, Friedländer Simon, Strelinger Viktor, Gust H., Ormos Béla, Schilling Árpád, Weiser Jakab, Stehlo Aurél, Mosonyi Albert, Krecsmér Albert, Kovács Bálint, Gellényi Miksa, Schönberger Gusztáv, Grósz Sándor, Pintér István, Vizi Henrik, Krammer Lajos, Wirtzfeld Béla, Fenyves Ignác, Gaál Sándor, Vida József, Kremmer György, Deutsch Mór, Szigeti Lajos, Goldner Adolf, Orosz János, Klein J., Máthé Szabó Károly, Preisz Bernát, Hoffmann Emil, Karsai Zoltán, Arday Károly, Imre József, Mattes Adolf, Rajner Géza, Schimpl János 4—4 koronát. 8—8 koronát fizettek: *Sassi János, Neumann Miksa, Schwirián János, Vándor Ödön, Schulhof Zsigmond, Fodor Mór, Schaffer Oszkár, Piráth András, Róth Márk.* 12—12 koronát fizettek: *Fischhoff Ignác, Morvay István, Nuszer Lajos.* 16 koronát fizetett: *Hoffmann Zsigmond.* 20 koronát fizetett: *Kokas Lajos. Katona József* dr., pénztáros.*

Dr. Rajnik Pál visszalépett a portorói sanatorium vezetésétől és orvosi gyakorlatát *Budapest, V., Géza-utca 1. szám* alatt ismét megkezdte.

Lapunk mai számához *C. F. Boehringer & Soehne, Mannheim-Waldhof „Diplosal“* című prospectusa van mellékelve.

Radiumkészítményekről. A radiumtherapia fontosságát és sajátosságát tekintetbe véve, a cs. k. belügyministerium a legfelsőbb egészségügyi tanács egy véleménye alapján a *Radiumwerk Neulengbach központi eladási irodájának,* Wien IX., Günthergasse 1. engedélyt adott a radiumemanatiós készítmények orvosi utalvány ellenében *közvetlenül a feleknek* való kiszolgáltatására. A központi eladási iroda, melyben a készítmények naponta frissen előállítatnak, egyidejűleg *állami ellenőrzésnek* lett alávetve. Ezen törvényes határozat a szükség parancsa, mert a radioaktivitás meghatározására való készülékek csak kivételesen állanak az orvosoknak rendelkezésére.

Ezen szabályok által az orvosok és sanatoriumok azon kellemes helyzetbe jutottak, hogy *magas aktivitású és ezáltal gyógyhatásosabb RE radiumkészítményeket* kényelmesen szerezhetnek be.

Javalatok RE-készítmények részére:

Húgsavas diathesis és csúz, acut és subacut izületi rheuma, vérszegénység, az emésztőszervek neurosiai, általános gyengeségi állapotok RE fürdő-, ivó- és inhalatiós készítmények, Neuralgiák (ischias stb.), bőraffectiók RE borítókészítmények, Ujképletek RE besugárzókészülékek.

A Radiumwerk Neulengbach központi eladási irodája rendkívül coulans feltételek mellett átveszi *Radium-Emanatoriumok* berendezését is, melyek szigorúan tudományos elvek szerint eszközöltetnek teljesen úgy, mint a wieni I. belgyógyászati klinikán.

DR. MAHLER SANATORIUMA, ABBAZIA

belbetegek — spec. szívbetegek és üdülők részére.

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

Istvánúti sanatorium és vizgyógyintézet

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

Dr. Doctor

Kossuth Lajos-utca 3. sz. (Telefon 607.) **Orvosi labororiumában** az összes diagn. vizsgálatokon kívül **autovaccin** előállításával is foglalkozik.

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

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

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

Ujtátrafüred Sanatorium

Iégzőszervi betegek részére. Legmodernebb kényelem — központi fűtés — villanyvilágítás. Gondos ápolás, állandó orvosi felügyelet. Mérsékelt árak. Prospectus. Vezető főorvos: **Szontagh Miklós** dr. Egész éven át nyitva.

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

Városmajor sanatórium és vizgyógyintézet

Budapest, Városmajor-utca 74. — Telefon 88—99.

Emésztő szervek betegségei, anyagcserebántalmak, cukorbetegség, máj-, epekö-, vesebajok, neurasthenia, hátgerincszorvadás ellen, soványító- és hizlalókúrák esetére. — Felvétel a sanatóriumban egész nap. — Igazgató-főorvos: **csernyefalvi dr. Kozmutza Béla**

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



Védjegy.

Orvosi műszerek, kötszerek, villanygépek, legkötők, összes betegápolási tárgyak és **gummiárúk** elsőrendű minőségben jutányosan kaphatók:

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

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

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (XVII. rendes tudományos ülés 1911 október 28.-án.) 820. 1.— Erdélyi Múzeum-Egylet orvos-tudományi szakosztálya (1911 október hó 14.-én, 21.-én és 28.-án tartott XV., XVI. és XVII. szakülés) 821. 1.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(XVII. rendes tudományos ülés 1911 október 28.-án.)

Elnök: **Preisz Hugó.**Jegyző: **Fáykiss Ferencz.****Röntgen-sugarak okozta vérértágulások a bőrben.**

Havas Adolf: A 37 éves nőbeteg ezelőtt 10 évvel az arczán és a mellkas elülső részén lévő hypertrichosis miatt Röntgen-sugarakkal kezeltetett. A kezelés egy évig folyt oly módon, hogy eleinte 4 hetes, később 6 hetes időközökben mindig három nap egymás után 10 percig, a beteg állítása szerint 10 cm.-nyi distantióban, exponáltatott. Minden exponálás után a besugárzott bőr meglobosodott. Egy évvel a kezelés után a besugárzott felületek rendkívül megduzzadtak, megvörösödtek. Majd az arczon nehezen gyógyuló, fájdalmas fekélyedések mutatkoztak, a melyek csak hónapok után gyógyultak éktelenítő hegekkel. A mellet a folyamat enyhébb lefolyású volt, a mennyiben fekélyek és hegek alig képződtek. Az éktelenítő elváltozások ellen Bécsben *Riehl* tanár klinikáján a beteget hosszabb ideig kezelték. Most a betegnek mindkét arczfelén, a felajkon és állon, nemkülönben az egész mellkas elülső részén, leterjedőleg a hasig, a bőr sorvadtt, besüppedt, tágult ágazatos véreerekkel vagy kis angiómákkal átszótt, feszült. Az arczon ezenfelül kisebb és nagyobb, egész fillérnyi, sötét barnás, éktelenítő festékhalmozatok. A beteg Bécsben chloraethyl-fagyasztással, elektrolysis-sal, scarificatiókkal és quarzlámpa-megvilágítással kezeltetett.

A Röntgen-sugarak behatása itt, mint minden ily módon kezelt esetben, a bőr életviszonyaiban oly zavart idézett elő, hogy az tökéletesen, egész vastagságában tönkrement. Sorvadás, hegesedés és zsugorodás látható az egész vonalon. Súlyosbítottatik a kórfolyamat még az által, hogy a Röntgen-sugarak okozta ártalom következtében a sejtek protoplasmájában bomlás-folyamat állott be, ennek következtében vagy folszerű achromasiák, vagy hyperpigmentatiók képződtek. A véreerek, különösen a capillarisek falazata elfajult, miáltal ectasiangiómák keletkeztek.

Az ily módon tönkrement bőrön alig lehet segíteni és gyógybeavatkozásunk csak arra szorítkozhat, hogy a rendkívül éktelenítő vérértágulatokat eltüntetjük. Az eddigelé alkalmazott gyógyeljárások ezt sem tudták előidézni. Én egyes helyeken kísérletképpen szénsavhókezeléssel iparkodtam a tágult véreket tönkretenni. Kísérletem bevált, mert sikerült kellő adagolás mellett a beteg helyeken a phlebectasiát megszüntetnem a nélkül, hogy a hegesedést fokoztam volna, illetőleg a nélkül, hogy újabb hegesedést idéztem volna elő. Ily módon fogom most az egész beteg felületet kezelni. Legjobbnek bizonyult a húsz másodpercnyi fagyasztás.

1898-ban volt alkalmam először itt az egyesületben a hypertrichosis ellen alkalmazott Röntgen-kezelés ártalmas voltáról beszélni. Azóta többszörösen kifejtettem már, még pedig anatomiai alapon, hogy az az ártalom, a mely hivatva van a corpus papillare pili-t tönkretenni, okvetlenül tönkreteszti magát a coriumot is. A hypertrichosis tehát gyökeresen nem gyógyítható a Röntgen-besugárzással, de igen is alkalmazható a besugárzás kellő óvatosság mellett minden oly esetben, a hol parasítás bőrbajokban, favus, trichophytia, sycosis, stb. esetében időleges atrichiát akarunk előidézni.

Rendkívüli kiterjedésű ulcus rodens.

Havas Adolf: A 47 éves nőbeteg homlokán 11 év előtt kis seb képződött, a melyet két intézetben Röntgennel kezelték. A kezelés nem vált be, a sebzés folyton növekedett és elérte azon colossalis dimenziót és előidézte azon puszt-

ulást, a mely most a betegen látható. A fejtetőtől majdnem az orrcsúcsig, kétoldalt a temporalis tájig a bőr elpusztult. Az élénkvörös, erősen sarjadzó alap a lecsupaszított és érdes homlokcsontot fedi. Az orrcsontok tönkrementek. A bal supraorbitalis csontboltozat eltűnt vagy necrotizál és most van leválásban. Hasonló elváltozás van, de kisebb fokban, a jobb supraorbitalis csontboltozaton. Mindkét bulbus a belső részén szabadon kidomborodó. A conjunctiva bulbi vastag, vörös, sarjadzó tömeggé alakult át. Mindkét cornea elhomályosodott, xerotizált. A beteg már alig lát. Az egész colossalis fekély széle élesen határolt, merev vagy fénylő, áttűnő dudorocskákkal vagy lehámló góczokkal bír egyes helyeken.

Mint ismeretes, a bőrök relative jóindulatú, a mennyiben hosszú éveken át fennállhat, a nélkül, hogy áttéti góczokat okozna. 20—25 évig és még tovább fennállhat egy ilyen ulcus rodens, a nélkül, hogy metastasisok keletkezzenek. Ebben az esetben oly nagy a malignitas, a progressio, hogy már a csontos alap is uzuráltatik, sőt necrosisossá válik. Én azt hiszem, hogy nem túlzok, ha azon nézetemnek adok kifejezést, hogy a Röntgen-sugarak okozta irritatio nem volt közömbös a kóros folyamatra. Therapeutice ezen esetben alig tehetünk valamit. Meg fogom kísérni a chinin adagolását, mert műtéti beavatkozásról szó sem lehet.

Gynatresia uterus unicornis verus esetében; a baloldali adnexumok teljes hiánya; kiirtás, gyógyulás.

Makai Endre: A kürt és petefészek teljes hiányát uterus unicornisnál az intrauterin élet első hónapjában beálló fejlődési zavarnak kell betudni s a közismert *Winckel*-féle osztályozás II. csoportjába kell sorolni. *Winckel* és *Nagel* szerint életképes egyénekben ily nagyfokú rendellenessége a genitáliáknak elő sem fordulhat s *Natanson*, ki 107 uterus unicornis-esetet gyűjtött össze, mindössze egy anatomiai praeparatumot ismert, a melyen ez az eset forgott fenn. *Herczel* osztályán volt alkalmam a bemutatónak ilyen esetet észlelni, s a beteget megoperálni. A készítményt bemutatja. A 16 éves vézna, choreás leánygyermeknek első menstruatiója 2 éve volt, a tisztulások azóta négyhetenként rendszeren jelentkeztek. Egy fél éve a menstruatio alatt heves görcsös fájdalmak, fejevértorlódás, forróság, hányás jelentkeznek; egy hétig tartó roham után a következő menstruatióig teljes jólét. Néhány roham után orvosa vakbéllob diagnosisa miatt a kórházba küldi. 1911 május 13.-án veszik fel a kórházba, a hol az appendicitis hiányzó objectiv jelei miatt megfigyelik a leányt. Per rectum semmi eltérés. Genitalis vizsgálat a leány virgo volta miatt nem történt. Május 27.-én hazabocsátjuk a beteget avval, hogy legközelebbi rohama idején azonnal jelentkezzen. Újrafelvétel 1911 július 9.-én. A leánynak már első felvétele alkalmával 6 hete nem volt tisztulása, ez négy-szer 4 hétig ki is maradt. Legutóbb újrafelvétele előtt 2 héttel volt még 3 napig tartó tisztulása kevés vérzéssel. A jobb hypogastriumban tojásnyi, ovalis, rugalmas térfogatnagybodás, mely a spina ant. sup. niveauját 2 ujjnyira meghaladja. Igen kicsiny portio, balra kihelyezve. A jobb hüvelyboltozatot egy alig érzékeny hurkaszerű képlet domborítja le, fel a hasba folytatódik és átballotál. *Diagnosis:* haematosalpinx. Műtét 1911 július 13.-án aethernarcosisban. Behatolás *Pfannenstiel* szerint. Kiderül, hogy csak a jobboldali genitális tractus fejlődött ki, baloldalt sem lig. rotundum, sem kürt, sem petefészek, vagy ezeknek durványa nem található. Uterus unicornis almányira tágult, folyós és alvadt vért tartalmazó cystosus corpussal s ugyanilyen, valamivel nagyobb cervix-szel. A kürt 3 ujj vastag, kanyargós lefutású.

Hátul a cystosus, kissé megvastagodott ovarium. Igen erős lapszerű összenövészek hátul, alul és elül a belek, a

hasfalak és a genitáliák közt. Nagy óvatossággal az ovarium felől sikerül az egész convolutumot kigördíteni. Az uterust a vaginától elkülönítő obliterált hüvelykujnyi kocsányt átvágjuk s a csonkot peritonizáljuk. Teljes elzárás. Per primam gyógyulás. 1911 július 22.-én a beteg teljes jólétben távozik.

A bemutatott praeparatum igazolja e ritka fejlődési rendellenesség fennállását. Ha *Schallehn* és *Nagel* azt állítja, hogy ilyen esetekben az ellenoldali kürt és petefészék is megvöl, csak annyira elnyomorodott, hogy nyoma sem található, ez magyarázatnak nem tekinthető, hanem csak felfogásnak. Valószínűleg itt egy vitium primae formationis forog fenn; az ilyen esetek a kísérleti embryonalis teratologia révén fognak kielégítő értelmezést nyerni. Maga a gynatresia nem congenitalis, hanem lobos eredetű, a mit a széles peritonealis összenövésnek is bizonyítanak.

Radiumsugárral gyógyított gégepapillomás betegek.

Polyák Lajos: A berlini nemzetközi orr- és gégegyógyászati congressuson referált már három esetről, melyek mind-egyikében sikerült a papillomákat radiummal egyidőre eltüntetni. Első két referált esetében a szemölcsök később kiújultak. Az egyik kezelésre még nem jelentkezett, a másodikban a kiújulást mindig sikerül radiummal visszafejleszteni. Ma két beteget mutat be, az egyik az, kiről Berlinben mint 3. számú esetéről referált. Ezt a hat év óta rekedt beteget folyó évi május 27.-étől július 15.-éig kezelte 15 ülésben 20 óra 54 percig, mire a hangszalagokat borító papillomák teljesen eltűntek, kiújulás eddig nincs, a hang tiszta, erős. 4. számú esetét *Donogány* egyet. m.-tanár úr szívességének köszöni. A beteg folyó év április hó óta több szakorvos által hat ízben lett operálva, de 2—3 hét alatt a szemölcsök mindig kiújultak. Kezelésbe vételkor a beteg teljesen hangtalan volt, nemcsak a hangszalagok, hanem a gégefedő töve és az aryporcok belső felülete is borítva volt a szemölcsdaganyatokkal. Ezen esetben folyó évi október 5.-étől 18.-áig 6 ülésben összesen 10 órai besugározatásra a gége teljesen tiszta lett, a hang kissé tompa, mert a hangszalagok hurutosak, de elég erős.

A radiumsó aluminiumtokba van foglalva, ezt szondára erősítve vezeti be az előadó a cocainnal érzéstelenített gégébe, hol egy ülésben $\frac{1}{4}$ — $2\frac{1}{2}$ óráig reflex nélkül tartják benn a betegek. Gyermekeken czélszerűbb előzetes légszűrés után alulról vezetni be a gégébe a radiumtartót.

Az előadó a gégeszemölcsdaganyatoknak radiummal való kezelését oly eljárásnak tartja, mely az operatív kezelést teljesen feleslegessé teszi. Tudvalevőleg a műtét után, még ha laryngofissio végeztetett is, a papillomák rendszerint hamar kiújulnak és a sok operatio a betegre nézve sem közömbös. A radium ellenben eddig minden esetben teljesen eltüntette a papillomákat. Igaz, hogy visszaesés ezen kezelés után is beállhat, de mindenestre sokkal egyszerűbb a kiújulás esetén a radiumkúra, melynek káros hatását eddig nem észlelte, mint a kilátás a végnélküli operálásra.

Donogány Zakariás: Ritkán talál az ember olyan makacs esetet, mint a bemutatott utolsó eset. 7—8 papilloma közül alig recidivál egy. Mászor a recidivák igen súlyosak és gyakoriak. Ilyen volt a szóban forgó eset. Áprilisban jött hozzám, a mikor már sokféle operálták. Hypertrophiaszerű képződmény volt. Megoperáltuk és két hétig jól volt, akkor megint recidivált. Ismét megoperáltuk és szeptemberben a recidiva már a lélegzést is gátolta. E közben már 6-szor operálták. Beláttam, hogy így nem mehet tovább, meg akartam próbálni a francia részről ajánlott magnesia ustát. Ekkor jutott eszembe, hogy *Polyák*-nál radiummal kezelt eseteket láttam és hozzáutasítottam. És az eredmény ugyan igen jó volt.

Zwillinger Hugó: A gégepapilloma leginkább a gyermekkorban fordul elő. A radium bevezetése nagyon fáradságos és a gyermekre nézve kellemetlen, de ez nem akadály, ha a laryngofissiót vagy az endolaryngealis operálást elkerülhetjük. *Killian* egy gyermeket úgy be tudott gyakorolni, hogy 3 percig állta a radiumot és három percenként 28 órán keresztül tudta benttartani a radiumot, de eredmény nélkül. Ellenben a percutan Röntgen-kezeléssel czélt ért. Mivel a szóba a scleromát sikeresen kezelte percutan Röntgen-sugárással, ajánlja ezen metódust a gégepapillomák ellen is.

Tövölgyi Elemér: Az előadó nem győzte meg a szót, hogy ez jobb eljárás volna, mint a régi. Még *Löry*-tól kapott egy beteget, a kit

Löry sokszor operált papilloma miatt. A hozzászóló is megoperálta és most már másfél év óta recidivamentes. Van három betege, a ki szintén meggyógyult radialis operálásra és a sebhelynek tejsavval való megcsatolására.

Ha a radium sem mentesít a recidivától, akkor nincs előnye az operatív eljárás fölött, mely egyszerre megszabadítja a beteget a bajtól. Hozzá a radium drága és nehezen hozzáférhető.

Polyák Lajos: Sajnálja, hogy nem mondhatott el mindent, mert akkor *Tövölgyi* sem értette volna félre. Ha egy-két operálással meg tudom szabadítani a beteget a bajától, megteszem, de ha semmi bizonyíték sincs, hogy véglegesen megszabadítom így a papillomájától, akkor egy nem sebészi eljárás, mely semmi kárral sem jár, jogosult akkor is, ha körülményesebb és nehezebb.

A radium egyelőre nehezen hozzáférhető, nem megbízható, nem mérhető a radioaktivitása pontosan és drága. A radiumsót bevinni a gégébe nem lehet, fémtokba kell tenni, ez pedig elnyeli az α - és β -sugarak egy részét és nem tudjuk meghatározni, mennyi hat, úgy hogy az adagolása tisztán empirián alapul. Az eljárást azonban mindenesetre meg kell próbálni.

(Folytatása következik.)

Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya.

(1911 október 14.-én tartott XV. szakülés.)

Elnök: **Davidá Leo.**

Jegyző: **Konrádi Dániel.**

I. Vidakovich Kamill bemutatása: **Májszakadás** gyógyult esete. 13 éves lovászfűt mutat be, kit szeptember 21.-én reggel 8 órakor a jobb ágyéki táján ló rúgott meg. A sérülés után saját lábán ment még az istállóba, hol lefeküdt és hidegvizes borogatást rakott a rugás helyére. Fájdalmi dél-felé hevesbedtek, ebédjét az elfogyasztás után azonnal kihányta, a delután folyamán még többször hányt, hasa megpuffadt és fájdalmas lett; másnap hányása megszűnt, de a has puffadtsága, valamint fájdalmi fokozódtak; sem széke nem volt, sem szelek nem távoztak. A klinikára csak harmadnap, a sérülés elszívése után 51 órával hozták a következő állapotban: A fiú nyugtalan, kissé elesett, anaemiás külsejű. Légzése mellkasi jellegű, percenként 40, pulsusa szabályos, kishullámú, percenként 102, hőmérséke 37,8, a jobb tüdő határai egy bordaközzel magasabban állanak. Hasa puffadt, feszes, eldomborodó, nyomásra különösen felső részeiben érzékeny, a máj- és légtompulat kikopogtatható. Rendellenes tompulat vagy resistentia a hasban nem észlelhető. Korgás, rendellenes bélmozgások nem vehetők észre, végbele, a Douglas-tér üres, vizeletében rendellenes alkatrészek nem találtak és állítólag nem volt véres. Belső has-sérülésre gondoltak, gyanujuk esetleges májsérülésre irányult, a mi az azonnal végrehajtott műtét által beigazolást is nyert. A hasüregben mintegy 2—3 deciliter folyékony fekete vér volt, egyik bélkacson egy lencsényi, májszövetnek látszó, sárgás, erősen odatapadt szövetrészlet. A máj átvizsgálásakor kiderült, hogy annak elülső convex felszínén, közel a tetejéhez, egy harántirányban haladó kb. 10 cm. hosszú és 2 cm. mély repedés van, melyet jodoformgázecsigokkal tamponálnak, s ezek végét a hasüregből kivezetik. A tamponokat a 7. nap eltávolítják. A seb per primam gyógyult.

II. Demeter György egy hirtelen halálesetről számol be és a boncoláskor a bal tüdő tuberculosus barlangjában talált megpedt *aneurysmát* bemutatja. Mult hó elején egy 75 éves férfi az utcán köhögés közben orrán, száján vérezni kezdett és pár perc alatt meghalt. Az orvos-rendőri boncoláskor a jobb tüdőben elszórtan egész mogyoró nagyságú, elsajtosodott góczokat találtak. A bal tüdőcsúcs hátulso részén, közel a tüdő hátulso felszínéhez, gyermekököl nagyságú, sajtosan szétesett falú barlang volt, melyet alvadékokat tartalmazó híg vér töltött ki. A barlangnak a tüdő gyöke felé eső falzatából egy aneurysma boltosodott ki, a mely a tüdőben levő barlang oldalsó kiöblösödését töltötte ki. Az aneurysma hosszúság, orsóalakú zsák, fala sima, halvány sárgás színű, hossza 16 cm., átmérője 8 mm. és csúcsán egy hosszanti tátongó repedés látható. Az aneurysmát a tüdőverőer első ágának kiöblösödése alkotta.

III. Veress Ferencz előadása: Változások a syphilis lefolyásában intenzív gyógyítás következtében. Egész terjedelmében közöljük.

IV. Austerlitz Vilmos előadása: A orvosi terminologia.

(1911 október hó 21.-én tartott XVI. szakülés.)

Elnök: Klumák Adolf.

Jegyző: Konrádi Dániel.

I. Géber János egy 12 éves fiút mutat be, a kin a hajzatos fejbőrön kívül egész testén kiterjedten favus-os elváltozások láthatók. A bemutató az eset kapcsán foglalkozik a favuskérdés jelen állásával.

II. Mátyás Mátyás: Multiplex juvenilis bőrszaru esetének bemutatása. A 7 éves leánygyermeken körülbelül 1 éves kora óta fejlődő, részben szabályosan egyenes sorban elrendeződött, részben csoportokban álló, 2 mm. — 1/2 cm. hosszú, szürkés-sárga kinövéseket találunk, a melyek közül a másodlagos elváltozásoktól mentes területek klinikailag bőrszarnak bizonyultak. Az ily helyről készített szövettani készítmény is igazolja a diagnózist.

Az eset értékét ritkaságán kívül emeli azon körülmény, hogy a szájbán is vannak ilyen szarvszerű kinövések; ez pedig azoknak kezébe ad jelentős érvet, a kik a bőrszaru kiindulásának kezdetét a coriumba helyezik. Az egymásután való elrendeződése e szarvaknak oly benyomást tesz, mintha a folyamat per continuitatem és per contiguitatem terjedne. Ha a verrucákról némelyek feltételezik, hogy contagiosusak, akkor ezen elváltozásokra is állhat ez. Egyébként az eset ezen szempontokból csak most kerül részletesebb feldolgozás alá.

Hozzászól Veress Ferencz.

III. Hirsch Hugó agyvelősérüléssel szövődött koponyatörés két esetét mutatja be, melyek műtéttel gyógyultak. Az egyik esetben 1/2 órás lucidum intervallum után beállott, súlyos eszméletzavarral járó, jól kifejezett agynyomás-tünetek voltak jelen; a műtét a diploétól mentes koponyacsontoknak kiterjedt, a basisra folytatódó comminutiv törését, csekély lapszerű extraduralis vérömlenyt, feszes, alig pulzáló kemény agyburkot és ez alatt körülbelül 30—40 cm³ nagyságú, vérrrel és agyrészletekkel kevert roncsolásos gócot derít ki, mely helyileg a halánték-lebény hátulsó alsó részeinek felel meg. 5 nap alatt az összes tünetek visszafejlődtek. Gyógyulás. A második esetben 1 napos lucidum intervallum után muló agynyomás-tünetek közben maradandó monoplegiája jelentkezett a bal felső végtagoknak. Tompa zúzódás a koszorúvartat mögött 1 ujjal, a középvonaltól jobbra 2 harántujjal. Behatolás e helyen Wagner-féle osteoplastikus lebény segítségével; a felemelt csontlebény belső lemezéből fillérnyi vékony lemez van lepattanva, mely körülbelül 1 1/2 cm. rést vágott a durán, de nem hatolt beléje; a kemény agyburok sebe alatt 10—15 cm³ alvadé tartalmú üreg. A hűdéses tünetek már a műtét napján mulni kezdtek, még pedig először tűnt el a hüvelykujjé, sorra következett a többi ujj, a kéztő, majd harmadnap az egész felső végtagját ismét használhatta.

(1911 október hó 28.-án tartott XVII. szakülés.)

Elnök: Davida Leo.

Jegyző: Konrádi Dániel.

I. Steiner Pál: Esetek a vesesebészet köréből. 1. Anuria esete. 26 éves nőbetegen 1910 októberben jobboldali pyonephrosis calculosa miatt nephrectomiát végeztek. 10 hóval a műtét után anuria jelentkezett, a mely, midőn az előadó a beteget látta, 5 nap óta állott már fenn. Teljes anuria, 4 nap óta mindent kihány, ideges, ingerlékeny; feszes pulsus, hőmérsék 38.2° C., az uraemia kifejezetttünetei; súlyban 5 nap alatt 3 kgr.-ot veszített. A bal veséről és ureterről készített x-sugaras kép kőárnyékot nem mutat.

Rögtön cystoskopiát végez az előadó s a bal ureterrésből egy szolid genycsapot lát kijögni. 7. számú ureterkatheter fel-

vezetésére a genycsap részben a hólyagba esik, részben az ureterkatheteren át kiürül. Rögtön megindul az ureterkatheteren át a vizeletkiválasztás, az első órában 800 cm³, az első 24 órában 3 liter vizelet ürült az állandóan alkalmazott ureterkatheteren át. Még 24 óráig helyt hagyjuk az ureterkathetert, ekkor 2 liter ürült. A vizeletben vesealakelemek nincsenek, vesemedenczehám, genysejt pozitív (pyelitis), a vizelet $\Delta = -0.50^{\circ}$ C. 3 napon át vesemedenczemosást végzett az előadó collargollal, azután az ureterkathetert elhagyta, mert már rendes volt a vizeletkiválasztás.

Jelenleg, 2 hóval az anuria után, a beteg jól van, súlyban gyarapodott. A beteget jó erőben (73 kgr.) bemutatja.

Ezen eset ritka. Nephrectomia után 10 hóval pyelitis folytán genycsap teljesen elzárja az uretert, ez anuriát okoz. 5 napos fennállása után uraemiás tünetek közt az ureterkatheterezés nemcsak a diagnosis megállapítására vezetett, hanem gyógyító eljárásnak szerepelt.

2. Zárt pyonephrosis esete. A 32 éves nőbetegnek 3 év óta időnként jobboldali vesetáji fájdalmi voltak, melyeknek jelentőséget nem tulajdonított. 1911 július 25.-én látta az előadó a beteget, a ki akkor 5 nap óta lázas (39—40° C), időnként hidegrázás. A jobb vesetájon gyermekfőnyi daganat, melyen kifejezett „ballotement renal“ észlelhető. Az ureterkatheter a jobb ureterben 2 1/2 cm.-re a hólyagtól megakad s ellenállásra talál. Röntgen itt negatív. A bal ureterbe a katheter akadály nélkül felvezethető, a bal vese vizelete normalis. A hólyagvizeletben alig néhány genysejt. A jobb ureterből vizelet nem ürül. Július 27.-éig a vesedaganat növekedett, a kis medenczébe ér. Ezek alapján, tekintve a rázóhidegeket, zárt pyonephrosissra teszi az előadó a körjelzést, miért is július 27.-én nephrectomiát végez. A lefolyás zavartalan, a lázak megszűnnek, 3 hét alatt teljes gyógyulás. A beteg súlyban gyarapodott.

Ez esetben az ureter szűkülete, illetve teljes obliterációja a már 3 év óta fennálló hydronephrosis elzárására vezetett; valamely úton fertőzés társulván hozzá, pyonephrosis keletkezett zárt alakban. Az eltávolított vese tartalmában staphylococcusok voltak.

3. Patkó-kövese esete. 43 éves nőbetegnek már 8 éves kora óta vannak jobboldali hasi fájásai. 14 év előtt vizeletével kő távozott. Időnként, körülbelül 4 hetenként görcsös fájdalmi voltak a jobb lumbalis tájról kisugározva, 4 hét előtt erősebb hólyagvérzése volt. A hasüregben az erősen lesóványodott betegen a kis medence felett jobboldalt egy vesealakú képlet tapintható, a mely a gerincoszlop előtt átmegy a bal hasfélbe is. Ezen képlet azt a benyomást kelti, mintha a két vese alsó polusán összenőtt volna, convexitása lefelé néz. Ezek alapján patkókövesére gondolunk. A laza, sovány hasfalon át a jobb félben kökemény képlet (kő) tapintható. Cystoskopia alkalmával 2 ureterrés látszik; a jobb uretert megkatheterezve, a jobb veséből sűrű váres geny ürül, a bal ureterből illetve veséből nyert vizelet normalis. Pyonephrosis calculosa in rene arcuato körjelzéssel az előadó 1911 július 17.-én műtétet végez. A műtét lelet fedti a körjelzést; a jobb vesefél sorvadé és közvetlenül átmegy a balba; a jobb vesében a sorvadé kéregállományon át kő tapintható. A műtét nephrotomiából és a kövek eltávolításából, a vesemedence drainezéséből állott. Eltávolított egy nagy tyúktójsányi uratkő ágakkal, a melyek a vesekelyheknek felelnek meg és egy diónyi foszfatkő a vesemedenczéből. A lefolyás zavartalan volt, a beteg 1911 szeptember 9.-én teljesen gyógyult, sipoly nélkül távozott.

II. Hatiegan Gyula előadása: A morbus Basedowi és a struma vérképe.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A pneumonia crouposa kezeléséről tartott előadást Hürter a marburgi orvosegyesület egyik utóbbi ülésén. A specifikus kezelésre vonatkozó kísérletek eddig nem adtak kielégítő eredményt. A tüneti kezelésre vonatkozó nézetek azon-

ban egy és más tekintetben megváltoztak. A hőmérsék csökkentésére irányuló rendszeres kezelést ma már nem folytatnak, kivéve az aránylag ritka hyperpyrexias esetekben; rendszeren megelégszenek hűvös részmosásokkal és egyszerű borogatással a hasra és a mellkasra. Felnőtteknek, ha nincs gyanu collapsusra, langyos fürdők, főleg gázfürdők (oxygen- és szén-sav-fürdők) is adhatók. A gyermekkorban sokszor bizonyult jó hatásúnak a hűvös fürdő hideg leöntéssel kapcsolatban, collapsus esetén pedig kitűnő a *Heubner*-féle forró mustáros bepakkolás.

A pleura-fájdalom és a köhögés-inger megfelelő narcoticummal küzdendő le. Nagy súlyt kell vetni a beteg kielégítő nyugalmára, főleg éjjel. A vérnyomást csökkentő chloralhydratnak sedativum gyanánt használata ellenjavalt. A mi a keringés-zavarokat illeti, nagyon ajánlható az értonusra elective ható adrenalinnak a használata; ez a szer sokkal hatásosabb, mint a többi eddig ismert ér-szer. Az adrenalint az előadó a bőr alá fecskendezi; adagját a beteg kora és a betegség súlyossága szabja meg; gyermekeknek átlagban 0.5, felnőtteknek 1 cm³ fecskendezendő be az ampullákban sterilen kapható 1:1000 oldatból. Minthogy az adrenalin hatása gyorsan múló, esetleg óránként is meg kell ismételni az adását.

Az erekre gyakorolt állítólagos károsító hatását sem a klinikai megfigyelés, sem a kórbonczolástani vizsgálat nem igazolta. Heveny szívgyengeség esetén jó szolgálatot tesz az intravenás strophantin-injectio kámforral és adrenalin kapcsolattal. A pneumoniának rendszeres digitalis-kezelését már csak azért sem ajánlhatja az előadó, mert a cumulatio veszélye miatt szükség esetén nem igen lehetne adni a sokszor életmentő strophantus-injectiót. Acut szívgyengeség esetén javalt a véres vagy vértelen vérelvonás is, még pedig lehetőleg korán végezve. A vértelen vérelvonás a végtagok lekötésével történhetik; venaesectionál 300—500 cm³ vér bocsátandó ki. A kínzó nehézlégzés ellen jó — habár múló — hatású az oxygenbelégzés. Nagyfokú étvágytalanság esetén az erősen fűszeres leveket bor és húskivonat hozzáadásával sokszor szívesen veszik a betegek. Alkoholnak rendszeres adása — deliriumra gyanu kivételével — kerülendő. A mi a szövödményeket illeti: zsugorodás-folyamatok fenyegetése esetén rendszeres légzésgymnastika folytatandó. Késlekedő oldódás esetén fényesen bevált a ferdén fektetés (az ágynak lábvégét 40 cm.-rel felemeljük és párnáknak kellő elhelyezésével is iparkodunk elérni azt, hogy a beteg feje és háta mélyebbre jusson). Tályogképződés esetén sokszor nehéz eldönteni, hogy mikor operáljunk. Izzadmány gyanuja esetén lehetőleg korán végzendő a próbapunctio. A mérsékelt zavaros izzadmányok egyszerű csapolásra meggyógyulnak, empyema esetén azonban vagy a széles feltárás végzendő, vagy a *Bülau*-féle drainage. Meningealis tünetek jelentkezésekor a spinalis punctio ad felvilágosítást. Az aránylag veszélytelenebb meningismus mellett a liquor tiszta, fehérjeszegény, míg meningitis mellett a liquorban genysejtek találhatóak ott vannak kórokozók is.

A pneumococcusok okozta arthritisek jól befolyásolhatók a *Bier*-féle pangással. A pneumonia kapcsán fejlődő nephritisek prognosisa kedvező. Az appendicitis és pneumonia együttes előfordulása ritka. Gyakoribb az, hogy a Mac Burney-pont érzékenysége miatt nem gondolnak pneumoniára, noha ez van jelen. Delirium esetén csaknem mindig használ a morphiom (0.01) scopolaminum hydrobromicummal (0.0005).

Kisebbsfokú izgalmi állapotok ellen megkísérlelhető a veronal, a medinal vagy a trional. Az előadó még megjegyzi, hogy delirium ellen *Wiess* nagyobb adag (2—3 centigramm) morphiomot ajánl 1—2 cm³ digalennel intramuscularisan, *Ganser* pedig mellőzve minden narcoticumot, nagy digitalis-adagot rendel (1.5 gr. fol. digitalis infusumban a szájon át vagy klysmában 24 óránként). (Münchener medizinische Wochenschrift, 1911. 42. szám, 2250. lap.)

PÁLYÁZATOK.

A pécsi állami gyermekmenhely intézeti **másodorvosi állása** üresedésben lévén, felhívom azon okleveles nőtlen orvosdoktor urakat és orvostudornőket, a kik ezen évi 1200 korona összegű és havi előzetes részletekben kifizetendő készpénzfizetéssel, továbbá magában a menhelyintézetben lévő tágas, bútorozott szobából álló természetbeni bentlakással, annak fűtésével, világításával és I. osztályú ételmezéssel egybekötött javadalmazású állást elnyerni óhajtják, hogy a nagyméltóságú m. kir. belügyminister úrhoz címzett és 1 koronás okmánybélyeggel ellátott születési bizonyítványuk és orvosi oklevelük hitelesített másolatainak, valamint az esetleges eddigi orvosi működésüket igazoló bizonyítványaik csatolásával hozzám legkésőbb **1911. év december 12.-éig** küldjék be.

Végül megjegyzem, hogy a másodorvosnak vidéki telepellenőrző hivatalos orvosi vizsgálatai alkalmából még külön napi 18 korona átalányösszegű úti napidíj is jár.

A mennyiben azonban ezen pályázati feltételek mellett megfelelő alkalmas orvostudor nem vállalkozna az állás betöltésére, akkor a nagyméltóságú m. kir. belügyministerium hajlandó kivételesen megengedni azt, hogy a pécsi menhely intézeti másodorvosi állása nő, sőt esetleg családós okleveles orvosdoktor úrral legyen betölthető, a ki az intézeten kívül lakhatnék és Pécs város területén, a mennyiben a menhelyintézet károsítása nélkül megengedhető, orvosi magángyakorlatot is folytathatna. Ezen esetben az évi 1200 korona fizetésen kívül még évi 500 korona pótdíjat is kapna a neki természetben járó ételmezés, fűtés és világítás megváltása fejében.

Pécs, 1911 november 8.-án.

Gobbi Gyula dr.,
igazgató-főorvos.

4430/1911.

Az üresedésben levő **ratkói körorvosi állásra** pályázatot hirdetek. A körorvos járandóságai:

1. Évi 1600 korona kezdő törzsfizetés, négy, 200—200 koronás ötödévi korpótlék;
2. a m. kir. belügyministerium által engedélyezett, nyugdíjba beszámított 1000 korona helyi pótlék;
3. 450 korona lakpénz és 700 korona fuvarátalány;
4. a kör trachomás betegeinek a körorvos lakásán történő kezeléseért évi 400 korona;
5. Ratkó nagyközségtől a halottkémlésért 16 m³ tűzifa házhoz szállítva (ezt a nagyközség kívánatra pénzben megváltja).

A körhöz 21 község tartozik s a kör székhelye Ratkó nagyközség, mely egyszersmind járási székhely is.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy kérvényüket s az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7 §-ában előírt minősítésüket igazoló okmányaikat hozzám **folyó évi november hó 28.-áig** annál is inkább nyújtsák be, minthogy az elkésve érkezettek figyelembe venni nem fogom.

A választás iránt később fogok intézkedni.

Ratkó, 1911. évi november hó 5.-én.

A főszolgabíró helyett:
Ladányi, szolgabíró.

7347/1911. eln sz.

Szeged szab. kir. város törvényhatóságánál üresedésben levő s választás útján élethossziglanra betöltendő egy belterületi **kerületi orvosi**, továbbá a felsőtanyai fehértói kapitányságbeli **kerületi születésznői állásra** pályázatot hirdetek, miért is felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy a kerületi orvosi állásra pályázók az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7 §-ában előírt minősítésüket igazoló okmányokkal, a születésznői állásra pályázók pedig születésznői oklevéllel felszerelt pályázati kérelmüket **folyó évi november hó 20. napjának délután 1 órájáig hivatalomhoz** nyújtsák be.

A belterületi kerületi orvosi állás évi 1800 korona alapfizetéssel és 360 korona lakbérrel, a születésznői állás 400 korona alapfizetéssel és 100 korona lakbérrel van javadalmazva, az alapfizetés azonban 5 évenként az alapfizetés 10%-ával emelkedik mindaddig, míg ezen emelkedés az alapfizetés 40%-át el nem éri.

Megjegyeztetik, hogy a mennyiben az orvosi kerületekre vonatkozó szabályrendelet módosítása folytán a kerületek számában és területében változás állana be, az esetre a város hatósága a szabad rendelkezési jogot magának már most fentartja, hogy az ezáltal megváltoztatandó kerületi orvost az illetékes városi hatóság bármely kerületbe beoszthassa.

Szeged, 1911. évi november hó 3.-án.

Lázár György dr., polgármester.

A korszallasi uradalmi orvos súlyos betegsége folytán helyettes orvos alkalmazása vált az uradalomban szükségessé. Felkértek mindazon nőtlen róm. kath. fiatal orvostudorok, kik ez ideiglenes állást elnyerni szándékoznak, hogy ez irányban megkeresésüket **mielőbb** alulírott jószágfelügyelőséghez benyujtsák. Javadalmazás egyelőre havi 200 korona, lakás és fűtés. Az állás elfoglalása felette sürgős Közlebbi felvilágosításokkal szolgál:

Az uradalmi jószágfelügyelőség Kisszálláson. (Bácsm.)

A Rimamurány-Salgótarjáni Vasmű Részv.-Társaság ózdi gyártelepén egy kórházi segédorvosi állás megüresedvén, pályázat hirdetik.

Az állás javadalmazása: 200 korona havi fizetés, a kórházban egy bútorozott szobából álló lakás, fűtés, világítás. Kosztot a helybeli tisztí kaszinóban havi 48 koronáért kaphatni

Pályázhatnak nőtlen diplomás orvosdoktorok és olyan felavatott orvosok, kik egy évi kórházi gyakorlatukat óhajtják eltölteni, mivel itt a szülészet és nőgyógyászat kivételével a többi gyakorlat érvényesül.

A Rimamurány-Salgótarjáni Vasmű Részv.-Társaság nagytekintetű vezérigazgatóságához intézett kérvények f. évi november hó 25.-éig bezárólag a kórházvezetőségnek Ózdra küldendők.

Kórházvezetőség.

HIRDETÉSEK.

:: ELSŐRANGU GYÓGYVIZ ÉS DIAETETIKUS ITAL ::

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

a Bór és Lithion tartalmu GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

a kontinens legelső orvosi szaktekintélyei által kitünő sikkerrel használtatik.

Kiváló óvszer a vörhenynél (scarlatina) fellépő vesebántalmaknál.



E forrás kiváló tulajdonságai:

Hugyhajtó hatása.

Kelelmes izü. Teljesen tiszta.

Könnyen emészthető.

Vasmentes. Állandó összetételü.

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

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

SCHULTES ÁGOST Szinye-Lipóczi Salvatorforrás Vállalat,

BUDAPEST, V., RUDOLF-RAKPART 8.

KEFIR

Vezető-orvos: **Dr. SZÉKELY ÁDÁM**

legtökéletesebb tápszer, ajánlva különösen tüdő-, gyomor- és vesebajoknál, sápkór- és vérszegénységnek s minden nagyobb betegség alatt és után. Gyors erő- és súlyszaporodás. Kelelmes üdítő íze miatt azok is szívesen használják, kik a tejet nem tűrik. —

Budapesten naponta házhoz szállít és vidékre kefir-gombát küld a

Kefir-intézet

Budapest, Teréz-körút 31.

3376/1911.

Hajdu vármegye központi járásához tartozó, 4800 lakosú Tiszacsege nagyközségben, melyhez 4 nagy uradalom tartozik, a megüresedett **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Felhívom azokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. és az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előírt képesítésüket, továbbá eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám **f. hó 25.-éig** adják be.

A megválasztandó orvos javadalmazása:

1. Törzsfizetés 1600 korona és 400 korona lakbér.

2. Orvoslátogatási díjak: az orvos lakásán 40 fillér, a beteg lakásán nappal 80 fillér, éjjel 1 korona 60 fillér. A község külterületén nappal 2 korona, éjjel 4 korona.

Megjegyeztetik, hogy a lakbér és látogatási díjak felemelése iránti eljárás folyamatban van.

A megválasztandó orvos állását tartozik azonnal elfoglalni.

A választás határnapját később fogom megállapítani.

Debreczen, 1911. évi november hó 4.-én.

Orosz Sándor, főszolgabíró.

UJ

komoly szájfertőtlenítő-szer került a piacra, tudományosan kipróbált, elismert anyag, mely biztosan és gyorsan szagtalanít.

FODORMENTHA-LYSOFORM

(LYSOFORMIUM MENTHAE)

Igen kelelmes mentha-ízű, gyengén alkalikus fertőtlenítő-szer, melynek hatásos alkatrészei az oldatban maradnak. 1 üveg tartalma 100 cm³, ára kor. 1-60.

Használati utasítás: 15 csepp egy üres pohárba, aztán víz öntendő reá.

Orvosoknak 1000 cm³ üvegben 7-50 K szállítjuk.

Mintát és irodalmat ingyen küld:

Dr. Keleti és Murányi vegyészeti gyára Újpesten.

(Lysoform-gyár.)

Elixir ferri glycerophosphati Gréb könnyen assimiláló vaskészítmény. Tartalmaz Fe, Na, Ca, glycerophosphát-sókat. Rendelhető az összes coefficientsekkel együtt, mint: Acid. arsenic. 0,01 és 0,02, Extr. nuc. vom. 0,10, Aracetin 0,10, Kal. sulfoguaiae. stb. Ára 1 üvegnek 2 kor. Gyógyjavalatok: Chlorosis, anaemia, anorexia, lat. tuberculosis, neurasthenia, morbus Basedowi és idegbetegségek esetében, valamint gyengén fejlett gyermekek erősítésére kiválóan alkalmas.

Tablettae Biodyni Gréb (Tabl. ferri glycerophosphati.) Életerő-tabletta (bios = élet, dynamos = erő) erősítő és tápszer tablettá-formában chocolatebevonattal. Pro dosi: Fe, Ca, Mg, Mn, Na és Chinin glycerophosphatsói 0,10. Egy doboz ára (50 drb) 3 kor. Gyógyjavalatok mint az Elixirnél. — Készíti:

Gréb János Justitia-gyógyszertára, Budapest, Lipót-körút 5. Telef. 127-14.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

TARTALOM:

EREDETI KÖZLÉSEK.

- Borszék Károly:** Közlés a budapesti kir. m. tudomány-egyetem 2. sz. sebészeti klinikumáról. (Igazgató: Réczey Imre tanár, udvari tanácsos.) A májbéli echinococcus-tömlők radicalis gyógyítása. 825. lap.
- Polyák Lajos:** A székesfővárosi régi szent János-kórház I. vegyes osztályáról. A papilloma multiplex laryngis gyógyítása radiumsugarakkal. 828. lap.
- Láng Adolf:** Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem I. sz. sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr., magy. kir. udvari tanácsos, egyetemi nyilv. r. tanár.) Általános bődtítés hedonálnak intravenosus alkalmazásával. 830. lap.
- Friedrich Vilmos:** A munkásbiztosítás feladata a tuberculosis elleni védelem terén. 833. lap.
- Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Grossich:** Meine Präparationsmethode des Operationsfeldes mittels Jodtinktur. — **Scheuer:** Taschenbuch für die Behandlung der Hautkrank-

heiten für praktische Aerzte. — *Lapszemle. Belorvostan, E. Meyer:* Terhességi tetaniának mérséklésére való orvoslása. — *Sebészet. W. V. Simon:* A feregnyulvány gyuladással divericuluma. — *Idegkörtan. Nonne:* A modern syphilittherapia jelentősége az idegrendszer betegségeiben. — *Gyermekorvostan. Kaumheimer:* A gyermekkori impetigó bőrbetegségek után jelentkező heveny veselob. — *Zappert:* Tetaniás gyermekek gerinczeleje. — *Venerás betegségek. Scheuer:* Priapismus. — *Húgyszervi betegségek. Wilms és Posner:* A prostatahypertrophia aetiologiája és gyógyítása a herék röntgenezésével. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Liebermeister:* Bázisíngrák. — *Nerking:* Asthma. 836—839. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 839. lap.

Vegyes hírek. 839. lap.

Tudományos társulatok. 840—843. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a budapesti kir. m. tudomány-egyetem 2. sz. sebészeti klinikumáról. (Igazgató: Réczey Imre tanár, udvari tanácsos.)

A májbéli echinococcus-tömlők gyökeres gyógyítása.

Irta: *Borszék Károly* dr., egyetemi magántanár, adjunctus.

A májbéli echinococustömlőknek még ma is általánosan dívó műteti módja azok kivarrása és drainezése, a *marsupialisatio*. Akár egy időszakban történik a kivarrás a megnyitással (*Landau-Lindemann*-féle eljárás), akár két időszakban (*Volkman*-féle eljárás), a megnyitott tömlő sarjadzás útján telik ki. Ezért az ezen eljárások szerint operált esetek mind kivétel nélkül hosszú idő alatt gyógyulnak; a merev falú üreg nehezen zsugorodik és hónapok, nagy tömlő esetén évek is eltelnek, míg a gyógyulás bekövetkezik. 1900-ban a 2. számú sebészeti klinikán operált 9 májechinococcus esetét közöltem, a melyek 2—7 hónapig voltak klinikai ápolás alatt, de kettő közülük még akkor is sipolylyal távozott. Igen becses adatokat tartalmaz az ily módon operált betegek végleges gyógyulását, illetve a klinikáról való elbocsátás utáni további sorsát illetőleg *Lobmayer* közleménye az 1. számú sebészeti klinika 28 májechinococcus-esetére vonatkozólag. Ezen 28 eset közül 21 esetnek a további sorsa ismeretes; teljesen meggyógyult 14 eset és pedig 11 hét — 4 év alatt; 3-nak még nem gyógyult be a sipolya, noha a műtét 7 hó — 7 év előtt végeztetett; a meghalt 4 beteg közül az egyikben a halált okozó májtályog valószínűleg az eredeti bajjal összefüggőnek mondható.

Annak az oka, hogy a megnyitott és drainezett echinococustömlők oly hosszú idő alatt gyógyulnak, többféle. A legnagyobb fontossággal bír a kivarrás, illetve *megnyitás helye*; ha ez nem a tömlő legmélyebb pontján történt, akkor

a beteg fenjárásakor a tömlő üregében levő váladék pangása következik be, a mi a nyílás alatti rész kitágulására vezet. De még a tömlő legmélyebb pontján való megnyitásakor is (a mi különben rekesz alatti vagy központi elhelyeződésű echinococcus esetén nem könnyű dolog, sőt néha lehetetlen) előfordul, hogy a tömlő összeesése, vagy több rekeszű, kiöblösödésekké bíró volta miatt szögletbe török a már kiképződött sipolyment és annak mechanikai elzáródása jön létre.

Ez a leggyakoribb oka annak, hogy még az aránylag kicsi, ökölnyi tömlők gyógyulása is hónapokat vesz igénybe. De elég gyakran észleljük, hogy a sipoly falzatában *meszes lerakódások* jönnek létre. Ezek azok az esetek, a melyekben a sipoly nem záródik; merev falú, zsugorodásra teljesen képtelen cső keletkezik, a mely még a szokásos edző szerek vagy ismételt kikaparások daczára sem gyógyul. Ez év elején volt egy ilyen esetünk a klinikán: a napszámos embernek, a kit Amerikában operáltak több mint 1½ év előtt, felvételekor a linea alában a köldökig érő vonalas hege volt, a melynek közepén egy lencsényi, kevés nyálkás váladékot ürítő sipoly nyílt. A 10 cm. hosszú sipoly a gerincoszlop felé majdnem vízszintesen haladt és falzata véges-végig incrustálva volt. Daczára annak, hogy a sipoly falzatát több alkalommal erőlyesen kikanalztuk, majd a sipoly nyílást tágítottuk és végül *Beck*-féle bismuth-pastával kitöltöttük — a gyógyulás hónapok mulva sem akart bekövetkezni. Végül is kénytelenek voltunk a sipolyt egész hosszában kiirtani, a mi nagy nehézségekbe ütközött, mert falzata a ductus hepaticussal, valamint a vena portaevál szorosan össze volt kapaszkodva.

Egy további szövödmény, a mely nemcsak a gyógytartamot hosszabbítja meg lényegesen, hanem a beteg életét is veszélyeztetheti, az *epeömlés*. *Lobmayer* közölt esetei közül 28·12%-ban, *Berger* esetei közül 63·15%-ban, *Samurawkin* esetei közül 64%-ban észleltetett kisebb-nagyobb fokú, hosszabb-rövidebb ideig tartó epeömlés. Ha az epeömlés nem nagyfokú vagy rövid ideig tart és a tömlő fesesebb kitérésére megszűnik, nem valami nagyfontosságú dolog; de ha hosszabb ideig áll fenn és oly erős, hogy a székletét teljesen

acholiássá válik, súlyos táplálkozási zavarokat okoz. *Samurawkin* szerint az epefolyás 7·3—16·4%-ában az eseteknek halálra vezet. Ezen erős epefolyást megszüntetni nem könnyű, mert egy nagyobb májbeli epeút kimarodásából származik. *Körte* ilyen esetekben anastomosis készítését ajánlja a sipoly-nyílás és a choledochus, illetve epehólyag között; ő ehhez az eljárásához volt kénytelen folyamodni, hogy egy több mint egy éven át fennálló epefolyást megszüntessen.

A gyógyulást zavaró további szövödmény, a mely azonban jóval ritkábban észleltek, mint az epefolyás, az *utóvérzés*. Ezen utóvérzés vagy a tömlőt körülvevő kötőszövetes tok leöklődéséből, vagy nagyobb véredek kimarodásából származik. A tömlő leöklődéséből származó vérzés nem szokott erősebb lenni és már enyhe kitömésére az üregnek megszűnik; nagyobb jelentősége tehát nincsen. Annál súlyosabbak és végzetesebbek azok az utóvérzések, a melyek valamely nagyobb ér (vena cava, vena portae) kimarodásából származnak. A vérzés forrását megtalálni és hozzáférhetővé tenni nagy üregű tömlőknél igen nehéz, ha ugyan nem lehetetlen. Az üreg kitömése jóformán az egyedüli mód, a melytől a vérzés megszüntét remélhetjük; de éppen nagy és kiöblösödésekkel bíró tömlőknél ez sem megbízható. *Körte* és *Lisjanski* a vena portae, *Russel* a vena hepatica egyik ágának kimarodásából származó halálos elvérzéseket közölte.

Ha a felsorolt okok valamelyike folytán a gyógyulás hónapokon vagy éveken át elhúzódik, bőséges alkalom nyílik a *megnyitott tömlő fertőződésére*. A betegek legtöbbje hónapokon át folytatott kórházi kezelés után megújja ezt és még fennálló sipolylyal távozik, hogy odahaza kezeltesse magát orvosával, vagy a mi sokkal gyakoribb, saját magát kezelje. Hogy ilyen körülmények között előbb-utóbb infectio következik be, azon nem csodálkozhatunk. Pedig az ilyen fertőzés nem ritkán végzetes, mert genyes cholangitis vagy májtályog lesz a következménye, különösen könnyen akkor, ha egyidejűleg epefolyás is van (*Körte*). A sipolymenten át való gyakori fertőzés a hosszú gyógytartamon kívül egy további nyomós ok az echinococustömlők kivarrással való kezelése ellen.

De még egy körülménnyel kell számolni, ha ezen eljárás valódi értékét akarjuk megállapítani, és ez az *állandó gyógyulás kérdése*.

A kivarrással kezelt esetekben ugyanis a mai gyakorlat szerint megnyitjuk a hasüreget, s kitapintva vagy megpungálva a májat, megtaláljuk a tömlőt. Kellő izolálás után — a hasüreg fertőzését elkerülendő — kiürítjük a tömlő tartalmát annyira, hogy falai ne feszüljenek és a kivarrás biztosan és jól eszközölhető legyen. A kivarrást magát lehetőleg a tömlőnek a legmélyebb pontján végezzük, de semmi biztos támpontunk sincsen arra nézve, hogy a kivarrás csahugyan a tömlőnek legmélyebb pontján végeztetett-e, sem pedig arra nézve, hogy a megnyitott, illetve kivarrt tömlőn kívül nincsen-e még egy vagy több más tömlő, mely vele összefügg vagy csak egy elvékonyodott májrég által van elválasztva.

A kivarrással és drainézissal kezelt esetek egy jelentékeny részében sokszor van alkalmunk észlelni azt, hogy dacára annak, hogy a műtét alkalmával a megnyitott tömlőt teljesen kiürítettük, jól, alaposan kiöblögettük, mégis hosszú idő, nem ritkán hónapok múlva is ürülnek még fióktömlők; ezt abból magyaráztuk, hogy a megnyitott tömlő valamelyik rejtett kiöblösödésében azok megrekedtek és csak a tömlő zsugorodásakor szabadultak ki. Az eseteknek egy részében ez így is van és éppen ezt a körülményt hozták fel a drainézis mellett annak bizonyosságául, hogy a megnyitott tömlő leggondosabb kitakarítása sem nyújt biztosítékot arra nézve, hogy csakugyan minden fiókhólyag kiürített. Azonban vannak esetek, a melyekben a kivarrás után hosszú idő múlva kiürülő echinococustömlőagok nem a műtét alkalmával megnyitottal közös üreget alkotó anyatömlőből származnak, hanem a megnyitottal nem közlekedő, attól különálló második anyatömlőből, a melyet vékony májjálmány választott el a megnyitott tömlőtől. Könnyen elképzelhető, hogy ez a vékony válaszfal a tampon vagy drain állandó nyomása következtében uzurálódik és a második

tömlő is megnyílik a már megnyitott tömlő ürege felé. Egy második, esetleg több különálló tömlő megtalálása olyankor, a midőn az egyik tömlő falán csak kis nyílást készítettünk és azt kivarrjuk a hasfalhoz, nagyon nehéz; ebből érthető, hogy többszörös, különálló tömlő esetében esetleg egy második műtét válik szükségessé. Igen tanulságos ilyen esetünk volt a klinikán. A 11 éves fiúban az első műtét alkalmával a máj jobb lebenyében gyermekfejnyi, felületes elhelyeződésű tömlő találtatott, mely a szokásos módon megnyitott és kivarratott. 5 hónap múlva, a mikor a kivarrt tömlő ürege már majdnem teljesen kitélt, a májtájék még mindig erősen elődomborodott; sőt a has körfogata rohamosan kezdett nagyobbodni. A második laparotomia végzésekor még két különálló tömlő találtatott, közvetlenül egymás mellett, a melyek jelenlétét az első műtét alkalmával felismerni nem lehetett. Az ilyen és ehhez hasonló esetekben tulajdonképpen nem recidiváról van szó, hanem nem kielégítő eredménnyel végzett műtétről. De láttuk, hogy a legnagyobb figyelem mellett és gondos keresés dacára is megtörténhet az, hogy egy vagy több tömlő nem ismertetik fel. Nem a multilocularis echinococcusok csoportjába tartozó esetek ezek, hanem több különálló anyatömlővel bíró esetek.

Ezen fajta helytelenül mondott recidivákon kívül észlelték egyes esetekben azt, hogy a hasfalzat rétegei között fejlődött ki echinococcus. Ez másképp nem gondolható, mint hogy a műtét alkalmával a bőr alá vagy a hashártya és az izomzat közé továbbfejlődésre alkalmas echinococcus-elemek jutottak és ott megtelepedtek. *Devé* vizsgálatai óta tudjuk, hogy ezen implantációs recidivák főoka az echinococushomok (sable hydatique), a mely életképes scolexeket bőven tartalmaz. Ha a tömlő kivarrása alkalmával egyik vagy másik helyen a kiszegett hashártya beszakad, vagy nagy feszüléssel bíró tömlőknél a szűrési csatorna mentén is könnyen bejut a hasfal rétegei közé a scolexeket tartalmazó echinococushomok és új tömlő fejlődhet. *Madelung* a kivarrás utáni hegvonalban két évvel a műtét után észlelt két különálló tömlőt. Hasonló esetekről tesz említést *Billroth*, *Courtier*, *Routier* és *Quénu*.

Ha még tekintetbe vesszük, hogy a hosszas kórházi kezelés és a jóformán elkerülhetetlen gyakori hőemelkedések a drainézissal kezelt betegeket különösen tuberculosos tüdőmegbetegedésre milyen hajlamossá teszik, könnyen megérthetjük, hogy a sebészek törekvése már régen odairányult, hogy a májbeli echinococustömlőket rövidebb idő alatt gyógyíthassák meg. A hosszú gyógytartam után a kivarrással és drainézissal kezelt gyógyult esetekben is még mindig előállhatnak utólag kellemetlenségek, a melyek a májnak a hasfalhoz való rögzített voltából származnak. Ezenkívül a hasfali sérvek keletkezésének a veszélye is megvan.

Azok a törekvések, a melyek a gyógyulást olyan módon akarták elérni, hogy a tömlő üregébe olyan kémiai szereket fecskendeztek be (jodtinctura, sublimat, β -naphthol, alkohol, kalium hypermanganicum, carbol, argentum nitricum stb.), a melyek a parazitát elpusztítják, veszélyesnek és megbízhatatlannak bizonyultak. Míképpen a diagnostikai célból végzett egyszerű punctiónál, úgy itt is fenyeget a hasüreg fertőződésének és az echinococcus implantációjának veszélye, a mihez még a mérgezés veszélye is társul, erős desiniciens oldatokról lévén szó. Azt is tudjuk, hogy az elhalt echinococust tartalmazó tömlők igen gyakran elgenyednek és veszélyeztetik a beteg életét; ezért az olyan eljárásokat, melyek az echinococust megölik, de azt a beteg testéből nem távolítják el, veszélyesnek kell mondanunk.

A kitűzött cél — a gyógytartam megrövidítését a hasüreg fertőződésének veszélye nélkül — jobban és veszélytelenebbről közelítik meg azok az eljárások, a melyekkel az echinococustömlőt a hasüreg megnyitása után a szem ellenőrzése és a hasüreg védelme mellett kiürítjük, antisepsises vagy physiologiai konyhasós oldattal megtöltvén, a tömlőn ejtett nyílást ismét egyesítjük és a májat elsüllyesztvén, a hasüreget zárjuk. A francia szerzők „hepatotomie ideale“-ja. A varrat elégtelenségéből vagy az üreg elgenyedéséből szár-

mazó általános hashártyalob elkerülésére utóbb a májvarrat helyét a hasfal sebéhez rögzíteni is ajánlották (*Rasumowsky*).

Ezek az eljárások *Billroth*, *Thomson*, *Krönig*, *Slobet*, *Pollak*, *Bond* és *Bobrow* nevéhez fűződnek; közülök ma főleg a *Bobrow*-féle eljárást alkalmazzák, a mely a tömlő mechanikai kitisztítására fekteti a fősúlyt és az antisepticumokkal való megtöltést veszélyesnek és feleslegesnek tartja. *Bobrow* első esetében a kiürített tömlőt még az egyesítés előtt megtöltötte physiologiai konyhasós oldattal, hogy a holt üreget és evvel az epe- vagy vérszivárgást meggátolja. Utóbb a tömlő megtöltése feleslegesnek bizonyulván, azt minden megtöltés nélkül egyesítette, úgy a mint azt már előtte *Posadas* ajánlotta. Hogy a *Bobrow*-féle eljárással kis egyrekeszű tömlő eseteiben jó eredményeket lehet elérni, az kétségtelen. *Orlow*, *Vegas* és *Cranwell*, *Garré*, *Russel* között ilyen eseteket.

Makara a legutóbbi magyar sebészcongressuson *Billroth* szerint sikerrel operált négy esetről számolt be. Azonban ezek daczára is veszélyesnek és megbízhatatlannak kell tekinteni úgy a *Billroth*-t, mint a *Bobrow*-féle eljárást. Veszélyesnek, mert a tömlő üregébe történő vérzés vagy epeömlés a tömlővarratok elégtelenségére vezethet, vagy pedig a tömlő üregében genyedés állhat be; *Vegas* és *Cranwell* eseteinek 19-26%-ában, *Ehrlich* eseteinek 66-6%-ában, *Orlow* eseteinek 20%-ában következett be genyedés; így volt ez *Garré*, *Dollinger* és *Herczel* eseteiben is. *Oliver* 78 nappal a műtét után észlelte a tömlő elgenyedését. Szerinte nem egy, a műtét után gyógyultán távozott beteg pusztul el hashártyagyulladásban. Megbízhatatlannak kell mondani az eljárást, mert a recidivák ellen sem biztosít; az eljárás a megnyitott tömlő tökéletes kiürítését és megtisztítását feltételezi, de ez éppen az eljárás leggyengébb pontja. Ha egyrekeszű, sima falú tömlőről van szó, akkor a kiürítés és kitisztítás megbízható lehet, de többrekeszű, egymással szűk nyílások útján közlekedő tömlőket teljes lehetetlenség egyetlen nyílásból úgy kitisztítani, hogy teljesen nyugodtak lehetünk a felől, hogy egyetlen fióktömlőt sem hagyunk hátra. Magának *Bobrow*-nak is egyik esetében meg kellett ismételnie a műtétet egy fél év múlva. *Garré* egyik esetében, a melyet *Bobrow* szerint operált, kénytelen volt a tömlőt újra megnyitni és benne echinococcus-hártyákat talált, pedig a műtét alkalmával tökéletesen kitisztítottnak vélte az üreget. *Tuffier* a tömlő tökéletes kitisztítása és a recidiva elkerülése céljából az üreg falzatának megkaparását és sublimatoldattal való kimosását ajánlotta, azonban semmiesetre sem tarthatjuk követendőnek az ajánlatát, mert könnyen utóvérzésekre, valamint epefolyásra vezethet a nélkül, hogy a kiújulástól biztosan megvédené.

Nagy lépés a májbéli echinococcusok műtétének végleges megoldása felé a *Delbet*-féle eljárás: a *capitonnage*. *Delbet* a tömlőt a hasüreg védelme mellett szélesen megnyitja, tartalmát az anyatömlő burkával együtt eltávolítja és az üreget kiszáritja. A tömlő falzatából a feleslegeset kímetszve, a visszamaradó üreget elsúlyesztett varratok segítségével megszünteti és a tömlő szabad széleit varratokkal egyesítvén, az üreget hermetice zárja. Almanagyságú tömlőkön ezen egyesítést csak akkor tartja szükségesnek, ha a tömlő falzata annyira merev, hogy a szomszédos hasi szervek nyomása nem látszik elegendőnek a tömlő falzatának közéletésére.

A *Delbet*-féle eljárás tökéletesebb, mint a *Bobrow*-féle, egyrészt azért, mert a felesleges és könnyen eltávolítható burokrészletet reszekálja, másrészt azért, mert a visszamaradó üreget mechanice, varratok segítségével megszünteti és ez által minden későbbi szövődménynek (epefolyás, vérzés, a tömlő tartalmának elgenyedése) elejét veszi. Egyetlen hátránya, hogy csak az anyatömlő burkát távolítja el és az azt körülvevő kötőszöveti tokot benn hagyja. Ez a tok különösen nagyobb, régebben fennálló tömlőkön vastkos, merev falú és szakadékony, tehát az üreg nehezen szüntethető meg varratokkal, mert azok átvágnak. E mellett nagyobb, különösen kiöblösödésekkel bíró tömlő esetén a recidiva lehetősége is fenforog, mert csak akkor lehetünk bizonyosak a felől, hogy

az echinococcusból minden bojsónyi darabkát is eltávolítottunk, ha az anyatömlőt körülvevő kötőszöveti tokot is teljes egészében kihámoztuk.

Pozzi volt az első, a ki a tömlőt a kötőszöveti tokkal együtt eltávolítva, tudatosan a tulajdonképpeni első gyökeres műtétet végezte. Ez az eljárás tökéletesen egyforma jelentőségű azokkal, a melyekben a tömlő az azt körülvevő májállományal együtt mint egy rossztermészetű álképlet távolítottatik el, tehát májresectio végeztetik. A sebészet új korszakában az ilyen gyökeres műtétek mind gyakrabban végeztenek, de az eljárás technikája oly nehéz, a műtét oly súlyos beavatkozás, hogy mortalitása igen nagy. Habár *Pozzi* óta tekintélyes a kötőszöveti tokkal együtt vagy májresectióval sikeresen eltávolított esetek száma, mégis általános elterjedésre ezen műtési mód mostanáig nem tarthatott számot. A gyógyult eseteknek majdnem mindegyike szerencsés elhelyeződésű tömlő volt, olyan tudniillik, a hol a tömlő nagy része a máj szabad szélén túl terjedt, majdnem kocsányos volt vagy pedig elvékonyodott, elhegesedett, rosszul erezett májállományal volt borítva. De még ezen esetek legtöbbszörében is nagy gondot adott a máj állományának átmetszése után beállott vérzés csillapítása. A tömlőnek egészben való eltávolítása májresectio útján, valamint a kötőszöveti tok kihámozása erős profusú vérzést létesít és ennek a biztos csillapítása nagy gondot okoz. Csak nemrégiben közölt egy esetet *Thevenol* és *Barlatier*, a melyben a kihámozás okozta elvérzésben pusztult el a beteg. Mondhatjuk tehát, hogy a májbéli echinococustömlők gyökeres gyógyításának kérdése teljesen azonos a májsebek vérzéscsillapításának kérdésével.

Mielőtt erre a pontra áttérnénk, még tisztázni kell a májbéli echinococustömlők gyökeres műteteinél az implantációs recidiva kérdését. Ezen gyökeres eljárásoknál is éppen úgy meg van ennek a lehetősége, mint a többi eljárásnál. Ha ugyanis a tömlő megnyitásakor a tömlő tartalmából bármi kevés bejut a hasüregbe vagy a hasfal rétegei közé, megvan a recidiva lehetősége, illetve helyesebben mondva, egy új localisatiójú echinococcus fejlődésének a lehetősége. A mai technika mellett azonban ez a kérdés véglegesen megoldottnak tekinthető. A hasüreg megnyitása után, mielőtt még a tömlőhöz hozzá nyúlánk, izoláljuk a szabad hasüreget, körültauponálván a tömlő környékét. Ez azonban egyedül még nem elegendő; gondoskodni kell arról, hogy a tömlőből kifolyó echinococcusfolyadék ne juthasson nagy mennyiségben egyszerre a műtési területre. Ezért a tömlő megnyitása előtt annak tartalmát aspirálni kell. Ujabban különösen francia szerzők nagy súlyt fektetnek arra, hogy a tömlő megnyitása előtt az echinococcus életképtelenné tétessék vagy legalább is az életképessége lefokoztassék. Erre a célra kitünőnek bizonyult *Devé* és *Quénu* vizsgálatai alapján a formol. Szerintük 1%-os formololdat 5 percznyi behatása elegendő az echinococustömlőben levő minden életképes elemnek az elpusztítására. *Arce* és *Oliver*, valamint *Hosemann* és *Villos* is megbízhatónak találta az 1%-os formololdatot. Ezért legcélszerűbb úgy eljárni, hogy a hasüreg megnyitása után a tömlőből annyi folyadékot aspirálunk, hogy a feszülés teljesen megszűnjön, most az aspiratiós tűn keresztül ugyanannyi, vagy valamivel kevesebb 1% formolfecskendezünk be a tömlő üregébe, azt 5 perczen át benn hagyjuk és csak ennek kiürítése után nyitjuk meg a tömlőt, a mikor is a formol behatására az echinococustömlő életképes elemei elpusztultak. Azonban az előzetes formolbefecskendezés daczára sem szabad az echinococcusfolyadékot ártatlannak tekinteni, mert teljesen lehetetlen, hogy egy anyatömlőben levő számtalan leánytömlő mindegyikét sikerüljön egyetlen helyről történt befecskendezéssel 5 percz alatt életképtelenné tenni, ha még olyan hatásos szert fecskendezünk is be. Azért a legnagyobb óvatossággal szabad csak a tömlőt megnyitni előzetes aspiratio után.

Ha végigolvassuk azon esetek kórtörténetét, a melyekben az echinococustömlő a körülvevő kötőszöveti tokkal együtt kiirtatott, vagy a májresectiók eseteit: a legkülönbélebb törekvésekkel találkozunk, hogy a nagy vérvesztés elkerültesse és a vérzés biztosan csillapítható legyen. A legtöbb-

ször a májállomány szétfejtését nem szikével, hanem thermo-cauterrel végezték (*Pozzi, Loebker-Bekhaus, Triconci, Bruns, Dépage, Braun, Payr* stb.) Ez azonban a nagyobb ér-ágakból eredő vérzést nem tudja csillapítani, sőt a keletkezett pörk miatt az átmetszett erek és epeutak előhúzását és leköttetését lehetetlenné teszi, a mi a pörk leválása után utóvérzésre és epeömlésre vezethet.

Megbízhatóbbnak bizonyult a metszési vonalban a májállomány körülöltése (*Kusneroff*), vagy ha a viszonyok megengedik, rugalmas draincsövel való leszorítása (*Doyen, Terrillon*), vagy fogóval való összezúzása. A szétválasztási vonalnak megfelelő előzetes leszorítását a májállománynak *Schwartz* jodoformgázzal körülcsavart fogóval eszközölte, 48 órán át fekve hagyva azt. A legújabb időkben a praeventív vérzés-csillapítás kísérleteivel találkozunk a keresztülmetszendő májrészletet ellátó erek leköttetése által. Így *Haberer* az arteria hepatica propria kisebb ágait leköttette és a vena portae megfelelő ágait körülöltötte, hogy a májállomány átmetszését vértelenül eszközölhesse. *Klose* a máj egész bal lebenyét eltávolította, a vena portae és az arteria hepatica megfelelő ágainak leköttetése után. De maga *Haberer* is megjegyzi, hogy eljárása igen veszedelmes és nagy halálozással jár. Tudniillik az előzetes leköttetésekkel a májállomány elhalásának a veszélye fenyeget; különösen az arteria hepatica leköttetése veszedelmes, sőt a leköttetése az eredéséhez közel feltétlenül halálhoz vezet (*Beresnegowski* esetében az arteria hepatica egyik ágának véletlenül történt leköttetése után a jobb májlebeny egészében necrosis lett). A vena portae nagyobb ágainak a leköttetése csak muló zavarokat okoz, mert a keringési zavar az arteria hepatica és a májon kívüli pályák útján kiegyenlítődik. Ha tehát a májállomány elhalását el akarjuk kerülni, akkor az arteria hepaticának csak azon ágait szabad lekötni, a melyek az eltávolítandó májrészletet látják el. De gyakorlatilag ez jóformán kivihetetlen, különösen echinococcustömlőknel, a melyeknél előzetesen nem lehet megállapítani, hogy milyen nagy darabját kell majd a májnak eltávolítani.

Ezért sokkal nagyobb jelentőségűek azok az eljárások, a melyeknél a praeventív vérzés-csillapítás a májat ellátó ereknek időleges compressiója útján eszközölhető. *Thöle* ezt a leszorítást a *Dahlgren*-féle műszerrel az aortán ajánlja, *Tuffier* pedig a májkapu ereit ujjal szoríttatja össze; hosszasabban tartó műtéteknél ez nehéz és a leszorítást végző segéd keze is nagyon útjában van a műtőnek.

Ezen az úton haladva ajánlotta *Báron* a májon végzendő műtétek alatt a ligamentum hepatoduodenale leszorítását puha fogóval. Ezen eljárás veszélytelenségét és megbízhatóságát klinikánkon végzett állatkísérletei bizonyítják. A leszorítás után 5 perczzel, a mely idő alatt a májban levő vér a szív felé kiürült, a máj elhalványodik s bemetszésre semmit sem vérzik. A leszorítás tartama alatt tehát éppen úgy vértelenül operálhatunk a májon, mint Esmarch-pólya alkalmazása után a végtagon. Az eljárásnak emberen való alkalmazhatóságára való tekintettel mindenek előtt azt a kérdést tisztázta, hogy a ligamentum hepatoduodenaleban elhelyezett arteria hepatica, vena portae és ductus choledochus műszeres leszorítása nem okoz-e olyan elváltozásokat, a melyek az erekben thrombosisra, az epevezetékben pedig átfűródásra, illetve heges szűkültre vezetnek. Az ilyen módon operált kutyáknak a leszorítás után rövidebb és hosszabb idő múlva (3 óra — 3 hónap) megejtett vizsgálata sem a leszorítva volt erek, sem a ductus choledochus falában nem tudott káros elváltozást kimutatni. Minthogy a kutya és az ember mája között a sebész szempontjából sem bonczolástaniilag, sem élettaniilag különbség nincsen, a *Báron* által ajánlott módszer igen alkalmasnak mutatkozott az emberen való kipróbálásra is; ha az eljárás emberen is beválik, akkor az echinococcusok gyökeres kimetszésekor is igen jó hasznát vehetjük.

Az erre vonatkozó irodalom átnézésekor a Hildebrand Jahresbericht XV. kötetében *Macaggi*-tól származó közlemény rövid referatúrára akadtam, a melyben szintén a ligamentum duodenale *digitalis* vagy *műszeres* leszorítása van ajánlva a

májon végzendő műtéteknél állatkísérletek alapján. Eredményei mindenben megegyeznek a *Báron*-éival, csak hogy ő a leszorítás tartama alatt a májban beálló vérszegénységen kívül a többi hasüri szerv vérbőségét is észlelte. Hogy eljárását emberen alkalmazták volna, arról a referatumban említés nincs.

Nálunk a ligamentum hepatoduodenale műszeres leszorítását *Báron* közleményének megjelenése után legelőször *Hüttl* végezte egy epehólyagnak kiirtása alkalmával és az eljárást megbízhatónak és ártalmatlannak találta. Nekünk eddigelé három májechinococcus esetében volt alkalmunk a *Báron*-féle eljárást alkalmazni. Hogy a ligamentum hepatoduodenale leszorításával valami veszedelmet ne idézzünk elő, legelőbb is arról kell minden esetben meggyőződnünk, hogy a ductus choledochus ép-e, nem lobos-e és nincsenek-e benne esetleg kövek.

A leszorítás puha *Kocher*-féle bélszorítóval történik úgy, hogy a szétnyitott fogó egyik szára a foramen Winslowin keresztül a ligamentum alá, a fogó másik szára föléje kerül. Az így elhelyezett fogó szárait ezután összenyomjuk mindaddig, a míg az arteria hepaticában a lüktetés megszűnt. Most várunk, a míg a máj ereiben lévő vér kiürült; 5—8 percz múlva a máj felszínén elszórtan halavány foltok mutatkoznak, a melyek gyorsan megnagyobbodnak és összefolynak. A most már vértelenített májon elvégezhetjük a szükséges kimetszést; a vértelen, halvány metszési felületen igen jól lehet látni a keresztülmetszett vérereket és epeutakat. Azokat egyenként csípőbe fogjuk, előhúzzuk s vagy leköttjük, vagy körülöltjük; egyik esetünkben (3. sz. eset) a májállomány átmetszésekor egy kisujnyi vastag vena hepatica lumenéből erősebb vérzés mutatkozott, jelölül annak, hogy a kiürülés a szív felé nem tökéletes; de kellemetlenséget nem okozott, mert a vértelen májállományban igen jól lehetett a vérzés forrását megtalálni és ellátni. Az esetleges légembolia elkerülésére a kimetszést nem egyszerre, hanem szakaszonként végezzük és a metszési felületet nedves, vastag törülkövel fődjük be. A mikor ilyen módon a kimetszés megtörténte után a látható érlumenek mindegyikét, valamint az epeutakat is leköttöttük, a máj metszési felületeit egymás mellé illesztjük és jó vastag catgutfonállal, lehetőleg mélyreható varratokat alkalmazva, a sebszéleket egyesítjük. A leszorító fogót csak akkor vesszük le, a mikor a varratok már a sebvonal egész hosszúságában alkalmazva vannak; ha esetleg az egyes varratok között vér szivárogná a máj állományából, pótlólag még adunk a vérző területre egy-egy varratot. Ha a keresztülmetszett terület minden egyes erét gondosan leköttöttük, akkor utóvérzés nincs, a hasüreget nyugodtan elzárhatjuk. Eseteink egyikében a leszorítás egy teljes óráig tartott, a nélkül, hogy valami ártalmat tapasztaltunk volna.

(Vége a jövő számban.)

A székesfővárosi régi szt. János-kórház I. vegyes osztályáról.

A papilloma multiplex laryngis gyógyítása radiumsugarakkal.

Előadta a III. nemzetközi rhino-laryngologus-congressuson Berlinben *Polyák Lajos* dr. főorvos.

A radiumsugarakat orr- és gégebetegségek ellen a kedvező irodalmi közlések dacára, eddig ritkán vették igénybe. Figyelmemet ezen kezelési módra *Ferreri*¹-nek Wienben, a II. nemzetközi rhino-laryngologus-congressuson tett közlése keltette fel, midőn a radiumsót tartó készülékét is bemutatta. Kevéssel ezután jutottam én is radiumsóm birtokába és alkalmaztam I. sz. esetemben. Levélbeli kérésemre *Ferreri* szíves volt nekem klinikájáról *Crescendo Esdra*² és ³ két közlését és ezenkívül *Mazzocchi*⁴ egy még nem közölt munkáját kéziratban megküldeni, a miért e helyen is hálás köszönetet mondok neki. A gégepapillomák gyógyításáról csak az utóbbi

munka emlékszik meg, három esetről szólva, melyekben a teljes gyógyulást kiújulás nem követte.

A rádiumsugarak alkalmazásának orr- és gégebetegségek ellen útjában áll egyrészt a hatásosabb sók drága volta, másrészt a sugarak adagolási módja körül fennálló bizonytalanság. A radioaktivitás nagyságának mérésére vonatkozó adatok orvosi célokra még alig használhatók, mert a közlött mértékegységek annyira különböznek, hogy a nem szakember nem tud köztük eligazodni (*Weszelszky*⁶). Nem elég tudni azt, hogy milyen fajta és milyen súlyú rádiumsót használunk, sőt a radioaktivitás pontos ismerete sem elegendő, mert a sőt elzárt üveg- vagy alumíniumtokban alkalmazzuk, mely az összes α -sugarakat és a β -sugarak nem csekély részét visszatartja; a készülékünk azon alakban, a hogy most alkalmazzuk, tulajdonképpen radioaktivitásának csak egy kis részével hat és a visszatartott radioaktivitást mérni még nem tudjuk. Tulajdonképpen 1 mgr. tiszta rádiumbromidnak 2 millió uranaktivitással kellene bírnia, de olyan erős só a *Curiené* laboratóriumán kívül alig fordul másutt elő; az a só, melyet az osztrák kormány árúsít el, úgy van jelezve, hogy x mgr. rádiumsó = 1 mgr. tiszta rádiumbromiddal, 1·6 millió uranaktivitással. A készítmény tehát súlyban több, radioaktivitásban pedig gyengébb a normal 1 mgr. rádiumbromidnál.

Mazzocchi (l. c.) közlése szerint a *Ferreri*-klinikán használt rádium-készítmény 5 mgr. tiszta rádiumbromidból áll 2 millió uranaktivitással. Ez a készítmény tehát a rendes aktivitásnak $\frac{1}{5}$ részét bírja csupán és ebből is ki tudja mennyit tart vissza a nélkülözhetetlen foglalat.

Az én készítményem *Manninger* egyet. magántanár úr közvetítésével a hamburgi *Sthamer*-féle kémiai gyárból került ki és 15 mgr. tiszta rádiumbromidnak lett eladva. Alább közlendő kísérleteim leírásakor fogom elmondani, miként derült ki, hogy ezen készítmény csak igen csekély töredékével rendelkezik annak a radioaktivitásnak, a melylyel hasonló súlyú tiszta rádiumbromidnak bírnia kellene.

Sokkal megfelelőbbnek, hatásosabbnak látszanak azon készítmények, melyeket az *Armet de Lisle* gyár árúsít és *Wickham és Degrais*⁶ ír le. Ez a gyár az oldhatlan rádium-sulfatot valamely firniszszerű anyagban lebegővé téve, fém- vagy szövetlapokra önti ki és ezáltal a radioaktivitásban a tok által különben okozott lényeges veszteséget jelentékenyen csökkenti; azáltal pedig, hogy a rádiumsó egyenletesen terül el a felületen, a sugárzó felület aktivitása uran cm^2 -egységben is meghatározható. Még nem volt alkalmam ilyen készülékkel kísérletezni, most akarom rádiumsómat ilyen alakban szereltetni, mert kétségtelennek tartom, hogy ez az alkalmazás mód legjobban megfelel a mi kívánságainknak, feltéve, hogy a firnisz elég ellenálló és alkalmas arra, hogy az orrban vagy gégeben hosszabb ideig fekhessék.

Az én rádiumsóm egy 4 mm. átmérőjű, hengeralakú, 0·5 mm. vastag falú, zárt alumíniumtokban van, melyet csavarmenettel erősíték meg egy megfelelő hajlású szondán. Kísérleteimet 1908 június havában kezdtem meg és azóta sokszoros gégeszemölcsdaganatnak három esetét kezeltem ilyen módon.

I. eset. A 26 éves nőbeteg 1906 január 25.-én konzultált első ízben, midőn a jobb hangszalagon két apró papillomát állapítottam meg, ezen papillomákat néhány hét múlva *Chiari* távolította el, de a beteg 4 hétre rá ismét rekedt lett. 1906 novemberben a jobb hangszalag már borítva volt papillomákkal, a melyek oly erősen burjánzottak, hogy 1908 júniusig hat ízben kellett őket operative eltávolítanom. Ekkor, 1908 június 27.-étől július 26.-áig alkalmaztam a rádiumot, 15 ülésben összesen $7\frac{1}{4}$ óra hosszát. A cocainnal érzéstelenített gégeben tükör ellenőrzése mellett tartottam bent a hajlított szondára erősített rádiumtokot 10—45 percig, a míg a reflexek vissza nem tértek. Helyi reactio sem vérbőség, sem duzzadás, sem fekélyképződés alakjában nem állott be, a papillomák napról-napra kisebbedtek és végül teljesen eltűntek. A hangszalagok tiszták és fehérek voltak, a hang erős lett, de kissé fátyolos maradt. Ezen állapot a beteg szerint vagy egy évig tartott. 1910 júliusban láttam újra a beteget, akkor

már kiterjedt recidivával. Külső körülmények akadályozták eddig a beteget a kúra megismétlésében, mely ez év őszére van terelve véve. Érdekes ez esetben az is, hogy 1908 tavaszán, midőn a beteg gravid lett, a papillomák burjánzása nála szokatlan erős mértékben indult meg. Nem tartom kizártnak, hogy a terhesség fokozni tudja a már fennálló papillomák burjánzását.

II. eset. H. Lujza 4 éves korában, 1906 januárban egy gyermekosztályon gégeszemölcsdaganatok miatt laryngofissióval lett megoperálva, de a daganatok oly gyorsan kiújultak, hogy a műtétet 3 hó múlva egy sebészi osztályon meg kellett ismételni. A kiújulás ismét oly gyors és intenzív volt, hogy a gyermek kénytelen volt canulet viselni; a szemölcsök átterjedtek az epiglottisra, mely a nyelv lenyomásakor mint diónyi karfiolszerű daganat tűnt elő a garatban. Arsen- és jodipinkúrák, melyeket 1907—1910-ig ismételtelen alkalmaztam rajta osztályomon, nem vezettek sikerre és a papillomák ismételt kítakarítása a *Löri*-féle katheterrel sem tudta a lélegzést a gégen át biztosítani. A rádium alkalmazásával azért késtem, mert a készítményt időközben egy kis baj érte; ugyanis 1910 nyarán két ízben volt 24 órára inoperabilis daganatba bevarrva és a szövetnedvek annyira felmárták az alumíniumtokot, hogy czélszerű volt a sőt használat előtt új tokba át-helyezni. Ezt a kezelést az egyetemi kémiai intézetben *Weszelszky* egyet. magántanár úr volt szíves végezni, kinek ezen fáradságáért és a só radioaktivitásának meghatározásáért e helyen is hálás köszönetemet fejezem ki. A só a tokkal együtt sósavban lett oldva és az oldatból kénsavval mint oldhatatlan rádiumsulfat csapattott ki. A további vizsgálatok oda utalnak, hogy a só legfeljebb $\frac{6}{1000}$ mgr. tiszta rádiumbromidnak felel meg. Megkérdeztük a gyárat, mely a sőt eladta, hogy mennyi volt eredetileg a radioaktivitás, de azt a választ nyertük, hogy azon időben, a mikor az eladás történt, még nem volt szokás a radioaktivitást meghatározni, ők csak arról biztosíthatnak, hogy a készítmény legalább is 50% tiszta rádiumbromidot tartalmazott.

Bár a készítményt egy teljes hónapig hagytam érní, a mi frissen előállított sónál vagy új foglalatnál okvetlen szükséges, mégis azt tapasztalom az új foglalat óta, hogy a készítmény radioaktivitása vagy 60—70%-kal csökkent, mert ugyanazon hatás elérésére 2—3 annyi alkalmazási idő szükséges.

A gyermekben a rádiumtokot a trachealis nyíláson át alulról vezettem be a gégebe és 12 ülésben $16\frac{1}{2}$ óra hosszát alkalmaztam. A papillomák minden helyi reactio nélkül tűntek el, csak kevés nyom maradt vissza az elülső commissurában és a jobb hangszalagon. Négy hét múlva azonban már látszott a kiújulás. 1910 szeptemberben 15 ülésben 21 órát exponáltam, mire a gége teljesen szabad lett. 1911 januárban egy kis dudor mutatkozott az elülső commissurában, mely 5 ülésben $8\frac{1}{2}$ óra besugárzásra eltűnt, azóta kiújulás nem volt.

III. eset. Sz. István, 35 éves, mindkét hangszalagot elborító papillomák miatt másfél év óta folyton szed jodipint és arsen eredmény nélkül. 1911 május 27.-étől július 15.-éig 15 ülésben 20 óra 54 percig használta a rádiumot. Erős köhögési ingere miatt előbb 1 cgr. morphiomot kapott a bőr alá és azután lett cocainsprayvel érzéstelenítve. A szájon át a gégebe bevezetett rádiumtok nyelét egy kis dróttal erősítettem meg a beteg homlokára tett szíjon és ily helyzetben ülve 1—2 $\frac{1}{2}$ óra hosszát tudta a tokot gégejében bent tartani. A papillomák teljesen eltűntek, de a jobb hangszalag kissé megvastagodott maradt; a hang tiszta és erős lett. Hogy lesz-e kiújulás, az idő rövid volta miatt még nem lehet tudni.

Eddigi tapasztalataim oda utalnak, hogy a sokszoros gégeszemölcsdaganatnak rádiummal való kezelése sokkal értékesebb, mint a gyógyszeres kezelés vagy a műtétek által elérhető eredmény. A műtétekkel szemben már régóta bizalmatlan vagyok, mert bármily gondosan szedjük ki a szemölcsöket, rendszerint az egész gágyenyálkahártya el van finom szemölcsösre változva, azt lenyúzni nem lehet és a műtéttel okozott mechanikai inger néha még jobban siettetí a szemöl-

csök burjánzását. A tapasztalat azt is mutatja, hogy ismételt műtétek után, még ha végül gyógyul is a beteg, a hang rendszeresen szenved. A laryngofissió műtétek eredménye sem jobb a fentinél, a kiújulás ezen — jóindulatú daganatellen mégis csak túlnagy beavatkozásnak mondható — műtét után is rendszerint beáll. Radiumbesugárzás után azonban a papillomák teljesen eltűnnek, a gége teljesen visszanyeri normalis külsejét és a hangképzés sem szenved a kúra által.

Hogy recidivák a radiumkezelés után is beállanak, azt 2 esetben magam is észleltem és lehet, hogy a III. esetben is be fognak állani. Azonban a radiumkezelés tetszés szerint megismételhető, veszélylyel nem jár, nem kontraindikált és mégis csak egyszerűbb dolog az ilyen kúrát megismételni, mint lépten-nyomon operálni.

Helyi reactiót vagy a radiumkezelés káros befolyását én eddig még nem észleltem, bár a készítményt feltűnő hosszú ideig hagytam egy-egy ülésben fekvé; lehet azonban, hogy ennek az az oka, hogy az én készítményem csekély radioaktivitással bír. A Ferreri-klinikán sokkal rövidebb ideig exponálnak, de helyi reactiót ott sem észleltek. Azonban olvastam Freudenthal⁷ egy közlését, a ki rosszindulatú daganatok kezelése után már rövid idő múlva látott fekélyképződést. Azt hiszem, hogy a firniszben felfüggesztett sók gyorsabban hatnak és ezért sokkal rövidebb expositio időt igényelnek. Mindenesetre célszerűbb óvatosan alkalmazni az erősebben radioactív készülékeket és inkább több rövid ülésre szorítkozni, hogy a helyi reactio elkerülhető legyen.

Ismétlem, hogy a radiumkezelés a sokszoros gégepapillomák operatív kezelését teljesen feleslegessé tette, mivel annak eredményeit minden tekintetben felülmulja. Kis gyermekeken, vagy gégeszűkület esetén előbb tracheotomiát kell végezni és a radiumot a légcsőspolyon át alulról kell a gégebe felvezetni.

(Pótlás a correctura alkalmazásával. A II. sz. esetben újlag mérsékelt kiújulás mutatkozik, melyet azon körülmény súlyosbít, hogy a két előzetes laryngofissio folytán a gége hegesen szűkül. A heges szűkület kezelése végett laryngostoma készítését tervezem, melyen át a radium úgy a hegre, mint a papillomákra kényelmesen alkalmazható. A III. sz. esetben kiújulás eddig nincs, sőt a jobb hangszalagon észlelt megvastagodás is eltűnt. Egy újabb esetben 10 óra besugárzással ez idő szerint teljes gyógyulást értem el.)

Irodalom: ¹ Ferreri: Verhandlungen des II. internat. rhinolaryngol. Kongresses in Wien, 1908. — ² C. Esdra: Stato attuale delle nostre conoscenze sul radium. II. Congr. internaz. di fisioterapia. Roma, 1907. — ³ C. Esdra: Radiumterapia. Bollet. della R. Acad. di Roma 1909. — ⁴ Mazzocchi: Contributo al trattamento dei tumori benigni laryngei col radium. Kézirat. — ⁵ Weszelszky: A radioaktivitásról, tekintettel a radiummal való gyógyításra. Term.-tud. közlöny, 530. füzet. — ⁶ Wickham und Degrais: Radiotherapie. Berlin, J. Springer, 1910. — ⁷ Freudenthal: Archiv für Laryngologie, 25. Band.

Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem I. sz. sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr., magy. kir. udvari tanácsos, egyetemi nyilv. r. tanár.)

Általános bódítás hedonalnak intravenosus alkalmazásával.*

Irta: Láng Adolf dr., műtőorvos.

Ismerjük mindannyian a chloroform- és aether-narcosisek alatt beálló asphyxiát, a synkope veszélyét, továbbá az ezen inhalatiós narcosisek után létrejövő és különböző kimenetelű légzőszervi bántalmakat, valamint a chloroform után bár ritkán jelentkező, de rendszerint halállal végződő máj-necrosist és heveny máj-sorvadást. Jogosnak tartjuk tehát a sebészeknek azon törekvését, hogy a chloroformot és az aethert az altató-eljárásokból ki akarják küszöbölni.

A veszélyek kikerülése végett, különösen az utóbbi időben, a helybeli érzéstelenítés tökéletesített módjait kiterjedtebben alkalmazzák.

* Részben előadta a Magyar sebésztársaság harmadik nagygyűlésén 1910 május 27.-én.

Tág tér jut a Bier-féle lumbalis anaesthesiának, kibővítvé a Jonescu-féle cervicalis anaesthesiával.

Azonban e methodusok mellett is kénytelenek vagyunk legtöbbször az általános chloroform- vagy aetherbódításhoz folyamodni. Eddig mégis ez adta a legpontosabb és legnyugodtabb narcosiseket, dacára az ismert veszélyeknek. A chloroform vagy aether elfogyasztandó mennyiségét más, kevésbé veszedelmes altatószer beadásával igyekezünk redukálni, midőn morphint vagy veronalt nyújtunk előbb a betegnek.

Ismeretes Klapp-nak megkisebbitett véráramban történő chloroform- vagy aether-inhalatiós narcosisa az altatószer megtakarítása céljából.

A fejen és nyakon végzendő műtéteknél kényelmi szempontból Piogow már 1847-ben megkísérelte a rectalis narcosist; újabban ismét többen foglalkoztak vele és Anna Morosow¹ közleményéből olvassuk, elég rossz eredménnyel, mert 308 ily módon altatott beteg közül, eltekintve a véres hasmenésektől, mint következményes complicatiótól, 3 meghalt.

Burkhardt² egyrésztől, hogy a tüdőt kimélje, másrésztől, hogy a fejen és nyakon levő műtétekkor az altató a műtőt ne akadályozza, a chloroformot nem a tüdők útján juttatta be a szervezetbe, hanem erre a célra a vena med. cubitit választotta és a chloroform physiologiai konyhasó-oldatát 4 esetben emberen a véráramba fecskendezte; azonban kettő ezek közül haemoglobinuriát kapott, vesecylinde-ekkel és fehérjével. Későbbben e kellemetlenségek kikerülése végett aethert alkalmazott; ez a methodus szerinte kevésbé veszélyes.

Az altatószernek a véráramba való vitele úgy látszik sokak tetszésére talált, mert az utóbbi időben sorra jönnek az idetartozó közlések.

Giani³ hét esetben próbálta meg emberen az intravenás chloroform-narcosist, rövid ideig tartó haematuria volt a következménye.

Küttner⁴ 23 esetben alkalmazott endovenás aether-narcosist, két esetben emboliával és következményes tüdőinfarctussal komplikálva; mind a kettő meggyógyult. 21 esetben simán folyt le a bódítás.

Utólag emlitem még, kellő hangsúlyozással, hogy úgy Burkhardt, mint Küttner az intravenosus narcosist alkalmazásánál a tökéletlen alvás miatt több ízben scopolamin-morphinhoz voltak kénytelen folyamodni, sőt Burkhardt az alvás biztosítására minden erősebb embernek előzőleg az említett szert fecskendezte be. Egy párszor így sem ért célzt, mert inhalatiós narcosistra is volt szüksége.

A Burkhardt-féle szép eszmén felbuzdulva — mint ez a német sebészek ez évi gyűlésének referatumából kitűnik — többen megkísérelték az intravenás aether-narcosist; igen erős szószólója akadt Kümmel személyében, ki gyenge egyéneken, rákos betegekben végzendő műtét előtt altatás céljából 5%-os aethert fecskend be a véráramba. Peitmann 97 ideális endovenás aether-narcosistról számol be.

König arczműtétekkor látja indikálnak az injectiós aether-narcosist.

De a végzett intravenás aether-narcosisek nem folytak le mind teljesen zavar nélkül, mert Hagemann 11 ily módon végzett aether-narcosist után albuminuriát és haemoglobinuriát észlelt.

A „Zentralblatt für Chirurgie“ 1910. évi 9. számában Fedorow és Jeremitsch, a Burkhardt-féle intravenás narcosistól inspirálva, a Fedorow által chloroform-megtakarítónak és ártalmatlannak mondott hedonalt ajánlja, előzetes állatkísérletek után, intravenásan alkalmazni. A hedonal adagját 0.10—0.20 gr.-ban

¹ Anna Morosow: Rektalnarkose. Zentralblatt f. Chirurgie, 1910. Nr. 2. (Ref.)

² Münchener med. Wochenschrift, 1909. Nr. 33.

³ R. Giani: Sulla chloroflebonarcosi. Zentralblatt für Chirurgie, 1910. Nr. 7.

⁴ H. Küttner: Zur Frage der intravenösen Narkose. Zentralblatt für Chirurgie, 1910. Nr. 7.

kilostestsúlyra állapítják meg állapotokon. Ily módon 10 narcosistról számolnak be, melyet emberen végeztek, 3 esetben azonban kénytelenek voltak 2—5 gr. chloroformot is használni, hogy a műtétet befejezhessék.

A Bayer-féle hedonal nehezen oldódik vízben, csak 0.75%-os koncentrációban használható, ezenkívül kicsapódik oldatából. Fedorow a következőképpen ajánlja a hedonalt alkalmazni: A beteg a műtét előtt $1\frac{1}{2}$ —2 órával 3—4 gr. hedonalt kap per rectum mucilago gummi arabiciben, majd a műtőasztalra a vena med. cubitit kibraeparálja és canulet köt be, melyen át a véráramba hedonal sterilizett physiologiai konyhasó-oldatát 1000 gr.-ig fecskendezi be. Rendszerint 200—300 gr. után már alszik a beteg.

A „Zentralblatt für Chirurgie“ 1910. évi 19. számában Fedorow-nak egy második közleménye jelent meg az intravenás hedonal-narcosisról, a hol 45 újabb esetről számol be, melyben nem volt szükség más altatószerre. Sőt az utolsó 22 esetben előzőleg sem adott per rectum hedonalt, mert szerinte ez teljesen haszontalan, a mennyiben a rectumból csak későn szívódik fel és ez nyújtja meg a postoperatív alvást; megállapítja a quantumot is, a mennyit adhatunk a vénába; a maximum 1800 cm³, azaz 13 gr. hedonal, átlag 6—8 gr.-ra volt szüksége óránként. Semmiféle complicatiót sem látott ily nagymennyiségű folyadék bevitelkor, még arteriosclerosisos egyéneken sem.

A második közlemény megjelenése után mi sem adtunk a végbélbe hedonalt. Így jártunk el 5 esetben.

Fedorow a német chirurgusok ideai gyűlésén már 500 intravenosus hedonal-narcosisról számol be; nem számítva a 8 izben mutatkozott és könnyű természetű cyanosist, különösebb kellemetlenségei nem voltak.

Fedorow és Jeremitsch legelső közleménye is már oly biztató volt, hogy Dollinger tanár érdemesnek tartotta a vele való foglalkozást és engem bizott meg a kísérletek kivitelével.

A következőkben a budapesti I. számú sebészeti klinikán végzett intravenosus hedonal-narcosisokról kívánok beszámolni.

A Fedorow által adott utasításhoz tartottuk magunkat. A beteg a műtét előtt 3 órával bélmosást, 2 órával 4 gr. hedonalt kapott mucilago gummi arabiciben a végbélbe. A betegek félig bódultan kerültek a műtőasztalra.

Az ellenkező oldali könyökárkot, mint a hol a műtő áll, gondosan megmosva és izolálva, a vénák egyikét $\frac{1}{4}$ %-os novocain-érzéstelenítés után kibraeparáljuk és a sterilizett canule-t bekötjük, majd kifőzött gummidrainen át 100 gr.-os sterilizett „Record“-fecskendővel injiciáljuk a frissen készített, filtrált, sterilizett, 0.75%-os hedonal-oldatot. Nem hangsúlyozhatjuk eléggé, hogy úgy a beteget, mint magunkat, az eszközöket és a hedonalt a leggondosabb asepsis szemmel tartásával készítettük elő.

A befecskendezés a legnagyobb könnyedséggel, eléggé gyors áramban történt, mindaddig, míg a beteg el nem aludt, azután az injectiót 10 cm³-es „Record“-fecskendővel folytattuk. Az injectiót úgyszólván állandóan köbcentiméterenként végeztük. Csak abban az esetben, ha a beteg ébredezni talált, feszített, adtunk egyszerre 5—10 cm³-t, a mitől ismét mély álomba merült. Ha az injectio nehezen ment, a fecskendővel aspirálni igyekeztünk, mert alvadt vér volt az áram útjában; a fecskendő ezt, ha kisebb volt, eltávolította, a mi ha nem sikerült, nem erőszakoltuk, mert thrombus képződött. Ez lehetett a gummicsőben, a mikor is kicseréltük más draincsővel. Ha az akadály magasabban volt, nem folytattuk tovább a befecskendezést.

A narcosis befejeztével a venát bekötöttük és a sebet bevarrtuk.

Ilyen módon a legelső altatási kísérletet 1910 április 22-én végeztük egy lymphoma colliban szenvedő betegen. 300 cm³ hedonal-oldat után a beteg horkolva aludt, pulsusa normalis, pupillája szűk, de a beteg érez; még 100 cm³-t fecskendeztünk be, azonban még mindig érez; a szert nem ismertük, nem tudtuk, hogy a teljes anaesthesiáig és annak fentartására a műtét tartama alatt (subcutan kiirtás) mennyire lesz

szükség: nem kísérleteztünk tovább, hanem aetherre tértünk át. A műtét alatt 100 gr. aethert fogyasztottunk el. A műtét reggel történt és csak délután 2 óra táján ébredt fel a beteg.

Nagyobb bátorsággal fogtunk hozzá a következő kísérletekhez. 4 esetben alkalmaztuk az intravenás hedonal-narcosist, úgy hogy per rectum előzőleg hedonalt adtunk. A betegek már rendszerint álmosan kerültek a műtőasztalra. A tolerancia beálltáig két izben 300 cm³, egyszer 600 cm³ és egyszer 800 cm³ hedonal-oldat volt szükséges. A tolerancia egy izben 2 perc, 2 izben 15 perc, egyszer pedig 30 perc alatt állt be. A leghosszabb műtét $1\frac{1}{2}$ óra, a legrövidebb $\frac{3}{4}$ óra alatt ért véget és a $1\frac{1}{2}$ órás műtétéhez szükséges volt 800, illetőleg 1000 cm³, a $\frac{3}{4}$ órányi legrövidebb műtétéhez pedig szintén 1000 cm³ kellett.

A műtét alatt a betegek teljesen jól aludtak, semmi sem zavarta a műtét menetét, a légzés nyugodt, az alvás a normalishoz hasonló, a pulsus egyenletes, regularis, az arcszín jó, a pupillák középtágak, fényre reagálóak. A 4. esetben, tumor retrobulbaris esetében, amelyben a Dollinger módosította Krönlein-féle műtét történt, a műtét végén valamely akadály gördült az injectio elé, valószínűleg vérrög zárta el az utat a vénában, ezért az injectiót nem folytattuk. A műtét után a betegek átlag 6 óra hosszat aludtak, utána kábultság és aluszékonyság maradt másnapig, nem hánytak, vizeletük bő volt, benne fehérjét egy esetben találtunk, de csak nyomokban, azonban másnapra ez is elmúlt. A gyógyulást mi sem zavarta.

A második közlemény megjelenése után mi sem adtunk a végbélbe hedonalt. Így jártunk el 5 esetben. A tolerancia beálltáig a legnagyobb hedonal-quantum 900 cm³ volt 25 perc alatt és a legkisebb 460 cm³ 10 perc alatt. A leglassabban állott be a tolerancia egy esetben, a hol genu varum miatt osteotomia történt, itt 34 perc alatt aludt a beteg. Egy esetben pedig, hol luxatio talocruralis aperta chronica miatt előbb resectio tibiae, majd lábszáramputatio végeztetett, $\frac{3}{4}$ óra leforgása alatt 1800 cm³ hedonal-oldat kellett, de a műtét befejezésére még majdnem 1 óra volt szükséges, s azért a hedonal-narcosisról áttértünk az aether-inhalációs narcosira. Megjegyzendő, hogy a hedonal-narcosis közben elég élénk reactio volt. 1 óra alatt 75 gr. aethert fogyasztottunk el és a műtét után a beteg rögtön felébredt. Egy betegünkön pedig, a kin carcinoma ventriculi inoperabilitása miatt gastroenteroanastomia retrocolica postica történt, 200 cm³ injectiója után vérrög képződött a vénában s azért a chloroform-narcosira tértünk át.

A beteg a műtét után a szív működés folytonos gyengülése mellett a 4. napon meghalt, peritonitises tünetek nélkül. A bonczolási jegyzőkönyvben idevonatkozólag a következőket találjuk: „A hashártya általában sima, fénylő, halvány, a gastroenterostomiás hely körül lazán összetapadt, kissé bővérűbb, de geny vagy nagyobb mennyiségű lepedék nem található. A belek általában összelohadtak, az odavezető kacs valamivel lazább az elvezetőnél, de a gyomorra gyakorolt enyhe nyomásnál mindkettőbe levegő szorítható.“ Majd pedig: „A gyomor hátulso falán, a nagy görbület közepe táján, a nagy görbülettől és a fekély szélétől is 2—2 cm.-re egy hüvelykujjamat kényelmesen befogadó nyílás van a gyomor falán, melyen át a jejunum kezdeti részébe lehet jutni (18 cm.-re a pylorus alatt).“

A bélrészlet egy a colon transversumon levő megfelelő nagyságú nyíláson át van a gyomor falához erősítve. A varratok jól tartanak. A szívre vonatkozólag a következőket idézhetem: „A szív középnagy, izomzata középvastag, petyhüdt, szakadékony, zavaros, feltűnően vérszegény. A billentyűk épek. A nagy erek belső felülete sima. Az aorta belső hártáján néhány kisebb vajsárga folt van.“ Kórbonczolási diagnózis: Laparotomia et gastroenterostomia retrocolica post. IV dies ante mortem facta. Carcinoma exulceratum curvaturae minoris ventriculi. Concretio tumoris ad lobulum Spiegelii hepatis et pancreatis. Infiltratio cancrrosa glandularum lymphaticarum perigastricarum et periportalium. Degeneratio parenchymatosa myocardii, renum et hepatis adiposi. Atrophia, anaemia universalis maxim. gradus.

A narcosisok a többi esetben teljesen nyugodtak voltak. Egy felső állkapocs-kiirtás után, melyet a klinika egyik műtője végzett, a midőn 2 óra 12 perc alatt 1300 cm³ hedonal fogyott el, a beteg 7¹/₄ óra múlva, egy esetben 3³/₄ óra múlva és két esetben rögtön felébredt.

A műtétek után a gyógyulás teljesen simán, minden zavaró incidens nélkül folyt le.

Láthatjuk ebből, hogy a végbélbe adandó hedonal hiányát nem nagyon érezték a betegek, kivéve midőn egy ízben 1800 cm³ mellett még aetherre is volt szükség, de viszont a betegek fele mégis elég hosszú ideig aludt a műtét után, az egyik 7¹/₄ óráig volt eszmélet nélkül.

Dollinger tanár utasítására megpróbáltuk veronallal kombinálni a hedonal-narcosist, egy részről, hogy a betegek a műtét előtt való éjjelt nyugodtan töltsék, más részről, hogy megtudjuk, vajon így kevesebb hedonal-oldatra lesz-e szükségünk? A betegek a műtét előtti nap este és a műtét napján az operatio előtt 1 órával 0.5—0.5 gr. veronalt kaptak per os. Így altattunk 8 esetben. Az előzőleg adagolt veronal nem befolyásolta a hedonal-oldat mennyiségét. Itt is átlag olyanok voltak a viszonyok úgy a tolerantia idejét, valamint a műtét alatt elfogyasztott hedonalt illetően, mint veronal nélkül.

E 8 beteg közül az egyik carcinoma uvulae-ban szenvedett és a légyszájpad kiirtását már két hét előtt hedonal-narcosisban

Dollinger tanár végezte; kétoldali nyakmirigyait a klinikánkon szokásos Z-metszéssel az egyik műtőnövendék tárta fel és távolította el. Ezen esetben a narcosis története tanulságos. Túllátás történt. A tolerantia beálltáig 1000 cm³ hedonalt használtunk el és a 2 óráig tartó műtét alatt még 705 cm³-re, összesen tehát 1705 cm³-re volt szükség. A műtét alatt két ízben nagyfokú cyanosis állott be, mely az állkapocs erélyes előhúzására engedett. A hedonal adagolását a műtét befejezte előtt 1/2 órával beszüntettük, de a műtéttel járó insultusokai a beteg nem érezte és a műtét után 16 óráig eszméletlen volt. Az operatio utáni cyanosis, peczkelő, szapora (perczenként 152) pulsus venae sectio-ra készített. A hosszantartó eszméletlenség a légyszájpad nélküli betegen aspiratiós pneumoniát okozott, sokáig bűzös, genyes váladékot köhögött.

Egy másik betegünk a 8 közül, a ki hernia inguinalis miatt operáltatott, a műtét után pneumoniát kapott, melynek közelebbi okát nem tudjuk; az illető meggyógyult.

Egy harmadik esetben vesetuberculosis miatt nephrectomia történt és az egy vese a 830 cm³ hedonal-oldatot minden zavar nélkül választotta ki.

A 7. esetben 46 éves férfibeteg került ulcus duodeni és következményes chronikus choledochus-elzáródás miatt a legsúlyosabb icterussal, tüdőemphysemával, myodegeneratiós szívvvel és az art. coron. cordis endarteriitisével a műtőasz-

Sorszám	Kor és nem	Betegség és műtét	Tolerantia beállta	Tolerantiáig elfogyasztott	Műtét tartama	Összesen elfogyasztott	Műtét alatti lefolyás	Műtét utáni lefolyás
Előzőleg per rectum 4 gr. hedonal.								
1	21, fi	Lymphoma tbc. colli, subcutan kiirtás	—	400 cm ³ -en túl	—	—	A beteg nem alszik, aetherre térünk át	4 óra múlva ébred.
2	22, fi	Tumor pharyngis, exstirpatio	15 perc	600 cm ³	1 1/2 óra	1000 cm ³	Jó	5 1/2 óra múlva ébred. Vizelet normalis. Sima lefolyás.
3	52, fi	Cc. uvulae. Lágyszájpadkiirtás	30 perc	850 cm ³	3/4 óra	1000 cm ³	Idealis	6 óra múlva ébred. Vizelet normalis. Sima lefolyás.
4	55, fi	Hernia scrot. utr. Bassini	15 perc	330 cm ³	1 1/2 óra	800 cm ³	Idealis	7 1/2 óra múlva ébred. Vizelet normalis. Sima lefolyás.
5	57, fi	Tumor retrobulb. Dollinger-Krönlein-műtét	2 perc	300 cm ³	1 óra	900 cm ³	900 cm ³ után akadály, nem folytatjuk	7 1/2 óra múlva ébred. Vizeletben minimalis fehérje. Sima lefolyás.
Per rectum nem kap hedonalt.								
6	17, fi	Genu varum, osteotomia	34 perc	700 cm ³	15 perc	870 cm ³	Jó	3 3/4 óra múlva ébred. Vizelet normalis. Sima lefolyás.
7	40, fi	Cc. ventriculi inop.	—	—	—	—	200 cm ³ -nél thrombus, chloroformra térünk át	Meghal 3 nap múlva. Szívgyengeség, sectiolelet negativ
8	51, fi	Eventeratio scrot. Bassini	10 perc	460 cm ³	2 óra	1170 cm ³	Mély Trendelenburg-helyzet. Idealis	Műtét után közvetlenül fölébred. Vizelet normalis.
9	43, nő	Cc. maxillae, resectio	18 perc	500 cm ³	2 óra 12 perc	1300 cm ³	Idealis	7 1/4 óra múlva ébred. Vizelet normalis. Sima lefolyás.
10	35, fi	Luxatio talo-crur. ap. chron. Resectio tibiae, majd amputatio	25 perc	900 cm ³	1 óra 35 perc	—	3/4 óra alatt 1800 cm ³ , aetherre térünk, elfogyasztott 75 gr.-ot	Rögtön fölébred. Vizelet normalis. Sima lefolyás.
Műtét előtt este 0.5 gr. és reggel 1 órával az operatio előtt 0.5 gr. veronal per os.								
11	37, fi	Hernia ingu. I. utr. Bassini	10 perc	400 cm ³	1 1/2 óra	1010 cm ³	Nyugodt alvás	1 1/2 óra múlva ébred. Pneumonia, gyógyulás. Vizelet normalis.
12	52, fi	Cc. uvulae; nyak-mirigyek eltáv., I. 3. eset	18 perc	1000 cm ³	2 óra	1705 cm ³	2 ízben cyanosis, az állkapocs előhúzására rendben	16 óra múlva ébred. Nagyfokú cyanosis, szapora, peczkelő pulsus, venae sectio. Pneumonia, meggyógyult. Vizelet normalis.
13	43, fi	Hernia ingu. Bassini	10 perc	630 cm ³	50 perc	1100 cm ³	Nyugodt alvás	Rögtön fölébred. Vizelet norm Sima lefolyás.
14	20, nő	Tbc. renis. Nephrectomia	20 perc	300 cm ³	50 perc	830 cm ³	Olykor reagál	1 1/2 óra múlva ébred. Sima lefolyás. Vizelet normalis.
15	56, fi	Papilloma vesicae. Exstirpatio	5 perc	350 cm ³	1 óra 5 perc	1100 cm ³	Nyugtalan. Trendelenburg-helyzet	1 3/4 óra múlva ébred. Sima lefolyás.
16	23, fi	Cellulitis ethmoid. Feltárás	15 perc	600 cm ³	30 perc	720 cm ³	Nyugodt alvás	2 1/2 óra múlva ébred. Sima lefolyás. Vizelet normalis.
17	46, fi	Obstructio choledochi chr. Icterus gravis. Emphysema	15 perc	400 cm ³	1 óra 40 perc	1630 cm ³	Nyugodt alvás	Meghal 5 1/2 óra múlva. Degeneratio parenchym. myocardii. Synechia valvularum semilun. aortae. Endarteriitis chr. deform. aortae abd. et aa. coronar. cordis. Emphysema pulmonum.
18	nő	Caries pedis, amputatio cruris	10 perc	500 cm ³	1 óra	770 cm ³	Nyugodt alvás	Sima lefolyás. Vizelet normalis.

talra, az illető 5 év előtt pyonephrosis miatt nephrectomia történt. Chloroform-narcosisban föltétlenül elpusztult volna, aether-narcosist emphysemája és bronchitise miatt nem mertünk alkalmazni, az előrelátható nagyobb szabású műtétet localis anaesthesiában valószínűleg nem lehetett volna elvégezni, ezért a cholecho-entero- és gastro-enteroanastomosist hedonal-narcosisban hajtottuk végre. Az 1 óra 40 percig tartó műtét alatt 1630 cm³ oldat használtatott el, melyet a műtét alatt jól tűrt a beteg, azonban a műtét befejezte után 5¹/₂ óra múlva a szív folytonos gyengülése mellett meghalt. A bonczjegyzőkönyvben a következőket olvashatjuk: A hashártya általában sima, fénylő. Rekeszdomborulat jobb oldalon az 5. borda alsó, bal oldalon a b. borda felső szélén. Mindkét tüdő egész kiterjedésében szorosan a mellkas falához tapadt. Szívurok sima, fénylő. Szív nagy, csúcsát a bal kamara alkotja. A szívurok alatti kötőszövet zsírdús. A szív üreibe sok folyékony és kevés lazán alvadt sötétvörös vér és világos fibrin. A bal kamara mérsékelten kitágult, izomzata 17—18 mm. vastag. Az izomzat általában petyhüdt, mállékony, fakó barna-vörös, középvértartalmú. A bal kamara behártyáján számos kendermag-lencsényi, fehér, szívós megvastagodás van. A szájadékok elég tágak, a billentyűk vékonyak, hártásak, de az aorta billentyűi a záróvonalban kissé tömöttek, megvastagodtak. A jobb és bal billentyű a szögletben vagy 6 mm.-re összetapadt s ott egy kölesnyi meszes csomó tapintható. Az aorta belfelületén, főleg a billentyűk felett, számos apró, egymással összefolyó, kissé kiemelkedő, vajsárga folt van. A coronariák kanyargós lefutásúak, behártyájukon, főleg a balén, számos egymással összefolyó, tömött, szürkés fakósárga folt van, melyeken helyenként meszes részletet tapinthatunk. A tüdők akkorák, mint belégzéskor, petyhüdt, elég szívósak, anyagszegény állományuk kevésbé bővérű, habzó savóval bőven beszűrődött. A hörgőkben elég sok vörhenyes, tapadós nyálka. A közepes és kisebb ágakban a porcz csak foltokként tapintható. Az aorta-iv és lehágó aorta belfelülete egész hosszában egyenetlen, rajta főleg befelé igen sok egymással összefolyó, akár rajszögfejni, tömött, laposan kiemelkedő vajsárga folt van, melyek helyenként érdes, meszes tapintatúak. A lép vagy kétszeresére megnagyobbodott, petyhüdt, mállékony, vérszegény. A bal vese hiányzik, helyén szívós heges szövetet találunk. A jobb vese 15×5·4×2·5 cm., 190 gr., tokja helyenként levonható, felülete sima, kéregállománya 7—8 mm. vastag. A vese állománya petyhüdt, szakadékon, sötét sárgás-barna-vörös, zavaros. A vesemedence kissé tág, vérszegény.

Körbonczolástani diagnosis: Laparotomia, gastroenterostomia antecolica antica et cholecystenterostomia sex horas ante mortem facta. Ulcus perforans duodeni immediate infra pylorum. Cicatrissatio in regione ulceris cum compressione ductus cholechochi dilatati. Degeneratio myocardii, renis et hepatis. Intumescencia lienis. Endoarteriitis chronica deformans majoris gradus. Emphysema alveolare et synechia pulmonum. Bronchitis catarrhalis chronica. Dilatatio et hypertrophia minoris gradus ventriculi cordis sinistri. Concretio valvulae semilunaris dextrae et sinistrae aortae. Exstirpatio renis sin., ante V annos facta. Icterus gravis.

A mellékelt táblázatban össze vannak állítva a narcosisok.

Összegezve a Fedorow és Jeremitsch által ajánlott intravenosus hedonalnarcosisal elért eredményeinket, e 18 eset kapcsán a következőket konstatálhatjuk:

1. hedonallal intravenosusan nyugodt narcosisokat lehet elérni;
2. átlag $\frac{1}{4}$ óra alatt 400—500 cm³-től excitatio nélkül alszanak a betegek;
3. narcosis után nem hánynak;
4. egy ízben utánaltatásra volt szükség, dacára a véráramba adott 1800 cm³ oldatnak;
5. a nagy folyadékquantumot jól elbirják a betegek;
6. átlagos számítás szerint 8 gr. hedonalra van szükség óránként;
7. utóvérzés nincs;

8. az intravenosusan alkalmazott altatószer sem óv meg a postoperativ légzőszervi bántalmaktól;

9. az esetleges hosszú alvást annyiban előnyösnek foghatjuk fel, hogy a betegek a sebfájdalmakat nem érzik.

Indicatiója lehet tágabb és szűkebb körű.

Tágabb körű: a fejen és nyakon végzendő műtéteknél, hol kényelmi szempont vezethet.

Szűkebb körű: acut vérzéseknél, a folyadékvesztés pótlása miatt.

A két haláleset elbírálásakor a következőket kell figyelembe vennünk. Az első esetben a szív kimerülése folytán a műtét után a 4. napon halt meg a rák és a nagyon rossz táplálkozás miatt igen elgyengült beteg. Felmerül a gyanu, vajjon a szernek nem jutott-e osztályrészül valamelyes szerep a halál bekövetkezésében, dacára annak, hogy a beteg csak 200 cm³ oldatot, azaz 1·5 gr. hedonalt kapott intravenosusan. A bonczolás semmi felvilágosítást sem adott. A másik esetben a súlyos icterusban, tüdőemphysemában és myodegeneratio cordisban szenvedő beteg számára a legenyhébb altatósi módot kerestük, a melyet a hedonal intravenás alkalmazásában semmiesetre sem találtunk meg.

A megmaradt 16 beteg közül kettő pneumoniát kapott; az egyikben határozottan a hedonal-narcosis után beállott hosszú ideig tartó eszméletlenség következtében állott be az aspiratiós pneumonia, a másikban pedig ismeretlen ok folytán keletkezett a tüdőgyulladás.

Mindezeket egybevetve, kétségtelenül konstatálhatjuk, hogy az intravenosus hedonal-narcosis nem tartozik a sebészben eddig használt kevésbé veszélyes altatósi methodusok közé.

* * *

A Zentralbl. f. Chirurgie 1910. évi 37. számában A. T. Sidorenko dr. 60 intravenosus hedonal-narcosisról számol be. Technikáját illetőleg kiemeli, hogy nem tűn, hanem a kipraeparált venába kötött canule-ön keresztül fecskendi be a hedonaloldatot. Ezt legelőször Fedorow ajánlotta.

Továbbá hangsúlyozza, hogy az injectio helyéül a vena centralis részét választotta. Ezt külön említeni nem tartottuk szükségesnek, minthogy intravenosus injectiók alkalmazásakor általános hatás elérése céljából nem a peripheriás venarészbe szoktunk fecskendezni, hanem a vérpálya rövidebb útjába: a centralisba. Egyébként, mint Fedorow eredeti orosz cikkének német fordításából megtudhatjuk (Bayer u. Co. „Therapeutische Berichte“-jének 7. száma), mely fordítás 1910 július havában jelent meg, Fedorow csak a legutolsó intravenosus narcosisnál választotta a peripheriás venarészletet, és pedig az esetlegesen képződő thrombus továbbvitele veszélyének csökkentése végett.

Rázóhideg, melyet Sidorenko észlelt, egy injectiónk után sem fordult elő.

A Sidorenko 60 hedonallal altatott betege között egy 70 éves, myocarditises és arhythmias pulsusú, arteriosclerosis egyén is van. Erre vonatkozólag a 17. számú esetünkre utalok, hol a halál 5¹/₂ óra múlva állott be a műtét után.

* * *

Nem mulaszthatom el, hogy igen tisztelt volt főnökömnek, Dollinger tanár úr ő méltóságának köszönetemet fejezzem ki a vizsgálatokkal való megbízásáért és nagybecsű támogatásáért.

A munkásbiztosítás feladata a tuberculosis elleni védelem terén.

Irta: Friedrich Vilmos dr., egyetemi magántanár, a budapesti munkásbiztosító pénztár főorvosa.

(Vége.)

A tuberculosis terjedése elleni védekezés tárgyában specialis törvény hazánkban még nem intézkedik; időnként kibocsájtott ministeri rendeletek szabályozzák e kérdést. Ezek a rendelkezések hasznos és czélszerű intézkedések foganato-

sítására kötelezik az illetékeseket, ámde gyökeres végrehajtásuk eddigéig nem történt meg; az ellenőrzés fogyatékoságánál fogva sehogya sem, vagy felettébb hézagosan valósították meg az egyes rendelkezéseket. A rendeletek egy része úgy a változott viszonyoknál, mint a gyakorlati tapasztalatok és a tudomány haladása révén bővült ismereteknél fogva módosításra és kiegészítésre szorul.

Azok a törvényes rendelkezések, a melyekkel a biztosításra kötelezett munkásosztálynál nagy általánosságban, a munkások csoportjában, az iparos-tanonczok és serdültebb fiatal munkások körében útját lehetne állani a gümőkór terjedésének, a következők:

A m. kir. belügyminister 49851/897. számú, a „gümőkóros tüdővész (tuberculosis) ellen való védekezés tárgyában“ kiadott körrendelete valamennyi törvényhatóságnak kötelességévé teszi, hogy a tuberculosis lényegét, gyógyításának lehetőségét és az ellene való védekezés módjait ismertető füzeteket osszon szét, a lakásvizonyokat — ez főleg a székesfővárosra vonatkozik — javítsa, sétahelyeket létesítsen, ligeteket, hegy-, erdőterületeket nyisson meg a nagyközönség számára, a piacra kerülő tápszereket, a tejet és tejtermékeket hatóságilag ellenőriztesse, az iszákosságot — esetleg korlátozó intézkedésekkel — csökkentse, a tisztaság megóvása és ellenőrzése iránt gondoskodjék, a tüdővészen szenvedőket a közkórházakban és gyógyintézetekben, lehetőleg külön osztályon, de legalább a többi betegől elkülönítve helyeztesse el és nyilvános, nagyobb forgalmú helyiségekben vizet tartalmazó köpöcsészéket állíttasson fel. Ezzel az annyi nem teljesített kívánságot tartalmazó körrendelettel kapcsolatosan a belügyminister megkereste a kereskedelemügyi, igazságügyi, pénzügyi, vallás- és közoktatásügyi ministereket, hogy ez ügyben saját hatáskörükben is intézkedjenek. Ennek folyamán a többi között a kereskedelemügyi minister 55189. 1898. IX. számú, valamennyi másodfokú iparhatósághoz intézett körrendelete, melyben előírja, hogy a gyártelepek munkásházáiban a tüdővészen szenvedők külön helyiségben, de legalább elkülönítve helyezendők el, a munkáslakások, úgyszintén a munkatermek tisztaságára és bőséges szellőzésére kiváló gond fordítandó, főleg a hol sok munkás tartózkodik, a munkaadó pedig köteles tisztálkodásra szolgáló helyiségekről és eszközökről is gondoskodni. A mely ipartelepen élelmiszereket is árulnak, ott nemcsak azok hamisítatlan voltáról, de tápértékükről is meg kell győződni. A pénzügyminister a 15372/908. számú rendeletben a pénzügyigazgatóságokat hívta fel, hogy a hivatalokban megfordulókat a falakra felfüggesztett felhívásokban figyelmeztessék, hogy ne a padlóra, hanem az elhelyezendő s vizet tartalmazó köpöcsészékbe köpjének, az egyes helyiségeket gyakran szellőztessék, a padlók feltörlését pedig nedves ruhákba burkolt seprűkkel végeztessék.

A belügyminister 61213/898. sz. rendeletében oktató előadások rendezésére szólítja fel a vármegyéket, majd oktatófüzeteket és fali hirdetésekét küldet szét (34529/1899), míg a kereskedelemügyi minister 88200/900. VIII. számú rendeletével felhívja az összes hazai betegsegélyző pénztárakat, hogy ezeket a füzeteket és hirdetésekét tagjaik között terjesszék. Ezt megelőzően pedig a vasúti és hajózási vállalatokat kötelezi, hogy az egyes helyiségeket tisztán tartassák és azokban köpöcsészéket állíttassanak fel; a pénzügyminister hasonló értelemben keresi meg a hatáskörébe tartozó hivatalokat.

Nagyfontosságú a 90993/906. sz. belügyministeri körrendelet, mely a járványkórházak és fertőtlenítő intézetek felállítása kapcsán azt a kívánságot fejezi ki, hogy üdvös volna, ha a tuberculosis előrehaladottabb szakában lévő betegek lakásváltozását és az ily bajban elhaltak lakását bejelentenek oly célból, hogy a megürült lakás fertőtlenítették; továbbá célirányosnak jelzi az oly sokat köhögő tüdővészesek bejelentését, kik a velük érintkezőket fertőzhetik; ilyenekül sorolja fel a többi között a gyárakban és műhelyekben dolgozókat, az élelmiszereket kereskedőket, a korcsmai alkalmazottakat. E praeventív intézkedést kiegészíti a díjtalan köpetvizsgáló állomás felállítását tudató 43205/907. VII. a. sz. b. ü. m. körrendelet.

Ezek rövid vonásokban vázolja azok a rendeletek, a melyek a tuberculosis terjedésének gátlását általánosságban előmozdítani igyekeznek.

Ha e rendeletek végrehajtásáról kellő szigorral gondoskodnának s ha az abban gyökeredző elveket a gyakorlati iránynak megfelelően nem óhajképpen, hanem kötelező módon, törvény alakjában léptetnék életbe, úgy ezek a rendelkezések kétségtelenül általános jó eredményeket vonnának maguk után.

Figyelemmel kell lenni azonban az iparhygienét illető rendeletekre is; ilyen a 117268/900. számú belügyministeri körrendelet, mely szerint az I. fokú egészségügyi hatóság egészségügyi szakközégek közbenjöttével a területén lévő gyárakat félevenként vizsgálta meg s a vizsgálatról szóló jegyzőkönyvet a törvényhatóság a tisztí főorvoshoz küldje meg, továbbá, hogy az iparfelügyelő szakértő közegül az I. fokú iparhatóság szakközéget igénybe veheti. (Ez utóbbi rendelkezést kiegészíti a kereskedelemügyi minister 59570/904. számú rendelete, a melyben az iparfelügyelőket, a belügyminister pedig 68725/904. számú rendeletében a hatóságokat értesíti erről.) Czélszerű volna, ha e rendelet az iránt is intézkednék, hogy a gyárvizsgálatokhoz a pénztári orvos is meghívandó, ki az ott dolgozó munkásokat — legalább azok nagy részét — kezeli, mivel a munkások egészségügyi állapotáról s a közöttük előforduló tuberculosis-esetekről felvilágosítást tudna adni.

A kereskedelemügyi ministernek 17001/901. sz. rendeletével kiadott s az iparfelügyeletről szóló „Utasítás“ 6. §-ának 1. pontjában az iparfelügyelőket, illetve a hozzájuk besosztott szakközégek kötelességévé teszi, hogy győződjenek meg, foganatosították-e az alkalmazottak életének, testi épségének és egészségének megóvását célzó intézkedéseket.

Az „Utasítás“ 25. §-a az általános egészségügyi szempontokat részletezi: a) az épületek és helyiségek száraz volta, a mi különösen oly gyárakban fontos, a melyekkel az üzemmel kapcsolatos porképzés miatt gyakori a tuberculosis; b) a tiszta, romlatlan levegő a munkatermekben, műhelyekben és munkáslakásokban. Minden egyes munkásra legalább 7 m³ levegő jusson. A levegő felfrissítéséről — a munka közti szünetekben — ablakok s ajtók feltáráásával vagy mesterséges szellőző készülékkel, a hol pedig az üzemből eredő por, gáz vagy gőz szennyezi a levegőt, mechanikai szellőzők, ventilátorok, exhaustorok alkalmazandók olyképpen, hogy ezek az ártalmas hatányok már keletkezésük helyéről távolíttassanak el; a hol pedig a munkatermeket szennyezett levegő környezi, ott a magasabb légrétegekkel kapcsolatos pulsions ventilátor alkalmazandó; d) a helyiségek fűtése ne okozzon káros gázokat; e) a helyiségek tisztán tartandók, a padlók nedves úton tisztítandók, a szemét és hulladék naponta eltávolítandó, a padlók többször, a falak évente egyszer megtisztítandók; e helyiségekben kellő számú, vizet tartalmazó köpöcsészék alkalmazandók, melyeknek tartalma naponként az árnyékszékbe öntendő. A köpöcsészék forró vízzel lehetőleg gyakran kiöblítendők. A munkásoknak mosdóhelyiség s abban lehetőleg csapból eresztendő tiszta víz álljon rendelkezésre. Por- vagy szennyképződéssel járó üzemeknél, vagy a hol a ruha megnedvesedik, a munkásoknak külön öltözőhelyisége vagy zárható ruhaszekrénye legyen. (A férfi és női öltözők egymástól elkülönítendők.) Ez utóbbi rendelkezés azzal bővítendő ki, hogy ily üzemekben a munkásoknak munkásruhát kell munka közben hordaniok. Minden munkásnak saját ivóedénye legyen.

Az „Utasítás“ 27. §-a intézkedik, hogy a mennyiben e gyárakban munkáslakások, vagy azzal kapcsolatban munkáskaszárnyák volnának, megvizsgálandó, hogy ezek helyiségei (a tanonczok számára szolgálók szintén) tiszták-e, nem túlzottan szennyezettek. (Minden egyes alvóra legalább 10 m³ levegő számítandó.)

A közös étkező helyiségek tisztaságáról, az ételek minőségéről szintén meggyőződés szerzendő.

Az „Utasítás“ 56. §-ának jegyzete az iránt rendelkezik, hogy a munkahelyen minden munkásra 10 m³ légtér jusson,

a munkahelyiség magassága legalább $3\frac{1}{2}$ m., a 200 m²-nél nagyobb helyiségnél legalább 4 m. legyen. Az ablakok magassága legalább 1·8 m., a szellőztetés könnyen szabályozható csapóablakokkal biztosítandó.

Mindezek a törvényes rendelkezések a hasznos intézkedések egymásba fűződő láncolata s azok gondos végrehajtása a tuberculosis terjedésének meggátlása tekintetében biztos sikert eredményezne. A biztosításra kötelezett munkásokra vonatkozóan különösen szükséges a fent elősoroltak közül mindazoknak a rendelkezéseknek szigorú végrehajtása, a melyeket a 49851/897. sz., 90993/906., 43205/907. sz. belügyministeri, továbbá az 55189/1898. IX., a 88200/1900. VIII., a 11268/900. sz. kereskedelemügyi ministeri rendeletek, végül, a melyeket a 17001/901. K. M. sz. rendelettel kiadott „Utasítás” tartalmaz.

Az imént ismertetett rendelkezések a következőkkel bővítendők.

A 90993/906. sz. belügyministeri rendeletben csupán érintett bejelentési kötelezettség az egész országban törvényes alapra fektetendő olyképpen, hogy tuberculosisban szenvedő egyén bejelentendő az I. fokú egészségügyi hatóságnak, épp oly pontossággal, mint a többi, bejelentésre kötelező betegségben szenvedő. Ennek az eljárásnak a többi közt az a haszná is megvolna, hogy a nyilvántartáson kívül lehetővé tenné a megközelítő pontos statisztika szerkesztését és alkalmazhatná a kellő óvó intézkedések foganatosítására is, a melyek közül első sorban a fertőtlenítés említendő; ennek végrehajtása országoszeretű hatóságilag eszközözendő a tuberculozotikus egyén ideiglenes vagy állandó lakásváltoztatása és elhalálózása esetén. A fertőtlenítés nemcsak a lakásra, hanem a beteg fehérmájára, ruházatára, ágyneműjére s az általa használt bútorokra is alkalmazandó. Továbbá az oktatásra szolgáló ismertetések és falragaszok a legszélesebb körökben terjesztendők s ezek terjesztésére az összes rendelkezésre álló hatósági s pénztári közegek, lelkészek, jegyzők, tanítók stb. felhasználandók. A pénztári orvosok évenként legalább egy-két népszerű előadás tartására kötelesek. Kizárólag a hatóságot illeti a helyes népelemezés előmozdítása (ennek biztató jelei a székesfővárosban a kenyérgyár létesítése, hatósági mézártszék felállítása, újabban a tervezett hatósági tejárusítás), hatósági népkonyhák létesítésével. Az élelmezési törvény pedig, melynek tervezetén a belügyministerium dolgozott, mielőbb életbeléptetendő, hogy az élelmiszerek — tej, hús stb. — által keletkező tuberculosis a minimumra csökkenjen. Továbbá a köztisztaság előmozdítása, az utcák portmentesítése, a város levegőjének a szennyezéstől — főleg füst- és koromemésztő készülékekkel vagy elvezető csatornák létesítésével — való megóvása, végül a lakáviszonyok rendezése, mely első sorban a munkásokra s a csekélyebb jövedelmű kereskedelmi alkalmazottakra nagyfontosságú, a mennyiben a lakások túlszűfoltóságában keresendő a tuberculosis egyik oka. Leginkább célra vezetne egy megfelelő lakástörvény sürgős létesítése és életbeléptetése. A lakástörvény szabná meg a lakásul szolgáló helyiségek méreteit, mindenkor viszonyítva azokat az abban lakó személyek számához, továbbá mindazokat a követelményeket, a melyeket a hygiene az egészséges lakáshoz fűz. A lakástörvény végrehajtásának ellenőrzésére és a lakások feletti felügyelet gyakorlására lakásfelügyelők alkalmazandók.

A lakáviszonyok javításakor a hatóságot a helyes lakóház típusának megválasztása irányítsa. Nagyszabású bérkaszárnyák építése e kérdést nem oldaná meg helyesen. Inkább a német és amerikai mintákat követve, kisebb lakóházak építendők, a melyekben legfeljebb két család talál megfelelő és kényelmes elhelyezést. A négy oldalról szabad, széles folyosóval ellátott házak építkezése és berendezése hygiene szempontokból is kifogástalan legyen; lehetőleg portmentes legyen a hely és a talaj olyan, mely fásításra, kertalapozásra alkalmas. A városban kívül létesítendő nagyobb szabású ipartelepek és gyári vállalatok engedélyezését ahhoz kellene kötni, hogy a munkaadó a telephez közel megfelelő munkáslakásokról is köteles gondoskodni.

A legszegényebb néposztályról, mely a legszerényebb lakóhely, illetve fekhely megszerzésére sem képes, szintén a hatóságnak kellene gondoskodni, még pedig éjjeli menedékhelyek létesítésével. Az ily menedékek szintén kellő hygiene segédeszközökkel szerelendők fel, melyek közül a fürdő és douche elengedhetetlen.

Minthogy a lakáson kívül a munkás idejének legnagyobb részét a műhelyben tölti el, ennél fogva a műhely hygieneje elsőrendű fontosságú. Ez oknál fogva rá kell mutatnom, hogy nálunk a részletes és mindenre kiterjeszkedő, az összes intézkedéseket magában foglaló specialis iparegészségügyi törvény hiánya mennyire érezhető s hogy ez a socialis reformokra irányuló törekvéseknek egyik megoldásra váró feladata.

Szükséges, hogy ne csak egyes veszélyes üzemekre vonatkozó, hanem általános érvényű műhelyszabályrendelet létesítsék, mely a többi között röviden vázolja a tuberculosis elleni védekezés érdekében követendő eljárásokat és hygiene intézkedéseket; e rendelet épp oly észrevehető helyen függesztendő ki a műhelyekben és gyárakban, mint a megfelelően kidolgozott munkarend.

A műhely-szabályrendeletben előírandó: műhelymegnyitás csak a hatósági orvos hozzájárulásával engedélyezendő, a műhelyül használandó helyiség ne szolgálhasson egyszermind lakás céljára, a műhely oly tágas legyen, hogy minden egyes befoglalkozóra legalább 8 m³ légtér jusson — ezt az új ipartörvénytervezet is megállapítja —, a hol pedig az üzemmel kapcsolatosan káros hatású gőz vagy gáznemű anyagok keletkeznek, ott a légtér legalább 30 m³-nyi legyen. A műhely kellő nagyságú ablakokkal látandó el, a falak és padlók tisztántarthatásra alkalmas anyagokkal vonassanak be és lehetőleg gyakran, de bizonyos időközökben (a padló hetenként, a falak félevenként) okvetlenül tisztítandók, illetve meszelendők. Szennyes és nedves termékeket feldolgozó műhelyek impermeabilis padlóval látandók el. Pinczehelyiség csak akkor használható műhelyül, ha abban a természetes nappali világosságnál is lehet dolgozni, ha a padlót az alatta lévő rétegtől vízhatlan anyag közbeiktatásával elszigetelték s ha a padló az utcai közcsatorna felett legalább 30 centiméternyire van.

A porképződéssel járó üzemeknél exhaustorok alkalmazandók a munka helyén, vagyis a porképződés eredő helyén. A munkaközi szünetek alatt nyáron s télen egyaránt szellőztessék a munkahelyiségeket. A munka közti szünetek, a melyeket az ipartörvény (1884: XVII. t.-cz.) 117. §-a előír, szigorúan betartandók. A munkaadók szervezete útján oda kell törekedni, hogy a munkások évenként 8—14 napi szabadságot kapjanak, olyképpen, hogy egy évi egyhuzamban teljesített szolgálat után az — ha a munkás igényt tart rá — teljes bér mellett kiadassék, viszont a szabadságot igénylő munkások hetenként 1— $1\frac{1}{2}$ órát tovább dolgoznának. Ha oly munkásnak, ki három évet egyhuzamban dolgozott ugyanazon munkaadónál, a teljes munkabér kiszolgáltatása mellett 14 napi szabadságot engedélyeznének, ez a munkások igyekezetét növelné, másrészt a munkaadóknak állandó munkásokat biztosítana; egészségügyi haszon pedig azáltal származna ebből, hogy a pihenés a munkások ellentálló képességét növelné. Egyebekben pedig szintén a nemrég elkészült ipartörvény-tervezetben foglalt utasítások mérvadó s a bennük foglalt célszerű rendelkezéseket léptessék mielőbb életbe; végrehajtásuk felett az illetékes hatóság szigorúan őrködjék. A felügyeletet gyakorló közegeknek, első sorban az iparfelügyelőknek — németországi mintára — kellő köz- és iparegészségügyi kioktatásáról kellene gondoskodni, a mi a felügyelet hathatós voltát és az iparegészségügy előmozdítását még inkább elősegítené.

További feladat: a köpet útján történő s a leggyakoribb okot és módot szállító fertőzés ellen is kellő rendszabályokat foganatosítani; első sorban vízzel telt köpöcsészék felállítása s ezek gondozása, másodsorban a köpködés elleni tilalom szigorú végrehajtása szükséges.

Végül pedig az alkoholismus pusztítását is kellő hatósági intézkedésekkel korlátozni kell. Leginkább célravezető

volna, ha a vasárnapi munkaszünetet a szeszes italok árusításával foglalkozó üzletekre is kiterjesztenék, a mit a külföldi államok némelyikében (Anglia, Egyesült-Államok, Svéd-, Norvég- és Finnország) már meg is valósítottak.

A mi a férfimunkások védelmét illetőleg kötelező, ugyanaz kiterjesztendő a női munkásokra is, azonban ezekre nézve az intézkedések kibővítendőek abban az értelemben, hogy az ipartörvény 116. §-ának utolsó bekezdésében megállapított azon négy heti munkaszünet, mely a munkásnőt szülés után megilleti, 6 hétre emeltessék, minthogy az 1907. XIX. t.-cz. a gyermekágyi segélyt 6 héten át adatja. A munkásnők az éjjeli munkától vagy teljesen eltiltandók, vagy arra csak kivételesen s akkor is orvosi engedély alapján alkalmazhatók. (Azóta részben megvalósítottatott a nők éjjeli munkájáról szóló törvényvel.) Oly üzemekből pedig, a melyekben a feldolgozandó anyagok (mérgek, gázok, fémek stb.) abortus bekövetkezésére és a szervezet gyengítésére hajlamosítanak, a munkásnők kitiltandók. A gyermekét szoptató munkásnőre vonatkozóan a munka közti szünetek szaporítandók olyképpen, hogy az ily munkásnőnek három óránként legalább egy negyedórai szünete legyen a rendes szüneten kívül.

A terhesség 6. hónapjában lévő munkásnőt, ha ezen 6 hónap alatt egyúgyazon helyen dolgozott, a nehezebb munkák végzése alól mentse fel.

A tanoncokra vonatkozóan szigorúan betartandó az ipartörvény 60. és 115. §-a, mely a tanonczkodás megkezdhetőségére vonatkozó életkort és ehhez viszonyítva a munkaidőt szabja meg. A tanonczot csak előzetes orvosi vizsgálat után, s ha alkalmasnak találtatott, vehessék fel, nehogy a tanoncz oly iparághoz kerüljön, melynek üzésére testalkatánál fogva alkalmatlan s nehogy a tuberculosisra hajlamos, vérszegény, esetleg görvélyes gyermek oly iparághoz fogjon, melyet a szülők könnyű mesterségnek vélnek, p. o. szabó- vagy cipésziparos, betűszedő stb., mely foglalkozás ugyan nem igényel nagyobb testi erőt, de minthogy több munkás együtt dolgozik zárt, rossz levegőjű helyen, másrészt magából az ipari munkából eredő ártalmaknál fogva is veszélyes lehet. A 116. § az üzem veszélyes vagy egészségtelen volta esetén a 16. életévben állapítja meg annak a munkásnak korát, a ki ily üzemekben alkalmazható. Ugyanez a paragrafus igéri a veszélyes és egészségtelen üzemeket meghatározó rendelet kibocsátását, a mi megsürgetendő. Az ily üzemekből a nők egyáltalán kitiltandók. Továbbá az ipartörvény imént említett §-a olyképpen bővítendő ki, hogy a jelzett minőségű üzemekben a munkaidőt — valamennyi munkára vonatkozóan — a munka közti szünetek növelése által rövidítsék meg s a maximalis munkaidő rendeletileg szabályoztassék; ezenkívül az ily üzemekben dolgozó fiatalabb munkások úgy a felvételkor, mint később is, negyedévi időközben hatósági vagy pénztári orvos által megvizsgálandók és legalább félévénként felváltandók. Célszerű volna oly rendelkezés, hogy minden veszélyesnek minősített üzem egészségügyi orvosi tanácsadót alkalmazzon, a ki azonban pénztári orvos nem lehet. Ennek az volna a feladata, hogy az üzemet és az ott foglalkozókat kéthetenként egészségi szempontból megvizsgálja.

A kisipari műhelyek és üzemek az egészségügyi követelmények szerint szerelendők fel és szintén az iparfelügyelő által időnként megvizsgálandók.

Az ipartörvény 65. §-a éjjeli munkára a tanoncok felhasználását nem engedi, de koncedálja, hogy egyes esetekben a 14 évnél idősebb tanoncz munkaideje felét éjjel dolgozhassa le; ez az intézkedés olyképpen módosítandó, hogy a 18 évnél fiatalabb munkás éjjeli munkára egyáltalán nem alkalmazható.

A tanoncziskolákban a nemi életéről, az alkoholismusról, a tuberculosis elleni védekezésről oktató előadások tartandók s ez iskolák kapcsán az ott elhelyezett tornatermek, esetleg iskolai fürdők felhasználásával gondoskodni kellene a tanoncok testedzéséről. Ezenfelül a 17.001/1901. számú kereskedelemügyi ministeri rendelettel egyidejűleg az iparfelügyelők számára kiadott utasításnak a tanoncokra vonatkozó

rendelkezései szigorúan betartandók s az ezek feletti felügyeletet az iparfelügyelőknek különös szigorral kellene gyakorolniok.

Ha a jelzett általános kihatású és az ipari munkásokra különlegesen vonatkozó, már érvényben lévő és a fentiek szerint kibővítendő rendelkezéseket gyökeresen végrehajtják, úgy ennek önként értetődően az egész társadalomra is, a melyben egyébként is a munkáselem adja a legnagyobb számot, üdvös hatása lesz.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Grossich: Meine Präparationsmethode des Operationsfeldes mittels Jodtinktur. Urban u. Schwarzenberg, Wien und Berlin. 1911.

A 80 oldalra terjedő füzet 3 részből áll. Az elsőben ismerteteti azon eredményeket, melyeket *Grossich* ismeretes, jodtincturával való bőrsterilizáló módszerével úgy a műteti előkészítés, mint a sebkezelés alkalmával elért; czáfolja azon bakteriologiai és klinikai ellenvetéseket, melyeket a módszer ellen felhoztak és újra kifejti azon álláspontját, hogy a jodtincturát az előzőleg meg nem mosott bőrre kell alkalmazni. A második részben újra lenyomatja e tárgyra vonatkozó előzőleg megjelent munkáit, míg a harmadik részben kivonatokat közül a jodtincturás desinfectióval foglalkozó irodalomból és a hozzá intézett levelekből.

Kissé optimizmusos felfogása daczára értékes munka, mely ezen fontos és az általános gyakorlatba több-kevesebb módosítással és megszorítással mindinkább átmenő bőrdesinfectió módszerről jó képet ad. Csak azt sajnáljuk, hogy nem foglalkozik bővebben azon kifogásokkal, melyeket a módszer ellen felhoztak és nem terjeszkedik ki részletesebben amaz eljárásokra, melyek a jodtincturát nem egyedül, hanem más szerekkel (benzin, jodbenzin, acetonalkohol stb.) együtt alkalmazzák a bőrdesinfectio céljaira, a mely eljárások részben előfutárjai voltak a *Grossich*-féle eljárásnak (*Navratil* tanár osztályán a Rókus-kórházban már 10—15 év előtt „kabala“ néven szerepelt az az eljárás, hogy a szappanos mosással, alkohollal, sublimattal előkészített műteti területet jodtincturával bekenték), részben most is konkurrálnak vele, hisz *Kuttner*-nek a német sebészársaság ezidei gyűlésén a műteti előkészítésről tartott előadásában hallottuk, hogy a sebészek többsége nem egyedül, hanem kombinálva használja a jodtincturát.

Mindenesetre azonban *Grossich* érdeme, hogy a jodtinctura-desinfectióra a közfigyelmet felhívta és hogy ez a gyorsaságánál, egyszerűségénél és biztosságánál fogva igazán kiváló eljárás rövid pár év alatt az egész világon elterjedt. Könyve már csak azért is megérdemli legteljesebb figyelmünket.

Pólya.

Oskar Scheuer: Taschenbuch für die Behandlung der Hautkrankheiten für praktische Aerzte. Urban und Schwarzenberg, Berlin und Wien. 1911. Ára 5 K 40 fillér.

A therapiái zsebkönyvek tökéletes megírása a legnehezebb feladatok közé tartozik, mert rendszerint nagy anyagot kell szűk helyen összeszorítani. Különösen áll ez a dermatoterapiára nézve, mert az orvoslásnak talán éppen ezen részében érvényesül leginkább az a tétel, hogy nem elegendő tudni: *mit* adunk, hanem tudni kell azt is, hogy *hogyan* adjuk azt. Nyilvánvaló ebből, hogy túlságos vázlatosan nem lehet a dermatoterapiát tárgyalni, mert a nagy rövidség könnyen mehet a zsebkönyv értékének a rovására. A szerző jelen kis munkájában — úgy véljük — megtalálta a helyes középutat. Jóleső rövidsége ellenére megtalálunk benne minden szükségeset.

A 151 oldalas könyvecske két részre oszlik. Az első rész az általános dermatoterapiát ismertet, s bár majd min-

den szükséges szerre s eljárásra kiterjeszkedik, a munkának mégis csak kis részét (20 oldal) teszi ki. A szerző itt ismerteti meg az olvasóval a bőrbajok gyógyításakor alkalmazásra kerülő belső és külső szereket, valamint a víz, a puderek, kenőcsök, paszták stb. feladatát. A physicalis gyógyítóeljárásoknak azonban, sajnos, csak néhány sor jutott.

A részletes részben, mely a könyvecskének legnagyobb részét teszi, az egyes bőrbajok kezelését találjuk, betűrend szerint összeállítva. Nagy előnye valamennyi fejezetnek, hogy a therapiát megelőzően mindenütt megtaláljuk a bajnak egészen röviden megírt definitívóját, klinikai leírását és aetiologiáját. Kétségtelen, hogy ez a módszer jelentékenyen emeli a mű értékét. A therapiai tanácsok legnagyobb részben a bécsi dermatologiai iskola szellemében vannak megírva. A könyv igen élénken és világosan van megírva, úgy hogy olvasása nemcsak tanulságos, hanem élvezetes is. Kiállítására igen csinos és gondos.

Guszmán.

Lapszemle.

Belorvostan.

Terhességi tetaniának mézsókkal való orvoslásáról számol be E. Meyer (Strassburg). A 35 éves, alacsony termetű, angolkórt kiállott, 5 éve férjzett nő a tetania előjelei 23 éves korában mutatkoztak először. Tavasz idején vette észre, hogy kezei varrás közben elszibadtak. A havi tisztulás idején pedig rendszeren gyomorjelenségekkel s scotoma scintillans-szal egybekötött migraenekben szenvedett. Tetaniás görcsök első terhességének 7. hónapjában jelentkeztek először a jobb, később a bal kézben is. A 9. hónapban bekövetkezett spontán koraszüléssel a görcsök elmúltak. II. terhességében a 8., III. terhességében az 5. hónapban köszönött be a betegség, mindig tavasz idején. A szerzőt a III. terhesség 7. hónapjában kereste fel a beteg, miután már több orvoslásmódot eredmény nélkül próbált ki. Meyer az asszonyt konyhasómentes s főképp tejből s tejes ételekből álló étrendre fogta. Ezenkívül mésztartalmú főzelékeket és gyümölcsöt s CaCl_2 -mixturát rendelt (8 gr. CaCl_2 200 vízre, 3-szor napjában egy evőkanállal). Néhány nap múlva az asszony fájdalmai s görcsei megszűntek, az ujjak mozgékonyasága visszatért. Hogy a mézsók hatékonyságát kipróbálja, a szerző többször kihagyta a CaCl_2 adását, erre mindig rosszabbodás mutatkozott, míg a mézsók újra megszüntették a tüneteket. A IV. terhességben újra jelentkezett tetania hasonlóan javult CaCl_2 -oldatra.

Meyer-t ezen orvoslásban az a szempont vezette, hogy a Ca Loeb vizsgálatai szerint az idegingerlékenységet csökkenti. Minthogy Curschmann is említi tetania két súlyos esetét, melyben calcium lacticum adására javulás állott be s a tetania orvoslása jelenleg úgyis meglehetősen meddő, azért adott esetben ajánlja, hogy a calciumsókkal megpróbálkozzunk. (Therapeutische Monatshefte, 1911. 7. füzet.)

Sebészet.

A féregnyulvány gyuladós diverticulumáról értekeznek W. V. Simon. A szerző esete 16 éves nőbetegről vonatkozik, a ki gyermekkori betegségeket leszámítva, mindig egészséges volt, vakbélgyuladós rohamban sem szenvedett. Minthogy a kórházba való felvételekor a korai műtét ideje lejárt és oly súlyos tünetek, a melyek rögtöni beavatkozást tettek volna szükségessé, nem voltak, a műtét az acut tünetek lezajlása után végeztetett. A beteg az appendectomia után minden szövődmény nélkül gyógyult. A féregnyulvány csúcsa alatt a mesenteriolummal szemben levő oldalon egy borsónyi kiemelkedés volt látható, mely alatt hasonló elváltozás volt jelen. Ezen kiemelkedéseket a szerző, miként ezt a mikroskopi lelet is megerősítette, gyuladós diverticulumoknak tartotta. A mikroskopi vizsgálatkor a nyálkahártya szembetűnőbb elváltozást nem mutatott, csak helyenkint, különösen a kiemelkedéseknek megfelelőleg vékonyabb volt s a lympharendszer sem volt úgy kifejlődve, mint normalisan szokott

lenni. A muscularis a diverticulum helyén széles rést mutatott, mely a mucosa és submucosa kitüremkedése helyéül szolgál. A kötőszöveti újonképződés különösen az izomrés körül feltűnően erős. A szerzők legtöbbször hasonló diverticulumok képződését gyuladásra vezeti vissza, csak Edel van azon a véleményen, hogy „tractio“ alapján fejlődnek, valószínűleg úgy, hogy az izomrétegben levő (rendszerint gümőkóros eredetű) heg hozza létre az izomrést. Előző appendicitist azért nem tartja a diverticulum képződése okának, mert a mucosát és submucosát rendszerint épnek találta. Aschoff vizsgálatai nyomán azonban ismeretes, hogy ezek az elváltozások a nyálkahártya gyors regeneráló képessége folytán igen sokszor hiányoznak olyankor is, a mikor előzően appendicitis folyt le. A szerző által körjelzett diverticulumok gyuladós eredete mellett szól az appendix lumenének a rendes helyétől való feltűnő elhúzódnása, mely veleszületett diverticulumon nem fordul elő, másrészt a kötőszöveti újonképződés az izomrés körül. Ezen feltevés mellett bizonyít ama körülmény is, hogy a roham nem vezetett a diverticulum falának perforációjára, a mi a veleszületett diverticulumon alkalmasint megtörtént volna. A diverticulumok klinikai jelentősége abban nyilvánul, hogy az ilyen appendixek az átfúródásra hajlamosabbak; de leginkább mutatja a gyuladós diverticulum azt, hogy a perforációnak leginkább ellenálló izomréteg mennyire meggyengül egy appendicitises roham után. (Berl. klin. Wochenschrift, 1911. 33. szám.)

ifj. Háhn Dezső dr.

Idegkórtan.

A modern syphilistherapia jelentősége az idegrendszer betegségeiben volt a nemrég lefolyt német neurological congressus egyik tárgya. Nonne, a referens, nem tapasztalta a salvarsannak különösebb hatását a kénese-jodkezeléssel szemben. Az eddigi tapasztalatok egyszerei, középnagy adagra vonatkoznak, talán jobb lesz az eredmény, ha az új szert, mint a régieket, chronikus intermittáló módon adjuk. Az anti-syphilitis szerek hatása nemcsak a klinikai tünetekben, hanem a cerebrospinalis folyadék lymphocytá- és globulintartalmának csökkenésében is mutatkozik a valódi lueses megbetegedésekben, míg a parasymphilitis betegségeiben e hatás nem annyira törvényszerű; ez épp úgy vonatkozik a salvarsanra, mint a kénese-re. A tabes antisymphilitis kezelése a lefolyást enyhíteni látszik, észszerű a lecithin adása is, a mint ezt anyagcserevizsgálatok is bizonyítják. Hasonlóképp nyilatkozik Oppenheim is; ha a tabes vagy paralysis diagnosisa biztos, nem tartja indikálnak a salvarsant; általában e két betegség specifikus kezelésének túlzása ellen fordul, a Wassermann-féle reactio egymaga ezen esetekben nem javalat ilyen kúra megindítására. A vitát ezután főképpen az úgynevezett neurorecidivák kérdése foglalta le. Ehrlich és anyagának statisztikai feldolgozója, Benario, tagadja, hogy a salvarsannal kezelt lueseseken gyakoribbak volnának az idegtünetek, mint a régi módon kezeltelen. Hogy az arsenvegyület maga nem neurotrop, azzal bizonyítják, hogy a megbetegedések eloszlása az egyes idegterületeken ugyanolyan, mint a milyen a salvarsan-aera előtt volt; az acusticus volt azelőtt is az ideglues leggyakoribb localisatiója. Finger Ehrlich ellen fordul következő esetei kapcsán: tertiaer lues két esetében paralysis spinalis spastica fejlődött ki az injectio után, három esetben epileptiformis rohamok jelentkeztek, friss lues két esetében hemiplegia támadt, ezek közül az egyik halállal végződött s a bonczolás a basalis arteriák kiterjedt thrombosisát derítette fel. További két esetben az injectio után tuberculosis meningitist és a tuberculosis mirigyek ellágyulását látta; a salvarsan acut arsenmérgezést is okozhat, a mint ezt sectiók bizonyítják. Az említett súlyos megbetegedések és a salvarsan alkalmazása között valamilyen összefüggést felvenni jogos, mert valamennyi az injectio után 6—8 héttel fejlődött ki. Saenger szerint secundaer luesnél most azért találnak gyakrabban idegtüneteket, mint régebben, mert a vizsgálat ezen irányban pontosabb és körültekintőbb; a salvarsant okolni addig nem szabad, míg nagy összehasonlító statisztika nem áll rendelkezésre. Jó hatását tapasztalta az új

szernek (*Treupel*-lel együtt) tabeses fájdalmak és crises gastriques ellen is. A felszólalók egyébként hangsúlyozzák a chronikus intermittáló kezelés fontosságát az idegrendszer lueses megbetegedéseiben, valamint a metasyphilis betegségek prophylaxisa szempontjából is. (*Neurologisches Zentralblatt*, 1911 október 16.)

L.

Gyermekorvostan.

A gyermekkori impetigós bőrbetegségek után jelentkező heveny veselobról értekeznek *Kaumheimer* (Heidelberg). A szerző a gráci és müncheni gyermekklinika anyagát használta fel, hogy nagyobb anyagon tanulmányozza az impetigós bőrbántalmak jelentőségét a gyermekkori heveny nephritisek keletkezése tekintetében és az összefüggést e két bántalom közt közelebbről megvilágítsa. 223 veselob állott e klinikákon kezelés alatt, a melyek közül 39-ben volt egyidejűleg gyuladós impetigós bőrbántalom. Ezek közül ki kellett zárni azon eseteket, a melyekben a veselobot korábban vagy későbbben vörheny vagy más fertőző betegség előzte meg, vagy a melyekben a gyógyszeres kezelés válthatta ki esetleg a toxinos eredésű veselobot. Ezek után 21 esete maradt, a melyekben kétségtelenül a bőrbántalom volt a veselobnak egyetlen okozója.

Ezen esetek áttanulmányozásából az irodalom adatainak figyelembevételénél a következőket vonta le:

1. Az impetigós bőrbántalmaknak a gyermekkori heveny veselob keletkezésében fontos szerepet kell tulajdonítanunk.
2. A csecsemők ezen szövödménytől csaknem teljesen védve vannak. A felnőtteket is ritkábban éri a baj, mint a gyermekeket.
3. Valószínű, hogy a veselobot bacteriumos toxinok okozzák.
4. Nem az elsődleges bőrbetegség (eczema, prurigo stb.), hanem a másodlagos pyoderma az oka ezen fertőzésen alapuló veseloboknak.
5. A veselob rendszerint heveny haemorrhagiás alakban folyik le.
6. A betegség többnyire kedvező kimenetelű.

Minden impetigós bőrbántalom-esetben tehát a vizeletet pontosan meg kell vizsgálnunk és a folyamat további elterjedésének másodlagos vakarási fertőzés útján minden eszközzel ellene kell dolgoznunk. Ily módon aránylag egyszerű eszközökkel kerülhetjük el a komoly szövödményt és a további, esetleg gyógyíthatatlan elváltozások kifejlődését. (*Monatsschr. f. Kinderheilk.* 1911. 3. sz.)

Flesch.

Tetaniás gyermekek gerinczelejn végzett szövettani vizsgálatokat *Zappert* (Wien). Hat esetet vizsgált rendszeresen. Mindegyikben teljesen normalis volt a lelet és csupán egy eset tért el látszólag többé-kevésbé a többitől, a mennyiben az elülső szarv mozgató sejteit chromatolysisis elváltozásokat mutattak. Ezeket azonban a szerző csak a sejtek nutritiv elváltozásainak tekinti, a nélkül, hogy ezen sejteknek zavart funkciójára volna szabad következtetni. Hasonló eredményre jutott egyébként *Thiemich* is két eset átvizsgálása után. A szerző ezek után azon következtetést vonja le, hogy a gyermekkori tetaniánál sem a gerinczeleiben, sem a spinalis dúccsejtekben nincsenek olyan elváltozások, melyeket kórosnak lehetne tekintenünk. (*Monatsschr. f. Kinderheilkunde*, 1911. 5. sz.)

Flesch.

Venereás betegségek.

A priapismusról írt részletes tanulmányt *O. Scheuer* (Wien). Priapismus alatt a penisnek azon tartós, a rendes időn túl terjedő önkéntelen merevedését értjük, a mely olykor sexualis befolyás kapcsán, olykor pedig ettől egészen függetlenül jelentkezik. A priapismus jellegéhez tartozik, hogy szemben a normalis erectióval, csaknem mindig kínos, sőt fájdalmas. A priapismus klinikai megjelenésével s aetiológiai magyarázatával már igen sok orvosíró foglalkozott, de azért a baj keletkezése körül még igen sok a vitás pont.

Mindenesetre tudnivaló, hogy a priapismusnak sokféle lehet az oka. E tapasztalásból kiindulva, a szerzők különböző beosztást ajánlottak, mely az aetiológiás tényezőket nézetük szerint kellően csoportosítja. A szerző beosztása vázlatosan a következő: **A) Helybeli okok.** 1. Peripheriás csoport: a) ideges befolyás (reflex), pl. a húgycső gyuladós állapota vagy a húgycső burjánzásai; b) mechanikai okok a cavernosus testekben. 2. Centralis csoport: a) az agyvelő és gerinczvelő anatómiai elváltozásai (trauma, tumor, gyuladás); b) az agyvelő és gerinczvelő funkciós megbetegedése. **B) Általános betegségek mint a priapismus okai.** 1. Peripheriás csoport: a) fertőző bajok (tuberculosis, lues, typhus); b) intoxicatiók; c) alkati és vérbetegségek (leukaemia, köszvény, diabetes). 2. Centralis csoport: intoxicatiók.

Az aetiológiás tényezők e sok csoportjának minden tagjára elég bőven találunk adatot az irodalomban. A szerzőnek két közölt esetével (húgycsőpolypus és cavernitis egy-egy esete) együtt az irodalomban eddig 140 esetről számoltak be. Mindezeket a priapismus-eseteket a szerző nagy gondnal és fáradsággal összegyűjtötte és eléggé részletesen közli dolgozatában. Ezeknek az áttekintése is bizonyítja azt az általános tapasztalást, hogy a priapismusnak aránylag leggyakoribb oka a leukaemia, 140 eset közül 36 eset. A többi esetben az aetiológiás tényezők a főntebb beosztás értelmében szétforgácsolódnak. (*Archiv für Dermatologie u. Syphilis*, 109. k. 3. f.)

Guszman.

Húgyszervi betegségek.

A prostatahypertrophia aetiologiájáról és gyógyításáról a herék röntgenezésével *Wilms* tanár és *H. L. Posner* a következőkben referál. *Wilms* mindenekelőtt a legújabb nőgyógyászati tanulmányokra s azon igazán fényes eredményekre utal, melyeket a myoma-therapia terén a petefészek besugárzásával elértek. Ezen sikereket általában úgy magyarázzák, hogy a besugárzás által azon anyag, mely a myoma növekedését propagálja, mintegy elimináltatik. *Wilms* szerint nagyon közelfekvő a gondolat, hogy a prostatahypertrophia is ilyen szempontból bírálva, kísérjük meg, vajjon nem lehetne-e a prostatát viszont a herék röntgenezésével kedvezően befolyásolni. Ez azon ismert tények alapján, hogy egyes beavatkozások a heréken (castratio), a vas deferensen (lekötés) elég számos esetben jó eredményeket adtak, legalább is valószínűnek látszik. Ezen kísérleteket indokolta továbbá még azon körülmény is, 1. hogy fejlődéstanilag a prostata nagyon közel áll az uterusához, a mennyiben az uterus maradványait, a *Müller*-féle járatokat zárja körül; s 2. hogy a prostatahypertrophia az esetek túlnyomó többségében adenomyoma-képződésekből áll, melyek gumós tumorok alakjában egymástól elhatárolódnak s csak úgy, mint a myomák, kihámozhatók. Sőt *Zuckerlandl* megfigyelései szerint a prostatában talált adenomagöbök s az uterusmyomák a növekedésük tekintetében is nagyon hasonlítanak egymáshoz. Tagadhatatlan, hogy ezen feltevések a prostatahypertrophia aetiologiáját más irányba terelik.

Ezen kérdés megoldására *K. L. Posner* a heidelbergi sebészeti klinikán a herék röntgenezésével igen nagy beteganyagon megkezdte a kísérleteket. Az első beteg 69 éves földmives volt, kin prostatahypertrophia s retentio urinae completa állott fenn; spontan egy csepp vizeletet sem tudott üríteni. Junius 24.-én első ízben sugarazták be mind a két herét. Junius 28.-án a beteg már magától tudott néhány csepp vizeletet üríteni. A spontan kiürített vizeletmennyiség ezentúl napról-napra növekedett, úgy hogy július 1.-én a beteget utoljára kezelték s július 13.-án a következő lelettel bocsátották el a klinikáról: a prostata jóval kisebb, a pars prostaticán már a vastagabb katheterek is simán áthaladnak, retentio 70 cm³. Az augusztus 19.-én megejtett utóvizsgálatkor további javulás volt konstatalható, ekkor retentio már nem volt. Azóta a klinikán sok beteg kísérleteztek ilyen irányban s ha nem is voltak az összes eredmények ilyen fényesek, de sikereik alapján a szerzők

mégis indíttatva érezték magukat észleléseik publikálására, illetőleg azon felszólításra, hogy a kísérletek ilyen irányban másutt s minél nagyobb beteganyagot folytattassanak. (Münch. mediz. Wochenschrift, 1911. 36. sz.) *Drucker Viktor dr.*

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Bárszingszék eseteiben, a melyekben a daganat miatt a bárszing már erősen szűkült, *Liebermeister* az evesedés mérséklésére hidrogensuperoxyd 1—2%-os oldatából óránként egy kortyot itat; ezenkívül antispasmusos szereket (morphium és atropin) ad, táplálék gyanánt pedig csak olyat enged meg, a mely elég könnyen hatol át a szűkült bárszingon. Ilyen módon gyakran sikerült a teljes stenosisat relativ stenossá átalakítani s a beteget még hetekre, sőt hónapokra tűrhető állapotba juttatni. (Münchener med. Wochenschrift, 1911. 38. sz.)

Asthma ellen jó eredménnyel használja *Nerking* az eurespiran-tablettákat, a melyeknek lobelia inflata, erythraea centaurium és gentiana lutea az alkotórészei. Fel nőtteknek a 2 centigramm lobelia inflatát tartalmazó tablettákból ad naponként 3—4-et, gyermekeknek pedig az 1 centigrammot tartalmazókból szintén 3—4-et, még pedig 8—10 napig, azután 3—4 napig szünetet tart, majd pedig újból ad naponként 3-at, úgy hogy összesen körülbelül 40—50 tablettát használ el a beteg. Kellemetlen mellékünetek ezen adagolásmód mellett állítólag nem fordulnak elő. (Zentralblatt für die gesamte Therapie, 1911. 8. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1911. 46. szám *Póór Ferencz*: A salvarsan-therapiához. *Markbreiter Irén*: Gyógyítás alkoholbefecskendésekkel a szemészeten. *Kiss Gyula*: A glaukoma gyógyítása az osmosis segítségével, műtét nélkül.

Orvosok lapja, 1911. 46. szám *Chudovszky Móricz*: 1. A morphium-atropin-bromaethyl-oxygen-chloroform-bódítás gyakorlati előnye. 2. Sérülésből támadt agytömölő műtéttel gyógyult esete. 3. Nyakcsigolyatörés műtéttel gyógyult esete.

Budapesti orvosi újság, 1911. 46. szám. *Polyák Lajos*: Egyszerre végzett kétoldali orrműtételekről és utókezelésükről. *Entz Béla*: A vékonybél myomája. „Közegészségügyi és törvényszéki orvostudományi szemle”, 4. szám. *Donath Gyula*: Az alkoholizmus a drezdai nemzetközi higiéné-kiállításon. *Minich Károly*: Luesses fertőzés mint kártérítési per kereseti alapja.

Vegyes hírek.

Új egyetemi tanárok. A király *Veress Elemér* dr.-t a kolozsvári egyetemen az élettan nyilvános rendkívüli tanárává nevezte ki, *Reinbold Béla* dr. és *Genersich Gusztáv* dr. kolozsvári egyetemi magántanárnak pedig a rendkívüli tanári címet adományozta.

Kinevezés. A székesfehérváros főpolgármestere *Princz Dezső* dr.-t kórházi alorvossá, *Gál Lajos* dr.-t, *Frank Géza* dr.-t, *Lénárt Pál* dr.-t, *Szutrély Antal* dr.-t és *Kindernay Mihály* dr.-t kórházi segédorvossá nevezte ki. — *Tibor Ervin* dr. zombori gyakorló-orvost tiszteletbeli kórházi orvossá, *Szatler Miklós* dr.-t a bajai közkórházhoz alorvossá, *Varga Kálmán* dr.-t a szegedi közkórházhoz segédorvossá neveztek ki.

Választás. *Szelezsán János* dr.-t misztótfalui kórorvossá, *Borovszky Rezső* dr.-t Hódcságon, *Dungyarszky Keresztély* dr.-t Liliomoson községi orvossá választották.

A budapesti poliklinikán októberben 4361 új beteg jelentkezett; a rendelések összes száma 13.773 volt.

Egyetemi alkalmazások a budapesti egyetem orvosi karán. Megválasztották az élettan intézetéhez: *Winter Margit*, a II. sz. anatómiai intézetéhez: *Hammersberg Elemér*; az I. sz. nőklinika-hoz: *Seliga Mihály* dr., a gyermekklinika-hoz: *Tasnády Béla* dr.; a bőrklinika-hoz: *Somogyi Zsigmond* dr., valamennyien gyakornoknak; az általános kör- és gyógytani intézetéhez: *Rohonyi Hugó* dr. II. tanársegédnek, az I. sz. belklinika-hoz: *Csépay Károly* dr. díjas gyakornoknak, az egyetemi központi Röntgen intézetéhez: *Révész Vidor* tanársegédnek.

A budapesti önkéntes mentő-egyesület szeptemberben 1402 e-ekben nyújtott első segítséget; ezenkívül 887 szállítást végzett, 200-szor mint mozgóórság szerepelt és 29-szer vaklárma és téves jelentés folytán vonult ki. A szeptember havi működési főösszeg tehát 2518.

Vasárnapi betegbemutatók. Az orvosi továbbképzés központi bizottsága felkérésére *Bársony János* dr. egyetemi tanár a vezetése alatt álló egyetemi I. sz. női klinikán folyó évi november hó 25.-én d.

e. 10 órakor a budapesti gyakorló orvosok számára betegbemutatókat fog tartani. A bemutatásokra a bizottság titkáranál (VIII., Mária-utca 39) lehet jelentkezni.

Meghalt. *Grün Jakob* dr. 68 éves korában november 10.-én Besztercebányán. — *B. Fränkel*, a berlini egyetemen a gégeorvostan nyugalmazott tanára, kiváló laryngo-rhinologus, 75 éves korában, november 12.-én. — *J. A. Wilder*, a kórtan tanára a denveri College of Medicine-en.

Gellért Elemér dr. műtő-sebész lakása most: VII. ker., Ilka-utca 51, „Gondviselés” Á. K. E. kórháza.

Lipscher Sándor dr. lakását V., Bálvány-utca 24. szám alá helyezte át.

A berlini bőrkórtani társulat 25 éves jubileuma alkalmából a következőket választotta meg dísztagok: *Ehrlich* (Frankfurt), *Wassermann* (Berlin), *Roux*, *Metschnikoff*, *Gaucher* (Páris), *Finger*, *Riehl* (Bécs), *Veiel* (Canstatt), *Malcolm Morris* (London), *Boeck* (Christiania), *Breda* (Padua), *Petersen* (Szt. Pétervár), *Majocchi* (Bologna), *Jadassohn* (Bern), *Dufring* (Philadelphia), *Dohi* (Tokio), *Bulkley* (New-York).

Nemzetközi egészségügyi conferentia ülésezik október 28.-a óta Párisban, melyen csak az egyes államok hivatalos küldöttei vesznek részt, még pedig a következők: Franciaország részéről *Roux* és *Calmette*, Németország részéről *Gaffky* és *Nocht*, Belgium részéről *von Ermengem*, Dánia részéről *Madsen*, Svájc részéről *Schmid*, Egyiptom részéről *Ruffer*, Brazília részéről *Cruz*. A conferentia körülbelül négy hétfőig fog tartani.

Személyi hírek külföldről. *E. Hagenbach-Burckhardt* tanár, az ismert baseli gyermekorvos, nyugalomba vonul. — A berlini Charité-kórház sebész poliklinikumának vezetését *G. Axhausen* dr. magántanára bízták — *H. Selter* és *A. Machol* magántanárok Bonnban (közegészségtan és sebészet) tanári címet nyertek. — A japáni kormány a tokiói egyetem négy tanárát 3, illetőleg 2 évre Európába küldte tanulmányútra, ú. m. *Nishinari* (anatomia), *Kimura* (kórtan), *Endo* és *Han-sawa* (bakteriologia) tanárokat.

Vak masseurök. Párisban nemrég masszáló intézet nyílt meg, melyben csakis vakok végzik a massage-t. A vak ember erre különösen alkalmas egyrészt finom tapintó érzéke, másrészt természetesenü diszcretiója folytán. A francia fürdőhelyeken már rég alkalmaznak vakokat, férfiakat és nőket egyaránt, ilyen foglalkozásra s az itt tett jó tapasztalatok indítottak egy vak orvost, *Fabre* dr.-t arra, hogy a vakok részére külön massage-cursust tartson. Japánországban csakis vakok foglalkoznak a massage-zsal, úgy hogy a japán nyelv a vakot és a masseur-t egy szóval fejezi ki.

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

DR. MAHLER SANATORIUMA, ABBAZIA
belbetegek — spec. szívbetegek és tüdőlk részére.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (XVII. rendes tudományos ülés 1911 október 28.-án.) 840. l. — Közkórházi Orvostársulat (X. bemutató ülés 1911 október 31.-én.) 841. l.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(XVII. rendes tudományos ülés 1911 október 28.-án.)

Elnök: Preisz Hugó.

Jegyző: Fáykiss Ferencz.

(Folytatás.)

A conjunctivitis gonorrhoeica acuta új kezelésmódja.

Goldzieher Vilmos: A conjunctivitis gonorrhoeica acuta a legveszedelmesebb szembetegségek egyike. Igaz, hogy ez a tétel egész szigorúságában nem érvényes a blennorrhoea neonatorumra, mert a tapasztalat azt tanítja, hogy ez a betegség, kellő kezelést feltéve, majdnem minden esetben gyógyítható. De ha meggondoljuk, hogy a csecsemőkorbán megvakult egyének körülbelül 25%-a a blennorrhoea neonatorum következtében vakult meg, akkor mégis azt kell mondanunk, hogy elég veszedelmes ellenséggel állunk szemben.

Sokkal veszedelmesebb azonban, és a mi a prognosist illeti, sokkal bizonytalanabb a felnőtt egyének genyes, gonococcusos kötőhártyagyuladása. A nagy veszedelem abban áll, hogy a kifejlődött baj legelső, leghevenyebb szakában a szaruhártya genyesen beszűrődik és elpusztul. Ezen főveszedelemmel szemben eltöprel a második, hogy váladékkal járó chronikus elváltozások maradnak vissza a megtámadott kötőhártyán, melyek azután hosszú időre a fertőzés középpontjává válhatnak tágabb népkörök részére.

A főveszély, a szaruhártya genyes beszűrődése, a legjobb kezelés mellett is beállhat. A szemorvos, a ki egy blennorrhoeás conjunctivitis kezelését elvállalja, nem mondhatja meg, hogy a ma még ép cornea milyen lesz holnap és ennek következtében jól cselekszik, ha a prognosist igen óvatosan, sőt sötét színekben állítja fel. Minél súlyosabbak a külső lobos jelenségek, a szemhéjak duzzadsága, a conjunctiva, főleg a conjunctiva bulbi izgatottsága, minél bővebb a genyképződés, annál rosszabb a prognosist. Ezt a tételt csak olyan orvosok nem fogják elismerni, kik kevés blennorrhoeát látnak. Olyan klinikusok, kik nagy anyaggal bírnak, egyenesen azt mondják, hogy a szaruhártya annál biztosabban betegszik meg, minél súlyosabb a kötőhártya lobja és hogy a chemosissal járó súlyos esetekben a cornea minden kezelés daczára menthetetlenül el van veszve.

Erről bőven volt alkalmam saját anyagomon meggyőződni az utolsó évtizedben, a mióta a Rókus-kórházban működöm. Bizonyos okok miatt, melyeket jelenleg felsorolni felesleges volna, osztályom heveny gonorrhoeás conjunctivitis-esetekben bővelkedik. Ez a 14 eset, melyen jelen klinikai tanulmányom alapszik, alig három hónap alatt folyt le. Egy évtized alatt a legnagyobb lelkiismerettel alkalmaztam a klasszikus, *Graefe* óta minden tankönyv, minden iskola által ajánlott therapiás módszereket, a nélkül, hogy sikerült volna a rossz prognosison lényegesen változtatni. Legfeljebb, hogy sikerült saját operatív módszeremmel, melyet annak idejében úgy e helyen, mint a heidelbergi szemésztársaságban előadni szerencsém volt, a cornea teljes szétesését korlátozni és a látás kisebb-nagyobb részét megtartani.

Azon meggyőződés, hogy a divó ezüstkezelés nem tudja a szem blennorrhoeás megbetegedését a súlyos és legsúlyosabb esetekben biztosan meggyógyítani, érlelte meg bennem a törekvést olyan módszer megkísérlésére, mely céljának jobban megfelel. Az utolsó 3 hónap klinikai tapasztalatai azt hiszem feljogosítanak a módszert az orvosegyesület elé terjeszteni és a tagtárs urak bírálata alá bocsátani.

Annál inkább ajánlhatom az előadandó módszert, mert nem véletlenből vagy a gyógyszerek variálásából származik, hanem két, a tudomány által eléggé bebizonyított tényen alapszik, mely a gonococcus, a szőnyegen levő betegség okozójának biológiájában főszerepet játszik.

Ezen tények a következők: 1. A gonococcus a megtámadt nyálkahártya felületén tenyészik. Különösen áll ez a kötőhártyára nézve, a hol a gonococcusok a fellazult epithelium között feküsznek és csak kivételesen és elvétve jutnak a subepithelialis szövetbe. 2. A gonococcus magasabb hőfokokat nem áll ki, minthogy növekedésének optimuma a rendes testhőmérséklet körül van; 44°-on tíz perc alatt, 45°-on azonban már egyszerű átmelegítés mellett elpusztul (*Jadasson-Marcus szerint*).

Elméletileg tehát már aránylag alacsony hőfokok elegendők a gonococcus elpusztítására és ebben a tekintetben a látószerv nyálkahártyája kivételesen kedvező helyzetben van; az epitheliumréteg ugyanis, melynek sejtjei között a mikroorganismus tartózkodik, olyan vékony, hogy az alatta levő subepithelialis réteg is hozzáférhető a hőforrás részére, minden akadály nélkül.

Olyan hőforrást kell alkalmazni, mely célunknak, a conjunctiva 45°-on való átmelegítésének, gyakorlatilag legjobban megfelel. Ennek kétségkívül legjobban az *áramló vízgőz* felel meg.

Kezdetben a forró vízgőzt úgy használtam, hogy egy kis készüléket alkalmaztam, melyet *Farkas László főorvos-társam* osztályán láttam s melyet ő a kathetereknek sterilizése céljából használ. Igen egyszerű készülék ez: kis víztartály, melyet spirituszlámpa fűt s a tartályból egy hajlított csövön át a gőz kiáramlik. A kifordított conjunctivát meglehetősen közel kellett vinni a gőzáramhoz, a mi úgy a betegnek, mint a kezelőorvosnak igen kellemetlen volt. Később úgy segítettem a dolgon, hogy egy hosszabb, keményebb gummiálló csövet illesztettem a kivezető fémcsőre, úgy hogy a gőzölés már kényelmesebben volt kivihető. Hanem a forró gőz ily módon való alkalmazása még mindig kellemetlenséggel járt, mert oly apparatussal, melynek nyitott lángja és forró vize van, nagyon óvatosan kell bánni, továbbá mert a kihülés következtében vízcseppek képződnek, melyek a gőzzel együtt a szembe szállnak és fájdalmat okoznak. Különösen bevált azonban egy kis készülék, melyet *Szikla* műszerész készített: lényegében egy zárt, elektromossággal fűtött tartályból áll, melyből egy csövön a gőz kiáramlik, a forró condens-cseppek pedig egy második cső által elvezetnek. Ezzel a készülékkel a legexactabb módon lehet a kötőhártyának akármelyik részére gőzt juttatni.

A temperatura, melylyel a kiáramló gőzsugár bír, mérések szerint a cső nyílása mellett 58°—66°, 2 cm.-nyi távolságban 46—56°, sőt 3 cm.-nyi távolságban is még 52 fokot lehet elérni, tehát olyan temperaturát, mely a betegre nézve már nem oly fájdalmas és a gonococcusokat mégis biztosan elpusztítja.

Gyógykísérleteim eddig, három hónap alatt, 14 szemre vonatkoznak. Kivétel nélkül a legsúlyosabb esetekhez tartoztak. Mindegyikben urethralis gonorrhoea, a nőknél vaginalis kifolyás volt megállapítható. A genyes váladékban kivétel nélkül gonococcusok voltak kimutathatók.

A módszeremmel kezelt eseteket két csoportba kell osztani. Az első csoportba 10 eset tartozott, azok, melyekben a kórházba felvételkor a cornea még ép volt, melyek tehát még az első szakban állottak. A második csoport 4 esetből állott, ezekben a cornea már kisebb-nagyobb mértékben genyes vagy teljesen tönkrement volt.

A mi az első, 10 szemből álló csoportot illeti, a betegség igen gyorsan és azt lehet mondani absolute meggyógyult. Feltűnő volt a viharos tünetmények gyors visszafejlődése. A feszes, deszkaszerűen dagadt szemhéjak egy nap alatt lelohadtak, úgy hogy könnyen kifordíthatóvá váltak. A chemosis visszafejlődött, a genyes secretum gyorsan kevesbedett, a con-

conjunctiva átlag 3—4 nap múlva sima lett; gonococust vagy már nem, vagy csak elvétve lehetett találni. A cornea kivétel nélkül teljesen ép maradt. Feltűnő volt továbbá, hogy a kezelt egyének conjunctiváján chronikus elváltozások nem maradtak vissza.

A második csoport esetei a következők:

Az 1. esetben felvételnélkor a cornea egész felülete eróziókat mutatott; az eset a legelsőkhöz tartozott, a mikor a gőzkészülékünk még nagyon hiányos volt. Az eróziók miatt féltettük a corneát, csak nagyon óvatosan bántunk a gőzöléssel, nem akarván a felhámvesztés, ér nélküli corneát a forró-ságnak kitenni. A cornea genyesen beszűródött. Conjunctivalis plastika segítségével sikerült a staphyloma-képződést megakadályozni és iridectomiát végezni, úgy hogy némi látás még megmaradt. A gonorrhoeás folyamat azonban teljesen meggyógyult.

A 2. esetben a cornea már a felvételnélkor genyesen szétmállott volt; a gőzöléssel sikerült a cornea legnagyobb részét megtartani és iridectomiával a látás egy részét megmenteni.

A 3. eset három héten keresztül egy másik intézetben a szokásos módon kezeltetett és destruált corneával, előesett irissel, totalis staphylomaképződéssel, bő gonorrhoeás genyedéssel jutott hozzám. Narcosisban exenteratio bulbit kellett végezni. A harmadik napon már megkezdtek a gőzöléseket, 3—4 nap múlva már megszűnt a genyedés.

A 4. eset óriási genyedéssel és szemhéjdagadással, teljesen destruált corneával és az egész iris előesésével vétetett fel. A 4. napon a conjunctiva már sima, a profus genyedés megszűnt.

Ha tehát ezeket az eseteket nem számítjuk, a mi teljesen jogos, akkor eljárásunkkal azt eredményeztük, hogy tíz súlyos blennorrhoeás szemem teljes gyógyulás következett be, minden más gyógyszer alkalmazása nélkül. Négy esetben pedig, a melyekben a cornea már a felvételnélkor el volt veszve, a gonorrhoeás folyamatot rövid idő alatt megszüntettük, az egyént tehát gyorsan munkaképesé és környezetére nézve veszélytelené tettük.

Eljárásunk hatásossága a priori a fentemlített körülményben keresendő, hogy t. i. a kórokozók által megtámadott kötőhártyarétegek legnagyobb része minden nehézség nélkül áthévithető és azok a részek, a melyek a gőzárám részére nem teljesen hozzáférhetők, mint a felső fornix, mégis magasabb temperaturának lesznek kitéve.

A conjunctivitis blennorrhoeica ellen alkalmazott eddigi souverain szerrel, az ezüstnitrattal szemben módszerünk előnye úgy látszik a következőben rejlik:

A nitrás argenti hatása a secernáló kötőhártyalobokban egyáltalában és a gonococcus-lokokban különösen úgy jön létre, hogy az epithelréteget megtámadja és a felületes epitheliumrétegbe hatol. Itt lecsapódik az ezüst, illetőleg a sejtek protoplasmájával vegyi összeköttetésbe lép.

Vizsgálattal könnyen meggyőződhetünk, hogy csakis a felületes felhámréteg válik le a touchirozás után és hogy a mélyebb rétegekbe az ezüstnitrát már nem hatol. Természetesen olyan concentrációkban alkalmazva, a melyek klinice használhatók. Túlerős oldat, vagy pláne a lapis-pálcika, melyet *Graefe* előtt és az ő idejében is még használtak, olyan szövetroncsolást visz végbe, melyet a szem nem tud elviselni. Éppen azért az újabb időben az organikus ezüst-készítményeket alkalmazzák, mert ezek, daczára az enyhességüknek, állítólag sokkal mélyebbre hatolnak be, mint az ezüstnitrát. Ehhez járul még az a körülmény, hogy a conjunctivában, főleg a lobosban, számos epitheliummal bélelt bemélyedés és krypta van, melyekben épp úgy székel a gonococcus, mint a felületen. A saját csapadéka azonban meggátolja az ezüstnitrátot a továbbhatolásban és ennek folytán a lapisoldattól nem várhatjuk a gonorrhoea megszűnését, hanem legfeljebb annak gyengülését.

Másképpen áll a dolog a magasabb hőfok alkalmazásakor. Az 50^o-nál melegebb vízgőz átadja a temperaturáját a

szövetrétegeknek és e temperatura az összes biológiai tapasztalatok szerint elég magas a gonococcus elpusztítására.

Magától értetődik, hogy eddig kezelt eseteink száma nem elég nagy, hogy végleges ítéletet mondhassunk az új kezelésmódról. De mindenesetre megismerkedtünk oly tényezővel, mely legalább is olyan hatásos, mint az eddig dívó módszer. És azt hiszem, hogy az a körülmény, hogy a súlyos szem-gonorrhoea meggyógyulhat a nélkül, hogy egy csepp lapisoldatot is használtunk volna, elég érdekes arra, hogy jogosítva éreztem magamat az Orvosegyesület idejét igénybe venni.

Hoór Károly: Az előadó eredményei kétségkívül kedvezők. 10 évvel ezelőtt acut és chronikus ophthalmoblennorrhoea-esetek kezelését meleg levegővel kísérlettem meg. Lutze kolozsvári műszerész szerkesztett is néhány ilyen eszközt. Távol áll tőlem, hogy prioritást kívánnék érvényesíteni, mert én nem értem el eredményt, valószínűleg az eszköz gyarlóságában rejlett az ok. Nem tudtam adagolni a hőfokot. *Reiniger*, *Gebbert* és *Schall* meleglevegő-douchet készített, de ez később volt, mikor én már felhagytam a kísérletekkel. Nagy köszönettel fogadom *Goldzieher* előadását, meg fogjuk az eljárást kísérteni annál is inkább, mert eljárásunk a gonorrhoea ellen gyarló, különösen idültabb esetekben, ha a cornea már infiltrált. A blenolenicet-kezelés néha eredményes.

Picker Rezső: Az abortív kezelés a gonorrhoeában csak addig vezet eredményre, míg a gonococcusok a melléküregekbe be nem burjánznak és ekkor argentum kezelésre az esetek 10%-a abortíve meggyógyul. Urethralis gonorrhoea eseteiben meleggel nem lehet ilyen jó eredményt elérni.

Goldzieher Vilmos: Hoór felszólalása érdekes, mert utal a száraz hő és a gőz nem egyforma hatására. Két évvel ezelőtt *Hermann* leírt egy az enyémmel rosszabb műszert, melylyel áramló gőzt idézett elő, de ő ennek használatát kötőhártyabántalmakban ellenjavaltak tartotta.

Közkórházi Orvostársulat.

(X. bemutató ülés 1911 október 31.-én.)

Elnök: **Ángyán Béla.**

Jegyző: **Körmöczy Emil.**

Paralysis bulbi apoplectica keresztezett hemianaesthesiával.

Benedict Henrik: A beteg a nyúltvelő olyan acut módon keletkezett gócos megbetegedésével bir, mely először igen jól lokalizálható, másodsor a nyúltvelőben és a hidban lefutó érző rostok egymáshoz való viszonyára határozott fényt vet. A betegen az arteriosclerosis jelei találhatók. Erősebb alkoholélvezetet ő maga is bevall, valamint azt is, hogy a mostani betegségét megelőzőleg már hónapokon át időről-időre szédült és bizonytalanul látott. November 18.-án reggelizés közben egyszerre azt vette észre, hogy nem tudja a kávéat lenyelni és ugyanakkor úgy találta, hogy testének egész jobb oldala zsibbadt és hő iránt érzéstelen. A falra támaszkodva, a koponya bőrének bal felével érzi a fal hideg voltát, jobboldalt csak bizonytalan érzése van. A nyelési lehetetlenség olyan teljes volt, hogy a kórházi ápolást, szondatáplálást kellett igénybe vennie. Az ideggyógyászati vizsgálatból kiemelem a következőt: A bal facialis alsó ága kissé paretikus. A lágyszájpad baloldalt egyáltalában nem mozog. Az uvula jobb felé van húzódva. A nyelési reflex kiváltása lehetetlen, legjobban jobboldalt lehet a garatígy gyenge emelkedését kiváltani. Beszédzavar nincs, a nyelv kissé jobb felé deviál. A többi baloldali agyidegterületen semmi rendellenesség sincs. Baloldalt van azonban egy kis enophthalmus. A szemrés keskenyebb, a pupilla a jobboldalinál valamivel szűkebb, de eléggé jól reagál. Érzési eltérések csak a jobb oldalon találhatók, a fájdalomérzés és a hőérzés teljesen hiányzik. A meleget hidegnek jelzi, a hideget többnyire bizonytalan-nak mondja. Az érzés-zavar élesen a középvonalig megy. A tapintásérzés, izomérzés, helyérzés a jobb oldalon épp olyan teljes, mint a bal oldalon. A mély és felületes reflexek mindkét oldalt egyformák. A második hét végén a beteg állapota javul, eléggé jól kezdi nyelni a folyadékot, úgy hogy a szondát el lehet hagyni. Most már folyékony és szilárd táplálékot egyformán jól nyel. A nyelőizomzat bénulása baloldalt épp csak annyiban van jelezve, hogy a baloldali izmok kevésbé jól mozognak, mint a jobboldaliak. Az ellenkező oldali érzés-zavarok azonban egyáltalában nem fejlődnek vissza. Jelenleg csak ezek teszik a beteg panaszát.

Semmi kétség, hogy itt a nyúltvelő gócos megbetegedésével állunk szemben, e mellett szól a tünetek keresztzett volta. Az agyidegek és pedig ez esetben a nyelési actushoz szükséges 10., a 9. és talán a 7. ideg mozgató pályái funkciókban fel vannak függesztve, még pedig főképpen baloldalt. Tehát a gócnak a nyúltvelő bal oldalán kívül kell lennie. De abból a körülményből, hogy az ellenkező oldalon nem keresztzett bénulást, hanem keresztzett érzéstelenséget találunk, viszont arra kell következtetnünk, hogy a gócz a nyúltvelő azon részében van, melyben az érzőpályák futnak és nem mozgató pyramispályák, tehát a dorsalis részben; és itt főképpen az érdekes, hogy az érzőrostok nincsenek egész terjedelmükben bántalmazva, hanem csak azok, melyek a hő- és fájdalomérzést közvetítik, tehát az úgynevezett spinothalamicus, melyről tudjuk, hogy az érzőrost-terület lateralis oldalán fut. Tehát azt is mondhatjuk, hogy a gócz a nyúltvelő dorso-laterális oldalán van, meglehetősen távol a középvonaltól és a ventralisan lefutó pyramis-rostoktól. Az ilyen localisatióra valló, heveny módon keletkezett nyúltvelő-gócok rendszeren egy típusos verőérnek, az arteria cerebellaris inferior posteriorának thrombotizálásából szoktak eredni. Hasonló körképek vannak az irodalomban *Wallenberg, Anton, Marburg, Breuer* által leírva és bonczolások által igazolva. Valószínű, hogy ez esetben is thrombosis okozta körülírt lágyulással van dolgunk. Hogy nem vérzés, e mellett szólnak a prodromalis tünetek és a klinikai tapasztalat, mely az ezen verőérből származó vérzést ritkának, az ellágyulást azonban gyakrabban előfordulónak mondja. A therapia jelenleg jodadásból és villanyozásból áll.

Gastritis phlegmonosa.

Benedict Henrik: A beteg, kinek kórbonczolástani készítményét bemutatom, gastritis phlegmonosában szenvedett. Ritka baj és nehezen állapítható meg, az esetek legtúlnyomó részében halálos és a bonczolóasztal meglepetése. Soha gyomor-bajban nem szenvedett egyéneken heveny fertőző betegségek módjára jelentkezik, mint ezen a betegen is. 37 éves, egészséges szerkesztőségi szolga, ki gyomrára soha sem panaszkodott, beteg sohasem volt, f. é. június havában hirtelen rázóhidegeket, magas lázat és a bal mellkas hátulsó alsó részében erős fájdalmakat kapott. Mikor osztályomra jött, sápadt és elesett volt, pulsusa igen gyöngye, szapora légzése a fájdalom miatt igen felületes volt. Az egyedül objectiv dolog, melyet rajta konstatálhattunk, egy a 6. bordáig érő, zavaros savóból álló baloldali mellhártyaizzadmány volt. A betegségnak körülbelül 13. napján folytonos magas lázak közepette vérhányás állott be és napokon át csillapíthatatlan vérszékelés. A napokon át a végletekig sápadt, magasan lázas, septikus ember a vérző typhusbeteg vigasztalhatatlan benyomását keltette. Gyomorfájdalmak vagy gyomorérzékenység az egész idő alatt nem voltak. Betegsége 16. napján a végleg elgyöngült beteg meghalt. Kórjelzésünk a gyomor fundusán székelő és felfelé, a rekesz és a lép felé penetráló, e miatt erősen vérző, mellhártya-izzadmányval járó ulcus ventriculi volt. Feltűnő volt azonban a gyomorpanaszok teljes hiánya és a rapid kezdet.

A bonczolás kiderítette, hogy voltaképpen a gyomorfundus, a hol a kiindulási ulcust kerestük, phlegmone által teljesen el van roncsolva, szélei felől a gyomor falzata erősen lobosan megvastagodott, savós, genyes váladékot termelő. A bal rekesz alatt, továbbá a pancreas és a lép felé kevés genyet tartalmazó elhatárolt ür, mely a diaphragmán keresztül több nyíláson át a bal mellürrel közlekedett. Az utóbbiban szintén eves izzadmány volt.

A gastritis phlegmonosa heveny fertőző betegség. Néha ugyan az általános pyaemia részjelensége, vagy rákhoz, idősült gastritishez csatlakozik, többnyire azonban a genyes fertőzés mechanizmusa ép oly homályos, mint teszem az osteomyelitis acutáé. Diffus és körülírt formákat szoktak leírni.

A miénk ez utóbbihoz tartozott. A kórjelzést a legtöbb esetben az szokta megnehezíteni, hogy eleinte az általános

fertőzés tünetei, később, ha a phlegmone a hasürbe áttört, a peritonitis tünetei praevaleálnak. A gyomortünetek, azaz a hányás, a gyomor érzékenysége annyira banálisak, hogy az általános symptomák mellett eltörpülnek. Esetünkben pláne a körülírt phlegmone a gyomor fundusát foglalta el, úgy hogy 14 napon át állott már fenn a betegség, a gyomor már perforálva volt, a rekesz alatt már gyűlt a geny, de sem gyomorfájás, sem hányás nem árulta el a baj igazi eredetét, a míg a lép erosiójával beálló vérhányás nem terelte figyelmünket a gyomor felé. Operatív beavatkozásra akkor a beteg állapotánál fogva gondolni sem lehetett, az a roncsolás óriási méretei mellett ügyis hatástalan lett volna.

Koponyahiány pótlása tibialemezzel.

Makai Andre: A 22 éves leányt tévedésből többször fejbeverték kapával. A felvételkor másnap a bal frontoparietalis tájon egy 10 s egy 6 cm. hosszú, a csonthártáig érő, hasított seb. A jobb halántéktájon jókora, ötkoronasnyi terjedelemben betört a koponya s egy huszfillérvnyi csontlemez a dura szakított sebében át az agyba fúródott. E helyen az agy kéregállománya teljesen roncsolt czafatokban ürül ki. Trepanatio jókora gyermektenyérvnyi terjedelemben a roncsolt dura és agyrészek eltávolításával; tamponade. A hasított sebek teljes bevarrása jodtincturával való fertőtlenítés után. Per primam gyógyulás, a koponyaagyseb teljes besarjadzása negyedfél hét alatt.

A koponyahiány pótlására a bal tibia belső felszínéről széles vésővel igen vékony periost-csontlebenyt vésünk le, úgy hogy a periost a csonton túlér. Most a koponyahiányt borító vékony heges bőrt eltávolítjuk, a csontszéleket fel-frissítjük s a csontlemez túlérő periostiumát a koponyahiányt övező szélek periostiumához varrjuk. A hiány fedésére két csontlemez szükséges, a melyeket tetőszerűen úgy illesztünk össze, hogy a koponya domborulatát mutassák. A bőr pótlását komplikált széles lebennyel és eltolásos plastikával úgy végezzük, hogy a haj alatti szabad halántékrészlet teljesen hegnélküli. Ugy a tibia kivésésére szükséges ajtószzerű bőrlebeny-, mint a koponyabőr- és plastika-varratok per primam gyógyultak. A beteg koponyája teljesen solid s a műtét után eltelt 6 hét alatt semminemű regressiv metamorphosis sem tapintás, sem Röntgen-kép útján nem konstatálható. Az eljárás sokkal előnyösebb, mint a nagy vérzéssel járó *Müller-König*-féle plastika lebenyes bőrperiost-koponyacsontlebennyel, vele szemben az idegen anyagokkal való hiánypótlások háttérbe kell hogy jussanak.

(Folytatása következik.)

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A cerebrospinalis folyadék mikroszkopos vizsgálatáról gümös meningitis esetén tartott előadást *A. Netter* és *A. Gendron*. A következő négy vizsgálati módszert ajánlják: 1. A sejtes elemek megszámlálását *Nageotte* szerint. 2. Megfigyelését annak, hogy minő hatása van a sejtes elemekre serumnak a gerinczvelőbe való befecskendezése. 3. A *Koch*-bacillusoknak egyszerű kimutatását. 4. A *Koch*-bacillusoknak kimutatását a cerebrospinalis folyadékknak rövidebb-hosszabb ideig thermostatban való tartása után.

A sejtes elemek számát a véresejtekéhez hasonlóan határozzuk meg. Meningitis tuberculosa esetén 1 cm³ cerebrospinalis folyadékban mindig 100-on felül találtak lymphocytákat; 100-on felüli lymphocytá tehát mindig gyanus ezen betegségre.

Meningitis tuberculosa esetén serumnak a gerinczürbe való befecskendezése a cerebrospinalis folyadék sejtes elemeinek sem számát, sem minőségét nem befolyásolja, míg egészségesek, poliomyelitisben vagy járványos agy-gerinczagy-hártyagyuladásban szenvedőkön a sejtes elemeknek, főleg pedig a polynuclearis fehér véresejteknek megsaporodását vonja maga után.

A Koch-féle bacillusokat 85·70%-ban sikerült kimutatniok. A készítményt a következőképpen csinálták: a folyadékot centrifugálták, az üledékből capillaris csővel vettek anyagot, ezenkívül a cső falára tapadt fibrincafatokból is vettek platinkacsával egy keveset. Az így nyert anyagot vékonyan, egyenletesen szétkenték, fixálták és Ziehl szerint festették. Bacteriumok a készítményen szétszórvva találtak.

A 4. módszer a Koch-féle bacillusnak 1899-ben Langer által kimutatott azon tulajdonságán alapszik, hogy a bacilluskok a cerebrospinalis folyadékban thermostatban nagy mértékben szaporodnak. A punctióval nyert folyadékot a szerzők 4 részre osztották. Az első rögtön megvizsgálták s abban elvéve találtak Koch-bacillust. A többi 37°-on thermostatba helyezték és a 2., 4. és 5. napon vizsgálták s mindig több és több bacteriumot találtak. Az 5. napon már igen nagy volt a bacteriumok száma. (Bulletin de la Société de Pédiatrie, 1911. 5. szám.)

Sidlauer Ödön dr.

PÁLYÁZATOK.

1893/1911. sz.

A lemondás folytán megüresedett hagymádfalvai **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása az 1908:XXXVIII. t.-cz. szerint.

A körhöz jelenleg 18 község tartozik, székhelye Hagymádfalva, azonban az új és jelenleg ministeri jóváhagyás alatt álló beosztás szerint ezután csak 14 község fogja képezni a kör területét s a ministeri jóváhagyás után 800—1200 korona helyi pótlékkal is emelkedni fog javadalmazása, továbbá kézi gyógyszerár tartására is kötelezve van.

Felhívom a pályázni óhajtokat, hogy szabályszerűen felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám a **folyó évi december hó 2. napjáig** annyival is inkább adják be mert a később érkezetteket figyelembe nem veszem.

A választást folyó évi december hó 7.-én d. e. 10 órakor fogom Hagymádfalva község házánál megtartani

Szalárd, 1911 november 7.

Kelemen József, főszolgabíró.

A Rimamurány-Salgótarjáni Vasmű Részv.-Társaság **ózd** gyártelepén egy **kórházi segédorvosi állás** megüresedvén, pályázat hirdettek.

Az állás javadalmazása: 200 korona havi fizetés, a kórházban egy bútorozott szobából álló lakás, fűtés, világítás. Kosztot a helybeli tisztí kaszinóban havi 48 koronáért kaphatni

Pályázhatnak nőtlen diplomás orvosdoktorok és olyan felavatott orvosok, kik egy évi kórházi gyakorlatukat óhajtják eltölteni, mivel itt a szülészet és nőgyógyászat kivételével a többi gyakorlat érvényesül.

A Rimamurány-Salgótarjáni Vasmű Részv.-Társaság nagytekintetű vezérigazgatóságához intézett kérvények **f. évi november hó 25.-éig** bezárólag a **kórházvezetőségnek Ózdra** küldendő.

Kórházvezetőség.

4430/1911

Az üresedésben levő ratkói **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A körorvos járandóságai:

1. Évi 1600 korona kezdő törzsfizetés, négy, 200—200 koronás ötödévi korpótlék;

2. a m. kir. belügyministerium által engedélyezett, nyugdíjba beszámított 1000 korona helyi pótlék;

3. 450 korona lakpénz és 700 korona fuvarátalány;

4. a kör trachomás betegeinek a körorvos lakásán történő kezeléseért évi 400 korona;

5. Ratkó nagyközségtől a halottkémlésért 16 m³ tűzifa házhoz szállítva (ezt a nagyközség kívánatra pénzben megváltja).

A körhöz 21 község tartozik s a kör székhelye Ratkó nagyközség, mely egyszersmind járási székhely is.

Felhívom a pályázni óhajtokat, hogy kérvényüket s az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt minősítésüket igazoló okmányaitat hozzám **folyó évi november hó 28.-áig** annál is inkább nyujtsák be, minthogy az elkésve érkezetteket figyelembe venni nem fogom.

A választás iránt később fogok intézkedni.

Ratkó, 1911. évi november hó 5.-én.

A főszolgabíró helyett:

Ladányi, szolgabíró.

5064/1911. sz.

A Jász-Nagykun-Szolnok vármegye tiszai alsó járásában fekvő Rákóczi-falva községben üresedésben levő **községi orvosi állásra**, amely az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 12. szakaszában megállapított készpénzfizetéssel, 600 korona személyi helyi pótlékkal s szabályrendeletileg megállapított látogatási és rendelési díjakkal, valamint 500 korona iakbérrel van javadalmazva, ezennel pályázatot hirdetek és felhívom a pályázni kívánókat, hogy a törvényes minősítést igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket hozzám **december hó 10.-éig** adják be. Megjegyzem, hogy az orvosi lakás építése most van folyamatban.

Tiszaföldvár, 1911 november hó 9.-én.

A főszolgabíró.

7369/1911. ikt. sz.

Békésszentandrási község képviselőtestülete elhatározta, hogy ideiglenes minőségben, tudniillik addig, míg a jelenlegi községi orvos szolgálata megszűnik, a községben letelepedés céljából meghívandó orvos részére 1200 korona tiszteletdíjat állapít meg azon célból, hogy az ottani betegek megfelelő orvosi ellátásban részesüljenek. Erős kilátása lehet ezen meghívandó orvosnak, hogy a jelenlegi községi orvos szolgálatának megszüntével ő fog községi orvosá megválasztatni. A meghívást Békésszentandrási község előjárósága eszközöli.

A meghívandó új orvos évi 1200 korona tiszteletdíja havi előleges részletekben folyósítatik a községi pénztárból s a községgel szerződéses viszonyban fog állani, mely szerződés feltételeit az illető orvossal együtt az előjáróság állapítja meg. Köteles azonban a meghívandó orvos a községi szegényeket díjtalanul gyógykezeltetni a vagyonosokat pedig a vármegyei szabályrendeletben megállapított látogatási díjak mellett.

Felhívom ennél fogva mindazon gyakorlatra jogosított orvosokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy törvényszerinti minősítéssel ellátott pályázati kérvényüket hozzám **folyó évi december 10.-én bezárólag délután 5 óráig** beadják.

A pályázati kérvény beérkezése után a meghívás mielőbb meg fog történni.

Itt jegyzem meg, hogy a letelepedő orvosnak szép kilátása lehet a tekintetben, hogy kiterjedt magángyakorlatot szerezhet magának.

Szarvas, 1911. évi november hó 10.-én.

Wieland dr., főszolgabíró.

7825/1911. fh.

A budapesti kerületi munkásbiztosító pénztár igazgatósága pályázatot hirdet az:

Erzsébetfalván — lemondás folytán megüresedett — évi 2400 K fizetéssel járó **kezelőorvosi állásra**.

Az állásokra vonatkozó pályázati kérvény a pénztár igazgatóságához címezve **1911. évi november hó 30.-áig** küldendő be a pénztár főorvosi hivatalához (VII., Damjanich-utca 36.), a hol hétköznaponként d. e. 11—12 óra között az állásra vonatkozóan bővebb felvilágosítás nyerhető.

A pályázati kérvényhez magyar honosságú orvosi oklevél másolata és az eddigi orvosi működést feltüntető bizonyítványok másolatai csatolandók, megjegyezve, hogy az állások bármelyikét csak oly orvos nyerheti el, aki legalább két évi gyakorlatot tud kimutatni.

Az állást a pénztár igazgatósága választás útján tölti be: az alkalmazott orvos köteles a számára kijelölt területen lakni s az állást az alkalmaztatását kimondó igazgatósági határozat keltétől számított 14 napon belül elfoglalni.

Budapest, 1911 november 11.

A budapesti kerületi munkásbiztosító pénztár.

2196/1911. sz.

A Szabadka sz. kir. város tulajdonát képező „Mária Valéria“-közkórházban üresedésbe jövő és egy újonnan szervezett, összesen **két kórházi alorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Az állások évi 1400, azaz egyvezernegyszáz korona havi előleges részletekben folyósítandó fizetéssel, lakással, fűtéssel, világítással és első osztályú ételmezéssel vannak javadalmazva.

A kinevezett alorvosok kötelesek a kórházban lakni, magángyakorlatot, az első segélynyújtás esetét kivéve, nem folytathatnak és állásukat csakis két havi felmondási idő után hagyhatják el.

Nős orvosok nem pályázhatnak. Mindkét állás 1912. évi január hó 1.-én elfoglalandó.

Felhívom ennél fogva mindazokat, a kik ezen állásokat elnyerni óhajtják, hogy kellőleg okmányolt kérvényeiket **legkésőbb folyó évi december hó 15. (tizenöt) napjának déli 12 órájáig** Szabadka sz. kir. város főispánja, *Purgly Sándor* dr. úrhoz (Szabadka, Pest-szálloda-épület) annál is inkább nyujtsák be, mert a később érkezettek figyelembe vételre nem számíthatnak.

Megjegyzem, hogy a mennyiben az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában minősített pályázó nem jelentkeznék, az egy évi gyakorlatra utasított, esetleg szigorló orvosoknak a fenti határidőig kérvényei esetleg szintén figyelembe fognak vétetni.

Szabadkán, 1911. évi november hó 6.-án.

Biró Károly dr., polgármester.

Az újonnan épült és jövő év tavaszán megnyíló „Sanitas“ verseczi Természetgyógyintézetnél egy vezető orvosi állás beöltendő.

Pályázók felhívattak, hogy orvosi gyakorlatukra való jogosultságukon kívül a természetes gyógymód tekintetébeni képzettségüket, úgy egy ilyen intézetnél töltött működésük folytán szerzett gyakorlatukat is igazolják és díjigényeik közlése mellett alulírott igazgatóságnál jelentkezzenek.

Verseczen, 1911. évi december hó 1.-én.

Természetgyógyintézet Verseczen, r.-t.

:: ELSŐRANGU GYÓGYVIZ ÉS DIAETETIKUS ITAL ::

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

a Bór és Lithion tartalmu GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

a kontinens legelső orvosi szaktekintélyei által kitűnő sikkerrel használtatik. Kiváló óvszer a vörhenynél (scarlatina) fellépő vesebántalmaknál.

E forrás kiváló tulajdonságai:

Hugyhajtó hatása.

Kellemes izü. Teljesen tiszta.

Könnyen emészthető.

Vasmentes. Állandó összetételü.



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

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

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

GUAJATIN JENCS Sulfo-Guajacol-készítmény, mely 100 részben 7% Kal. Sulf. Guaj. és a a 0.50% Extr. Thymi és Extr. Tilliae-t tartalmaz.

Tuberculosis összes eseteiben, Pertussisnél, valamint influenzás tudógyuladásoknál, nemkülönbön typhusos tudóinfiltratióknál. Antithermikus hatása.

Gyermekek is rendkívül jól tűrik. Ára 2 korona 50 fillér.

Készítője: **JENCS VILMOS** gyógyszerész,
3748 Budapest, II., Fő-utca 27. szám.

BU-CO

(szójegy az iró-conserve részére), értékes diabetikus tápkészítmény egy tiszta steril, konstant összetételű, fix savtartalmú és kitűnő ízű iró ex tempore-előállítására. A vékonybél és adnexei (fehérje- és zsirinsufficiencia) megbetegedéseinek, valamint fertőző, dysenterikus bélhurutoknál nagyon bevált, valamint hiányos melleknél mint táphozzáét igen kedvelt.

A t. orvos uraknak mintákat és irodalmat díjmentesen küld
Österreichisch-ungarische Milchwerke Linz a. D.

BU-CO

száraz
(Fehérjetejpor cukor és liszt nélkül), 38% fehérje. Javalva mint BU-CO különösen szénhidrat-insufficienciánál is

KEFIR

Vezető-orvos: **Dr. SZÉKELY ÁDÁM**

legtökéletesebb tápszer, ajánlva különösen tüdő-, gyomor- és vesebajoknál, sápkór- és vérszegénységnek s minden nagyobb betegség alatt és után. Gyors erő- és súlyszaporodás. Kellemes üdítő íze miatt azok is szívesen használják, kik a tejet nem tűrik. —

Budapestben naponta házhoz szállít és vidékre kefir-gombát küld a

Kefir-intézet

Budapest, Teréz-körut 31.

A pécsi állami gyermekmenhely másodorvosi állására a pályázati határidő december 12. Javadalom: 1200 korona évi fizetés, lakás, fűtés, világítás és I. oszt. ételmezés. A részleteket illetőleg utalunk az Orvosi Hetilap ez évi 46. számában megjelent kimerítő pályázati hirdetésre.

Gobbi Gyula dr., igazgató-főorvos.

LYSOFORM

a jelenkor legkiválóbb, elismert fertőtlenítő szere.

Antiseptikus öblítésekhez és lemosásokhoz: (hüvely, méh, tályogüreg stb.) Hyperidrosis ellen való mosásokhoz. Műszerek, kéz és felhám fertőtlenítésére.

BIZTOS HATÁSÚ

nem izgató, szagtalanító, veszélytelen, kellemes illatú, olcsó.

A nagyrebecsült orvosi kart, — hogy értéktelen utánzatok elkerülhetők legyenek tisztelettel felkérjük, hogy lysoformot csak eredeti üvegben rendeljen. (100 grammos üveg ára 80 fillér.)

Dr. Keleti és Murányi vegyészeti gyára Ujpesten.

BORDIGHERA (olasz Riviera).

Október 15.-től májusig nyitva.

Szálloda és gyógyház
Cap Ampeglio

gyomor-, bél-, vese-, szív-, ideg- és anyagcserebántalmak részére.

Szigorú egyéni kezelés; diabetikai kúrák, elektroterapia és hydrotherapia minden alakban az újonnan épített vízgyógyintézetben. Röntgenfülke. Prospektusok.

Tuberculosis és más fertőző betegségek kizárva.

Vezető-orvos: Tulajdonos:
Prof. Dr. G. Galli. J. Künzler.



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. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Scipiades Elemér szerkesztésében.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLÉSEK.

Liebermann Leó: A dispositióról. 845. lap.

Tél Ferencz: Közlemény a budapesti m. kir. tudomány-egyetemi elme- és idegkórtani klinikáról. (Igazgató: Moravcsik Ernő Emil udv. tanácsos, egyetemi tanár.) Epilepsziás euthymia és euthymopraxia. 850. lap.

Borszék Károly: Közlés a budapesti kir. m. tudomány-egyetem 2. sz. sebészeti klinikumáról. (Igazgató: Réczey Imre tanár, udvari tanácsos.) A májbeli echinococcus-tömlők gyökerezésének gyógyítása. 853. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Wullstein-Wilms: A sebészet tankönyve. — Ónodi: Die Eröffnung der Schädelhöhle und Freilegung des Gehirns von den Nebenhöhlen

der Nase aus. — Új könyvek. — Lapszemle. Belorvosstan. M. Simmonds: Az időszült perisigmoiditis. — Sebészet. L. Casper: A prostatectomia késői eredményei. — Elmekórtan. Ganter: Az elmebajosok élet- és betegségtartama. — Gyermekeorvosstan. Allaria: A csecsemők nyálának vegyi kémhatása. — Hahn: Chorea minor gyógykezelése salvarsannal. — Kiseb közlések az orvosgyakorlatra. Stein: Basedow-kór gyógyítása. — Mehlhorn: Knoll-féle santyl. — Wockenfuss: Acne necrotisans. — Ebstein: Kőhögés. 855—857. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 867. lap.

Vegyes hírek. 857. lap.

Tudományos társulatok. 858—860. lap.

Melléklet. Gynaekologia. Szerkeszti Tóth István és Scipiades Elemér. 3. szám.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A dispositióról.

BALASSA-ELŐADÁS,

tartotta Liebermann Leo

a Budapesti Kir. Orvosegyesület 1911 október 14.-i ünnepi ülésén.

Igen tisztelt Kir. Orvosegyesület!

Ha ezen, legnagyobb orvosaink egyikének, Balassa emlékezetének szentelt estén oly tárgyat választottam, mely már eleve oly kevés pozitív, biztosan megállapítottat ígér s ha ezzel úgyszólván mintegy ellentétbe helyezkedem a nagy sebészek kifejezetten pozitív, realis irányával: szolgáljon mentességül éppen azon ünnepélyes alkalom, melynek előadásom a Királyi Orvosegyesület kitüntető felszólítása folytán létét köszönheti.

Olyan gyorslejtű időben, mint a mienk, a hol ezek serény munkája folyik, a mikor új megfigyelések és felfedezések és gyakorlati eredmények is, ha talán még nem is kellő theoretikus alapozással, oly sűrűn zúdulnak reánk, hogy szinte elakad a lélegzetünk, ha azokat mind követni akarjuk; nem fölösleges néha, megfelelő alkalommal kissé megállni és utánanézni, hogy azt a sok új dolgot, a mi reánk szakad, nem lehet-e legalább előzetesen valahogy rendezni úgy, hogy benső összefüggésük körvonalai felismerhetők legyenek.

Biologiai tudásunk ritka szövésű kelme, melyen sokkal több jut a hézagokra, mint az igen vékony, gyakran alig látható fonalakra, de megfelel az emberi természetnek, mely mindenütt az összefüggéseket keresi, tehát azt, a mit megértésnek nevezünk, hogy ezen hézagokat legalább a phantasiában kitöltsük; minthogy pedig a képzelőtehetség ezen bár lenge alkotásai munkahypothesisek is lehetnek, a melyek addig élnek, míg sikerül a hézagokat realis fonalakkal kitölteni, a haladás eszközei is lehetnek és így itt-ott megfelelhetnek a szigorú tudományosság követelményeinek is.

Ha önök uraim a valóság és költészet azon elegyét, melyet ma elibük tárok, ilyen szempontból volnának hajlandók megbírálni, azt hiszem, hogy félreértésektől nem kellene tartanom.

* * *

Dispositiónak nevezzük a szervezet azon állapotát, mely azt különböző ártalmakra fogékonyabbá, káros behatásokkal szemben kevésbé ellentállóvá teszi, mint mást, mely ugyanolyan ártalmas befolyásoknak volt kitéve, vagy ha úgy akarjuk, kevésbé ellentállóvá, mint a hasonló körülmények között levő emberek átlagát.

A dispositio lehet öröklött, veleszületett, szerzett, időleges vagy állandó. Könnyű belátni, hogy „öröklött“ és „veleszületett“ két különböző dolog s hogy a „veleszületett“ és „szerzett“ között nem vonhatunk éles határt, mert hiszen fogalmilag nem tesz különbséget, hogy valamely dispositio az ébrényi vagy foetalis életben, vagy pedig valamely későbbi korszakban szerzett-e.

A mi a dispositio okát illet, azt a szervezetnek vagy egyes szerveknek valamely chemiai vagy morphologiai különlegességében kell keresnünk.

Mindezek olyan dolgok, melyek felett lényeges nézeteltérések aligha állanak fenn, de a melyek annyira külsőlegesek és annyira általánosak, hogy jóformán semmit sem nyújtanak a dispositio igazi megértésére.

Ha kísérletet teszünk arra, hogy a dolgokat tisztábban lássuk, azonnal az immunitás fogalmára akadunk, mint a dispositio ellentétére. Ha az immunitástán már annyira volna, hogy megengedné egy egyén immunitásának számszerű kifejezését, akkor a dispositio ennek reciprok értéke volna, úgy hogy az egyiket a másiktól ki lehetne számítani. Ha az immunitást J-nek neveznénk, akkor a dispositio $\frac{1}{J}$ volna.

Ezt csak azért említem, hogy rámutassak arra, hogy az immunitási viszonyok tanulmányozása a dispositio megértésének kulcsa.

Mielőtt tovább megyek, hangsúlyozni kívánom különö-

sen azt, hogy az immunitás fogalmát nem fogom olyan korlátozott értelemben venni, mint a hogy az többnyire szokás; tehát nemcsak az antitoxikus vagy bacteriumok elleni immunitás, hanem bármely külső behatás iránti ellenállóképesség értelmében fogom azt venni, legyen az parasita, mérge, chemiai vagy physikai, erőművi, hő-, fény- stb. behatás.

Az immunitás ilyen tágasabb értelmezése, az immunitás fogalmának ilyen kiterjesztése bizonyos előnyöket nyújt a dispositio lényegének megértésére, a mint ez a következőkből több helyen ki fog tűnni.

Az egyes ártalmak tárgyalásához fordulva, itt vannak először is

a traumák.

Közismert tény, hogy fiatal egyéneken, különösen gyermekeken, megfelelő erőművi hatások kevésbé könnyen idéznek elő teljes csonttöréseket, mint felnőtteken, és ezeken nehezebben, mint aggokon.

Itt tehát relativ immunitással (illetőleg dispositióval) van dolgunk, melynek oka a kötőszövet-csoporthoz tartozó szilárd szövetek különbségében rejlik, a minek teljes analogiáját a fiatal hajtásban és az öreg fában látjuk, a hol a kötőszövetet a cellulose pótolja; az előbbi, a fiatal, hajlékony, az utóbbi merev és törék már akkor is, a mikor a fiatal még csak hajlik vagy bereped.

Ezen relativ immunitás közelebbi oka a fiatal szövetek kevésbé tömör szerkezete és nagyobb víztartalma, valamint az incrustáló, anorganikus anyagok mennyisége, mely az öreg csontban és fában aránylag nagyobb, mint a fiatalban. A szilárd részecskék közötti összetartás sokkal erősebb, mint szilárd és cseppfolyó részecskék között. Míg tehát valamely mechanikai erő ezen cohaesiót szilárd részecskék között csak a continuitás teljes megszakításával tudja legyőzni (törés, repedés), addig a másik esetben ugyanazon erő alig, vagy csak nehezen tudja a szilárd és cseppfolyó részek közötti összefüggést teljesen megszüntetni, mert a folyékony részecskék kitérnek vagy alakot változtatnak s az erőszak megszüntével ismét visszatér az eredeti állapot. Ezért látjuk, hogy ott, a hol imbibitio lehetséges, a hol cseppfolyó testek részecskéi szilárd, száraz szövetrészecskék közé juthatnak, a törékenység megszűnik.

A keményített száraz kézelőt meg lehet repeszteni, a megnedvesített nem. A nedvesség immunissá teszi ilyen mechanikai hatás ellen. Ha meggondoljuk továbbá, hogy erős nyomás hatása, valamint valamely contusio következményei is nagy mértékben függnek az illető szövet deformálhatóságától, elsősorban tehát a turgortól, vagyis a víztartalomtól: nem fogunk tévedni, ha általánosságban kimondjuk, hogy a szövetek csekélyebb víztartalma hajlamossá teszi azokat erőművi hatások súlyosabb következményeire.¹

Mint a hogy ezen esetekben a szövetek változó víztartalma, másokban másnemű chemiai okok szerepelnek mint disponáló tényezők traumák alkalmával. Ilyen volna p. o. a vérerek elmeszesedése² — ismerjük végzetes szerepét az úgynevezett arteriosclerosis gangraena és aneurysma esetében — és ilyen volna a haemophiliások dispositiója életveszélyes vérzésekre, melynek okát a vér megalvadási képességének lefokozottságában kereshetjük.

A vér megalvadásáról tudjuk, hogy a plasma fibrinogénjét az Alexander Schmidt által felfedezett fibrinfermentum

¹ A víztartalom csökkenését illetőleg, előrehaladt életkorral l. Fr. Tangl: Allg. biomedische Grundlagen der Ernährung. Továbbá Bottazzi, Handb. d. vergl. Physiologie von Winterstein, Bd. I, 15 és L. Liebermann: Embryochemische Untersuchungen, Pfüger's Archiv, Bd. 43, 71.

Bischoff szerint újszülött ember víztartalma	664 ⁰ / ₁₀₀
" " " " " " " "	585 "
Liebermann szerint 7 napos tyúkembryo	928 "
" " " " " " " "	873 "
" " " " " " " "	803 "

² Gazert (Deutsch. Arch. f. klin. Medizin, 62, 390) elmeszesedett aortákban nagyobb víztartalom mellett a nitrogéntartalmú anyag pusztulását és a hamualkotórészecskék szaporodását találta.

alakítja át alvadt fibrinné, de, a mint ezt Hammarsten, Arthus és Pagès kimutatta, csak bizonyos, ammoniumoxalattal kicsapható *mészvegyületek* jelenlétében, melyek a tulajdonképpeni fibrinfermentumot készítik, mert ez a vérplasmában nincs hatásos állapotban jelen, hanem csak mint *zymogen*. Így tehát lehetséges, hogy vérzésre való hajlam az illető *mészvegyületek*ben való elszegényedés folytán is bekövetkezhessen. A tulajdonképpeni haemophiliában azonban úgy látszik másképpen áll a dolog. A vizsgált esetekben ugyanis a vérben elegendő *zymogen*, *mészvegyület* és *fibrinogen* is volt. Itt valószínűleg egy másik szükséges fermentum hiányzik, egy *kinase*, melyet talán maga a megsértett ér fala szolgáltat és a melynek feladata a fibrinfermentumot activálni, éppen úgy, mint a hogy az enterokinase (Pawlow) activálja a pancreas trypsinogénjét.

Látjuk tehát, hogy lehetséges a dispositiót bizonyos erőművi behatások káros következményeire, chemiai okokra visszavezetni. Ha most vizsgálat alá vesszük a *nem mechanikai* energia egyes alakjait, elsősorban a hő hatását, meg fogunk győződni arról, hogy ilyesmi itt is lehetséges.

A hő.

Tudjuk, hogy olyan munkások bőre, kik — mint a fém-munkások, üvegfüvők, fűtők — magas hőmérsékű tárgyakkal dolgoznak, bizonyos fokú immunitást nyer hő ellen, éppen úgy, mint p. o. az ember szájának nyálkahártyája, a mely hozzá szokott olyan hőmérsékekhez, a melyeket a külső takaró nem bírna el. Lehet, hogy itt, de csak aránylag alacsony hőmérsékeken, az idegvégződésérzékenységének lefokozása csekélyebb reflexingerlékenység révén is bizonyos szerepet játszik, de bizonyos, hogy nagyfontosságú az epidermis kimutatható megvastagodása.

E. Fuerst³ házinyúl fülén végzett vizsgálatai kimutatták, hogy 50 fokra való felhevítés naponként, 30 napon át, az epidermis sejtek megnagyobbodására vezet s hogy a magoszlás is gyorsul. 30 napon túl 50 fokra való melegítés a hatást többé nem fokozta, de ilyen fokozás beállott akkor, a mikor Fuerst a hőmérsékét tovább, 53-ra emelte. Ily módon sikerült az epidermis vastagságát a rendesnek hatszorosára emelni.

A bőr szerzett relativ immunitása hő ellen tehát az epidermis megvastagodásával függ össze, mely úgy keletkezik, hogy a sejtek a magasabb hőmérsék ingere alatt fokozottabb tevékenységet fejtenek ki. Megfordítva tehát azt mondhatjuk, hogy a relativ nagyobb dispositio magasabb hő káros hatására a külső takaróra, túlságosan vékony epidermisrétegben lelheti magyarázatát.

Hasonlót túlságosan alacsony hőmérsékekre is felvehetünk. Gyakran ismétlődő lehűtés erős szövettúltengésre és vastagodásra vezet, a mi bizonyos immunitást eredményez alacsony hőmérsékkel szemben. (E. Fuerst, l. c.)

Hogy az ilyen szerzett immunitás átörökölhető-e, az a szerzett jellegű átörökölhetőségének eddig meg nem oldott kérdésével függ össze, a mi itt nem tárgyalható. Kétségtelen azonban, hogy olyan relativ dispositio, mint a milyenről itt szó van, átörökölhető, sőt ez magától értetődik, mert önkénytelenül folyik a szövetek individualis különbségeiből, a mire előadásom folyamán még visszatérek.

Ki nem elégitó ezen magyarázatnál azonban az a szerep, a melyet az immunitas létrehozásában az *ingernek* juttatunk, azért, mert mystikus, vitalistikus színezetű. Érezzük, hogy a biológiai folyamatok bármily magyarázata mindaddig igen távol marad az igazi magyarázattól, míg arról, hogy valtképpen mi az az *inger*, vagy helyesebben: melyek azon változások, melyeket az inger kifejtő agensek az ingerelt sejten vagy szövetben előidéznek, nem alkothatunk magunknak képet.

Minthogy ezen szóval a következőkben is sűrűn találkozunk, talán helyes már most felvetni a kérdést, vajjon

³ Ernst Fuerst, Über die Veränderungen des Epithels durch leichte Wärme- und Kältewirkungen etc. Ziegler's Beiträge zur Path. Anatomie u. allg. Path. (1898), 24, 415.

valóban egész tehetetlenül állunk-e vele szemben, úgy a hogy ez ezelőtt is volt, vagy dereng-e már valami fény, mely a sötétségben világít?

Azt mondhatjuk, hogy különösen *Jaques Loeb*, *Overton*, *Nernst* és *Höber* nagy fontosságuknál fogva általánosan ismert munkálatai legalább utat mutattak ezen mindenek felett álló kérdés megközelítésére.

Jaques Loeb emlékezetes munkái, melyekhez *Overton* munkálatait fűzhetjük, megismertették velünk az ionok élettani hatását és ezzel először helyezték helyes világításba az anorganikus vegyületek szerepét a szervezetben. Talán nem mondok túlnagyot, ha azt mondom, hogy az, a mi a magában véve holt organikus anyagot, mely a protoplasmát alkotja, életre hozza, nem egyéb, mint az anorganikus ion, az ő hatalmas elektromos töltésével.

Most már tudjuk, hogy bizonyos kationok, elsősorban a natrium-, kalium- és kalcium-ion, illetőleg ezen ionok kvantitatív viszonya mily roppant jelentőséggel bír a sejt életében, és a mi különösen az *ingerállapotokat* illeti, *Jaques Loeb* munkálataiból tudjuk, hogy a natrium-ionok hatalmas ingerei az állati szöveteknek, p. o. az izomszövetnek, az izom töle rángásba jut; még másféle ionnak, különösen kalciumnak kell jelen lenni, bizonyos arányban, ezen ingernek oly fokú mérsekülésére, hogy az izom rendes összehúzódnási képességét megtartsa.

Ezen ionhatások további magyarázatát adja *Höber*; szerinte a natriumionok fellazítják és így átjárhatóság tekintetében megváltoztatják a sejtprotoplasma határretegeit s ezen fokozott, már rendellenes permeabilitást csak a kalciumionok tudják ismét megszüntetni s így a physiologiai állapotot helyreállítani.

A váltakozó elektromos áramok ingerét *Nernst* kétphasú systemákon végzett kísérletei alapján (mert a szervezetben, a hol sejtek, illetve szövetek szövetnedvekkel érintkeznek, valóban ilyen kétphasú systemával, szilárd, vagy félig szilárd és cseppfolyóval van dolgunk) azon koncentriováltozásokkal magyarázza, melyek a határfelületeken előállanak azért, mert az elektromosságot vivő ionok vándorlási sebessége a szilárd phasisban más, mint a cseppfolyóban. Ez aztán természetesen megváltoztatja a határfelületen összegyűlt különböző ionok koncentrációját és ezzel osmosisviszonyait is, úgy hogy az elektromos áramot nyomban ingerületi állapot követi.

Az, a mit az anorganikus ionok hatásának tulajdonítunk, más anyagokra is alkalmazható. De ha meg is elégednénk ezen célzásokkal az ingerek *létrejövételének* magyarázatára, mégis azt kell mondanunk, hogy ezzel maga az *ingerületi állapot* még nincs megmagyarázva, valamint, hogy nem tudjuk azt sem, hogyan képzeljük el annak következményeit: a tovavezetést, a mozgást, a fokozott anyagcserét stb.

Hogyha még ezen kérdésekhez is bátorodunk közeledni, ezt csak annak világos átlátásával tehetjük, hogy semmi biztosat sem tudunk, hogy csupán sejtelmekre vagyunk utalva, a melyek csak olyanok számára birhatnak némi értékkel, a kiknek bármilyen gyengélábakon álló elképzelése valamely fontos biologiai folyamatnak mégis többet ér, mint az abszolút semmi.

Azt hiszem elképzelhetnénk, hogy valamely inger kiváltó anyag, p. o. a natrium-ion, a protoplasma valamelyik anyagával vagy proteidjével olyan vegyületet alkot, mely oldatában könnyebben mozog, könnyebben jut rezgésbe, mint maga az illető fehérje vagy proteid. Ezen rezgések ki- és áterjednek p. o. egy idegpálya mentén az egyik moleculáról a másikra.

Az ingerület vezetését p. o. valamely mozgató idegpályában e szerint össze lehetne hasonlítani egy hullámmozgással, mely áterjedve az izmokra, ezeknek legkisebb részeit is mozgásba hozza, úgy, hogy megadja a lökést arra, hogy ezek a térben másképpen rendeződve, az izom megrövidülését és megvastagodását, szóval azon tüneményt eredményezék, melyet éppen izomösszehúzódnásnak nevezünk.

Az ingerület lényegét, a mennyiben az a sejtek fokozott életműködésében, fokozott anyagcserében és szaporodásban

nyilvánul, ugyanezen alapon úgy képelem, hogy a gyorsabb mozgásba és bizonyos természetű rezgésbe jutott protoplasma-részecskék ezen rezgéseket átadják a szövetnedvekben oldott moleculák azon atomcsoportjainak, melyek reájuk vannak hangolva, tehát ugyanolyan rezgésekbe hozhatók. Úgy képelem, hogy ezen, az ingerület állapotában levő protoplasma-moleculák egyes atomcsoportjaival együtt rezgő tápláló anyagok atomcsoportjai a rendesnél még nagyobb amplitudében rezegnek s még erősebben mozogván, hamarabb elválnak azon alkotórészekről, a moleculák azon atomcsoportjaitól, melyek nem hoztak ugyanolyan rezgésbe. Az assimilatiót, vagyis a rezgő protoplasma-részecskékkel való egyesülést pedig az elválás, illetőleg együtt rezgés következményének tartom.⁴

Ezen felfogások alkalmazását a hőingerek hatására, melyekből kiindultunk, elég egyszerűnek vélem, mert a hő olyan energiaalak, melyről közvetlenül belátható, hogy a legkisebb részek mozgását akár gázokban, akár folyadékokban gyorsítja és minthogy ezenfelül még azt is tudjuk, hogy a szervezetben lefolyó chemiai folyamatokat magasabb hőmérséklet éppen úgy gyorsítja, mint a szervezeten kívül végbemenőket, tehát a chemiai folyamatokat általában, azaz mert tudjuk, hogy a hőmérsékli együtttható majdnem ugyanaz (10⁰ hőemelkedés a reactionsebességet két-háromszorosra fokozza), megérthetjük ily alapon a sejtproliferatiót, az epidermis megvastagodását magasabb hőmérséklet befolyása alatt.

A hő nemcsak a moleculák mozgására bír befolyással, hanem emelkedésével az *intramolecularis mozgás* is nagyobbodik, a mint azt jelen esetben is felveszem.

Az elektromos áram.

Az elektromos áram ártalmas hatása — egyenlő feszültség, váltakozó áramoknál pedig ezenkívül egyenlő váltakozási szám mellett — függ az állati szövetek ellenállásától, mely úgy az állatfaj, mint a kor és az illető szervezet momentán állapota szerint igen különböző.

Minket itt elsősorban *Jellinek*⁵ azon adata érdekel, hogy míg a bőr ellentállása egy bizonyos hosszúságú darabon felnőttnőn 200.000, férfinn 2.000.000 Ohm, addig az újszülöttnél nem több mint 18.000.

Közel áll ezt az újszülött szövevények zsenge természetével, succulentájával, nagyobb víztartalmával összefüggésbe hozni, annyival is inkább, mert mindaz, a mi az epidermis duzzadására vezet — alkali- és savoldatok, de maga a víz is, p. o. fürdőben —, csökkenti az ellentállást és fokozza ennél fogva a veszedelmet.

Száraz külső takaró, tehát kisebb víztartalom, bizonyos immunitást kölcsönöz mérsékelt feszültségű, 100—150 voltos áramok ellen; nagyobb víztartalom, nyirkos bőr disponál ilyen eredetű ártalmakra.

Nem állíthatjuk ugyan, mert nem tudjuk, hogy a különböző állatfajok annyira különböző érzékenysége az elektromos árammal szemben, p. o. békák relative nagyfokú immunitása igen magas, 10.000 voltos áramokkal szemben,⁵ egyedül a szövetek nedvtartalmától, vagy egyébtől, p. o. a szövetelemek elszigetelő képességétől is függ-e, de az legalább igen valószínű, hogy a nedvtartalom, mely elektrolytek oldatának tekintendő, mindenesetre nagy szerepet játszik.

Valamivel komplikáltabbak a viszonyok, mint a hőnél és elektromosságánál,

a fényhatásoknál,⁶

de ezen physikai agensnél is találkozunk relativ immunitással, illetőleg dispositióval és itt is lehetséges ezeket physikai és chemiai okokra visszavezetni.

⁴ Ezen hypothesis nem tévesztendő össze *J. Traube* legújabb Resonanz-hypothesisével (Zeitschr. f. Immunitätsforschung, 9, 246), mely szerint a folyamatok specificitása az immunitás terén nem chemiai okokra vezetendő vissza (haptophor csoportok stb.), hanem az antigen által okozott sajátos hangolására a felületi erőkre.

⁵ *S. Jellinek*, Elektropathologie, Stuttgart, 1903.

⁶ *Ludwig Aschoff*, Die strahlende Energie als Krankheitsursache. (Handb. d. allg. Pathologie von *Krehl* u. *Marchand*, p. 163.)

Általánosan ismeretes a rövid hullámhosszúságú sugarak photodynamikai, gyuladást keltő hatása. Hogy ilyen sugarak csak az esetben fejthetnek ki ilyenmő hatást, ha behatolhatnak a sejtekbe, ha ezek által elnyeletnek, azt természetesen fogjuk tekinteni.

Számos kísérletből és tapasztalatból tudjuk azonban, hogy bizonyos pigmentumok, melyek az epidermisben és a cutis felső rétegeiben található, ilyen sugarak behatolása ellen többé-kevésbé hatásos védelmet nyújtanak. Sőt maga az erekben circuláló vér is ilyen védő anyag, mert ennek vörös festőanyaga elnyeli a rövid hullámhosszúságú sugarakat és így megvédi a szövet sejtjeit, hasonlóan, mint a hogy a vörös üveg megvédi a photographiai lemezt a chemiai sugarak hatásától (Moeller).

Ismeretes *Finsen* épp oly egyszerű, mint meggyőző kísérlete. *Finsen* karjának egy helyét megvédté az intenzív napfény ellen egy tusréteggel, melyet oda felkent. Ott, a hol nem volt tus, erős pigmentálás volt a fényhatás következményeképpen látható. A mikor aztán *Finsen* eltávolította a tusréteget és újra kitette karját a napfénynek, bőrreactio csak az előbb védett, tehát nem pigmentált helyen keletkezett, ott pedig nem, a hol a bőrben festőanyag képződött.

Ismeretes a négerek relativ érzéketlensége s ellentétben ezzel az albinosok nagyfokú dispositiója. *Bowles* szerint már a szeplő is bizonyos védelmet nyújt a fény ellen, a mi kitűnik azon érdekes megfigyelésből, hogy napsütötte hegymászók gyuladásosan kipirult arczán a szeplőhelyek bestüppedt mélyedéseket alkotnak.

Tehát: festőanyagbőség és valószínűleg vérbőség is a külső takarónak bizonyos immunitást kölcsönöz; megfordítva, a *dispositio* okát pigmentum- és vérszegénységben kell keresnünk, vagy abban, hogy a szervezet nem tud elegendő festőanyagot produkálni.

Nehezebb a dolog, ha azt kérdezzük, hogy magának ezen képességsökkenésnek mi az oka? Itt csak bizonyos sejtelmekre vagyunk utalva, melyek bizonyos lipoidok viselkedésére támaszkodnak radioactiv anyagokkal és a fényvel szemben.⁷

A fény állítólag megváltoztatja, felbontja ezeket. Ez alkalommal bizonyos organikus superoxydok keletkeznek, melyek fokozzák a szövetek, az oxydatiós folyamatok nagyobb gyorsaságában nyilvánuló bioaktivitását. Ezen vegyfolyamatoknál mint melléktermények keletkezhetnének az említett festőanyagok.

Ezen folyamatokat, melyeknél tehát úgynevezett activ oxygen keletkezik, *L. Aschoff* a photo-elektromos effectusokhoz hasonlítja, melyeknél *Thomson* szerint negativ töltésű elektronok szabadulnak ki és vesznek el. Az által pedig, hogy az anyag (a lipoid) negativ elektronokat veszít, ő maga positiv töltést nyer, mely arra képesíti, hogy elektronegativ anyagokkal egyesüljön, mint a milyen az oxygen.

Végső eredményben a *dispositio* fényhatásokra való károsodásra tehát nem volna egyéb, mint olyan lipoidok relativ hiánya, melyek negativ elektronok kilövelése folytán a fény hatása alatt az oxydatiokat gyorsító superoxydokat képezhetnek.

Ezen physikai agensek után forduljunk most a

mérgekhez

s mindenekelőtt azon régi, de nehezen megoldható kérdéshez, hogy mi a mérég, mit nevezünk mérégnek?

Nem szükséges, de ellenkeznék is minden tapasztalattal, ha csak azt neveznénk mérégnek, a mi a sejtek mélyreható alakí vagy szerkezeti változását idézi elő, mert elegendő, ha az illető idegen anyag odajutása és rögzítése által — legyen az inkább physikai folyamat, mint az adsorptio, vagy szigo-

rúan vett chemiai — a protoplasma tulajdonságai minden látható változás nélkül úgy módosíthatnak, hogy *functiója* más, a rendestől eltérő lesz.

A protoplasma élete megmaradhat, csak az életjelenségek lesznek mások, az organismus tervétől, céljaitól többé-kevésbé eltérők.

Ugy képzelhetjük tehát, hogy bizonyos anyagok a colloid sejtprotoplasma határfelületén adsorptio által rögzítve, az osmosis folyamatokat úgy megváltoztatják, hogy most tápláló anyagok vagy általában olyanok, melyek a szövetnedvek alkotórészeit teszik és a sejt rendes életműködéséhez szükségesek, vagy nem tudnak behatolni, vagy a rendestől eltérő gyorsasággal; vagy megfordítva, hogy a kicserélődés a sejt kiküszöbölendő anyagcseretermékei és a szövetnedvek között történik a rendestől eltérő, kisebb gyorsasággal, úgy hogy a mérgezés tünetényei mutatkoznak.

Másrészt azt is képzelhetjük — és bizonyos esetekre ez illik talán jobban —, hogy szoroson vett chemiai reactiók a mérgező anyagok és a protoplasma között, látható változások nélkül is, a sejtek functionalis megváltozását idézik elő, a mi alatt nem teljesen homályos vitalistikus folyamatokat értek, hanem olyanokat, a melyeket mindazok után, a miket általában az organikus vegyületek constitutiójának, bizonyos gyökök belépésének vagy intramolecularis helyzetváltozásoknak befolyásáról a vegyületek magatartását illetőleg tudunk — p. o. oxydáló, redukáló, kondenzáló agensekkel szemben — meg lehet érteni vagy legalább el lehet képzelni.

Azt, a mit mondani akarok, könnyen megvilágíthatom egy példával, melyet az orvosok jól ismernek. A morphin és codein igen közeli rokonok s mégis erősen különböznek hatásukban. Ez azzal függ össze, hogy a morphinban egy hydroxyl-gyök van, mely megszűnik létezni, ha ezen gyök hydrogenjét a methylgyökkel helyettesítjük, vagyis ha a morphinból előállítjuk ennek methylaetherét, a codeint.

A methylgyök belépése lényegesen megváltoztatta a morphin p. o. oxydáló hatásokkal szemben, mert míg maga a morphin p. o. jodsavval vagy ferricyankaliummal könnyen oxydálható, úgy hogy azonnal jod válik ki, illetőleg a ferricyankaliumból ferrocycankalium képződik, addig a codein ugyanazon időn belül ezen reactiókat nem adja. Ezzel párhuzamosan a codein mérgező hatása is sokkal csekélyebb.

Az eczetsav, benzoészav határozott savak; izük is savanyú. Ha belép az amidocsoport, megszűnik a savanyú íz — az amidosavak édes izűek — s ha egyesülnek is, még basisokkal, sakkal is vegyületeket alkotnak.

Ismeretes, hogy a benzolsorozatban milyen befolyást gyakorolnak egyes csoportok (oldallánczok) a vegyület reactióképességére vagy ezekből keletkező új vegyületekben a belépett csoportok helyzetére; *Viktor Meyer* törvénye p. o., mely a reactióképesség megváltozását illusztrálja, így szól: Mihelyt egy substituált benzoészavban a carboxyl-csoporttal szomszédos hydrogenatomok Cl, Br, NO₂, CH₃, COOH stb. csoportokkal helyettesítettek, olyan sav képződik, mely alkohollal és sósavval csak nehezen, vagy éppen nem ad estert. Ha azonban ez körúton sikerül (a sav ezüstójszával és jodalkyillel), akkor olyan estert kapunk, melyet (eltérőleg más esterektől) csak nehezen lehet elszappanosítani.

Ezekhez hasonlóan képzelhetjük, hogy bizonyos sejtalkotórészek tulajdonságai, p. o. oxydabilitásuk vagy hasadás-képességük, az által, hogy valamely idegen (mérgező) anyaggal egyesülnek, megváltozának annyira, hogy zavarok állanak be, melyek éppen a mérgezés tünetényeit teszik.

Ezen zavarok helyi természetűek lehetnek, mint p. o. a cocain alkalmazásakor; vagy távolhatásokat is kifejthetnek igen különböző módon, p. o. ha a központi idegrendszer lesz megtámadva vagy talán bizonyos mirigyek, melyek a belső secretio fontos anyagait készítik a szerint, hogy különös affinitásuk van-e az illető idegen (mérgező) anyaghoz; a mely esetben épp úgy lehetséges, hogy az illető mirigy a szükségesnél kevesebb anyagot produkál, mint a hogy lehetséges, hogy ellenkezőleg hypersecretio áll be. Mindkét esetben meg lesz zavarva azon egyensúly, mely annyira fontos

⁷ *Gottwald Schwarz* (Bequerel-sugarak hatásáról) (*Pflüger's Arch.* 100, 532); *V. Schlaepfer* (ugyanazokról és a fényről) (Ugyanott, 108, 537); *Rich. Werner* (Radium- és Röntgensugarokról) (*Deutsche med. Wochenschr.* 31, 61); *E. Schulze* u. *E. Winterstein* (fény és oxygen hatása a cholesterinra) (*Zeitschr. für physiol. Chemie* 43, 316, 48, 546).

a belső secretio különböző szervei, illetőleg anyagai kölcsönhatásának szabályozására.

A mérgek hatását tehát, ha eltekintünk olyanoktól, melyek a sejtek elpusztításával járnak, úgy képzelhetjük, hogy a protoplasmával új vegyületeket alkotnak, új tulajdonságokkal, melyek a szervezet céljainak nem felelnek meg; mérgek tehát mindaz, a mi ilyen új vegyületeket alkot.

Ezen vegyületek, legyenek azok akár adsorptió, akár tulajdonképpeni kémiai vegyületek, lehetnek reversibilisek vagy practice irreversibilisek. Az utóbbi esetben vagy állandó károsodás, vagy halál áll be a megtámadott szövetek élettani értéke szerint.

A reversibilis vegyületeknél teljes restitutio állhat be, de itt is beállhat a halál, ha a fordított reactio, a vegyület felbomlása eredeti componenseire túlságosan lassan történik.

Már sok év előtt rámutattam arra, hogy azon sok állati sejten található vegyület, melyet lecithalbuminnak neveztem, tud szervetlen és szerves mérgeket megkötni. Ezt a tárgyat Vámosy, ki az említett kötőképeséget a nucleinoknak tulajdonítja, igen beható vizsgálatoknak vetette alá.

Bizonyos sejtalkotórészek mérgekötő képességének megállapítása azonban természetesen csak első feltétele a mérgehatás magyarázatának. Hogy ezt a hatást magát hogyan képezzem, azt az előzőkben igyekeztem kifejezni.

Ezzel kapcsolatban helyén való bizonyos védőhatásokra emlékeztetni, melyeket egyes mérgező anyagok más mérgek hatása ellen gyakorolnak. Ilyenek az aether, aethylchlorid, chloralhydrat, a melyek addig, míg maguk benn vannak a protoplasmában, még olyan hatalmas mérgek ellen is védenek, mint a strychnin, vagy a mint azt Besredka megállapította, azon mérgek ellen, mely az anaphylaxiás shockot előidézi. Ezen heves mérgek nem egyesülhetnek a protoplasmával mindaddig, míg az említett narcoticumokkal képződött vegyületek reversibilis módon vissza nem alakultak.

Mindezen fejtegetések talán elfogadhatók és úgy gondolom, önkéntelenül is eszünkbe juttatnak egyet-mást, mint p. o. az aether- és chloroformnarcosist, mint a könnyen reversibilis vegyületek példáját; a higanymérgezéseket, mint olyanokat, melyeknél a szervezetben képződött vegyületek (higany-albuminatok) felbomlása már lassabban történik; az ólommérgezéseket, melyek már az irreversibilitás határán állanak. Eszünkbe jutnak mindazon, aránylag könnyen reversibilis mérgezések, melyekben azonban a keletkezett vegyület felbomlása eredeti componenseire túlságos lassúsággal történik, úgy hogy a letalis kimenetel fel nem tartóztatható. Ezért függ a hatás nagysága annyira a dosis nagyságától, vagyis azon concentrációtól, a melyben a mérgek a sejtekkel érintkeznek, mert világos, hogy a reversibilis folyamat a felbomlás irányában annál lassabban halad előre, annál lassabban történik a méregtelenítés, minél több mérgek van a szövetnedvekben, a nyirokban és plasmában.

De hát hogy áll a dolog a dispositióval és az öröklött és szerzett immunitással vagy az ú. n. hozzászokással? Hogy illeszkednek ezek bele azon képzeletekbe, melyeket magunknak a méreghatásról általában alkottunk?

Itt egy tényre bukkanunk, melyet nem hagyhatunk figyelem nélkül, s ez az állati szövetek kémiai különbözősége, mely nemcsak különböző állatfajok között áll fenn, hanem egy speciesen belül is érvényesül és igen sok körülménytől függ (életkor, táplálkozás, külső állandó behatások stb.)

Ezen különbségek a szövetek kémiai összetételében — a melyekkel különben éppen úgy a növényeknél is találkozunk — annyira mennek, hogy azokat, a mint azt az illető szakkörök jól tudják, a gyakorlatban is fel lehet használni, ha felmerül az a kérdés, hogy bizonyos állati vagy növényi anyag vagy szövet milyen eredetű, tehát hogy p. o. milyen állattól való valamely hús, vér vagy zsír, a mint hogy tudjuk, hogy ilyen kérdések sűrűn merülnek fel a tápszerek ellenőrzése és a törvényszéki vizsgálatok alkalmával.

Általában azt mondhatjuk, hogy az ilyen anyagok összetételében jelentékeny különbségek mutatkoznak az állatrend, család vagy species szerint, a mi támaszpontot nyújthat

annak magyarázatára, hogy különböző állatfélékre miért hatnak bizonyos mérgek gyakran igen különböző módon. De mai fejtegetéseinkre nézve még fontosabb az, hogy egy speciesen belül is oly jelentékeny individualis különbségek észlelhetők, hogy bizonyos szövetek vagy alkotórészek kémiai összetétele ugyan többnyire valamely jellemző középérték körül mozog, úgy hogy ha az eddig észlelt felső vagy alsó határokat átlépi, meglehetősen, ha nem is abszolút biztossággal következtethetünk arra, hogy nem az az eredetük, a mire gyanakodtunk: de, hogy a latitude gyakran olyan nagy, az eltérések a középértéktől olyan nagyok, hogy adott esetben a középértékek kétes értékűek és nem engednek biztos ítéletet.

De mi köze mindennek tárgyunkhoz?

Nem más, mint az, hogy ezzel be van bizonyítva, hogy valamint különben sem, úgy chemiailag sem egyenlő egyik ember a másikkal, vagy általában egy specieshez tartozó egyik állat a másikkal, hogy tehát nem is várható, hogy az emberek egyformán viselkedjenek külső behatásokkal, tehát p. o. mérgekkel szemben.

Ezen tényben azonban már benne van a relativ immunitas, illetőleg a dispositio fogalma.

Jóllehet ezen egész általánosságban tartott megfontolásoknál nem lényeges az, vajjon qualitativ vagy csak quantitativ kémiai különbségekről van-e szó — habár specialis esetekben ez is mértékadó szerepet játszhat —, mégis utalni kívánok arra, hogy nemcsak quantitativ, hanem qualitativ, úgyszólván durva kémiai különbségeket is ismerünk, különösen a zsiradékokhoz tartozó anyagoknál, a melyek ezen irányban legjobban lettek tanulmányozva. Tehát, hogy ennél maradjunk, nemcsak a szövetek vagy állati folyadékok zsir-tartalmában, hanem a zsírok minőségében, összetételében is találunk individualis különbségeket.

Általánosan ismeretes p. o. az, hogy a tehentejzírja különösen az illó zsírsavak glyceridjeinek mennyisége tekintetében olyan individualis különbségeket mutat, hogy gyakran nehéz az igazi vajat az idegen zsiradékkal hamisítottól megkülönböztetni. Az is általánosan ismeretes, hogy milyen széles határok között ingadoznak a telítetlen zsírsavak a különböző, de azonos eredetű állati és növényi zsírokban, hogy az elszappanosításukhoz szükséges alkáli mennyisége is széles határok között mozog stb.

Hasonló különbségek talán más sejtalkotórészeknél, lipoidoknál, fehérjeféléknél is előfordulnak, de ezek, sajnos, ez irányban még nem lettek annyira tanulmányozva, hogy róluk sokat mondhassunk.

Megemlítendőnek tartom még azt, hogy jelentékeny individualis különbségeket találtak a vörösvérsejtek összetételében juhoknál, lovaknál és kutyaánál. Így Abderhalden⁸ szerint egyik juh vörösvérsejtjeinek vastartalma körülbelül 0.1 százalékkal nagyobb volt, mint a másiké. A differentia az összes vastartalomnak majdnem 6 percentje (5.8%).

Ha tehát elfogadjuk azt, hogy az ellentálló képesség, az immunitas, illetőleg a mérgezésre való dispositio megtalálhatja kielégítő magyarázatát az egyének kémiai különbözőségében, a mikor tehát felveszszük azt, hogy ott, a hol quantitativ természetű különbségek vannak, az a szervezet vagy az a sejt fog hamarabb mérgeződni, az fogja normalis működését hamarabb beszüntetni, a melyben kevesebb a mérgekötő anyag, és megfordítva, az fog jobban ellentállani, a melyben több van, úgy hogy, feltéve, hogy a mérgek mennyisége aránylag kicsi, még mindig elég változatlan protoplasma marad arra, hogy a sejt rendes funkciót végezhesse; hogy azonban ott, a hol esetleg qualitativ különbségek játszanak szerepet, a mérgezés ott áll be könnyebben, a hol a mérgekhez nagyobb affinitású sejtalkotórészek találhatók: az öröklött immunitas, illetőleg dispositio megértése sem okoz nagyobb nehézséget, mert az öröklés a szaporodás lényegéből következik

⁸ E. Abderhalden, Lehrb. d. physiol. Chemie, p. 592. Az itt található összeállításban még sok érdekes különbségek tűnnek fel ugyanazon állatnem vörösvérsejtjeinek összetételében. P. o. az egyik kutya vörösvérsejtjei 2.155, a másiké 1.255 cholesterint tartalmaznak.

és a mint alapelvnek tekintjük, hogy bizonyos sejtféleség csak önmagához morphologicé és functionaliter hasonlót hozhat létre, úgy alapelvnek kell tekintenünk azt is, hogy a fiatal sejtnak chemiailag is az anyasejthez hasonló összetételűnek kell lennie.

Tehát nem is képzelhető másképpen, mint hogy a dispositio, illetőleg immunitas bizonyos foka átöröklődik, ha az élet későbbi szakáiban különféle befolyások érvényesülhetnek is — mint különösen előnyös, illetőleg rossz táplálkozási viszonyok —, melyek a dispositiót jelentékenyen gyöngíthetik, illetőleg fokozhatják.

Hasonlóan, p. o. hiányos táplálkozással (mennyiség, vagy minőség tekintetében nem megfelelő tápszerekkel), a dispositio bizonyos mértékben meg is szerezhető, mert ily módon megváltozhatik a sejtek vegyi összetétele, sőt már az embryonalis vagy foetalis életben is történhet ilyesmi, mint a hogy ennek ellentéte, az immunitas bizonyos foka is kifejlődhetik ilyen úton.

Azt hiszem, hogy ezzel kapcsolatban nem fölösleges Emil Fischer-nek és iskolájának (l. különösen *Abderhalden* és munkatársai dolgozatait) azon rendkívül fontos eredményeire utalni, melyek szerint a különböző eredetű és minőségű fehérjefélék építőkövei, az azokat alkotó aminovegyületek között oly lényeges különbségek vannak (egyesek egészen hiányozhatnak a moleculából, mások különböző quantitativ viszonyokat mutatnak), a milyenekről azelőtt alig volt fogalmunk.

Általában tehát nem okoz valami különös nehézséget a dispositio, illetőleg immunitas lényegét a megértéshez közel hozni. A nehézségek azonban ott kezdődnek, a hol ezen általánosságban concipiált nézeteket az egyes esetekre vagy egyes tünetenyekre akarjuk alkalmazni.

Itt van mindenekelőtt a *megszokás* kérdése. Hogyan szokik a szervezet valamely mérleghez?

Az a tény, hogy a szervezet rövid idő alatt mérgekhez hozzászokhatik, hogy a hozzászokás előtt dispositio, azután pedig relativ immunitas áll fenn, tehát nem egyéb, mint a szerzett immunitas egy specialis esete, mely magának a mérlegnek hatása alatt keletkezett.

Ezen hatás mechanismusa különböző mérgeknél bizonyosan különböző, de végeredményében mindig a sejtek működésének megváltoztatásában fog állani a protoplasmában újonnan keletkezett vegyületek folytán.

Igy p. o. az arsenhez való hozzászokás *Cloetta* vizsgálatai szerint csak akkor áll be, ha a mérget per os adjuk, még pedig azért, mert a bevitt arsenessavból a bél mindig kevesebbet és kevesebbet resorbeál. A hozzászokás oka ezen esetben tehát a bél felhámsejtjeinek megváltozása az arsenessav iránti permeabilitás tekintetében.

Fuerst szerint (l. c.) gyengén ható chemiai izgató szerek, p. o. híg cantharidin-oldat, a hámsejtek hasonló proliferációját idézik elő, mint a mérsékelt hő és az alacsony hőmérsék. *Ernst Seifert* legújabb keletű dolgozatában kijelenti azonban, hogy ammoniakhatásra semminemű anatómiai változást sem talált, jöllehet ez is azon mérgekhez tartozik, melyekhez a szervezet hozzászokhatik.⁹

Másképpen állanak a viszonyok a morphinhoz és alkoholhoz való hozzászokásnál. A sejtek ezen mérgek hatása alatt úgy változnak meg, hogy mindinkább fokozódó mértékben, fokozódó gyorsasággal tudják ezeket felbontani (*Faust*, *Cloetta*), a miből talán azt következtethetjük, hogy bizonyos mérgek megfelelő adagban mint a sejtekre ható ingerek hathatnak oly módon, hogy p. o. az oxydatiók nemcsak élénkebben folynak le, hanem hogy a protoplasma moleculái állandóan vagy legalább hosszabb időre olyan élénkebb mozgásban tartatnak, melyek az anyagcserére kedvezően hatnak. Magának ezen élénkebb mozgásnak mélyebb oka az lehet, hogy az illető ingerlő szerrel *könnyebben mozgó moleculák képződnek*, melyek ezért nehezebben is kerülnek vissza egy bizonyos nyugalmi állapotba.

⁹ Archiv f. Hygiene, 74, 61.

Példa a megszokásra *élettelen* testeknél a vulkanizált kaucsuk viselkedése, egyrészt nyugalmi állapotban, másrészt mechanikai mozgáskor.

Tudjuk, hogy kaucsuktárgyak, labdák, csövek stb., ha nem használjuk azokat, csakhamar megkeményednek és törékenynyé lesznek. Ha azonban használjuk, ha p. o. a kaucsuklabdát gyakran összenyomjuk, sokkal tovább marad puha és ruganyos, nyilván azért, mert ilyen gyakorlás által a legkisebb részecskék mozgékonyosságukat megtartják; a folytonos mozgás megakadályozza azon nyugalmi egyensúlyállapot létrejöttét, melyet a kaucsuk halálának nevezhetnénk.

Azt, a mit mechanikai úton elérünk, t. i. a kaucsukrészecskék stabilis csoportosulásának megakadályozását, elérhetjük, hogy úgy mondjam, physico-chemiai úton is azáltal, hogy bizonyos anyagokat — vaselin, glycerin — alkalmazunk, melyek beivódva, a kaucsukrészecskék közé kerülnek. Azokat az anyagokat, melyekkel elérjük azt, hogy a kaucsukrészecskék könnyebben mozgathatók maradnak, ha akarjuk, ingerlő szerekek is nevezhetjük.

A hozzászokás más eseteiben ismét másképpen reagálnak a sejtek.

Azon új vegyület ingere alatt, melyet a mérleg a protoplasma valamelyik alkotórészével képezett, a sejt nemcsak a fenti példák (morphin, alkohol) értelmében fejt ki fokozott működést, hanem azon anyagok fokozott productiójára serkentethetik, a melyek a mérleghez különös affinitással bírnak. (*Ehrlich receptorai*.) Tekintve, hogy ezen receptorok nem egyebek, mint a protoplasma rendes alkotórészei, tehát a sejt rendes életműködésének terményei, nem láthatunk semmi különöst abban, ha a sejtműködést fokozó anyagok ingere alatt ezek is nagyobb gyorsasággal képződnek, sőt olyan nagy mennyiségben, hogy leválva a sejtekről, mint immunanyagok kerülnek a circulatióba.

Ugyanez áll más védőanyagokra is, mint a milyenek az opsoninok vagy bacteriotropinok.

Ezen magyarázattal talán megelégedhetnénk, ha nem kellene egyszersmind a *specificitás*ra is gondolnunk.

Ha ennek is eleget akarunk tenni, nem marad más hátra, mint felvenni azt, hogy az egyes *antigenek* által kifejlesztett inger nem az egész protoplasmára, hanem annak csak bizonyos részére hat, hogy csak ezek serkentetnek élénkebb működésre, productióra. Ezt a partialis hatást úgy képzelem, hogy az antigenek oldataikban sajátos rezgéseket végeznek s hogy éppen csak azok a protoplasmaalkotórészek vesznek részt ezen rezgésekben, melyeknek rezgésszáma, periodusa megfelel az antigen rezgésszámának. Az együttrezgés, resonantia következménye az is lehet, hogy nagy amplitudók esetén a rezgő protoplasmaalkotórészek leválnak, mert túlságosan eltávolodnak a középhelyzetből.⁹

(Vége a jövő számban.)

Közlemény a budapesti m. kir. tudomány-egyetem elme- és idegkórtani klinikájáról. (Igazgató: Moravcsik Ernő Emil dr. udv. tanácsos, egyetemi tanár.)

Epilepsiás euthymia és euthymopraxia.

Irta: *Tél Ferenc* dr., II. tanársegéd.

Az epilepsiát jól körvonalazott tünetek jellemzik. Ezekből legerősebben a rohamszerűség domborodik ki az öntudat kisebb-nagyobb fokú megzavarása mellett. Mégis a talaján kifejlődött elmezavarok a legváltozatosabb alakzatokat produkálják.

Vannak bizonyos sajátosságai az epilepsiás zavartságnak, a melyekből még rohamok fennforgása nélkül is biztosan megállapíthatjuk az epilepsiás jelleget.

Ilyenek: a tünetek hirtelen kifejlődése előzmények nélkül, vagy legalább is nagyon rövid ideig tartó prodromák után; az öntudat elhomályosodása; a túlnyomóan ijesztő vagy

vallásos tartalmú deliriumok; a beteg öntudatának gyors megtisztulása; az emlékezet teljes hiánya vagy hézagossága. A mióta *Sammt*-nak az epilepsiára vonatkozó alapvető kutatásait megismertük, azóta a klinikai vizsgálatok és észleletek nagyrészt megerősítették a megállapított formákat. Legfeljebb csak kiszélesítették, vagy más kórformákba sorolt tünetek idetartozandóságát derítették ki. Ilyen például az úgynevezett mania transitoria, továbbá a dipsomania.

De ezen újabb adatok egyúttal azt is bizonyítják, hogy, mint ezt *Hinrichsen*¹ újabban megjelent tanulmányában konstatálja, az epilepsiás elmezavar az esetek nagy számában atypusosan folyik le. Ezért ő a fennálló epilepsia konstatálását szükségesnek találja, ha biztosan ki akarjuk mondani az epilepsiás elmezavar diagnózisát.

Mi nem fogadhatjuk el ezt egészen, mert többször sikerült az epilepsiás görcsös rohamok ismerete nélkül is az elmebántalom epilepsiás jellegét megállapítani, mikor vagy egy bekövetkezett roham, vagy a hozzátartozók bementése utólag meggyőzőtt diagnózisunk helyességéről.

A kérdést egyes esetekben az is megnehezíti, hogy az epilepsiás elmezavar különböző kór állapotok alakjában jelenik meg. Különösen számos változattal találkozunk az epilepsiás rohamokat bevezető aurának néha napokra, hetekre terjedő tünetcsoportjában, valamint az utána beálló mulékony zavarodottságban. Leggyakoribb a többé-kevésbé kifejezett kellemetlen érzésekkel összekötött félelem és szorongó állapot. Az ephoriát aránylag ritkán említik itt a szerzők, noha sok más elmezavar keretében, különösen maniában, paralysisben gyakori.

Az epilepsiában előforduló ephoriás érzéseket, melyek automata- vagy kényszercelemekedeteket vonnak maguk után, nem is jelezték külön tünetcsoportnak.

Az elme- és idegkörtani klinikán szerzett tapasztalatok indokoltá tették, hogy ezen az ephoria határán túl menő kellemes érzéseket és a belőlük fakadó motorius tünetcsoportot külön névvel is megjelöljük. Ezeket *Moravcsik* tanár *epilepsiás euthymia és euthymopraxia* néven foglalta össze.² „Az elmebetegek egyes motoros sajátosságairól“ irt munkájában közölt is röviden két euthymopraxiás esetet, melyeknek bővebb kórrajzát alább adjuk.

Az irodalomban ily eseteket alig találunk.

Krafft-Ebing irt le hasonló, agitáltsággal járó ködös állapotokat, melyeket a mély öntudatzavar és az emlékezet hiánya különböztet meg a maniás betegek átmeneti hangulátváltozásaitól.

Naecke is ritkának tartja az epilepsiás rohamot megelőző kellemes érzéseket és azt mondja, hogy csak két kórrajzában találta ezt a megfigyelést. Az egyik beteg leírhatatlan kellemes érzéssel ébredt fel éjjel, mintha egész mellkasa kitágulna, úgy hogy az örömtől sírni lett volna kedve. A másik rohama előtt egy teljes napig oly boldognak érezte magát, mintha egész teste a mennyben lett volna már.

Mi nagyon szép ilyen praepilepsiás aurát észlelhetünk több betegünkön, a kiken az euthymia egyébként is az egész körkép jellemző tüneteként csaknem állandóan fennállt. Az epilepsiát megelőző és követő aura érzésszerű és hangulátváltozásai rendszeren kellemetlen tartalmúak szoktak lenni s a belőlük eredő mozgásjelenségek rendszeren impulsívek, erőszakosak, melyek a beteget brutális tettekre ragadhatják. Annál ritkábbak és feltünőbbek az euthymiával lefolyó esetek. Az ilyenek keverték is lehetnek, tudniillik a beteg egyszer euthymiás, másszor agresszív, de egészen tiszta euthymiás betegünk is volt. Ha a betegek rátekinünk, rögtön szemünkbe ötlük psychés állapotuk. Az örömmel, jólétnel és végtelen boldogságnak érzete, mely egész magatartásukról tükröződik. Arcuk sugárzik az örömtől és boldogságtól, kitérnek karjaikat

és nem tudnak hova lenni kimondhatatlan jólétérzésüktől. Könnybe lábadt szemekkel beszélnek egészségükről, a szívükben uralkodó kellemes, édes érzésről, lelki harmoniáról. Mintha egész lényük mennyei átalakuláson ment volna keresztül, lelkileg, testileg átszellemültek, jobbak lettek, sőt környezetük is csak a szertelen boldogságot jelenti számukra. Minden, ami körülöttük történik, boldogságukkal függ össze. Ha valami baj vagy szerencsétlenség éri őket, mind csak boldogságuk fokozására szolgál.

Különböző lehet ennek az euthymiának az egyenes oka. Leggyakrabban hallucinációk befolyása alatt keletkeznek, és pedig vagy kellemes tartalmú látás- és hallásbeli érzécsalódásokból, vagy pedig úgy, hogy a hallucinációk parancsoló jellegükkel diktálják a betegeknek magaviseletük egyes phasisait. Sokszor ellenben semmi okot sem tudunk kimutatni, a betegek sem tudják megmagyarázni hangulátváltozásukat. Az állapot jelentkezése rendszeren rohamszerű és gyorsan szokott elmúlni.

A tárgyalandó betegeken azonban láthatjuk, hogy korántsem mindig. Néha lassan fejlődik ki, sokáig tart és lassan, lytice oldódik.

A görcsös rohamokat illetőleg tény az, hogy az euthymiás állapot a rohamokkal összefüggésben van. Legtöbbször görcsök után áll be, különösen ha halmozódnak. Ritkábban bár, de az is előfordul, hogy az euthymiás jelenségek megelőzik a rohamokat. Az összefüggés a nagy rohamok és az euthymia között mindenkor egészen szembeötlő és kifejezett. Kevés számmal feljegyeztünk oly euthymiás állapotokat is a betegeken, a melyekben a legszorgosabb felügyelettel, gondos orvosi megfigyeléssel és ellenőrzéssel sem tudtunk kísérő vagy megelőző görcsös rohamokat kimutatni.

Ezeket a nagy rohamok aequivalenseiül kell elfogadnunk.

Legszébb esetünk B. R., erősen degenerált, 42 éves, hajadon, cseléd, a kit először 1906 márczius 10.-én vettünk fel a klinikára kifejezett epilepsiás előzményekkel. Felvételekor pupillái középtágak, egyenlők, szabályosak, fényre kissé renyhében, alkalmazkodásra jól reagálnak. Érzési eltérései nincsenek. Járása rendes. Beszéde nehezebb szavak kiejtésékor akadozó. Testén több helyen láthatók a szenvedett sérülések nyomai.

Zavart, főleg boldogságáról fecseg sokat, nem törődik környezetével, nevetgél, mosolyog, mindig magával foglalkozik, ismételten visszatér saját életére és boldogságának magyarázatára. Betegségébe belátással bír, de azt hiszi, hogy utolsó rohama nem volt olyan, mint az eddigiek. A mikor felébredt, egészen úgy érezte magát, mintha a boldogság magvát vetették volna belé, mely egyre nő és virágzik benne. Ez csak az Isten munkája lehet és úgy fog nála virulni, mint a mezőn a virágok és megérni, mint a vetés nyáron. Mikor a mentőkkel az intézetbe jött és kinézett a kocsik ablakán, mindenütt a boldogságot látta megtévesztve. Ezt még sohasem érezte és bárhová néz, csak boldogságot lát maga körül. A vizsgálat közben erősen csuklott s ezt arra magyarázta, hogy most megy ki belőle a szerencsétlenség.

Ez a psychés állapota fennállott behozatala után két hétig. Zavartsága, fokozott önérzete megmaradt. Végtelen egészségesnek érezte magát. 17 éves kora óta nem érte meg ezt a tökéletes boldogságot, mintha a baját egészen „kikaparták“ volna a testéből. Egyik nap azt mondta, hogy a boldogságot beléöntötték. A lába olyan, mintha gyémántból, aranyból volna, sohasem fáj, nem eres. (Igen erős varicositas.) Egy pénteki napon dalolni kezdett: „Heute ist Freitag, heut' ist ein freier Tag, heut' bin ich befreit von meinem Leiden“.

23.-án délben hirtelen elszédült s ha meg nem fogják, elesik. Csakhamar felül s zavartan babrál, keresgél a földön, nem reagál a megszólításokra. Ellenkezése miatt somatikusan nem vizsgálható meg. Zavartsága 3—4 perczig tartott.

24.-én és 27.-én rohama volt, lábaival és kezével hadonászott, pár perczig zavartan beszélt. Napokon keresztül erősen csuklott, a mikor úgy érezte, hogy torkát szaggatják ki.

Április 4.-én és 7.-én egy-egy pár perczes szédülése

¹ *Hinrichsen*: Beitrag-zur Kenntniss des epileptischen Irreseins. Allg. Zeitschr. für Psych.

² Orvosi Hetilap 1908.-i „Elme- és idegkörtan“ melléklete, 1—2. szám. Németül: Über einzeln motorische Erscheinungen Geisteskranker. Allg. Zeitschr. für Psych., 64. kötet.

volt. 8.-án erősen kifejezett az euthymia, örömtől sugárzó arczzal meséli, hogy mily boldog.

12.-én nem tud hova lenni az örömtől, álmát meséli el, abban is azt látta, hogy ő mily boldog lesz, „az öröm folyik“ egész testében. Bóbeszédű, pathetikus hangon, élénk gesztusokkal szával.

18.-án ismét öröm-napja van, megint gyönyörűeket álmodik, májusban még a csuklás is „kiugrik“ a gyomrából s akkor boldogsága teljes lesz.

Május 1.-én éjjel négy görcsös rohama volt s utána egy napig bágyadtnak, gyengének érezte magát és ágyban maradt.

4.-én azt mondja, hogy az éjjel gyémántnadrág szállt a hasába, úgy hogy most olyan boldog lett, mint azelőtt soha.

Május 25.-étől június hó 27.-éig, csaknem egy hónapig rendszeren, szorgalmasan dolgozik, kézimunkázik.

Június 28.-án délben élénké, maniakalissá lesz, erősen kifejezett boldogságérzéssel. Folyton emlőit nyomogatja, azt mondja, hogy most megszűnik minden baja és kezével mutatja, hogy felfelé fog szállni. Arcza örömtől sugárzik. Nyugtalanul, ujjongó kiáltásokat hallatva járkál, hálát ad az Istennek, hogy ilyen boldogságot bocsátott rá.

Julius 15.-én úgy érzi, hogy kezeiből nehéz kő száll fel a fejébe s onnan ki a szabadba. Ezzel aztán betegségének is vége van és végtelen boldog lett.

Augusztus 31.-én éjjel görcsös roham. A következő nap ismét igen boldognak érzi magát, most már egészséges lesz s atyjának is nagy jótétemény, ha ő meggyógyul. Arcza örömtől sugárzó. Ez az intézet ránézve a „boldogság háza“, „a zsidó farsangon jött ide, a mi magában véve is nagy boldogságot jelent“. Ez az állapota 2 hétig tartott. Utána 2 hónapig aránylag nyugodt volt, dolgozott, közben több görcse volt.

November 1.-én három görcsös rohamot kapott, előttevaló nap nehéz légzésről, fuldoklásról panaszkodott, garatja kissé belövelt, mandulái duzzadtak. Ma ágyban fekszik, karjait kitarja, arcza boldog örömtől sugárzik, pathetikusan beszél, a maga, szülei, rokonai boldogságát magasztalja. Nagy szégyent hozott a családjára, de az Isten mindent megbocsájt.

4.-én boldogságérzete még megvan. Elmondja, hogy álmaiban is csak végtelen boldogságot lát. Férjhez fog menni, gazdag lesz, mikor felébred, szívét édes, kellemes érzés tölti el.

December 8.-án délelőtt öntudatlansággal járó görcsös rohamot kapott. A rángások megszűntével sápadt arczzal automata-mozgásokat végez. Fekvő helyzetéből felül, alsó végtagjait ütemszerűen mozgatja. Majd ruháját ránczokba szedi, azután hanyattvágja magát és dalolni kezd. A hozzáintézet kérdéseinkre többnyire zavart, nem odavágó feleletet ad. Környezetét nem ismeri fel. Egy negyed óra múlva eszmélete visszatér és a szíve táján fájdalomérzésről panaszkodott, kábultnak érzi magát. Másnap a rohamra nem emlékezett vissza, azt sem tudja, hogy valaki beszélt vele.

18.-án éjjel 12 órakor felébredt és azt mondta: ez a szellemek órája. Valami végtelen jóézés áradt szét benne s megtudta, hogy karácsony hónapja ránézve a boldogságot jelenti, szerencse fogja őt érni. Arcza sugárzott, szemei fényltek, tágra nyíltak.

1907 április 8.-án egyik rohama alatt súlyos sérülést szenvedett. Fején, a bal falcson ton csontig hatoló zúzott sebet kapott. Két nap alatt több rohama volt, ismét euthymias lett. Érzi, hogy most éri el a teljes boldogságot, mert a sérülés utat nyitott a fején s ott fog kiszállani belőle minden nyavalyája. Teljesen jól érzi magát, nem is akar ágyban maradni. Nagy boldogságában többször sirva fakadt.

16.-án azt mondja, hogy a sebéből kifolyó vérral betegségei távoztak, biztosra veszi, hogy ezentúl teljesen egészséges, boldog lesz.

Május 16.-án éjjel három rohama volt és 18.-án reggel igen élénk gesztusok között, exaltált hangon elmondja, hogy az a sok öröm, a mely 14 hónap óta felhalmozódott benne,

most egyszerre kitört belőle s oly könnyűnek és boldognak érzi magát, a minő még sohasem volt.

Julius 27.-én reggel boldogságtól sugárzó arczzal, tárt karokkal hívja az orvost, hogy jöjjön oda, nagy örömet akar neki megmondani. A mint ma reggel az ágyban ült, nagy fájdalmat érzett a mellében s valami nagy erővel kiröpült onnan. Minden fájdalomtól, betegségtől megszabadult, ezentúl egészséges, boldog lesz.

31.-én még szintén sokat beszél, tárt karokkal magyarázza, hogy bajából mennyire kitisztult. Most egész belseje tiszta, nem is tudja elmondani, mily boldogság vár reá.

December 1.-én éjjel addig ütögette a hasát, míg szerrinte baja a köldökén eltávozott. Többnyire euthymias, állandóan hajtogatja: „Mindig, mindig és mindig öröm van, mióta ez örömházban vagyok.“

Mivel rohamai az utolsó időben ritkábban jelentkeztek, hozzátartozói kérésére elbocsátottuk és körülbelül félévig otthon tartózkodott. Félév múlva lesoványodottan került vissza az osztályra. Hangulata emelkedett volt. Nagyon boldognak, egészségesnek mondogatta magát. Tudja, hogy nagy szégyent hozott családjára azáltal, hogy megesett, de most érzi, hogy az Isten és szülei megbocsájtják bűneit. Eléggé tájékozott, elmondja, hogy otthon ritkán voltak görcsei, de az utolsó napokban halmozódott görcsei miatt újra be kellett jönnie.

Az euthymia nem marad minden esetben így izolálva, hanem több esetben saját szerű mozgások társulnak hozzá. Ezeket legtöbbször hallucinációk irányítják és jellemző rájuk, hogy a betegnek kellemes, jóleső érzést, boldogságot okoznak, holott a mozgások czélszerűtlenek, rendes körülmények közt kellemetlenek, sőt fájdalmasak. A betegek órákon, sőt napokon át makacsul meg tudnak maradni indokolatlannak látszó mozgásaik mellett. Ezeknek okát nem tudják megmondani vagy pedig hallucinációkra vezetnek vissza, legtöbbször azonban a szerfeletti jóézés a kiváltójuk.

Ilyen euthymopraxiát láttunk M. J. betegünkön, kit állítólagos hysterias görcsei miatt 1902 okt. 28.-án vettünk fel. A jól fejlett beteg asymmetriás arcú, fogai degeneráltak, előállók, koponyája lapos, homloka alacsony. Pupillái egyenlők, szabályosak, jól reagálnak. Jobboldali facialisa gyengébb. Inreflexei fokozottak. Bőrérzése rendes. Mély hangvilla búgására azt hallja: „Feleségem“, magasabbra azt hallja: „Halj meg“. Zenélő doboz hangjára anyja hívó szavát és testvére hangját hallja. Hangulata labilis. Perceptiója lassú. Dementia. 6 éve vannak görcsös rohamai, gyakran fáj a feje. Tagjai elszibbadnak, torkában fojtogatást érez. Ezelőtt hangokat is hallott, de most a sugallatok elmaradtak.

Október 29. Sokat imádkozik, énekel, naponta többször görcsei vannak.

Október 31. Maniacalis, tréfálódzik.

November 20. Hirtelen maniacalis lett. Bambán ugrál, tánczol, ujjong. Magaviseletét azzal okadatolja, hogy az apja lelke az éjszaka belészállt, kivel már régen beszélt. Folytonos tánczolás, ugrálás közben szeméremtestét babrálja, paskolja. Örül, hogy édesapja „megkapta“ őt s így „rózsájába“ visszatért az „iz“, a mit férjhezmenetele előtt már kivett belőle (masturbatiójára czéloz) s most már visszaadja „rózsáját“ férjének. Már most nincs semmi baja, betegsége is elmúlt. Ugy érzi, mintha valakivel közösült volna s így tudja, hogy visszatért az érzése, mert azelőtt hideg volt.

November 21. Ma is maniacalis, erotikus, genitáliáihoz kapkod, szeméremtelen megjegyzéseket tesz.

Azután typosos epilepsias görcsöt többször észleltünk rajta, melyek után zavart, ködös, erőszakosságra vetemedik. 1903 május 4. Az ágyak közé áll szétterpesztett lábakkal, előre hajtott felsőtesttel, bal kezével izgatottan masturbál, jobb kezével a takarót markolja és ütemszerűen veri az ágyat. Eközben az arcza egészen elkékült, nyála kifolyt, teljesen öntudatlan, nem felel. Később az ágyba fekszik. Azután bambán ugrál, énekel, kiáltozik, egyre azt hangoztatja, hogy jól

érzi magát, semmi baja. Mikor magához tér, semmire sem emlékezik vissza.

Szeptember 15. Bambán nevetgél. Fejével folytonosan bólingat, mert az „pokolian jól esik“. Ha figyelmét rátereljük, mozgásait fokozza, majd mély sóhajjal ismét nyugodt lesz.

1904 január 22. Tegnap öt rohama volt. Ma élénk, boldogan mosolyog. Gyerekesen ugrál. Tapsol, örömben sikoltozik.

Január 28. Este moriaszerű izgalom. Nyakát mereven tartja, egészen kifeszíti magát. Az orvosi látogatás alatt nagy erővel rázza a fejét és közben kaczag. Örül a jókedvének. Zavartan, selypítve beszél.

Augusztus 27. Euphoriás. Gyerekesen verseket szaval és folytonosan nevetgél hozzá. Mindenkihez hozzádörgölődik, „mint egy hizelgő czicza“. Meg akarja csókolni az orvosokat.

November 22. Érthetetlen mondatokban álmáról beszél. Sír, mert tudja, hogy meghal. Alig egy negyed óra múlva már egészen megváltozik, ugrál, tánczol, bambán örül, nevet, folyton beszél. Moriaszerű izgalomban van.

1905 január 10. Több órán át a legnagyobb erővel rázza fejét, igenlő, majd tagadó mozgásokat végez. Azután felugrik. Fel-alá szaladgál. Az ablakra mereszti a szemét. Közben láthatatlan alakokkal beszél. Azután ugrál, tánczol. Azt kiabálja, hogy az egész világot bejárta. Később egészen maniacalis lesz.

Május 18. Moriaszerű jókedve támadt. Azután rohamot kapott, melyet zavartság követett.

Augusztus 13. Maniacalis. Ostoba dolgoknak örül. Szü-leiről, gyermekkoráról beszél. Élénken gesztikulál.

Hogy az euthymia mily szerves része az epilepsiának és hogy a görcsös rohamokkal mennyire összefügg, azt legszebben demonstrálja M. B. betegünk. Ez 32 éves ács, kinek 20 éves kora óta vannak epilepsiás rohamai.

Typusos epilepsiás alkati: komor arczkifejezés, vaskos koponyacsontok, nyerges, húsos orr, degenerált fogazat. A görcseit sajátságos aura vezeti be és ködös állapot kíséri. Az aura néha napokig, sőt hetekig tart és talaján fejlődnek ki az euthymiás állapotai, melyek sajátságos mozgásokban is nyilvánulnak.

Moravcsik fentebb idézett munkájában a következőképpen írja le: „Gyakran vannak vallásos irányú hallucinációi, látja az Istent, a szűz Máriát, az angyalokat és ezek hangját hallja. Időnként mereven megáll egy helyben, ajkainak összeszorítása mellett erős kilégzést végez és így formalisan felfújja magát, mialatt szemei kidüllednek, arcza cyanosisossá válik. Perczekig, sőt félórát is ilyen állapotban marad és újra megismétli e műveletet. Ha megkérdezzük tetteinek oka felől, azt feleli, hogy az Isten főangyala parancsolta, hogy így tegyen. Megjegyzi, hogy ilyen felfújt állapotban nagyon jól, nagyon boldognak érzi magát. Ugyancsak ez a beteg az örömméret befolyása alatt törzsével előre, hátra, jobbra, balra, majd hossz tengelye körül forgómozgást végez, majd mellét kifeszítve, lélegzetét néhány másodpercre visszatartja. Öntudata e mellett nincs felfüggesztve.“

A betegnek görcseit az euthymiás tünetek napokkal, sőt hetekkel megelőzik. Ezek beálltából biztosan lehet következtetni a görcs megjelenésére. A beteg ugyanacsak a pulsuszámnak és a vérnyomásnak emelkedése is előre jelzi a rohamok bekövetkezését. Euthymiás állapot halmazott rohamok között állandó. Gyakran ködös öntudattal, igen élénk érzékcsalódásokkal jár és erőszakos, impulsív tettekkel tarkított.

Hogy a beteg felfúvódása mily erőszakos és brutalis, bizonyítja, hogy a rendszeren 110-es vérnyomása 160-ra emelkedik Gartner szerint mérve és hogy a kötőhártyáján és a fülében érpedések támadnak,

Egy másik euthymopraxiás beteget szintén közöl Moravcsik fenti munkájában. Ez K. J., ki ilyenkor „átszellemült arczkifejezéssel lábujjhegyen járkált, hol hasát, hol hátát düllesztve ki s azután a földre térdelt az imádkozó dervisek módjára, összetett kézzel előre-hátra hajlongott, mialatt arcza-

val a földet érintette, majd végigterült a padlón, bukfczet hányt, egész testével jobbra-balra gurult. A hozzáintézett kérdésekre azt felelte, hogy hagyjuk békében, mert olyan szokatlan érzés lepte meg, hogy maga sem tudja örömben mit csináljon. Néhány óra múlva ezen jactatio megszűnt és a beteg előadta, hogy a mikor az imádságos könyvet elolvasta, egyszerre szívében és fejében megkönnyebbült. És olyan boldogság és öröm fogta el, hogy nem fért a bőrébe, kénytelen volt hemperegni.“

A mint láttuk, az euthymopraxiás cselekedetek nagyon sokszor fonákok, megmagyarázhatatlannak látszanak. Kifejlődésük, ismétlődésük, olykor hosszú időn át megmaradásuk csak úgy érthető, ha felveszszük, hogy az öntudat elhomályosodása mellett egyszersmind fájdalomérzésbeli tompulás áll be, hozzáadva még az érzetek disszociált vagy pervers értékesítését.

Közlés a budapesti kir. m. tudomány-egyetem 2. sz. sebészeti klinikumáról. (Igazgató: Réczey Imre tanár, udvari tanácsos.)

A májbeli echinococcus-tömlők gyökeres gyógyítása.

Irta: *Borszék Károly dr.*, egyetemi magántanár, adjunctus.

(Vége.)

A *Báron-féle eljárás** a májbéli echinococcusok gyökeres műtétét igen megkönnyíti, mert lehetővé teszi jóformán vérzés nélkül a tömlőnek, ha kicsi, a környező májrészzel együtt való kimetszését. A tömlőnek a környező májjállomány-nal együtt való kimetszése csak kis tömlőknél, a melyek a máj szabad széléhez közel fekszenek, végezhető, míg a kötőszöveti tokkal együtt való kifejtés még a legnagyobb tömlőknél is alkalmazható. A kötőszöveti tokkal való kifejtés igen fontos, nemcsak a recidivák szempontjából, hanem azért is, mert a kifejtés alkalmával — mint már említettük — olyan izolált tömlőkre is bukkanhatunk, a melyek különben okvetlenül elkerülték volna figyelmünket. Ezenkívül a kötőszöveti tok eltávolítása után a visszamaradó üreget varratok segítségével jól elzárhatjuk és az egyesülés — friss sebfületek érintkezvén egymással — biztosabb is, mint a tok visszahagyásánál. A keletkezett üreg elzárására a *Delbet* által a capitonage-nál ajánlott varratokat alkalmazhatjuk; mi két utóbbi esetünkben olyanforma varratokat alkalmaztunk jó sikerrel, mint a milyeneket *Klapp* a hydrocele-műtéthez ajánlott. T. i. dohányzascószerű, az üreg fenekét és oldalfalait felöltő öltések alkalmazásával az üreg falait alkotó májjállományt szoros érintkezésbe hoztuk, ezzel a későbbi vérömlésnek és epeszivárgásnak biztosan elejét vettük. Mi három esetünk mindegyikében a ligamentum hepatoduodenale leszorításának csak előnyeit ismertük meg, hátrányait nem láttuk.

Eseteink a következők:

1. *B. Mihályné*, 33 éves, földműves neje. Felvételt 1911 április 5-én. Utolsó szülése után, 7 év előtt vette észre, hogy hasában valami daganat növekszik; a növekedés eleinte rohamosabb, az utolsó években lassúbb volt. Időnként húzó fájdalmakat érez hasában és gyakorta hány. Sárgasága nem volt. Jól fejlett és táplált nőbeteg. A has különösen a köldök táján erősen elődomborodó; e helyen emberfejnnyi, sima felületű, lefelé szabadon körül fogható, a jobb bordaív alá folytatódnó nagyobbodás érezhető, a mely oldalirányban elmozdítható és

* Egy magát megnevezni nem akaró kartárs hozzám intézett levelében azt állítja, hogy a ligamentum hepatoduodenale előzetes leszorítását májműtétek praeventív vérzéscsillapítására *Langenbuch* már régen ajánlotta. A „Handbuch der praktischen Chirurgie“ 1. kiadása 3. kötetének 1. részében a következő foglaltatik: „Langenbuch will die Leber durch Compression der Pfortader und Unterbindung der Arteria mesenterica superior blutleer machen“. Pedig a ligamentum hepatoduodenale egészében való műszeres leszorítása a benne lefutó vena portae és arteria hepatica izolálása nélkül, és az arteria mesenterica superior lekötése a vena portae egyedüli compressiójával nem azonos dolog. *Báron* állatkísérletei kimutatták (l. eredeti cikkét), hogy a vena portae egyedüli leszorítása nem elegendő a máj vértelenítésére, hanem okvetlenül az arteria hepaticát is le kell szorítani. *Borszék.*

nyomásra nem fájdalmas. Két kéz közé fogva a daganatot, homályos fluctuatiót érezni. A vizelet nem tartalmaz kóros alkotórészeket.

Műtét: Veronal-chloroform-narcosisban 1911 április 12.-én. Hasüregmegnyitás a középvonalban a symphysistól a köldökig vezetett metszéssel. A tapintott tumor majdnem a symphysisig leérő emberfejnyi echinococcustömlő, a mely a máj jobb lebenyéből indul ki, alján a kissé megnyúlt epehólyag foglal helyet; mindkét oldalára és tetejére a megvékonyodott májjalomány egy-egy gyermektenyérnyi terjedelemben folytatódik. A hasüreg védelme mellett a tömlőt megpungáljuk és belőle 1-5 liter viztszta folyadékot bocsátunk ki. A punctió nyílást befogva, a tömlő eltávolításához fogunk. A foramen Winslowba vezetett ujjunkkal kitapintjuk a lig. hepatoduodenale képleteit és meggyőződünk arról, hogy a ductus choledochusban kő nincs; most a ligamentum hepatoduodenale egy puha bélszorítóval leszoritjuk, úgy hogy a fogó egyik szárát a foramen Winslowin keresztül a ligamentum alá, a másik szárát a ligamentum fölé vezetjük. Minthogy a tömlőn a megnyúlt epehólyag rajta fekszik, annak az eltávolítása is szükségessé válik; a ductus cysticus izolálva, kettős lekötés között átmetszjük. A máj felszínén most halvány foltok mutatkoznak, melyek lassankint összefolynak. A tömlő kimetszését ékalakban végezzük az elül és oldalt a tömlőre ráterjedő májjalományal együtt. A metszési felület alig vérzik; a keresztülmetszett erek lumenét horgas pince-be fogva előhúzzuk és körülöltjük. A metszés két szárának érintkezési pontján egy második tömlő nyílik meg, a mely a kimetszett tömlővel nem közlekedett. Ezen második tömlő a jobb májlebeny közepében foglal helyet, mindenütt igen vastag májréteggel borítva. Ezen tömlőt is megpungáljuk, belőle egy liternyi, kissé sárgás, sűrű nyálkás anyagot bocsátunk ki. A punctio után a resectio alkalmával készített nyílást megnagyobbítjuk és egy két-ökölnyi anyatömlőt távolítunk el. Az üreget még steril vízzel kiöblögtetjük. Most a májseb felszínét matrác-catgut-öltésekkel egyesítjük és a ligamentum hepatoduodenale leszorító fogót eltávolítjuk. Egnéhány pótló matrácvarrat alkalmazása után a májból semmi vérzés sem mutatkozik. A ductus cysticus csonkjának peritonizálása után a májban visszamaradt tömlő kötőszövetes tokját 5 koronányi terjedelemben a hashártyához kiszegjük és drainezzük. A hasfal többi részét zárjuk. A műtét tartama 85 perc, a ligamentum hepatoduodenale leszorításának tartama 35 perc. Kedvező, láztalan lefolyás. A hasfal sebe per primam gyógyult. A drainen keresztül három héten át minden kötés-változtatáskor ürülékeny lencsényi-mogyorónyi hólyagok. A hetedik héten kisebbfokú epeömlés állott be, a mely azonban magától ismét megszűnt. A műtét után 5 nappal eszközölt seroreactionál teljes volt a complement-kötés, de 35 nappal a műtét után a reactio negatívvá vált. A kivart tömlő ürege gyorsan szűkül, de a mélysége nem változott, ismételt kikanalazás dacára szeptember 12.-én (5 hónappal a műtét után) még mindig 15 cm. mély, igen kevés nyálkás váladékot ürít; Beck-féle bismuth-pastával való kitöltés után végre a sipoly begyógyult és a beteg október 4.-én a klinikáról távozott.

2. S. Teréz 21 éves napszámosnő, felvétetett 1911 május hó 18.-án. Négy hónap előtt vette észre, hogy a hasában daganat van, a mely különösen járaskor a hátba és a mellkas felé kisugárzó fájdalmakat okoz. Gyakran étvágytalan, lefogyott. Időnkint láza, hőemelkedései vannak.

Közepesen fejlett, gyengén táplált nőbeteg. Az epigastralis táj eldomborodó. A jobb egyenes hasizom külső széle mellett sima felületű, rugalmas, a légzési mozgásokat követő nagyobbodás tapintható, a mely a jobb bordaív alá folytatódik; felette a kopogtatási hang tompa és a májtompulattól nem különíthető el. Alsó határa valamivel a köldök felett, medialis határa a középvonalon túl balra egy ujjal van.

Műtét veronal-chloroform-narcosisban 1911 május 22.-én. Metszés a jobb bordaívvel párhuzamosan, alatta két harántujjal. A hasüreg megnyitása után kiderül, hogy a máj jobb lebenyében két echinococcus-tömlő domborodik a máj convex felszínén egymásnak közvetlen közelében. A nagyobbik az epehólyag feletti májjalományban van 2 harántujjal a máj alsó szabad széle felett. A második kisebb tömlő ettől jobbra magasabban fekszik. A szabad hasüreg pontos elszigetelése után a kisebb tömlőt megpungáljuk és belőle mintegy 1 liternyi viztszta folyadékot aspirálunk, a mire falai összeesnek, petyhüdték lesznek, de a második nagyobb tömlő feszessége nem változik. Ujjunkat a foramen Winslowin keresztül a ligamentum hepatoduodenale alá vezetve, kitapintjuk a ductus choledochust és minthogy azt teljesen üresnek találjuk, rugalmas bélszorítóval a ligamentumot leszoritjuk. Megvárva, a míg a máj felszínén a jellegzetes halvány foltok mutatkoznak, a megpungált tömlő feletti májjalományt a tömlő egész hosszában felhasítjuk és a férfiököllyi anyatömlőt eltávolítjuk. A tömlő kiürítése után megállapíthatjuk, hogy az epehólyag felett elhelyezett nagyobbik tömlő a megnyitással nem közlekedik, hanem attól mintegy 1 cm. vastag májjalományból álló válaszfal által el van különítve. Most ezen második tömlőt is előzetes punctio után felhasítjuk és kiürítjük. A kiürített tömlő alapját alkotó májjalomány az epehólyag felé csak 1-2 cm. vastagságú, ezért mindkét szomszédos tömlőnek a környező májjalományal együtt kimetszésére határozzuk el magunkat az epehólyag egyidejű eltávolításával. Az arteria cystica lekötése után a ductus cysticus izoláljuk a kettős lekötés után keresztülmetszjük. Mindkét tömlőt a környező májjalományal együtt egy ékalakú metszéssel kivágjuk, úgy hogy az ék csúcsa a rekesz felé esik. A két metszésvonal találkozására helyén egy eddig fel nem ismerhető harmadik tömlő nyílik meg. A megmetszés helyét ujjainkkal befogva, e tömlő tartalmát szintén kibocsátjuk, majd a benne lévő

fióktömlőket eltávolítjuk. Most vizsgálat alá vesszük az almányi üreget, a mely teljesen centralis elhelyeződésű és a máj domborulata felé mintegy 2 cm. vastag májjalomány által van borítva. Ezen fedő májjalományt az ékalakú metszés csúcsának felfelé és jobb oldal felé való meghosszabbítása által felhasítjuk és a visszamaradt kötőszöveti tokot tompán kihámozzuk. Ezen kihámozás igen könnyen, jóformán teljesen vértelenül sikerül. Most a májjalomány metszéspontján látható érmeneket csipőbe fogva előhúzzuk és egyenként catgut-öltésekkel körülöltjük; hasonlóképpen a keresztülmetszett epeutakat is körülöltjük. A ductus cysticus csonkjának peritonizálása után a májsebszéléket az egész vastagságot átöltő catgut-matrácvarratokkal egyesítjük; a visszamaradt harmadik tömlő üregét dohányzacskó-varratok segítségével teljesen elzárjuk. A ligamentum hepatoduodenale leszorító fogót megglazitjuk, majd teljesen eltávolítjuk. Minthogy a varratok mentén vérszivárgás mutatkozik, az egész seb vonalát még egy felületes catgut-szűcsvarattal egyesítjük, a mire a vérzés teljesen megszűnik. A ligamentum hepatoduodenale leszorítása 65 perczig tartott. A hasüreget teljesen zárjuk. A műtét után a beteg 1 liter konyhasós oldatot kap subcutan. Teljesen zavartalan lefolyás. Május 30.-án a varratok eltávolíthatnak, a sebszélék per primam egyesültek. Junius 11.-én gyógyultan hagyta el a klinikát.

3. S. Manóné, 24 éves, kereskedő neje. 6-8 hónap előtt vette észre, hogy májtájékán daganata nő, a mely húzó fájdalmakat és hányásingeret okozott neki. Ezen idő óta állandóan belgyógyászati kezelés alatt állott, ismételt karlsbadi kúrát használt, majd jodkalit szedett. Sárgasága nem volt. Minthogy állapota nem javult, sőt a daganata növekedett, kezelő-orvosa a műtétet ajánlotta.

Jól fejlett és jól táplált, de igen halavány nőbeteg. A jobb bordaív alatt egy kissé dudoros felszínű, jókora ökölnyi tumor, a mely a légző mozgásokat követi és nyomásra fájdalmas. A tumor felett a kopogtatási hang tompa; a tompulat a májtompulattól nem különíthető el. A Wassermann-reactio negativ. A vizelet normalis.

Műtét aether-narcosisban 1911 május 31.-én. Metszés a középvonalban a köldökig, innen derékszög alatt a jobb egyenes hasizom keresztül a bordaívig. A jobb májlebenyben, annak alsó szabad széle felett egy harántujjal kezdődőleg a máj domború felszínén gyermektenyérnyi területen fehéres elszineződés és fluctuatio. A hasüreg kellő védelme mellett punctio; 1-5 liternyi, eleinte viztszta, később zavaros sárgás folyadékot aspirálunk, a mire a tömlő megpuhul. Meggyőződünk, hogy a ductus choledochusban kő nincs, a ligamentum hepatoduodenale rugalmas bélszorítóval leszoritjuk. A máj elhalványodása után a megpungált tömlőt a máj domborulatán felhasítjuk és egy kétököllyi anyatömlőt távolítunk el. A májjalomány átmetszésekor egy kisujnyi vastag vena hepatica lumenéből erősebb vérzés mutatkozott, de annak csillapítása nem okozott nehézséget, mert a különben vértelen májjalományban igen jól lehetett a vérzés forrását megtalálni. Most feltűnik, hogy az üres tömlő kötőszövetes burka a bal oldal felől erősen be van domborítva; punctiót végezve e helyen, egy második tömlőre akadunk, a melyet szintén felhasítva kiürítünk; a kiömlő folyadék zavaros. Ezen második tömlő ökölnyi és közvetlenül az epehólyag felett fekszik. Az arteria cystica lekötése után izoláljuk a ductus cysticum és kettős lekötés után átmetszjük; mindkét tömlőt a fedő májjalományal együtt ékalakú metszéssel vágjuk ki, de a második tömlőnek felső részét férfi-tenyérnyi terjedelemben behagyjuk, mert az alapját alkotó májréteg igen vastag. Az így visszahagyott tömlőrész kötőszöveti tokját élesen kimetszjük, minthogy tompa kifejtésekor a tok minduntalan elszakad. A májseb felszínén látható érmeneket előhúzzuk és körülöltjük; a sebszéléket átöltő catgut-matrácvarratokkal egyesítjük, vigyázva arra, hogy a sebfelszínnek mindenütt pontosan érintkezzenek. A cysticus-csonk peritonizálása után a ligamentum hepatoduodenale leszorító fogót megglazitjuk, majd eltávolítjuk. A leszorítás 50 perczig tartott. A több helyen mutatkozó vérszivárgás miatt pótló öltések válnak szükségessé. Minthogy az echinococcus-tömlők tartalma zavaros volt, nem zárjuk teljesen a hasüreget, hanem a máj széle alá egy Mikulicz-tampont helyezünk. Konyhasós infusio.

Teljesen zavartalan lefolyás. A sebszélék per primam egyesültek. Junius 26.-án a Mikulicz-tampont eltávolítva, csikot vezetünk be. A beteg július 9.-én távozik, a mikor a tampont helyén levő üreg még nem télt ki teljesen. Augusztus közepére az üreg kitelt. Szeptember 11.-én a beteget újra megvizsgálva, testsúlyban gyarapodva, teljesen egészségesnek találjuk, régi panaszai teljesen elmúltak.

Eseteink közül kettőben részleges májresectiót végezve, teljesen eltávolítottuk az echinococcus-tömlőket kötőszöveti tokjukkal együtt; első esetünkben az egyik gyermekfejnyi tömlőnek a környező májjalományal együtt történt kimetszése után egy második, az előbbivel nem közlekedő tömlőre akadunk, a mely a máj jobb lebenyének kellő közepén volt és oly mélyre terjedt a gerincoszlop felé, hogy sem a fedő vastag májjalományt, sem magát a kötőszöveti tokot nem távolíthattuk el, hanem az anyatömlőnek egészben való eltávolítása után az üreget alaposan kitisztítva, draineztük. De még evvel a tökéletlen gyökeres műtéttel is igen sokat nyert a beteg, nemcsak a gyógytartam lényeges megrövidítése útján, hanem azáltal is, hogy a máj szélén túl terjedt tömlő kimetszése alkalmával a második tömlőre is ráakadtunk, a melyet

centralis elhelyeződésénél és a körülvevő vaskos májállomány-nál fogva az első tömlő egyszerű kivarrásával semmi esetre sem ismerhettünk volna fel. Hónapoknak kellett volna eltelni, a míg az továbbnövekedése által felismerhetővé vált volna és egy további műtetre lett volna szükség, hogy a beteg végleg meggyógyulhasson. A gyökeres kezelés előnye itt is kézenfekvő. Második esetünkben a hasüreget teljesen zárva, a beteg három hét alatt gyógyult. Harmadik esetünkben a hasüreget nem mertük teljesen zárni, mert az egyik echinococcus-tömlő tartalma zavaros volt; a hasüregbe helyezett Mikulicz-tampon magyarázza az aránylag hosszabb gyógytartamot: a nyolcz hetet.

Különös figyelmet érdemel azon körülmény, hogy mind a három esetben a tömlő kiirtásával egyidejűleg az epehólyagot is el kellett távolítani; eseteink mindegyikében a tömlő elhelyeződése olyan volt, hogy annak kimetszését az epehólyag visszahagyásával nem lehetett elvégezni. De még azokban az esetekben is tanácsos az epehólyagot is eltávolítani, a melyekben a tömlő kimetszése vagy kötőszövetes tokjával együtt való eltávolítása után a májban létrejött anyaghiány egyesítése által az epehólyagnak olyan helyzetváltozása jön létre, a mely annak kiürülését megnehezítheti vagy a ductus cysticus szögletbe törésére vezethet. Erről az eshetőségről nem szabad megfeledkezni még az epehólyagtól távolabb eső tömlők eltávolításakor sem, különösen nem akkor, ha a könnyebb hozzáférhetőség szempontjából a máj függesztő szalagjait átmetszettük; Braun a ligamentum suspensorium átmetszése után a ductus cysticus szögletbe törését észlelte. Az óvatosság tehát helyénvaló és már csak ebből a szempontból sem szabad a keresztülmetszett szalag pontos egyesítését elmulasztani. Különben az epehólyag kimetszése alig valamivel nyújtja meg a műtét tartamát és a betegre semmi kár sem háramlik belőle.

* * *

A májbeli echinococcus-tömlők műtévesekor tehát a gyökeres eljárások, a kimetszés vagy a kötőszöveti tokkal együtt való kihámozás, ma már nem kísérletszámba menő törekvések. A Báron által ajánlott előzetes vértelenítésével a májnak az eljárás nagyobb vérvesztés nélkül végezhető; a kiújulástól mindkét eljárás biztosan megvéd és a gyógytartamot nagyon megrövidíti. Az eddig szokásos módok hónapszámra terjedő gyógytartamával szemben alig egynéhány hét alatt a betegek teljesen meggyógyulnak. Természetesen ezen gyökeres műtéti módoknak is megvan a maga javalatuk: elgenyedt tömlő esetén, igen elgyengült betegeken nem fogjuk alkalmazni és ma is csak a régen bevált kivarráshoz és drainezéshez fogunk folyamodni, épen úgy, mint a zsíros, szakadékonny májjal bíró egyénekben is. Rekesz alatti elhelyeződésű, a mellüregbe be-terjedő tömlők sem alkalmasak a gyökeres műtetre. Az is kétségtelen, hogy a gyökeres műtét nagyobb beavatkozás, mint az eddig alkalmazott műtéti módok, de előnye oly nagyok, hogy a kockázat sokkal kisebb, mint a nyereség, a mit a betegnek vele nyújthatunk.

* * *

Főnökömnek, Réczey Imre ő méltóságának köszönettel tartozom az esetek átengedéseért.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Wullstein-Wilms: A sebészet tankönyve. Fordította: Lobmayer Géza dr. II. köt. Budapest, Franklin-Társulat, 1911.

Immár második kötete jelent meg magyar nyelven ennek a kiváló tankönyvnek, melyet már egy ízben méltattunk e lap hasábjain. Ez a kötet, mely a hassebészetet tárgyalja, Poppert, Schloffer, Lanz, Roving és Wullstein egyetemi tanárok tollából való és méltó társa az elsőnek. A tárgynak ugyanaz a praktikus felfogása, az előadási modornak ugyanolyan instructiv volta jellemzi, melyet az első

kötet ismertetése alkalmával is kiemeltünk. A könyvet 197, részben színes ábra díszíti és a jó fordításért Lobmayer dr.-t, a szép kiállításért pedig a kiadó társulatot dicséret illeti. Reméljük, hogy a harmadik kötet mihamarabbi megjelenésével a szép munka nemsokára teljessé válik. Pólya.

Ónodi: Die Eröffnung der Schädelhöhle und Freilegung des Gehirns von den Nebenhöhlen der Nase aus. Würzburg. Kurt-Kabitzsch, 1911.

Ezen nagyszabású, igen beható anatómiai tanulmányokon felépülő munkában azon kérdéssel foglalkozik Ónodi tanár, miképpen lehet az orr melléküregeiből, különösen a homloküregeiből és az ikcsont-öbölből a koponyaüreget megnyitni és az agy bizonyos részeihez (homloklebeny, chiasma, hypophysis) hozzáférni. Gondos vizsgálatokkal, melyek kiterjedt voltát misem illusztrálja jobban, mint az a 134, részben eredeti praeparatumok, részben Röntgen-felvételek alapján készült valóban gyönyörű ábra, melyet a szövegben és a hozzá mellékelt 89 táblán találunk, tisztázta a szóban forgó képletekre vonatkozó sebészeti, anatómiai és műtéti tekintetben fontos méreteket, syntopiás viszonyokat és változatokat és az irodalom gondos áttekintése alapján világítja meg anatómiai leleteinek klinikai jelentőségét az orr melléküregeiből kiinduló agytályogok és a hypophysis-daganatok feltárása szempontjából. A rhinológiai sebészettel foglalkozók e munkában megbecsülhetetlen segédkönyvet és tájékoztatót nyertek. Pólya.

Új könyvek:

H. Starck: Die Divertikel und Dilatationen der Speiseröhre. Halle, C. Marhold. 2.40 m. — H. Gutzmann, Die dysarthrischen Sprachstörungen. Wien, A. Hölder. 6.60 m. — F. Frankenkäuser: Physikalische Heilkunde. Leipzig, W. Klinkhardt. 7.50 m. — J. K. Proksch: Paracelsus als medizinischer Schriftsteller. Wien u. Leipzig, J. Safar. 3 k. — A. Ascoli: Grundriss der Serologie. Wien u. Leipzig, J. Safar. 4.30 k. — F. Kirchner: Massage und Gymnastik in Schwangerschaft und Wochenbett. Berlin, J. Springer. 1.20 m. — R. Possek: Therapeutische Technik und Pflege bei Augenerkrankungen. Stuttgart, F. Enke. 9 m. — E. Joseph: Lehrbuch der Hyperämiebehandlung akuter chirurgischer Infektionen. Leipzig, W. Klinkhardt. 7 m. — K. Abel: Vorlesungen über Frauenkrankheiten. Berlin, O. Coblentz. 14 m. — E. Behrenroth: Über Zwerchfellähmung. Leipzig, J. A. Barth. 0.75 m. — O. Kleinschmid: Die Harnsteine. Ihre Physiographie und Pathogenese. Berlin, J. Springer. 20 m. — Mohr und Staehelin: Handbuch der inneren Medizin. Bd. I. Infektionskrankheiten. Berlin, J. Springer. 26 m. — K. Petren: Ueber die Grundlinien unserer gegenwärtigen Behandlung der inneren Krankheiten im Lichte der geschichtlichen Entwicklung betrachtet. Leipzig, J. A. Barth. 0.75 m. — H. Finkelstein: Lehrbuch der Säuglingskrankheiten. II. Hälfte, Abteilung II. Berlin, Fischer. 4 m. — C. Marcus: Ratgeber zur Technik der Begutachtung Unfallverletzter. Stuttgart, F. Enke. 2.80 m. — S. Engel: Grundfragen des Kinderschutzes. Dresden, O. Böhmert. 5 m. — Benario: Über Neurorezidive nach Salvarsan und nach Quecksilberbehandlung. München, J. F. Lehmann. 6 m. — M. Rosenfeld: Der vestibuläre Nystagmus und seine Bedeutung für die neurologische und psychiatrische Diagnostik. Berlin, J. Springer. 2.40 m. — A. Pic et S. Bonnamour: Précis des maladies des vieillards. Paris, Doin et fils. 10 fr.

Lapszemle.

Belorvostan.

Az időszült perisigmoiditisről értekezik M. Simmonds (Hamburg). A perisigmoiditis leggyakrabbi kiinduláshelye a szomszédos szervekben van. E szervek s a sigmabél között gyuladással összenövés támad, mely vongálás által fájdalmat, megtöretése által pedig passage-zavart okoz.

Az igazi perisigmoiditis kiinduláshelye azonban maga a sigmabél; és pedig ennek nem a mucosája, hanem a külső rétegei. A chronikus, gyuladással perisigmoiditis igen lassan, észrevétlenül lefolyó betegség, mely végül a sigmabélnek csőszzerű, körkörös, nagyfokú megsűkülését eredményezi.

A szerző perisigmoiditisnek 4 tanulságos esetét ismerteti, melyek e betegség létrejöttének módjára vetnek világot. A sigmabél nyálkahártyája egyes helyeken a hashártya felé kitüremkedik borsónyi diverticulum alakjában. A kitüremkedés a bélizom résein — főleg az erek mentén — jö létre, úgy hogy e nyálkahártyasér csak mucosából s serosából áll. A bélsár főleg koprostasis esetében belepréseltetik e diverti-

culumokba, a mit ezek — izom hiányában — nem tudnak magukból újból kisajtolni. E pulsios diverticulum tartalma chronikus ingert és izgalmat gyakorol a diverticulum megvékonyodott falára, főleg ennek serosájára. A reakcióképpen keletkezett proliferációs kötőszövet megvastagodik, majd elhegesedik s ennek zsugorodása okozza a concentrikus szűkülést. Perisigmoiditis esetében a nyálkahártya ép szokott lenni. Igen kivételesen előfordulhat — mint a szerző egy esetében —, hogy az állandó inger nem chronikus, hanem acut gyuladós jelenségeket idéz elő, mely az egész nyálkahártyára kiterjedve, perforatiós peritonitisre is vezethet. E betegség idősebb egyéneken szokott előfordulni, nőknél gyakrabban, főképp ha koprostasisban is szenvednek. Klinikai megjelenési formájában a sigma-rák tüneteit utánozza, melytől leginkább az occult vérzés állandó hiánya alapján különböztethetjük el. (Arch. f. Verdauungskrankheiten, 1911. 4. füzet.)

Galambos dr.

Sebészet.

A prostatectomia késői eredményeiről számol be *L. Casper*. 54 operált esete közül csak 26-ban tudta a műtétet követő 2—5. évben a hólyag működését ellenőrizni. Ezek közül 16-ban a műtét előtt teljes vizeletretentio állott fenn, 10 esetben a retentio incomplet volt. Mind a 26 operált beteg a prostatectomia után fájdalom nélkül, teljesen jól üríti ki a hólyagját. Három esetben tapasztalta, hogy $\frac{1}{3}$ —1 évvel a műtét után a húgycső hátulsó részében szűkület képződött, alkalmasint azért, mert a prostata egyes részei a műtét alkalmával leszakítottak a húgycsőnek prostatás részéről s e szakadás körül képződött a szűkület. 95%-ban a műtét előtt cystitis volt jelen, mely 75%-ban meggyógyult. A szerző csak akkor végez prostatectomiát, ha a vesék jó működéséről előzőleg meggyőződött, a mi nem egyenlő azzal, hogy a vesék egészségesek. Lehet jelen nephritis, pyelonephritis, de azért az a munka, melyet a beteg vesék végeznek, kielégítő lehet. Ha a vesék phloridzin befecskendése után nem választanak ki cukrot, vagy csak $\frac{1}{2}$ órán túl, akkor a prostatectomia igen merész beavatkozás. A szerzőt első kellemetlen esetei meggyőzték arról, hogy az exitusnak veseelégtelenség volt az oka. Sok esetben a hólyag rendszeres kezelése után a vese működése is lényegesen javult. Kellemetlen következménye a prostatectomiának a mindkét alsó végtagban jelentkező fájdalom, mely a betegek járását lényegesen befolyásolja s valószínűleg a plexus hypogastricusból eredő idegágak elkerülhetetlen sérülése következtében áll be. A szerző a prostatahypertrophia fibromyomának vagy adenomának tekinti és éppen ezért nem tartja lehetetlennek, hogy eltávolítása után recidiva jön létre. Sok esetben azonban, a hol recidivára gondolnak, az nem más, mint a visszamaradt hegtömeg. A szerző egyetlen egy esetben sem tapasztalt recidivát. (Berl. klin. Wochenschrift, 1911. 33. szám.)

ifj. Hahn Dezső dr.

Elmekórtan.

Az elmebajosok élet- és betegség tartamával foglalkozott *Ganter*. A szerző a saargemündi elmeógyógyító intézet beteganyagát vizsgálta. A paralytikusok átlagos kora a felvétel alkalmával az ötödik évtized első felére, a dementia praecoxos és epilepsiás betegeké a negyedik évtized első, az imbecilliséké ez évtized második felére, az aggkori elmebajosoké pedig a hetedik évtized első felére esik. A paralytikus és dementia praecoxos nöbetegek általában valamivel későbbben, az epilepsiások egyidőben, az imbecillisek és aggsági elmebajosok szenvedők valamivel korábban kerülnek intézeti elhelyezésbe, mint a férfiak. A paralytikusok nagy részét már a megbetegedés első évében internálják, a dementia praecoxosokat és aggsági elmebajosokat átlag öt évig tartják házi ápolásban, az epilepsiások jóval előbb betegednek meg, mielőtt intézetbe kerülnek. Úgy látszik, általában az internálás idejét nem a betegség minemősége, hanem sokkal inkább a külső viszonyok határozzák meg. A dementia praecoxosok

és imbecillisek átlagos intézeti tartózkodása (12 év) a leg-hosszabb, utána következik az epilepsiásoké, jóval rövidebb az aggsági elmebajosoké (1-9—3-5 év). A nőké több-kevesebb idővel hosszabban tart.

A halálozás idejének átlaga nagyjában egyező a felvétel idejének átlagával és csak a dementia praecoxosoké és imbecilliséké haladja meg, az epilepsiásoké éppen hogy megközelíti. A nők általában valamivel nagyobb kort érnek. Az elmebajosok átlagos életkora az egészséges népességével az 1870—1880. időközben megegyezik, míg 1890—1900-ban csekélylyel alatta marad. Érdemes volna kutatni azt, vajjon az elmeógyógyító intézetek modern kezelése folytán növekedett-e az elmebajosok életkora, a mint azt az egészséges népesség körében észlelték.

A nyári hónapokban a felvételek, a téliekben a halálozások száma van túlsúlyban. (Allg. Zeitschr. f. Psych. LXVIII. k. 104. l.)

Goldberger Márk dr.

Gyermekorvostan.

A csecsemők nyálának vegyi kémhatását vizsgálta *Allaria* (Turin). A szájüreg vegyi kémhatásának jelentősége azon alapul, hogy elsősorban ez határozza meg a száj bacteriumflorájának típusát és ez szabályozza a nyál-enzymának diastasisos működését. A gyermekeken eddig végzett vizsgálatok eredményei egymástól meglehetősen eltérnek, bár általában az a végső következtetésük, hogy a még meg nem szoptatott újszülött szájüregének tartalma közömbös, vagy ritkán gyengén savi kémhatású, míg a csecsemőben a kémhatás gyakran savanyú; ezen aciditást többnyire külső, a táplálkozással összefüggő okokra s a tej bomlási termékeire vezették vissza.

Az eddig alkalmazott vizsgálati módszerek tökéletlensége bírta rá a szerzőt, hogy újabb kiterjedt vizsgálatokat végezzen a hydroxylion-concentratio megállapításával. Vizsgálatait 18 újszülöttn és 257 csecsemőn végezte; ezek eredményeiből a következőket emeljük ki:

1. Az újszülöttek szájüregének tartalma neutralis, gyakran hajlandó kisfokú savi kémhatásra.

2. A csecsemő szájüregének tartalma különböző vegyi kémhatású lehet, legtöbbször savi, de csak igen kis mértékben. Ritkán neutralis vagy alkaliás. Semmi összefüggés sincs a szájüreg tartalmának kémhatása és az alkalmazott secretiós inger, a táplálás módja és a csecsemő betegségi állapota közt.

3. A különböző ingerek behatására elválasztott és a csecsemő szájából azonnal az elválasztás után megvizsgált nyál hol savi, hol lúgos kémhatású, igen ritkán közömbös. Az aciditásnak vagy alkalicitásnak határai igen szűkek és igen közel vannak a neutralis állapothoz, úgy hogy a csecsemő nyálát mint csaknem neutralis folyadékot kell tekintünk.

4. A csecsemő nyála elválasztása után azonnal kevésbé erősen savanyú kémhatású, mint ha már egy ideig a szájüregben volt. (Monatsschr. f. Kinderh., 1911. 4. sz.)

Flesch.

Chorea minor gyógykezelése salvarsannal. *Hahn* (Marburg) chorea minor három típusos esetét írja le, melyekben intravenás salvarsan-injectióval teljes gyógyulást ért el. A gyógyulás az injectio után 8—24 nap alatt következett be, a mi igen figyelemreméltó eredmény, főleg ha hozzáveszszük azt is, hogy a betegek a kezelés alatt súlyban gyarapodtak. Az injectio után hőemelkedés nem állott be, vagy ez csak igen kis mértékű volt, ellenben mind a három esetben úgy a motorius, mint a psychés tünetek erősen fokozódtak. Kérdés, vajjon ezen jelenség reactio-e, mint azt az agyvelősyphilisben látjuk, vagy pedig az injectio közvetett következménye. Igen valószínű, hogy a chorea minornak salvarsannal való kezelésekor is arsenhatással van dolgunk, mely azonban gyorsabb, mint más arsentherapiáé. A kísérletek megtételére *Bókay* tanárnak e tárgyról írott cikke készítette a szerzőt. (Deutsche med. Wochenschrift, 1911. 34. sz.)

Ujj dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Basedow-kór eseteiben Stein jó eredménnyel használja az antithyreoidint, a melyet többnyire nauheimi fürdő-kúrával kombinál ugyan, volt azonban olyan esete is, a melyben a nauheimi kúra egymagában nem sokat használt, a következő évben ellenben antithyreoidint is adva, feltűnő kedvező volt az eredmény. Az első napon délelőtt és délután ad 10 cseppet (izgatott betegeknek este is) s azután naponként 2—6 cseppel növeli az adagot 2-szer 30 cseppig, sőt — ha az eredmény még nem kielégítő — tovább is, a nélkül, hogy veszedelemtől kellene tartani. (Zeitschr. f. Baln. etc., 1911. 14. szám.)

A Knoll-féle santylt Mehlhorn kiterjedten használja különböző húgycső- és hólyagbajokban a nőgyógyászati gyakorlatban és hatásával nagyon meg van elégedve. A santyl nem kellemetlen, gyengén balzsamos ízű, olajszerű anyag, a mely mint a santalolaj közömbös salicyl-estere egyfelől a santalolaj, másfelől a salicylsav hatásával bír. Legegyszerűbben cseppek alakjában adható: naponként 3-szor 25 csepp vízben vagy czukorporral behintve, étkezések után. Jobbmódúaknak az egyenként 0.4 gramm santylt tartalmazó kapszulákban is rendelkezhető: 2—2 capsula naponként 3—4-szer. Tablettákban is kapható magnesia carbonicával, ezeknek azonban semmiféle különös előnyét nem látta a szerző. (Zentralblatt f. d. ges. Therapie, 1911. 8. füzet.)

Acne necrotisans után az arczon visszamaradt torzító hegek ellen *Wockenfuss* fibrolysinel tett kísérletet. Hetenként kétszer adott befecskendezést hónapokon keresztül és kozmetikai tekintetben nagyon jelentős eredményt ért el. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1911. 36. szám.)

A köhögést mérséklő szer gyanánt *Ebstein* tanár szerint nagyon jól használható az aspirin. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1911. 32. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1911. 47. szám. *Tóth Gyula*: A sugárzó hő és forró víz az idült borbántalmak szolgálatában. *Brenner József*: Adatok a psychosisok analysiséhez.

Orvosok lapja, 1911. 47. szám. *Máthé Gábor* és *Szabó Gusztáv*: Szülészeti poliklinikum és gyermekkórház jelentősége a gyermekvédelem szempontjából.

Budapesti orvosi ujság, 1911. 47. szám. *Navratil Dezső*: A mandula sebészetéről. „Sebészet” melléklet, 4. szám. *Herczel Manó*: 1. Újabb adatok a heveny vesekőrüli tályogok kórtanához. 2. Kettős gastroenterostomiával megoperált homokóragyomor esetében a cardialis gyomorszájadékon keletkezett ulcus jejuni gyógyulása a fekély kimetszésével és gyomorplastikával. *Jung Géza*: Az elülső hasfalí sérvek pathológiája és therapiája. „Fürdő- és vízgyógyászat” melléklet, 4. szám. *Weszelszky Gyula*: Megjegyzések a radiumos gyógyításról. *Pártos Sándor*: A kénhévforrások és a közsvény.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Hutiray József* dr.-t a debreczeni közkórház belgyógyászati osztályának a főorvosává; *Balázs Endre* dr.-t cséffai járásorvossá, *Payer Ervin* dr.-t poprádi pályaorvossá; Békésvármegye közkórházához *Molnár Antal* dr.-t alorvossá, *Németh Zoltán* dr.-t és *Eszenyi Gyula* dr.-t segédorvossá, a kaposvári közkórházhoz *Meszlényi Zoltán* dr.-t alorvossá; Biharvármegye közkórházához *Melcher Károly* dr.-t és *Kiss Ferencz* dr.-t segédorvossá nevezték ki.

Választás. *Lencsy János* dr.-t Nagyszalánán, *Baros Károly* dr.-t Tokodon körorvossá, *Drozd Andor* dr.-t Bácsbokodon községi orvossá választották.

Vasárnapi betegbemutatók. Az orvosi továbbképzés központi bizottsága felkérésére a poliklinika főorvosai a poliklinikán folyó évi december hó 3.-án délelőtt 10 órakor a budapesti gyakorló orvosok számára betegbemutatókat fognak tartani. Mint bemutatók szerepelnek: *Feleky Hugó*, *Illyés Géza*, *Kubinyi Pál*, *Schaffer Károly* és *Török Lajos* főorvosok. A bemutatókra a bizottság titkáranál (VIII., Mária-utca 39.) lehet jelentkezni.

Meghalt. *Magyari István* dr. községi orvos 76 éves korában november 16.-án Alsónémetiben. — *Somogyi Zsigmond* dr. járásorvos, tiszteletbeli megyei főorvos 57 éves korában november 20.-án Pakson. — *H. Monod*, a párisi Académie de Médecine tagja, Franciaország közegészségügyének vezetője a belügyminisiteriumban, 68 éves

korában. — *Sir S. Wilks*, kiváló angol orvos, régebben a kórboncolás-tan és belorvostan tanára a londoni Guy's Hospital-en, 87 éves korában, november 9.-én. — *A. F. Fergusson*, a sebészet tanára Chicagóban.

Személyi hírek külföldről. A drezdai női klinika igazgatójává *E. Kehler*, berni tanárt nevezték ki Utódja a berni egyetemen *E. Guggenheim*, eddigi magántanár lett, a kit a női klinika vezetésével való megbízás mellett rendkívüli tanárrá nevezték ki. — *D. Mac Ewen* tanár, a dundeei (skóciai) egyetem ismert sebész-tanára, nyugalomba vonul. — A burlingtoni egyetemen (Egyesült-Államok) *F. U. Albee* dr.-t az orthopaedia tanárává nevezték ki.

Bakteriologiailag képzett orvos állandó alkalmazást talál előnyös feltételek mellett a budapesti Jenner Pasteur-intézetben (VIII., Rókk Szilárd-u. 39).

A világ minden táján az elismerés legnagyobb hangján emlékeznek meg azokról a rendkívüli kiváló eredményekről, a melyeket a Phosphatine Faliéres-rel mint gyermektápszerral érnek el. Adagolása ne kezdődjék korábban, mint az elválasztás időszakában.

Kérjük a VII. oldalon lévő könyvhirdetést figyelemmel elolvasni.

DR. MAHLER SANATORIUMA, ABBAZIA

belbetegek — spec. szívbetegek és üdülők részére.

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

San Remo

téli klimás gyógyhely az olasz Rivierán. A „Grand Hotel de Nice”-ben fekvőcsarnok, magyar ápolónő, magyar konyha, a „Continental Palace”-szálló minden emeletén meleg tengeri fürdő és magyar fürdő-ápolónő; a Grand Hotel Belle-Vue-ben diaet. konyha, „Villa Olympia” magyar ház, kellemes otthon fiatal leányok és egyedül utazó hölgyeknek. Felvilágosítást készséggel nyújt **Czirfusz Dezső** dr. kir. tanácsos.

Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet

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

Dr. Doctor

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

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

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

Dr. Widder Bertalan operateur testgyenyestítő (orthopádia) intézete csont- és ízület (tuberculotikus, angolkóros, rheumás, elgörbült) betegeknek. Budapest, IV., Kossuth Lajos-utca 19. Magyar-utca sarok. Rendel: d. e. 11—12-ig, d. u. 3—5-ig. Szegényeknek díjtalanul.

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

Ujtátrafüred Sanatorium

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

Dr. GARA GÉZA, Meran.

Sanatorium. Ujjonnan átalakítva. Prospectus.

Városmajor szanatórium és vízgyógyintézet

Budapest, Városmajor-utca 74. — Telefon 88—99.

Emésztő szervek betegségei, anyagcserebántalmak, czukorbetegség, máj-, epekő-, vesebajok, neurasthenia, hátgerinczsorvadás ellen, soványító- és hizlalókúrák esetére. — Felvétel a szanatóriumban egész nap. — Igazgató-főorvos: **csernyefalvi dr. Kozmutza Béla**

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



Orvosi műszerek, kötszerek, villanygépek, legkötők, összes betegápolási tárgyak és **gummiárúk** elsőrendű minőségben jutányosan kaphatók:

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

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

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (XVIII. rendes tudományos ülés 1911 november 4.-én.) 858. I. — Közkórházi Orvostársulat (X. bemutató ülés 1911 október 31.-én.) 859. I.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(XVIII. rendes tudományos ülés 1911 november 4.-én.)

Elnök: Szontágh Félix.

Jegyző: Fáykiss Ferencz.

Kiesési tünet az orrban, orrkagyló-resectio következménye gyanánt.

Moskovitz Ignác: Klasszikus példával óhajtom illusztrálni az orrkagyló-resectio káros következményét. Az első és egyedüli voltam Magyarországon (Németországban prof. *Finder*), a ki következetesen küzdöttem írásban és szóban, még pedig nemcsak a Budapesten megtartott II., de a legutóbb Berlinben lefolyt III. nemzetközi orr-gégészeti congressuson is ezen divatos rhinohirurgiai gyógyeljárás ellen, mert meggyőződésem, hogy nem gyógyulást, hanem a szervezet állandó megkárosítását eredményezi és kijelentem azt is, hogy az orrkagyló-resectio és az orrkagyló gyógyítása két egymással ellentétes fogalom, tekintve az indicatio azon meghatározását, melynek értelmében a műtétet végrehajtani szokták. A reszekált betegek két kategóriájával találkozom a gyakorlatomban: először olyanokkal, kik röviddel a végzett resectio után keresnek föl, másodsor olyanokkal, kik hosszabb idővel előbb vetették magukat alá a műtétnek. A legkedvezőbb nyomait a műtétnek az első kategóriába tartozók adják, a kik panaszaik enyhítését óhajtják, a melyek miatt a kagyló-resectio végeztetett, a mely semmiféle eredménnyel sem járt.

Sokkal súlyosabb tünetek azok, melyekkel azon betegek keresnek fel, kik hosszabb idő előtt végeztetett a kagyló eliminálása; ezeken már kifejezett ozaenára emlékeztető állapotot találunk (tág orrjárat, sorvadtt nyálkahártya, beszáradt orrvládék), csak a búz hiányzik, hogy az ozaena biztos diagnosisát felállíthassuk.

Reátérve esetemre, ez a sok közül kiválik a panasznak szokatlan formájával. A nőbeteg azzal a panaszszal keresett fel, hogy orrának jobb felén levegőt egyáltalán nem kap, az teljesen bedugult.

A bal orrfél teljesen egészséges. A tükörvizsgálattal megállapítom, hogy a jobb orrfél rendellenesen tágult, mert hiányzik benne az orrkagyló, a légáramnak teljesen átjárható, a szemnek pedig annyi perspectivát nyújt, hogy a nyeléskor közreműködő garatizmok játékát is szépen megfigyelhetjük; a nyálkahártya helyét hegszövet pótolja. A bal orrfél normalis viszonyokat tüntet fel, az orrkagyló és a nyálkahártya ép.

Az anamnesisből megtudtam, hogy 3 évvel ezelőtt jobboldali nehézhallás miatt az egész orrkagylót reszekálták, mire a hallás javult ugyan, de bekövetkezett az a kellemetlen eldugultsági tünet, mely miatt engem fölkeresett. Nyilvánvaló, hogy itt kiesési tünettől van dolgunk, mely előállt azért, mert az ép nyálkahártya eliminálásával az érző finom idegvégék is elpusztítottak és a mi megmaradt, az életnélküli hegszövet, beágyazott idegcsomókkal.

Az orrgarathurutok megszüntetésére igen czéltudatos conservatív gyógyeljárásokkal rendelkezünk és logikátlannak kell tartanom azt, ha valaki egy kóros szervnek a gyógyulását úgy véli elérni, hogy egyszerűen kiküszöböli a szervetből; ez talán kényelmes, de semmi esetre sem igazságos; az a körülmény pedig, hogy az orrkagylók oly könnyen hozzáférhetők a szemnek és a műtő-szerszámoknak, szintén nem lehet ok arra, hogy ezen oly fontos élettani működésre hivatott szerveket eltávolítsuk; ez ellen, minthogy irreparabilis állapotot létesít, a leghatározottabban kell tiltakoznunk.

Tóvölgyi Elemér: A kagylónak teljes kiirtását maga is ellenzi, azonban kötőszöveti túltengés eseteiben a resectio szükséges. De tudni kell, mikor és mennyit vegyünk ki. Teljesen ki kell irtani a kagylót a Highmor-üreg operálása előtt, hogy az üreghöz hozzáférhessünk.

Rejtő Sándor: A modern otologia a hurut okozta középfülbántalmak okát keresve, gyakran jut olyan helyzetbe, hogy az orrhurutot fentartó kagylótúltengéseket kell meggyógyítani. Ez pedig, ha kötőszöveti túltengésről vagy túlnagy os turbinatumról van szó, csakis operatív úton, a kagyló kisebbitésével történhetik. Természetes, hogy az egész os turbinatumot szakember nem irtja ki, hanem csak annyit vesz el, hogy normalis viszonyokat hozzon létre.

Moskovitz Ignác: Az idült garathurutok kezelésére leírt egy kiméletes eljárást, melyre sok fülpanasz is megszűnik és a mely a kagylókat kiméli.

Igen nagy fibromyoma uteri laparotomiával gyógyított esete.

Kubinyi Pál: A 45 éves 0-para hasa 18 év óta nő; egy év óta rohamosan. A gyors növekedést megelőzőleg hat hónappal profus, 10—13 napig tartó menorrhagiák mutatkoztak. A daganat a vérzés előtt megduzzadt, utána leapadt; utóbbi időben lesóványodott, nagy fájdalmai vannak, légzése nehéz, ezért két hónap óta többnyire fekszik. 11 orvos kezelte: az egyik csapolni akarta, a másik műtét végett felküldte. A csaknem cachexiás külsejű beteg haskerülete 160 cm. A hasüreget csaknem kitölti a nagymennyiségű ascites által körülvevett, a bordaív alá is benyúló, lebenyes, tömör daganat, melyben a méh fekszik. A diagnosist malignus tumorra tettük. Valószínűleg sarcoma; minthogy amúgy is pungálni kell, próbalaparotomia. 1911 szeptember 25. Mintegy 10 liternyi savó. A méhfenék hátulsó falából kiindult daganat felső polusán a csepleszhez rögzített, a honnan ujjnyi vastag erekből álló, másodlagos táplálóforrásokat kapott. A cseplesz oldása után kigördítés; minthogy csak elül férhető hozzá, a méh amputatójával kerülfünk alája s a csönköt utólag vesszük ki. Simán gyógyult, a 11. napon felkelt; azóta gyarapszik. A daganat konzerválva, zsugorodott, nedvszegény állapotban is 10 kgr. súlyú. Laposra nyomott lebenyei helyenként diónyi usque ökölnyi cystákat hordanak magukon. A daganat a méhürt balra és előre tolta és itt submucosus; a mikroskopi vizsgálat szerinti fibromyoma számos vérömlenynyel, hyalin és egyéb degenerációval, s a mi a legérdekesebb, a nyálkahártya alatti rétegekben, melyen a myomába törő mirigyhalmazokkal, a melyek számos helyen többretegű hengerhámmal vannak bélelve, vagyis a nyálkahártyából kiindult adenomyoma, a mely rákos elfajulás jeleit mutatja. Ez újabban sokkal gyakoribb, mint hitték. Érdekes az eset az adenomyomák nyálkahártyabeli histogenesise szempontjából, a mely felfogás a serosából való hasonló származással együtt, úgy látszik, a többséget alkotja, míg a *Recklinghausen*-féle ébrényi eredet a *Müller*-, máskor a *Gartner*-járatokból, valamint az óvsve maradványaiból ritkaság, holott csak nemrég fordítva gondolták. A beteget bemutatja s a mikroskopi készítményeket vetíti.

Colon-carcinoma esete.

Kubinyi Pál: A hasüri szervek daganatainak diagnosisa néha minden vizsgáló eszköz kimerítésével is csak a valószínűség határáig emelkedik. Legjobban bizonyítja ezt a diagnosis céljából végzett próbalaparotomia jogosultsága. Kivált a női genitáliából származó daganatok jutnak számos szomszédos szervvel összefüggésbe, sőt felfelé növekedésük közben távoleső szervekkel is összeköttesbe; épp úgy fordítva más szervek daganatai összefügghetnek velük; ezért az operáló nőorvosnak minden eshetőségre készen kell lennie s a hólyag, ureter, bél stb. sebészetében jártassággal kell bírnia. Jelen eset: 48 éves, II. p., 10 hó óta beteg; fájdalmai vannak, soványodik, e miatt gyógyfürdőbe ment, a hol orvosa daganatot állapított meg és felküldte. Lesóványodott beteg, ascites nincs; az alhasban jobboldalt csecsemőfejnyi, jól mozgatható daganat, mely a méh jobb sarka felett foglal helyet s vele még a narcosisban eszközölt vizsgálatkor is vas-

tag szövethiddal látszik összefüggni. A bélsárvizsgálat negatív. Diagnózis: Rossztermészetű petefészekdaganat, mely valószínűleg összefügg valamely bélkacscsal, innen a kólikaszerű fájdalmak; ezért már eleve bélresectióhoz is készültünk. Műtét 1911 augusztus 23. A dolog fordítva volt. Vastagbélrák, mely a peritoneum alatt haladt, a ligamentum rotundum alá kúszott s az adnexumok tőszomszédságába jutott. Ezeknek kiirtásával kezdjük is a műtétet s alulról felfelé praeparálva s a lateralis hashártyalemezt átvágva, emeljük ki; a mesenterialis erek lekötése után az ileumot és a flexura coli dextrát bélcsípőbe fogva, eltávolítjuk. Szabályszerű side to side anastomosis, az ileum átültetése a colon transversum taeniájába. A bél gyógyulása zavartalan volt; kezdettől fogva semmi átjárhatósági zavar, jó étvágygyal eszik, azonban a hasfal zsírrétegében abscessus volt. A mikroskopi kép hengersejtű rák. A daganat azért jutott ilyen mélyre, mert a bél hátulso falában fejlődve, quasi hosszirányban előre és lefelé nyújtotta a belet.

A gümőkóros fertőzés megállapítása és gyógyítása antitoxikus szerekekkel.

Wein Manó. (Egész terjedelmében hozzuk.)

Friedrich Vilmos: Az előadó által említett sok kérdésre bajos volna kiterjeszkedni. Egyet azonban aláírhatunk, a mit az előadó mond, hogy „az allergia tana és az activ toxin-tan oly nagy tudomány, hogy egész emberéletet köt le“ és még sok orvosgeneratio fog a kérdéssel foglalkozni.

Szólo **László** dr.-ral együtt foglalkozott az I. K.-val való gyógyítással és ellentétben az előadóval azt tapasztalták, hogy nem váltotta be a hozzáfűzött reményeket és nem volt olyan eredményük, mint **Spengler** nek és iskolájának. Ezért nem is érti, mire alapítja az előadó az I. K. diagnostikai értékét. Epp úgy nem érti, hogy **Hollós** anaemiát, chlorosist, dyspepsiát, főfájást, strumát, Basedow-kórt, izületi lobot gyógyít meg az I. K.-val. A chlorosisra tapasztalata szerint nincs befolyása. Circulus vitiosusban forog az egész iskola. Chloroanaemia, dyspepsia eseteiben sokszor fordul elő gümőkóros megbetegedés, jó talajul szolgálhatnak ezek a bajok a gümőkórra de nem gümőkóros megbetegedések. Menstruációs zavarok, főfájás, izületi lob eseteiben nem látott a szólo olyan csodás eredményt az I. K.-tól.

Ahhoz hozzájárul a szólo, hogy a szer kipróbáltassék, mert kárt nem okoz, sőt lehetnek eredmények is, mert a gümőkór-esetek nagy része meggyógyul beavatkozás nélkül is, különösen ha jó viszonyok közé kerül a beteg. Más serumokkal is lehet jó eredményeket elérni.

Detre László: Legnagyobb részben ellentétes állásponton van. Az előadónak bizonyos tekintetben igazsága van és fontos dolgot cselekedett, midőn felhívta a figyelmet — a mit mi már sokszor megtettünk —, hogy a gümőkór sokszor nem a szokásos formában jelentkezik. Azt vártam volna az előadótól, hogy az allergia-próbával meggyőződik arról és meggyőző minket is, hogy csak azok az esetek gyógyultak meg melyeknek allergia-próbája pozitív volt. Idem per idem nem bizonyít. Azért gyógyítja I. K.-val, mert gümőkór és azért gümőkór, mert az I. K. meggyógyította. Nem vagyok azoknak az álláspontján, kik az I. K.-t a destillált vízzel tartják azonos hatásúnak. A gümőkór-esetek egy része meggyógyul beavatkozás nélkül is, ha már most ezen praetuberculosis eseteiket nem I. K.-val, hanem destillált vízzel gyógyítottuk, akkor destillált vizre gyógyultak meg.

A cutan-próbát néhány ezer esetben végezte, zavart nem okoz, de csak akkor használható, ha nagy, 14—16—30 mm. átmérőjű papulát okoz lymphangoitissal.

Kívánatos, hogy az előadó vizsgálatait ilyen irányban kiegészítse.

Kovács Aladár: **Römer** táblázata, **Nägeli** bonczolásának eredményei, hozzávéve **Franz** oltási kísérleteit, mindinkább a tuberculosis fertőzés bizonyos mértékű jötermészetűsége mellett szólnak; a nagyszámú halálos tuberculosis fertőzést sokszorosan felülmúlják a spontán gyógyuló tuberculosisok.

I. K.-val történt oltási kísérletei csak kis hányadban adtak kielégítő eredményt, legnagyobb részét hatástalannak bizonyultak.

Bálint Rezső: Elvi jelentőségüknek tartja az előadó azon kitételét, mely szerint az allergia-reactio nemcsak a fertőzöttségnek, hanem az activ betegségnek is kriteriuma. Az összes tudományos kutatások azt mutatják, hogy az emberek 90%-a adja az allergia-reactiót, pedig ily nagy százalékat betegnek tartani nem lehet. Ellenben a gümöbaciillus ubiquitása megmagyarázza, hogy az emberek ily nagy százaléka fertőződik. Az allergia-reactio pozitív volta nem jele a betegség aktivitásának, valamint negatív volta nem jelenti a baj gyógyulását, különösen specifikus kezelés után, a mikor tuberculin-immunitás fejlődhetik ki.

Wein Manó: Gyógyulásról nem szóltam, hanem az eljárás diagnostikai értékét hangsúlyoztam, még pedig ex juvantibus és ezzel benn vagyunk a kezelésben is. Ha egy csecsemő nem szopik, hasmenéses, az összes gyógyeljárásokra nem javul és I. K.-val való egy-kétszeri bedörzsölésre meggyógyul, ez lehet véletlen egyszer, kétszer, de nem tizenötöször.

Nem kívánom, hogy elhiggyék eredményeimet, de próbálják meg az eljárást. **Friedrich** az egyedüli, a ki megpróbálta és jogosult mondani azt, hogy nincs igazam. De **Lister** tanait is elleneztek, nem kisebb emberek mint **Billroth** és **Pirogoff** és évtizedekig tartott, míg elterjedt.

A **Detre** kifogását megczafolta **Bálint**, hogy az allergia-próba negatív volta nem jelenti a tuberculosis nemlétét vagy megszüntét.

A ki az allergiát elveszti, nem állítottam, hogy kigyógyult a gümőkórból, hanem hogy nem fertőzött.

Az a beteg, a kit én antitoxikus szerrel gyógyítottok, az túlallergiássá válhatik.

Azok az esetek, melyek meggyógyultak, úgy viselkedtek, mintha tuberculosisuk nem voltak volna.

A **Römer**-féle táblázattal szemben is kifejtettem kétségeimet.

Bálint Rezső: Az allergia nem jelenti azt, hogy tuberculosisos a beteg, csak azt, hogy valamikor gümőkóros fertőzéssel ment keresztül, de ez nem szól a gümőkór aktivitása mellett.

Detre László: Az allergia nem szól gümőkór mellett, de az óriási reactio csak activ gümőkórban fordul elő.

Közkórházi Orvostársulat.

(X. bemutató ülés 1911 október 31.-én.)

Elnök: **Ángyán Béla.**

Jegyző: **Körmöczy Emil.**

(Folytatás.)

Vesefurunculus alapján fejlődött paranephritisés tályog két esete.

Herczel Manó: Noha klinikai és experimentalis vizsgálatok tanúsága szerint a vesekörűli tályogok gyakran fejlődnek vesefurunculusok áttörése alapján, a műtéti lelet csak ritkán vonatkozik csakugyan látható furunculusokra a vese kéregállományában, mivel akkorára, mikor a beteg műtetre kerül, a kéregtályog vagy meggyógyult már s csak a következményes paranephritis áll még fenn, vagy pedig a nagyfokú genyes beolvadás következtében nem különböztethető meg.

I. Egy 33 éves férfin minden különösebb anamnesis nélkül felvétele előtt három héttel jelentkezett a *bal* vesetájon rendkívül heves, szűrő fájdalom többszörös hidegrázással, 39° C-ig emelkedő lázakkal. Noha sem fluctuatio, sem infiltratio nem tapintható, széles feltárása a *bal* paranephriumnak, miközben körülbelül 3—400 gr. sárgásbarna geny ürül. Defervescentia. 2 hét múlva teljesen jó állapotban kibocsátjuk. Otthon tartózkodása 3. napján újabb hidegrázás, fájdalmak a *jobb* vesetájon. Azonnali műtét a beszállítás után. A *jobb* paranephrium oedemáson átívódott; genyet nem találunk. A vesetok a felső belső poluson a vesekéreghez tapadt. A kéregállományban infiltrált szövet közepette egy mogorónyi genyes tályogüre bukkanunk. Tamponade. Defervescentia. A vizelet sem a lefolyás alatt, sem a műtét előtt nem tartalmaz kóros alakelemeket. Gyógyulás.

II. 31 éves nőnek *bal* keze negyedik ujján baja keletkezése előtt jelentéktelen panaritium subcutaneuma volt, melyet orvos nem kezel, csak maga nyomogatott ki. Felvétele előtt 7 héttel egy reggel hirtelen hascsikarás és igen heves jobboldali oldalszegzés lepte meg; 2 hétig tartottak fájdalmi mérsékelt hőemelkedésekkel, esténként borzongással. Ugyanez idő óta fejlődik *jobb* hypochondriumában egy jókora két-ökölnyi daganat, mely felvételekor alig érzékeny, kemény, tömött tapintatú, a máj *jobb* szélé alól látszik kiindulni s a vesetájon átbállat. A felfujt colon a daganatot teljesen elfedi. A vizelet csak minimalis fehérjét tartalmaz. Ferde lumbalis metszéssel behatolva, a paranephrium heges, kökemény, hüvelykujnyi kötegek és gerendák rendszerévé alakult át, melyeknek hézagaiban kevés geny van. A decortikált vese felületén néhány köles-lencsényi genyöccz. Tamponade. A beteg állapota folyton javul, a beteg még az osztályon kezeltetik.

Mindkét eset genyjéből staphylococcus pyogenes tiszta tenyésztete volt nyerhető.

E két eset is tanúsítja, mily fontos paranephritis eseteiben a korai diagnosis és a korai műtét. Az első esetben a későbbben beállott jobboldali vesefurunculus azonnali megnyitásával a gyors gyógyulást biztosítottuk, míg az előbb mutatkozott baloldali paranephritis hosszas senyvedés után került csak műtetre és lassan gyógyult. Második esetünk bizonyítja, hogy a paranephritis hosszas lefolyása alatt telje-

sen larvált alakot ölthet s az anatómiai elváltozásokkal úgy a műtétet, mint a gyógyfolyamatot megnehezítheti. A korai műtét korai kórisme alapján az, a mit *Rehn*, éppen *Herczel* előbb közölt adataira hivatkozva, legújabb tanulmányában a legmelegebben ajánl.

Rihmer Béla: A vesetályogok, vesefurunculusok rendszeren későn diagnoskáltnak és későn kerülnek a sebészhez. Egy Margit kórházi esetemben korán tudtam operálni, mikor a carbunculust megtaláltam. Ezen év augusztus 2.-án óriási vesetáji fájdalmak jelentkeztek, melyek később enyhültek, a láz fokozódott. Augusztus 3.-án oedemás a bal vesetáj, geny-láz áll be, a vese nem tapintható, de kopogtatáskor a XI. bordáig felterjed a tompulat. A vizelet tiszta. Észlelésünk 4. napján behatolunk, a vese nagyobb, legnagyobb convexitásán valamivel vastagabb, a capsula ugyanitt vastagabb és össze van nőve a zsírtokkal. Bemetszve húszfilléres területen szürkés folt, mogyorónyi tályog. Egész olyan, mint *Israel* leírása. Az illető meggyógyult, míg magára hagyva a tályog áttört volna és megölte volna a beteget.

Lassányi Árpád: A bemutatott beteget a II. belosztályon észlelték. Jobboldalt a légzési mozgásokat nem követő daganat van, a májat ki lehet tapintani. Rázóhidegek. Már az osztályon utaltunk a vesekörüli daganat lehetőségére és ezért tettük át a sebészetre.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

776/1911. sz.

Baranyavármegye László-kórházában az **alorvosi állás** be-töltendő.

Felkérletnek mindazon nőtlen orvostudor urak, kik ezen 1200 kor-fizetéssel és 150 kor. működési pótlékkal, egy szobás bútorozott szobá-ból álló lakás, fűtés, világítás és előírt étellemezéssel javadalmazott állást elnyerni óhajtják, hogy kellően felszerelt és eddigi alkalmazásukat igazoló okmányaikat méltóságos nagyszigeti Szili Tamás, vármegyei főispán úrhoz címezve, hozzám **f. é. december 7.-éig** nyújtsák be.

Okleveles orvos folyamodó hiányában az állásra ideiglenesen szigorló orvos is kineveztetik.

M o h á c s o n, 1911 november 22.

A kórházigazgató.

2196/1911. sz.

A Szabadka sz. kir. város tulajdonát képező „Mária Valéria“-kórházban üresedésbe jövő egy és egy újonnan szervezett, összesen két kórházi alorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Az állások évi 1400, azaz egyezernégyszáz korona havi előleges részletekben folyósítandó fizetéssel, lakással, fűtéssel, világítással és első osztályú étellemezéssel vannak javadalmazva.

A kinevezett alorvosok kötelesek a kórházban lakni, magán-gyakorlatot, az első segélynyújtás esetét kivéve, nem folytathatnak és állásukat csakis két havi felmondási idő után hagyhatják el.

Nős orvosok nem pályázhatnak. Mindkét állás 1912. évi január hó 1.-én elfoglalandó.

Felhívom ennél fogva mindazokat, a kik ezen állásokat elnyerni óhajtják, hogy kellőleg okmányolt kérvényeiket **legkésőbb folyó évi december hó 15. (tizenöt) napjának déli 12 órájáig** Szabadka sz. kir. város főispánja, *Purgly Sándor* dr. úrhoz (Szabadka, Pest-szálloda-épület) annál is inkább nyújtsák be, mert a később érkezettek figyelembe vételre nem számíthatnak.

Megjegyzem, hogy a mennyiben az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában minősített pályázó nem jelentkeznek, az egy évi gyakorlatra utasított, esetleg szigorló orvosoknak a fenti határidőig kérvényei esetleg szintén figyelembe fognak vétetni.

S z a b a d k á n, 1911. évi november hó 6.-án.

Biró Károly dr., polgármester.

5851/1911. sz.

Az aradi kerületi munkásbiztosító pénztár igazgatósága 1911 november 17.-én tartott ülésén 767. sz. a. hozott határozata alapján a pénztár területén betegség folytán megüresedett **helyettes kezelő-orvosi állásra** pályázatot hirdet.

Az állás 2600 K. összajavalmazással és az orvosi illetmény-szabályzatban meghatározott kedvezményekkel jár.

Az állásra vonatkozó pályázati kérvény a pénztár igazgatóságához címezve, **1911 november hó 28.-áig déli 12 óráig** a pénztárhoz küldendő be. A pályázati kérvényhez magyar honosságú orvosi oklevél eredetije vagy másolata és az eddigi orvosi működést feltüntető bizonyítványok másolatai csatolandók.

Az állást a pénztár igazgatósága választás útján tölti be és a választásnál előnyben részesülnek azok, kik magánál a pénztárnál vagy más kerületi munkásbiztosító pénztárnál működnek.

A megválasztott orvos köteles állását f. évi december 1.-én elfoglalni.

A r a d, 1911 november 18.

Bak Sándor s. k.
ügyvezető igazgató.

ifj. Czeiler István s. k.
igazgatósági alelnök.

1893/1911. sz.

A lemondás folytán megüresedett hagymádfalvai **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása az 1908:XXXVIII. t.-cz. szerint.

A körhöz jelenleg 18 község tartozik, székhelye Hagymádfalva, azonban az új és jelenleg ministeri jóváhagyás alatt álló beosztás szerint ezután csak 14 község fogja képezni a kör területét s a ministeri jóváhagyás után 800—1200 korona helyi pótlékkal is emelkedni fog javadalmazása, továbbá kézi gyógyszerár tartására is kötelezve van.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy szabályszerűen felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám a **folyó évi december hó 2. napjáig** annyival is inkább adják be, mert a később érkezettek figyelembe nem veszem.

A választást folyó évi december hó 7.-én d. e. 10 órakor fogom Hagymádfalva község házánál megtartani

S z a l á r d, 1911 november 7.

Kelemen József, főszolgabíró.

4430/1911

Az üresedésben levő ratkói **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A körorvos járandóságai:

1. Évi 1600 korona kezdő törzsfizetés, négy, 200—200 koronás ötödévi korpótlék;

2. a m. kir. belügyministerium által engedélyezett, nyugdíjba beszámító 1000 korona helyi pótlék;

3. 450 korona lakpénz és 700 korona fuvarátalány;

4. a kör trachomás betegeinek a körorvos lakásán történő kezeléseért évi 400 korona;

5. Ratkó nagyközségtől a halottkémelésért 16 m³ tűzifa házhoz szállítva (ezt a nagyközség kívánatra pénzben megváltja).

A körhöz 21 község tartozik s a kör székhelye Ratkó nagyközség, mely egyszersmind járási székhely is.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy kérvényüket s az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7 §-ában előírt minősítésüket igazoló okmányaikat hozzám **folyó évi november hó 28.-áig** annál is inkább nyújtsák be, minthogy az elkésve érkezettek figyelembe venni nem fogom.

A választás iránt később fogok intézkedni.

R a t k ó, 1911. évi november hó 5.-én.

A főszolgabíró helyett:

Ladányi, szolgabíró.

7369/1911. ikt. sz.

Békésszentandrás község képviselőtestülete elhatározta, hogy ideiglenes minőségben, tudniillik addig, míg a jelenlegi községi orvos szolgálata megszűnik, a községben letelepedés céljából meghívandó orvos részére 1200 korona tiszteletdíjat állapít meg azon célból, hogy az ottani betegek megfelelő orvosi ellátásban részesüljenek. Erős kílátása lehet ezen meghívandó orvosnak, hogy a jelenlegi községi orvos szolgálatának megszűntével ő fog községi orvossá megválasztatni. A meghívást Békésszentandrás község előjárósága eszközli.

A meghívandó új orvos évi 1200 korona tiszteletdíja havi előleges részletekben folyósítatik a községi pénztárból s a községgel szerződéses viszonyban fog állani, mely szerződés feltételeit az illető orvossal együtt az előjáróság állapítja meg. Köteles azonban a meghívandó orvos a községi szegényeket díjtalanul gyógykezeltetni, a vagyonosokat pedig a vármegyei szabályrendeletben megállapított látogatási díjak mellett.

Felhívom ennél fogva mindazon gyakorlatra jogosított orvosokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy törvényszerű minősítéssel el-látott pályázati kérvényüket hozzám **folyó évi december 10.-én be-zárólag délután 5 óráig** beadják.

A pályázati kérvény beérkezte után a meghívás mielőbb meg fog történni.

Itt jegyzem meg, hogy a letelepedő orvosnak szép kílátása lehet a tekintetben, hogy kiterjedt magángyakorlatot szerezhet magának.

S z a r v a s, 1911. évi november hó 10.-én.

Wieland dr., főszolgabíró.

5762/1911. kig. sz.

A nyugdíjazás folytán üresedésbe jött folyai **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek. Az orvosi körhöz a következő községek tartoznak: Folya, Sebed és Vejte.

A nyugdíjjogosult körorvos javadalma:

1600 korona fizetés.

100 korona személyi pótlék.

200 korona lakbér.

360 korona fuvarátalány.

A betegsegélyző pénztárnak, valamint az ottani határban lakó birtokosoknak mint uradalmi orvosa alkalmaztatik. A beteg látogatásáért szabályrendeletileg megállapított díjakat szedhet.

Felhívom pályázókat, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényeiket hozzám **folyó évi december hó 30.-áig** benyújtsák.

A választás napját később tűzöm ki.

C s á k, 1911. évi november 21.-én.

Karas, h. szolgabíró.