

# ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

## TARTALOM:

### EREDETI KÖZLÉSEK.

- Dollinger Béla:** Közlés a budapesti kir. magy. tudományegyetem I. számú sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr. tanár, udvari tanácsos.) A járóképeség helyreállítása 17 év óta fennálló kétoldali kiterjedt gyermekbénulás esetében. 637. lap.
- Torday Árpád és Csépai Károly:** Közlés a budapesti kir. m. tudományegyetem I. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly dr., udv. tanácsos.) A tuberculosis serodiagnosisa viscositásmérések alapján. 638. lap.
- Dalmady Zoltán:** Közlemény a budapesti egyetem I. számú belgyógyászati klinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly dr. egyet. tanár, udv. tanácsos.) Kísérletek a bőr nyirokkeringésének klinikai vizsgálására. 641. lap.
- Keppich József:** Közlemény a fővárosi szent István-kórház IV. sebészeti osztályáról. (Főorvos: Hüttl Hümér dr.) Hüttl-féle varróműszerrel végzett pylorotomia. 642. lap.
- Donath Gyula:** Psychotherapiás irányzatok. 643. lap.

- Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Justus Jakob:** A bőrbetegségek gyógyítása. — *Lap-szemle. Belorvosok. Seiler:* Az arsen hatása a chlorosisban. — *Sebészet. Krüger:* A nyakmirigyek gümőkórjának kozmetikai műtétje. — *Idegkörtán. Petren:* A gerincvelői érző pályák. — *P. Marie, Clunet és Raulot-Lapointe:* A Basedow-féle betegség. — *Elmekörtán. Schnitzer:* Az elmeorvos szerepe a „Fürsorgeerziehung“-ban. — *Gyermekorvosok. Bachmann:* A csecsemőkori előforduló bélelzáródás és ennek a Hirschsprung-féle megbetegedéssel való összefüggése. — *Neurath:* A parotitis epidemica kapcsán beálló pancreatitis acuta. — *Venerás betegségek. Dreuw:* A Wassermann-reakciónak a prostituáltak vizsgálatában való alkalmazása. — *Bőrkörtán. Gilbert Scott:* Halálos kimenetelű Röntgen-dermatitis. — *Kisebb közlések az orvostudományról. Nobécourt és Tixier:* A veleszületett haemophilia és purpura kezelése. — *Bennecke:* Vasotonin. — *Noorden:* Veronal. — *Rodari:* Gyomorékély. 645–647. lap.
- Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 647. lap. Vegyes hírek. 647. lap. Tudományos társulatok. 648–650. lap.*

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

**Közlés a budapesti kir. m. tudományegyetem I. számú sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr. tanár, udvari tanácsos.)**

**A járóképeség helyreállítása 17 év óta fennálló kétoldali kiterjedt gyermekbénulás esetében.**

Irta: *Dollinger Béla* dr., tanársegéd.

A poliomyelitis anterior acuta jelen gyógykezelése kezdetben teljes nyugalomból és 3–4 héttel a betegség acut beállta után massageból, gymnastikából és villamozásból áll. A mobilizálással és a galvánárammal való villamozással különösen az enyhébb esetekben jó eredményeket érünk el, annál szomorúbb azonban azon esetek sorsa, a melyekben a heveny gyulladásos folyamat nagy pusztítást vitt véghez a gerinczagy elülső szarvaiban.

A gyermekek bénult izomzata lassan elsorvad, a bénult végtagok mozdulatlanul lógnak a törzsön, az ízületek fokozatosan deformálódnak, a lábak lóláb-állásba kerülnek és így megmerevednek, a beteg tespedtsége kellő gyógykezelés híján rohamosan növekedik, ezzel egyenes arányban lankad az egyén önbizalma és önérzete is. Kétségbeesítő esetek ezek! Egy ilyen, minden reménytől megfosztott, 17 év óta földön csúszó betegen elért eredményt fogom az alábbiakban ismertetni. Az esetet a *Magyar Sebészeti Társaság* ideai nagygyűlésén mutattam be.

B. 20 éves, budapesti születésű leányt 1910 április 20.-án hozták szülei az I. sz. sebészeti klinikára. A szülők előadása szerint a leánynak 3 éves korában egy pár napig magas lázai voltak, ugyanekkor az összes végtagjai megbénultak; a felső végtagok hűdöttsége 8 nap alatt magától, minden gyógykezelés nélkül visszafejlődött, az alsó végtagok azonban bénultak maradtak. A gyermeket 5 éves korától 11 éves koráig Wörishofenben hidegvizkúrával kezelték, de ered-

ményt nem értek el, így hát minden további gyógykezeléssel felhagytak.

A leány 3 éves korától kezdve a felvétel napjáig, tehát 17 évig nem járt, legtöbbször divánon ült vagy feküdt, avagy pedig a földön csúszkálva közlekedett a szobában. A beteg ez állandó mozdulatlanság daczára nagyon jól és bőven táplálkozott, úgy hogy testsúlya mindjobban megnövekedett és a klinikán való tartózkodáskor 73 kgr. volt. E nagy súly még jobban nehezítette a beteg mozgását.

Vizsgálatkor látjuk, hogy az intelligens, hosszas télenység folytán erősen elhízott és 150 cm. bosszú nőbeteg bőre általában rózsaszínű, az alsó végtagokon a szederjes felé hajlik. Az erősen kifejezett zsírpárna daczára a nagyobb izmok, pl. a karon a biceps és a triceps jól kitapinthatók és erősen fejlettek, ennek oka az, hogy a beteg karjai segélyével vonszolta magát tovább a földön. A felső végtagok csontjai jól fejlettek, a gerincoszlop, nem számítva egy enyhe jobboldali compensatiós scoliosist, mely a jobb csípőizület alább említendő adductiós contracturájával áll összefüggésben, normalisnak mondható. Mindkét alsó végtag hossza egyformán 73 cm. A belső szervek épek, a sphincter és a hólyag jól működik. A kóros alsó végtagok statusa a következő: mindkét alsó végtag trochanter-csúcsa a Roser-Nélaton-vonalban van, a glutaecalis izmok sorvadtak. Felüléskor a hasizmok mindkét oldalt megfeszülnek. A psoas-izmok nem működnek. A csípőizületben activ mozgás nincs. Az alsó végtag izületei a végtag súlya és megterhelésük folytán a végtag habitualis tartása szerint alakultak át, éppen ezért mindkét csípőizület 160 fokú flexiós contracturában van, ezenkívül a jobb csípőizület 67 fokú adductiós contracturában fixált, ennek folytán a jobb végtag látszólag rövidebb, ez okozza a compensatiós scoliosist is. Mindkét alsó végtag izomzata sorvad, az erős zsírpárna alatt vékony petyhüdt kötegek tapinthatók, a czombok a karokhoz viszonyítva igen vékonyak, a jobb czomb körfogata a közepén 47 cm., a bal czomb körfogata a közepén 46½ cm. Mindkét térdizület csak 120 fokig nyújtható ki és ezenkívül kifejezett gacsos állásban van. A lábszár legvastagabb részén a kör-



fogat a jobb oldalon  $36\frac{1}{2}$ , a bal oldalon 36 cm. A jobb láb redresszálását az erősen megfeszült Achilles-ín akadályozza, a bal láb 90 fokig hajlítható fel. A beteg felállani nem tud. A beteg ezen első megvizsgálása után nagyon kétségesnek látszott, vajjon elérem-e a beteg talpraállítását; ez elé főleg két nagy akadály tornyosult: a leánynak teljesen bénult mindkét alsó végtagja és a nagy testsúly (73 kgr.).

Mindazonáltal a felvételt követő napokban a beteg mindkét kóros alsó végtagjára gipszkötést alkalmaztam, e kötések célja a térd- és csípőízületek kinyújtása és korrigálása és a lóláb-állásban lévő lábak felhajlítása volt. A számos contractura kiegyenlítése azonban ez alkalommal csak részben sikerült. E kötések 3 hetenként újítottuk meg, a contracturák nyújtását lassan-lassan fokozva. A jobb láb Achilles-ina erősen akadályozta a lóláb-állás korrigálását, illetőleg felhajlítását. 1910 jún. 6.-án tehát az Achilles-ínt narcosisban subcutan átmetszettem, a lábat pedig 90 fokig hajlítottam fel és



ugyanekkor felhasználván a narcosisos állapotot, az ízületeket teljes erővel redresszáltam. Hasonló kötések 3 hetenként változtattam. A június 24.-én, vagyis 2 hónappal a gyógykezelés kezdete után felvett status a következő volt: a jobb térd ki van nyújtva, a donga-lólábak korrigálva, a tenotomia helye begyógyult, a bal térd azonban még mindig erős valgus-állásban van, épp ezért ugyanekkor még egyszer narcosisban korrigáltam a bal térdizület állását. Június 30.-án a beteg gipszkötésben két szolgáló segítségével megtette az első felállási kísérleteit. E kísérleteket naponta folytatta, a kötések 3 hetenként változtattuk, a beteg szeptember 7.-én két mankó segítségével már végig tudott menni a folyosón. A beteg a mankóval való járást mindinkább megszokja és egész nap járkal a klinika folyosóin. E járási kísérletek már azért is szükségesek voltak, mivel csak így módon ismerhettük meg a szerkesztendő gép kivánalmait. Október 5.-én egy szerkesztendő gép céljából a beteg medenczéről és alsó végtagjairól gipszmintát vettünk. Október 29.-én készült el

a Dollinger tanár által szerkesztett tehermentesítő-támasztó gép, melyet a kétoldali coxitis-gép mintájára készítettünk. A gép, mely kemény bőrből és vékony aczélsínekből készült, a bordaívtól kiindulva, mindkét csípőt szabadon hagyva, a lábakig ér. A csípő- és a térdizületek helyén sarnir-izületek vannak, melyek mindkét oldalt rugó segítségével fixálhatók vagy ismét szabaddá tehetők. A végtagokat az ülőgumón elhelyezett ülőfelület segítségével tehermentesítettük, az ülőfelület egy a gép oldalsó részén elhelyezett, feljebb és alább csavarható sín segítségével magasabbra vagy alacsonyabbra állítható be. A gépszerkezet lábszár-részét a cipőkkel a lábtözületben izesülő kengyel köti össze. A lábakon külső bokaszíjas cipők vannak hivatva a csekély supinatiót megszüntetni.

A beteg járása akkor a legszabadabb és legkönnyebb, ha a jobb csípőjét fixálja, szintúgy a két térdizületét is, leüléskor azonban úgy a csípő- valamint a térdizületét az arra szolgáló rugó segítségével kinyitja, azaz mozgathatóvá teszi és az illető izületet behajlítja.

A beteg a gépet lassan megszokta és annak segítségével járt, sőt a mankók helyett botokkal is megtanult járni. A gépet mindennap levettük és a végtagokat kitaróan megmasszáztuk. Deczember 21.-én a beteg a következő statussal hagyta el a klinikát: A csípőizületek teljesen nyújtott állapotban szabadon mozgathatók. A térdizületek gacsos állása megszűnt, azok teljesen kinyújthatók, de a behajlításuk kissé fájdalmas és ezért a beteg kiméli őket. A lábak csekély supinatióban vannak, a bal láb 80 fokig, a jobb láb 90 fokig könnyen felhajlítható, az izomzat tonusa a sok massage folytán teltebb és rugalmasabb. A járás legnagyobb részben mankók segítségével történik, a beteg a szabadban kisebb sétákat végez, a kedélyhangulat teljesen megváltozott, a beteg napról-napra örömmel konstatálta azt a haladást, melyet a járásban elért és a mely abban áll, hogy az eddig a szobához kötött leány  $1-1\frac{1}{2}$  órát tud a szabadban sétálni, sőt a lépcsőn is közlekedni.

Tehát ez az eset is bizonyítja azt, hogy kitartó, szakszerű gyógykezelés és célszerűen szerkesztett gépek nagy jelentőséggel bírnak a poliomyelitis acuta anterior következményeinek gyógykezelésében. Az ily esetek gyógykezelése hosszadalmas és nagyon sok türelmet igényel úgy az orvos, mint a beteg részéről, de az elért és fentebb leírt eredmény elég bizonyíték arra, hogy még az ilyen súlyos bénulásoknál is, melyek az első megtekintésre reménytelennek látszanak, megfelelő kezeléssel sikerül a beteg járóképességét és ennek folytán az általános állapotát is lényegesen megjavítani.

**Közlés a budapesti kir. m. tudományegyetem I. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly dr., udvari tanácsos.)**

### A tuberculosis serodiagnosisa viscositásmérések alapján.

Irta: Torday Árpád dr. és Csépai Károly dr.

A tuberculosis eddig ismert reakcióinak egyik csoportja a szervezet allergiáján alapul, a mely t. i. a szervezetbe a tuberculosisbacillus termékeit viszi be és a betegen kifejlődő reaktiv folyamatokból iparkodik következtetést vonni a szervezet tuberculosisos megbetegedésére. A másik csoport a vérsérumot vizsgálja az immunitásos ismeretek alapján. Az első csoport hibája, hogy ha positiv, nem mondja, hogy activ tuberculosisban szenved az illető; ha negativ, viszont nem szól biztossággal activ tuberculosis ellen. A serodiagnostikai eljárások azért nem használhatók, mert a legtöbb esetben cserben hagyják az embert.

Kísérleteink arra irányultak, hogy főleg activ tuberculosisban szenvedő betegek vérsérumát megfelelő antigennel összehozva, nem állnak-e be a keverékben oly változások, melyek a keverék viscositását észrevehető módon megváltoztatják. Kísérleteink folyamán arra a meggyőződésre jutottunk, hogy activ tuberculosisban szenvedő egyén seruma Koch-féle



altuberculinnal összehozva, alkohol jelenlétében számos esetben oly változáson megy át, mely a keverék viscositásának nagyfokú megváltozását eredményezi, és a mely — bizonyos fokig — activ tuberculosisra specifikus.

A reactio végzéséhez következő instrumentarium szükséges: Viscosimeter (mi a Hess-félet használtuk), kb. 0.5 cm. átmérőjű és 4—5 cm hosszúságú kis eprouvetták, hozzávaló gummidugók, a kis eprouvetták elhelyezésére alkalmas vízfürdő és Koch-féle régi tuberculin. A kis eprouvettáknak kb. 1 cm.-rel rövidebbnek kell lenniök, mint a Hess-féle viscosimeterhez adott capillaris üvegcsövek.

A vért venaepunctio útján veszszük. 4—5 óra hosszat szobahőmérséken állni hagyjuk, mire a serum rendszeren egészen tisztán leválik, úgy hogy finom pipettával leszívható. Ellenkező esetben centrifugálás is szükséges. Az egészen átlátszó, suspendált alkotórészekből mentes serumból 0.2 cm<sup>3</sup>-t mérünk a fent említett kis eprouvettába. A lemerít serumhoz 0.2 cm<sup>3</sup> altuberculinnal + 0.2 cm<sup>3</sup> alcohol absolutus + 0.1 cm<sup>3</sup> 0.9% NaCl-oldat keverékét teszszük. A keverék előzetesen készítenedő el. Ez alkalommal az alkoholnak a tuberculinhoz való csepegtetésekor tejszerű zavarosodás támad, a mi azonban kellő keverés mellett eltűnik és a keverék teljeseen átlátszó lesz. A serum- és a tuberculin-keverék összehozása után következik a keverék viscositásának megállapítása szobahőmérsék mellett. E célra a Hess-féle viscosimeterhez adott üvegcapillarisok egyikét az eprouvettába helyezzük, ott lassan megforgatjuk, mire a folyadék capillaritásánál fogva felszívódik. Az üvegcső végét befogva ráhelyezzük a viscosimeter capillaritásának végére és a Hess-féle viscosimeter szabályai szerint meghatározzuk a keverék viscositását, rendszeren 1/2 jelig engedve a folyadékot. A meghatározás után a folyadékot kiszorítjuk, helyébe liquor ammoniacet szívunk fel, azt is kiszorítjuk, a capillaris véget puha kendővel gondosan letöröljük és végezzük a következő viscositásmérést.

Egyöntetű eredmények nyérése végett, hogy a capillarisan netalán visszamaradó H<sub>3</sub>N egyformán befolyásolja a viscositást, az első kísérlet előtt is átmoszuk a capillarist H<sub>3</sub>N-nel. Több serum feldolgozása esetén a tuberculin-keverék egyszerre készíthető el és minden eprouvettába 0.5 cm<sup>3</sup> folyadék teendő. Most a pontosan bedugaszolt eprouvetták 1 1/2 órára 37 C<sup>o</sup>-os vízfürdőbe kerülnek. 1 1/2 óra múlva 5 percznyi szobahőmérséken való állás után ismét megmérjük a viscositást. A második mérés előtt az eprouvetták tartalma óvatosan felrázandó egyenletes elkeverődés elérése végett. Az első méréskor kapott viscositáérték a serumtól és a szoba hőmérsékétől függőleg átlagosan 4.0 körül ingadozik 1/2 jelig szívatva a folyadékot. Ha 1 1/2 óra múlva a viscositás 10.0-re emelkedik, akkor a két érték viszonyba állításával 10.0:4.0 = 2.5 kapunk egy quotienst, melyet rövidség kedvéért viscositási quotiensnek nevezünk. A viscositási quotienst (V. qu.) a táblázatokban feltüntetett esetekben vizsgáltuk.

Megvizsgáltunk 116 beteget, kik közül 61 tuberculosisban, 57 pedig egyéb megbetegedésekben szenvedett. Az esetek a V. qu. értékének megfelelően öt csoportra oszlanak. Az első csoportban V. qu. < 2. Ide tartozik 26 eset, melyeknek 19.2%-a tuberculosis és 80.8%-a más megbetegedésre esik. A következő csoportban a V. qu. 2.0 és 2.5 közé esik. Ide tartozik 38 eset, a hol a tuberculosis arányszáma már 29.2%, a más betegségeké 70.8%. A harmadik csoport (V. qu. = 2.5—3.0) 18 esete közül 66.7% a tuberculosis és 33.3% az egyéb megbetegedés. A negyedik csoportban (V. qu. = 3.0—4.0) 21 eset közül 85.7% a tuberculosis és 14.3% más betegség. Végül, ha V. qu. > 4.0, akkor, legalább az eddigi tapasztalatok szerint, absolut biztossággal lehet tuberculosisra következtetni.

A reactio lényegére vonatkozólag semmiféle hypothesis sem akarunk felállítani. Maradjon egyelőre tapasztalati ténynek. Az bizonyos, hogy az alkoholnak döntő befolyása van, mert alkohol nélkül nem változik meg észrevehetőleg a tuberculin-serum-keverék viscositása. Hogy azonban viszont nemcsak az alkohol fontos a reactióhoz, hanem a tuberculin

Szám	Szoba-hő-mérsék C <sup>o</sup>		A viscositas a vízfürdő előtt = V <sub>1</sub>	A visc. 1 1/2 órai vízfürdő után = V <sub>2</sub>	V. qu.	
<b>I. csoport. V. qu. &lt; 2.0</b>						
1	25	Typhus abd., W. —	3.6	7.0	1.94	
2	28	Nephritis diff. chr., W. —	2.7	4.2	1.5	
3	25	Lues II, W. +	3.3	4.6	1.4	
4	25	Chlorosis, Calm. —	3.5	6.5	1.8	
5	25	Lues latens, W. +	4.0	7.6	1.9	
6	20	Hysteria —	4.1	8.0	1.9	
7	19	Achylia gastrica, hysteria —	3.7	6.5	1.7	
8	21	Lues latens, W. +	4.2	8.0	1.9	
9	25	Diabetes mellitus	4.1	8.0	1.9	
10	25	Diabetes mellitus, tbc. pulmon. —	4.3	8.4	1.9	
11	25	Dyspepsia nervosa	4.2	8.2	1.9	
12	25	Dyspepsia nervosa	4.0	7.8	1.9	
13	23	Hyperchlorhydria	4.0	7.2	1.8	
14	23	Anaem. perniciosa	3.7	6.7	1.8	
15	25	Tbc. pulmonum —	3.9	6.8	1.8	
16	25	Bronchitis —	3.8	6.8	1.8	
17	25	Arteriosclerosis —	3.9	5.6	1.4	
18	25	Emphysema pulm., insuff. aortae —	3.9	6.6	1.7	
19	25	Tbc. pulmonum —	3.9	7.6	1.9	csak 3 hete beteg
20	25	Myelitis transversa W. —	4.0	7.2	1.8	
21	25	Hemiplegia, W. +	4.0	7.2	1.8	
22	25	Cirrhosis hepat. atr.	4.0	6.0	1.5	nagyon cachexiás
23	25	Tbc. pulm. incip. Vesetubercul. ?	3.9	7.6	1.9	nem lázas u. a. mint 21, új vérvétel
24	20	Hemiplegia, W. +	4.2	8.1	1.9	
25	26	Carcinoma ventric., anaemia gravis —	3.9	6.4	1.6	klin. diagnosis
26	26	Tbc. pulmonum —	4.0	7.8	1.9	24 órás serum!
26 esetből 21 nem tbc. = 80.8%, 5 tbc. = 19.2%						
<b>II. csoport. V. qu. 2.0—2.5</b>						
27	25	Habitus phthisicus, nyirokcsomók —	3.3	6.8	2.06	lázatlan sectio
28	25	Meningit. basilaris	3.5	8.2	2.34	
29	25	Lues, W. +	4.0	8.4	2.1	
30	25	Anaemia luet. gravis, W. +	3.8	9.2	2.42	
31	25	Tabes dors., W. —	4.0	8.0	2.00	
32	25	Bronchitis, emphysema —	4.0	9.2	2.3	
33	25	Ischias, W. —	3.8	8.0	2.1	
34	20	Lues, W. +	4.2	9.6	2.2	Serum tejszerűen zavaros
35	20	Dystrophia muscularis, W. +	4.0	9.6	2.4	
36	19	Friedreich-f. ataxia	3.9	8.8	2.2	
37	21	Scler. polyinsularis	4.4	10.8	2.45	
38	21	Carcinoma hepatis	4.6	10.4	2.26	nem cachexiás, operatio
39	22	Tabes dors., W. +	4.0	8.1	2.0	
40	25	Syringomyelia —	4.3	8.8	2.04	
41	25	Akromegalia —	4.0	9.6	2.4	
42	25	Nephritis chronica, bronchitis —	4.1	9.2	2.2	
43	25	Epilepsia —	4.2	10.4	2.4	
44	23	Psoriasis, nephritis chronica —	4.0	8.0	2.0	
45	23	Ulcus ventriculi —	4.0	8.0	2.0	
46	25	Abscessus frig. abdominis —	4.0	9.0	2.25	operatio
47	21	Scarlatina —	4.1	8.4	2.04	
48	22	Caries manus —	3.7	8.4	2.3	post operat. láztalan
49	22	Lues II. —	3.6	7.6	2.1	
50	22	Lymphosarcoma —	3.6	8.4	2.3	nagyon cachexiás
51	22	Sepsis —	3.9	8.0	2.05	
52	25	Insuff. valv. aortae	3.9	8.6	2.2	
53	25	Stricturea oesoph., veros. carcinoma	3.8	8.2	2.1	
54	25	Tbc. pulmon. cum vitio cordis —	3.9	8.8	2.2	lázatlan



Szám	Szoba-hő-mérsék C°		A viscositas a vizfürdő előtt = V <sub>1</sub>	A visc. 1 1/2 órai vizfürdő után = V <sub>2</sub>	V. qu.	
55	25	Carc. ventriculi ...	3.9	9.2	2.3	cachexiás
56	25	Phthisis florida ...	3.8	8.2	2.1	
57	25	Tbc. pulmonum ...	4.0	8.8	2.2	serum kissé sanguinolens
58	25	Lues latens, W. —	4.2	10.0	2.3	
59	20	Tbc. pulmonum ...	4.1	10.0	2.4	
60	20	Tbc. pulmonum ...	4.3	9.4	2.2	
61	22	Tbc. pulmonum, peritonitis tbc. ...	4.0	8.8	2.2	
62	24	Tbc. pulmonum ...	4.0	9.6	2.4	u. a. mint 26, de 5 órás serum
63	24	Hysteria ...	4.0	8.0	2.0	
64	26	Icterus 6 hó óta, W. —	4.3	9.6	2.2	

38 esetből: 11 tbc. ... = 29.2%  
21 más betegség ... = 70.8%

## III. csoport. V. qu. 2.5—3.0

Szám	Szoba-hő-mérsék C°		A viscositas a vizfürdő előtt = V <sub>1</sub>	A visc. 1 1/2 órai vizfürdő után = V <sub>2</sub>	V. qu.	
65	25	Lues, W. + ...	3.9	10.2	2.6	serum kissé opaleskál
66	20	Lues W. + ...	4.0	11.2	2.8	24 órás serum
67	25	Ascar. lumbricoides	4.1	10.4	2.5	nagyon lesoványodott nő
68	22	Caries costae ...	3.9	10.0	2.56	post oper. lázt.
69	22	Caries manus ...	3.8	10.2	2.6	post oper. lázt.
70	22	Empyema thoracis, tbc. pulmonum	3.7	9.6	2.56	subfebrilis
71	22	Paralysis n. facialis post otitid. mediam ...	3.7	11.0	2.9	
72	22	Emphys., bronchit. diff., tbc. ? ...	4.0	11.6	2.9	
73	25	Insuff. valv. aortae	4.0	10.8	2.7	lázás
74	25	Tbc. pulmonum ...	3.9	10.0	2.56	
75	25	Tbc. pulmonum ...	4.2	11.0	2.6	
76	25	Tbc. pulmonum ...	4.0	11.2	2.8	
77	25	Tbc. pulmonum ...	4.0	10.4	2.6	serum kissé sanguinolens igen chron., lázas
78	25	Tbc. pulmonum ...	4.0	11.2	2.8	
79	20	Tbc. pulmonum ...	4.3	12.2	2.8	
80	24	Tbc. pulmonum ...	4.2	11.2	2.66	chron. lázas, progred.
81	24	Tbc. pulmonum ...	4.2	12.0	2.8	chron. lázas, progred.
82	24	Tbc. pulmonum ...	4.0	11.2	2.8	chron. lázas, progred.

18 eset közül: 12 tbc. ... = 66.7%  
6 más betegség ... = 33.3%

## IV. csoport. V. qu. 3.0—4.0

Szám	Szoba-hő-mérsék C°		A viscositas a vizfürdő előtt = V <sub>1</sub>	A visc. 1 1/2 órai vizfürdő után = V <sub>2</sub>	V. qu.	
83	21	Phthisis pulmonum in ultimis ...	3.4	11.2	3.29	
84	20	Tbc. pulm., bronchiectasia ...	4.4	16.4	3.72	
85	22	Tbc. pulmonum ...	4.4	14.0	3.18	
86	25	Tumor abdominis	4.3	16.8	3.9	
87	25	Carcin. oesophagi	4.0	12.4	3.1	nagyon cachexiás post oper. elég jól van előrehaladt, lázt.
88	25	Peritonitis tbc. ...	4.0	15.6	3.9	
89	21	Tbc. pulmonum ...	4.0	15.0	3.75	
90	22	Tbc. pulmonum ...	4.0	12.0	3.0	
91	22	Tbc. pulmonum ...	4.0	14.0	3.5	
92	22	Insuff. valv. aortae	4.1	15.2	3.7	subfebrilis
93	25	Tbc. pulmonum ...	4.0	14.5	3.6	
94	25	Tbc. pulm., bronchiectasia ...	4.1	12.4	3.07	u. a. mint 84, 2 héttel később javult
95	25	Tbc. pulmonum ...	4.2	14.6	3.4	u. a. mint 105, 2 héttel később
96	20	Tbc. pulm. retractio thoracis ...	4.3	16.0	3.7	
97	22	Tbc. pulmonum ...	4.4	13.6	3.06	5 órás serum
98	22	Tbc. pulm. haem.	4.3	16.0	3.7	5 órás serum
99	24	Tbc. pulmonum ...	4.1	12.6	3.06	chron. progred., lázas
100	24	Tbc. pulmonum ...	4.4	15.2	3.4	chron. progred., lázas

Szám	Szoba-hő-mérsék C°		A viscositas a vizfürdő előtt = V <sub>1</sub>	A visc. 1 1/2 órai vizfürdő után = V <sub>2</sub>	V. qu.	
101	24	Tbc. pulmonum ...	4.2	16.0	3.8	chron. progred., lázas
102	24	Tbc. pulmonum ...	4.0	12.0	3.0	chron. progred., lázas
103	24	Tbc. pulmonum ...	4.3	13.2	3.07	u. a. mint 97, 24 órás serum

21 eset közül: 18 tbc. ... = 85.7%  
3 más betegség ... = 14.3%

## V. csoport. V. qu. &gt; 4.0

Szám	Szoba-hő-mérsék C°		A viscositas a vizfürdő előtt = V <sub>1</sub>	A visc. 1 1/2 órai vizfürdő után = V <sub>2</sub>	V. qu.	
104	19	Ált. nyirokcsomó-megnagyobbod., lázak, vérzések, W. —	4.2	26.0	6.1	fehér vérszám rendes
105	19	Tbc. pulmonum ...	4.3	26.0	6.04	
106	22	Tbc. pulmonum ...	4.4	22.8	5.18	
107	25	Contractura genus post arthr. tbc. ...	4.0	56.0	14.0	
108	25	Empyema thoracis, tbc. pulmonum ...	4.0	20.0	5.0	
109	21	Tbc. pulmonum ...	4.2	26.0	6.1	kissé véres serum, Beranek-serummal kezelve
110	21	Tbc. pulmonum ...	4.1	19.0	4.6	Beranek, lázt.
111	25	Tbc. pulmonum ...	4.0	20.0	5.0	Beranek
112	24	Tbc. pulmonum ...	4.4	28.0	6.3	chron. progred., lázas
113	24	Tbc. pulmonum ...	4.3	20.4	4.7	chron. progred., lázas
114	24	Tbc. pulmonum ...	4.1	17.2	4.1	chron. progred., lázas
115	24	Tbc. pulmonum ...	4.4	25.0	5.7	chron. progred., lázas
116	24	Tbc. pulmonum ...	4.4	32.0	7.8	chron. progr., lázas, 5 órás serum
117	24	Tbc. pulmonum ...	4.0	20.0	5.0	
118	26	Tbc. pulmonum ...	4.5	22.5	5.0	u. a. mint 116, 24 órás serum

15 eset közül: 15 tbc. ... = 100%  
más betegség ... = 0%

igazán a specifikus antigen szerepét játszsza, azt legjobban megvilágítják a következők.

Végeztünk kísérleteket syphilitikus antigennel is (Lesser-féle syphilitikus alcoholos foetalis májkivonat), azonban luesben nem kaptunk oly állandó értékeket, mint tuberculosisban. A fő hiba, hogy csak igen kevés esetben kaptunk oly magas V. qu.-t, mely erősebben elüt egyéb betegségekben észlelt V. qu.-tól. Viszont feltűnő, hogy tuberculosis egyének vérsavója lueses antigennel is feltűnő magas értéket ad. A normalis érték, lueses antigent használva, 1.5—2.0 között ingadozik; ha ennél lényegesen magasabb értéket kapunk (2.5—3.0) és tuberculosis kizárhatunk, nagy valószínűséggel syphilitus állapotban állunk meg.

Normalis értékek pl. a következők:

35. Dystrophia muscul. progr. lueses kivonattal	2.9—5.6 = 1.93
tuberculinnal	4.0—9.6 = 2.4
33. Ischias	2.8—5.0 = 1.79
	3.8—8.0 = 2.1
37. Sclerosis polyinsularis	2.9—5.6 = 1.9
	4.4—10.8 = 2.4

Lueses egyének ilyenféle értékeket kapunk:

63. Lues II., W. +, lueses kivonattal	2.7—5.6 = 2.07
tuberculinnal	3.9—10.2 = 2.61
29. Lues latens, W. +	2.7—5.0 = 1.85
	4.0—8.4 = 2.1
3. Lues latens, W. +	2.7—7.4 = 2.7
	3.3—4.6 = 1.4



Tuberculosis egyéneken ilyenfélék az értékek:

104. Tuberculosis lymphoglandularum	lueses kivonattal	3·0—10·4 = 3·4
	tuberculinnal	4·2—26·0 = 6·1
83. Tuberculosis pulmonum		2·5—7·4 = 2·9
		3·4—11·2 = 3·29
105. Tuberculosis pulmonum		3·0—9·4 = 3·1
		4·3—26·0 = 6·04

Volt egy esetünk (30.), melyben rendkívül súlyos anaemiát találtunk, 1,000.000 piros véresejttel, 15% haemoglobinnal; a szervezetben egyéb objectiv eltérés nem volt kimutatható. A Wassermann-reactio erősen positiv volt. Salvarsan intravenás alkalmazása után szépen megjavult az állapota. Ezen esetben a következő értékeket kaptuk:

lueses kivonattal	2·8—8·0 = 2·85
tuberculinnal	3·8—9·2 = 2·42

Mindkét reakciónál ugyanaz az alkoholmennyiség szerepelt és mégis lueses antigennel feltűnő magas értéket kaptunk, míg tuberculinnal teljesen normalis értéket. A lueses kivonat tehát mint valódi specifikus antigen szerepelt. A 3. sz. eset szintén jól beválik ennek illusztrálására.

A reactio végzésekor szem előtt kell tartani még a következőket:

1. Nagy vigyázat fordítandó arra, hogy a serumok suspendált alkotórészeket ne tartalmazzanak, sem fibrinczafatokat, sem pedig a levegőből bejutható pizokrézleteket, pl. koromszemcséket, melyek azt okozhatják, hogy a viscosimeter capillarisanak részleges vagy teljes eltömülése miatt feltűnő magas viscositás-értékeket kapunk. Kissé opaleskáló vagy vérfestékes serumok eddigi tapasztalataink szerint nem zavarják a reactiót.

2. A serumok activ állapotban vizsgáltassanak, 6—7 óránál régiebbek ne legyenek (eddig a serumokat mindig a délelőtti órákban vettük).

3. A vízfürdő hőmérséklete 37° C legyen. Ingadozhatnak 36·5°-tól 37·5°-ig.

4. A tuberculin-alkohol-konyhasóoldat keverék elkészítésekor mindegyikből kissé több mérendő le (száraz pipettával!), mint a mennyi tulajdonképpen szükséges, mert körülbelül 0·5 cm<sup>3</sup> folyadék úgy eloszlik az epruvetta falán, hogy pipettával nem szívható fel. Ha tehát pl. öt vizsgálandó serum van, akkor nem 1 cm<sup>3</sup> tuberculint, 0·5 cm<sup>3</sup> 0·9% NaCl-t és 1 cm<sup>3</sup> alkoholt mérünk le, hanem 1·1 cm<sup>3</sup> tuberculint, 0·55% NaCl-t és 1·1 cm<sup>3</sup> alkoholt.

5. A kis epruvetták, melyekbe a serumot mérjük, a vizsgálat előtt 0·9% NaCl-oldattal átöblítendő, de azután a folyadék belőlük lehetőleg tökéletesen eltávolítandó, a gummidugó megtörendő, mert már csekély konyhasóoldatfelesleg is észrevehető módon módosítja a viscositás értékét.

6. A használt üvegcapillariskok kitisztítására nagy gondot kell fordítani, vagy mindig újakat használni. Leghelyesebb fújtató-ballonnal a kísérletek után a capillariskok tartalmát kifujtatni, majd liquor ammoniacae-oldatba beállítani őket, hol 10—20 óráig maradnak. Ha a csöveket használni akarjuk, fújtató-ballonnal jól kifuvatjuk az ammoniacát és kívülről szárazra töröljük.

7. A viscosimeter capillarisa és üvegcsöve minden 30—40 kísérlet után concentrált salétromsavval megtisztítandó, mert a liquor ammoniacae nem tisztítja ki teljesen a visszamaradt serumrészeket és így lassanként a capillaris lumenének megsűkülése jön létre.

**Összefoglalás.** 1. 0·2 cm<sup>3</sup> 5 órás activ serum + (0·2 cm<sup>3</sup> altuberculin + 0·2 cm<sup>3</sup> alkohol absolut. + 0·1 cm<sup>3</sup> 0·9%-os NaCl-oldat) keverékének viscositását szobahőmérséklen, majd 1½ órai 37° C. vízfürdőben való állás után megmérve, a két viscositási érték viszonyba állításával kapjuk a viscositási quotientst. (V. qu.)

2. A V. qu. értéke bizonyos határon túl eddigi tapasztalataink szerint a szervezetnek csak tuberculosis megbetegedéseiben fordul elő.

**Közlemény a budapesti egyetem I. számú belgyógyászati klinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly dr. egyet. tanár, udv. tan.)**

### Kísérletek a bőr nyirokkeringésének klinikai vizsgálására.

Irta: *Dalmady Zoltán dr.*

*Ha híg adrenalin-oldat kis mennyiségét a bőrbe fecskendezzük, a bőrön ugyanolyan rajz fejlődik ki — csak hogy fehér színben —, a minőt lymphangioitisnél szoktunk látni. Keletkezése minden valószínűség szerint analog a lymphangioitis rajzának keletkezésével, csak hogy kísérletünkben vérszűkítő, a nyirokkeringésnél pedig vértágító anyagok mozognak a nyirokutakban.*

**Technika.** Az oldat: Tonogen Richter 1 rész, steril physiologiás konyhasó-oldat 4 rész. 1/10 cm<sup>3</sup> oldatban van 0·02 milligramm adrenalin. Hígabb oldatok csekély kiterjedésű, elmosódott rajzot adnak; töményebb oldatoknál a rajz élesebb, de lassan fejlődik ki.

A befecskendezéskor sterilen dolgozunk. Igyekezünk kell a stratum subpapillare corii-ba jutni. Mélyebb szúrásnál a kísérlet nem sikerül, fölületesebb oltásnál, főleg ha csak a hám alsó rétegeibe jutottunk, csak lassan és tökéletlenül fejlődik ki a rajz.

Adag: 1/10 cm<sup>3</sup>.

A befecskendezés fájdalmas.

Legalkalmasabb helynek találtam az alkar hajlító felszínét néhány ujjnyival a kéztőizület fölött. Itt szokott a lymphangioitis is a legjobban látszani. Kísérleteimet csaknem kivétel nélkül az alkaron végeztem.

**Jelenségek.** A befecskendezés nyomán fillérnyi fehéres folt támad, mely néhány percz múlva szabálytalanná lesz. A foltból fehéres nyúlványok nőnek a nyirokáramlás irányában s elágazva meg megint összefolyva, néha 40 cm. hosszúságban mutatják a nyirokutak lefutását. A rajz teljes kifejlődéséhez 15—20 percz idő kell. Ez idő múlva már helyenként halványodik s végül körülbelül 1 óra alatt teljesen eltűnik a rajz.

A vonalak fejlődése, terjedése rendszeren úgy történik, hogy apró világos foltok sora jelenik meg, melyek egyre élesebbé válva, határozott fehér csíkká folynak össze. Ugyanakkor már távolabb fejlődik ki a foltok sora. E jelenséget elég nehéz s csak gyakorlott szemnek sikerül észrevenni. Az igen élesen kifejlődött vonalakon, valamint a szűrés környékén lúdbőrösség támad. Előfordul, hogy a csík nem folytonos. Bár a vonalak rendszeren a vénákat követik, ez tévedésre nem adhat okot.

**Megfigyelések és kísérletek.** A fehér vonal végső pontja nem az adrenalin elterjedtségének a végső pontja. Ha a kart a fehér vonal végén *Esmarch* szerint lekötöm, a fehér csík a kötésen túl is megjelenik 2—5 cm. kiterjedésben, vagyis az adrenalin már följebb volt, mint a csík jelezte. A nyirokáramlás gyorsaságának pontos mérésére az eljárás nem alkalmazható. Az adrenalin az egész szervezet nyirokkeringését lassítja (*Tomaszewski* és *Wilenko*: Berliner klin. Wochenschrift, 1908. 26. sz.), kísérletünkben pedig eo ipso befolyásolja. Mutatja ezt az is, hogy minél koncentráltabb oldatot használunk, annál lassúbb a terjedés, de annál élesebb a rajz.

Azonos körülményeket véve, mégis csak tájékozódhatunk a nyirokkeringés gyorsaságáról. Szívmagasságig emelt mozgatlan alkaron 80 egészséges emberen végzett kísérletben perczenként 2—3 cm.-nek találtam a csík terjedési sebességét. Kivételesen lassúbb (1·3 cm. minimum) vagy gyorsabb (6 cm. maximum).

Mozgás, tornáztatás jelentékenyen gyorsítja a vonal terjedését és a csíkot elágazóvá, néha szakgatottá teszi.

A massage gyorsít s főleg ha erős, egészen eltörölheti a csíkot, úgy hogy helyette nagy területre elszórt kölesnyifillérnyi fehéres foltok jelennek meg.

*Bier*-féle pangás alatt a csík a kötés helyéig kifejlődik,



de terjedése lassúbb, a csík elágazóbb, szélesebb, elmosódottabb; színe, a míg a pangás tart, szürkés. Úgy látszik, ilyenkor könnyebben támad a lúdbőrösség. Oldás után a terjedés és az eltűnés is gyorsabb. A csík fölé alkalmazott szívóharang visszaáramlást is okoz s a csík a harang belső szélén körbe terjed.

Az adrenalin ily kis adagban s ily lassan eloszolva alig okozhat bajt. A vérnyomás, a karon mérve, 20—30 mm.-rel emelkedik, de ennek is, legalább részben, psychés okai lehetnek.

Azt hiszem, eljárásom fontossággal bírhat a bőrgyógyászati tudományokban, a vér- és nyirokkeringést módosító belső betegségek tanulmányozásában, gyógyszereknek és physicalis beavatkozásoknak a nyirokkeringést befolyásoló hatása kutatásában. Ez utóbbi irányban folytatom kísérleteimet.

### Közlemény a fővárosi szent István-kórház IV. sebészi osztályáról. (Főorvos: Hüttl Hümér dr.)

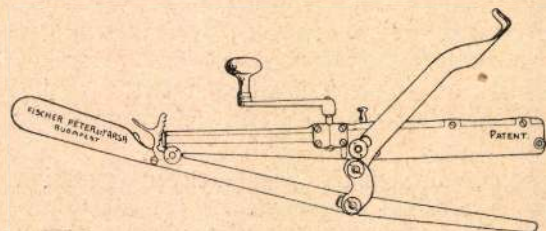
#### Hüttl-féle varróműszerrel végzett pylorotomia.

Irta: *Keppich József dr.*, műtő, alorvos.

Gyomorrák gyökeres műtétéhez Hüttl varróműszerét\* első ízben 1908-ban használta, mely esetről Ádám dr. a magyar sebésztársaság II. nagygyűlésén számolt be. A Budapestben tartott XVI. nemzetközi orvoscongressuson Hüttl már 21 esettel rendelkezett. Varróműszerrel operált eseteinek száma azóta állandóan növekedett. Hüttl szíves megbízásából nekem is volt alkalmam egy pylorus-carcinómát ezen varróműszerrel megoperálni. Eddigél gyomorműtétet varróműszerrel nem csináltam, technikáját azonban Hüttl osztályán láttam s azt magam is olyan egyszerűnek tapasztaltam, a mint azt Hüttl idevonatkozó közléseiben leírja. A műtét végzésekor nehézségek egyáltalában nincsenek, gyomortartalom és gyomorlumen még csak a szemünk elé sem kerül, a kéz és varrófonál infektója a nyálkahártya metszéspontja által a minimumra van redukálva, a hasüreg, a hasfalak infektójának veszélye majdnem kizártnak mondható. Erősen megrövidíti a műtét tartamát, a minek a műtét sikerére való befolyását külön ki sem kell emelnem. Különösebben begyakorlott assistentia sem szükséges, mert nincs is alkalom hibák becsúszására.

Esetem a következő: G. S. 43 éves napszámosnő, 1½ éve vannak gyomorégései, savanyú felbőfőgései, fél éve két-háromnaponként egyszerre nagyobb mennyiségeket szokott hányni. Az utolsó hónapokban a hányást megelőzőleg gyomortáji görcsös fájdalmakról panaszkodik, mintha ágaskodnék benne valami, ha pedig a hányás beáll, ez nagy megkönnyebbülést okoz. Az utolsó időben rohamosan lesoványodott. Véres hányadékról avagy véres székről nem tud. Éhgyomorra 150 köbcentiméternyi, durván emésztett gyomortartalmat találunk. A próbareggeli után a 150 köbcentiméternyi, különféle ételrészeket tartalmazó gyomortartalomban szabad sósav nem mutatható ki, az összaciditás 30, a tejsavpróba pozitív. A gyomor fel-

\* A műszer egy párvonalas fogó, szárait emeltyű zárja, melynek segítségével a közéjük helyezett gyomrot, avagy belet vékonyná prelselhetjük.



A felső karban a készítendő varrat U alakú drót kapcsai vannak elhelyezve, ezeket a forgató emeltyű működtetésével előre kilöki, a közéjük helyezett bélrészleten keresztülszúrva, az alsó karban elhelyezett rovaték a kapcsok hegyét behajlítva, a kapcsot zárja.

fívása erősen tágult gyomrot mutat. Tumor nem tapintható, csupán a jobb bordaív szélénél, a parasternalis vonaltól kissé kifelé homályos resistentia, ugyaníft csekély érzékenység. A bismuth-Röntgen-vizsgálat (*Fischer dr.*) erősen tágult, ptosisos gyomrot mutat, melynek pylorus-része egyáltalában nem fogadja magába a bismuthos ételt, peristaltikája renyhe, antrumperistaltika nem látható. Ételfelvétel után 7 órával a bismuth változatlanul a gyomorban van.

A csupán másfél éve fennálló gyomorpanaszok, a gyors lesoványodás és Röntgen-lelet alapján diagnosisunkat valószínűleg tumor által feltételezett pylorus-szűkültre tettük. 1911 július 13.-án chloroformnarcosisban hajtottam végre a műtétet. A hasat a köldök és a processus xiphoides között nyitottam meg, a gyomor rendkívül tág, a jól mozgatható pyloruson kis tyúktójasnyi, circularis elhelyeződésű daganat van, mely a pylorust majdnem teljesen elzárja. A kis curvatura mentén mirigyek nem tapinthatók, a tumorhoz közel, a nagy hajlat mentén, néhány borsó-babnyi mirigy. Másutt áttéti gócot nem találván, a daganat eltávolítását határoztam el. A ligamentum gastrocolicumot klammerek között úgy vágtam át, hogy a mirigyek az eltávolítandó gyomorrészleten rajta maradjanak, majd felhaladtam a nagy hajlathoz, az arteria gastroepiploicát átvágtam, néhány centiméternyi darabon a ligamentumot a nagy hajlathoz teljesen leválasztottam, hogy úgy a gép részére, valamint a csonkoknak sero-serosával való pontos borítására helyem maradjon. Azután a duodenumot mobilizáltam és a kis hajlat mentén annyira haladtam fel, hogy a gépet lehetőleg sagittalis irányban alkalmazhattam. A gyomor szélét itt is szabaddá tettem. A gyomrot a műszer két szára közé szorítva, a forgató emeltyű három és félszeri megforgatása után a műszert eltávolítottam, a maradék és eltávolítandó rész a legexactabban el volt varrva, a műszer nyomása még csak kis nedvszivárgást sem okozott. S mindez néhány pillanat műve. A két varrat között a gyomrot átvágtam, az eltávolítandó részletet jobb felé kihajlítottam, a maradék csonkot egy sor sero-serosus varrattal fedtem a két csücsöktől elindulva. A duodenummal ugyanígy jártam el. Ehhez a kisebb műszert használtam. A műszer itt is kifogástalanul működött, a duodenalis csonkot szintén egy sor tova futó sero-serosus varrattal fedve nyugodtan elsülyeszthettem. Ezután gastroenteroanastomosis antecolica anteriori végzettem két rétegben való varrással. Mindig ezen eljárást használjuk, mivel a varrat legexactabban így vihető ki. A ligamentum gastrocolicumban támadt nyílást néhány varrattal elzárva, a hasfalat silk-öltésekkel rekonstruáltam.

A kiirtott daganat kis tyúktójasnyi, a pylorust majdnem teljesen körülfogja, a lument alig fél centiméternyi átmérőjűvé szűkíti. A szövettani vizsgálat a tumorban és a nagy hajlat mentén levő mirigyekben adenocarcinoma cylindrocellulare mutatott ki. (*Schütz dr.*)

A lefolyás teljesen zavartalan, a beteg hőmérséke 36,8 fok fölé sohasem emelkedett, a pulsus 92-nél több egyszer sem volt. A műtétet követő napon néhányszor hányt és csuklott, mihelyt a narcosis ezen kellemetlenségei elmúltak, a műtétet követő második napon a szájon át táplálkozott, fenjárt. Hat nap múlva a teljesen reactionentes sebből a varratokat eltávolítottam. A beteg rohamosan gyarapodott és erősödött. Július 27.-én bismuth-Röntgen-vizsgálatot végeztünk. (*Fischer dr.*) A gyomor csak gyermektenyérynnyi nagyságú üreget mutat, a mely közvetlenül folytatódik egy bélkacsba; a kiürülés igen gyorsan történik.

Tapasztalataimat a következőkben foglalhatom össze:

1. A Hüttl-féle varróműszer alkalmazása a műtét tartamát erősen megrövidíti.
2. Az asepsist szinte tökéletessé teszi, különösen azáltal, hogy az eltávolítandó részlet tökéletesen el van zárva; a mások rajta lógó nagy műszerek nem foglalják el a műtét területét.
3. Gyakorlatlanabb assistentiával is nagy biztonsággal lehet operálni.



## Psychotherapiás irányzatok.\*

Irta: *Donath Gyula* dr., egyetemi tanár.

Ha szemügyre vesszük azokat az erőket, melyek jelenleg a neuro- és psychopathologia, valamint therapia előbbreviteléhez leginkább hozzájárulnak, azok eredője gyanánt tekinthetjük a pszichológiai irányzatot. A fejlődés természetében rejlik az, hogy az összetett az egyszerűből keletkezik és hogy az *anatomiai* megismerés után — mely figyelmét a formák külső észlelésére irányítja — következik a nehezebb, eme képletek működésére irányuló *physiologiai* kérdés és csak azután fejlődhetik ki a *psychologia*, értem különösen ennek kísérleti kialakítását. Így — hogy ez út feltűnőbb határköveit kiemeljük — *Andreas Vesalius*, a tudományos anatomia 16. századbeli megalapítója után következik *Albrecht Haller*, a physiologus a 18. században és *Wilhelm Wundt*, a kísérleti psychologia megalapítója a mi korunkban. Természetesen nem akarom ezzel azt mondani, hogy ennek kezdetei nem mutatkoztak már előbbi culturákban: elég, ha — a csodás görög népnél maradvá — utalunk *Demokritos* anatomiai tanulmányaira, *Galenus* vivisectióira, melyeket állatok gerinczagyán végzett és *Aristoteles*-nek a lélekről szóló műveire, valamint többek között az utóbbinak egy kísérletére, mely szerint egymás fölé csavart ujjakkal tapintva, egy test kettős érzetet ad. S a mi a therapiás irányt illeti, mint a melylyel itt különösen foglalkozni akarok, öntudatlan psychotherapiát suggestiv alakban már az ősrégi időkben gyakoroltak, midőn még legtöbbszörre babonás szerekkel gyógyították a betegeket. De még az okszerű therapia, a melynek alapítójaként *Hippokratészt*, az orvostan atyját ünnepejük, elég gyakran, még ott is, a hol csak somatikus hatást várunk, psychés tényezőt rejt magában, melytől nem lehet teljesen eltekinteni, mert vajjon képzelhető-e, hogy a hippokratesi diaetika és gyógy-eljárások minden csodálatossága és mintaszerű volta mellett tudományunknak e főmestere nem gyakorolt volna psychés befolyást a hozzája jövőkre, ha egy *Plato*, egy *Aristoteles* őt isteninek nevezték, holott boncztoni tudása oly hiányos volt és physiologiai tanai oly sok tévedést tartalmaztak? De nemcsak közvetett, hanem direct psychotherapiát is gyakoroltak az ó-korban. Ezt nemcsak az evangelium szavai bizonyítják, hogy: „Kelj fel, vedd ágyadat és járj!“, hanem a stoikusok páratlan módon tanították a fájdalmaknak és bajoknak philosophiával és erős akarattal való leküzdését. Így *Seneca* írja *Lucilius*-nak<sup>1</sup>: „Vajha bajaidat ne súlyosbítanád magad is és ne terhelnéd önmagadat panaszokkal; könnyű a fájdalom, ha nem tulajdonítunk neki jelentőséget. Sőt, ha bátorságot mérírsz és azt mondod, hogy se baj vagy bizonyára nem nagy dolog, viseljük el, majd el fog mulni“, akkor éppen e hiteddel könnyebbé teszed. Minden a mi felfogásunktól függ, nemcsak a becsvágy, fényűzés és irigység, hanem a fájdalom is. Mindenki csak olyan nyomorúságos, mint a milyennek képzelet magát.“ És lássuk mindjárt, hogyan állítja szembe ezzel *Seneca* a testi betegségek gyógyítását ugyanezen helyen, a mi az akkortájt Rómában gyakorolt görög orvostudományra is világot vet: „Az orvos elrendeli majd neked, hogy mennyit sétálj és mennyi testgyakorlatot végezz, hogy a tunyálkodásnak át ne add magad, a melyre pedig a gyöngéledés könnyen hajlamosít; hogy hangosan olvass, hogy szerveidet, melyek a levegőt vezetik és felfogják, erősítsd; hogy tengeri utakat tégy és beleidet lágy ringatással megrázkódtasd; milyen ételeket élvezz, mikor erősítsd magadat borral és mikor tartózkodj tőle, nehogy köhögésre ingereljen és azt súlyos-

bítsa.“<sup>2</sup> Ennek az antik therapeutikának okszerűsége még ma is csodálatra méltó.

Szent helyeket, titokzatosan susogó berkeket és csobogó patakokat, templomokat már a legősibb culturák kezdetén felkerestek a betegek, hogy ott gyógyulást találjanak. Az ó-kori Hellasban az aklepiádok Epidaurosz Kos szigete szent helyein megfejtték az álmokból, melyeket az ott gyógyulást keresőkre az istenség küldött, hogy miképp gyógyulhatnak meg. És hasonló szerepet vittek az egész keresztény középkoron át a búcsújáróhelyek egész napjainkig, a lourdesi csodatételekig, a melyeket egész modern módon az ott alkalmazott orvosok ellenőriznek és regisztrálnak. Tudjuk, hogy itt suggestiók, azaz oly képzetek hatásáról van szó, a melyek kívülről akár személyek által vitetnek be, akár képzeletizgató dolgok által támasztatnak.

Egészen sajtáságos psychotherapiai hatány a *hypnotismus*. Ismeretes volt már az ókori Indiában, hol a fakirok orrhegyük vagy köldökük nézésében elmerülve, vallásos extasisba hozták magukat. A 18. század vége felé a hypnotismust, a mágneses és elektromos jelenségek akkori megismerésének hatása alatt, az állati magnetismus csodás köntösébe öltöztették és csak körülbelül 60 évvel később ismerték meg lényegét és lehetett azt tudományos alapra állítani. Egy egyszerű manchesteri gyakorló orvos, *Braid* volt az, a ki 1841-ben mesmerista mutatványokat végignéve, csakhamar felfogta e jelenségek mivoltát. Azonnal félretett minden mystikus erőt, mágneses fluidumot s az exact kísérletek és józan megfigyelés álláspontjára helyezkedett. Ő tőle ered ezen állapot előidőzésének biztos módszere, valamely fényes tárgy fixálása által, a mint azt még ma is gyakoroljuk. Ehhez eleinte üvegpalczk nyakát használta, a mely közel a szemek fölé volt megerősítve, hogy a megerősített fixálás kifáradást okozzon. Tőle ered a *hypnotismus* elnevezés, ő fedezte fel az ilyenkor jelentkező érzéstelenséget fájdalmas behatásokkal vagy erős galvan-árammal szemben, az akarathányt, az öntudatlanságot, az ily állapotból való felébredés után mutatkozó emlékezet-kiesést és az emlékezetnek visszaterését, ha az egyén ismét hypnosisba esik. Ő mindjárt gyakorlatilag is alkalmazta ezt, a mennyiben megmutatta, hogy ebben az érzéstelen állapotban nagy operációk fájdalom nélkül vihetők keresztül. Itt azt a tanácsot adja, hogy a beteggel ne tudassuk a műtét időpontját, nehogy az elaltatást a félelem megnehezítse.

Csak az a körülmény, hogy nemsokára azután 1846-ban *Morton* amerikai fogorvos az aetherben, majd a következő évben *Simpson* edinburghi szülész a chloroformban sokkal megbízhatóbb narcoticumot fedezett fel, csak ez magyarázza meg, hogy a hypnotismusnak nemcsak ez a jelensége és ennek gyakorlati értékesítése, hanem úgyszólván az egész dolog annyira feledésbe ment, hogy csak *Hansen* dán hypnotiseur megjelenése a 80-as évek elején tudta újból felkelteni az érdeklődést a hypnotismus iránt és azután sok dolgot, a mit *Braid* már világosan megirt, újból kellett felfedezni.

*Braid* továbbá már az ő „Neurypnologia“-jában leírja, hogy az így elaltatott egyéneken somnambul állapotban úgy túlérzékenység, mint érzéstelenség lehet jelen, az izomerő hihetetlenül fokozva lehet vagy teljesen hiányozhatik, a szerint, hogy a hypnotizáló azt szavakkal vagy oly mechanikai behatásokkal szuggerralja, a melyekkel előbb egy ilyen képzet már társulva volt. Ő már kimutatja, hogy a hőrizgására az alatta lévő izmok összehúzódnak. Tudja, hogy az ily egyénekkal ezen álom bizonyos phasisaiban úgy lehet játszani, mint valamely hangszeren s álmaikat valóságnak lehet előttük feltüntetni. De mindez szerinte tisztán csak az illető egyén physikai és psychés állapotától függ, melynek mystikus universalerökhöz vagy a hypnotiseurból kézmozgásai által kiáramló „mágneses fluidum“-hoz semmi köze sincs. *Braid*

\* Mint elnöki megnyitó előadatott a Budapesti Kir. Orvosegyesület elme- és idegkörtani szakosztályának 1911 febr. 20.-án tartott ülésén.

<sup>1</sup> Lucii Annaei Senecae ad Lucilium Epistola LXXVIII. Noli mala tua facere tibi ipse et te querelis onerare. Levis est dolor, si nihil illi opinio adiecerit: contra, si exhortara te coeperis ac dicere: „nihil est“ aut certe exiguum est, duresmus: „iam desinet“: levem illum, dum putas, facies. *Omnia ex opinione suspensa sunt*: non ambitio tantum ad illum respicit et luxuria et avaritia: ad opinionem dolermus. Tam miser est quisque, quam credit.

<sup>2</sup> Medicus tibi, quantum ambules, quantum exercearis, monstrabit ne indulgeas otio, ad quod vergit iners validudo, ut legas clarius et spiritum, cuius iter ad receptaculum laborat, exerceat ut naviges et viscera molli iactatione concutias, quibus cibis utaris, vinum quando virium causa advoces, quando intermittas ne iritet et exasperet tussim.



az idegrendszer functionalis zavarainak (neuralgiák, functionalis bénulások, nem organikus epilepsiák), valamint némely psychosisnak gyógyítására is tett ezzel kísérleteket. A hypnotismusból való felébresztés hideg légárammal is tőle származik.

Ezen, *Braid* által lerakott szilárd alapokon épült azután tovább hosszú teljes szünetelés után a mű, melynek építői közül többek közt különösen *Liébault*, *Charcot* és iskolája, *Bernheim*, *Wetterstrand*, *Forel*, *Lloyd-Tuckey*, *von Reuterghem*, *Vogt*, *Moll*, *Krafft-Ebing* és hazai bűváraink közül *Högyes*, *Laufenauer*, *Moravcsik*, *Schaffer*, *Jendrassik* említendők. A legfontosabb eredmény itt az a megismerés volt, a melyet főleg *Liébault*-nak és *Bernheim*-nek köszönhetünk, hogy itt félálomról, álomszerű öntudati állapotról van szó, a melyben érzéki benyomások még percipiáltnak és az alsóbb öntudatban feldolgozottnak. Ezt az álmat tisztán verbalsuggestio útján lehet előidézni és az érzékszervek még nyitvatartott kapuján át a hypnotiseur az alvóval úgynevezett „rapport“-ban maradhat, képzeteket kelthet benne, melyekkel szemben a hypnosisban fokozott suggestibilitás áll fenn, minthogy a magasabb, öntudatos lelki működések: az ítélő és akaratképességek ki vannak kapcsolva. Az ily egyén oly lelki automatismust mutat, a mint azt a psychés aequivalensben, a spontán somnambulismusban, az epilepsiás és hysteropilepsiás poriomaniában látjuk.

Ha szem előtt tartjuk már most, hogy az agykéreg úgyszólván a szervezet minden működését befolyásolja, akkor természetesnek fogjuk találni, hogy mily kiterjedt alkalmazásra talál a psychotherapia és így annak egyik különös válfaja, a hypnosis is. *Forel* ezt úgy fejezi ki, hogy a hypnosisban suggestio által az emberi lélek összes subjectiv jelenléteit és az idegrendszer objective ismert funkciójának egy nagy részét is produkálni, befolyásolni vagy megakadályozni tudjuk. Csakugyan eredményesen vették igénybe a hypnosist a psychoneurosisok sokféle csoportjainak és számtalan tüneteinek, nevezetesen a hysteriának, a neurastheniának, a könnyebb természetű melancholiának és hypochondriának, az érzés és képzet rendellenességeiben kifejeződő psychastheniás és degeneratív állapotoknak (félelmi állapotok, kényszerképzetek), a dadogásnak, a foglalkozási neurosisoknak, a nemi ösztön és táplálkozás zavarainak, a toxicomaniáknak (alkoholismus, morphinismus, cocainismus, chloralismus, aetheromania, nicotinismus stb.) gyógykezelésében. Hypnosissal befolyásolhatók továbbá még a tachycardia, az ideges asthma, a secretiók zavarok (nyálfolyás, hyperidrosis), a hórszám és így tovább.

A hypnosis, mely alatt a lelki élet, megszabadulva a magasabb szellemi erők associatív gátlásaitól, úgyszólván nyíltan fekszik előttünk, alkalmas arra, hogy kutassunk rejtett eszmék után, a melyek az alsóbb öntudatba sülyedtek, az egyén emlékezetéből eltűntek, vagy melyeket ő szándékosan elfitkol. Sőt ilyen módon ki lehet deríteni még bűntetteket is, a melyeknek t. i. az illető személy a tanuja, áldozata vagy részese volt. *Breuer* és *Freud* psychoanalytikai módszere felhasználta azt, hogy napvilágra hozzon kellemetlen képzet-complexumokat, melyeket szerintük többnyire sexualis lelki traumák alkotnak s a melyek annak idején affectiv levezetés útján fel nem szabadulhattak, elnyomottak, hysteriás nyilvánulásokba „convertáltattak“ és most öntudatlanul fejtik ki káros hatásukat az egyén lelki életére. Nézetük szerint ezek a sexualis lelki traumák okozzák a hysteriát és az ilyen úgyszólván beszorult affectusnak felszabadítása, a „*leragálás*“ eredményezi a gyógyulást. Később *Freud* már nem is vette igénybe a hypnosist és most mindent, válogatás nélkül elmondhat a beteggel, a mi csak eszébe jut, hogy az orvos ilyen módon jöhessen az elnyomott képzetek nyomára. Bármily érdemes munka is, az emberi lélek legtitkosabb műhelyébe fényt vetni, mégis ezen módszernél túlnagy a veszély, hogy a betegbe olyat magyarázunk bele, a mi nincs is benne és az orvos tévedéseire, valamint a beteg részéről való félrevezetésre bőven van alkalom. A kezelés hosszadalmas is és káros lehet azáltal, hogy fiatal egyének figyelmét még inkább a sexualis képzetekre irányítja, melyeket pedig ilyenkor inkább

ignorálni kellene és hogy ilyen gondolatokkal éppenséggel teletömik őket. Alapos tévedés a dologban pedig az a nézet, hogy a hysteriának lelki sexualis traumák az okai, mert az endogen, többnyire öröklött alapon fejlődik, melynél azután tetszés szerinti psychés shock vagy psychés trauma — a mint azt a traumás neurosisok és hysteriák mutatják — mint agent provocateur szerepelhet. Hiszen bizonyára lehet a shock olykor sexualis természetű is, de melyik fiatal egyének nem volt egyszer ilyen élménye? Mindenesetre nélkülözhető a psychoanalytikai módszer a therapiában és a céljt éppen az ellenkező úton érhetjük el, a mennyiben a beteget megtanítjuk és biztatjuk, hogy erős akarattal, figyelmének elterelésével, hasznos foglalkozással a kellemetlen emlékeket Lethe vizébe sülyeszse.

Valamennyi eddig említett psychotherapiás eszközöket és módszereket felülmúlja a *rationalis psychotherapia*, a mint azt *Dubois* Bernben elnevezte és évtizedekig tartó munkával rendszeresen felépítette. Melegen érző és mélyen gondolkodó orvosok mindig gyakorolták, a gyakorlati philosophia a legrégebb idők óta tanítja, de csak korunkban, különösen a psychoneurosisok beható tanulmányozása folytán tudott kifejlődni s ebben különösen *Rosenbach*, *Strümpell*, *Binswanger*, *Löwenfeld*, *Oppenheim*, *Paul-Emile Lévy*, *Payot*, *Buttersack* szerzett magának érdemet idevonatkozó dolgozataival.

A rationalis psychotherapia abból az alpból indul ki, hogy azon betegségekben és anomáliákban, melyeket *Dubois* a psychoneurosisok néven összefoglal, nem a központi idegrendszer materialis megbetegedéséről vagy a peripheriás idegek vagy sympathikus idegrendszer vagy egyéb szervek betegségről van szó, hanem a lelki élet elsődleges zavaráról, a szellemi alkat rendellenességéről. A therapiás behatásnak tehát főleg erre a ferde felfogásra, helytelen következtetésre és akarásra kell irányulnia. E psychés zavar forrása az *aggódás*, a *félelem* és különös ismertető jelei a psychoneurosisoknak: a *suggestibilitás*, *kifáradás*, *érzékenység* és *emotivitas fokozottsága*. A gyógyeredményt a rationalis psychotherapia nem a szuggerálás, a *bebeszélés*, hanem a meggyőzés, a *rábeszélés* által éri el. Én a suggestiót, akár hypnosisos, akár ébersuggestiók alakját vegyük, szellemi idegen testhez hasonlítanám, a melyet a legközelebbi alkalommal az egyén kiteszít hat magából, míg a meggyőzés, a mely a beteg értelméhez szól, szellemileg feldolgozódik és maradandóan assimiláltatik. Meggyőzés útján megtanulja a beteg, hogy betegsége nem szervi eredetű, megszüntetésére sem heroikus gyógyszerek, sem physicalis gymmodok vagy sebészi beavatkozások nem szükségesek, hogy az csak félelem, bátortalanság, téves felfogás, akaratgyöngöcs és helytelen akarás által van feltételezve és hogy a betegnek komoly akaratmegfeszítése a zavart minden további nélkül végleg megszüntetheti. Ezen cél elérésére keltsünk egyszersmind altruistikus érzelmeiket és érdekeiket az egyénben, hogy elvonjuk figyelmének egoista concentrációját beteges énjétől. Épp így ráveszünk egy gyógyítandó alkoholistát arra, hogy valamely alkoholelles egyesülethez csatlakozzék és így mások megmentésével saját gyógyulását megerősítse.

Míg a suggestio, mely azt a látszatot kelti, mintha a gyógyulás talán bizonyos suggestiv manipulációtól függene, tulajdonképpen jámbor csalás, mely csak azáltal válik erkölcsileg elfogadhatóvá, hogy csupán a beteg érdekében történik, addig a rationalis psychotherapia, melynek eszközei és céljai mindenki előtt nyilvánvalók, mentes ezen az orvost nyomasztó erkölcsi feszélytől. Az ilyen kezelésmódot például az orvos, ha hasonló helyzetben neki ajánlanák, auguri mosolylyal visszautasítaná, holott az őt kezelő kartársnak tényekre alapított logikus argumentációját szívesen fogja acceptálni. Ezt a módszert mindenféle műveltségű betegen lehet alkalmazni, ha az orvos ügyes, egyénileg megválasztott módon tudja bizonyító okait és hasonlatait előadni. A betegnek ezen kezeléshez bizonyos fokú intelligentiával kell bírnia, a mint az minden egyszerű érzési vizsgálathoz is igényeltetik. Természetesen pontos vizsgálat útján megállapított diagnosis szükséges ehhez és hogy az orvos tudá-



sával és föllépésével feltétlen bizalmat keltsen a betegben. Ez a dialektikai módszer az orvos részéről nagy türelmet, szelidséget, állhatatosságot és ötletességet igényel, hogy a szembenálló autosuggestiókat és ellenokoskodásokat a betegben legyőzze, ennek fejében ez a szellemi orthopaedia tartós eredménnyel kecsegtet. S nem vagyunk kitéve recidiváknak idegen káros ellensuggestiók vagy beteges autosuggestiók által. E kezelésnek rendszerint *conditio sine qua non*-ja, hogy a beteget környezetéből eltávolítsuk, a mi legjobban kórházban vagy sanatoriumban való elhelyezéssel történik, hogy ezzel biztosítsuk a beteg psychotherapiás befolyásolását, menten minden idegen zavarástól; ezenfelül *Dubois* az egyes eset követelményeihez képest még ágynyugalmat és túltáplálást is javasol.

E psychotherapiás kezelés mellett jogosult valamennyi többi gyógyszeres vagy physicalis kezelésmód is, a melyeket egyes tünetek különösen indikálttá tesznek, s nem kell mindjárt a másik szélsőségbe esni, a mely felé *Dubois* közeledik és mindezeket fölöslegesen bélyegezni. Lehet ezeknek a gyógyszeres közölközéseknek mellesleg az ő suggestiv szerepüket is játszani engedni, de mindig kell tudnia az orvosnak és a betegnek egyaránt, hogy a fődolog a psychotherapia marad és a mint azt előadásaimban mondani szoktam, az összes többi gyógytényezőt a psychotherapiával együtt kell a betegnek nyújtani és azokat ez utóbbi adjuvansainak tekinteni. Végre is a beteg meggyőzése sok időt és munkát követel, úgy hogy a többi gyógytényező psychotherapiás segítségét nem szükséges elutasítani. De még az orvostudománynak minden más ága, sőt maga a sebészet az ő fényes eredményeivel sem nélkülözheti teljesen a psychotherapiát, mert a sebészek is a műtét előtt és után tanácsos támogatni, bátorítani, megnyugtani és vigasztalni kell betegeit, mert hiszen az, a mi az orvoshoz viszi a beteget, végelemzésben mindig szenvedés és fájdalom, tehát psychés elem, melyet psychésen kell befolyásolni. És így látjuk, hogy az orvostudomány, psychologia és a gyakorlati philosophia közötti kapcsolat korunkban nemcsak hogy meg nem lazult, hanem mind szorosabbá válik.

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

**A bőrbetegségek gyógyítása.** Irta: *Justus Jakob* dr. Budapest, 1911. Singer és Wolfner kiadása.

A jelen munka a már néhány esztendő óta folyamatban levő és nagy sikerrel szerkesztett „*Therapia*”-nak (*Therapia*, a gyógyító tudományok könyvtára. Szerkesztik: *Justus J.* dr. és *Szereb Zsigmond* dr.) IX. kötete.

Ez a legújabb kötet csak fokozza a teljes dicséretet érdemlő magyar orvosi irodalmi vállalkozás eddigi sikereit. A munkát a czélszerűség és a gyakorlati igénynek teljes kielégítése jellemzi. Különösen értékes és a gyakorló orvos szempontjából fölötte hasznos a mintegy 2 $\frac{1}{2}$  ivre terjedő bevezetés, mely az általános dermatoterapiának rövid, jól csoportosított áttekintését adja. E fejezet hivatása, hogy megismertesse az olvasóval egyfelől mindazokat a specialis therapiás eljárásokat és fogásokat, melyeket a bőrbajos beteg ápolása igényel, másfelől az egyes fontosabb dermatoterapiás szerek lényegszerinti hatását és föladatát. Az általános rész kétségtelenül a munka legsajátosabb része, mely nemcsak a szerző nagy tapasztalására támaszkodik, hanem azokra a traditiókra is, melyeket *Schwimmer* iskolájának követői megöriztek.

A mintegy 14 ivre terjedő munka különös része kellő csoportosításban ismerteti az egyes bőrbántalmak therapiáját, még pedig a baj fontosságának megfelelően hol kellő részletességgel, hol pedig csak rövid összefoglalásban. Az egyes fejezetek mind élénken s kifejező stílusban vannak megírva, úgy hogy az olvasóra fárasztóan sohasem hatnak. Élénkíti a

tárgyalást a személyes tapasztalások gyakori közbeiktatása, valamint a megfelelő receptformulák részletes reproductiója is. Bár általában a könyvnek minden része jól sikerült, mégis kiemeljük az eczema fontos fejezetének részletes és alapos tárgyalását, mely kétségtelenül legjobban sikerült része a műnek. Kifogást a könyvnek egyetlen része ellenében sem emelhetünk, ha csak az ellen nem, hogy a szerző a lupus erythematosus a bőr gümös bajai közé sorozza, a mi persze egyéni meggyőződés dolga.

Mindezekből kiviláglik, hogy a munka, melyet a szerző mestere, *Schwimmer Ernő* emlékének ajánlott, teljes mértékben sikerült, gyakorlati föladatának teljesen megfelel s így a dermatologia iránt érdeklődő valamennyi orvosnak melegen ajánlható.

*Guszmán.*

### Lapszemle.

#### Belorvostan.

**Az arsen hatását a chlorosisban** tanulmányozta *Seiler* berni magántanár. Már többen állították, hogy az arsenkészítmények egymagukban nem sokat használnak a szóban levő betegségben, vassal együtt adva azonban a vas hatását előmozdítják. Ennek az állításnak helyességét vizsgálendő, nagyobb számú chlorosisos beteg egy részének csupán arsen adott, más részének csupán vasat és ismét más részének arsen és vasat együtt. Az eredmény az volt, hogy a csupán arsenel ( $\frac{1}{2}$ —1 centigramm acidum arsenicosum naponként pilulában vagy bőr alá fecskendezve) kezelt betegek nem javultak; a chlorosisos betegek általában meglehetősen intoleransnak bizonyultak az egyedül adott arsenel szemben. A csupán vassal (*Rp. Ferri sulfurici, Kalii carbonici aa 10.0. Fiant pil. No. C.* Naponként 3 pilula veendő be az étkezések alkalmával) kezelték gyorsan javultak; a vér haemoglobintartalma 4 heti kezelés után átlagban 48.6%-ról 87.1%-ra emelkedett, a vörös vérsejtek száma pedig 4—5 millióra köbmilliméterenként. De még jobb volt az eredmény, ha az imént említett vas-adagokhoz arsen is adott, még pedig 2 milligramm acidum arsenicosumot 3-szor naponként. (*Deutsche mediz. Wochenschrift*, 1911. 29. szám.)

#### Sebészet.

**A nyakmirigyek gümőkórjának kozmetikai műtétjéről** értekezik *Krüger*. Az ilyen betegek nagy része irtózik a műtétől a visszamaradó torzító hegek miatt. *Krüger* a bőrmetszésnek olyan módját eszelte ki, a melynél a képződő bőrheg kevésbé látható, a nyak mirigyregioi könnyen hozzáférhetővé lesznek, a műtét gyorsan végezhető sérülés veszélye nélkül és drainage könnyen alkalmazható. Módszere 40 esetének mind-egyikében jól bevált. Az incisio, melynek eléggé nagyra kell lennie, kezdődik a hajas bőr határán, a processus mastoideus magasságában. Ennek mentén hátra és lefelé folytatódik, a m. trapezius elülső szélén ívalakban a claviculához hajlik és vele párhuzamosan előre vezetetik a jugulumig. Ily módon az alsó állkapocs táján és oldalt a nyakon nem lesz heg. A lebeny gondosan leválasztandó és ezáltal kitűnően áttekinthető az elülső trigonum cervicale és a submaxillaris táj. A mirigyek eltávolítása után a sebszélek gondosan egyesítenődök. Az utóvérzésre való tekintettel ajánlatos drainsövek alkalmazása, melyek másnap eltávolíthatók. Följük enyhe nyomókötés. Recidiva esetén a műtét a régi hegből könnyen újra végezhető. (*Deutsche Zeitschrift für Chirurg.* 106. k., 4—6. f.)  
*Ifj. Háhn Dezső* dr.

#### Idegkórtan.

**A gerincvelői érző pályákra** vonatkozó kutatásait foglalja össze *Petrén*. Következtetéseit 94 klinikailag észlelt gerincvelősérülésre alapítja. A fájdalom- és hőérzés pályái teljesen kereszteződnek s a túloldali oldalkötegekben haladnak felfelé; ezen kereszteződés az alsó végtagra vonatkozóan már a 12. háti segmentumban befejeződött. A tapintó érzés számára egyazonoldali pálya van a hátsó kötegekben, mely a



gerinczvelő egész hosszában keresztzetlen marad; ezenkívül van a tapintó érzésnek egy keresztzetelt pályája is, mely együtt halad a hő- és fájdalomérzésével. Az izomérzésnek szintén két pályája van; az egyik az azonoldali hátsó kötegekben, mint a tapintóérzésé, a másik az azonoldali kisagyi kötegekben. Ha a pályák egyike elpusztul, a másik a funkcióban tökéletesen helyettesítheti. Az elülső kötegekben érző rostok nincsenek. (Revue neurologique, 1911. máj. 15.) L.

**A Basedow-féle betegséget** Röntgen-sugarakkal kezelték *P. Marie, Clunet és Raulot-Lapointe*. Az eddigi kísérletekkel szemben kemény sugarakat s nagy adagot alkalmaztak s a puha sugarakat vastag szűrővel visszatartották. Az első ülésekben beálló rosszabbodást latentia, majd feltűnő javulás követi (7 eset). A javulás tartósságáról még nem nyilatkozhatnak. (Revue neurologique, 1911. 12. sz.) L.

### Elmekórtan.

**Az elmeorvos szerepéről a „Fürsorgeerziehung“-ban\*** értekezik *Schnitzer*. Véleményét a következőkben foglalja össze. A nevelésre szorulóknak nagy része bizonyos értelemben abnormis, mostani számítások szerint legalább 50%-uk. Ezen abnormitás a legfőbb oka a neveltek kriminalitásának és annak, hogy a „Fürsorgeerziehung“ eredményei egyelőre nem kielégítőek. A mostani elismert kórformákba nem sorozhatók az összes zavarok, mert mindenféle vegyes, határ- és átmeneti alak található, de többnyire a veleszületett elmeegyöngeséggel állunk szemben. Az abnormis neveltek nagy száma tanult elmeorvos közreműködését teszi szükségessé. Ezen közreműködés a „Fürsorgeerziehung“ rendelkezésének megindításával vegye kezdetét, egész tartama alatt is igénybe veendő és még a nevelés befejezése után se szűnik meg. Kétes esetben a nevelés megindítására, elrendelésére az abnormis viselkedés fontos ok és már kezdetben a későbbi teendőkre kellő útbaigazítással szolgálhat. A neveltek abnormis viselkedésének biztos kiküszöbölésére hosszabb idő, átlag 6 hét szükséges. A megfigyelés valamely elmeegyházi intézet vagy a nevelőintézet külön osztályán történjék. A kisebb fokban rendellenesek a nevelő-intézetben maradnak, de a rendes elméjüektől elkülönítetnek és elmeorvosi alapelvek értelmében neveltetnek. A nagy fokban abnormisakat az elmeegyházi intézetbe utasítják. Az abnormis neveltek számára szolgáló külön intézetek felállítása ily módon szükségtelen. A „Fürsorgeerziehung“-intézeteknek tanítói, nevelői kellő pszichológiai és psychopathológiai cursusokban részesítendőek, valamint a szellemileg rendellenes gyermekek kezelésében is ki kell őket oktatni. A nevelőintézet külön osztályainak tanítói valamely elmeegyházi intézetben tanfolyamot végezzenek. A „Fürsorgeerziehung“ befejezése után kedvező esetben a gondnokság alá helyezés volna célszerű, hogy az állandó felügyelet és kezelés megfelelő intézetben folytatható legyen. Más esetben is ajánlatos, hogy az intézeti elbocsátás után is fentartassék az összeköttetés. A házi nevelés és kisebb intézetek felügyeletére, a hol állandó elmeorvosi segítség hiányzik, bizottság alakítandó, a mely meghatározott időközökben megvizsgálja a neveltek testi és szellemi állapotát. A bizottság tagjai között elmeorvos is legyen. A „Fürsorgeerziehung“ különböző közegei időközönként közös tanácskozásra gyűljenek össze, a hol a közös és fontos teendőket megvitatják. (Zeitschrift f. d. g. Psych. und Neurol. V. kötet, 1. l.)

*Goldberger Márk dr.*

### Gyermekorvostan.

**A csecsemőkorban előforduló bélelzáródásról és ennek a Hirschsprung-féle megbetegedéssel való összefüggéséről** értekezik *Bachmann*. Az 1886-ban *Hirschsprung* által leírt kórképpel teljesen azonos megbetegedést ismertet, melyet azonban ellentétben *Hirschsprung*-gal nem congenitalisnak, hanem kizárólag functionális eredetűnek tart. Szerinte

\* Minthogy a németnek megfelelő magyar kifejezést nem tudok az eredeti német kifejezést használni. Ref.

ventilzavar áll fenn a végbél és a flexura között, melynek következménye a colon erős hypertrophiája és túltengése, tehát mindazon fontos tünetek, melyek az eddig ismert *Hirschsprung*-féle megbetegedéshez, a megacolon congenitumhoz tartoznak. A ventilzavar primaer volta mellett szól az is, hogy megfelelő kezeléssel e tünetek megszüntethetők. E kezelés állandó végbélcső behelyezésében nyilvánul, melyen át a béltartalom és a gázok távozhatnak. (Berliner klinische Wochenschrift, 1911. 13. sz.)

*Aufricht dr.*

**A parotitis epidemica kapcsán beálló pancreatitis acutáról** ír *Neurath*. Az ismert complicatiók mellett csak ritkább esetben észlelhető a betegség későbbi gyógyulási szakában, körülbelül a 8. napon a másodlagos acut pancreatitis. E szövödmény abdominalis tünetekkel veszi kezdetét. Lázzal, vagy a nélkül, hirtelen rosszullet és ismétlődő hányás közepette nagyfokú érzékenység áll be a köldök felett az epigastrium és bal hypochondrium között. E helyen néha diffus érzékenység kopogtatási és hallgatódzási eltéréssel. Défense musculaire soha sincsen; a pulsus viselkedése változó, legtöbbször kifejezett bradycardia van jelen. A vizeletben cukor vagy más ilyen alkotórész nem található. A székletében csak ritkábban található zsír, mint a megzavart pancreasfunctio terméke. A bántalom legfeljebb 3–8 napig tart és kedvező lefolyású. (Wiener med. Wochenschrift, 1911. 19. sz.)

*Aufricht dr.*

### Venereás betegségek.

**A Wassermann-reactiónak a prostituáltak vizsgálatában való alkalmazásáról** ír *Dreuw* (Berlin) Közönséges tapasztalás, hogy sok az olyan puella, a kin a rendszeres orvosi vizsgálat sohasem derít ki lueses tünetet s a ki utóbb mégis valamilyen tertiær tünetet vagy parasyphilitikus elváltozást kap. A syphilitikusnak a kiderítése ily esetben gyakran sikerül a Wassermann-reactio segítségével. Természetes, hogy az állandóan tünetmentes és latens lueses puellák egy részében primaer affectio még abban az időben volt, a mikor az illető nő rendőrorvosi vizsgálat alatt még nem állott. De viszont az is bizonyos, hogy a nőn néha nagyon elrejtőzik a primaer affectio, úgy hogy az orvosi vizsgálat ellenére is fölismeretlen marad. A föl nem ismerés oka leginkább az, hogy a primaer affectio lényegtelennek látszó portio-erosio külsejét öltheti. A Wassermann-reactio rendszeres használata a prostituáltak beteganyagán leginkább külső akadályokba ütközik. Közelfekvő dolog ugyanis, hogy a prostituált nők nem igen egyezhetnek bele abba, hogy a rendőrorvosi vizsgálat alkalmával a szokásos módokon vegyenek vért tőlük, mert a vérvétel rövid időre mégis csak nyomot hagy. A szerző ezért oly eljárást eszelt ki, a melynek segítségével a vérvétel helye látatlan marad, sőt a vérvételről az illető nő sem tud. Az eljárás abban áll, hogy a jól megtisztított portiót az orificium externum helyén apró horoggal megsérti. A kis sebzésre apró kémlöcsövet szorít, mely ballonnal van fölszerelve. A vér nyérése eképpen a *Bier*-féle harangszívás módján végezhető. Kérdés merülhet fel azonban, helyes-e az, hogy a vizsgált nő közvetlenül a vérvétel után megint foglalkozása után járhat, holott az orvos által ejtett apró sérülés infectiók kapuként szolgálhat, továbbá az, hogy az egész eljárás tudta és beleegyezése nélkül történjék? (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1911. 32. sz.)

*Guszmán.*

### Bőrkórtan.

**Halálos kimenetelű Röntgen-dermatitis** esetét ismereti *Gilbert Scott* (London). A legtöbb szerencsétlen eset abból az időből ered, a mikor a Röntgen-sugarak hatása még nem volt teljesen tanulmányozva. Mindazonáltal még ma is sok az olyan kérdés e téren, mely feleletre és magyarázatra vár. A tapasztalás bizonyítja, hogy a Röntgen-sugarak hatása körül ma is még egymással egészen ellenkező eredmények észlelhetők. Ilyenek pl.: 1. szemölcsök a Röntgen-sugarazással elmulaszthatók, de viszont föl is idézhetők; 2. fekélyek gyó-



gyíthatók a Röntgen-sugarakkal, de másfelől létre is hozhatók velük (Röntgen-ulcus); 3. az ulcus rodens rendszerint gyógyítható a Röntgen-sugarazással, de viszont a sugarak kifejlődésre bírhatnak egy epitheliomát. Ez utóbbi esetben persze nem szabad egyéb tényezőket sem, mint pl. a hosszas ingerhatásokat, figyelmen kívül hagyni. Látnivaló tehát, hogy a Röntgen-sugarazás hatalmas tényező, a melynek azonban igen változatos és néha kétélű a hatása. A különböző hatás leginkább az alkalmazott dosisok különbözőségében áll és sajnos, a dosimetria még ma sem tökéletesen, hanem csak megközelítően pontos. A szerző esete egy nem orvos Röntgen-asszisztensre vonatkozik, a ki a *London Hospital* Röntgen-osztályán működött. A beteg hosszú időn át (még 1899-ben) minden védelem nélkül végezte a sugarazásokat. 1900-ban valamennyi ujján körömkörüli fekélyek támadtak. Ezeket a fekélyeket egynéhány hónapig fennálló Röntgen-dermatitis előzte meg. A legsúlyosabban a jobb középső ujj volt bántalmazva. A körömperczet 1904-ben, a középső perczet 1906-ban távolították el. A csont azonban sohasem gyógyult be, úgy hogy 1910-ben, minthogy a fájdalom és az állandó secernálás nagyfokú volt, az első perczet is el kellett távolítani. Magasabb csontkolásba a beteg nem egyezett bele. A mikroszkopi vizsgálat ekkor kiderítette, hogy az ujjpercz epitheliomás volt s hogy ez a folyamat a csontot is teljesen megbetegítette. A bőr csak atrophias volt. Nemsokára rá megduzzadtak a hónalj-mirigyek is. Ezek helyén azonban a kiirtás után hamar beállott a recidiva. Nem sokkal később azután a beteg meghalt. (Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen. 1911. XVII. k., 3. f.) *Guszman.*

#### Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

**A veleszületett haemophilia és purpura kezelésére** *Nobécourt* és *Tixier* a Witte-féle pepton használatát ajánlja. 5%-os oldatot készítenek 0.5%-os konyhasós vízzel, felfőzéssel megtisztítják, forrón szűrik és 120°-on sterilizik. Első befecskendezés gyanánt 6—7 cm<sup>3</sup>-t adnak, később 3—4 cm<sup>3</sup>-t. Haemophilia eseteiben 2—3 napos időközökkel 3—4 injectiót adnak és az ilyen sorozatot 3—4 hét múlva ismétlik. Purpura eseteiben naponként vagy két naponként kell adni egy-egy befecskendezést a tünetek megszűnéseig. Nagyobb adagok használatára a fájdalommasságon kívül hőemelkedések is állanak be. (La pathol. infantile, 8. kötet, 25. l.)

**A vasotoninnal** a jenai belklinikán tett tapasztalatait ismerteti *Bennecke*. Arteriosclerosis alapján fennálló fokozott vérnyomás esetén, ha vesebetegség nem mutatható ki, a vasotonin határozottan csökkentette a vérnyomást, a hatás azonban nem volt tartós és nagyobb, mint a milyen eddigi eljárásainkkal is el tudunk érni. Idősült nephritises betegek fokozott vérnyomására a vasotonin alig gyakorol befolyást. (Medizinische Klinik, 1911. 31. szám.)

**A veronal** hatásos adagja gyakran okoz kábultságot s azért *Noorden* szerint célszerűbb kisebb adagot adni (0.3 grammot) 0.25 gramm phenacetinnel. (Therapie der Gegenwart, 1911. 6. füzet.)

**Gyomorfekély** eseteiben a fájdalmak ellen nem szabad használni az opiumot és származékait (morphium, codein, dionin, pantopon stb.), mert fokozzák a gyomornedvelválasztást. *Rodari* szerint azonban ez a kellemetlen mellékhatás megszüntethető, ha egyidejűleg atropint adunk: Rp. Atropini sulfur. 0.01; Pantoponi 0.2; Aqu. laurocerasi 10.0. M. D. S. Naponként 2—3-szor 10—15 csepp veendő be. (Schweizer Rundschau f. Med. 1911. 105. l.)

#### Magyar orvosi irodalom.

**Gyógyászat**, 1911. 35. szám. *Nagy Samu*: A scleromáról. *Hampel Ferencz*: Az oldási elv.

**Orvosok lapja**, 1911. 35. szám. *Chudovszky Mór*: Sebészeti megbetegedések.

**Budapesti orvosi ujság**, 1911. 35. szám. *Szana Sándor*: A gyermektelep az elhagyott csecsemők állami védelmének rendszerében.

#### Vegyes hírek.

**Kinevezés.** *Hollaender Hugó* dr.-t közegészségügyi segédfelügyelővé, *Szegő Géza* dr.-t titeli járásorvossá nevezték ki.

**Választás.** *Gyémánt Jakab* dr.-t Szönyben, *Szlavik József* dr.-t Ernőházán községi orvossá választották.

**Meghalt.** *Hercz Ármin* dr. aszodi gyakorló orvos 79 éves korában. — *Schwarz Alajos* dr. 43 éves korában Pöstyénben. — *Sebők Antal* dr. nyugalmazott honvéd főtörzsorvos, 66 éves korában augusztus 21.-én. — *Bleyer Jakab* dr. eperjesi orvos, Sáros megye volt tiszti főorvosa, 86 éves korában. — *Hesse* tanár, ismert bakteriologus, 66 éves korában Drezdában. — *T. Place*, valaha a physiologia tanára Amsterdamban.

**Kisebb hírek külföldről.** *A. Schönwerth* dr. Münchenben a tanári címet kapta. — *P. Linser* dr.-t Tübingenben a dermatologia tanárává nevezték ki. — *Olmer* dr. Marseilleben a hygiene és törvényszéki orvostan tanára lett. — Rendkívüli tanári címet kaptak a következők: *M. Sachs* (szemészet) és *R. Loos* (fogászat) Bécsben, *M. Reichardt* (physiologia) Würzburgban, *S. Oberndorfer* (kórbonczolástan), *A. Schmincke* (általános körtan), *O. Neubauer* (belorvostan) és *R. Grashey* (sebészet) Münchenben. — *Cloetta* zürichi tanár nem fogadta el a meghívást a prágai német egyetem gyógyszer-tani tanszékére. — *A. Seeligmüller*, a neurologia tanára a hallei egyetemen, augusztus 22.-én ülte 50 éves orvosi jubileumát. — *B. S. Schultze*, a gynaekologia nyugalmazott tanára a jenai egyetemen, augusztus 28.-án érte meg doktori avatásának 60. évfordulóját — *Th. Kocher*, a híres berni sebész-tanár, augusztus 25.-én ülte 70. születésnapját. — *A. Christianiai* egyetem szeptember 2.-án ünnepli meg alapításának 100. évfordulóját.

**Nemzetközi egészségügyi értekezlet** ül össze Párisban október 10.-én. Az értekezleten revisio alá veszik az 1903. évi párisi egyezményt, még pedig úgy tudományos, mint diplomai szempontból. 40 állam kiküldöttje vesz részt a conferentián.

## DR. MAHLER SANATORIUMA, ABBAZIA

belbetegek — spec. szívbetegek és tüdőlk részére.

**Dr. DOCTOR** v. egyetemi tanársegéd, a *Ferenéz József* kórház orv. I. vez. főorvosa **orvosi laboratoriumában** az összes diagn. Kossuth Lajos-utca 3. sz. vizsgálatokon kívül **autovaccin** előállításával is foglalkozik.

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

## 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.

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

## Epileptikus betegek intézete

**BALF** gyógyfürdőben. Felvilágosítással szolgál *Wosinski István* dr., igazg. tulajdonos. Vagyontalan betegek a nagymélt. m. kir. belügyminiszterium előzetes engedélye alapján az országos betegápolási alap terhére vétetnek fel

## Városmajor szanatórium és vízgyógyintézet

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

Emésztő szervek betegségei, anyagcserebántalmak, czukorbetegség, máj-, epekö-, vesebajok, neurasthenia, hátgerinczsorvadás ellen, soványító- és hizlalókiurák esetére. — Felvétel a szanatóriumban egész nap. — Igazgató-főorvos: **csereyfalvi dr. Kozmutza Béla**

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



**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.

**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, gőrcsövi és bakteriologiai laboratorium VI., Ó-utca 39. **Vizsgálati tárgyak:** Vizelet, köpet, Gyomortartalom, beltürelék, ex- és transzudatumok. Daganatok szövettani vizsgálata. Vervizsgálat (Wassermann) stb.



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

**TARTALOM:** Budapesti Kir. Orvosegyesület (XIII. és XIV. rendes tudományos ülés 1911 május 13.-án és május 20.-án). 648. I. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 650. I.

**Budapesti Kir. Orvosegyesület.**

(XIII. rendes tudományos ülés 1911 május 13.-án.)

Elnök: Szontágh Félix.

Jegyző: Fáykiss Ferencz.

**Polyarthrititis rheumaticához társult ritka szívszövődmény.**

**Terray Pál:** A 18 éves szakács polyarthrititis szövődményként endomyocarditist kapott. A betegség tetőfokán 39.6° láz mellett érverése 46-ra szállott le percenkint. A bradycardia ilyen fokban hat napig tartott, a midőn 62, majd 10 nap múlva 72 volt az érverések száma. Minthogy neurogén eredése ki volt zárható, cardiogen bradycardiának kellett tartani. Ájulás, eszméletlenség, szédülés, nyaki vénák undulálása vagy pulzálása nem volt konstatálható. Hasonló esetet nem látott és az irodalomban sem találta párját. A bradycardia oka nézete szerint a betegen konstatált endo-myocarditisnek a His-féle kötegre való áterjedésében keresendő. Az elváltozás — vérzés vagy körülírt lobos folyamat — nem lehetett nagyfokú és nem is tartós, hanem visszafejlődésre képes, mert a bradycardia aránylag rövid idő alatt teljesen elmúlt.

**Ovarialis terhesség.**

**Rotter Henrik:** A méhen kívüli terhesség egy ritka alakját, a megtermékenyített pete megtelepedését a petefészekben mutatja be. Az eset egy 31 éves asszonyt, munkáspénztári tagot illet, a ki 10 év előtt egy abortuson, 7 év előtt pedig egy rendes szülésen esett át; 2 év előtt erősebb havi vérzések miatt orvosa méhkaparást végzett rajta. Utolsó menstruációja f. évi április 6.-án volt rendes minőségben és mennyiségben. F. évi május 1.-én ismét gyenge vérzése volt, ekkor erősebb fájdalmakat is érzett hasában, derekában. Másnap este hirtelen igen rosszul lett, ájulás környékezte, orvosul *Friedrich Vilmos* tanárt hívatta consiliumba, a ki nála a méhen kívüli terhesség megtelepedését diagnosztizálta és a bemutatóhoz utalta. A megejtett vizsgálat kiderítette, hogy a súlyos acut anaemia tüneteit mutató betegen a has puffadt, kissé érzékeny, mindkét lumbaltájékon tompa a kopogtatási hang; a hüvely tág, a portio 2 cm., a méhszáj haránt rés, a valamivel nagyobb méhtestet a Douglast kitöltő ökölnyi nagyságú és a bal adnexumok felé haladó tésztatapintatú tumor antepónálja és eleválja. E tünetekből a méhen kívüli terhesség diagnózisát állapítván meg, a betegen laparotomiát végzett a linea alában. A hasban igen sok, körülbelül 2 liter folyékony és alvadtt vér volt, a baloldali adnexumokat előhúzza, itt a vérzés okát az ovariumban megtelepedett és megrepedt petezsákban találta meg. A baloldali adnexumok lekötése és kiirtása után a hasüreget rétegesen zárta. Műtét alatt már a beteg 1 liter adrenalinós sós vizet kapott bőre alá. A lefolyás teljesen láztalan volt, a primára gyógyult hassebből a varratokat a nyolczadik napon távolította el, a 12. napon a műtét után a beteg gyógyultan távozott a kórházból.

A kiirtott adnexumot vizsgálva, megállapítható, hogy a pete az ovarium felső polusán tapadt meg, itt egy kétfüllényi terjedelemben az ovarium szövetét usurálva. A tuba abdominalis vége kérges hegek által teljesen zárt és maga a tuba egy hüvelykujj vastag sacrosalpinxot képez. Az ovarialis terhesség ritkaságára utal a bemutató; eddig harmincz egynéhány eset ismeretes csak az irodalomban. A szövettani vizsgálat eredményéről később fog beszámolni.

**Friedrich Vilmos:** A mikor a beteget látta, 3 nap óta volt beteg, gyomortáji óriási fájdalmakkal és hányással. 8 órával a consilium előtt igen heves kínzó fájdalmak voltak a gyomorduodenum tájékán és hányás. A beteg külseje belső elvérzésre utalt. *Ulcus ventriculi* vagy duodeni van-e, volt a kérdés. A fájdalom helyére nem sokat lehetett adni, mert a beteg félig eszméletlen volt. Sem a hányadékban, sem a székletében nem volt vér. Daganatot kimutatni nem lehetett. Máj és lép jól volt kikopogtatható. Kérdeztem a genitáliákra és azt mondták, 4 nap

múlva várja a menstruációját, de 2 nappal ezelőtt mutatkozott valami kis vérzés. Megvizsgáltam per vaginam és jobboldalt puha térfogatnagyságú tömeget találtam, a miből tekintetbe véve, hogy a tünetek és a talált lelet alapján klinice nem lehetett mást felvenni, minthogy a fájdalom reflectált is lehetett, valószínűséggel extrauterin terhességre következtettem, a mit a műtét igazolt is.

**Epefistula gyógyítása a ductus hepaticusnak a duodenumba való implantációjával.**

**Pólya Jenő:** K. L.-né, 24 éves, tanító neje. 1908 óta több ízben voltak gyomorgörcsei. 1910 elején typhust kapott, melyben 10 hétig feküdt. Felépülése után 4 héttel szokatlannul erős görcsöket kapott, melyek után lázas lett és 5 hétig lázas maradt. Ezután 2 hónapig teljesen jól volt és 2 kilót hízott. Augusztus közepe táján újra gyomorgörcsöket kapott és 2 napig lázas volt, fájdalmai azonban tovább is fennállottak. Felvételkor Szt. István-kórházi osztályomra (1910 augusztus 22) a gracilis, lesoványodott nő mája a bordaívét mindenütt 2 ujjal meghaladja, az epehólyag táján kemény, ökölnyi, nyomásra érzékeny resistencia. *Diagnosis: cholecystitis et pericholecysti is calculosa.* Műtét 1910 augusztus 24.-én. Behatolás a jobb rectuson át. A perit. parietale, máj, colon és cseplesz között besűrűsödött, genyet tartalmazó tályog. Ennek fenekén fekszik ez erős összenövés közé ágyazott epehólyag. Ezt összenövéséből felszabadítjuk a cysticusig. A cysticusba egy kő van beékelve, ezt direct reámetészés útján eltávolítjuk, majd alálólva a ductus cysticust és az arteria cysticát, az epehólyagot a májagyrról hátulról előre való irányban leválasztjuk és kiirtjuk. A cysticáról e közben lecsúszott a ligatura, erős vérzés támadt, mely azonban újabb alálólásra megszűnt. Tampon a cysticus-csonkra és a májagyra.

A kiirtott epehólyag erősen megvastagodott falú, tartalma genyes nyálka és 30 darab fénylő, fehér, borsónyi, szederalakú kő.

Műtét utáni lefolyás teljesen láztalan, a seb összevarrt része per primam gyógyult. Tampon eltávolítása 9 nappal a műtét után. Már a műtét utáni első napokban epés volt a váladék, a sebgyógyulással azonban az epefolyás nem szűnt meg, mint a hogy az rendszeren lenni szokott, hanem egy kis nyíláson át állandóan bőven folyott az epe. E mellett azonban a beteg közérzete jó volt, a beteg jól összeszedte magát, úgy hogy azon reményben, hogy az epefolyás majd csak spontán megszűnik, október 29.-én elbocsátottuk a kórházból. Odahaza azonban állapota romlott, sipolya nem gyógyult be, hasmenései voltak, étvágyát veszítette és 3—4 napoként borzongás kíséretében láz lepté meg s állandóan gyengült és fogyott. Ezért 1910 december 6.-án újra felvettük a Szt. István-kórházba. Akkori status: a legyengült beteg bőre és conjunctivái mérsékelten sárgák, a műteti heg közepe táján egy borsónyi nyílás, melyből állandóan ömlik az epe. Széke teljesen acholiás. 4—5 naponként láz, melynek maximuma 37.8—40.2° közt ingadozik és mely csupán pár óráig tart.

Nyilvánvaló volt tehát a chronikus cholangitis képe. Ennek és a gyógyulásra nem hajlamos epesipolynak okául leginkább azt voltunk hajlandók felvenni, hogy a choledochusban kő van, mely az előző műtét alkalmával elkerülte figyelmünket; arra is lehetett gondolni, hogy chronikus pancreatitis akadályozza a choledochus passage-át. Részben digitális vizsgálat által való tájékozódás céljából, részben azért, hogy az epének szabad lefolyást biztosítva, a cholangitises epe retentiója által okozott lázakat szüntessük, laminariával kitágítottuk a sipolyt, azonban sem a choledochus-elzáródás okát megállapítani, sem az időnként jelentkező lázakat ilyen módon megszüntetni nem sikerült.

Ezért II. műtét 1911 január 21.-én. A sipoly körülmetszése után kinyitottam a régi műteti heget és roppant kemény, szívós összenövés között hatoltam a choledochusig.



A choledochuson kis lencsényi nyílás van, melyből zavaros epe ürül és melyből kevés epesarat lehet kihozni; kő nincs. A choledochust most jobban kipraeparálva és felhasítva, látjuk, hogy a choledochus lumene  $1\frac{1}{2}$  cm.-rel e fent leírt nyílás alatt megszűnik, illetve egy kemény hegtömegbe megy át. A choledochus lumenét újra csak a duodenumban intramuralisan futó részletben találjuk meg. A két lumen közti távolság körülbelül  $1\frac{1}{2}$  cm. A két csonkot egymáshoz olyan módon közelítjük, hogy a choledochust felpraeparáljuk, a duodenumot mobilizáljuk s azután a 2 choledochus-lument circularisan finom catgutvarratokkal egymáshoz varrjuk, épp úgy bevarrjuk a choledochusban ejtett hosszirányú seb alsó zúgát és a hepaticusba egy vékony draint vezetünk. Ugyanis a choledochus és hepaticus lumene oly szűk, hogy csak a legvékonyabb drainső fér bele.

Azután a choledochust körültaonponáljuk és a hasseb többi részét bevarrjuk.

A súlyos műtétet a beteg jól állotta ki. A seb bevart része per primam gyógyult s a sárgaság elmúlt, azonban epe a bélbe nem folyt, hanem előbb a katheteren, majd ennek eltávolítása után a seben át kifelé ömlött; egy hónappal a műtét után újra beállottak a 3—5 naponként jelentkező, 37.7—38.7-ig menő, csekély icterussal járó lázak, úgy hogy nyilvánvaló volt, miszerint a choledochusban újabb szűkület állott be és ezért 1911 márczius 7.-én harmadszor végeztem műtétet a betegen azon szándékkal, hogy a choledochus-csonkot a bélbe vagy gyomorba fogom implantálni.

A műtét igen fáradtságos és nehéz volt. A kemény összenövésék közt alig bírtuk az anatómiai viszonyokat tisztázni és végül kiderült, hogy az egész epevezeték annyira elpusztult, hogy csak egy alig 1 cm.-nyi hepaticusdarab maradt meg, ennek peripheriás végéből ömlik az epe.

Ezt a kis hepaticuscsonkot most felpraeparáltuk a máj-hilusig, azután kiszabadítottuk a duodenumot és annak haránt szarát, közel a pylorushoz, egy kis likat készítettünk. Ebbe implantáltuk a hepaticust, még pedig oly módon, hogy előbb a hepaticus hátulsó falát varrtuk 3 igen finom selyemöltéssel a duodenumhoz, azután a nyálkahártyát varrtuk catguttal és végül néhány finom selyemöltéssel befejeztük az elülső sor serosavarratát. A hepaticus szűk lumene és szakadékonysága miatt a varrat nem volt teljesen exact és azért köröskörül még a duodenumot is odavarrtuk jó szélesen a májszájhoz. Tamponade vékony gazecsíkokkal.

Műtét utáni napon a kötés epesen átvédődött, másnapra azonban már alig volt epés, a 3. naptól kezdve a kötésben epe nincs. Márczius 14.-én volt először barna széke, azóta a székletét állandóan és kifejezetten cholikus. A műtét utáni első 2 hétben többször voltak cholangoitikus attaquejai hidrogénázással, magas, 38.6—39.2-ig menő hőemelkedéssel és csekély icterussal, azonban salicyl-, majd urotropin-adagolással sikerült ezt leküzdeni. Ezután teljesen és állandóan lázmentes lett és 1911 április 14.-én kitűnő közérzettel hagyta el a kórházat. Otthon is állandóan jól érezte magát, a seb teljesen gyógyult, csak egy gombostűfejnyi felületű sarjfel-szín van, mely minimalis genyet produkál.

**Ritka nagyságú prostata-kő eltávolítása.**

**Pólya Jenő.** (Az esetet eredeti közléseink során kimerítően ismertetjük.)

**A társadalom védelme a büntetéseken ellen.**

**Moravcsik Ernő Emil.** (Eredeti közléseink során egész terjedelmében hoztuk.)

(XIV. rendes tudományos ülés 1911 május 20.-án.)

Elnök: **Preiszig Hugó.**

Jegyző: **Fáykiss Ferencz.**

**Ébrénykori syphilis.**

**Alexander Béla:** Tekintve azt, hogy az osteochondritis syphilitica tulajdonképpen enchondralis folyamat, sokáig kerestem az enchondralis csontosodások szövetének, syphilisokozta elváltozását, de nem tudtam megtalálni. Végre azután

megtaláltam egy 32 cm. hosszú, tehát a 7. hónapból származó magzat csigolyáin és így azon érdekes körülmény van előttünk, hogy mindkettőféle, a perichondralis és enchondralis csontosodáson egymás mellett észlelni a syphilis által előidézett változásokat. t. i. úgy a csigolya-test, mint az ívek csontosodásain.

Az ívek elsődleges perichondralis csontpontja a basis azon felületén keletkezik, mely a gerinczsatorna felé néz, innen történik lassan a porcizos ív körülfogása és midőn a perichondralis csontosodás annyira haladott, hogy három vége jól megkülönböztethető egymástól, akkor látjuk, hogy a három végén a jellegzetes syphilisvonalak jelennek meg, azaz a rendes enchondraliter fejlődő csontrostok végén jelen van a sötét zóna, melyre a világos határvonal (mészlerakodás) következik.

A csigolyatesten megkülönböztetjük annak elsődleges csontosodását, melytől élénken elüt a belső, tömörebb csontosodás.

Az egész csontosodást, a képződő trabeculák tömegét élénk sötét zóna veszi körül, erre pedig — úgy mint a perichondralis csontszöveten — a határoló mészszóna következik. Minthogy ezen mészszóna megtalálható a csigolyatest úgy verticalis, mint sagittalis átsugárzásakor, fel kell vennünk, hogy az egész csontosodás mészszóka által vétetik körül.

A csigolya-test csontosodásának syphilisokozta ezen megváltozását nem találtam leírva az irodalomban.

**A portarendszerbeli pangás kezelése a végtagok egyszerű lekötésével.**

**Tornai József.** (Eredeti közléseink során egész terjedelmében hozzuk.)

**A vestibularis apparatus és a tengeri betegség összefüggéséről.**

**Lorenz Hugó:** Az előadó először az egyensúly megtartására és a tájékozódásra szolgáló szerveinkről szól, majd reáttér ezen szervek legfontosabbikának, a vestibularis apparatusnak tárgyalására, mely szerinte legfőképp oka a tengeri betegségnek. A nagyfokú kellemetlenségeket azzal magyarázza, hogy a hajó ingásainál ezek nem történnek az élet által le-tompított horizontális ívjárat síkjában, hanem az igen érzékeny sagittalis és frontális síkokban. Alkalmas elhelyeződéssel (a testnek az ingásokra derékszögben való vízszintes elhelyezésével) átteszi az ingert a frontális ívjáratra és ezáltal a tünetek enyhülését akarja elérni. Kísérletei, melyeket Warne-mündében a keleti tengerenél végzett, feltevéseit igazolták. Eljárását további kísérletekre ajánlja.

**Rejtő Sándor:** Napról-napra actualisabb a tengeri betegség kérdése, mert az egyre növekedő forgalom mindig több és több embert visz az oceanra. Mi fülörvosok, kiknek az anatómia és physiologia adta kezünkbe az egyensúly érzékszervét, természetesen ennek pathológiájával is foglalkozunk s örülünk, hogy a tengeri betegség kérdésével **Bárány, Neumann, Frey, Ruttin** stb. külföldiek után, magyar fülörvos is foglalkozik.

A tengeri betegség gyógyítása eddig egyrészt suggestiv sok, mint például a különböző színű szemüvegek ajánlása, másrészt tüneti kezelés a hányás ellenében. Se szeri, se száma a sok orvosságnak és gyomorfixáló övnek, a melyet ajánlanak; egyik sem ér semmit.

**Lorenz** a tengeri betegséget labirintheredetű szédülésnek veszi fel. Ha elfogadjuk azt a föltevést, hogy egyensúlyi szervünk a labirinth félkörös ívjáratái és így ebben keressük a tengeri betegség magyarázatát, mindjárt felmerül az a kérdés, hogy tulajdonképpen miért nem lesz mindenki tengeri beteg a dülöngő hajón? Még ha egy nagyon nagy latitude-öt engedünk is meg az ingerküszöbnek, akkor is minden embernek tengeri betegséget kellene kapnia, ha ívjáratait ingeri. De nem lesz mindenki tengeri beteg. Ezt a fontos tényt egy szóval, a dispositióval elintéznünk nem lehet. Tudjuk, hogy vannak szédülős és nem szédülős emberek.

Emlékezzünk vissza gyermekkorunkra és eszünkbe jutnak majd társaink, kik nem tudtak hiátáznai, nem tudtak forogni, mert mindjárt elszedültek. Ismertem sok embert, ki keringő tánczot nem járhatott, mert mindjárt elszedült, ismertem olyat is, ki a dunai csavargózózsón is tengeri betegséget kapott, míg mások a tengeri vihart is kiállották.

Ha ezt csak egyéni dispositióval magyarázzuk, akkor ennek a dispositiónak kell magyarázatát adnunk.

A hajónak különböző irányú mozgásai nagyon tetszetősen vihetők át az ívjáratokra, a dülöngést (rolling) a felső ívjárat, a bukácsolást (pitching) a hátulsó ívjárat érezné meg, ha az ember a hajótengelyvel teljesen egy irányban állana mindig. De a legkisebb eltérés, vagy a



fej helyzetének legkisebb változtatása esetén meghiúsul a szép számítás. *Politzer* és *Neumann* azon tényből kiindulva, hogy a tengeri betegség szédülése nem jár nystagmussal, azt következtetik, hogy a tengeri betegség előidézésében a vestibularis apparatusnak igen kis szerepe lehet. Tudjuk, hogy az ívjárat, mint egyensúlyi szerv, mely pl. a galambon olyan fontos szerepet játszik, az emberen csökevényes. Mindenesetre van valami más oka is a tengeri betegség szédülésének, mint az ívjáratok lymphamozgása, hogy mi, ma még nem tudjuk. A mi *Lorenz* dr. gyógyító eljárását, a fektetést illeti, arra csak azt jegyzem meg, hogy a hajótest középső részén nyugodtan fekvő, bármely fejtartással is elkerülhetjük a szédülést. Legalább ideig-óráig.

**Pogány Ödön:** Előadó azt említi, hogy a tengeri betegség megszűnik, vagy legalább is csökken, ha az illető egy a hajón kívül levő tárgyat fixál. Ez a körülmény a mellett szólna, hogy a tengeri betegséget nem a labyrinth okozza, mert a *labyrinth-izgalom fixáláskor* fokozódik. A nystagmus hiánya is a labyrinth szerepe ellen szól.

**Váli Ernő:** Az előadó a tengeri betegség ellen a hajó mozgásával ellenkező irányban állítja be a labyrinthust; csak hogy a hajó nemcsak egy, hanem két vagy három irányban is mozog és akkor a labyrinthust nehéz jól elhelyezni.

**Lorenz Hugó:** *Pogány* felszólalására megjegyzi, hogy nem mondta, hogy kizárólag a labyrinth által van a tengeri betegség feltételezve, hanem hogy főként ez okozza. Az opticus is hozzájárul és a mit az opticus okoz, a fixálás által eliminálható. *Rejtő*-vel szemben megjegyzi, hogy az ingerek iránti fogékonyság egyéni. Hogy tengeri betegségnél nincs nystagmus, nem szól előadó felfogása ellen, mert nystagmus labyrinth-ingerlésre csak akkor áll be, ha az ingerek egy irányúak és gyorsan követik egymást. *Váli*-nak igaza van, hogy a tenger mozgásai nem egy irányban történnek, de ezek csak rövid ideig tartanak és mégis csak egy irány praevaleál.

### Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

**Leysin.** A bécsi orvosegylet január 16.-i ülésén *Eiselsberg* tanár nagy elismeréssel nyilatkozott azokról az eredményekről, a melyeket Leysinben érnek el a nagyobb kiterjedésű, többszörös csonttuberculosis gyógyítása tekintetében. Leysin egy kis, 1400 m. magasan fekvő üdülőhely a Rhone völgyében, Aigle mellett (Svájc). Az üdülőhely vezetőorvosa *Rollier* dr., tőle származik a csonttuberculosis gyógyítására Leysinben alkalmazott módszer is. Ez a módszer pedig az insolatióban áll. A betegek nyáron és télen is, a míg a nap süt, egészen mezítenül vagy csak vékony vászonruhával fedve a napsugaraknak kitéve fekszenek az erre a célra épített verandákon. Az insolatio Leysinben olyan nagy, hogy télen is néha 40° C.-ra emelkedik a temperatura s a betegek délelőtt 10—11 órától délután 4 óráig mezítenül fehetnek a napsütéses verandákon. *Rollier* dr. kerüli a csonttuberculosis sebészi kezelését s a tályogokból is csak annyi genyet szív ki aspirátorral, a mennyinek az eltávolítása a fölöttük levő bőr épentartására szükséges. Húst a betegek lehetőleg keveset kapnak. *Eiselsberg* tanár szerint az eredmények bámulatosak; a gümőkórosan megtámadott ízületek a mozgás-képesség megtartásával gyógyulnak. Hasonló enthusiasmmal nyilatkoztak Leysinről, saját megfigyeléseik alapján, *Hoehenegg* tanár, *Morauf* és *Jerusalem* dr.-ok is. Az utóbbi megemlítette, hogy az ő kezdésére már egy Bécs melletti sanatoriumban is gyakorolják a Leysin-kúrát.

### PÁLYÁZATOK.

1537/1911. eln. sz.

A Szabadka sz. kir. város tulajdonát képező „Mária Valéria“-közkórházban üresedésbe jövő és egyenként havi előleges részletekben fizetendő 1200, azaz egyezerkettőszáz korona évi fizetés, lakás, fűtés, világítás és első osztályú ételmezzsel javadalmazott három kórházi orvos állásra ezennel pályázatot hirdetek.

A törvényhatóság főispánja által kinevezendő orvos köteles a kórházban lakni, magángyakorlatot, az első segélynyújtás esetét kivéve, nem folytathat és állását annak elfoglalásától számított egy éven belül egyáltalán nem, azontúl pedig csakis két havi felmondási idő eltelté után hagyhatja el.

A kórházigazgatóság felmondási joga azonban semminemű korlátozás alá nem esik.

Nős orvos kérvénye figyelembe nem jöhet.

A kinevezett orvos tartozik állását folyó évi október hó 1.-én elfoglalni.

Felhívom mindazokat, kik ezen állások valamelyikét elnyerni óhajtják, hogy kellőleg okmányolt kérvényüket legkésőbb folyó évi szeptember hó 15. napjáig Szabadka sz. kir. város főispánja, *Purgly*

*Sándor* dr. úrhoz (Szabadka, Pest-szálloda épület) czimezve annál is inkább nyujtsák be, mert a később érkezett kérvények figyelembevételre nem számíthatnak.

Megjegyzem, hogy a mennyiben az 1883 : I. t.-cz. 9. §-ának II. részében meghatározott minősítésű pályázók nem jelentkeznek, az egyévi gyakorlatra utasított, esetleg szigorló orvosoknak a fenti határidőig benyújtott kérvényei esetleg szintén figyelembe fognak vétetni.

S z a b a d k á n, 1911. évi augusztus hó 4.-én.

*Biró Károly* dr. s. k., polgármester.

3872/1911. sz.

A körorvosi körök székhelyeinek megállapítása tárgyában hozott 1568/1911. sz. közigazgatási bizottsági véghatározat a m. kir. belügy-minister úr f. évi június hó 19.-én 90.643/1911. sz. rendeletével jóváhagyván, a Szakcs, Nak, Lápafő, Várong és Kocsola községekből álló Szakcs székhellyel létesített szakcsi körorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek s felhívom mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908 : XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előirt képesítésüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám f. évi október hó 10.-éig annál is inkább nyujtsák be, mert ezen határidő eltelté után beérkező pályázati kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

A körorvos javadalmazása :

1. Az 1908 : XXXVIII. t.-cz. 10. §-ában megállapított 1600 korona kezdőfizetés és esetleges korpótlék.

2. A belügyminister úr 23.170/1911. számú rendeletével engedélyezett 800 korona helyi pótlék.

3. A kör közsegeitől 304/rkgy. 394/1909. alisp. sz. véghatározattal megállapított 700 korona lakásbér.

4. Végül a körorvosok rendelési és látogatási díjairól alkotott 350/rkgy. 1900—15.593/1908. sz. szabályrendeletben megállapított díjak, mely szabályrendelet azonban még jóváhagyva nincs.

Végül tudatom, hogy a választás határnapját később fogom megállapítani és a pályázókkal közölni.

D o m b ó v á r, 1911. évi augusztus hó 25.

*Nagy*, főszolgabíró.

5209/1911. kig. szám.

Máramaros vármegye visói járáshoz tartozó Petrova, Levrđina és Visóoroszi községekből alakított körorvosi állásra pályázatot hirdetek s felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, szabályszerűen felszerelt kérvényeiket hozzám folyó évi október hó 1.-éig küldjék be.

Javadalmazás 1600 korona kezdő, 200—200 egész 800 koronáig terjedő korpótlék és 1200 korona helyi pótlékból áll, a körorvos lakpénzét, fuvardíját, rendeleti, látogatási, műteti díjait, hivatalos kiszállásának idejét vármegyei szabályrendelettel fogja megállapítani Választás napját később fogom megállapítani.

F e l s ő v i s ó, 1911. augusztus 18.

*Papp Simon*, főszolgabíró.

3871/1911. szám.

A körorvosi körök székhelyeinek megállapítása tárgyában hozott 1568/1911. sz. közigazgatási bizottsági véghatározat a m. kir. belügy-minister úr folyó évi június hó 19.-én 90.643/1911. számú rendeletével jóváhagyván, a Kurd, Gyulaj, Csibrák és Mucsi községekből álló Kurd székhellyel létesített kurdi körorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek s felhívom mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előirt képesítésüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám folyó évi október hó 10.-éig annál is inkább nyujtsák be, mert ezen határidő eltelté után beérkező pályázati kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

A körorvos javadalmazása :

1. Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 10. §-ában megállapított 1600 korona kezdő fizetés és esetleges korpótlék.

2. A kör közsegeitől 304/rkgy. 394/1909. sz. alisp. véghatározattal megállapított 700 korona lakásbér.

3. Végül a körorvosok rendelési és látogatási díjairól alkotott 350/rkgy. 1909—15593/1908. számú szabályrendeletben megállapított díjak, mely szabályrendelet azonban még jóváhagyva nincs.

Végül tudatom, hogy a választás határnapját később fogom megállapítani és a pályázókkal közölni.

D o m b ó v á r, 1911. évi augusztus hó 25.

*Nagy*, főszolgabíró.

784/1911. szám.

Pozsony vármegye nagyszombati közkórházánál segédorvosi állásra pályázatot hirdetek. Javadalmazás : 1200 korona fizetés, lakás, fűtés, világítás, ételmezz (vagy 730 korona ételmezzesi ellenérték).

Pályázni kívánókat felhívom, hogy minősítettségüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket *Bartal Aurél* Pozsony vármegye főispánjához czimezve, hozzám, legkésőbb 1911. évi szeptember hó 10.-éig nyujtsák be.

Nyelvismeret közlése kívánatos.

Az állás 1911. szeptember 15.-én elfoglalandó.

N a g y s z o m b a t, 1911. évi augusztus hó 25.

*Nagy Pál* dr., igazgató-főorvos.



# ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

## TARTALOM:

## EREDÉTI KÖZLÉSEK.

**Sarbó Artur**: A második sacralis segmentum bántalmazottságának tünettana és annak diagnostikai jelentősége. 651. lap.

**Vladár Márton László**: Adatok a scarlatina occulta körjelzéséhez és prophylaxisához. 655. lap.

**Fleischmann Mór**: Közlemény a budapesti ker. munkásbiztosító-pénztár VI–VII. ker. rendelő-intézetéből. (Főorvos: Friedrich Vilmos dr., kir. tanácsos, egy. magántanár.) A porczos orrsővény nyálkahártyájának tuberculomája 658. lap.

**Widder Bertalan**: A hátrgerincgörbülésben szenvedő szegénysorsú gyermekek kezelése az iskolákban. 659. lap.

**Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Brugsch-Schittenhelm**: Lehrbuch klinischer Untersuchungsmethoden für Studierende und Ärzte. — **Lapszemle. Belorvostan. Menzer**:

Izület-csúsz. — **Sebészet. A. Vecchi**: A nyirokcsomók regenerációja és újonképződése **Riedel**: Az epehólyagrák diagnosisa és therapiája. — **Venerás betegségek. B. Fischer**: Intravenás salvarsaninjectio nyomán beállott halálest. — **Húgyszervi betegségek. Bart**: A vesegümőkör. — **Fizikai és diétaes gyógyításmódok. Strauss**: A vérerelmeszesedés étrendi kezelése. — **Kisebb közlések az orvogyakorlatra. Baccelli**: A tetanus gyógyítása carbol bőr alá fecskendezésével. — **Th. M. Kendall**: Tengeri betegség. — **Bayer**: Jodival. — **Winternitz**: Hyperaciditas. — **Massalongo és Gasperini**: Diplosal. 660–663. lap.

**Magyar orvost irodalom. Klinikai füzetek. — Magyar orvosi archívum. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság** 663. lap.

**Vegyes hírek** 663. lap.

**Tudományos társulatok** 664–666. lap.

## EREDÉTI KÖZLEMÉNYEK.

## A második sacralis segmentum bántalmazottságának tünettana és ennek diagnostikai jelentősége.

Adatok a mérgezések (ólom, alkohol, aether, zink [?]) okozta ischiadicus-neuritisnek és az ischias tünettanához és kórtanához.

Irta: **Sarbó Artur** dr., egyetemi tanár.

A XVI. nemzetközi congressuson tartott előadásomban<sup>1</sup> klinikai tapasztalatok alapján reámutattam arra, hogy az Achilles-inreflex gerinczvelői központja a második sacralis gyök magasságában keresendő. Bizonyítékaim közt fontos szerepet játszottak azok az érzés-zavarok, a melyeket a külső boka alatti tájon e reflex hiányánál találhattam.

Azóta fokozott figyelemmel követtem e tájék érzésvizonyait a legkülönbözőbb bántalmakban és e tájék érzés-zavarának összefüggését az Achilles-inreflex gyengülésével vagy hiányával számos esetben megtaláltam. Fentidézett előadásomban klinikai észlelések alapján beigazoltam azt, hogy a suralis ideg (mely a tibialis- és peroneus-idegekből tevődik össze) tibialis-componense az, mely e terület beidegzését ellátja.

Segmentális szempontból az e területet illető nézetek még nem egybehangzók.

**L. R. Müller** adataira támaszkodva jutottam azon felvételhez, hogy a kérdéses bőrterület: a külső boka alatti tájék, a második sacralis segmentumhoz tartozik.

A második sacralis gyök valószínűleg izolált megbetegedésének eseteiben, valamint ischiadicus-neuritis eseteiben ugyancsak felleltem az összefüggést a külső boka alatti tájék érzés-zavara és a reflexhiány között. Ezen két tüneten kívül

még egyéb kiesési tüneteket is észlelhettem, melyeket szintén a második sacralis gyök megtámadottságával hozhattam kapcsolatba.

Igy sikerült a kiesési tüneteknek egy csoportját összefoglalnom. Miután számos klinikai észlelés alapján ezen így összekapcsolt tünetcsoportozat törvényszerűségéről meggyőződtem, megkíséréltem, a mennyire ez klinikai úton lehetséges, e tünetcsoportozat anatómiai hátterét felfedni.

Az egyes tünetek segmentális hovatartozandóságát illetőleg az irodalomban egymással ellentmondásban álló adatokra bukkantam. Daczára ennek, valószínűséggel állíthatom, hogy a tünetcsoportozat egészében a második sacralis segmentumhoz tartozik.

Az exact, kísérleti bizonyítással természetesen adós kell, hogy maradjak; ez azonban nem csökkenti a leirandó tünetcsoportozat klinikai értékét.

Jelen közleményemmel azt kívánom<sup>2</sup> beigazolni, hogy létezik egy törvényszerűséggel megjelenő syndroma, mely egészében a caudagyökök megbetegedéseiben és némi változattal az ischiadicus-neuritisben fellelhető.

A mennyire klinikailag lehető volt, igyekeztem beigazolni azt, hogy ezen tünetcsoportozat a második sacralis gyök bántalmazottságától függ.

Lehetséges, hogy a jövőben ezen felvétel<sup>3</sup> helyessége autopsiás úton megdőljön, de azért, mint már említettem, e tünetcsoportozat klinikai értéke és használhatósága ezáltal nem fog szenvedni.

E helyen ezen syndromából különösen ki akarom emelni azon párhuzamot, mely egyrészt a külső boka alatti bőrterület érzés-zavara és az Achilles-inreflex, másrészt a talp külső oldalának érzés-zavara és a talpreflex viselkedése közt fennáll.

Azt találtam ugyanis, hogy a második sacralis gyök bántalmazottságában, az ischiadicus-neuritisben és az ischiasban az említett bőrterületek hypaesthesiája az Achilles-in-, illetve talpreflex csökkenésével, illetve hiányával volt egybekapcsolva.

Ezen tünetcsoportozathoz még a lábszárizmok (gastrocnemius, soleus) sorvadásos hűdései is társulhatnak.

<sup>1</sup> Klinische Beiträge zur Frage, auf welchem anatomischen Weg der Achillesreflex zustandekommt, sowie ein Beitrag zur klinischen Wertung dieses Reflexes. Neurologisches Zentralblatt, 1910, 4. sz.



A teljes tünetcsoportozatot caudamegbetegedés oly eseteiben találhattam meg, a melyekben jogosan vehettem fel, hogy a második sacralis gyök „izoláltan” bántalmazott.

Ezen localisatio mellett még a hólyag és végbél működése kapcsán mutatózó egyéb zavarok is észlelhetők voltak.

A leírandó tünetcsoportozatot némi módosítással tabes dorsalis eseteiben is fellelhetjük.

Azt hiszem, hogy oly tünetcsoportozatot sikerült összefoglalnom, a melynek sajátos viselkedéséből különböző diagnositikai következtetések vonhatók a betegség helye és milyensége tekintetében.

Mint már kiemelttem, igen gyakran leljük fel a tünetcsoportozatot ischiadicus-neuritis és az ischias eseteiben.

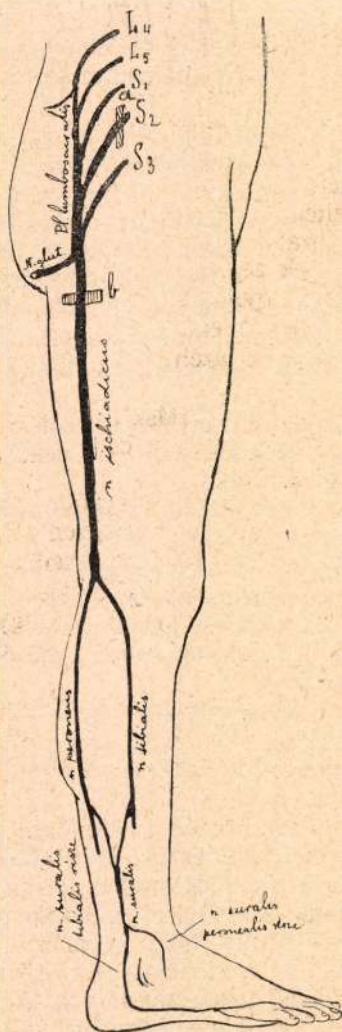
Az első csoportbeli eseteket illetőleg tünetcsoportozatunk a tibialis ideg bántalmazottságának eddig is ismert tüneteivel csaknem azonos. Észleléseim azonban bebizonyítják azt, hogy az ischiadicus törzsének bántalmaiban a tibialis-ideg részéről mutatózó tünetek nem oly ritkák, mint a hogyan eddig hittük.

Az ischiast illetőleg jelen közleményem célja beigazolni azt, hogy eddigi kórtani felfogásunk, mely szerint az ischias csupán egyszerű neuralgia, többé nem tartható fenn, és hogy még az egyszerű ischias is neuritises folyamat.

Közleményemben végül megmagyarázni igyekszem azt, hogy miért látjuk oly gyakran megjelenni a leírandó tünetcsoportozatot az ischiadicus-ideg bántalmaiban.

\* \* \*

A második sacralis segmentum bántalmazottságának tünetcsoportozatát egész teljességében caudamegbetegedés egyes eseteiben tanulmányozhattam. Oly esetek ezek, melyekben a véletlen folytán minden valószínűség szerint csupán a második sacralis gyök volt beteg.



1. ábra.

A mellékelt séma (1. ábra) a plexus lumbosacralis összetevődésének viszonyait tünteti fel.

Látható e sémából, hogy a plexus lumbosacralist a fél negyedik lumbalis és az egész 5. lumbalis, és az 1., 2., 3. sacralis gyök alkotja. Ezek összetevődve alkotják egyrészt a glutaealis ideget (superior et inferior), másrészt a nervus ischiadicust.

A nervus ischiadicus a lábszáron a nervus peroneusra és nervus tibialisra oszlik; e kettőből tevődik össze a nervus suralis. Fentidézett vizsgálataim alapján megállapított azon tényt is feltüntettem e séma, hogy a nervus suralisnak tibialis componense az, mely a külső boka alatti bőrterületet ellátja, míg a külső boka feletti bőrterületet a nervus suralis peronealis része idegezi be.

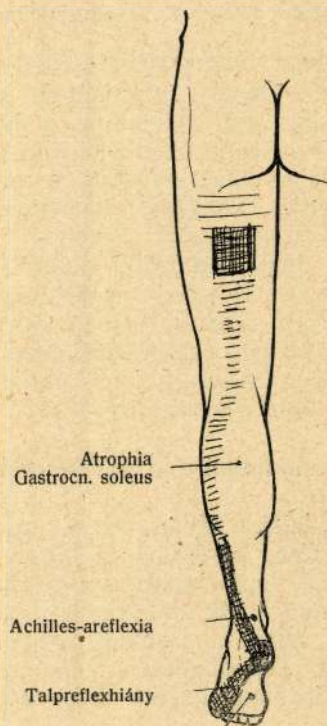
1. eset. Vizsgálataim kiinduló pontja azon caudasérülés esete volt, melyet első közleményemben részletesen közzétettem. Röviden összefoglalva: 46 éves férfiről volt benne szó, a ki 24–26 éves korában ülepére esett, ezen esés után hónapokon át igen gyengének, „összetörtnek” érezte magát. Nemsokára paraesthesiák állottak be, melyek a farkcsikcsonttájékán a defaectio, erectio és coitus alkalmával mutatózó sajátos szivárgásos érzésben nyilvánultak. Az idegrendszer vizsgálata azt derítette ki, hogy a bal külboka alatt a bőr hypaesthesiás, hypalgésiás és thermohypaesthesiás volt. Ezen érzés-zavar a lábfej külső oldalán a kisujjig folytatódott. Ezen oldalon az Achilles-inreflex hiányzott. Ezen állandó érzés-zavar és Achilles-inreflexhiány volt az egyedüli maradványa a 20–22 év előtti sérülésnek és másként nem volt magyarázható, mint azon felvétellel, hogy a caudagyökök közül a második sacralis gyök izoláltan sérült (l. 1. ábra a).

Ezen eset óta még a következő esetet észlelhettem:

2. eset. Sch. H. 40 éves borkereskedő. Lues: 0. 3 gyermek, 1 abortus. Alkohol: csak társaságban. Nicotin: 30 cigareta naponta. 15 év előtt katonaságnál „Hexenschuss”.

Tavaly (1909) ősszel pinczében dolgozva, bortöltés után hirtelen heves fájdalmak mutatózó lábaiban; éjjelre egyszerre csak nem érezte bal lábát, ezen idő óta bal lábszárában és lábujjaiban érzéstelenség. Panasza az, hogy székéléskor, vizeléskor ég a bal talpa. Lábfejében időnként villámló fájdalmak.

Status. Tág, egyenlő, jól reagáló pupillák. Mindkét térdtünet élénk. Achilles-inreflex: baloldalt nem váltható ki; jobboldalt élénk. A bal alsó végtag sorvadtt, legerősebben a lábszáron (2 1/3 cm.). Bal lábujjait nem tudja a talp felé mozgatni. A bal lábon megállani nem tud. A tapintó-érzés csökkent a czombon hátul a glutaealis redőtől lefelé, a lábszár küloldalán, legerősebben a lábszár alsó harmadától lefelé, a külboka alatt, a sarok küloldalán, előre a láb külső szélén, a IV. és V. ujjon és végül a talp külső harmadában. A legerősebb érzéscsökkenés a czomb közepén és az alsó lábszár lábfején van. Ugyanezen területeken csökkent a fájdalom- és hőérzés is. A talp anaesthesiás részéről talpreflex nem váltható ki, míg a talp többi részéről igen. (2. ábra.)



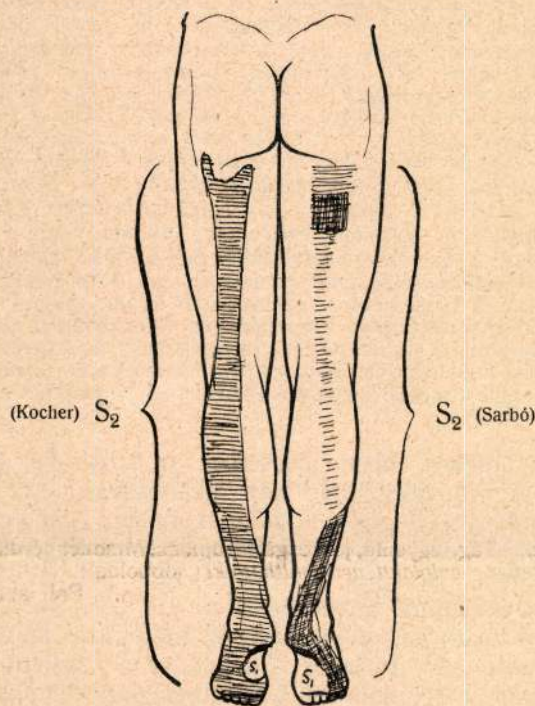
Rendes talpreflex

2. ábra.



A közölt esetben leírt érzés-zavar területének segmentalis ellátása még nincsen teljesen tisztázva. A *Seiffer*-féle séma szerint a terület felső részét  $S_2$ ; a lábszár és lábfejre vonatkozó részét  $S_1$  látja el. *L. R. Müller* az utóbbi területre nézve újabb vizsgálatai alapján azt állítja, hogy azt  $S_2$  látja el, viszont a felső területre vonatkozólag azt  $L_5$ -höz sorolja. Ezzel szemben *Edinger* a felső területre vonatkozólag azt mondja, hogy azt  $S_1$ , az alsó területet pedig  $S_2$  idegezi be. *Bruns* a felső területre vonatkozólag azt  $S_2$  által véli beidegzettnek. Végül *Schultze* szerint  $S_1$  és  $S_2$  látja el ezen területet.

Mindezekkel szemben *Kocher* a  $S_2$  által beidegzett területet sokkal nagyobb terjedelműnek veszi fel, a mint ezt a 3. és 4. ábra mutatja. A mi esetünkben az érzés-zavar teljesen a *Kocher*-féle felvétel szerinti területeken mutatható ki,



3. ábra.

csak hogy kisebb szélességben. A különbség a 3. és 4. ábrán jól látható. Ezen érzés-zavaron kívül esetünkben konstatálható volt a gastrocnemius és soleus sorvadásos bénulása, az Achilles-inreflex és talpreflex hiánya. Az Achilles-inreflexnek  $S_2$ -höz tartozandóságát fent idézett dolgozatomban azt hiszem sikerült beigazolnom; a gastrocnemius és soleus a szerzők csaknem egybehangzó véleménye szerint szintén  $S_2$ -höz tartozik. A plantaris reflex *Schultze* és *Bruns* szerint  $S_1$  és  $S_2$ -höz kötött, *Edinger* szerint  $S_2$ -höz. Esetemben a plantaris reflex a talp anaesthesiás részéről nem volt kiváltható, míg a talp többi részéről igen.

Kiemelendő végül az eseteimben észlelhető paraesthesia, mely az első esetben a farcsíksont tájékára, az utóbbi esetben a bal talpra vonatkozott.

Régebbi, conus-traumára vonatkozó esetem<sup>1</sup> alapján, melyet mikroskopiailag is feldolgoztam, *Kirchhoff* és *Oppenheim* autopsiás eseteivel összevetve, a hólyag és végbél beidegzését a  $S_2$ — $S_4$  magasságban lokalizáltam. *Schultze* adataim figyelembe vételével  $S_2$ ,  $S_3$ -ba lokalizálja e funkciókat. Újabbán *L. R. Müller*, *Edinger* a hólyag és a végbél felső részének érző beidegzését  $S_2$ -höz kötik. Ennek a lokalizálásnak megfelel a mi eseteinkben észlelhető paraesthesia, a mely tünet  $S_2$ -nek a hólyag és végbél működésével való szoros kapcsolatát mutatja.

Mindezek alapján a második sacralis segmentum bántalmazottságának tünetcsoportozatát a következőkben összegezhetem:

<sup>1</sup> Beitrag zur Lokalisation des Centrum für Blase, Mastdarm u. Erektion beim Menschen. Arch. f. Psych. 1896.

**Érzéshűdés:** a czomb hátulso felületén a glutaealis redő alatt kezdődőleg, a lábszár küloldalán lefelé erősbödőleg, a külboka alatt, a sarok küloldalán, a lábfej külső szélén, a IV. és V. ujjon és végül a talp külső harmadában (l. 3. és 4. ábra, *Sarbó*).

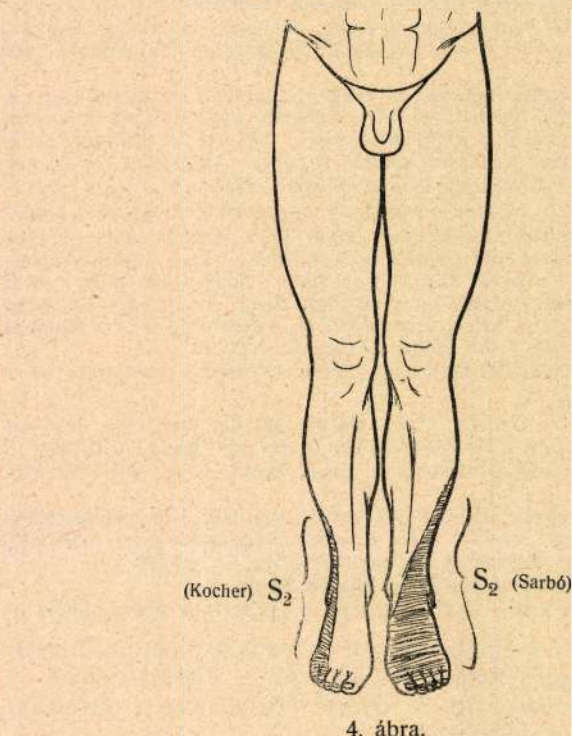
**Mozgáshűdés:** a gastrocnemiusban és soleusban.

**Achilles-Inreflexhiány.**

**Talpreflexhiány a talp külső része felől.**

**Paraesthesiák székelés- és vizelelkor.**

Ezt a tünetcsoportozatot észleljük akkor, a mikor a második sacralis gyök izoláltan van bántalmazva (1. ábra *a*-nál), de bizonyos eltérésekkel felleljük e tünetcomplexumot a *nervus ischiadicus bántalmazottságánál* is. (1. ábra *b*-nél.) A tárgyalás keretén kívül hagyom azt, hogy a conus bántalmainál valamint  $S_2$ -nek egyéb sacralis gyökökkel együtt való bántalmazottsága esetén a körülírt tünetcsoportozaton kívül milyen tüneteket észlelhetünk még. Csak azt kívánom megjegyezni, hogy conusmegbetegedésnél e tünetcsoportozatban a paraesthesiák helyét a hólyag és végbél működésének zavara foglalja el. Mai előadásom célja csupán az, kimutatni, hogy a *nervus ischiadicus* törzsének bántalmaiban sokszor praedominál az  $S_2$  tünetcsoportozata.



4. ábra.

Az ischiadicus-ideg bántalmait két csoportra oszthatjuk. Az egyik csoportot alkotják azok az esetek, melyekben kimutathatólag valamelyes mérgezés betegítette meg az ischiadicus törzsét, a második csoportba tartoznak az ischiadicus törzsének neuralgiái: az ischias.

#### a) Mérgezések kapcsán beálló ischiadicus-neuritis esetei.

Az e csoportba tartozó esetekben látjuk a második sacralis segmentum bántalmazottságának majdnem teljes tünetcsoportozatát.

Ezt bizonyítják következő eseteim:

**3. eset.** L. T. 43 éves, gyári munkás. Koncedált potus, 1910 november havában bal csípőben fájdalmak, két heti otthoni fekvés után kórházba ment, honnan gyógyulva távozott. Néhány nap óta ugyanolyan fájdalmak.

**Status.** Középtág, egyenlő, jól reagáló pupillák. A bal alsó végtag in toto soványabb, mint a jobb; a különbség 1 cm. Térdtünet rendes. *Achilles-inreflex*: jobboldalt rendes, baloldalt hiányzik. A bal külboka alatt, a lábfej külső szélén, a talpon az összes érzésfajok csökkentek. A *nervus tibialis* és a *musculus gastrocnemius* részéről (bal oldalt) csökkent farados ingerlékenység. Baloldalt pozitív Laségue-tünet.

**Kórjelzés:** Neuritis nervi ischiad. alkohol., praecipue neuritis nervi tibialis sin.



4. eset. S. M. 58 éves, kávésségéd. Koncedált potus. 30 év előtt ulcus, localis kezelés. *Panasza*: nem tud sem enni, sem aludni. Szédülések. Dereában fájdalmak.

*Status*. Középtág, egyenlő, jól reagáló pupillák. *Térdtünet*: bal rendszer, jobb *Jendrassik-kézfogásra* és ekkor is csak nehezen váltható ki. *Mindkét Achilles-inreflex hiányzik. Mindkét oldalt a külboka alatt erősen csökkent a tapintó-érzés. Tompa szivhangok.*

*Diagnosis*: Neuritis nervi ischiad. et cruralis alkohol., praecipue neuritis nn. tibialis.

5. eset. K. J. 33 éves, betűszedő. *Panasza*: 2—3 éve szakgatások bal farában, melyek egészen a lábujjakig terjednek le. A bal lábujjak érzéstelenek.

*Status*. Középtág, egyenlő, jól reagáló pupillák. Ólomszegély. Spasmusos térdtünetek, különösen jobboldalt. *Achilles-inreflex*: jobboldalt igen élénk, *bal csak olykor kapható. A tapintó- és fájdalomérzés a bal külboka alatt csökkent, legerősebb az érzéshűdés a IV. és V. lábujjon, a hol tűszúrást is alig érez.*

*Körjelzés*: Intoxicatio saturnina; neuritis nervi ischiadici, praecipue neuritis nervi tibialis l. s.

6. eset. F. S. 37 éves, mázoló. Évek előtt a maihoz hasonló állapot: fájdalmak jobb alsó végtagjában. Jelenleg nemcsak fájdalmak bántják, de gyengének is érzi jobb alsó végtagját. Székeléskor fájdalmak a jobb lábban.

*Status*. Középtág, egyenlő, jól reagáló pupillák. *Térdtünet* rendes. *Achilles-inreflex*: bal rendszer, *jobb nem váltható ki. Jobboldalt kifejezett Laségue-tünet. Az ecsetet a jobb lábszáron 5 cm.-rel a külboka felett kezdődőleg, a külboka alatt folytatódólag, a sarok küloldalán és ennek folytatásában a láb küloldalán és a talp külső részén (kb. 3 cm. szélességben) kevésbé érzi, mint az ellenoldalon. Ugyanítt a fájdalom-, hideg- és melegérzés is csökkent. Mezítláb járva, jobb lábának belső részére lép csak, álló helyzetben szintén ezen állásban van a láb. Kérdezve, hogy miért nem lép egész talppal, azt feleli, hogy azért nem, mivel akkor oly érzése van, mintha gummilabdán járna. A jobb alsó végtag in toto soványabb, mint a bal; a czonbon 2 cm., a lábszáron 1½ cm. különbség. Gastrocnemiusban (jobb oldal) elfajulásos reactio.*

*Körjelzés*: Neuritis saturnina nervi ischiadici, praecipue nervi tibialis.

7. eset. M. D. 37 éves, utazó. Három hét óta jobb lába térdben elgyengült, a jobb talp, a láb széle zsibbadt. Hamar fárad. Előzőleg 8 hónapig át hátfájásokban szenvedett. Luest tagad. Bort, sört mértékletesen iszik.

*Status*. Középtág, egyenlő, jól reagáló pupillák. *Térdtünet* rendes. *Achilles-inreflex*: bal rendszer; *jobb hiányzik. A tapintó-érzés a jobb külboka alatt csökkent, különösen csökkent az érzés a jobb láb külső szélén, belefoglalva a IV. és V. lábujjat is. Vizelés* rendben.

*Körjelzés*: Neuritis nervi ischiadici d., praecipue nervi tibialis d.

Valamennyi esetben a nervus ischiadicus neuritise forgott fenn (megbetegedés helye l. 1. ábra b); a kiesési tünetek a tibialis-idegre vonatkoztak és ennek megfelelőleg a lábszáron és lábfejen voltak fellelhetők.

Már említettük, hogy a tibialis-ideg bántalmazottságának tünete teljesen egybehangzók a második sacralis segmentum bántalmazottsága tüneteinek egy részével.

Ischiadicus-neuritis oly esetében, melyben nem a tibialis, hanem a peroneus-ideg részéről látjuk a kiesési tüneteket, nélkülözzük a második sacralis segmentum bántalmazottságának tüneteit, így p. o.:

8. eset. C. N. 39 éves. Lues: 0. Alkohol: 0. 1909 június 1.-én luxatio coxae dextrae, melynek repositiója után nem tudta többé mozgatni jobb lába fejét. Ezen idő óta típusos peroneus-hűdés. A jobb lábszár 1 cm.-rel soványabb, mint a bal. A jobboldali nervus peroneus sem farados, sem galvános árammal nem ingerelhető.

*Mindkét Achilles-inreflex egyformán és könnyen kiváltható. Az ecsetérintést a külboka felett kevésbé érzi, mint az ellenoldalon, egyebütt az érzés mindenütt rendben.*

Viszont észlelhetünk eseteket, melyekben az ischiadicus-törzs bántalmazott volta mellett úgy a nervus tibialis, mint a nervus peroneus részéről kapjuk a kiesési tüneteket.

9. eset. K. A. 48 éves, erdőőr. Lues: 0. 3 gyermek. Abortus: 0. Alkohol: kevés. 1898-ban bal térdben fájdalmak: „csontfájdalmak, rángatózó”, meleg fürdőkre ezek megszűntek és csupán időváltozáskor jelentkezett azóta fájdalom. 1909 november havában vadászás közben egyszerre csak észrevelte, hogy jobb lába érzéstelen, mintha zsibbadt volna, 1910 február hó óta jobb lába fejét nem tudja mozgatni.

*Status*: középtág, egyenlő, jól reagáló pupillák. *Térdtünet*: bal prompt, *jobboldali gyengébb. Achilles-inreflex*: bal rendszer, *jobb hiányzik. Jobb alsó végtag in toto soványabb, legerősebb az atrophia a lábszáron (3 cm.). Kifejezett peroneushűdés. Az egész jobb lábszáron az érzés összes fajai csökkentek.*

Az ily esetben tehát elmősődik a második sacralis gyök bántalmazottságának tünetcsoportozata, illetve reákródik a nervus peroneus okozta kiesési tünetcsoportozat.

Észlelhetünk végül oly ischiadicus-neuritiseket is, melyekben a nervus peroneus részéről csupán mozgáshűdés, a nervus tibialis részéről mozgás- és érzéshűdés van jelen. Ilyen eset p. o. a következő:

10. eset. Dr. K. 26 éves orvos, kinek luese nem volt. A Wassermann-féle seroreactio negativ. Félév előtt (1910 december) azt vette észre, hogy tüszentéskor, köhögéskor jobb csipőjében nyilalás állott be, majd keresztáji fájdalmak jelentkeztek. Nemsokára (5-6 hét) mindkétoldali peroneushűdés állott be és áll fenn azóta. Fekvéskor lábfejének bőre duzzadt tesz. Keresztcsonti fájdalmak locomotióját zavarják; hason feküdni nem tud. Székrekedéskor a fájdalmak erősebbek, ha székelt, megszűnik a fájdalom. Semmi vizelési panasz. Ha fejét hirtelen forgatja, fájdalmat érez a gerincoszlop alján.

*Status*: középtág, egyenlő, fényre renyhén reagáló pupillák, az alkalmazkodás prompt. Agyidegek rendben. Felső végtagok rendben. A jobb czonb soványabb, mint a bal (3 cm.), a lábszárak egyformák, de mindkettő a rendszernél soványabb. Mindkét lábfej ielőg, a bokában semmiféle activ mozgás; lábujjait kevésbé tudja csak a talp felé flektálni és valamelyest a lábfejet kifelé mozgatni, a bal lábfejet kissé kiadósabban, mint a jobbat. Mindkét, de különösen a jobb lábfej bőre cyanosissos. *Térdtünetek* élénkek. *Egyik Achilles-inreflex sem kapható. Talp-reflex egyik oldalon sem váltható ki. Cremasterreflex* jobboldalt nem kapható, baloldalt kérdéses. Összes hasreflexek rendben. *Az ecsetérintést mindkét czonb hátulso felületén a glutaealis redőtől lefelé a térdaljig kevésbé érzi, mint egyebütt, ezen terület felső harmadában legerősebb az érzéskiesés. Ugyancsak csökkent az érzés mindkét lábszár alsó harmadán a küloldalon, ennek folytatásában a külboka alatt, a sarkon, a láb küloldalán, a IV. és V. ujjon és a talp külső harmadában. Erős farados áramra mindkét n. peroneus ingerelhető, de nem adja a szokásos gyors rángást; a nn. tibiales ingerlésbe hozására sokkal erősebb farados áramra van szükség és az effectus igen kifokú lábujj-plantarflexióban nyilvánul. A mm. tibiales ant. és gastrocnemii farados áramra nem ingerelhetők, galvánáramra lassú összehúzódás. Mindkétoldalt igen kifejezett Laségue-tünet. A gerincoszlop alsó részletének és a keresztcsontnak erős ütögetése fájdalmas. Gerincoszlopon, keresztcsonton elváltozás nem látható. A végbélvizsgálat negativ eredményt ad, úgyszintén a Röntgen-átvilágítás.*

Igen érdekes ebben az esetben az aetiologia. A collega egy év óta szanatóriumban van alkalmazva, a hol naponta 2—3 órán át van elfoglalva a műtő-szobában altatással. Közél fekszik a gondolat, hogy az aethernek<sup>2</sup> (kizárólag aethernarcosist alkalmaz) szerepet tulajdonítsunk a polyneuritis létrehozásában. Azonban ennek egyedüli kórokozó szerepe ellen joggal felhozható az, hogy eddigve tudtommal az aether ily káros hatását nem észlelték. Érdeklődve a közelebbi körülmények után, megtudtuk azt, hogy a betegünk előtt ugyanazon szanatóriumban alkalmazva volt két orvos közül az egyik heves keresztáji fájdalmakban szenvedett, a másik ischiában, sántított is, mindkettő elhagyván a szanatóriumi szolgálatot, teljesen rendbejött. Ennélfogva még egyéb körülménynek is közre kellett játszani. A lakás, melyben a collegák laktak, illetve melyben betegünk is lakik, száraz. Megtudtam azonban, hogy a műtőterem fala zinkfestékkel fehérre van festve, kiderült továbbá az, hogy a műtőben a nagy meleg folytán igen erősen gőzös a levegő. Közelfekszik arra gondolni, hogy ezen gőzők által a zinkfesték oldódott és ezen zinkkel telt gőzők az aetherrel együtt okozták a három collegának hasonló megbetegedését. Mindkettőre azért kell gondolnunk, mivel ha csak a zinkgőzők (?) volnának<sup>3</sup> okai a bántalmaknak, a műtéveknél assistáló személyzet közül is megbetegedett volna egyik-másik. A lekapart festékben sem ólom, sem arsen, csupán zink volt kimutatható. A bántalomnak az ischiadicusokban való localisatióját illetőleg utalunk arra, hogy betegünk az óraszám tartó narcosisokban részint állva, részint kemény széken ülve volt elfoglalva és így az ischiadicus-ideg területe volt legerősebben kifárasztva.

Esetünkben a tünetek összessége polyneuritis mellett szól. Conusmegbetegedésnek semmi tünete sincs. Caudamegbetegedés, mely mindkét oldalra egyformán vonatkoznék, csak úgy volna érthető, ha a caudának intraduralis megbetegedését vennők fel. Ily felvétel mellett azonban a jellegző érzés-zavaroknak, vizelési, székelési, erectionalis zavaroknak kellene jelen lenniök, mindezekről azonban esetünkben szó sincsen. Avégbélen át való exploratio és a röntgenezés úgy a keresztcsontot, mint a csigolyákat, medenczét illetőleg teljesen negativ eredményt adott. Különben is nélkülözünk localis csontmegbetegedésre utaló minden tünetet. A Röntgen útján megállapítást nyert az, hogy



a gerincoszlop ágyéki csigolyái kissé bal felé térnek el, az 5. csigolyától kezdve visszatér a gerincoszlop a közép-vonalba, illetve compensatoriusan kevésbé jobbra van eltolva. Ezen elhajlás kielégítő magyarázatot talál abban, hogy a folyamat a jobb ischiadicusban kezdődött s a beteg ezt tehermentesítette.

Ezzel szemben mindkétoldali ischiadicus-neuritis felvételeivel egy helynek megbetegedett voltából meg tudjuk magyarázni az összes tüneteket. Végül polyneuritis felvétele mellett szól a pupillaris tünet is: a pupillák renyhe reakciója. Sőt ebben a tünetben bizonyítékát látjuk annak, hogy a polyneuritis létrejöttében az *aethernek* is szerepet kell tulajdonítanunk. Tudjuk, hogy az aether az alkoholhoz hasonló neurotrop anyag, alkohol-neuritisekben ugyancsak láthatjuk a *signe d'Argyll* megjelenését.

Hátra van még megmagyarázni azt, a beteg által kétségbevonhatlanul állított tény, hogy fejének váratlan oldalmozgásokon fájdalmak állnak be a gerincoszlop alján; ezt másképp nem tudom magyarázni, mint ha felteszem, hogy ezen mozgás folytán vongáltatnak a kilépő sacralis gyökök és így a *Lasègue*-tünet módjára áll be ilyenkor a fájdalom.

Kiemelendő az a vasomotoros zavar, mely esetünkben észlelhető: a lábfejek bőrének cyanosisa, fekvő helyzetben a láb fejbőrének duzzanata. Tudjuk, hogy a mozgató gyökökkel a vasoconstrictorok is kilépnek és ezek hűdésére vezethető vissza e tünet.

\* \* \*

Az e csoportba tartozó esetek legtöbbször valamelyes intoxicatio szerepelt, legtöbbször az alkohol, két ízben az ólom, egy esetben aether és zink (?). A mi szempontunkból összetartozók az esetek, mivel valamennyiben a 2. sacralis segmentum bántalmazottságának tünetei észlelhetők.

Megállapíthatjuk tehát, hogy a nervus ischiadicus mérgezőes neuritisében elég gyakran dominál a nervus tibialis bántalmazottságának tünetcsoportozata.

(Folytatása a jövő számban.)

## Adatok a scarlatina occulta kórjelzéséhez és prophylaxisához.

Irta: *Vladár Márton László* dr., kórházi főorvos.

Az orvosi gyakorlatban a kóragnál tett megfigyelések már régen bebizonyították azt, hogy a skarlatos exanthema színe az alig észrevehető erythemás rashól kezdődőleg, a petechialis apró vérömlésekkel tarkázott rákvörös színeződésig a legváltozatosabb színskálát tüntetheti fel, de nem minden esetben feltétlen kelléke a skarlat felismerhetőségének, mert egy nagy tömege a megbetegedéseknek, így *Heubner* megfigyelései szerint az esetek 20%-a, *occult* alakban, exanthema nélkül folyhatik le és felismerésük még a leggyakorlabb orvosnak is nehézséget okozhat.

A diagnosis nehézségei főleg abban gyökereznek, hogy sem symptomatologiai, sem mikroskopi, sem pedig haematologiai adatok nem állanak ezidőszerint rendelkezésünkre, a melyekből a vörheny diagnosisát exact módon lehetne felállítani. Mindaz, a mi az orvost az *occult* vörheny diagnosisára vezeti, inkább a körülmények adta feltűnő cumulatioja vagy synchronicitása bizonyos eseteknek.

Belátható, hogy a skarlat nagyfokú contagiositása mellett, ismerve szövődményeinek sokszor az egész életre kiható horderejét, ismerve a járványok szerint változó halálozást, a prophylaxis szempontjából milyen nagyfontosságú annak az eldöntése, hogy adott esetben, gyanus garatbeli tünetek mellett — ha exanthema egyáltalában nem lelhető — a beteg skarlatosnak tekintessék-e avagy sem.

A skarlat nagyfokú contagiositása minden kétségen felül áll, de egyúttal ismeretes az is, hogy korai izolálás a morbiditást mennyire le tudja szorítani; mégis határozottan úgy áll a dolog, hogy úgy óvintézkedéseink, valamint védekezésünk félsikere nem a manifest esetek korai felismerésében, mint in-

kább az *occult* esetek fel nem ismerésében és így a contagium széthurczolásában gyökerezik.

Bakteriologiai tudásunk a skarlat kórokozóját illetően ezidőszerint nagyon labilis. Minek tekintjük e betegséget: egységes megbetegedésnek-e, vagy talán vegyes fertőzésnek? *Streptococcusok* okozzák-e, vagy ezek kategóriájába tartozó válfajok? *Ubiquitaer*-e és csak bizonyos eshetőségek folytán lép aktivitásba és lesz virulenssé, vagy pedig épp oly specifikus és épp oly meghatározott biológiai tényezőknél alávett mikrobium, mint a többi? Mindezi nem tudjuk!

Való azonban az, hogy manifest skarlat-esetek mellett synchronice oly gyanus megbetegedések jelentkeznek, melyekre ha nincs is ráítve a skarlat minden típusos bélyege, mégis több-kevesebb bizonyossággal szintén skarlatos fertőzésnek kell hogy minősíttessenek. Ezek azok a jól ismert esetek, a mikor exanthema nélkül csakis garattünetek, a normalison túl tartó lázas folyamat s főleg a lassúbb reconvallescencia teszi az embert figyelmessé a garatbeli folyamat valami specifikus karakterére, melyet nem lehet a közönséges, 3—4 nap alatt lefolyó tonsillitisek kategóriájába sorozni. Az igaz, hogy ezen exanthema nélküli esetek mibenlétére utóbb világot vethet a véletlenül felfedezett lehámlás vagy nephritis s így a posteriori módunkban állhat a lefolyt garatbeli folyamat specificitását bebizonyítottak tekinteni, de ez az eseteknek csak igen gyér számában fedeztetik fel, a legtöbb ilyen baj gyanútlanul folyik le és nyom nélkül tűnik el.

Hol és milyen körülmények között ébredhet fel a gyanu arra nézve, hogy egy eset *occult* skarlatnak minősíttessék?

Erre a kérdésre a kóragnál tett megfigyelések adják meg a feleletet, s hogy gyanunk ezidőszerint matematikai pontossággal nem nyerhet bizonyosságot, annak elsősorban abban kell keresni az okát, hogy a skarlat tünettánának mezején még igen sok oly felfedezés kínálkozik, a mely ha eddig el is került az orvosvilág figyelmét, de idővel mint becses jel gyarapítani fogja a skarlat symptomatológiáját. A kutatásnak itt még igen bő tere nyílik, s ezzel is csak úgy vagyunk, mint minden más betegséggel. Hogy több példára ne hivatkozzam, itt van például a jól ismert kanyaró, a melynek a praeruptionalis szakaszát most már nemcsak a szemzugok belőveltségéből, a processus mastoideus táján mutatkozó korai pettyezettségéből, hanem az alig egy évtizede leirt Koplik-foltokból is felismerhetjük.

Miképpen áll azonban a dolog a skarlattal?

Tudjuk mindnyájan, hogy ha családaink valamelyikében skarlatbeteg jelentkezik, ugyanakkor majdnem egyidőben a család több tagján, gyermekeken épp úgy, mint felnőtteken garatmegbetegedések, garathurutok, lepedékes garat, orr-garatüregi gyuladások és tonsillitisek szoktak mutatkozni; tudjuk továbbá általánosságban, hogy vörhenyjárványok idejében feltűnő sok tonsillitis kerül gyógykezelésünk alá. Ez oly tapasztalati tény, melyet elvitatni nem lehet s valószínű, hogy e folyamatoknak coincidentiaja nem egy orvosban ébresztette fel a gyanut, hogy ezen eltérőnek látszó folyamatok voltaképpen együvé tartoznak.

A véletlen játéka az vajjon, hogy az azelőtt teljesen egészséges család tagjai tömegesen betegszenek meg garatbetegségeikben, a mikor a család egy tagja manifest skarlatban betegedett meg, vagy pedig okozati összefüggést kell keresnünk a skarlatos beteg baja és a vele együtt jelentkezett garatmegbetegedések között.

Azt hiszem, nem végzek felesleges munkát, ha azon számos eset közül, a mely orvosi pályám alatt észlelésem alá került, két igen instructiv észleletemet írom le; a többi azután többé-kevésbé egy és ugyanazon sablon szerint folyik le.

Egy fiatal házaspár 10 hónapos fiacskája hirtelen lázas lett. A láz okát első vizsgálatom alkalmával kideríteni nem tudván, várakozó állásonra helyezkedtem. Következő nap a lázas hőmérsék tetemesen apadt s a fiúcska magaviseletéből némi euphoriára lehetett következtetni, dadája karján életvidoran mozgolódott s egyáltalában nem mutatta a komoly beteg benyomását. Jó nappali világitásnál megnézvén újra a gyermeket, feltűnt a fiúcska bőrszínének némi rózsás színező-



dése, a mely a hypochondriumok és a hát táján valamivel intensivebbnek mutatkozott. Minthogy a torok részéről semmi-féle gyanus tünet, de még a legcsekélyebb belöveltség sem mutatkozott s minthogy fertőző betegekkel való érintkezés nem történt, skarlátot diagnoskálni tisztán és kizárólagosan erre a minimalis bőrleletre támaszkodva nem mertem. 24 óra után a jelzett szín minden nyom nélkül eltűnt s a kis fiú egészsége helyreállott. A betegség össztartama 72 óra volt. 4 nap múlva a kis fiú anyja, egy 22 éves erőteljes nő, typosus, még pedig igen súlyos skarlátban betegedett meg. Nem tudván eldönteni egész határozottsággal azt, hogy a kis fiú lefolyt lázas affectióját minek tekintsem, úgy véltem, hogy a ragályozás elkerülése céljából a gyermeket el fogom különíteni beteg anyjától s e célból dadájával együtt távolabb lakó nagyszüleihez vittem.

Alig tartózkodott azonban a kis fiú 4 napig nagyszüleinél, a mikor egyszerre házi endemia alakjában torokgyuladások jelentkeztek. A nagyanya tonsillitise vastag, kiterjedt lepedékekkel, magas lázzal, fájdalmas dysphagiával járt s eltartott 7 napig. A 17 éves hajadon leány tonsillitise follicularis alakban, magas lázak között folyt le s a restitutio ad integrum csak 12 nap múlva következett be. A gyermek dadája háromnapos torokgyuladást állott ki. A szobaleány tonsillitise 5 nap alatt folyt le. Feltűnt, hogy úgy ezen betegeken, mint a gyakorlatomban már régebb idő óta észlelt eseteimben is, a hol a gyanus garatmegbetegedések manifest skarlátos esetek szomszédságában jelentkeztek, a garatmegbetegedés lényegesen eltérő típust mutatott az egyszerű tonsillitisektől úgy a hozzájuk szövődött magasabb lázak miatt, mint legkülönösebben a reconvalescentiának protrahált volta miatt, a melyet különösen az általános elesettség, az ideg- és izomdynamia képe jellemzett. A kép körülbelül olyanforma volt, mintha a beteg valami súlyos fertőzésből épült volna fel.

Tovább haladok észleléseim leírásában. A súlyos skarlátban fekvő fiatal anyát a férje és egy 21 éves cseléd ápolta. A férj immunis maradt, a cseléd azonban igen erős torokgyuladást állott ki, a mely 7 nap alatt zajlott le. Utána sokáig törődött és gyenge volt.

A skarlátos anya lege artis hámlott, de ugyanekkor konstatáltam a hámlást a kis fiún is. A többi 5 betegen hámlás nem volt.

Elemezzük már most közelebbről ezeket az eseteket.

A posteriori most már minden kétségen felül bizonyos, hogy a kis fiú volt az első skarlát-beteg és ő ragályozta az anyát. Minthogy azonban a rudimentaer tünetekből nem lehetett a fiú skarlátját diagnoskálni, az egészségesnek látszó gyermek magával hurcolta a contagiumot a nagyszülők házába, a hol már hónapok óta nem volt beteg.

Itt azután majdnem explosioszerűen 4 ember betegszik meg egyszerre teljesen ugyanazon, csak fokozatilag eltérő torokgyuladásban. Két családban tehát egy hét lefolyása alatt egy suspect, egy manifest skarlátot és 5 torokgyuladással esetet volt alkalmam észlelhetni.

Az eseteknek ez a feltűnő cumulatiója nem lehet a puszta véletlen műve, itt egész határozottsággal arra kell következtetni, hogy e megbetegedéseknek egy közös okának kell lennie, hogy e megbetegedéseknek virusa egy közös contagium, a mely csak klinice, a kórágynál mutatkozik ilyen polymorph alakban.

Az az 5 egyén, a ki 2 skarlátos individuummal egyidejűleg torokgyuladást kapott, szintén skarlátos méreg befolyása alatt betegedett meg és így torokgyuladásuk szintén skarlátos lehetett. Ha ezt a dolgot ekképp fogjuk fel, akkor következtetésünk fonálán oda jutunk, hogy mind az 5 torokgyuladással eset voltaképpen occult scarlatina, ú. n. scarlatina sine exanthemate volt, s hogy mind az 5 a skarlátos ragályt épp oly mértékben terjesztette, mint az a 2, a kinek skarlátját exanthemája révén manifestnek ismertük fel.

A második eset, a mely egy 6 tagú családot illet, a következő:

Négy iskolásfiú van egy családban; az egyik úgy látszik az iskolában ragályozza magát és megbetegszik vörhenyben.

Utána megbetegszik az atya, az anya és két öccs. Tíz nap alatt öten fekszenek vörhenyben. A fiúk legidősebbje, 10 éves, elég vézna gyermek, középsúlyos torokgyuladást kap s abból ambulanter 7 nap alatt kilábal. Exanthemája nem volt.

Ebben a családban tehát 5 ember betegszik meg manifest skarlátban és csak egyetlen egy menekül meg a kiütéstől, torokgyuladás árán. Minek tekintsük tehát ezen exanthema nélküli torokgyuladást, a mely a skarlátos egyének környezetében, a vörhenyvel egyidejűleg jelenik meg és folyik le? Egyszerű mandulalob ez vagy valami más?

En azt hiszem, hogy nem tévedek, ha az ilyen esetet épp oly vörhenynek fogom fel, mint azt, a melynek evidens exanthemája van. Az ilyen torokgyuladás nem egyszerű folyamat, hanem specifikus, és nem más, mint scarlatina occulta.

Folytatni lehetne ezeket az eseteket s azt hiszem, hogy alig van orvos, a ki praxisában hasonló megfigyeléseket ne tett volna s hasonló esetekről ne tudna beszámolni.

En ezek alapján, támaszkodva megfigyeléseimre, azon álláspontra helyezkedem, hogy minden olyan garatmegbetegedés, a mely synchronice manifest skarlát mellett jelentkezik, skarlátos méreg által létrehozottnak és így occult skarlátnak minősítendő s az eset úgy therapiiai, valamint hygienés tekintetben ugyanazon elbírálás tárgya legyen, mint a manifest exanthemás skarlát.

Bevallom, hogy e kijelentés exact bizonyítása ezidő-szerint, éppen hiányos bakteriologiai és haematologiai ismereteink miatt, nem állhat módomban, mert hiszen mindaz, a mit a skarlátra vonatkozólag tudunk, a kórágynál tett megfigyeléseinkben teljesen kimerül. Való azonban az, hogy a symptomatologiai kutatás útja nyitva áll és tovább kell kutatnunk, hogy oly jelenségek birtokába juthassunk, a melyek e homályos kérdésre fényt fognak vetni és a gyanus esetek felismerését is lehetővé teendik mindaddig, a míg bakteriologiai tudásunk e téren pozitívabb eredményre vezet.

Nem tagadható, hogy az utóbbi időben bizonyos érdekes tünetmény birtokába jutottunk az úgynevezett skarlátos cutan-reactio révén.

A skarlátos kiütés okára vonatkozó nézetek még nem alakultak ki, az azonban bizonyos, hogy a skarlát toxinja a test erezetére és főleg a capillarisorokra izgató és betegítő hatással van s ebben nyeri magyarázatát az erek rendkívüli szakadékonysága. A skarlátos pír valószínűleg a bémult és megtámadott érfalzat következménye s ha a bántalmazottság foka nagy s az ellentállás csekély, az exanthema petechialis vérömlésekkel kombinálódhatik. Vékonybőrű és erős kiütéssel bíró egyének kezein, lábain és testők oldalán sokszor petechialis vérömlések tarkíthatják a bőr pírját.

A capillaris idegrendszer bántalmazottságának egy további jele az orrból, garatból, foghúsból eredő spontán vérzés. Ismeretes továbbá, hogy vesebeli complicatióknál a glomerulo-nephritis igen korai tünetei közé tartozik a haematuria, a mi ismét arra vall, hogy a skarlát az ereket megbetegíti.

Henoch volt az első, a ki figyelmünket reáterelte az erezet ezen szakadékonyságára.

Hecht 1907-ben tette közzé vizsgálatait a gyermekkori bőrvérzésekről skarlátban, s arra a tapasztalatra jött, hogy a háton és mellen redőbe emelt és mérsékelt nyomás alatt tartott bőrredőn 10—15 másodperc alatt petechialis vérömlések keletkeznek. Ezen tapasztalatból kiindulva Rumpel hamburg-eppendorfi kórházi osztályán kísérleteket végeztek arra nézve, hogy artificialis úton létrehozott bőrvérzések mily mértékben használhatók fel a skarlát diagnosisának megerősítésére.

A vizsgálatok mindenesetre számottevők és érdekesek.

Kitűnt ugyanis, hogy ha a skarlátos beteg felkarját Bier-féle kaucuk-pólyával körülkötötték s 10—15 percen át venás pangást idéztek elő, akkor a könyökhajlatban majdnem kivétel nélkül pont- vagy csíkszerű vérömlések keletkeztek. Az artificialis vérpangást tehát a megbetegedett erezet nem bírja ki és falzata megszakadozik.

Történetek összehasonlító kísérletek arra nézve, hogy



más betegségekben mily mértékben áll fenn az érrendszer vulnerabilitása és kitűnt, hogy kivéve a lymphatismust s némely nem karakterizálható exanthemát, egyedül a kanyaró az, a mely ezen pangásra a legtöbb esetben positive szokott reagálni.

Kitűnt, hogy ezen vérzésekre való hajlamosság már igen korán, a 2. és 3. napon áll be s elhúzódik messze a reconvalescentiába.

A végeredmény azt látszik bizonyítani, hogy a negatív próba, vagyis a bőrvérzések meg nem jelenése majdnem biztos jele annak, hogy az eset nem vörheny. A positiv reactio pedig csak a többi tünettől együtt tekinthető irányadónak.

Hogy ezen reactio mennyiben fog hozzájárulni diagnostikai tudásunk kibővítéséhez, nem tudom. Mindenesetre igen szükséges volna, hogy azok, a kiknek praxisában bővebben fordulnak elő skarlát-esetek és különösen occult skarlátok, igénybe vennék ezt az egyszerűen kivihető methodust, hogy ilyen módon különösen az occult esetek mivoltára lehessen némi következtetést vonni.

Tapasztalati tény, hogy vörhenyjárványok alkalmával feltűnő sok az angina-eset s ezek közül nem egy gyanút gerjeszt az észlelőben.

Nagyon helyesen jegyzi meg *Szontagh* s ezt bizonyítja az én orvosi felfogásom is, hogy a skarlát és az angina mérge, illetőleg kórokozója ha nem is teljesen azonos, de egymással bizonyos biológiai rokonságban van. Mindaddig azonban, a míg bakteriológiai vizsgálataink ki nem derítik azt, hogy mi a vörheny kórokozója, a vörhenyjárvány idején elszórtan jelentkező angina-esetek közül vörhenynek tekinteni csak azokat lehet, a melyek evidens vörheny mellett jelentkeznek, a hol tehát a ragályozás útja és módja tisztán dokumentálható.

Védekezésünk a skarláttal szemben ezidőszent nagyon hiányos, minthogy az epidemiológiának azon tételét, hogy a beteg az egészségesektől izoláltassék, csak az evidens skarlát-esetekben látjuk alkalmazva, de itt azután — mi türes-tagadás — az intézkedések szigorúak és különösen a fertőtlenítést illetőleg kiméretlenek, a nélkül, hogy ebből a közegészségügynek valami feltűnő hasznát tapasztalánk. De erről a kérdéstről nem czélom e dolgozat keretében értekezni, csupán csak annyit jegyzek meg, hogy minden prophylaxisos óvintézkedésünk ezidőszent csak a kimondott skarlát ellen irányul és futni hagyja mindazokat, a kik torokgyulladás árában menekültek meg a kiütéstől.

Ha mi tehát arra az álláspontra helyezkedünk, hogy a leírtam angina-esetek voltaképpen skarlátok, az izolálást és desinfectiót ezekben épp úgy kell keresztülvinni, mint minden kimondott skarlát-esetben. Ismeretes, hogy a skarlát contagiositása az első 24 órában jóval kisebb, mint később, s így, ha az egészségesek idejekorán eltávolíttatnak, azok legtöbbször kikerülnek az infectiót, vagy csak anginát kapnak. Ezekre az anginákra most már senki sem ügyel többé. Mert a míg a skarlátbeteg 6—8 hétig szigorú zár alatt tartjuk, a vele egy időben megbetegedett, de más szobába vagy más házba izolált anginás beteg 4—5 nap után megkapja az absolutiót, kezd kijárni, meglátogatja társait, sőt esetleg 2 hét lefolyása után hatósági orvosi sanctióval mehet az iskolába is.

Azt kérdelem most már, jól van-e ez így? Eleget tettünk-e a közegészségügy követelményeinek és orvosi lelkiismeretünknek azzal, hogy csak a kimondott eseteket helyezzük contumatiába és futni hagyjuk a könnyebbeket?

Az is nagyon fontos kérdés, a mely elől kitérnünk nem lehet, hogy a skarlátos beteg fertőzőképessége voltaképpen mennyi ideig áll fenn? Itt nagyon eltérők a vélemények s positiv választ még a legegyszerűbb esetekben sem lehet adni; úgy látszik azonban, hogy a fertőzőképesség igen sokáig fennáll, talán 2—3 hónapig is, sőt valószínű, hogy azt egy esetleges nephritis vagy otitis prolongálhatja is. E kérdésben nem vagyok hajlandó annak a be nem bizonyított felfogásnak hódolni, hogy a skarlátos nephritis azért, mert egészségesek között elhelyezve véletlenül nem fertőzött,

ezen véletlenség folytán egyúttal inactivnak is tekintessék. Hogy a skarlát fertőzőképessége mily hosszú ideig állhat fenn, annak illusztrálására leírom következő észleletemet:

Egy czipésznek 6 gyermeke közül az egyik megbetegszik skarlátban. 24 óra keretén belül az apa és 5 gyermeke egy távolabb lakó rokonához költözködik. Az izolált 5 gyermek 6 héten át egészséges maradt. Ezalatt a beteg felgyógyult. Megejtettük a hatósági fertőtlenítést. A meszelt falú szoba a szó szoros értelmében úszott a karbolvízben, a padló lúggal fel lett súrolva, a bútorokat az udvaron lemosták, az ágyneműt gőzzel fertőtlenítették. Fertőtlenítés után negyednapra jött az apa 5 gyermekével, 3 nap mulva mind az öt gyermek skarlátot kapott s a legkisebb pár napra rá bele is halt.

Ha tehát az evidens esetek ragályzó képessége ilyen sokáig áll fenn, bizvást supponálni kell azt is, hogy az occult úgynevezett anginás esetek ragályzó képessége sem vész ki a torokbeli folyamat lezajlásával, hanem fennáll valószínűleg igen hosszú ideig s az ilyen egyének mint *vörhenygazdák* czipelik magukkal a ragályt és terjesztik azt. Ha végigtékinünk a skarlát epidemiológiáján s látjuk a járványt felbukkanni itt is, ott is, s látjuk eddigi óvintézkedéseinknek teljes csődjét, nem jutunk-e következtetéseink során arra a conclusióra, hogy mindaz, a mit e betegség elhárítására foganatosítunk, minden védelmi és óvintézkedésünk, a prophylaxis, az isolatio, a desinfectio mind és mind teljesen kárbavesztett fáradság és csak egyoldalú védekezés mindaddig, a míg csak a manifest skarlát-betegek ellen irányul és figyelmen kívül hagyja az occult eseteket.

Sokszor és sokat gondolkoztam ezen thema fölött s nem hiszem, hogy másoknak, a kik a vörheny contagiositásával foglalkoztak, ne tűnt volna fel az az anomalia, a mely más kategoriába sorolja a védekezés szempontjából a skarlátot és másba annak rudimentaer alakját, az anginát, tehát a scarlatina sine exanthemate-t.

Véleményem tehát oda konkludál, hogy az isolatio és a desinfectio épp úgy kell hogy illesse az egyiket, mint a másikat. A mint hogy eltávolítjuk az egészségesektől a kimondott skarlátbetegét, épp úgy kell távolartani a vele egyidejűleg megbetegedett anginásokat is, mert nagyon helyesen jegyzi meg *Romberg*: Zur Ausbreitung des Scharlachs tragen namentlich die ambulanten Leichtkranken viel bei.

*Részemről a bejelentési kötelezettséget kiterjeszteném ezekre az anginás esetekre is s akkor a contumatiá idejét természetesen itt is legalább hat hétben kellene megszabni.*

Nagyon fontos dolog továbbá az is, hogy átmenjen az orvosi köztudatba, hogy minden tonsillitis fertőző, de egyúttal ragályzó betegség is, melynek háttérében a skarlát is lappanghat s hogy a közönségesnek látszó tonsillitisek ne csak gyógykezeltessenek, hanem a közre nézve prophylaxisos elbírálásban is részesüljenek.

Ha mi az egyszerűnek látszó tonsillitiseket is mint ragályvivő objectumokat kezeljük, azt hiszem, nagyon de nagyon sokban járulunk ahhoz, hogy occult ragályok, s ezek között a skarlát ragályja el ne hurczoltassék s így a velünk küzdő hatóság mankáját nemcsak megkönnyítjük, de sikeresebbé is tesszük.

Diagnostikai tudásunk öregbedésével valószínű, hogy idővel oly tünetek birtokába fogunk juthatni, melyek az ilyen occult esetek felismerését megkönnyítik. A leírt *Rumpel-Leede*-féle cutan-reactio, bár kezdi némileg megközelíteni az occult esetek felismerhetőségét is, ezidőszent útmutatás lehet arra nézve, hogy az orvosi kutatásra e téren még nagy szerep vár.

**Irodalom.** *Romberg*: Lehrbuch der inneren Krankheiten. — *Henoch*: Vorlesungen über die Kinderkrankheiten. — *Vogel-Biedert*: Lehrbuch der Kinderkrankheiten. — *Szontagh Felix*: Zur Frage der Contagiosität des Scharlachfiebers. Archiv f. Kinderheilkunde. — *Hecht*: Jahrbuch für Kinderkrankheiten, 1907. — *Rumpel-Leede*: Hautblutungen durch Stauung bei Scharlach. Münch. med. Wochenschrift 1911. No. 6. — *Bennecke*: Zur Bestätigung des Rumpel-Leede-Phänomens bei Scharlach. Münch. med. Wochenschrift 1911. No. 14.



**Közlemény a budapesti ker. munkásbiztosító-pénztár VI—VII. ker. rendelő intézetéből. (Főorvos: Friedrich Vilmos dr. kir. tanácsos, egyetemi magántanár.)**

**A porczos orrsövény nyálkahártyájának tuberculomája.**

Irta: *Fleischmann Mór* dr., orr-gégeorvos.

Az orr-gégészeti szakosztálynak bemutatott esetem a mellett, hogy ritkasága miatt elsősorban a szakorvost érdekli, egyedül az ismételt szövettani vizsgálattal kiderített helyes körjelzésnél fogva lett általános jelentőségű a betegre is, meg az orvosra is. Esetemben a körjelzést a kórszövetten volt hivatva eldönteni. E helyett azonban ez utóbbi is megtévesztett, de végül az eltévelyedésből mégis a kórszövetten segített, vezetett ki.

Lássuk magát az esetet. Ebben az évben, márczius 20.-án az ambulatoriumi orr-gégészeti rendelésen egy erőteljes külsejű 18 éves czipészsegéd jelentkezett s arról panaszkodott, hogy hosszabb idő óta bal orrfelén nem kap levegőt. A jól fejlett beteg abbéli kérdezgetésre: volt-e sokszor náthás, szokott-e orrvérzése lenni, szenved-e főfájásban, csak 3 év előtti erős nátháját említette meg.

A rendszeres orr-gégetükrözés a következőket derítette ki. Az orrbemenet körül, a bőrön sehol sincs elváltozás. Az orrtükrökkel először az ép orrfelet vizsgálva, látható, hogy az orrsövény kissé jobbra hajlik, nyálkahártyáján erósió, eczema nincs; a kagylók nem túltengettek. Ellenben a bal orrsövényen, körülbelül 1 cm.-nyire az orrcsúcstól egy félgömb-szerű, nagy mogyoró felének megfelelő nagyságú, sima, kékes-vörös nyálkahártyától fedett, szondával tapintva ellentálló, jól körüljárható, széles alapon ülő, nem mozgatható térfogatnagyság volt, mely elhelyeződésével teljes eldugulást okozta a bal orrfélnek. Az orrnak szaga nem volt; az orrhát nyomásra nem fáj. Egyébként a szájban ép fogazat; a torok, a garat és az orr hátulso tükrözésével látható képződmények normálisak, ilyenek a gégebeli viszonyok is. Tíji mirigyek nem tapinthatók.

Talán nevetséges, hogy a régóta fennálló bajban mindenre gondoltam a körjelzéskor, csak arra nem, a minék a baj bizonyult. Ugyanis septumpolypusra, papillómára, gummára gondoltam, de leginkább sarcomának néztem. S ennek néztek mások is.

A szövettani vizsgálat czéljából kivágott darab gyors eljárás szerint praeparáltatott (aceton, paraffin); két nap mulva (*Genersich* tanár intézetéből) verosimiliter lymphosarcomának körjelzezték.

Az egybehangzó klinikai és kórszövettenai körjelzés alapján indokoltá vált a gyökeres műtét, a mi elé a jó erőben levő beteg nem gördített akadályt. Ez márczius 23.-án történt (*Paunz* magántanár). Kellő érzéstelenítés után a porczos orrsövényből a lágy és kemény részeket keresztül a *Killian*-féle septum-késsel a daganatszerű képződmény körskörül, még az ép szövetből is hozzávéve, kivágtatt. Ezzel az orrsövényen tág hiány maradt, melynek legnagyobb hossza 2 cm., legnagyobb magassága pedig 12 mm. volt. Az orrüreg jodoformgázzal tamponáltatott és 4 napig így maradt. Közben vérzés vagy egyéb kellemetlenség nem volt. Majd a tampon eltávolítva, a beteg jól érezte magát; mindkét orrfelén kapott levegőt. Rövid ideig még pihent s azután mindkét orrlyukán jól szelelve, folytatta czipézmesterségét.

A reszekált orrsövényrész a rajta levő daganattal újabb szövettani vizsgálat czéljaira félretétetett.

Ez a kórszövettenai vizsgálat szintén *Genersich* tanár intézetében történt. Makroszkopos vizsgálatkor a daganatszerű képződmény 13 mm. hosszú, 11 mm. magas és 6 mm. mély; tömött, egynemű; kifehélyesedve nincs. Metszslapján szürkés-vörös, rajta semmiféle elfajulás nyoma. A formalinban, különböző töménységű alkoholban fixált, paraffinba ágyazott daganat 6 mikronos metszetei — vashaematoxylinnal, Van Giesonnal festve — a mikroszkopos vizsgálatkor a következőket mutatják. Helyenként többrétegű laphám, helyenként pedig csil-

lósörös hengerhám. A subepithelialis rétegben kötőszöveti rekeszekkel elválasztott, follicularis elrendeződést mutató lymphoid gömbsejtes beszűrődés; néhol világossárgás-barna terület jelzi az elhalást; továbbá kevés koszorú-félkör alakban elhelyeződött magvakkal bíró jellegzetes óriássejt. A jobb oldalról vett metszeteken a nyálkahártya, a porcz épnek bizonyult. *Koch*-bacillusra is kiterjedt a vizsgálat, de ez még a mélyebbről származó metszetekben sem volt található. Ennek kimutatását egyébként teljesen feleslegesnek mondotta *Genersich* tanár, *Entz* dr. tanársegéd és *Simon* dr., kik mint pathohistologusok egészen biztosan tuberculomának körjelzezték a daganatot az ismertett mikroszkopos kép alapján.

Ez a tisztán kórszövettenai alapon határozottan tuberculosisnak kimondott körjelzés a mennyire gondolkozóba, annyira csodálkozásba is ejtett. Ennek a 18 éves, erőteljes ifjúnak volna tuberculosisa; vajjon az csak orrbeli, avagy egyebütt is található, e kérdések kívántak feleletet a további gyógy-mód és kórjóslat szempontjából is.

A miképpen az első klinikai vizsgálatot a kórszövettenai egészítette ki, azonképpen most vice-versa történt. A későbbi klinikai vizsgálatok a beteg kiderítették a tüdő gümőkórját is és ezzel megerősítették a pathologusok határozott körjelzését.

Az észlelés alatt tartott betegről a forgalmas ambulantián felvett körelőzményi adatok bővültek ki mindenekelőtt. Így: a jól fejlett czipészlegény a Bácskából került fel Pestre; szülei, bátyja egészségesek; ám nővére 21 éves korában hallomása szerint sorvadásban pusztult el. Ő maga beteg csak 14 éves korában volt, a midőn — mint mondja — megfázhatott; erősen náthás volt és jobb mellében fájdalmat érzett. Néhány napi orvosi gyógykezelésre azonban rendbe jött s jelen bajáig mint czipész dolgozott. Vért nem köhögött, nem fogyott le s orrbáját leszámítva, teljesen egészségesnek érezte magát.

Ezután következett a belorvosi vizsgálat, a melyet *Friedrich* magántanár volt szíves végezni. Lelete a következő: „Jobb kulcs alatt és tövis felett rövid üres kopogtatási hang. Ugyanitt, főleg hátul hangos érdes be-, hangos érdes megnyúlt kilégzés, a belégzés végén pattogó szörtyözéjtől kísérve.” Tehát jobb oldali tüdőcsúcshurut is kimutatható volt.

A serológiát is igénybe vettem a körjelzés megerősítésére. E vizsgálatot *László Gyula* dr. végezte. Pirquet-oltást és tuberculint kapott a beteg. A cutan reactio erősen positiv volt. A tuberculin-reactio egyebet is hivatva volt feltüntetni. Mindenekelőtt zajos általános reactiót okozott a tuberculin-oltás. A reggel 9 órakor beoltott beteg hőmérséke a reggeli 36°8' C-ról este 8 órakor 39°9' C-ra szökött fel. Emez általános reactión kívül helyi reactio is volt. A beoltás helyén pír, fájdalom, beszűrődés. De vonatkoztattam a helyi reactiót a tüdőbeli elváltozásra is: a jobb oldali tüdőcsúcshurutra, a hol kifejezettebbek lettek a hallgatódzasi tünetek. És vonatkoztattam a helyi reactiót az orrgümő területére: az orrsövényre is. Ez azonban reactiótól mentes volt, a miből az a következtetés vonható, hogy ott gümös gócz nem maradt. Ez igazolja a gyökeres műtétet, jöllehet nem a valódi helyes körjelzésen alapult. De ha azon alapult volna is, akkor is csak a végzett műtét vált volna a betegnek előnyére. Közben még ismételtelen köpetvizsgálat is történt, negativ eredménynyel.

Mérlegelve az esetet, való igaz, hogy a beteg panaszai az orrel dugulást illetőleg megszűntek; való továbbá, hogy a beteg megszabadult az orrsövényen ülő gümös góczától. Ez utóbbit nem lehet kicsinyelni a megmaradt csúcshurut mellett sem, ha tekintettel vagyunk *Demme*, *Koschier* eseteire, a hol tuberculoma septi kapcsán meningitis fejlődött ki, majd rövidesen halál következett be.

Nehéz tisztázni azt, hogy a gümös fertőzés hol volt előbb: az orrban-e vagy a tüdőben. Ez a kórjóslat szempontjából bíró jelentőséggel. Mert (a körelőzményi adatok szerint) a beteg a mellfájásával egyidejű náthájától származtatja orrának eldugulását. Jobb a kórjóslat, ha a gümös elváltozás elsődleges helye az orr. Ugyanis az irodalomban közzölt orrgümösetek túlnyomó részében súlyos tüdőbeli elvál-



tozások voltak. Ezekben az esetekben másodlagos volt az orrgümő. Esetemben nagyobb arányú tüdőbeli elváltozás nincs s ezért kedvezőbb kórjóslatot enged.

Ez a fajtája az orrgümőnek igen ritka. De ritka általában is az orrgümő. E tapasztalatommal egybehangzó a pathologusok és klinikusok észlelete. Így *Schmalhaus* tuberculosis pulmonumban elpusztult 1287 beteg hullájában orrgümőt nem talált. *Zuckerlandl* az orrüreg anatómiájáról és pathológiájáról írt munkájában azt mondja: „Obwohl das Material der Wiener Seciersäle doch zum meisten Theile an Tuberkulose Verstorbenen bestehe, habe er erst einen unzweifelhaften Fall beobachtet.“ *Mackenzie* 20 év előtt következőképpen nyilatkozott: „Die tuberkulöse Erkrankung der Nasenschleimhaut ist zweifelsohne eine sehr seltene Affektion, doch wird man in Zukunft sorgfältiger nach ihr forschen und aller Wahrscheinlichkeit nach von Zeit zu Zeit einige Fälle antreffen.“ De később is ritka az orrgümő (*Koschier*). *M. Schmidt*, ki a felső légutak gümős elváltozásaival igen sokat foglalkozott, csak egyetlen elsődleges orrgümőt látott.

A budapesti kerületi munkásbiztosító-pénztár ambulatóriumának orr-gégészeti rendelése a legnagyobb forgalmú az e szakbeli rendelések között. Mégis az utolsó 5 év alatt vizsgált körülbelül 14.000 betegen esetemen kívül orrgümő nem észleltetett, holott minden figyelmet keltő daganatból próbakimetszés, szövettani vizsgálat történik. Észleltünk azonban körülbelül 700 esetben gégegümőkört, de csak tüdőgümőkórral együtt.

Elfogadható magyarázatát adja az orrgümő ritkaságának és a gégegümősödés elég gyakoriságának e szervek szöveti szerkezete és élettani működése. Míg egyrészt az orrot elülső részén szőrök (vibrissae) és többrtegű laphám védik a káros ágensektől, hátrább pedig ezeket a csillószőrös hengerhám a hortyogók felé hajtja, másrészt meg az orrfúvás, tüszentés eltávolítja az oda nem való anyagot, addig a gége vékonyabb nyálkahártyája, engedékenyebb falzata mechanikai insultusoknak a beszéd, légzés, köhögés, nyelés alkalmával inkább ki van téve s ez hajlamosabbá teszi a géget a gümős megbetegedésre.

Igaz ugyan, hogy a munkásbeteganyagban az ornyálkahártya nagy ellentálló képessége is le van szállítva. Hisz például asztalosokon a fűrészpör, fémmunkásokon a bronz-, vasreszelék, fűtőkön a szénpor s még egyéb iparágakban egyéb anyagok hatnak károsan az ornyálkahártyára. Az ezen iparágakat űző egyének orrsövényén mindjárt elül, továbbá az alsó és középső kagyló elülső végén mindig ott található a foglalkozásukat eláruló anyag. Ennek következtében az említett iparágakban gyakran találkozunk az orrsövényen erósióval, orrvérzéssel. De még az ilyen alkalmi okok mellett is ritka az orrgümő.

Nőkben — az irodalomban ismertetett esetek szerint —  $\frac{2}{3}$ -szor annyi az orrgümő, mint férfiakban; jobbra 15—40 év között fordul elő s valamivel többször az orr bal felében, mint a jobb felében.

Esetemben a beteg 4 hónappal a műtét után a baj kiújulásától mentes; tüdejében az inactiv folyamat nem terjedt tovább. A beteg ajánlatomra felhagy mesterségével és megy haza szüleihez földet művelni.

**Irodalom.** *P. A. Gerber*: Tuberkulose und Lupus der Nase. — *Chiari*: Über Tuberkulome der Nasenscheidewand Archiv f. Laryng., 1893. — *Koschier*: Über Nasentuberkulose. W. ener klin. Wochenschrift, 1895. — *Görke*: Zur Pathologie u. Diagnose d. Nasentuberkulome. Archiv f. Laryng., 1899. — *Hasslauer*: Die Tumoren d. Nasenscheidewand mit Anschluss d. bösartigen Neubildungen. Archiv f. Laryng., 1900. — *Onodi*: Az orrtuberculosisról. Orvosi Hetilap, 1906. — *Rockenbach*: Über Nasentuberkulom. Archiv f. Laryng., 1911.

### A hátgerincgörbülésben szenvedő szegénysorsú gyermekek kezelése az iskolákban.

Kétségtelen, hogy Poroszország nemcsak a tudományos orvosi kutatásokban, hanem a szakorvosok által ajánlott hygienés intézkedésekben is jó példával elől jár, a mint ezt a következők is bizonyítják: 1908-ban jelen voltam a „Deutsche Gesellschaft für orthopädische Chirurgie“ congressusán, a

mikor ott többen indítványozták, hogy a társaság követelje a kormánytól, hogy mindama iskolákban, hová szegénysorsú gyermekek járnak, küldjön ki, illetőleg alkalmazzon egy *orthopaed szakorvost*, a ki a *gerincz- és bordagörbülésben* szenvedőket, akár kezdődő, akár előrehaladtabb stadiumban vannak, megvizsgálva, csoportokba sorozza és belátása szerint gyakorlatoztassa, illetve igyekezzék javítani állapotukon; a javíthatatlanoknak pedig legalább a testi fejlődését igyekezzék fokozni.

A felirat elment a kormányhoz, a mely rögtön intézkedett, hogy először Poroszország egyes városaiban próbálkozzanak meg a fentebbiekkel. Anyagi segítséget utalványoztak ki e célra s így keletkeztek rövidesen a következő iskolai orthopaed gyakorló-kurzusok:

Königsberg (15 fiú), Lyek (34 fiú), Charlottenburg (262 fiú, 391 leány), Zehlendorf (60 fiú, 47 leány), Schöneberg (23 fiú, 43 leány), Deutsch-Wilmersdorf (20 fiú, 26 leány), Weissensee (25 leány), Steglitz (150 leány), Rixdorf (16 leány), Spremberg (40 leány), Posen (103 fiú, 124 leány), Bromberg (128 leány), Kattowitz (23 leány), Magdeburg (124 fiú és leány), Altona (10 fiú 51 leány), Göttingen (200 leány), Hagen (hat év alatt 780 gyermek), Wiesbaden (24 fiú, 29 leány), Bonn (100 gyermek), Köln (34 leány).

Ezen gyakorlatokat egy-egy elismert orthopaed orvos vezette segédszemélyzettel. Pontosan megfigyelték a scoliosis minőségét, nagyságát, gyógyíthatóságát, előrehaladottságát és a hatékony gyakorlatokat. Így állíthatták össze a pontos adatokat a fenti iskolákban kezelt scoliosis-esetekről. Látható a számokból, hogy a leánykák többségben vannak. Az eredmény, melyről az 1911 júliusban kiadott ministeri kiadvány szól, igen kedvező. A kezdődő szakban lévők megjavultak; az előrehaladottabb szakban voltak részben javultak, részben továbbgörbülésük megakadályoztatott. A kezelés rendszeres orthopaediai gyakorlatokkal történt, részint szabadban, részben lógó, gerincnyújtó, redressáló stb. álltak rendelkezésre; továbbá a *Klapp*-féle kúszógyakorlatokat is végezték. A kurzusok végeztével a gyermekek szülőit értesítették az elért eredményről. Az egyes iskolák külön költséget kaptak az orthopaediai helyiségek felszerelésére, valamint a személyzet fizetésére. Például: Königsberg a vezetőorvosnak egy kurzusért 500 márkát fizet; Charlottenburg az 1910. évre 8000 márkát adott e célra; Bromberg kurzusokért a segédszemélyzetnek minden kurzusért 75—75 márkát, a súlyosabb esetek kezeléseért a vezetőorvosnak 300 márkát; Flensburg 2000 márkát, Altona 1000 márkát.

Látható, hogy a poroszok komolyan vették az orthopaed sebész-társaság felszólítását, mert ime 3 év alatt ilyen eredményekről számolhatnak be. 1911 júliusban érkezett le a ministeri leirat, mely beszámol az elért eredményről. Hogy mily óriási munkát végeztek a németek, azt csak az tudja, ki ismeri a szülők meglehetősen indolens viselkedését a gyermekek scoliosisával szemben. Nem tartják azt betegségnek, bármiképp is magyarázzuk nekik, és csak a legnagyobb rábeszéléssel lehet rávenni a szegényebb sorsú szülőket, hogy küldjék el a scoliosisban szenvedőt ama ingyenes csoportjaimba, hová a főváros iskoláiból kapom az anyagot, azon tanfériak jóvoltából, kik ilyesmivel foglalkoznak.

Sajnálattal tapasztalom, hogy az ilyen teljesen díjtalan kezeléstről, illetőleg orthopaediai gyakorlatokról is gyakran elmaradnak a gyermekek, szülőik hanyagsága folytán. Megjelennek azonban pár év múlva másodlagos vagy még nagyobb hátgörbületekkel, a mikor már nem lehet rajtuk segíteni. Nálunk a scoliosis nagybodásának és az orvosi segély elkerülésének néha az is az oka, hogy orvosi rendelés vagy mintázás nélkül készülnek műszerészeknél fűzők. A szülő azt hiszi, hogy ha a gyermek a rosszul szerkesztett fűzőt viseli, már meggyógyul. Gyakorlat nélkül a fűzőben az illető tovább görbül. Ezekből is látható, mily fontos a porosz miniszter rendelete. Most, az iskolai év kezdetén, kötelességemnek tartottam, az orvosi és tanügyi köröket ezekre a dolgokra figyelmeztetni, s hogy a szellemi fejlesztésre és a testi épségre törekvés mellett a hátgerincgörbülésről se feledkezzenek meg.

*Widder Bertalan* dr., műtőorvos.



## IRODALOM-SZEMLE.

## Könyvismertetés.

**Brugsch-Schittenhelm: Lehrbuch klinischer Untersuchungsmethoden für Studierende und Ärzte.** Zweite Auflage. Wien, 1911. XV + 712 nagy 8<sup>o</sup> oldal.

Alig három év leforgása alatt másodszer lát napvilágot *Brugsch-Schittenhelm* könyve, a mi eléggé bizonyít praktikus használhatósága mellett. Első tekintetre észrevehetni, hogy a könyv nagyobb változáson ment át: vagy 220 oldallal kevesebb, mint a régi kiadása. A szerzők ugyanis a gyakorlattól távolabb eső s csak laboratóriumokban alkalmazható vegyi és egyéb vizsgáló módszereket külön kötetben fogják megjelentetni. Ezen révén maradt el a plethysmographiáról és tachographiáról szóló fejezet s az anyagforgalom vizsgálatának methodikája.

Majdnem minden fejezet kisebb-nagyobb változást szenvedett; ezek felsorolásába e helyütt ugyan nem bocsátkozhatunk, csak egyet-mást említünk fel. A percussióról szóló részben nagyobb hely jutott a *Goldscheider*-féle módszer ismertetésének. A gyomor kopogtatásánál sajnálattal nélkülözzük a *Korányi* által ajánlott percussió eljárását. A vesekő kopogtatását is még mindig bizonytalannak tartják a szerzők. Nélkülözzük a gerincoszlop kopogtatásának ismertetését is. Új a pneumographiáról és a gyomorrák specialis diagnostikai módszereiről (*Salomon, Neubauer-Fischer, Grosz*) szóló rész, a *Plesch*-féle haemoglobinometer ismertetése. Lényegesen meg rövidült a bakteriologiai methodikáról és az immunitás tanáról szóló fejezet, míg az idegrendszer vizsgáló módszereinek ismertetését tetemesen kibővítették a szerzők.

Minden részében átgondolt művel állunk szemben, melynek praktikus becsét a fenti módosítások csak növelték, miért is *Brugsch-Schittenhelm* könyvét a legmelegebben ajánlhatjuk úgy a kezdő, mint a gyakorló-orvos figyelmébe.

*Halász Aladár.*

## Lapszemle.

## Belorvostan.

**Az izület-csúsz** salicyl-kezelésének eredményeit összehasonlítva azon eredményekkel, a melyeket könnyebb esetekben meleg fürdők és helybelileg meleg borogatások használatára, súlyosabb esetekben ezenkívül streptococcus-serum alkalmazása után értek el: *Menzer* a hallei katonakórház anyagán tett tapasztalatai szerint ez utóbbi eljárást határozottan jobbnak mondja. Salicyl-kezelés mellett ugyan valamivel kevesebb volt a szív-szövődmény (23·3% 34·6%-kal szemben) és a pleura-megbetegedés (5·8% 20%-kal szemben); a mi azonban a tartós gyógyulást illeti, a salicyl-kezelés eredményei rosszabbak voltak, a mennyiben 20·9%-ot kellett szolgálatra alkalmatlanság miatt elbocsátani a katonaság kötelékéből és 44·2%-ban utóbb recidiva állott be, míg a salicyl nélkül kezeltnek csak 7·3%-a lett szolgálatra alkalmatlan és csak 18·2%-ban állott be recidiva. (*Zeitschr. f. Hygiene und Infektionskrankheiten*, 68. kötet.)

## Sebészet.

**A nyirokcsomók regenerációját és újdonszövetképződését** vizsgálta *A. Vecchi* kutyákon, nyulakon és tengeri malaczkokon, miközben nemcsak a nyirokcsomók makro- és mikroszkopi vizsgálására tekintett, hanem a nyirokerekre is, melyeket a *Gerota*-féle injectiós eljárással láthatóvá. Vizsgálatai arról győzték meg, hogy a nyirokcsomó teljes kiirtása után regeneratio nem áll be. A kiirtás utáni jelenségek (nyirokkiömlés, heg, oedema) bizonyos idő múlva eltűnnek és a nyirokkeringés részben a collateralisok, részben a régi pályák restitutiója útján helyreáll. Partialis kiirtás után sem áll be regeneratio; a kiirtott részlet helyét heg pótolja. Bizonyos anyagok (terpentin, carmin) befecskendezése folytán a nyirokcsomó burjánzásnak indul, mint azt

emberen is lob, rosszindulatú daganatok kapcsán észlelték és hosszú ideig ható ingerek arra vezethetnek, hogy egyes folliculusok átszövik a periglandularis kötőszövetet és teljesen lefűződve új nyirokcsomókká alakulhatnak. E lefűződés rendszerint a nyirokcsomó irányában jó létre. (*Mitteil. a. d. Grenzgeb.* 23. k.)  
P.

**Az epehólyagrak diagnosisáról és terapiájáról** értekezik *Riedel*. Az epehólyagcarcinomák legnagyobb része epehólyagkövek alapján fejlődik ki. Egy részük különösen a betegség kezdeti szakában icterus nélkül jelentkezik, néha úgyszólván lappangva, máskor meg a cholecystitisnek lázzal és hányással járó tüneteivel, a midőn tumor vesicae felleae is kifejlődhetik. Néha megismétlődő rohamokkal járó vagy idősült epehólyaglob alakjában mutatkozik. Könnyű a diagnosis megállapítása azokban az esetekben, a melyekben a máj alatt typosos daganat fejlődik ki, ha azonban ez hiányzik és csak fájdalom és cachexia van jelen, a diagnosis igen bizonytalanná válik, mert hasonló tünetek epehólyagkőnél is előfordulhatnak. De néha még oly esetekben is gondolkodóba ejt bennünket a betegség minéműsége, a melyekben kemény, dudoros daganat tapintható, mert elég gyakran láthatjuk, hogy hasonló daganat cholecystitisnél is előfordul, ha az epehólyag adhaesiókba vagy szomszédos szervekbe perforált. A szerző 77 idevágó esetet talált az irodalomban, melyek közül a perforatio 34-szer a ductus cysticus csaknem teljes elroncsolásával adhaesiókba történt, 15-ször a májba, 7-szer az elülső hasfalba, 10-szer a duodenumba, 5-ször a gyomorba, 6-szor a colon transversumba. Az ilyen perforatiók alkalmával az epehólyag tartalmát a környezet inficiálja s ennek következtében (mint appendix-perforatióknál) oly kemény tumorkok fejlődhetnek, melyek még műtét közben is alig ismerhetők fel.

Sok oly megbetegedés jó figyelembe a jobb hypochondrium táján, mely az epehólyagcarcinomával összetéveszthető. Nagyobb, lefűződött májlebenyek, melyek néha igen súlyos zavarokat okoznak, praehepatitis serosa vagy purulenta, a pancreasfej acut vagy subacut necrosisa, jobboldali vándorvese, ha közötté és a duodenum, a colon transversum vagy epehólyag között összenövések képződnek, igen gyakran hasonló tünetekkel járnak, mint az epehólyagcarcinoma. Figyelemmel kell lennünk arra is, hogy az epehólyagtumorkok könnyen összetéveszthetők pyloruscarcinomával. A betegség későbbi stadiumában icterus állhat be, mely lassan, fájdalom nélkül jelentkezik. Az icterust — ha a carcinoma acute, magas lázzal, gyuladással tünetekkel kezdődik — a gyuladásból magyarázhatjuk; megtörténhetik azonban, hogy a carcinomatosus epehólyagból kövek jutnak a ductus choledochusba és létrejön a lithogen icterus. Máskor a ductus choledochusban már kövek vannak, a midőn az icterusos beteg epehólyagjában fejlődik időközben carcinoma. Néha a kövek a choledochusból eltávoznak, a lithogen icterus visszafejlődik, de az időközben kifejlődött epehólyagcarcinoma újból icterust hoz létre. Differential-diagnostikai szempontból figyelembe jönnek a májban előforduló elgenyedt echinococcusok, angiómák, illetve adenómák, valamint gummák. Ugyancsak a pancreas fejében fejlődő gyuladások és tumorkok. Általában azt mondhatjuk, hogy ha egy betegnek az epehólyagból vagy az epeutakból kiinduló icterusa van, mely mellett rohamosan romlik, epehólyagcarcinomára kell gondolnunk.

A szerző 25, műtét előtt megdiagnoskált esetben (13-szor icterus nélkül, 12-szer icterussal) végezte részben a próbalaparotomiát, részben a rákos epehólyag exstirpációját. A legjobb eredmény, a mit elért, 9 hónapig tartó javulás volt. Az irodalomban talált jobb eredmények egy része a szerző szerint a mikroszkopi vizsgálat téves voltára vezethető vissza (idősült gyuladással könnyen összetéveszthető a carcinoma), nem zárkozik el azonban annak a lehetőségétől, hogy kezdődő esetekben műtéttel hosszabb ideig tartó gyógyulást is elérhetünk. (*Münchener medizinische Wochenschrift*, 1911. 25. szám.)  
*Ifj. Háhn Dezső dr.*



### Venereás betegségek.

**Intravenás salvarsaninjectio nyomán beállott halál- esetről** számol be *B. Fischer* tanár (Frankfurt a/M.). Az eset, mely 40 éves orvosra vonatkozik, a következő: Az erőteljes, egyébként egészségesnek látszó férfiún friss syphilitis jelei mutatkoztak. A primaer affectio az orr nyálkahártyáján ült s egyben az egész testet maculo-papulás syphilitis borította. A beteg erre elsősorban egy intravenás salvarsaninjectiót kapott (0.4 gr. 200 vízre), a mit — a hányás- és rázóhideget nem számítva — eléggé jól elbírt. A syphilitis tünetek visszafejlődése a szokott módon indult meg. Pótlásul azután a beteg még egy 30 adagból álló rendszeres kenőkúrát is végzett. Ennek befejezése után az 5. napon, azaz az első injectio után a 40. napon a beteg egy második, az elsőhöz hasonló adagú intravenás salvarsaninjectióban részesült, a mi az első 2 napon enyhébb hatásúnak látszott, mint a minő az első volt. Az injectio után  $2\frac{1}{2}$  nappal hirtelenül ijesztő és súlyos agyvelő-tünetek köszöntöttek be. Öntudatzavar, görcsök, izgalmi jelenségek, továbbá tarkómerevség állottak be, mely tünetek kapcsán a halál az injectio utáni 4. napon állott be. A meg-ejtett bonczolás és a mikroskopi vizsgálat az agyvelőnek súlyos megbetegedését derítette ki, mely oedemával s duzzadással kezdődött s degeneratiós jelenségekre s hevenyész haemorrhagiás encephalitisre vezetett. Az esetet *Fischer* részletesen magyarázza s valamennyi körülmény egybevetésével arra a következtetésre jut, hogy a beállott halál nem lehet egyenes következménye a salvarsan specifikus hatásának. Véleménye szerint a praedispositiót a lues vetette meg s így a salvarsant egyedül nem lehet a halál előidézőjeként tekinteni, és pedig annál kevésbé, mert hasonló esetet *Plötzl* és *Schüller* is közölt, a melyben pedig a therapia kénesőinjectiókból állott.

Ugyancsak *salvarsankezelés nyomán beállott halálesetről* tesz említést *Kannengiesser* (Köln), mely némi tekintetben hasonló az előbbihez. Az eset 29 éves erőteljes férfira vonatkozik, a kinek a lues körülbelül  $\frac{3}{4}$  esztendő volt. Az első kezelése 6 hydrargyr. salicyl.-os injectióból és egy subcutan salvarsanbefecskendezésből állott. Nem sokkal később a jobb-oldali acusticuson lehetett bizonyos elváltozásokat megállapítani. Egyben manifest lueses tünetek is állottak fönn. A beteg erre 1911 április 28.-án intravenásan 0.5 gr. salvarsant kapott. A legtöbb bőr-, nyálkahártya- és idegtünet erre szépen visszafejlődött. A fejfájás azonban nem mult el. A beteg ezért május 11.-én, tehát 2 héttel később még egy 0.5 gr.-os intravenás salvarsaninjectiót kapott, a melyet eleinte látszólag igen jól tűrt el. 3 nappal később azonban hirtelen igen súlyos kórkép fejlődött ki, mely epilepsiás rohammal vette kezdetét, lázzal járt s súlyos idegtünetek kíséretében 2 nap alatt kioltotta a beteg életét. A bonczolás úgy látszik nem vetett teljes világosságot az esetre. A bonczolás ugyanis a lágyburkok és az agyvelőállomány elváltozását derítette ki. Míg bizonyos jelek inkább lueses elváltozásokra (lágyburkok) engednek következtetni, addig mások, főként az agyvelőállomány állapota, inkább toxikus hatásra tereli a figyelmet. A szerző mindezek alapján nem tud határozott véleményt nyilvánítani, hogy a halálos kimenetel a syphilitis rovására írandó-e, avagy a salvarsanára.

*Intravenás salvarsaninjectio nyomán a harmadik halálos kimenetelű eset* az, a melyet *Almkvist* (Stockholm) közöl s a melyben a halál-ok ugyancsak encephalitis haemorrhagica acuta volt. *Almkvist* halállal végződő esete 32 éves férfira vonatkozik, a kinek lues 6 esztendő volt. A salvarsan adaga 0.6 gr. volt. Az injectio után közvetlenül csak rosszullét és hányás volt kimutatható. A súlyos, halálra vezető tünetek csak az injectio utáni 3. napon állottak be. Kezdetben zavart öntudat és szivgyengeség volt a legfőbb tünet, utóbb ehhez még paresisek is járultak (bal kar, facialis stb.). Az injectio utáni 5. napon a beteg comába esett, a 6. napon pedig meghalt. A bonczolás a lágyburkokban s az agyvelő állományában vérzéses göczokat derített ki, a melyek *Hedrén* vizsgálata szerint nem érpedésből származtak, hanem diapedesis útján keletkeztek. A kórbonczolásos diagnosis ez volt: encephalitis haemorrha-

gica acuta, splenitis chron. fibrosa, nephritis interstitialis indurativa, hepar adiposum. Az esetre jellemző, hogy közvetlen arsenmérgezésre valló tünetek nem voltak. *Almkvist* véleménye szerint a salvarsan szerepe ebben az esetben nem zárható ki ugyan teljesen, de kiemeli, hogy az agyvelő a beteg alkohol-abususa következtében már előzetesen sem volt teljesen ép. (Münchener mediz. Wochenschrift. 1911, 34. sz.)

Guszman.

### Húgyszervi betegségek.

**A vesegümőkór terén szerzett tapasztalatairól** *Barth* sebész-tanár következőképpen nyilatkozik. A tapasztalatait 40 olyan betegén szerezte, a kiken nephrectomiát csinált s a kikenek — 3 kivételével — további sorsáról is vannak megbízható értesülései. Ezekon kívül talán még ugyanannyi beteg volt alkalma a vesegümőkört diagnoszkálni; ezek azonban nem kerültek műtét alá s nagyobbára igen kedvezőtlen egészségviszonyok közé jutottak.

A szerző szerint a vesegümőkór a legtöbb esetben haematogen eredetű, de a tuberculosis terjedése tekintetében a nyirokerekek tekintélyes szerephez jutnak. A vesegümőkór spontán gyógyulását még sohasem észlelte s így az ilyenről szóló jelentéseket — kivéve azon eseteket, midőn a vesében egyes betokolt gümöcsomók keletkeznek — bizonyos kételkedéssel fogadja, bár a gyógyulásnak ily módon való lehetőségét nem tagadhatja. Kétségtelen azonban, hogy a tuberculosisos vesegenyedés spontán nem gyógyul meg; látszólagos gyógyulás bekövetkezhetik ugyan azáltal, hogy az ureter elzáródik, avagy a gümös pyonephrosis elmeszesedik, erre azonban számítani nem lehet.

Bizonyos megnyugvással konstatálja a szerző, hogy vesegümőkór esetén a sebészi beavatkozás (nephrectomia) a modern functionalis vizsgálati módszerek szabatos végzése, ezek eredményének helyes értelmezése mellett csaknem veszélytelennek mondható. Azon 26 betegén, a kiken előzetes functionalis vizsgálat alapján, illetőleg a másik vese prompt működésének tudatában végezte a műtétet, ez utóbbi teljesen simán folyt le s nagyobbára tartós s zavartalan gyógyulást eredményezett; míg azon 14 betege közül, kiket még az előbbeni években operált, 1 sepsisben, 1 pedig acut nephritis következtében uraemiában halt meg nemsokára a műtét után. A 40 operált beteg közül 37-nek további sorsáról — mely 1—19 évre vonatkozik — vannak értesülései; 12 gyógyult, 12 lényegesen javult, 13 meghalt (nagyobbára néhány elég kedvező viszonyok közt eltöltött évvel a műtét után).

A nephrectomia prognosisa tekintetében *Barth* következőképp nyilatkozik: A míg a vesegümőkór csak az egyik vesére, illetőleg csak az egyik ureterre korlátozódik, addig a nephrectomia csaknem általában kedvező esélyt nyújt a tuberculosisnak (a húgyrendszer területén) tartós gyógyulása tekintetében. De ha már a hólyag is beteg, akkor a teljes s tartós gyógyulás csak az esetek circa  $\frac{1}{4}$  részében várható. A betegeknek ugyancsak  $\frac{1}{4}$  része többnyire már az első évben hal meg, míg a többi már lényegesebb s hosszabb ideig tartó javulásra számíthat. Azok közül, a kiket ő operált, 5-ön  $1\frac{1}{4}$ ,  $1\frac{1}{2}$ ,  $1\frac{3}{4}$ , 2, illetőleg 9 év múlva volt alkalma lényeges javulást konstatálni, míg ugyancsak másik 5 betege 2,  $3\frac{1}{2}$ , 5, 5, illetőleg 9 év múlva vese-, illetőleg másféle tuberculosis következtében meghalt.

Mihelyest tehát a vesegümőkór konstatálva van, lehetőleg azonnal végezzük a nephrectomiát, a melynek chance-ai akkor a legkedvezőbbek, ha a tuberculosis még nem szállt le a hólyagba. A hólyagtuberculosisnak még tökéletes gyógyulása esetében is kellemetlen következményei a főképp éjjel jelentkező sűrű s esetenként fájdalmas vizelési ingerek. A vesegümőkór pontos diagnosisát (főleg annak minél korábbi szakában) csak az ureterkatheterismus adja meg, mert a chromocystoskopia csak akkor mutat rá a beteg vesére, a mikor már súlyos s előrehaladt szétesések következtek be benne. Nagyon fontos tehát, hogy pyuria (hólyaghurut) minden, az aetiologia tekintetében homályos esetében sürgősen köve-



teljük az ureterkatheterismus, illetőleg a bacterioskopiai vizsgálatok mielőbbi foganatosítását. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1911. 21. sz.)  
Drucker Viktor dr.

### Fizikai és diaetás gyógyításmódok.

**A vérrelmeszesedés étrendi kezeléséről** értekezik Strauss berlini tanár a „Jahreskurse für ärztliche Fortbildung“ ezidei augusztusi füzetében. Ezen étrend vezérlő elveit már Huchard állapította meg, ki a „praesclerosis“ idején lactovegetabilis, lehetőleg nucleinmentes diaetát ajánl; az általa „cardio-arteriosus“ szaknak nevezett állapotban pedig, melyet a kezdődő szívizomelégtelenség jellemez, kizáróan tejdiaetát, és a „cardio-ectaticus“ szakban, azaz akkor, a mikor a szív működés már súlyos zavarokat mutat, a folyadékfogyasztás korlátozóá át tartja czélszerűnek. A szerző nem tartja helyénvalónak s kizárólagos tejes étrendet hosszú időn át egyfolytában rendelni, de ettől eltekintve, a jelzett irányelveket, különösen a lactovegetabilis, húszegény étrendet is czélszerűnek ismeri el. Megjegyzi azonban, hogy ezen étrend mellett sem szabad a gyomrot túlságosan megtölteni s hogy ez okból a puffasztó étel és szénsavtartalmú ital is tiltva van, a megengedett ételeket pedig lehetőleg kevés fűszerrel kell elkészíteni. A chlorszegény diaeta csak azon esetekben fontos, a melyekben rejtett vagy kimutatható hydropsot kell felszívódásra bírni, vagy azokban, a melyekben a szomjúságérzést akarjuk csökkenteni.

Azoknak, a kiknek véreire el vannak meszesedve, a túlságos bő táplálkozás általában rosszat tesz, némelyeket közülük időnként egyenest *hiányosan* kell táplálnunk. A fogyatékos táplálás különösen aneurysma és aortafájdalmak esetén válik be és az elhájásodás azon eseteiben, a melyekben a szív részéről már az elégtelen működés jelei mutatkoznak. De azért ezen esetekben sem tanácsos a táplálék fehérjetartalmát túlságosan megszorítani; napjára 60—80 gr. fehérjét mégis kell adnunk, hogy a szív kellően tápláltsék. Arra is kell törekednünk, hogy az étrend olyan legyen, hogy székrekedést ne okozzon. (Ezt a legtöbb esetben azzal érhetjük el, hogy gyümölcsöt, cukros tésztát, mézet stb. rendelünk. Ref.) A székrekedés általában kedvezőtlen hatású és a hasprés erősebb működését váltja ki, a mi viszont a vérnyomást emeli.

Mindezekhez még általánosságban meg kell jegyezni, hogy minden szeszes ital, kávé, nagyobb mennyiségű tea és húsleves, valamint másfajta izgató anyagokat tartalmazó étel és ital élvezése is tilos. *Rumpf* annak idején a mészegény étrend fontosságát is hangsúlyozta. Ezt a szerző nem tartja lényegesnek, mert az elmeszesedés minden valószínűség szerint csak másodlagos, sőt talán kiegyenlítő folyamatnak tekintendő.

Ezen általános irányelveket azonban minden egyes esetben a betegség és beteg egyéni sajátosságaihoz mérten kell alkalmaznunk. Van pl. olyan beteg, a ki a húsételt nem bírja állandóan nélkülözni, mert mind erőtlenebbé válik, s van olyan is, a kinek azt megtiltani egyáltalán nem is szükséges. A szív működés elégtelensége esetén a legradikálisabban a kizárólagos tejdiaeta hat, de ezt egyik-másik rosszul tűri. Megnehezíti a kizárólagos tejes étrend állandó alkalmazását az is, hogy a tejből teljes értékű tápláláshoz naponként 3—4 liter nyit kellene elfogyasztani. Ha azonban a tej mellett még más megengedhető ételt (tejszint, vaját, édes tésztát, gyümölcsöt és főzeléket) is adunk, akkor annak mennyisége korlátozható és a diaeta változatosabbá tehető. A tejdiaeta ezen változatában bizonyos esetekben (angina pectoris, magas vérnyomástól eredő pangás némely esetében, kivált ha vesezsugorodás okozza a szív működés elégtelenségét) jól beválik, de ezen esetekben is csak időszakosan alkalmazandó.

A szerzőnek az a véleménye, hogy a magas vérnyomás úgy keletkezik, hogy a vesék nem választják ki kellően az anyagcsere maradványait. Azon ételek tehát, a melyek az arteriosclerosisban szenvedő betegben a vérnyomást fokozzák, ezt csak kerülő úton, a hiányos veseműködéstől eredő, tehát nephritises retentiós toxicosis útján teszik. Ezen mérgezés

ellen azzal küzdhetünk a leghathatósabbban, hogy a szervezetbe lehetőleg nem juttatunk olyan tápláló anyagokat, a melyeknek anyagcseremaradványai a vérkeringés szerveire károsan hatnak. Ezt legjobban azzal érjük el, hogy húselektelen szegény étrendet alkalmazunk. A mérgező anyagok kiválasztását a szervezetből pedig azzal siettetjük, hogy a beteggel nagyobb (naponként 2—2½ liter) folyadékmennyiséget itatunk meg. Ezzel sem a szívet, sem a vérrendszerrel nem terheljük meg és egyes esetekben, különösen arteriosclerosistól eredő álmatlanság esetén igen jó eredményt érünk el. Fájdalmas aortasclerosis és kezdődő szívizom-elégtelenség eseteiben viszont a folyadékfogyasztás korlátozása szokott czélszerűnek bizonyulni. Az étrend megállapítása alkalmával figyelembe kell venni azt is, hogy elhájásodott-e a beteg vagy sovány. Az előbbi esetben a beteget óvatosan — bizonyos háttértartva — fogyasztnunk is kell, hogy a vérrelmeszesedéstől amúgy is megterhelt szívet és emésztőszerveit kíméljük. Ha ellenben a beteg lesoványodott, bőven táplálhatjuk. A korosabb betegnek étrendjét ne változtassuk meg hirtelen és jelentősen, mert a táplálás gyorsan bekövetkező változására könnyen erőtlenné válik. Ha az arteriosclerosis főként a gyomorbeltractusban mutatkozik, a táplálóanyagok térfogata mennél kisebb kell hogy legyen. Az ilyen betegnek azon ételektől, a melyeknek cellulosetartalma nagyobb, mivel ez felfúvódást okoz, tartózkodnia kell. Ennek lactovegetabilis étrendjéből tehát a rostos anyagban bővelkedő növényi ételeket törölnünk kell. Vesebaj esetén viszont a vesét izgató illó olajokat tartalmazó növényi ételeket (rettek, zeller, mustár stb.) kell kerülnünk. Ezen példák közül látható, hogy nem elég egyszerűen a lactovegetabilis étrendet ajánlanunk, hanem ezt is az eset sajátosságaihoz mérten kell alkalmaznunk.

Bélpuffadás esetén kedvező hatású a joghurt is. Elegendő, ha a gázképződés korlátozása czéljából hetenként kétszer adunk belőle. A húszegény étrendben a tej, vaj és gyümölcs mellett a könnyű tésztaféle és főzelék is szerepelhet. A hüvelyes vetemények nagyobb nucleintartalmuk miatt nem ajánlatosak, a gyümölcsfélék közül pedig főként azokat válogatjuk ki, a melyeknek caloriaértéke, mint pl. a szőlőé, dióé és manduláé, nagy. Kávé helyett coffeinmentes vagy maláta-kávé ajánlunk, a tea csak hígán és kis mennyiségben engedhető meg. Az alkoholt, a mennyire csak lehet, meg kell tiltani. Annak azonban, a ki éveken át és mindig mértéktelenül ivott könnyű bort, időnként megengedhetünk belőle egy-két pohárkával. Hasonló irányelveket követhetünk a dohányzással szemben is. Ha nem tartjuk szükségesnek teljesen eltiltani a hús fogyasztást, egyszer napjában — még pedig délben — megengedjük azt. A húsevést egyes esetekben még jobban korlátozhatjuk oly módon, hogy minden másodnapra vagy egy-egy hétre teljesen eltiltjuk. Mivel a húsételben főként a kivonatanyagok azok, a melyek a vérrelmeszesedésre károsan hatnak, közülük a főtt húst kell előnyben részesíteni s a levest meg mártásokat, melyek sok kivonatanyagot tartalmaznak, lehetőleg el kell tiltanunk. Az arteriosclerosisos, hogy ne terhelje meg a gyomrát, egyszerre csak keveset, és hogy táplálása túlságosan fogyatékos ne legyen, gyakran, tehát tíz órákor és uzsonna idején is egyék. A gyomor megterhelése — kivált este — rossz hatással van. Tanácsos még az is, hogy az ilyen beteg az evés után mindig pihenjen.

A tapasztalás szerint azzal, hogy a vérrelmeszesedésben szenvedőt kellő étrenden tartjuk, bajának előhaladására és következményeire gátolón hatathatunk. A kellő diaeta tehát ezen bántalom gyógyításában kiváló fontosságú tényező.

Lenkei V. D.

### Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

**A tetanus gyógyításáról carbol bőr alá fecskendezésével** ír *Bacelli* tanár. Főleg a carbolnak hatalmas sedativ hatása alapján kezdte meg kísérleteit, a melyek azért is eredményesnek ígértek, mert a carbolnak antitoxikus hatása is van, a mint azt *Tizzoni*, *Kitasato*, *Babes* és mások



bebizonyították. A carbollból 2—3%-os oldatot használ s kezdetben csak 0.3—0.5 gramm carbollt adott, a vizelet gondos ellenőrzésével, hogy a szervezet tolerantiáját ezen szerrel szemben kipróbálja. Később nagyobb adagokra tért át, úgy hogy 1—1.5 grammot többször is adott napjában. A módszer eredményének feltüntetése a carbollal kezelt eseteket az irodalomból összekereste és csoportosította. 94 súlyos eset közül csak 2 végződött halálosan és 27 nagyon súlyos eset közül 5. (Berliner klin. Wochenschrift, 1911. 23. sz.)

**Tengeri betegség** ellen *Th. M. Kendall* szerint nagyon jó a validol (menthol és valerianásav összekötése). Cseppek alakjában adja cukron, még pedig első adag gyanánt 30, második adag gyanánt 25, harmadik adag gyanánt 15 csepp mennyiségben, 1 órával időközrel. Legjobb a használatát 2—3 órával az indulás előtt megkezdeni. Hosszasabb vasutazást rosszul tűrőknek szintén ajánlható a validol. (Medical press and circular, 1911. június 14.)

A **jodival Bayer** szerint a jodkészítmények között az első helyre teendő egyrészt a hatás gyorsasága, másrészt a kellemetlen mellékhatások hiánya miatt. Kiemelendőnek tartja továbbá a jodival neurotropiáját, nemkülönben azokat a kedvező eredményeket, a melyek mirigygümőkör eseteiben a tuberculin-kúrának jodival kombinálásával érhetőek el. A legnagyobb adag, a melyet használt, 0.3 gramm volt naponként 3-szor. (Die Therapie der Gegenwart, 1911. 7. füzet.) — *Brexendorff* szintén nagyon dicséri a jodivalt s kiemeli idősült bronchitis eseteiben jól használhatóságát. (Fortschritte der Medizin, 1911. 30. sz.)

**Hyperaciditas** eseteiben *Winternitz* most már nem használja a hidrogensuperoxydot, a melyet pedig ő ajánlott volt először ezen baj ellen. Most is állítja ugyan, hogy a hidrogensuperoxyd csökkenti a gyomornedvelválást, ez a hatása azonban gyorsan múló, másrészt pedig a gyomor részéről kellemetlen mellékhatásokat okoz. (Deutsche med. Wochenschrift, 1911. 30. sz.)

A **diplosal Massalongo** és *Gasperini* szerint abban különbözik nagyon előnyösen a többi salicylkészítménytől, hogy a savanyú gyomornedvben teljesen oldhatatlan lévén, nem okoz gyomorzarvakot, azután meg erős izzadás sem áll be a használata után. Napi 4—6 gramm mennyiségben jó antirheumaticumnak és analgeticumnak bizonyult. (Gazzetta medica italiana, 1911. 23. sz.)

### Magyar orvosi irodalom.

**Klinikai füzetek**, 1911. 8. füzet. *Schiller Károly*: Leggyakoribb therapeutikus eljárásaink befolyása a helybeli lobos folyamatra. *Budai (Bauer) Kálmán*: A chemiailag differenciált sejtről és a chemotherapiáról.

**Magyar orvosi archívum**, 1911. 4. füzet. *Fekete Sándor*: A zsírfelszívódásról. *Györy Tibor*: A magyar orvosi irodalom 1910-ben.

**Gyógyászat**, 1911. 36. szám. *Felletár Emil*: Higanyos zsír be-dörzsölése által okozott kettős halálet. *Nagy Samu*: A scleromáról.

**Orvosok lapja**, 1911. 36. szám. *Erdős Adolf*: Merjodin a syphilitis gyógyításában.

**Budapesti orvosi újság**, 1911. 36. szám. *Schiller Károly*: A novocain-natrium hydrocarbonicum helybeli érzéstelenítés. „Urologia” melléklet, 3. szám. *Feleky Hugó*: Adatok a gonorrhoeás mellékherelygyulladás kór- és gyógytanához. *Zacher Pál*: Prostatarák osteoplastikus csontmetastasisokkal. *Kaczander József*: Subcutan intraperitonealis hólyagrepedés esete.

### Vegyes hírek.

**Kitüntetés.** A király *Hantz Mihály* dr. brassómezei tiszti főorvosnak a közegészségügy és a közjótékonyosság terén szerzett érdemeiért a királyi tanácsosi címet adományozta.

**Választás.** *Kerbolt László* dr. tiszacsegei községi orvost Hercegfalván községi orvossá választották.

A **budapesti egyetem I. számú női klinikájával kapcsolatos szülészeti poliklinika** augusztusban 134 esetben nyújtott segítséget; a műtétek száma 96 volt.

A **budapesti egyetem II. számú női klinikájával kapcsolatos szülészeti poliklinikum** augusztusban 124 esetben nyújtott segítséget; a műtétek száma 101 volt.

A **budapesti önkéntes mentő-egyesület** júliusban 1640 esetben nyújtott első segítséget; ezenkívül 1087 szállítást végzett, 219-szer mint mozgóórség szerepelt és 28-szor vaklárma folytán vonult ki. A július havi működési főösszeg tehát 2974.

**Meghalt.** *Th. G. Ouston* dr., jeles oto-laryngologus Londonban, 42 éves korában. — *L. Gaulard*, a nőorvostan tanára a lille-i egyetemen. — *G. Manca* dr., az élettan tanára Sassariiban. — *C. Bernabei* dr., a belorvostan tanára a sienai egyetemen.

Az **orvosok száma Németországban** az 1909. évi május hó 1.-én fölvett adatok szerint 30.558 volt (a szaporodás 10 év alatt 23.59%-ot tett). Volt ezenkívül 2667 fogorvos, 7214 fogtechnikus, 14.789 gyógyászolga (ideszámítva a masseur-öket és a desinfectorkat is), 12.881 férfi- és 55.897 nőápoló, 37.736 bába. A kuruzslók száma 4468-ra rúgott.

**Kisebb hírek külföldről.** *H. Reichenbach* dr. bonni rendkívüli tanárt a göttingai egyetemen a közegészségtan rendes tanárává nevezték ki. — Rendkívüli tanári címet nyert: *F. Ballner* dr. (közegészség-tan) Innsbruckban, *M. Reichardt* dr. (elmekörtan) Würzburgban. — A *Nothnagel*-emlékszobor felállítására összegyűlt összegből a bécsi egyetem árkádjai alatt elhelyezett szobor költségeinek fedezése után is akkora összeg maradt még fenn, hogy belőle külön alapítványt lehetett szervezni. Ezen alapítványnak 2000 koronára rugó kamatait arra fogják fordítani, hogy évenként egy-egy világhírű külföldi orvostudóst meghívják Bécsbe díszelőadás tartására az egyetem aulájában. Az első előadást *Ehrlich Pál* tanár fogja tartani.

Lapunk mai számához a *Dozenten-Vereinigung zu Berlin* „Ferien-kurse für praktische Aerzte” című prospektusa van mellékelve.

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

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

**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. DOCTOR** v. egyetemi tanársegéd, a Ferencz József kórház orv. I. vez. főorvosa **orvosi laboratóriumában** az összes diagn. Kossuth Lajos-utca 3. sz. vizsgálatokon kívül **autovaccin** előállításával is foglalkozik.

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

**Gyermeksanatorium PORTORÉ**  
(Fiume mellett) 100 ágyra berendezett modern intézet. Egész éven át nyitva. Felölteteknek külön osztály. Igen mérsékelt árak. Igazgató-főorvos: **Rajnik Pál** dr. Prospektus.

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

**Epileptikus betegek intézete**

BALF gyógyfürdőben. Felvilágosítással szolgál **Wosinski István** dr., igazgató-tulajdonos. Vagyontalan betegek a nagymélt. m. kir. belügyminiszterium előzetes engedélye alapján az országos betegápolási alap terhére vétetnek fel

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

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

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

**MATTONI-FÉLE LÁPKIVONATOK**  
fürdőkhöz.  
:: LÁPSÓ :: száraz kivonat ládában á 1 kiló  
LÁPLÚG folyékony kivonat üvegekben á 2 kiló



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

**TARTALOM:** Budapesti Kir. Orvosegyesület (XV. rendes tudományos ülés 1911 május 27.-én). 664. 1. — Erdélyi Múzeum-Egylet orvos-tudományi szakosztálya (1911 május 27.-én tartott XIV. szakülés) 656. 1.

**Budapesti Kir. Orvosegyesület.**

(XV. rendes tudományos ülés 1911 május 27.-én)

Elnök: **Dollinger Gyula**, később **Alapy Henrik**.

Jegyző: **Fáykiss Ferencz**.

**Paranoiás tünetek gyermekeken.**

**Reuter Camillo:** A gyermekkori psychosisok sajátosságait a felnőttek elmebántalmaival szemben főképpen az agyvelő fejletlensége és a szellemi működések kibontakozása adja meg. Épp ezért a gyermekkorban az agyvelő másképp viselkedik a ráható ingerekkel szemben, mint a teljes erejében levő agyvelő. A gyermekkori psychosisok két nagy csoportját kell megkülönböztetnünk: olyanokat, a hol a fejlődés valami okból megakadt, ezek rendszeresen a gyöngelméjűség képét mutatják és a további életben változatlanul megmaradnak, s olyanokat, melyek csak episodszerűen jelentkeznek, néha nyom nélkül elmúlnak, vagy bizonyos locus minoris resistentiae teremtve, a későbbi kort veszélyeztetik. Ritkább — s a gyermeki elme fejletlen voltából érthető — a magasabb kombinatív jellegű szellemi működések megzavarása, az ítélő és következtető képesség rendellenességei: a téves eszmék. A gyermeki elmének téves eszmék által jellemzett megbetegedéseit paranoid állapotoknak nevezzük, ellentétben a felnőttek paranoiájával. A gyermekkorban főképp üldöztetési és mérgeztetési téves eszmék uralkodnak. Az érzéksalódások inkább csak illúziók, mint igazi hallucinációk. A 11 éves fiúnál anyai ágon családi terheltséget találunk, 3 hónapja beteg, mérgeztetési téves eszméket hangoztatott, majd agresszív lett, félelmek lepték meg, napokon át nem evett. A klinikán főképp makacs dissimulálása tűnt fel, mérgeztetési téves eszmét csak kivételesen árult el, mesterségesen kellett táplálni.

**Az epilepsiás euthymopraxia.**

**Winter Ferencz:** Habár az epilepsiát jól körvonalozott tünetek jellemzik, a melyekből legerősebben domborodik ki az öntudat kisebb-nagyobb fokú megzavarása mellett a rohamszerűség, a talaján kifejtett elmezavarok a legváltozatosabb tünetcsoportokat produkálják.

Vannak ugyan olyan sajátságok, melyekből még az epilepsiás rohamok fenforgása nélkül is az adott esetben az elmebántalom epilepsiás jellegére következtethetünk.

Ilyenek: a tüneteknek minden vagy legalább is kis időre kiterjedő előzmény nélkül való kifejlődése, az öntudat elhomályosodása, a túlnyomóan ijesztő vagy vallásos tartalmú deliriumok és a beteg öntudatának hirtelen feltisztulása, az emlékezet teljes hiánya vagy hézagossága.

A mióta **Sammt** az epilepsiás elmezavarra vonatkozó alapvető kutatásait napvilágra hozta, a további vizsgálat és klinikai észleletek nagyrészt megerősítették az általa megállapított formákat s legfeljebb csak kiszélesítették, vagy a más kórformába sorolt tünetek idetartozandóságát derítették ki. Ilyen pl. az úgynevezett *mania transitoria*, továbbá a *dipso-mania*.

De ezen újabb adatok egyúttal azt is bizonyítják, hogy mint ezt **Hinrichsen** újabban megjelent tanulmányában konstatálja, az epilepsiás elmezavar az esetek nagy számában atypusosan folyik le s éppen azért a fennálló epilepsia konstatálását szükségesnek tartja.

A kérdést egyes esetekben megnehezíti az is, hogy az epilepsiás elmezavar különféle kórállapotok alakjában jelenhet meg. Különösen számos változattal találkozunk az epilepsiás rohamokat bevezető aurának néha napokra és hetekre kiterjedő tünetcsoportjában, valamint a postepilepsiás mulékony zavarodottságban.

Leggyakoribb a többé-kevésbé kifejezett kellemetlen érzésekkel összekötött félelem és szorongó állapot.

Az euphoriát, habár sok más elmezavar keretében, különösen maniánál, dementia paralyticánál előfordul, az epilepsiában aránylag ritkán emlegetik a szerzők és az ilyen állapotokban gyakran előforduló automatás vagy kényszer-cselekedeteknek ilyen érzéssel kapcsolatos formáit külön nem is jelezték.

Az elme- és idegkórtani klinikán szerzett tapasztalatok azt mutatják, hogy az ilyen kellemes érzés, bár ritkábban fordul elő, mivel már az egyszerű euphoria határát túllépi, külön megjelölést kíván.

A beteget szertelen, idétlen, normalis körülmények között kellemetlen vagy éppen fájdalmas érzést előidéző cselekedetekre sarkalja, melyek alatt azonban a beteg mennyei jólétet és boldogságot érez.

Egy pár ily szép esetet foglalt össze **Moravcsik epilepsiás euthymopraxia** név alatt az elmebetegek egyes motoros sajátságairól írott munkájában.

Ezek egyike 28 éves napszámos, a kinél az epilepsiás elmezavar alatt a legteljesebb boldogság érzéséhez szertelen, élénk helyzetváltoztatásokkal járó agitáltság tünetei csatlakoznak. Átszellemült arczzal lábujjhegyen járt, hol hasát, hol hátát kidüllesztve. A földre térdelt, hajlongott, előre-hátra végigterült a padlón. Bukfenczeket hányt, ide-oda gurult s a háborgatókat azzal a megjegyzéssel távolította el magától, hogy ne zavarják, mert oly szokatlan édes érzés lepte meg, hogy azt sem tudja, mit csináljon örömeiben.

Ugyanily euthymopraxiát észleltünk a bemutatandó betegen is, a ki 32 éves ács.

Görccseit, a melyek teljes öntudatlansággal járnak, kifejezett aura előzi meg és álmatság, kábultság követi. Rohamait napokig, sőt hetekig tartó agitáltság, nyugtalanság, békétlenkedő hajlam szokta megelőzni, vagy pedig lélegzetét visszatartva felfújja magát, mialatt egész arca cyanosisossá válik és minden figyelmeztetés daczára ezen cselekedete mellett órákig, napokig megmarad. Az erőlködése néha oly nagyfokú, hogy a fülében, kötőhártyáiban vérzései támadnak. Kijelentette, hogy ez alatt a felfújás alatt szerfelett jól érezte magát és ezért nem hagyhatta abba.

Ennek a sokszor erőszakos, kétségkívül nagyon fájdalmas dolognak ismétlődése tartós, hosszú időn át való maradására csak úgy érthető, ha felveszszük, hogy az öntudat homályosodásával járó fájdalomérzésbeli tompulás, részben pedig az érzetek disszociált vagy pervers értékesítése van jelen.

A beteg normalis körülmények között 110-es vérnyomása ily felfújás alatt 160-ra emelkedik **Gärtner**-féle tonometerrel mérve.

**A központi idegrendszerben előforduló érszaporodás készítmények bemutatásával.**

**Schuster Gyula:** Elsősorban azon képleteket vizsgálta, melyeket már régen mint érbimbókat írtak le, értvén ez alatt sejtcsoportokat vagy sejteket, melyek az érfalból ékalakban emelkednek ki oly módon, hogy az ék alakja az érfalban van, csúcsa az idegszövetbe nyomul. Míg eddig ezeknek a képleteknek tisztán csak protoplasma- és magfestékekre való viselkedésüket vizsgálták, a bemutató az összes collagen- és rugalmasrost-festékekre kiterjesztette figyelmét. Így volt lehetséges eme sejteknek ép és kóros esetekben az érfalhoz való viszonyát tisztázni, a mennyiben kitünt, hogy eme háromszögletű képletek az adventitiához tartoznak. Mindenekelőtt a capillarissok adventitiájának viselkedését ismerteti. Normalis viszonyok között az adventitia szorosan odafekszik az endothel-falhoz, úgy hogy utóbbtól alig vagy semmit sem kü-



lönbözthető meg. Az adventitia rostjai azonban hullámvonalban is futnak, főleg az erek oszlásánál, a midőn az endothel-faltól az adventitia eltávolodik. Eme finom adventitiarost mellett vörösre festett adventitia-sejt fekszik bizonyos távolságokra, de az érfalon kívül. A sejtek protoplasmája hosszúkás, hosszában halványan csikolt, gyakran teljesen körül van véve ama finom vonallal, mely az erősebben festődött vastagabb vonalba folytatódik. Bármily irányú a metszés, az endothel követő adventitia egyformának és folytonosnak látszik, tehát folytonos valódi hártvának vehető. Visszatérve az érbimbónak nevezett képletekre, valószínűvé lesz az, hogy ezek, mivel éppen az erecskének hirtelen kanyarulatánál vannak leginkább, az összekötő adventitiához tartozó sejtek. Kóros körülmények között, protoplasmájuk basikus anilinfestékekkel festődve, sorvadó bimbóknak tűnhetnek fel; leggyakrabban találkozunk érbimbóhoz hasonló képletekkel a capillarisok súlyos sorvadásánál (paralysis, dementia senilis). Ilyenkor az endothelcső összezsugorodott, összecsavarodott, az ér lumene csaknem teljesen elzáródott. Az endothel hullámos, hosszú darabokon nem látunk tömör csősejteket. Néhol a még eléggé ép érfalban azonban hypertrophiás endothel sejtmagokat vehetünk észre. Az ily módon sorvadó endothel körül szinte túlerősen fejlett adventitia van, a sejtmagok az adventitiában progressiv állapotban is lehetnek, az adventitia rostjai között szemcsésejteket, lipid anyagokat többkevesebb mennyiségben találhatunk (paralysis). Ezek a jelenségek tehát inkább értelmezhetők sorvadásként, mint burjánzásként, mivel a collagen- és rugalmasrost-festékekkel nyert képeken teljes capillarisként bontakozik ki az, a mi protoplasma- és magfestékekkel festve csupán csak endothelből állónak látszott. Még a súlyos degenerációban lévő érfalban is előfordulhatnak hypertrophiás sejtek, kísérletileg a vérkeringés megszüntetésével endothel sejtgyaporsorodást lehet előidézni s bár ezek a kísérletek nagy arteriákon és vénákon történtek, eredményei oly capillariskra is átvihetők, melyek a vérkeringésre nézve elzáródtak. Természetes, hogy ezek a hyperplasiás jelenségek az egész érfal sorvadásánál észlelhetők akkor, midőn a capillaris átjárhatatlan lett, oly folyamatoknál, hol a kór nem az érfal sejtelemeire directe és különösen, hanem indirecte oly módon hatott, hogy a működés megszüntét követő sorvadás nagyobb capillarisok és erek elzáródásából származó keringési zavarok folytán jött létre. Ily kötegekké vastagodott és tömörült endothel-csőveket látunk paralysisben elhaltak agyveljében, hol az endothel-sejtek szaporodása következtében a lumen elzáródott és a cső sok vasos sejtből álló köteggé alakult át, ezek a képek csak a fentemlített teljes elzáródásra vezető kórok alapján fejlődhetnek és csak így magyarázhatók. A látszólagos ellentmondás, hogy miért találhatók hypertrophiás endothel- és adventitia-sejtek a sorvadásos érfalban, különösen ott, a hol a bimbóalakú képletekkel találkozunk, így megoldható lesz. A bemutató a továbbiakban különösen a sorvadásos megbetegedésekben észlelhető érhálózatgyaporsorodás körülményeit vizsgálta. *Maximov* szerint az érbimbóképződést chemotaxis okozza, mely alatt a szövetek oxygen- és tápanyag-szükségét is kell értenünk. Diffus sorvadásos megbetegedésekben, a hol csakugyan kísérlet történik az idegszövet részéről a reparációra, csak oly nagyfokú szövetszétésések alkalmával vehető fel a chemotaxisos inger, mely az érszövet tényleges szaporodására vezet, ha a pótlásra fejlődött glia vascularisatiójára meglévő érmennyiség nem elegendő és ha a meglévő érfalak is sorvadtak.

Mert 1. az idegszövet szaporodásra képtelen, minden sérelem csak sorvadásra vezet, csekély degenerációs kísérlet az idegszövet részéről számításán kívül esik.

2. A szürke állomány különös működésének megfelelőleg igen bő erezettségű; már csekély vérkeringési változás, pl. rövid ideig tartó vérbőség szövettanilag is kimutatható változásokat okoz az idegsejtekben, melyek működésre képtelenné válhatnak.

3. A glia ezzel ellentétben szegényebb vérerekben; az idegrendszerért sérelemek alkalmával szaporodik, úgy hogy a chemotaxisos inger a központi idegrendszerben lévő sor-

vadásos megbetegedések alkalmával érbimbó és újonnan képződött capillarisok létrejöttével hiányzik. Sorvadásos megbetegedésekben tehát csak relativ érszaporodás van.

A relativ csomós érszaporodás egyik alakjának az erek kanyarulatos lefutásából, csavarodásából, hurok és görcs képződéséből való értelmezésére tér át, ennek okai: 1. a rugalmas rostok pusztulása, 2. az izomelemek sorvadása folytán létrejött ellenállás-csökkenése a falnak, 3. a csövön belül vérnyomásszaporodás, 4. azon körülmény, hogy az erek laza szövetben futnak. A felsorolt tényezőkön kívül az idegrendszerben mint talán legfontosabb az idegszövet sorvadása, zsugorodása járul. Ennek folytán az erek hosszukhoz képest rövidebb téren kénytelenek elhelyezkedni, a minnek eredménye elsősorban a cső hullámos, később karika-alakja, másrészt a cső tengelye körül a karikaképződéssel ellentétes csavarodás. Vékony csőveknél vagy vérereknél a cső megtörik s hirtelen szögleteket alkot, mint az a capillaris-hálózatokon látható. Hogyha az érfalak rigidek, az érfal hosszához képest a tér, melyen az érnek futnia kell, igen rövid, akkor az erősebb vagy vastagabb vérér vékonyabb ágait orsó módjára maga körül csavarja; ezeknek átmetszetei igen bonyolult ércsomóképeket adnak.

#### Associatiós vizsgálatok elmebetegéken.

**Dósai Révész Margit:** Az associatiós kísérletek, a melyek elsősorban a képzetek közötti összeköttetések természetének felderítését célozták, egyré mélyebb bepillantást engednek szellemi életünk komplikált mechanizmusába. A mint különösen *Kraepelin, Aschaffenburg, Bleuer, Jung* és mások a különféle elmekórformáknak ilyen úton is felderíthető sajátosságaira is kiterjesztették figyelmüket, még psychiatriai szempontból is értékesíthető diagnostikai támpontokat is emeltek ki.

A kísérletek végzésekor a súlyt elsősorban arra fektették, hogy a céltudatosan és különböző rendszerek szerint összeállított s a vizsgálandó egyén előtt kimondott szavak, a melyekre az illetőnek nyomban, ezeknek meghallása után rögtönösen eszébe jutó szavakkal kell reagálni, lehetőleg rövidek legyenek, nehogy azok egyes tagjai reakciókat kiváltó ingerek gyanánt szerepeljenek. A physiologiás és pathologiás állapot különös eseteinek megítélésénél fontosnak mutatkozott az is, hogy a beható inger és a reáható reactio közti időt is megállapíthassuk. E célra szolgál a praecisebb meghatározásra alkalmas *Hipp*-féle chronoskop, vagy a klinikai igényeket teljesen kielégítő 5"-es óra.

Az elme- és idegkórtani klinikán ezen kísérletektől eltérőleg *Moravcsik* tanár részben hosszabb szavakból, részben mondatokból állította össze sémáit és pedig oly módon, hogy azokban az egyes hangulatbeli árnyalatokban kifejezést nyerő elmekórformákban szenvedő beteg általában használni szokott kifejezései szerepeljenek. Célja volt ezen ingerlő szavakkal és mondatokkal, mint reagenssel az illető egyén kedélyi életét reakcióra bírni. Ezen, a beteg által nyilvánított reactio, mint a klinikán végzett számos kísérlet bizonyítja, sajátos módon tükrözi vissza az egyéniség és bizonyos kórforma sajátosságait. Egyúttal látjuk azt is, hogy a hosszabb mondatok alkalmasabbá teszik a beteget az alaphangulatából merített reactio kifejezésére.

Jelen vizsgálatok 50 betegre vonatkoznak, kik között emelkedett hangulatú volt 14, nyomott hangulatú 17, közönyt hangulatú 19. Minden egyénen vizsgáltuk e 3 alaphangulatnak megfelelőleg az associatiót úgy szavakra, mint ugyanezen szavakból bővített mondatokra nézve 12—12 ingerrel, tehát egyénenként 72 associatióra vonatkoznak következőképpen.

Eredményeinkről bátor vagyok a következőkben röviden beszámolni: A talált reactio idő, mely egyik fontos tényezője a szellemi munka megítélésének, teljes párhuzamot mutat a hangulatbeli elváltozásokkal is. Emelkedett hangulatúaknál a szócsoporthoz 2'0", mondatoknál 1'85" a reactio idő. A közönyt hangulatúaknál már nagyobb értéket találunk, a szavaknál 3'7", a mondatoknál 2'9" a reactio idő. Míg a nyomott hangulatúaknál 4'5", illetőleg mondatoknál 5'0" az átlag



reactiók idő, azaz az emelkedett hangulatúakéhoz képest igen tetemes megnagyobbodást mutat. Jellemző továbbá az is, hogy míg az emelkedett és közönyös hangulatúakénál a mondotakra való asszociálás kevesebb időt igényel, mert az alap-hangulatot jobban kiváltó mondatoknál megnyilvánuló reactio nagyobb élénkséget, frissiséget vált ki. Ellenben a nyomott hangulatúaknál a mondatoknál levő reactiók idők hosszabbak, mert a nagyobb kedélyi emotio itt gátlásokat okoz. A reactiók idők abszolút nagysága normalisokéhoz viszonyítva tetemes hosszabbodást mutat, mert hisz betegeink javarésznél szellemi kiesést is találunk, csupán az emelkedett hangulatúaké egyezik meg körülbelül a normalisokéval, a mi úgy magyarázható, hogy a szellemi defectust elfedi az ingerek által felkeltett érdeklődés.

Az asszociációk tartalmi osztályozása, értékelése a másik fontos tényezője a vizsgálatok feldolgozásának. Általános jellemzőül azt mondhatjuk, hogy az ingerekben kifejezésre jutó hangulatokra a rokonhangulatúak resonálnak, azt mélyítik, színesítik, míg az ellentétes hangulatúak erősen protestálnak ellene, hevesen tagadják. Legpraegnansabb kifejezést nyer ez a tétel a kifejezett mania és melancholiánál; itt még a közönyös hangulatú ingercsoportnál is kifejezésre jut a vizsgált beteg alaphangulata.

A nem valódi, symptomás, maniás-melancholiás hangulatúak (pl. hysteriás depressio, vagy euphoriás paralytikus) az egyezőt elfogadják, az ellenkezőjét visszautasítják, de ez nem oly meggyőző, nem oly mély, mint az előbbieknél, az egyes csoportok tarkázva vannak oda nem tartozó elemekkel.

Közönyös hangulatúaknál a reactio az általános asszociációs képzés szabálya szerint történik; itt az intellectusbeli állapotnak jut a vezető szerep a kórforma mellett az asszociációk mikéntjének kialakulásában.

Dementiás állapotokban jellemző az inger-szók gyakori ismételtetése, az asszociációk üressége, igen-nemmel való felelés, egy reactiók formának a gyakori ismételtetése; az öregkori dementiánál főként a perseveratio, mely abban nyer kifejezést, hogy egy előbbi inger vagy reactiók szó alkalm-szerűtlenül kerül újból elő.

Dementia praecoxnál a szójátékok, szókiegészítések, értelmetlen szavaknak értelmesekekkel való vegyítése, valamint a mesterkelt modorosság, affektáltság sajátossága domborodik ki.

Térbolyodottságnál az ingerek kiváltják a hallucinációk, illúziók gyakran féltve rejtegetett tüneteit, máskor a reactiók feleletek az egyén téveszméit tárják elének új megvilágításban.

(Folytatása következik.)

### Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya.

(1911 május 27.-én tartott XIV. szakülés.)

Elnök: Purjesz Zsigmond.

Jegyző: Konrádi Dániel.

I. Demeter György 25 éves katonát mutat be, a kinek mellén és karjain nálunk aránylag ritkán előforduló *taetoválások* vannak. A mellének felső részén levő *taetoválás*, mint az illető mondja, két török nőt tüntet fel, a kik egy-egy kosáron könyökölnek. Jobb felkarján talán az egyik nő látszik a törököknél szokatlan tánczosnő-jelmezben. A bal alkar feszítő oldalán már szőnyegen fekszik a török nő, ruházata meglehetősen hiányos, a mennyiben a ruházatot a mellen levő lepke képviseli, a mi egyszersmind némi czélzás is a tulajdonképpeni foglalkozására. A bal felkaron már öltözködés közben, alatta pedig az arca látszik a török nőnek, a kit bal karjával szokott átölelni, mint a felírás elárulja. Az alkaron a babája kedvencz virágának is hely jutott. A bal felkaron patkók, nyergek, lovagló ostorok, szóval lovaskatonai jelvények látszanak, talán ez volt az illetőnek, mint bakának, vágyai netovábbja. Végül a jobb alkaron látható a teljes magyar címer, a koronát tartó angyalok alatt két évszám, a címer alatt ezredének megjelölése. Ezután törvényszéki orvostani szempontból méltatja az esetet.

II. Zacher Pál *prostata-carcinomát* mutat be osteoplastikus csontmetastasisokkal. Az alig megnagyobbodott prostata tele volt daganatszigeetekkel, melyek a jobb oldalon a burkot is áttörték. Kórszövetani vizsgálatkor az *adenocarcinoma* mikroskopi képét nyújtotta. A szivacsos csontok, bordák, sternum, csigolyák egészen tömörök, sclerosisosak, szivacsos csont pirosas csontvelővel csak helyenként látszik. Vérelet: piros vörsejtek száma 2,460.000, fehér vörsejteké 12.000, több myeloblast és myelocyt. Ezen vérkép is a csontvelő izgalma mutató. Az esetet azért mutatja be, mert ismét bebizonyosodott, hogy oly prostata-carcinomák, a melyek a prostata részéről csak későn okoznak klinikai tüneteket, a csontrendszeret már korán elárasztják metastasisaikkal.

III. Nagy Samu előadása: *Vizsgálatok a scleromáról.*

IV. Gergely Endre *halva született* leánymagzat bonczolá-sakor talált *ál-rekeszsérv* esetét mutatja be. A hasürben a belek közül csupán a duodenum kezdeti része s a lehágó vastagbél foglaltatik, továbbá a gyomor, a máj s vesék, valamint a pancreas egy része; a belek többi része a léppel s a pancreas farki részletével együtt a *bal mellüregben* található, a hová a *diaphragmának bal oldalsó hátulsó részén levő, körülbelül koronányi nagyságú, kerek, sima szélű nyílásán jutottak be*. A mellür topographiai viszonyai megváltoztak: *a szív erősen a jobb oldalra tolatott át, a bal tüdő pedig a belek alá s mögé jutott*, illetve a mellkas csúcsáig szorítottatott fel s *egész kicsinyre nyomtatott össze*.

A bemutató egyúttal felnőtt egyénektől származó rekeszsérveket is demonstrál. Kifejti a szerzett és veleszületett rekeszsérvek keletkezésének okát s végül a veleszületett rekeszsérvek *törvényszéki orvostani jelentőségét* tárgyalja.

### PÁLYÁZATOK.

185/1911. ikt. sz.

Békéscsaba nagyközsége közkórházánál lemondás folyton megüresedett *segédorvosi állásra* pályázat hirdettetik. Javadalmazás 1200 korona fizetés, lakás, fűtés, világítás és I oszt. élelmezés. Pályázni kívánókat felhívom, hogy előírt képzettségüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt és I koronás bélyeggel ellátott folyamodványaikat Békésvármegye alispánjához, *Ambrus Sándor* úrhoz címezve hozzám *folyó évi szeptember hó 26.* napjáig nyujtsák be.

Megjegyzendő, hogy az állásra gyakorlati éves orvosok is pályázhatnak, a mennyiben okleveles orvosok hiányában ők is kinevezhetők, miután a kórházban a belgyógyászati és sebészeti hónapok elölthetők.

Békéscsaba, 1911 szeptember hó 5.

Remenár Elek dr., közkórházi igazgató, főorvos.

5209/1911. kig. szám.

Máramaros vármegye visói járáshoz tartozó Petrova, Levrđina és Visóoroszi községekből alakított *körorvosi állásra* pályázatot hirdetek s felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, szabályszerűen felszerelt kérvényeiket hozzám *folyó évi október hó 1.-éig* küldjék be.

Javadalmazás 1600 korona kezdő, 200–200 egész 800 koronáig terjedő korpótlék és 1200 korona helyi pótlékból áll, a körorvos lakpénzt, fuvardíját, rendeleti, látogatási, műtéti díjait, hivatalos kiszállásának idejét vármegyei szabályrendelettel fogja megállapítani.

Választás napját később fogom megállapítani.

Felsővisó, 1911 augusztus 18.

Papp Simon, fősolgabíró.

3718/1911.

Az üresedésben levő ratkói *körorvosi állásra* pályázatot hirdetek. A körorvos járandóságai: 1. Évi 1600 korona kezdő törzsfizetés, négy 200–200 koronás ötödévi korpótlék.

2. Vármegyei szabályrendeletben megállapított, ministeri jóváhagyás alatt álló lakpénz és fuvarátalány, melyek közül az előbbi 500, utóbbi 700 koronában lett a törvényhatóság által megállapítva.

3. A kör trachomás betegeinek a körorvos lakásán történő kezeléseért évi 400 korona.

4. Ratkó nagyközségtől a halottkémlésért 16 m<sup>3</sup> tűzifa házhoz szállítva (ezt a nagyközség kívánatra pénzben megváltja).

5. A m. kir. belügyministerium által engedélyezett, nyugdíjba beszámítandó 1000 korona helyi pótlék.

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: XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt minősítésüket igazoló okmányaikat hozzám *folyó évi szeptember hó 30.-áig* annál is inkább nyujtsák be, minthogy az elkésve érkezetteket figyelembe venni nem fogom.

A választás iránt később fogok intézkedni.

Ratkó, 1911 augusztus hó 24.

Ladányi, solgabíró.



# 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.

**Dollinger Gyula:** Az arczidegzsábák gyógykezelése alkoholbefecskendezésekkel. 667. lap.

**Hahn Dezső:** Közlemény a Szent István-kórháznak Pólya dr. egyet. magántanár vezetése alatt álló sebészi osztályáról. A húgycső prostatikus szakaszában előforduló kövek casuistikájához. 670. lap.

**Sarbó Artur:** A második sacralis segmentum bántalmazottságának tünettana és annak diagnosztikai jelentősége. 671. lap.

**Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Iwan Bloch:** Der Ursprung der Syphilis. — *Lap-szemle. Belorvosan. Chr. Krämer:* A terhesek tüdőtuberculosisának sanatoriumi kezeléssel való befolyásolhatósága. — *A. Valedinsky:* Az achylia gastrica simplexnél észlelhető vérelváltozások. — *Sebészet. K. Propping:* A typhosus léptályogok diagnosisa

és kezelése. — *Idegkörtan. Souques:* A felső végtag reflexei. — *Klippel és Monier:* Az 5. nyaki gyök sérülése. — *Gyermekorvoson. G. Railliet:* A bélérgek vándorlása a gyermekekben. — *Börkörtan. R. Volk:* A túlérzékenység problémája a dermatológiában. — *Húgyszervi betegségek. R. Cruchet és F. Charles:* Az infantilis enuresisnek Hayem módszere szerint eszközölt epiduralis seruminjectiókkal végzett gyógyítása. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Küster:* Bársing- és cardia-rák. — *Nathan:* Arthritis deformans. — *R. Kahane:* Ovaradentriferrin. — *Fuchs:* Furunculások. — *Jackson:* Heveny izületész. — *Willcox és Collingwood:* Szív-collapsus. — *Hahn:* Prostatitis. 678–679. lap.

*Magyar orvost irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság.* 679. lap.

**Vegyes hírek.** 679. lap.

**Tudományos társulatok.** 680–681. lap.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

## Az arczidegzsábák gyógykezelése alkoholbefecskendezésekkel.\*

Irtá: *Dollinger Gyula* dr., egyet. nyilv. r. tanár.

## I.

Azon arczidegzsábákat, a melyek a belgyógyászati kezeléssel daczoltak, régebben a megtámadott idegnek bőr alatti átmetszésével, majd pedig egy nagyobb idegdarab kimetszésével gyógykezeltek. A momentán eredmény kielégítő volt ugyan, de 14 beteg közül, a kinek 21 idegágát reszekáltam, egyetlen egy volt, a ki 6 évvel a műtét után a nervus supra-orbitalisa területén csupán bizsergést érzett, míg a többi mind recidivált. Ezek közül 4-nek később a Gasser-dúczát távolítottam el.

Az idegsectiókat a Gasser-dúcz kiirtása követte. 24 beteg közül 2-n a műtétet a nagy vérzés miatt abba kellett hagynom, 1 beteg cerebriális tünetek között meghalt, 21 beteg meggyógyult. A műtétet tett módosításokról és a vele elért eredményekről az Association Française de Chirurgie 20. congressusán részletes jelentést tettem,<sup>1</sup> a mely előadásom magyar nyelven is megjelent.<sup>2</sup> Belőle csupán két tényt emelek ki. Az egyik a műtét fényoldala, hogy valamennyi beteg idegzsábája, a mely őket a műtét előtt évekig kínozza, a műtét után megszűnt, a másik az árnyékoldala, hogy a műtét területének bonczolástani viszonyainál fogva a legnagyobb műtétek közé sorakozik és hogy csak egyet említek, majdnem minden esetben megnyílik a sinus cavernosus, a mi rendszeren jelentékeny vérzést okoz.

Ezen vérzés elkerülésére azután három esetben nem irtottam ki a Gasser-dúczot, hanem a helyett az agyacsátor alól kihúztam a trigeminusgyököket.<sup>2, 2a</sup>

Ezzel ugyan elkerültem azt a nagy vérzést, a mely a Gasser-dúcz eltávolításával jár és betegeim meggyógyultak,

\* A Magyar Sebésztársaság 1911. évi congressusán tartott előadás.

a műtét azonban ugyanannyi gondosságot, anatómiai tájékozottságot és tapasztalatot tételez fel, mint a Gasser-dúcz kiirtása és így amannál csak valamivel egyszerűbb. A vele elért eredmény éppen olyan jó, mint ha a Gasser-dúczot irtjuk ki. A három beteg meggyógyult, közülök egy tüzészázados a műtét óta ismét rendes katonai szolgálatot teljesít.

A mint ezekből látható, a Gasser-dúcz kiirtásával vagy csupán a trigeminusgyökök kihúzásával az agyacsátor alól biztosan meg tudjuk gyógyítani a trigeminus-zsábában szenvedő beteget. Kellő sebészeti technika és begyakorlás mellett a műtéttel kapcsolatos halálozás sem jelentékeny, mert 25 betegünk közül csupán 1 halt meg. Azonban, a ki a műtétet élő emberen egyszer végrehajtotta, az tudja, hogy bármelyik módosítása is olyan nagy műtéti beavatkozás, hogy annak indiciója csakis mint ultimum refugium állítható fel.

Ilyen körülmények között vettem tudomást bizonyos idegbetegségeknek alkoholbefecskendezéssel való gyógyításáról. *Schloesser* (München) először 1903-ban<sup>3</sup> tett közlést arról, hogy tic convulsiv, trigeminus-zsába és ischias több esetét sikeresen gyógykezelte alkoholbefecskendezésekkel, a melyeket az illető idegek közvetlen közelébe alkalmazott. Ezen közlését 1907-ben egy második követte,<sup>4</sup> a melyben öt év alatt kezelt 123 arczidegzsába-esetben elért eredményeiről referál. Az arczidegzsábán kívül ezen idő alatt e módszerrel kezelt még 38 ischiast, 16 tarkózsábát, 8 felkarzsábát, 1 bordaközi zsábát, 2 amputációs neuroma által okozott zsábát, 2 tabeses beteg lancináló fájdalmát, 1 saphenus-zsábát és 9 arczideg-clonust.

*Schloesser* azt tapasztalta, hogy az ideghez fecskendezett 2–4 cm<sup>3</sup> 80°-os alkohol hatása alatt az ideg összes alkotórészei, az ideghüvely kivételével, elfajulnak és felszívódnak, úgy hogy a befecskendezéssel elért eredmény az ideg vezetőképességét illetőleg az ideg átmetszésével egyenlő értékű. A befecskendezést az ideg eredetéhez lehetőleg közel alkalmazza, tehát az agyidegeken és így a trigeminus ágain is közvetlenül ott, a hol a koponyát elhagyják. Azonkívül az ideg környéki ágaihoz és esetleg e két pont között egy harmadikhoz is alkalmaz befecskendezéseket, a mi által eléri



azt, hogy hosszabb idegterületek fajulnak el, a mi szerinte egy hosszabb idegdarab kimetszésével aequivalens. Ehhez egy befecskendezés ritkán elegendő; rendszeren többre van szükség. Érző idegeknél mindenkor 2—4 gr. 80<sup>o</sup>-os alkoholt fecskendez be. A tisztán vagy nagyobbbrészt mozgató idegek betegségeinél kicsi adagoknak fokozatos befecskendezésével kífokú paresist akar elérni. A befecskendezés ezeknél igen lassan történik és kevés alkohol egy-egy befecskendése után mindenkor 5 percnyi szünetet tart, a miközben a befecskendezés hatását az ideg vezetőképességére észleli. A tüt azalatt a szövetekben hagyja és a befecskendéseket addig folytatja, míg kífokú paresis áll be. A vegyes idegeknél abból a feltevésből indul ki, hogy az érző idegrostok érzékenyebbek az alkohollal szemben, mint a mozgatók s azért ezeket épp úgy kezeli, mint az érző idegeket, csak energikusabban. *Schloesser* azután egyik betegének a kezelését írja le, a ki a II. és III. ág zsábájában szenvedett és végül kiemeli, hogy az egyes esetek gyógykezelésekor különösen figyelembe kell venni az eset individualis sajátosságait. A különböző idegágak zsábáinál számba jövő anatómiai viszonyokra és technikai fogásokra nem terjeszkedik ki. A módszer kivitelét *Schloesser* személyesen látta, részletes tanulmány tárgyává tette és a saját tapasztalataival és módosításaival leírta *Ostwald*<sup>5</sup> (Páris), míg *J. A. Sicard*<sup>6</sup> (Páris) a különböző trigeminuságak zsábáinál szükséges technikát írta le rendszeresebben és ezen módszerrel 63 betegen tett tapasztalatait tette közzé. Ugyancsak *Sicard*<sup>7</sup> és <sup>10</sup> a Budapesten tartott XVI. nemzetközi congressus ideggyógyászati szakosztálya számára ezen témáról referatumot írt. *Ostwald* egy polemiás közleményéből egyébként megtudjuk, hogy *Pitres* és *Vaillard* már 1887-ben<sup>8</sup> kifejezést adtak azon eszmének, hogy talán sikerül az aetherbefecskendezésekkel, a melyek ideg necrosist okoznak, az ideg resectiókat helyettesíteni, *Sicard* cikkéből pedig megtudjuk azt, hogy ezen szerzők már 1902-ben gyógykezelték egy arczidegzsábában szenvedő beteget 50<sup>o</sup>-os alkoholfecskendezésekkel,<sup>9</sup> de e szerrel tovább nem kísérleteztek, hanem cocainbefecskendezésekkel próbálkoztak. Voltak tehát *Schloesser*-nek e téren előfutárjai, de azért a trigeminus-zsábák alkoholkezelésének az érdeme mégis *Schloesser*-é, mivel ő volt az, a ki a kérdés kitartó tanulmányozásával e gyógykezelési módnak az alapjait lefektette. A fentebb említett szerzőkön kívül a módszerrel még foglalkozott *Lévy* és *Baudoin*,<sup>10</sup> *Brissaud* és *Tanon*,<sup>11</sup> *Erb*,<sup>12</sup> *Hugh Patrik*,<sup>13</sup> *D'Orsay Hecht*,<sup>14</sup> *Otto Kiliani*,<sup>15</sup> *Carles*,<sup>16</sup> *Alexander*,<sup>17</sup> *Fuchs*<sup>18</sup> és minálunk rajtam kívül *Donáth Gyula*,<sup>20</sup> a kik e módszerről mind elismerően nyilatkoztak.

\* \* \*

Saját kísérleteimet még 1909-ben kezdtem meg. 1910-ben a Budapesti kir. Orvosegyesületben az első három esetemről és a Magyar Sebészárságban 14 betegen tett tapasztalataimról számoltam be, de az addig eltelt rövid idő és az esetek csekély száma nem volt még elegendő ahhoz, hogy a módszerről végleges véleményt alkossak magamnak. Azóta eseteim száma 43-ra emelkedett. Ezeket most revideáltam, egyeseket magam vizsgáltam meg újra, mások jelenlegi állapotjáról levelezés útján szereztem tudomást s ilyenformán olyan tapasztalati anyagot szereztem be, a mely egyfelől a módszer technikai kérdését, az alkoholfecskendezések nyomában járó közvetlen következményeket épp úgy, mint a végleges eredményeket kellő világításba helyezi és a melyet ezennel közzéteszek.

Az eddig gyógykezelt 43 beteg között volt 23 férfi, 20 nő. Jobboldali zsába volt 31, baloldali 12. A betegek kora a következő:

18 éves volt	---	1	beteg
26 " " "	---	1	"
30—40 év közt volt	---	8	"
45—50 " " "	---	9	"
50—60 " " "	---	16	"
60—70 " " "	---	6	"
70—80 " " "	---	2	"
Összesen	---	43	beteg

Az I. ág zsábájában szenvedett	---	3	beteg
a II. " " "	---	8	"
a III. " " "	---	10	"
a II. és III. ág zsábájában szenvedett	---	16	"
az I., II. és III. " " "	---	6	"

A zsába fennállott:

2 hónap óta	---	2	betegnél
5 " " "	---	1	"
6 " " "	---	1	"
1 év " " "	---	1	"
1/2—5 " " "	---	16	"
6—10 " " "	---	11	"
11—15 " " "	---	7	"
20—30 " " "	---	4	"

## II. Általános technika.

A beteg általános előkészítése abból áll, hogy ha a műtét reggel történik, betegeinknek előtte való este és a műtét napján reggel mindenkor 0.5 gramm veronalt adunk. A reggeli adag után 1 órával a beteg meglehetősen bódult és kevésbé érzi a befecskendezést, mint a nélkül. A veronalbódulatot azzal helyettesíthetjük, hogy a betegnek a műtét előtt 1 órával subcutan módon egy-két centigramm morphiomot adunk. Általános altatást a műtét végett nem végezzük. Ha a beteg az említett bódító szerek daczára is nagyon érzékeny, akkor a bőrt a tübeszúrás helyén anaesthillel megfagyasztjuk. Hogy a haj a műtét alatt a beszúrás helyén ne alkalmatlanokdjék, a beteg fejére főkötőt húzunk, vagy pedig a fej hajaszálját nedves mullpólyába csavarjuk. A beszúrás helyét acetonalkoholal 4—5 percig dörzsöljük, vagy pedig, ha nagyon érzékeny, pusztán jodtincturával beecseteljük. A befecskedésre a *Bier*-féle lumbalis punctióra használt tüt és fecskendőt alkalmazzuk. Ezeket a rendes módon sterilizzük, alkohollal fertőtlenített kezeinkre steril keztyűt húzunk. Fertőzés egy esetünkben sem történt. A mint majd később látjuk, a mélybe történő befecskendezéseknél csak ritkán sikerül az első beszúrással directe azon helyre odaszúrni, a hová az alkoholt fecskendeznünk kell, hanem a tüt többször kissé vissza kell húznunk és ismét előtolnunk, hogy pl. a foramen ovalet biztosan megtaláljuk. Addig, a míg a tüvel a mélyben mozgásokat végezzük, a troicart tövisét kihúznunk nem szabad, mert különben a tü hüvelye esetleg beletörik a sebbe és akkor eltávolítása a mélységből nagyobb sebészeti beavatkozást tehet szükségessé. Némely esetben a beteg, a mikor a keresett idegág kilépése helyéhez érünk, igen erős fájdalmat jelez az illető ág egész bőrterületén, de vannak esetek, a mikor egészen biztosan érezzük, hogy a tü hegye a foramen ovaleban, a canalis supra- vagy infraorbitalisban van és azért a beteg mégsem érez egyebet, mint a szúrás közönséges fájdalmát. A befecskendezésre 80<sup>o</sup>-os alkoholt használunk, a melyhez 1% novocaint és egy csepp adrenalint is adunk, de ezek el is maradhatnak, mert a műtét után ezek hozzákeverése daczára is érez a beteg egy ideig fájdalmat. A befecskendezett mennyiség egy-két köbcentiméter alkohol. Egyidőben nagyobb adagokkal tettem kísérleteket és különösen a III. ág kilépése helyéhez egynéhány esetben 4 köbcentimétert fecskendeztem, de azért ezzel nem értem el nagyobb eredményt és visszatértem az 1—2 köbcentiméterhez. A fenti mennyiséget nem tanácsos a fecskendővel hirtelen a szövetek közé nyomni, hanem lassanként, mert így egyenletesebben ivódik be az idegbe és annak közvetlen környezetébe és jobban fejti ki hatását. A mikor a befecskendezés megtörtént, a tüt, a nélkül, hogy az irányán legkevesebbet is változtatnánk, egyenesen kihúzzuk. Némely esetben a beszúrás helyén kevés vér folyik ki, melyet steril mulltörölvél felitatunk. A mikor ez a szivárgás megszűnt, a beszúrás helyére collodiumba mártott kis mullt ragasztunk. A beteget az ágyába küldjük és az arcfélre hűvös borogatást alkalmazunk. A reactio miatt, a mely a befecskendezést követi, nem tanácsos azt ambuláner végezni.

A befecskendezéseket eleinte kizárólag azon helyekre alkalmaztam, a hol az ideg a koponyaüregből kilép. Ezek az I.



ágnál a *fissura orbitalis superior*, a II.-nál a *foramen rotundum*, a III.-nál a *foramen ovale*. Később azonkívül még az ideg környékibb részéhez is alkalmaztam befecskendést, hogy ezáltal, a mint *Schloesser* hiszi, nagyobb idegrész degenerációját érjem el, újabban pedig különösen az I. és II. ágnál a látóideg és a szemmozgató idegek közelsége miatt minden esetben előbb a környéki idegágakhoz alkalmazom a befecskendéseket és csak, hogyha ezek nem járnak kellő eredménnyel, adom a befecskendezéseket az ideg kilépése helyéhez a *fissura orbitalis superior*ba, vagy a *foramen rotundum*hoz.

A mi a befecskendések megismétlésének az időpontját illeti, arra nézve általános érvényű szabályokat felállítani nem lehet, de többnyire a befecskendezés után 8 napig várakoztunk s ha ez idő alatt a befecskedésnek nem volt hatása, megismételtük.

Ha a betegnek a trigeminus több főágában volt zsábája, a befecskendezéseket valamennyihez az említett veronal- és morphiumbódulatban egyszerre alkalmaztuk.

Bár nem ide, hanem a diagnostikához tartozik, mégis megjegyzem, hogy minden betegnek gondosan vizsgáljuk meg a fogait, különösen a zsába oldalán, hogy a betegek azokat esetleg fogászati láthassák el. Igaz ugyan, hogy ez már előbb rendszeresen megtörtént.

### III. Részletes technika.

Az összes ágakhoz irányított befecskendezéseket a koponya-csontokon kell tanulmányozni. Jó, ha a koponyacsontváz a műtét közben is kéznél van és azt kétség esetében az egyik segéd a tájékozás megkönnyítése végett a műtő elé tartja.

#### 1. Befecskendezés az I. ághoz.

a) *A nervus supraorbitalis*hoz. A mint már előbb megemlítettem, az I. ág zsábájánál, ha az csupán a *nervus supraorbitalis*ra szorítkozik, tanácsos előbb a környéki befecskendezéssel tenni kísérletet, minthogy ott, a hol a *fissura orbitalis superior*on át a koponyaüreget elhagyja, a szemmozgató idegek és a látóideg is közel fekszenek hozzá. A befecskedés a környéki idegrészhez a *foramen supraorbitale* előtt a homlokon történik. A *foramen supraorbitale*t a szemüreg felső szélén kitapinthatjuk. Neuralgiás betegen a nyomás, a melyet e helyre gyakorolunk, rendszeren erős fájdalmat vált ki. A befecskedés a hely felületen fekvésénél fogva kissé vastagabb Pravaz-tűvel is megtörténhet. Felfelé irányított tűvel közvetlenül a szemöldök alatt szúrunk be, a tű hegyét közvetlenül a homlok lágyrészei alá viszzük a *foramen supraorbitale* elé. És miközben az egyik ujjunkkal meggátoljuk, hogy az alkohol a szemüregbe hatoljon, egy köbcentimétert fecskendünk az ideghez közvetlenül a szemüreg széle felett.

Egy esetemben a befecskendést a *canalis supraorbitalis*on keresztül az idegnek a szemüregben fekvő részéhez alkalmaztam.

b) *Az I. ág kilépése helyéhez a koponyaüregből*. Csakis ha ezen befecskendezés két-háromszori megismétlése sem szüntette meg a fájdalmakat, akkor tanácsos a befecskendezést az ideg kilépése helyéhez a koponyaüregből a *fissura orbitalis superior*ba alkalmazni. Ide különböző helyekről hatolhatunk be. Az egyik az, a melylyel *Schloesser* a II. ág kilépése helyén a *foramen rotundum*ot éri el. *Schloesser* a járomív alatt a m. *masseter* elülső széle előtt hatol be, hosszú, egyenes tűvel és azt az állkapocs külső lemezén, a szemüreg csúcsa irányában, tehát ferdén fel és befelé mintegy  $4\frac{1}{2}$  centiméternyire tolja be. Itt kezdődik a *fissura pterygomaxillaris*, a melybe a tűt a megkezdett irányban még körülbelül egy centiméternyire betolva, a *foramen rotundum*hoz, vagyis a II. ág kilépése helyéhez ér. Ha most a tű hegyét még 2 milliméternyire felemeljük, akkor áthaladunk vele a *foramen rotundum* felső falán és a *fissura orbitalis* legelső része elé jutunk, a melyen át az I. ág a *scala mediaból* a szemüregbe lép. Ennek az útnak az a hátránya, hogy a szájúregnek a járomív alá felnyúló *fornixát* átböki s ez úton vihet be fertőző anyagot a szemüregbe. Egynéhány esetemben megpróbáltam

ezen az úton behatolni, ezekben fertőzés nem történt. A másik út az, melyet *Ostwald* ajánl. *Ostwald* a beteg szájúregéből hatol fel az ideghez. A szájúreg fertőtlenítése után, a mi azonban tudvalevőleg nem leletséges, szögletben kétszeresen meghajlított, tehát bajonett-alakú tűvel a bölcsesség-fog mögött a *vestibulum oris* *fornixában* átböki a nyálkahártyát és a tűt az iksont oldalsó lemezén a *planum infratemporale*ig feltolja. *Ostwald*-nak ez a kiindulási pontja a trigeminus mindhárom ágához. Ha az első ághoz akar hatolni, akkor innen a tű folytonos visszahúzása közben előre hatol, a míg az iksont kis szárnya előtt a tű a *fossa sphenomaxillaris*ba besüpped. Ha a tűt itt 6—8 milliméternyire felfelé tolja, akkor a *foramen rotundum*hoz, vagyis a II. ág kilépése helyéhez jut. És ha azt kissé a középvonal felé irányítja, akkor 2 milliméterrel magasabban a *fissura orbitalis superior*ban az I. ág kilépése helyét érinti. Ennek az útnak is megvan az a hátránya, hogy a szájúregből hatol a tű a szemüreg hátulsó részéhez. Ha a befecskendezést az I. ág kilépése helyéhez a koponyából alkalmazzuk, akkor okvetlenül vegyük figyelembe *Schloesser* azon tanácsát, a melyet a II. ág kilépése helyéhez, a *foramen rotundum*hoz alkalmazott befecskendezés leírásakor ajánl, de a mely tulajdonképpen az I. ágra is vonatkozik, hogy t. i. az alkoholt ne hirtelen fecskendezzük az ideghez, hanem csak nagyon lassan, fokozatosan és ezalatt a segéddel folyton észleltessük a beteg azonoldali pupilláját. Ha az szűkülni és azután tágulni talál, akkor azonnal szüntessük be a további befecskendezést, mert az annak a jele, hogy az alkohol a *nervus oculomotorius*ot éri és ha a befecskendést folytatjuk, a betegnek *oculomotorius*-bénulást okozunk. Mindezen okok eléggé nyomósak ahhoz, hogy az I. ág zsábáinál igyekezzünk az alkoholbefecskendezésekkel vagy egészen a szemüregen kívül, vagy pedig legalább annak az elülső felében maradni. Ha a zsába netalán az I. ágnak valamely kisebb ágacsájára szorítkozik, akkor természetesen ahhoz külön intézhetjük a befecskendezést.

#### 2. Befecskendezés a II. ághoz.

A II. ág kilépése helyéhez, a *foramen rotundum*hoz alkalmazott befecskendezések két módját, *Schloesser*-ét és *Ostwald*-ét már az I. ágnál leírtam. Ugyanott kiemeltem azon veszélyeket, a melyek a látóideget és a szemmozgató idegeket e helyre alkalmazott alkohol-befecskendezéseknél fenyegetik és a melyek ajánlatossá teszik, hogy a II. ág zsábáinál is, a míg lehetséges, a környéki idegekhez alkalmazott alkohol-befecskendezésekkel igyekezzünk a betegek fájdalmait féken tartani. Leginkább a *nervus infraorbitalis* zsábájával van itt dolgunk. Ott, a hol a járomív állkapocs-nyúlványa a szemüreg alsó szélén végződik és az állkapocs járomív-nyúlványával összeforr, egy kis büttyköt lehet érezni, a melytől 5—7 milliméternyire lefelé a *fossa canina* legfelső részében nyílik a *canalis infraorbitalis*, a melyen át a *nervus infraorbitalis* az arcra kilép. A bőrt e hely felett kissé a középvonal felé vagy felfelé eltoljuk, azután vastagabb Pravaz-tűvel, a melynek a hegye nem nagyon finom, beszurunk és vele igyekezzünk kissé alulról és belülről egy kis darabon a csatornába behatolni. Ide azután 1 köbcentiméter alkoholt fecskendünk, a mi közben egyik ujjunkkal meggátoljuk, hogy az alkohol a szemüregbe behatoljon. Nagyobb alkoholmennyiség itt az arc lágyrészeit nagyon megduzzasztja. Nincs is szükség reá.

#### 3. Befecskendezés a III. ághoz.

a) *A III. ág kilépési helyéhez a foramen ovaleből*. A III. ág a *foramen ovale*on hagyja el a koponyaüreget. E körül a befecskendezett alkohol nem okozhat olyan károkat, mintha azt az I. vagy II. ágnak a koponyából való kilépése helyéhez fecskendezzük és azért a III. ág zsábáinál, különösen ha a zsába ezen ág idegeinek a legnagyobb részére kiterjed, az ideget leghelyesebben a *foramen ovale*nél támadjuk meg. Ennek az az előnye is megvan, hogy ha sikerhez vezet, megkiméljük a beteget attól, hogy esetleg külön kelljen még a *nervus mandibularis*hoz, a *mentalishoz* stb. befecskend-



dezéseket alkalmazni. A foramen ovalehoz is többféle irányból hatolhatunk be. *Schloesser* a szájban az ujjával átfogja a felső állkapcsot, úgy hogy az ujj hegyével az ikcsont nagy szárnyának alsó végét érinti. Ezután hosszú, egyenes tüvel úgy szúrja át a pofa lágyrészeit, hogy a tű az ujj alatt hatol be a szájüregbe. Most az ujj alatt átszúrja az állkapcsot fedő nyálkahártyát és az ikcsont nagy szárnyának külső lemezén a tüvel a koponya-alapig hatol fel és így egynéhány milliméternyire megközelíti a foramen ovalét. *Ostwald* bajonett-alakú tüjével a szájüregen át hatol fel, a mint azt az I. ág zsábánál leírtam, egészen az ikcsont nagy szárnyának planum infratemporalejéig és az e közt, valamint a lamina lateralis processus pterygoidei közötti szögletben a tűt apró visszahúzások és előretolások között mindaddig viszi hátrafelé, a míg egyszerre a csontos ellentállás megszűnik és a tű egy mélyedésbe sülyed. Ez a foramen ovale.

*Lévy et Baudoin, Sicard* és én magam is a járomív alsó széle, az alsó állkapocs processus coronoideusa és a processus articularis közötti részben, az incisura mandibulae át hatolok be a tüvel. A tű a bőrön, a fültömrigyen és a musculus masseteren keresztül hatol be egyenesen a superficies externa processus pterygoidei-ig, felfelé megkeresi a planum subtemporale, azután a kettő közötti szögletben hátrafelé halad mindaddig, a míg a processus pterygoideus hátulsó szélén a koponya-alapon hirtelen egy mélyedésbe sülyed, a mely a foramen ovale. E közben egy segéd a beteg alsó állkapcsát a felsőhöz szorítja. Ha a beteg fogai hiányzanak, akkor az incisura mandibulae olyan magasra kerül, hogy ahhoz, hogy e helyen a leírt módon behatolhassunk, a beteg alsó állkapcsát nyitott száj mellett kell rögzítenünk.

b) *A nervus mandibularishoz.* *Schloesser* térdalakúlag meghajlított tüvel az alsó állkapocs-szöglet tájáról a musculus pterygoideus internus inas tapadásának átszúrása után az állkapocs felhágó ágának belső lemezén hatol fel a foramen mandibularehoz, a melyen át a nervus mandibularis az állkapocs csatornájába hatol. Így jártam el én is eseteimben, a melyekben hátrahajlított fej mellett egyenes tüvel is el tudtam érní a foramen mandibulare. Egyik esetében *Schloesser* egy kör negyed segmentumában meghajlított tüvel hátulról kerülte meg a processus mastoideus csúcsa magasságában az alsó állkapcsot és így jutott annak belső oldalán a lingula alá, a mely a foramen mandibulare elülről határolja és befelé némileg fedi.

c) *A nervus mentalishoz.* A foramen mentale az alsó állkapocs széle felett körülbelül másfél centiméternyire az I. és II. praemolaris fog közötti hézag irányában található meg. A befecskendezést itt is Pravaz-fecskendővel végezhajtjuk.

d) *A nervus lingualishoz.* A midőn a nyelv zsábája kifejezett volt, a foramen ovalehoz alkalmazott befecskendezésén kívül még a plica glossopharyngeába a nervus lingualishoz fecskendeztem a szájatatóval kitárt szájban a *Bier*-féle tüvel 1—2 köbcentiméter alkoholt. A befecskendezést a plica glossopharyngeában alkalmaztam, a hol az ideget könnyen el lehet érní.

(Folytatása a jövő számban.)

**Közlemény a Szent István-kórháznak Pólya dr. egyet. magántanár vezetése alatt álló sebészeti osztályáról.**

### A húgycső prostata-szakaszában előforduló kövek casuistikájához.

Irta: *ifj. Háhn Dezső* dr.

A húgycső prostata-részében székeltő kövek általában véve ritkák. A *Kaufmann* által gyűjtött 54 húgycsőkö közül csak 4 székelt a húgycső prostata-szakaszában. Ezért bátorodom az alábbi esetet közölni, mely már a kő különös nagyságánál fogva is figyelemre méltó.

Cs. J. 24 éves nőtlen napszámosnak 6 éves korában

hirtelen elakadt a vizelete; húgycsőve végén egy kis hosszúságú, vékony, fehér kő akadt meg, melyet az orvos nagyobb fájdalom nélkül távolított el. 10 évvel később robbantás alkalmával 4 kg. súlyú kő esett a hólyagja tájára. Ezen napon háromszor volt véres, fájdalmas vizelete, a fájdalmak azonban már 3 nap múlva annyira csökkentek, hogy munkaképességét visszanyerte, és egy hét után már megszűntek. Ezután egy-két évig semmi baját sem érezte, csak azt tapasztalta, hogy egyszer-másszor gyakrabban kell vizelnie. Későbbben gyakori vizeleti ingere fokozódott és mind többször jelentkezett; e miatt 4 év előtt egy vidéki kórházba ment, a hol szondával több ízben megvizsgálták, de követ nem találtak. Az utóbbi két évben jobban érezte magát, csak a vizelete volt időnkint zavaros és sokszor volt vizeleti ingere, véres vizelete azonban sohasem volt. 17 éves korában közöszült először, a közöszülés simán ment, azóta sem tapasztalt semmiféle zavart, csak ritkán érzett ingert a közöszülésre. Folyó év márciusában a szent István-kórházba *Hochhalt* tanár úr osztályára jött, a hol bronchopneumonia miatt kezelték. Mikor ebből fellábadt, vizeleti nehézségei újból súlyosbodtak, olyan fájdalmai voltak a gáttájon, hogy csak kétrét görbülve bírt járni.

Felvétele alkalmával *Pólya* főorvos osztályára a következő állapot volt jelen. A lesóványodott, halvány beteg mellkasi, hasi szervei épek. A húgycsőbe vezetett katheter a prostata táján megakad, kemény testbe ütközik és tovább nem volt bevezethető. A végbélbe vezetett ujj a prostatának megfelelőleg ökölnyi, kőkemény fájdalmas daganatot tapint. A vizelet bűzös, zavaros, benne sok geny. *Diagnosis:* kő a prostatában.

A műtétet *Pólya* főorvos aether-narcosisban végezte. Félholdalakú metszés a végbél előtt, melyhez egy, a gát közpövonalaiban vezetett hosszanti metszést csatolt. A húgycső hártvas részét és a prostatát fel a hólyagig felhasította és a követ eltávolította. Az eltávolítás a kő nagysága miatt nagyobb nehézségekbe ütközött s végre csak fogóval sikerült. A kő egészében volt kihozható. Az üreg tamponáltatott és állandó katheter alkalmaztatott. A beteg az első 2 napon lázas, attól kezdve teljesen lázalan sima lefolyás; a nagy sebír gyorsan kitelődött, az állandó katheter a 3. héten eltávolítottatott. A gáttájon kb. fél lencsényi nyílás volt, melyből csak álló helyzetben való vizelet közben ürült pár csepp vizelet. A vizelet a húgycsövön át jól megy, a húgycső vastag szonda számára is könnyen átjárható. A beteg folyó évi május 23.-án távozott a kórházból.\*

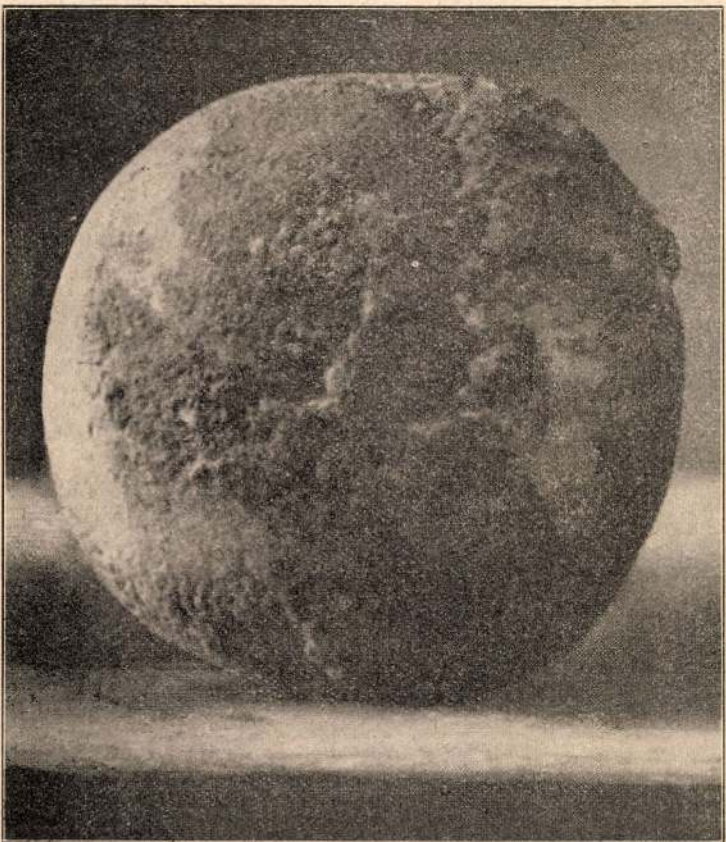
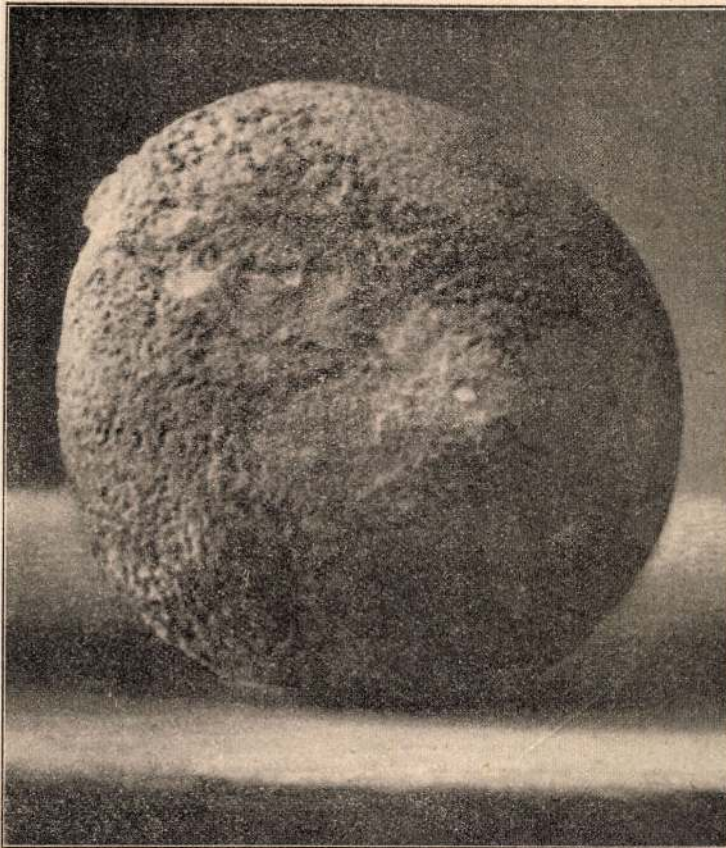
Az eltávolított kő sárgás-fehér, egyenetlen felszínű, lapos korongalakú, átmérőinek nagysága 81—76—56 mm. A mellékelt ábrák a követ természetes nagyságban mutatják. Súlya 310 gr. Külső rétegei phosphorsavas és szénsavas mészből állanak. Közepén átfűrészelve a követ, *Entz Béla* dr. egyet. magántanár a következő leletet volt szíves velünk közölni.

A kő magja sommag nagyságú, meglehetősen kemény, úgy hogy pénz ír rajta. Finoman réteges, szemcsés, szürkésbarna a mag, felülete finoman dudorkás. A mag pora nem ég el. A murexid-kémlést nem adja. Sósavra nem pezseg, de hevítés után kénsavval gypsjegeczek képződnek. A durva réteges kő többi része phosphorsavas és szénsavas mészből áll, itt-ott egy-egy oxalsavas mészréteggel. A mag keménysége, a kő chemiai összetétele, különösen az oxalsavas mész jelenléte azt bizonyítja, hogy ez a kő is, miként a húgycső prostata-szakaszában székeltő kövek nagy része, a húgytractus magasabb részeiből származik és csak utóbb jutott a prostatába. Azt, hogy a felső húgyutakból leszálló avagy a prostatából a húgycsőbe jutó kő a pars prostatica urethraeben akad meg, gyakran bizonyos pathologiai elváltozások (diverticulum, strictura, prostatahypertrophia) okozzák. Azonban ily kóros elváltozások nélkül is megakadhatnak itt kövek, a minek elsősorban azon anatomiai körül-

\* 1911 május 13.-án *Pólya* főorvos a Budapesti Kir. Orvosegyesületben bemutatta. Augusztus 11.-én újra felvétellett a kórházba cystitises panaszokkal. Mérsékes cystitist nem számítva, a kibocsátási status változatlan.



mény az oka, hogy a pars prostatica urethrae a collic. semin. felső végétől a prostata csúcsa felé mindinkább keskenyedik. De még jelentékenyebben elősegíti a kő ittrekedését a prostatikus húgycső állandó kiöblösödése, melyről *Englisch* ki-



mutatta, hogy nemcsak prostatahypertrophia esetében jelentékeny nagyságú, hanem már újszülöttekben is kifejezett.

Esetünkben még mint aetiologiai momentum figyelembe jő a kőképződésre való hajlamosság (6 éves korában már egy kis kövecskét távolítottak el húgycsővéből) és az

anamnesisben szereplő trauma, úgy a kő leszállása, mint a húgycső zúzódása folytán a kő esetleges megakadása szempontjából.

A húgycső prostata-szakaszába jutott kövek appositio folytán növekednek és miként az irodalomban talált esetek is bizonyítják, jelentékeny nagyságot érhetnek el. *Grobzevicz* egyik esetében 860 (?) gr. súlyú volt, *Hey* esetében 348 gr. s ezek után tudtunkkal a mi esetünk következik. A prostatikus húgycsőben talált kövek általában többnyire nagyobbak a prostata állományában székelő köveknél.

Röviden rekapitulálva a prostatikus húgycsőkövek diagnostikájának legfontosabb momentumait, elsősorban fontos a végbél vizsgálata. Legtöbbször tapintással szerzünk tudomást arról, hogy a prostatában kő foglal helyet. Tévedésre adhatnak okot a prostatában lévő tályogüregek, melyek concrementumok érzését adják, ha mézsók rakódtak beléjük.

Nagy, kemény prostata esetében általában gondolnunk kell arra, hogy kő van jelen. Útba igazíthat a bimanualis palpacio, a midőn egyidejűleg szondával és per rectum vizsgáljuk a beteget. A szondavizsgálatról meg kell jegyeznünk, hogy a kőszonda rendszerint csak a nagy és rögzített köveknél használható, a mozgékony kis kövek kitérnek az útjából s így elkerülhetik figyelmünket. Ilyen esetekben segítségünkre lehet a bougie à boule, olívával ellátott gummikutasz. Ha a concrementumok következtében abscessusok, fistulák jönnek létre, ezek szondázása által esetleg kő jelenlétét érezhetjük.

Mindjobban tért hódít a prostata vizsgálati módszerei között a Röntgen-vizsgálat, mely útbaigazít bennünket a kövek jelenlétéről, számáról és elhelyezkedéséről, de egyúttal felhívja figyelmünket arra is, ha idegen test körül képződött kő van jelen. A Röntgen-vizsgálatnál tekintettel kell lennünk arra, hogy a prostata-concrementumok a medenczében előforduló elmeszesedésekkel, a vesiculae seminales elmeszesedéssel, tuberculosos gócaival, abscessus-ürökkel stb. össze téveszthetők. De oly esetek is előfordulnak az irodalomban, a midőn a Röntgen-vizsgálat hólyagkövet mutatott s a műtét alkalmával a hólyag üres volt és prostatakő volt jelen (*Forssel*). A therapiát illetően a kő mindig műtéti beavatkozással távolítandó el s a jelen esetben a végbél előtt vezetett félhold alakú metszés a gát középvonalában vezetett hosszanti metszéssel czélszerűnek bizonyult.

**Irodalom:** *Socin-Burckhardt*: Krankheiten der Prostata. Deutsche Chirurgie 53. — *Emil Burckhardt*: Die Steine der Harnröhre. — *Englisch*: Über eingesackte Harnsteine. Centralblatt f. Krankheiten der Harn- und Sexualorgane, 15. — *Pólya*: A pars prostatica urethrae köveiről. Budapesti orvosi ujság, 1905. — *Gösta Forssel*: Ueber die Röntgenologie der endogenen Prostataconcremente. Münchener med. Wochenschr. 1909. Nr. 23.

### A második sacralis segmentum bántalmazottságának tünettana és ennek diagnostikai jelentősége.

Adatok a mérgezések (ólom, alkohol, aether, zink [?]) okozta ischiadicus-neuritisek és az ischias tünettanához és kórtanához.

Irta: *Sarbó Artur* dr., egyetemi tanár.

(Folytatás.)

#### b) Ischias-esetek.

A neuritis nervi ischiadici esetein kívül különösen a *genuin ischias* az, melylyel kapcsolatban elég gyakran leljük fel a második sacralis gyöki tüneteket. Már idézett előadásomban három ischias-esetről számolhattam be, melyekben a külboka alatti bőrterület érzés-zavara hiányzó Achilles-inreflex-szel volt észlelhető. Azóta mind gyakrabban kerültek észlelésem alá hasonló esetek. Másfél év alatt nyolcz ide tartozó esetet észlelhettem.

**11. eset.** Sz. A.-né 33 éves. **Panaszai:** 1910 augusztusban halott magzatot szült, azóta fluor albus, nőgyógyászaton kezelik. A szülés óta állandóan fáradt, nyakát fojtogatja valami, fejét furcsának érzi, háta fáj. **Status:** középtág, egyenlő, jól reagáló pupillák. Térdtünet rendes. **Achilles-inreflex:** bal rendes, jobb hiányzik. **Tapintó-ézés a jobb kül-**



boka alatt és a láb külső szélén csökkent. Kiderül, hogy hét év előtt hat héten át jobb lábában rheumás (?) fájdalmi voltak, azóta minden télen kiújulnak fájdalmi.

Kórjelzés: Régi ischias.

12. eset. T. I. 32 éves, 3 év óta ischiadicus-fájdalmak mindkét oldalon. Jelenleg jobboldalt erősebbek.

Status. Térdtünet rendes. Achilles-inreflex: bal rendes, jobb hiányzik. Tapintó-érzés a jobb külboka alatt csökkent. Lasègue mindkét oldalt pozitív.

Kórjelzés: régi ischias.

13. eset. W. R. 55 éves. Panasz: laryngitis miatt heroint kapott s ettől ájulásszerű érzése volt, e miatt lett osztályomra küldve.

Status: középtág, egyenlő, jól reagáló pupillák. Térdtünet rendes. Achilles-inreflex: jobb rendes, bal hiányzik. Baloldali alsó végtag úgy a czombon, mint a lábszár 2 cm.-rel soványabb, mint a jobb. A bal glutaeus-táj külső felében és ennek folytatásában a czomb hátulsó felületén, a külbokátájon és a talp külső oldalán lefelé mind erősbödőleg úgy az ecsetérintést, mint a tűszúrást kevésbé érzi, mint jobboldalt. A forró a felső czombvidéken jól érzi, a lábszáron már kevésbé, a külboka alatt, a talp küloldalán csak nyomásnak érzi. Kiderül, hogy 5-6 év előtt baloldali ischiasa volt.

14. eset. W. B. 35 éves. Panasz: folytonos szívdobogás.

Status. Térdtünet: jobb rendes, bal nehezen kiváltható. Achilles-inreflex: egyik oldalon se kapható. Bal külboka alatti a lábfej külső szélén folytatódólagosan az ecsetérintést, tűszúrást kevésbé érzi, ugyanitt a forró melegnek, a hideget egyszerű érintésnek jelzi. Kiderül, hogy mindkétoldali ischiasa volt évek előtt, legerősebb fájdalmi bal alsó végtagjában voltak, ez a lába fájdalmas még ma is.

15. eset. Sch. Z. 29 éves. Lues: 0. 2 gyermek. Abortus: 0. Nicotin: 3 szivar, 5 cigaretta. Két ízben pneumonia. Négy év előtt meghűlés, ezután fájdalmak a keresztcsonttól lefelé bal lábába s az mint ischiasos négy év óta kezelés alatt áll. Panasz: járáskor fájdalmak bal alsó végtagjában; félórai járás után jelentkeznek e fájdalmak s ekkor húzza lábát. Azelőtt sokat lovagolt, most nem tud.

Status: középtág, egyenlő, jól reagáló pupillák. Térdtünet rendes, talán a jobb valamivel gyengébb, mint a bal. Achilles-inreflex: bal rendes, jobboldalt olykor, de csak Jendrassik-féle kézfogással kapható. A jobb lábszár 1 cm.-rel soványabb, mint a bal. A jobb lábfej küloldalán és jobb talpon hypaesthesia, hypoaesthesia és thermohypaesthesia.

Kórjelzés: régi ischias.

16. eset. M. J. 46 éves. Panasz: szédül, néha megtántorodik. Lues: 0. Alkohol: 1/2 liter bor vagy sör pro die.

Status: középtág, egyenlő, jól reagáló pupillák. Térdtünet: élénk Achilles-inreflex: bal rendes, jobb hiányzik. Az ecsetérintést a jobb lábszár külső alsó harmadától kezdve lefelé a külboka alatt, onnan folytatódólag a lábfej külső szélén, valamint a talpon zsibbadtnak érzi, de az egész jobb alsó végtagon kevésbé jól érzi az ecsetet, mint a bal végtagon. Legkifejezettebb a hypaesthesia a külboka alatt. Talpreflex jobboldalt kevésbé élénk, mint baloldalt. Lasègue-tünet pozitív. Kiderül, hogy évek előtt jobboldali ischiasa volt.

17. eset. W. M. 29 éves, nő kereskedő. Lues: 0. Alkohol: kevés Nicotin: 20 cigaretta. Két és fél év óta fáj a jobb lába. Vízkúrázás közben kezdődött jobb csipőjében a fájdalom és húzódtott le. Hat hétig kellett feküdnie. Fájdalmi éjjel is voltak. Meleg jót tett. Azóta a fájdalmak időnként kiújulnak. Vízelésre panasz nincs. Nemi tehetőség rendben. Fájdalmak alatt a jobb lábszárán az erek kidagadnak.

Status: jobb láb in toto soványabb, 1 1/2 cm. különbség. Térdtünet: jobboldalt csak olykor kapható, baloldalt prompt. Achilles-inreflex: jobboldalt csak olykor kapható, baloldalt prompt. Talpreflex: jobboldalt nem kapható, baloldalt gyenge. Tapintó-érzés: elül az egész jobb alsó végtagon az ecsetet kevésbé érzi, mint baloldalt; igen kifejezett a hypaesthesia, a jobb czomb hátulsó felületén a glutaealis redőtől lefelé a lábszár küloldalán a külboka alatt, a láb külső szélén, az V. ujjon és a talp külső részén.

Diagnosis: régi ischias.

18. eset. A. S.-né 64 éves. 12 hét előtt nedves, nyirkos helyen ült hosszabb időn át, utána fájdalmak a jobb csipőben, melyek mind hevesebbek lettek és az egész jobb alsó végtagba sugárzottak ki. A fájdalmak legkínzóbbak éjjel voltak. Néhány hét után enyhültek a fájdalmak, de még ma is fennállanak.

Status. Térdtünet: jobboldalt kihagyó, baloldalt prompt. Achilles-inreflex: jobboldalt kihagyó, baloldalt prompt. A jobb czomb hátulsó felületének közepén a glutaealis redőtől kezdve az ecsetérintést kevésbé érzi, mint baloldalt. Hasontló érzéscsökkenés a jobb lábszár alsó harmadában, a küloldalán, a külboka alatt és a láb küloldalán. Lasègue-tünet pozitív.

Kórisme: subacut ischias.

Mindezen ischias-esetekben stereotyp módon ismétlődik a második sacralis segmentum bántalmazottságának két fontos jele: a külboka alatti bőrterület érzés-zavara és az Achilles-inreflex hiánya.

Egyik-másik esetben nagyobb területre is kiterjed az érzés-zavar, de ezekben az esetekben is az érzés-zavar punctum maximuma az általunk körülhatárolt területen lelhető fel.

Ezen érzés-zavar fontosságát akarom különösen kiemelni. Összes eseteinkben a külboka alatti bőrterület csökkent érzésével szoros kapcsolatban állónak találtuk az Achilles-inreflex hiányát. Idézett előadásomban e kapcsolatot több oldalról igyekeztem bizonyítani. A most közölt esetek is mind egyértelműleg beszélnek; valamennyi esetben, a melyben ezen érzés-zavar észlelhető volt, hiányzott az Achilles-inreflex is. *Döntő bizonyítékul szolgáljon a következő észlelésem, melyben kétoldali ischias volt jelen és azon az oldalon hiányzott az Achilles-inreflex, a melyen az említett érzés-zavar is észlelhető volt, míg az ellenoldali Achilles-inreflex rendszeren kiváltható volt, dacára annak, hogy ez a lábszár 3 cm.-nyi sorvadást mutatott, azonban az érzés rendben volt.*

19. eset. Sch. L.-né 42 éves. Egy év óta mindkét lábában fájdalmak, különösen a jobb czombban és lábfejben, e helyeken oly érzése van, mintha azok le volnának fagyva.

Status. Középtág, egyenlő, jól reagáló pupillák. Positív Lasègue. Térdtünet rendes. Achilles-inreflex jobboldalt hiányzik, baloldalt megvan. Jobb külboka alatt, a sarkon s annak folytatásában a láb küloldalán és a talp külső harmadában a tapintó-érzés csökkent. Talpreflex a jobb talp külső részéről nem oly prompt, mint a talp többi részéről. A bal lábszár 3 cm.-rel soványabb, mint a jobb. Baloldalt rendes érzési viszonyok, rendes talpreflex.

Mielőtt az ischiasnál is észlelhető segmentalis localisatio bővebb magyarázatába fognék, kiemelendőnek tartom azt, hogy a leirt érzés-zavarokat csaknem kizárólag régi ischias-esetekben találtam, feltűnő továbbá az is, hogy igen sok esetben az egész végtagra vonatkozó atrophiat konstatálhatam. Az ischias folyamán beálló atrophiak már régen ismertek, így Strümpell kiemeli, hogy hosszú időn át fennálló ischias-esetekben a beteg végtag atrophiaja csaknem állandóan észlelhető. Strümpell vasomotoros zavarokkal hozza ezen atrophiaikat összefüggésbe; ezekre utalna szerinte az, hogy a beteg végtag bőre gyakran hidegebb tapintású, mint az egészséges. Strümpell azt hiszi, hogy ezen sorvadás nagyjában mégis a fájdalmas végtag inaktivitása által jő létre. Én azt hiszem, hogy az inaktivitásnak nem tulajdoníthatunk lényeges szerepet, mert az atrophiat kísérő egyéb körülmények: az érzés-zavarok, az atrophianak a lábszárizmokra vonatkozó kifejezettebb volta, a hiányzó Achilles-inreflex, mind azt mutatják, hogy ezen sorvadás neuritises eredésű.

A mióta e tünetre figyelek, elég nagy számban az ischias-eseteknek lelhettem fel azt.

E szempontból régebbi észleléseimet is átnézvén, szintén akadtam oly esetre, melyben a lábszárakra vonatkozó érzés-zavar és Achilles-inreflexhiány feljegyezve volt. Így pl. a következő esetek:

20. eset. H. Ö. 37 éves. 1902-ben ischiasa volt, mely 13 hó óta állott akkor fenn. Első vizsgálat alkalmával (1902 június) térdtünetei rendesek, Achilles-inreflexei könnyen kiválthatók voltak. Ekkori panaszában állott, hogy bal lábában hangyamaszási érzései voltak. Egy hónappal később a bal Achilles-inreflex határozottan gyengébb volt, mint a jobb, ugyanekkor a bal lábszáron az érzés csökkent. A bal lábszár 1 1/2 cm.-rel soványabb, mint a jobb. Egy év múlva (1903 augusztus) a bal Achilles-inreflex alig kapható.

Ez esetben is élénken demonstrálódik az összefüggés az érzés-zavar és Achilles-inreflex között: eleinte subjectív paraesthesiák, majd kimutatható hypaesthesia és vele együtt fokozatos csökkenése az Achilles-inreflexnek.

21. eset. T. F. 32 éves. Lues: 0. Bal czomb tájékán már régóta szenved hasagató fájdalmakban. 8-9 nap óta bal czombtájékon zsibbadás. Baloldali térdtünet és Achilles-inreflex gyengébb, mint a jobb-oldali. Egész bal alsó végtagon s pedig annak külső és hátulsó felszínén csökkent tapintó-érzés. Lasègue-tünet pozitív. Ischiadicus-pontok baloldalt fájdalmasak. Ez észlelés 1904-ből való. A térdtünet analog viselkedését is demonstrálja. Azt hisszük, hogy a térdtünet eltűnése, illetve csökkenése és a megfelelő segmentalis érzés-zavar közötti összefüggés reáfordított figyelem mellett szintén kimutatható lesz. E kérdésre más alkalommal szándékozom visszatérni. Az ischiasban mindenesetre sokkal ritkább a térdtünet kiválthatóságának zavara, mintsem az ily irányú Achilles-inreflexzavarok.

Utána lapozva az irodalomban, eseteimhez teljesen analog észlelésekről más szerzők is beszámolnak már, a nélkül azonban, hogy e jelre mint az ischiasnál tapasztalásom szerint elég gyakran fellelhető tünetre diagnostikai szempontból nagyobb súlyt helyeznének.



Igy a régebbi időből felemlíthetem *Guinon* és *Parmentier* közleményét (Sur une complication peu connue de la sciaticque. Arch. de neurologie, 1890), a kik a 175. és 181. oldalon teljesen az én tapasztalásommal megegyező képét rajzolják le az érzés-zavarnak, mely eseteikben az egész alsó végtagra vonatkozóan mint csökkent érzés volt észlelhető, de legkifejezettebben a 2. sacralis segmentum területén. Eseteikben nemcsak érzés-zavar, de mozgás-zavar és elfajulásos reactio is volt észlelhető. Kiemelik, hogy nem csupán a nervus ischiadicus traumás (medenczebeli) sérüléseinél észlelhetők a leírt elváltozások, hanem a „*sciaticque simple*“-nél is.

*Schultze* tankönyvében felemlíti már ez érzés-zavarokat, de hamisan a *peroneus*ra vonatkoztatja őket: „Sind Sensibilitätsstörungen nach Lähmungen im Peroneusgebiet vorhanden, in Form von Schmerzen, Paraesthesien oder Anaesthesien, so treten sie an der äusseren Seite des Unterschenkels bis unterhalb des Malleolus externus, ferner in der Wadengegend und endlich auf dem Fussrücken mit Ausnahme seiner Ränder auf, sowie auf dem Rücken der Zehen.“

*Schultze* e leírásában összevegyíti a nervus peroneus és nervus tibialis tüneteit. Sokkal praecisebbek és csaknem congruensek az én leleteimmel adatai a nervus *tibialis* bántalmazottságának tüneteit illetően: „Die Sensibilität ist im Bereiche des Nervus sacralis in der Gegend der Achillessehne, sowie am äusseren Fussrand und am äusseren Rande der kleinen Zehe, ferner im Bereiche der Endzweige des Nervus tibialis, nämlich der Nervus plant. medialis et lateralis an der ganzen Fusssohle und der Sohlenfläche der Zehen vermindert oder aufgehoben. *Achillessehnenreflex und Fussohlenreflex fehlen.*“

Idézett előadásomban kétségtelenül kimutathattam azt, hogy a nervus sacralis tibialis-componente az, mely a külboka alatti területet beidegzi, míg peronealis componente a külboka feletti bőrterületet látja el. Ezen megállapításom előtti időből valók *Schultze* megjegyzései és ennél fogva a jelzett értelemben rektifikálandók; valamint rektifikálandó az is, hogy a tiszta tibialis-neuritis eseteiben a talpon csupán a külső harmadban hiányzik az érzés és nem az egész talpon, mint *Schultze* leírja.

Kiemelendő azonban, hogy a második sacralis segmentum tünetcsoportozatát már klasszikus leírásban adja *Schultze*, a nélkül ugyan, hogy a tünetcsoportozat segmentalis voltára utalna.

Idevágó eseteket közölt továbbá szép dolgozatában *Biro* is (D. Z. f. N. H. XIX. B. p. 193.). Igy I. sz. esete: Wahrscheinlich traumatisch entstandene Ischias. Tast-, Schmerz-, Temperatursinn im unteren Teile der äusseren Fläche des rechten Unterschenkels ein wenig verringert. Achillesreflex an der rechten Extremität blos manchmal und in äusserst geringem Grade auslösbar. Zwei Monate später Achillesreflex rechts aufgehoben.

Ide tartozik a VI. esete is.

Általánosságban szól a dologról *Schoenborn* is (Haut- und Sehnenreflexe der unteren Körperhälfte, D. Z. f. N. H. XXI. B. p. 281.) „Abschwächung und Fehlen des Reflexes bei Ischias (*Sternberg*, *Strassburger* u. A.) auf der kranken Seite ist auch nach unseren Beobachtungen in vielen Fällen (etwa 50 Proz.) nachweisbar, besonders dann, wenn gleichzeitige stärkere Atrophien, starke Paraesthesien und eventuelle Hypaesthesien, Paresen und elektrische Veränderungen auf das Bestehen einer ausgesprochenen Neuritis hinweisen“.

*Sternberg* is közöl idevágó esetet, a mely abban is megegyezik a mi észleléseinkkel, hogy régen lefolyt ischiasról volt szó benne, s az ischias kiújulásakor hiányzó Achillesreflex mellett érzéscsökkenést is említ.

Evvel szemben *Oppenheim* tankönyvében az ischiasfejezetben az érzést illetően így nyilatkozik: „Die Sensibilität ist gewöhnlich nicht beeinträchtigt, ausnahmsweise ist das Gefühl im Gebiet des Tibialis posticus oder Peroneus ein wenig abgestumpft“. De ugyancsak ő említi *Dubarry*, *Gauckler*, *Roussy*, *Lortat-Jacob* és *Sabareanu* francia szerzőket, a kik ischias eseteiben a subjectiv panaszok mellett

az V. lumbalis és I. és II. sacralis gyöknek megfelelő kiterjedésű érzés-zavarokról tesznek említést és *radicularis ischias*ról beszélnek. *Oppenheim* hozzáfűzi: „Allem Anschein nach hat es sich meist um einen syphilitischen Prozess im Ursprungsbereich der Wurzeln gehandelt“.

Sajnos, valamennyi idézett szerző munkáit nem tudtam beszerezni. De felkutattam *Gauckler* és *Roussy* cikkét, a mely mint bemutatás szerepel a Société de neurologie 1904 júniusi ülés jegyzőkönyvében (Revue Neurologique, 1904. p. 617). A szerzők: „Un cas de sciaticque avec troubles de la sensibilité à topographie radicaire“ czimén mutattak be egy esetet, a melyben a közölt kép tanúsága szerint nem az általam leírt terület mutatja az érzés-zavart, hanem a L. I., II. és S. I.-nek felel meg és éppen az általam leírt terület szabad.

Ugyancsak ők említik, hogy *Lortat-Jacob* és *Sabareanu* esete az övékkel teljesen azonos. *Oppenheim*-mel én is azt hiszem, hogy *Gauckler* és *Roussy* eseteiben syphilitis gyökneuritis volt jelen, tehát nem ischias.

A közölt esetek klinikailag az ischias fogalma alá tartozók; észleléseim alapján azt kell, hogy mondjam, hogy az általam kiemelt tünetcsoportozat: a 2. sacralis gyök bántalmazottságának képe, úgy látszik sokkal gyakrabban lelhető fel a genuin ischiasnál, mintsem az eddig ismeretes. E gyök-bántalmazottság-tünetek közül az Achilles-reflex hiánya *Biro*, *Strassburger*, *Babinski* és *saját* kutatásaim alapján általánosan elismert; *Biro* kutatásai, valamint *Schultze* vizsgálatai folytán ismeretesek a nervus tibialis beidegzte izmok (musculus gastrocnemius, musculus soleus) atrophias benu-lásai is, de hogy ily tiszta képben és oly gyakran láthatjuk a 2. gyök bántalmazottságára jellegző érzéshűdést is, ez azt hiszem kellő világításba csupán jelen vizsgálataim által lön beállítva.

A felsorolt esetek elég nagy százalékában az Achilles-reflexhiány mellett található *jellegzetes érzéshűdés a külboka alatt* volt az a tünet, mely engem arra képesített, hogy egész más panaszok miatt hozzám forduló egyéneknek a rég lefolyt ischiasra reabukkantam és ők meglepődötten hallották tőlem azt, hogy ischiasuk volt valamikor, a miről ők nem is tettek előttem említést.

Volt olyan esetem is, a melyben felleltem a 2. gyök bántalmazottságának tünetcsoportozatát és az egyén nem emlékezett semmiképp sem arra, hogy valaha ischiasa lett volna. Az eset a következő:

22. eset. R. S.-né, 26 éves. Abortus: 0. 1 gyermek. Jelenleg 6. hóban terhes. *Panasza*: Évek óta nem tud aludni. Gyakori főfájás. Ischiasa sohasem volt.

*Status*: Középtág, egyenlő, jól reagáló pupillák. Térdtünet rendes. Bal Achilles Jendrassikra prompt, különben kimaradó; jobb Achillesreflex semmiféle módon sem váltható ki. *Összes érzési fajok a jobb külboka táján és onnan a talpra átterjedőleg erősen csökkentek. Talp-reflex baloldalt prompt, jobboldalt egyáltalán nem kapható. Jobb lábszár 40 cm., bal 42 cm.* Az egyén, dacára intenzív kérdezősködésemmek, a leghatározottabban tagadta, hogy valaha ischiasa volt. A 2. sacralis gyök bántalmazottságának oly kétségtelen jelei voltak jelen tehát ebben az esetben is, hogy dacára a teljes negatív anamnesisnek, biztos az, hogy az egyén valamikor a nervus tibialis neuritisében szenvedett.

A 2. sacralis segmentum bántalmazottságának teljes tünetcsoportozatát csupán a 2. sacralis gyök megbetegedése esetén kapjuk, az ischiadicus-neuritis és ischias eseteiben a tünetcsoportozatból hiányzik a székeléskor és vize-léskor jelentkező paraesthesia. Azt hiszszük, hogy ebben, bár aprólékosnak látszó, de adott esetben értékelhető különbözőeti körjelzési mozzanatot fedezhettünk fel. A különbség érthető, a mennyiben a második sacralis gyök megbetegedésében (l. 1. ábra a) e gyöknek a hólyag és végbél funkciói-val való szoros nexusa folytán az érzés-zavar, mozgáshűdés és areflexián kívül beállnak a paraesthesiák is hólyag- és végbélműködéseknél, míg az ischiadicus-ideg bántalmazottságánál (l. 1. ábra b) e paraesthesiák hiányzanak, mint-hogy a 2. sacralis gyök azon rostjai, melyek a hólyaghoz és végbélhez haladnak, e gyök többi rostjának az ischiadicus-törzsbe való lépése előtt hagyják el a gyököt.



Észleléseimből folyik továbbá, hogy az általam felvett kapcsolat a külboka alatti bőrterület érzés-zavara és az Achilles-inreflex hiánya között valóban fennáll. Adott esetben tehát, midőn Achilles-inreflexhiányt tapasztalunk, kutassunk minden esetben az irányban is, fennáll-e ezen érzés-zavar vagy sem, s a mennyiben jelen van, ez az esetek túlnyomó részében annak a jele, hogy az egyének ischiása volt. Ha a 2. sacralis gyök bántalmazottságának teljes tünetcsoportozatát kapjuk, akkor ceteris paribus joggal gondolhatunk arra, hogy a gyök maga bántalmazott. De negatív irányban is értékelhető az általam leírt érzés-zavar; azokban az esetekben, melyekben hiányzó Achilles-inreflex mellett normalis érzésviszonyokat kapunk, ceteris paribus sem gyöki, sem környéki, hanem gerinczvelői megbetegedésre gondolhatunk. Erre klasszikus példa a tabes. Igen sok tabes-esetet vizsgáltam át erre nézve és kevés kivétellel azt találtam, hogy hiányzó Achilles-inreflex dacára a 2. sacralis segmentum érzés-zavara nem volt felfedezhető.

*Schaffer* tabes-cikkében (*Lewandowsky*, Handb.) említi, hogy *Dejerine* a legtöbb tabes-esetben az alsó végtagokon anaesthesiát nem talált, csak kivételesen található érzéstelenség a lábszárak külső felületén és a talpon. Hasonló tapasztalatokról számol be *Marinesco*, *Grebner*, *Frenkel*, *Foerster* és *Muskens*.

Ezen localisatio megegyezik az általam leírttal. Az érzés-zavar minőségét illetőleg ki akarom emelni azt, hogy a tabesnél található érzés-zavarok nem mutatják azt a kiterjedést, mint az általam leírt segmentalis zavarok, hanem többnyire egyes pontokon találunk hyperaesthesiát, többnyire anaesthesiát. Azonkívül utánvizsgálataim alkalmával feltűnt az, hogy többnyire késést tapasztaltam a tapintó-érzés vizsgálatakor, mintsem hypaesthesiát vagy anaesthesiát. Az érzés-zavarok ezen sajátos viselkedése magyarázatot nyer *Nonne* megállapításaiban, melyek szerint a hátulsó kötégek még oly nagyfokú degenerációjával is a környéki idegekben csak igen csekélyfokú elváltozásokat találunk (citélva *Schaffer* nyomán).

Kivételesen azonban fellelhetjük tabesben is az érzés-zavar segmentalis jellegét.

Eddigélé két idetartozó tabes-esetet észlelhettem, az egyikben a tabes polyneuritissal volt kapcsolatos.

Mielőtt az eseteket közlöm, utalok arra, hogy tabesnél a jellegző érzés-zavarok hiányán kívül még egy másik sajátosságot is találunk, a mely az Achilles-areflexia centralis eredete mellett szól. Eltekintve attól, hogy tabesnél többnyire kétoldali Achilles-inreflexhiányt találhatunk, jellegző az, hogy igen gyakoriak a vizelési zavarok. Ebből a szempontból a tabeses tünetcsoportozat hasonlít a gyöki bántalmazottság tüneteihez, de elüt tőle abban, hogy tabesnél tényleges vizelési zavarokat (incontinentia, retentio, dysuria) látunk, míg a gyöki megbetegedésnél a hólyag működésében mutatkozó paraesthesiák vannak csupán jelen.

Azt mondhatjuk tehát, hogy Achilles-reflexhiány érzés-zavarok nélkül, hólyagzavarokkal ischiadicus-megbetegedés ellen és gerinczvelői eredet mellett szól. Vajjon a gerinczvelőbántalom önálló conusmegbetegedés vagy tabes-e, azt a konkomittáló tünetek döntenek el.

A tabes-esetek, melyekben a segmentalis bántalmazottság tüneteit észlelhettem, a következők:

23. eset. M. I. 43 éves. 17 év előtt chancre, kenőkéra. Koncedált potus. Két év óta lancináló fájdalmak és vizelési nehézségek.

Status: 1910 november. Jobb pupilla tágabb, igen renyhe fényreactio, alkalmazkodás prompt. Négy hó óta bal felső végtagban válltól kezdve fájdalmak — mintha a csont fájt volna —, ezután vette észre, hogy keze sorvad. Ma a bal kézen kifejezett elfajulásos reactióval járó ulnaris hűdés. Anaesthesia a IV. és V. ujjon és ennek folytatásában a kézen és az alkar alsó harmadán. Térdtünet rendes. *Jobb Achilles-inreflex nem váltható ki*, bal rendes. Jobb lábfejen paraesthesiák, pudvás érzés. *Hypaesthesia a jobb külső boka alatt, baloldalt ugyanazon a helyen csak kevésbé csökkent a tapintó-érzés.*

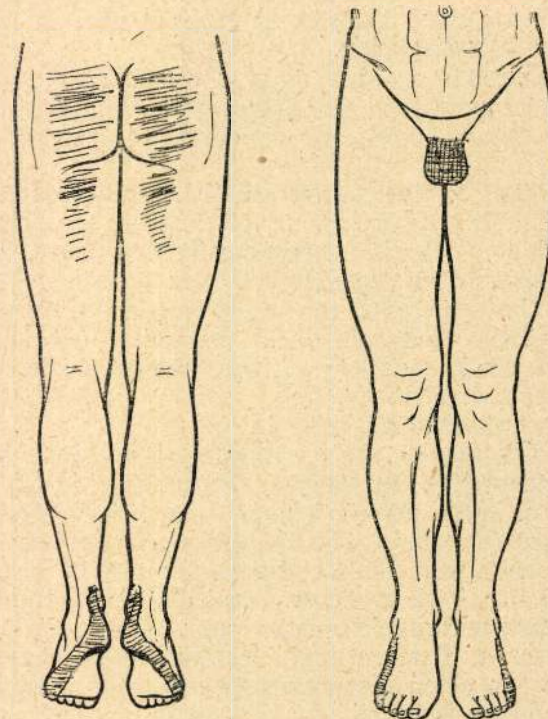
1911 február 14.-én. Mosakodáskor megtántorodik. Bal hasfélben húzás érzése, ugyanott tühegy érintését kevésbé érzi, mint az ellenoldalon. Vizeletcsepegés. Lancináló fájdalmak. Romberg-tünet. Jobb pupilla tágabb. Signe d'Argyll; balon csupán renyhe a fényreactio. *Térdtünet: jobboldalt rendes, baloldalt csak Jendrassik-*

féle kézfogással. *Achilles-inreflex mindkétoldalt hiányzik. Jobb külboka alatt kifejezett hypaesthesia és hypalgnesia, a mely a sarok küloldaltán folytatódik a láb küloldaltán, a IV. és V. ujjon és előre a talp külső harmadában. A bal külboka alatti hypaesthesia kisebb intenzitású, egyébként az érzés-zavar ugyanoly kiterjedésű, mint a jobb oldalon. Mindkét talpreflex a talp belső kétharmada részéről gyengén bár, de kapható, a talpak külső harmada részéről nem váltható ki. A peroneus-idegek farados árammal sokkal kisebb áramerőre adnak gyors összehúzóást, mint a tibialis-idegek; utóbbiak szolgáltatja összehúzóás nemcsak hogy nagyobb intenzitású áramra kapható csak, de lassúbb lefolyású is. Galván-áramra a peroneus-idegek 75 milliampère áramra gyors rángást, a tibialis idegek 140 milliampère áramra lassú rángást adnak. Ulnaris-hűdés tünetei változatlanok.*

A leírt esetben a tabes felvételét jogossá teszik a pupillaris tünetek, a jellegző lancináló fájdalmak, a vizelési zavar, a hypaesthesiás sáv övérzéssel a has felső részében, a Romberg-tünet és az eltűnedező térdtünet. Komplikálódik a kép a baloldali ulnaris-neuritis folytán, a melyet alkoholos eredésűnek kell tartanunk; ugyanilyen elbírálás alá esik a mindkétoldali tibialis-neuritis, melynek tünetei közül kiemeljük a leírt érzés-zavart, hiányzó Achilles- és talpreflexeket, elfajulásos reactiót a nn. tibiales részéről. Valaki felvethetné azt a kérdést is, hogy nem helyesebb-e az egész kórképet mint polyneuritis alkoholicát felfogni? Azt hisszük, hogy a jellegző lancináló fájdalmak, a vizelési zavar, a hypaesthesiás sáv, a Romberg-tünet valószínűbbé teszi a mi felvételünket, a mely mellett még felhozható a lassú, fokozatos fejlődés is.

24. eset. R. J. 41 éves. *Előzmény: 1893-ban chancre. 1907 óta lancináló fájdalmak. Vizelési ingere nincs. Egy év óta impotens.*

Status: 1908 szeptember 30. Jobb pupilla tág. Signe d'Argyll. Westphal Achilles-areflexia. A glutaeusokon hypaesthesiás foltok 1909-ben muló kettős látás. 1910. Jobb papilla decolorált. Gyomorkrizisek. Látásrosszabbodás. 1911. Éjjeli pollutiók. Abducens-paresis. Ha seggőfát megfogja, érzéstelennek érzi azokat. Ujabbán mind gyakrabban fordul elő, hogy alvás közben vizelete elfolyik. Objectiv régi tünetek ezen kívül: *talpreflexek a talp belső kétharmadáról prompt kaphatók, külső harmadáról nem Lasègue-tünet nem mutatható ki. Lábszárizmok, lábizmok működése kifogástalan. Érzés-zavarokat illetőleg lásd az 5. és 6. ábrát.*



5. ábra.

6. ábra.

Ezen esetben a tabes-kórjelzéshez kétség nem fér. Az eset a lumbosacralis típusú tabes-esetekhez tartozik. Kiemelendő az általunk körülírt segmentalis tünetcsoportozat, a melyből csupán a gastrocnemius és soleus sorvadása hiányzik és a paraesthesiák helyét a hólyagzavarok foglalják el. E különbözőségben különbözőzeti diagnostikai jelet vélünk felfedezhetni a gyökmegbetegedéssel szemben.



## Lapszemle.

### Belorvostan.

**A terhesek tüdőtuberculosisának sanatoriumi kezelésével való befolyásolhatóságát** vizsgálta *Chr. Krämer*. A luisenheimi sanatóriumban kezelt 26 terhes nőnek a szülés utáni állapotáról számol be. E betegek a terhesség első felében, mikor sanatoriumi észlelés alatt állottak, láztalanok voltak, testsúlyban gyarapodtak és pedig nagyobb mértékben, mint a hogy a terhességnek megfelelt. A terhesség kiviselése után a betegekhez intézett körkérdés eredménye a következő volt: 21 esetben a munkaképesség helyreállott, 1 esetben a gyermekágyban recidiva állott be, a következő beteg a gyermekágyban eclampsiát kapott s nyelési tüdőgyulladás folytán halt meg, az utolsó beteg a szülés után tuberculosisban pusztult el; 2 betegtől nem érkezett válasz. A mint ismeretes: terhes nők tuberculosisában a művi abortus indiciója tekintetében egységes felfogás még nem domborodott ki. *Maragliano* és *Hamburger* szerint minden tüdőtuberculosisnál megszakítandó a terhesség, míg *Rosthorn* szerint csak akkor, ha nagyobb tüdőrészek estek a betegségnek áldozatul, tekintet nélkül a folyamat új vagy régi voltára, „complicatiók esetén s végül akkor, ha a hygienés-diaetás kezelés mellett is gyengül és fogy a beteg. *Veit* csak testsúlyfogyás esetében állítja fel az indiciót.

A szerző szerint az abortus megindítása mindannyiszor indokolt, valahányszor a sanatoriumi kezelés a terhesség első felében a folyamat megállapodásához nem vezetett, még akkor is, ha a *Veit*-féle követelmény, t. i. a tuberculosis-bacillus kimutatása a köpetben, nincsen meg. Az anyára nézve „meggondolandó erőpróba“ veszélyének megszüntetésekor az esetleg születendő gyermek élete mérvadó szempont gyanánt alig jöhet szóba, mert hisz ezeknek 50%-a még az első évben meghal (gyomor-bélhurut, általános gyengeség, tuberculosis), míg e gyermekeknek életben maradt másik felénél továbbra is fennáll és kísért a hereditásos dispositio veszélye.

*Galambos dr.*

**Az achylia gastrica simplexnél észlelhető vérelváltozásokról** ír *A. Waledinsky* (Tomsk). A vörösvérsejtszám és a haemoglobintartalom a normalistól miben sem tér el. Az elváltozás a fehér vérsejtek számában, főképp azonban a kvalitatív vérkép megváltozásában talál kifejezést. A fehér vérsejtek száma vagy megkevesbedett, vagy a normalis érték alsó határán van. A megkevesbedés főleg a neutrophil polynuclearis leucocytákra vonatkozik, míg a lymphocyták relative mindig, sőt gyakran absolute is megsaporodtak. A mononuclearis, eosinophil s basophil fehér vérsejtek száma rendes. Achylia gastricával járó diabetes mellitus, májcirrhosis, Bantlikór, nephritis, idősült ólommérgezés eseteiben ugyanezen elváltozás — bár kevésbé kifejezetten — szintén felismerhető volt. Carcinoma ventriculinál polynucleosisos jellegű fehérvérsejtmegsaporodást talált s így az achylia gastricára jellemzőnek leírt vérképet differential-diagnostikai szempontból is értékesíthetőnek mondja. (Deutsche med. Woch., 1911. 35. sz.)

*Galambos dr.*

### Sebészet.

**A typhosus léptályogok diagnosisáról és kezeléséről** ír *K. Propping*. A régiek ama pessimista-veleményét, hogy a typhosus léptályogok sebészi kezelése már azért sem lehetséges, mert a körjelzés igen sok akadályba ütközik, teljesen megdöntötte *Melchior*-nak ama 17 esetre vonatkozó tapasztalata, mely szerint nemcsak a baj felismerése lehetséges, de a sebészi kezelése is a legjobb prognosist nyújtja. A szerző részben a saját, részben az irodalomban talált esetek kapcsán különösen a következő tünetekre hívja fel figyelmünket: Legtöbbször középsúlyos typhusban megbetegedett s már láztalan egyén pár napig vagy hétig tartó intervallum után a bal hypochondriumban hirtelen heves fájdalmakat és szúrást érez, melyek különösen mély belégzés alkalmával súlyosbodnak. Csaknem egyidőben a láz ismét beáll; kezdődhetik hideg-

rázással és hányással. A léptompulat nagyobbodik, hiányoznak azonban a gyomor és bél részéről azok a tünetek, melyek a typhusrecidivára jellegzők. A szerző esetében a helyi tünetek valószínűleg a súlyos általános tünetek következtében nem voltak kifejezettek, ellenben a láz atypusos volta felhívta a figyelmet arra, hogy a szervezetben valahol infectio forrása van még s innen időről-időre fertőző anyagok jutnak a véráramba és hőemelkedést okoznak.

Tisztán intralientis typhusabscessusok mindaddig nem operáltak, mert helybeli tüneteket csak akkor okoznak, a mikor a szomszédságba már áttörtek. Ezek a helyi tünetek különbözők a szerint, hogy a genygócz a lép felső vagy alsó polusában van-e. Az előbbi esetben subphrenikus abscessusok keletkeznek, a midőn a hátulsó, alsó pleurasinus abnormis tompulatát találjuk, mely vagy a diaphragma magas állásának következménye, vagy pedig pleuritis által okoztatik. A röntgenezés e tekintetben felvilágosítást nyújthat. Fontos magának a genygócznak punctiója, a midőn a tú irányából is következtethetünk arra, hogy subphrenikus abscessus vagy pleuritis van-e jelen. Minthogy a genyedéssel egyidőben az esetek legtöbbszörében localis peritonitis is kifejlődik, a szerző a próbapunctiót nem tartja veszélyesnek. Ha a genyedés a lép alsó polusából indult ki, akkor különösen jellemző a bordaívek alatt jól kítapintható léptumor. A műtét két módon végezhető: transpleuralis vagy abdominalis úton. Az előbbit akkor választjuk, ha a genygóczot a felső polusban találtuk, az utóbbit pedig, ha az alsóban. A szerző betegét egy újabb methodussal operálta meg, melyet retroperitonealisnak nevez. A metszést az elülső és középső axillaris vonal között vezette a thorax alsó oldalsó szélének megfelelőleg s a szövetek tompa széjjelválasztásával jutott az abscessushoz. (Münchener med. Wochenschrift, 1911. 25. szám.)

*Ifj. Háhn Dezső dr.*

### Idegkórtan.

**A felső végtag reflexei** érdekes módon változnak meg bizonyos körülmények között. Így *Souques* tabes és hemiplegia associatiójának eseteiben gyakran észlelte a triceps-reflex inversióját. A m. triceps helyett, mely normalisan s hemiplegiában is egyedül húzódik össze az olecranon kopogtatására, az alkar hajlító húzódtak össze. Ugyanilyen esetekben, de kevésbé gyakran észlelhetni az alsó végtag reflexeinek inversióját is: az Achilles-in kopogtatására a lábfej dorsalflexiója, a térdtünet kiváltásakor az adductorok contractiója következik be. A reflexek ezen megváltozása a szerző szerint azt jelzi, hogy a hátulsó kötegek degenerációjához a pyramispálya degenerációja társult. Egy másik felső végtagreflex jellemző elváltozására *P. Marie* és *Barré* hívta fel a figyelmet. Az ulna alsó apophysisének megütésére normalisan az alkar pronatiója áll be. Az alsó nyaki segmentumok megbetegedésekor e helyett az ujjak végeznek erélyes hajlító mozgást. A pronatio helyett más esetekben az alkar behajlítását észlelték vagy az utóbbinak és az ujjaknak együttes flexióját. A míg az utóbbi reflexeket általános merevgörccsös állapotokban észlelték, az előbbinek úgy látszik localisatiós jelentősége van. (Revue neurologique, 1911. 4. és 8. sz.)

*L.*

**Az 5. nyaki gyök sérülésének** esetét írja le *Klippel* és *Monier*. A sérülés revolvergolyóval történt s a megfelelő paresiseken kívül azon, az 5. nyaki segmentum sérülésére jellemző tünetet mutatta, melyet *Babinski* mint a radius-reflex inversióját írt le s melynek ezen jelentőségét az eset mintegy kísérlet módjára bizonyítja. A radius-reflex, mely a radius fejének kopogtatására áll elő, az alkar gyors, rövid behajlásaként jelentkezik, az ujjak hajlító alig húzódnak össze; a reflex inversiójakor az alkar hajlítása elmarad s az ujjak húzódnak össze. (Revue neurologique, 1911. 14. sz.)

*L.*

### Gyermekorvostan.

**A bélféreg vándorlásáról a gyermekekben** ír *G. Railliet*. Az ascarisok — csaknem kizárólag ezekről van szó — vándorlása az epeutakba és a májba gyakori jelenség, a pancreasba való vándorlás kivételes (*Ghedini* észlelése). Több-



nyire a bonczolóasztalon találjuk az ascarisokat a májban vagy az epeutakban, — még pedig változó mennyiségben, leggyakrabban élő állapotban — és az epehólyagban. Az ily módon kitágult epeutak falai megvastagodottak, bővérűek, ereik kitágultak, faluk sokszor átfűrődik és így jutnak az ascarisok a máj állományába, a minek gyakori következménye a májtályog, majd pleuralis laesiók, pyopneumothorax fejlődnek ki, mert az ascaris fertőző anyagokat hoz magával a béltractusból.

Ha az ascarisok a légutakba vándorolnak, ennek súlyos következményei lehetnek; minthogy azonban az ascarisok sokszor csak a halál után vándorolnak a légutakba, nem tehetjük fel, hogy minden olyan esetben, midőn ascarist találunk a légutakban, ez idézte elő a halált. Akár a halál előtt, akár a halál után került az ascaris a légutakba, mindig az oesophagus felől jutott oda vagy az egyenes úton, vagy egy (esetleg praeformált) oesophago-trachealis sípályon keresztül. A baj tünetei a suffocatio és a hirtelen beállott asphyxia; a legritkább esetben a beteg kiköhhögi a férget; leggyakrabban glottis-elzáródás folytán rögtön beáll a halál, néha azonban a féreg elhagyja a glottist és a tracheába, illetve egyik bronchusba kerül; ez esetben pneumonia lesz a halál közvetlen oka. A therapia kézzel, eszközzel vagy bronchoskop segítségével való eltávolítása az ascarisnak vagy a tracheotomia.

Gyakori dolog, hogy az ascaris a gyomorba vándorol, a mi abban a pillanatban történik, a mikor az emésztés alatt a pylorus nyitva van. Ritkán állapodik meg az ascaris a nyelőcsőben, ez csak átmeneti hely és csak kivételesen okoz suffocatiót a trachea komprimálása folytán. Innen a szomszédos nyílásokba is gyakran elvándorolnak az ascarisok, gyakran az orrüregbe, ritkábban az Eustach-kürtbe, legritkábban kerülnek a könnyvezetékbe.

A többi bélféreg közül a taenia néha a gyomorban, az oxyuris azonban a gyomron kívül a nyelőcsőben, az orrban és a szájban is megtalálható. (La Clinique Infantile, 1911, 14. sz.)  
Péteri dr.

### Bőrkórtan.

**A túlérzékenység problémája a dermatológiában** címen közöl érdekes és kimerítő tanulmányt R. Volk (Bécs). A túlérzékenység a dermatológiában igen gyakran észlelt és sokat tanulmányozott jelenség. A végoka azonban máig sem ismeretes s ha a fogalmát idiosyncrasia névvel jelöljük is, ez csak az „ignoramus“ beismerése. A valóság az, hogy bizonyos egyének bizonyos anyagokra egészen másként reagálnak, mint az emberek zöme. Az anyagok egy része kifejti az izgatató hatását belső és külső alkalmazáskor egyaránt. Ilyen pl. a kéneső, az arsen. Másfelől vannak szerek és anyagok, a melyek egyetlen egyszeri alkalmazáskor is már kifejti fel-tűnő izgatató hatásukat; ide tartozik pl. az arnica-tinctura, a primula obconica, a borostyán stb. A bizonyos anyagok iránti túlérzékenység olykor átörökölhető is, úgy hogy egész családokban otthonos jelenség. Wolff Eisner szerint az urticaria is a túlérzékenység egy jele, még pedig azé, mely a szervezetnek bizonyos testidegen fehérjeanyagokkal szemben való intoleranciájában nyilvánul. Már eleve valószínűnek látszott, hogy az urticaria ex ingestis anaphylaxiás folyamaton alapul, mert feltehető, hogy bizonyos körülmények között a szervezetre idegen fehérjék jutnak a keringésbe, a melyek azután anaphylactogen módon érvényesülnek. Van a szereknek egy csoportja, mely normalis emberen alkalmazva egyáltalán nem okoz izgalmat, praedisponált egyének bőrén azonban kisebb-nagyobb fokú elváltozásokat okoz. Ide tartozik elsősorban a tuberculin, a jodoform és az antipyrin. Érdekes kísérleteket végeztet jodoform-idiosyncrasiás egyének serumával Bruck és később Klausner. A kísérletekből kiderült, hogy tengeri malacz, melyet ilyen serummal subcutan injiciálnak s, azután 24 órával később jodoformmal reinjiciálnak, olykor anaphylaxiás jelenségek között tönkremegy. Ezzel szemben a controll-állatok mind épségben maradnak. Bruck szerint valószínű, hogy nem maga a jodoform hat károsan, hanem a jodfehérje-egyesülés. De ezek az állatkísérletek úgy látszik mégsem

vihetők át az emberi pathológiába. Főként Jadassohn kísérletei igazolják ezt. Tapasztalása szerint jodoform iránti érzékenységet esetén semmiféle izgalom sem támad, ha a jodoformot belsőleg vagy subcutan alkalmazzuk. Ha jodfehérje-egyesülés okozná a bőrizgalmat, akkor annak ilyenkor is be kellene állania. Valószínű tehát, hogy sok esetben direct bőrbeli túlérzékenységről kell beszélni, nem pedig anaphylaxiás jelenségről. Ide sorolhatók a bőrnek különböző iparbéli bántalmái is. (Archiv für Dermatologie u. Syphilis. 1911. 109. k. 1., 2. f.)  
Guszman.

### Húgyszervi betegségek.

**Az infantilis enuresisnek Hayem módszere szerint epiduralis seruminjectiókkal végzett gyógyításáról**, illetőleg az ezen therapiával elért eredményekről és az eljárás technikájáról ír R. Cruchet és F. Charles. Az enuresis gyógyítására radikális módszerünk még nincsen; az ajánlott sokféle eljárás gyógyulást is, meg balsikert is eredményezett. A szerzők most újból a néhány év előtt ajánlott epiduralis seruminjectiókkal kísérleteztek és pedig 6 gyermekben, a kik közül 3 csak éjjeli ágybavizelésről panaszkodott, míg a másik háromnál enuresis nocturna et diurna állott fenn. A szerzők 4 esetben teljes gyógyulást, kettőben lényeges javulást értek el.

Az injectiót legcélszerűbben úgy eszközöljük, ha a beteget a jobb oldalára fektetjük olyképp, hogy a jobb lábát teljesen kinyújtja, a balt pedig a csípőizületben erősen behajlítja. A szúrás helye tekintetében legjobban úgy tájékozódunk, ha az ágyék- és keresztcsigolya nyúlványai mentén lefelé haladva, kitapintjuk a farcsont lépcsőszerű dudorzatát. Ez ugyanis a keresztcsontcsatorna hátulso alsó nyílásának felel meg. Ezen a ponton tehát a mandrinnal ellátott tűt a bal mutatóujjunk támogatása mellett eleintén 20—30 fokkal a vízszint felé hajló irányban szúrjuk be. 1—2 cm. mélységben — a gyermek kora szerint — elérjük a gerinczsatorna külső, igen feszes burkát; ekkor a tű pavillonját mindjobban a vízszintes irány felé süllyesztve, még 2—3 cm.-rel mélyebbre hatolunk be. 4 cm.-nél mélyebben nem szabad beszúrunk, mert akkor már a subarachnoidalis üreget nyitjuk meg.

A beszúrás befejezte után a mandrint kihúzzuk, a graduált fecskendőt a tű pavillonjára ráerősítjük és a mesterséges serumból a gyermek kora szerint 5—10—15 cm<sup>3</sup>-nyi mennyiséget fecskendezünk be a lehető legenyhébb nyomás mellett. Az injectiót a legszigorúbb asepsis mellett eszközöljük s ha szükséges, hetenként egyszer megismételjük. Az eljárás tehát igen egyszerű s ha kellő óvatossággal járunk el, akkor — a túlsok serum által okozott, de hamarosan elmuló paraesthesiákat leszámítva — kellemetlen mellékhatások nem fognak bekövetkezni. Mindenesetre tanácsos a műtétet helyi érzéstelenítés mellett végezni (a szerzők e célra különösen a somnoformot ajánlják), mert anaesthesia nélkül a gyermek nyugtalansága, illetőleg folytonos mozgolódása következtében a szúrásakor a helyes irányt igen könnyen el fogjuk tévesztetni. (Progrès médical, 1911. 9. szám.)

Drucker Viktor dr.

### Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

**Bárzsing- és cardia-rák** azon eseteiben, a melyekben a daganat keménysége miatt a bárzsingelzáródás tünetei állnak az előtérben következményes hiányos táplálkozással: Küster tanár jó eredménnyel használja a fibrolysin szondakezeléssel kombinálva. Hetenként 1 befecskendezést végez az epigastrium bőre alá és kétszer szondát vezet be. (Medizinische Klinik, 1911. 25. sz.)

**Arthritis deformans** eseteiben Nathan feltűnő jó eredménnyel használta a thymus-tablettákat (a 0.3 gramm kivonatot tartalmazó tablettákból naponként 3-szor vétetett be 2—4 darabot). Tapasztalatai 18 esetre vonatkoznak. A hatás módját illetőleg a szerző nem tud adni felvilágosítást. (Journ. of the Americ. med. assoc. 1911. jun. 17.)



**Ovaradentri-ferrinnel** természetes és mesterséges klimax, a női nemi szervek hypoplasiája, nemkülönben chlorosis eseteiben (e bajban ugyanis a petefészkek úgy látszik fontos szerepet visznek) elért kedvező eredményeit ismerteti *R. Kahane*. Rendszerint 2 tablettát ad naponként, még pedig az étkezések után. Minden egyes tableta 0.3 gramm ovaradent (disznó- vagy marhaovarium kivonata) és 0.1 gr. triferrint tartalmaz. (Die Heilkunde, 1911. 12. sz.)

**Furunculusok** gyógyítására *Fuchs* a collodiumgyűrűt ajánlja. A furunculust az ép részen collodiummal körülcseteli naponként többször, még pedig úgy, hogy egyrészt a már meglevő collodiumrétegre ecsetel újból, másrészt ettől kifelé; a collodiumgyűrűtől körülvevő részlet tehát mindig egyforma nagy marad. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1911. 22. szám.)

**Heveny izületcsúsz** oly eseteiben, a melyekben a belsőleg adott salicylkészítmények hatástalannak bizonyultak vagy a betegek nem tűrték őket: *Jackson* jó eredménnyel használja a magnesiumsulfatot intramuscularis befecskendezés alakjában. 25%-os sterilizált oldatból 4 cm<sup>3</sup>-t fecskendez be egyszerre; a befecskendezést 1—2 naponként megismétli. Az eljárás nem fájdalmas. (Ref. La semaine médicale, 1911. 31. szám.)

**Szív-collapsus** eseteiben *Willcox* és *Collingwood* alkohol-gőzökkel kevert oxygen belélegeztetését ajánlja. Az eljárás nagyon egyszerű: az oxygent vezető csőbe körülbelül 1/6-áig absolut alkohollal megtöltött 500 cm<sup>3</sup>-es palackot iktatunk közbe. Pneumonia okozta szívgyengeség, narcosisban beálló collapsus, sebészi shock, myodegeneratio stb. eseteiben kitűnő eredménnyel használják ezt az eljárást. (Ref. La semaine médicale, 1911. 5. szám.)

**Prostatitis** eseteiben a heveny tünetek lezajlása után *Hahn* (Breslau) a következő végbélkúpokból ad naponként kettőt: Rp. Kali jodati 0.5; Jodi puri 0.05; Extr. belladonnae 0.07; Butyri cacao qu. s. ut fiant supposit. No. V. — Rp. Ichthyoli 2.0; Extr. belladonnae 0.1; Butyri cacao qu. s. ut fiant supposit. No. 10. (Fortschritte der Medizin, 1911. 2. szám.)

### Magyar orvosi irodalom.

**Gyógyászat**, 1911. 37. szám. *Ferenczi Sándor*: A homosexualitás szerepe a paranoia pathogenesisében. *Nagy Samu*: A scleromáról.

**Orvosok lapja**, 1911. 37. szám. szám. *Erdős Adolf*: Merjodin a syphilis gyógyításában.

**Budapesti orvosi újság**, 1911. 37. szám. *Pótya Jenő*: Adatok a typhus után perforatio nélkül fellépő genyes hashártyagyulladás ismeretéhez. „Szülészet és nőgyógyászat” melléklet, 3. szám. *Mészáros Károly*: A syphilis utánzó képek a szülészetben és nőgyógyászatban. *Holländer Jenő*: Atrophia hepatitis flava acuta és terhesség.

### Vegyes hírek.

**Kitüntetés.** A király *Szikszay Sándor* dr. pestvidéki törvényszéki orvosnak sok évi eredményes tevékenysége elismerésül a királyi tanácsosi címet adományozta.

**Kinevezés.** *Müller Mária* dr.-t a budapesti állami szemkórházhoz másodorvossá, *Ács Sándor* dr.-t a biharmegyei közkórházhoz segédorvossá nevezték ki.

**Választás.** *Alapy Henrik* dr. egyetemi magántanárt a pesti izr. hitközség sebész-főorvosává, *Szathmáry Lajos* dr.-t Nagyszalonta város második orvosává, *Weisz Emil* dr.-t Nyitraivánkán körorvossá, *Fenyő Dezső* dr.-t az újpesti gyermekkórházhoz alorvossá választották.

**Belorvostani cursusok orvosok részére.** A budapesti egyetem III. számú belklinikáján t. évi október havában a következő cursusokat fogják tartani: 1. Belorvostani therapia, diätetikai gyakorlatokkal. Tartja: *Bálint Rezső* dr., egyetemi magántanár, adjunctus. — 2. Belorvostani vizsgáló módszerek. Tartja: *Bencze Gyula* dr., egyetemi magántanár, tanársegéd. — 3. Röntgen-diagnostika, therapia és technika. Tartja: *Elischer Gyula* dr., tanársegéd. — 4. Laboratoriumi gyakorlatok. Tartja: *Királyfi Géza* dr., tanársegéd. — A cursusok október hó 1.-én kezdődnek és négy hetig tartanak. A cursusok óráját később határozzák meg, mindenestre úgy, hogy egy orvos több, esetleg mind a

négy cursuson résztvehesse. A résztvétel díja egy-egy cursuson 100 korona. Az egyes cursusok csakis legalább öt résztvevő esetén fognak megtartatni. Jelentkezni lehet: *Bálint Rezső* dr. adjunctusnál (III. számú belklinikai, VIII., Ludoviceum-utca 2.) *bárá Korányi Sándor* dr., egyet. ny. r. tanár.

**Meghalt.** *Barbás József* dr., a székesfővárosi Rókus-kórház nyugalmazott főorvosa, 86 éves korában szeptember 9.-én. — *Törzs Géza* dr. trencsénteplécsi fürdőorvos 37 éves korában szeptember 12.-én. — *Rozgonyi Sándor* dr. székesfővárosi fogorvos — *Nazimecki Vilmos* dr. m. kir. honvédtörzsorvos 45 éves korában szeptember 7.-én.

**A budapesti egyetem stomatologiai klinikáján** a folyó tanévre 6-8 orvosdokort vesznek fel stomatologussá való kiképzés végett. Jelentkezéseket elfogad a klinika igazgatója. (VIII., Mária-utca 52. szám.)

**A budapesti poliklinika** rendelése in augusztusban 4176 új beteg jelentkezett; a rendelések összes száma 9311 volt.

**Nyitra vármegye érsekújvári közkórházában** — a mint azt *Hückl Ernő* dr. igazgató-főorvos kimutatásában olvassuk — az elmúlt esztendőben 686 férfit és 333 nőt, összesen tehát 1019 beteget ápoltak; egy betegre átlag 23.25 ápolási nap esett. A halálozási százalék 5.1 volt. Műtétet 351 esetben végeztek.

**Az orvostanhallgatók száma az osztrák egyetemeken** az elmúlt nyári félévben a következő volt: Bécs 1959 (köztük 112 nő), Prága, német egyetem 344 (7 nő), cseh egyetem 669 (25 nő), Grác 387, Innsbruck 221 (2 nő), Lemberg 402 (72 nő), Krakó 470 (43 nő).

**Személyi hírek külföldről.** *D. Finkler*, a közegészségtan tanára Bonnban és *J. C. Wilson*, a belorvostan tanára a philadelphiai Jefferson orvosi tanintézetben, nyugalomba vonul. — Az innsbrucki egyetem élettani tanszékére *W. Trendelenburg* freiburgi magántanárt, a boroszlói egyetem gyógyszer-tanszékére *I. Pohl* dr.-t, ugyanazon tanszakkal tanárát a prágai német egyetemen, nevezték ki. — *F. Hartmann* dr. gráci rendkívüli tanárt (elme- és idegkórtan) rendes tanárrá léptették elő. — Rendes tanár lett: *P. Kucera* dr. Lembergben (közegészségtan) és *J. B. Deaver* dr. a philadelphiai Pennsylvania-egyetemen (sebészet).

## DR. MAHLER SANATORIUMA, ABBAZIA

belbetegek — spec. szívbetegek és fűlők részére.

**Dr. DOCTOR** v. egyetemi tanársegéd, a Ferencz József kórház orv. lab. főorvosa **orvosi laboratóriumában** az összes diagn. Kossuth Lajos-utca 3. sz. vizsgálatokon kívül **autovaccin** előállításával is foglalkozik.

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

## 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.

## Epileptikus betegek intézete

BALF gyógyfürdőben. Felvilágosítással szolgál *Wosinski István* dr., igazgató-tulajdonos. Vagyontalan betegek a nagymélt. m. kir. belügyminiszterium előzetes engedélye alapján az országos betegápolási alap terhére vétetnek fel.

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

## Városmajor szanatórium és vízgyógyintézet

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

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

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



Védjegy.

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

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

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

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

**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, béltürelék, ex- és transzudátumok. Daganatok szövettani vizsgálata. Vértürelék (Wassermann) stb.



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

**TARTALOM:** A Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészi szakosztálya (Évzáró és tisztújító ülés 1911 január 26.-án.) 680 l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 681. l.

### A Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(Évzáró és tisztújító ülés 1911 január 26.-án.)

Elnök: Báron Jónás.

Jegyző: Winternitz Arnold.

**Haberern J. Pál:** Nephrectomia után a kiirtott vese sebhelyén ürülő vizelet.

A bemutatott B. J. 25 éves napszámoson 1910 február 17.-én nephrectomia végeztetett rendkívül heves jobb oldali vesetáji fájdalmak és profus, hirtelen keletkezett vérzés miatt. A tuberculosisos vese kiirtása után 2 héttel a vizelet az ép veséből a hólyagon keresztül a seben át ürült. A betegnek lumbalis sebe ma már teljesen begyógyult. Az eset érdekes nemcsak raritása miatt, hanem azért is, mert bizonyítani látszik az oly soká kétségbevonat ascendáló infectio lehetőségét.

**Haberern J. Pál:** Húgycsődiverticulum esete.

A bemutatott beteg, M. J. 8 éves tanuló, congenitalis valószínű diverticulum miatt operáltatott. A műtét a diverticulum kizárásából állott. A visszamaradt fistula rövidesen begyógyult. Az egész irodalomban csak 22 teljesen kifogástalan congenitalis húgycsődiverticulum van közölve. Esetünk a 23.

**Haberern J. Pál:** Graviditas és nephrectomia.

A bemutatott nő, D. K.-né, 31 éves. 4 évvel ezelőtt hólyag- és ureterkövel szövődött vesetuberculosis miatt nephrectomia végeztetett rajta. 3 évre rá gravid lett. A terhesség normalisan folyt le, hasonlóképp a szülés és gyermekágy is. A nephrectomia a kellő cautelák respektálása mellett nem contra-indikálja a házasságot.

**Haberern J. Pál:** Incontinentia urinae.

A bemutatott két betegen gyermekkorában hólyagkövek miatt sectio perinealis végeztetett. Azóta vizeletcsöpögésben szenvednek. A régi műtėti hegek exstirpálása teljes gyógyuláshoz vezetett mindkét esetben.

**Haberern J. Pál:** Hólyag-syphilis esete.

A bemutatott nőbeteg P. J.-né. 3 éve gyakori vizelet inger bántja. Vizelete a vizelet végén véres. Cystoskopiai lelet: a sphincter falán gyermekökölnyi göb van. A beteg uvulája hiányzik, bal czombján syphilitikus hegeknek megfelelő formájú hegek vannak. Wassermann positiv. Ehrlich-injectióra feltűnő gyors javulás. Elbocsájtásakor teljesen panasz nélküli. A hólyagzavarok teljesen eltűntek. A sphincteren levő, most már gummosusnak felvett képlet egészen síma kis kiemelkedéssé zsugorodott.

**Haberern J. Pál:** Rhinoplastika esetei.

A bemutatott férfi D. F. 25 éves. 15 év előtt fekélyes folyamat következtében orra hegyét és nyergét elvesztette.

1905 február 18.-án rhinoplastika végeztetett a homlok-lebenyből. Az eredmény ma is, tehát 6 év múltán állandó, befejezett.

Egyidejűleg még 2 régebben végzett rhinoplastika-esetek fényképe is bemutatott.

**Blum Simon:** Urethra-rupturás esetek rövid statisztikája.

Urethra-ruptura 5 év alatt 39 esetben fordult elő osztályunkon. Egy pár szempontból összegezve az eseteket, a következő eredményekre jutottunk:

A kort illetőleg az esetek 28%-át a harmadik évtized szolgáltatja, utána a második évtized szerepel 20%-kal, a legkisebb százalékot az első évtized nyújtja 2·8%-kal.

A foglalkozást illetőleg 53·84%-át az eseteknek az iparosok szolgáltatják, utánuk sorrendben a földművesek (15%), hivatalnokok, kereskedők (10%) következnek, míg a magánzók 2·5%-kal szerepelnek.

A húgycsőszakadás localisatióját illetőleg a pars membranacea sérült 46%-ában az eseteknek

" "	bulbosa	"	25%	"	"	"
" "	cavernosa	"	13%	"	"	"
" "	posterior	"	10%	"	"	"

Medenczetörés az esetek 5·0%-ában fordult elő. Tekintettel arra, hogy a húgycső beteges állapota is befolyásolja a húgycső rugalmasságát, a rupturás esetekben mindig tekintettel voltunk arra is, vajjon volt-e a baj megtörténtekor urogenitalis bántalom s találtunk gonorrhoeát 12·5%-ában, stricturát 10%-ában az eseteknek, tehát összesen 23%-ában az eseteknek volt húgycsőbántalom jelen.

A húgycsőbántalom symptomái közül: Urethrorrhagia az esetek 97·5%-ában, haematoma 61·5%-ában, teljes (14) és részleges (5) vizeletretentio 19%-ában, hólyagvérzés 2·5%-ában, járási képtelenség 5·1%-ában volt jelen.

Az okokat illetőleg: a fonállal való lekötés, coitus, szondázás, katheterezés, rúgás, megcsúszás, gázolás, szarvval való felöklelés, földbeomlás, ledülőfélben levő fa által való elhajítás stb. szerepelnek változatossággal. Az esetek 36%-ában magasról éles tárgyra való esés a gáttágra szerepel leggyakoribb ok gyanánt.

Az esetek 34%-ában, mivel nyugalomra, borogatásra és stypticumra is gyógyultak, műtėti beavatkozás nem vált szükségessé.

A többi esetben: haematoma-feltárás 41%, urethrorrhaphia 25%, urethrotomia externa 13%, sectio alta 2·5%, punctio s. Fleurant 2·5%, csontvadás 2·5%-ában az eseteknek végeztetett.

A kimenetelt illetőleg az esetek 5·13%-a exitussal végződött, stricturája volt az esetek 20%-ának, húgycsősipolya 18%-ának, teljesen gyógyulva távozott 56·36%.

**Blum Simon:** Húgyinfiltrációs esetek rövid statisztikája.

Haberern tanár urológiai osztályán öt év alatt ötven húgyinfiltrációs eset fordult elő, melyeknek igen rövid statisztikai méltatását óhajtom csak, tekintettel arra, hogy megjelenő közleményemben lesz alkalmam bővebben tárgyalhatni a kérdést.

A statisztika összeállításakor részint a betegség fontosabb anamnesises adatait, részint az okokat, részint a betegségre legjellemzőbb dolgokat vettem az egyes szempontok alapjául; itt csupán a főbbeket akarom röviden érinteni.

A kort illetőleg a 40—50. életév szolgáltatja a betegek legnagyobb contingensét (28%), a harmadik évtized aránylag a legkisebb számmal (2%), a többi pedig 16—20%-os percentszámmal szerepel.

A 20. életévig egyetlenegy eset fordult elő.

A foglalkozást illetőleg az ipari munkások az esetek 38%-át, a magánzók a legkevesebbet (4%) szolgáltatják. Napszámosok, hivatalnokok egyenként 18%-kal szerepelnek, földművesek 16%-kal.

Az anamnesises okokra az esetek 42%-ában a betegek semmiféle felvilágosítást sem tudtak nyújtani, 58%-ában az eseteknek pedig vagy belső traumára (44%) (katheterezés, szondázás, erős oldatok) vagy külső traumára (14%) (ütés, esés, rúgás) tudtak visszaemlékezni.

Az összes esetek 76%-ában évek előtt a betegnek urogenitalis bántalma volt, még pedig gonorrhoea az esetek 52%-ában, hypertrophia prostatae 20%-ában, hólyagkö pedig az esetek 4%-ában.

Közvetlen a húgyinfiltrációt megelőzőleg az esetek 84%-ában állott fenn valamely urogenitalis bántalom, még pedig: strictura 46%, hypertrophia prostatae 24%, gonorrhoea 14%-ában az eseteknek és ezen esetek valamennyijében cystitis is volt jelen.



A betegség, illetve a laesio kiindulási helyét illetőleg az esetek 54%-ában a pars cavern. urethr., 22%-ában a pars bulbosa urethr., 20%-ában a pars membr. urethr., 4%-ában a pars prostatica szerepelt.

A phlegmonosus folyamat a laesio helyétől terjedési irányát illetőleg 82%-ában az eseteknek ráterjedt a gátra, 50%-ában a herezacskóra, 32%-ában a penisre, 24%-ában az alhasra, 10%-ában a végbélre és környékére és 6%-ában a mellkasra.

Fontosnak tartottuk a beteg bejövetelekor annak a megállapítását is, vajjon a vizelet normalis vagy nem.

Spontán vizelt 30%, nehezen vizelt 24%, cseppekben ürült 16%, teljes vizeletretentio 30%-ában az eseteknek volt jelen.

Maga a vizelet az esetek 84%-ában nem volt normalis.

Az esetek 60%-ában súlyos sepsissel kerültek hozzánk betegeink, ezen esetek 53%-a exitussal végződött.

Egyébként a mortalitas az összes esetekben magas százalékat mutat, 32%-ot.

A legtöbb exitus a műtét utáni 3. és 10. napon történt, egyenként 19%-kal.

A behozott betegek halálozási arányszáma annál magasabb volt, minél később — a laesio megtörténte óta — kerültek osztályunkra, úgy hogy az észrevett tünetektől számított 5. napon műtét alá került betegek szolgáltatták a legmagasabb halálozási számot.

A phlegmonosus részek feltárásán kívül urethrotomia externa az esetek 34%-ában vált szükségessé. Az utólagos műtéteket illetőleg: az esetek 8%-ában a herezacskón, 12%-ában az urethrán kellett beavatkozni. 4%-ban penisplastika végeztetett.

\* \* \*

Ezután a szakosztály tudomásul veszi a jegyző és pénztáros jelentését és *Dollinger Gyulát* kéri fel a szavazat ideje alatt az elnöki szék átvételére. A szavazás eredménye:

Elnök: *Kuzmik Pál*, alelnök: *Illyés Géza*, jegyző: *Lobmayer Géza*, jegyző-helyettes: *Bakay Lajos*, pénztáros: *Dapsy Viktor*.

### Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

**Az orthotikus albuminuria és a tuberculosis közötti összefüggésről** beszélt *Luedke* és *Sturm* a wüzburgi orvosegylet egyik utóbbi ülésén. 140 gümőkóros beteget vizsgáltak meg s közülük 102-nek a vizeletében találtak fehérjét egy órai állás után. A betegség szakai tekintetében következőképpen oszlottak meg ezek az esetek: 1. szakbeli 60 eset közül 53-ban, 2. szakbeli 50 eset közül 32-ben és 3. szakbeli 30 eset közül 17-ben mutatkozott fehérjévizelés állás után. 85 esetben a vizelet üledékét is megvizsgálták és csak 4 esetben találtak szemcsés cylindereket. A talált fehérje az eseteknek többségében euglobulinnak bizonyult. Kontroll gyanánt 10 teljesen egészséges, tuberculinra sem reagáló egyén vizeletét vizsgálták és egyszer sem találtak egy órai állás után albuminuriát. 10 olyan gümőkóros közül, a kinek nem volt orthotikus albuminuriája, tuberculin befecskendezése után 4-nek a vizeletében lehetett egy órai állás után fehérjét kimutatni. Orthotikus albuminuria néhány esetében gümöbactilusokat is találtak a vizeletben. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1911. 29. szám, 1372. 1)

### PÁLYÁZATOK.

Vidéki sanatoriumban fiatal, végzett nőtlen orvos 1600 korona évi fizetéssel, teljes ellátással **október 1-re** állást foglalhat. Mellékjövödelemre számíthat. Kórházi gyakorlattal bíró vagy röntgenológiában jártas előnyben részesül.

Cím: **Dr. Láng Sándor** műtőorvos, *Debreczen*, Kossuth-utca 39, sanatorium.

**Kötelek** 4000 lélekszámú nagyközség (Jász-Nagykun-Szolnok-megye) **községi orvosi állása** üresedésben van; az állás **azonnal betölthető**, pályázati kérvény az előjárásnál benyújtható. Kézpénzfizetés évi 2400 kor., 5 szobás új lakás megfélelő kerítel. A megválasztandó orvosnak nagy mellékjövödelemre is van kilátása.

152/1911.

A pécsi kerületi munkásbiztosító pénztár igazgatósága pályázatot hirdet az újonnan rendszeresített pécsvárosi, átlagosan 6-800 taglétszámú **IX. kerületi orvosi állásra**. Ezen állás 2600 korona évi kezdőfizetéssel van egybekötve, egyelőre ideiglenesen töltetik be és a megválasztandó orvos köteles magát a pénztár szolgálati, fegyelmi és illetmény-szabályzatának alávetni.

Szabályszerűen felszerelt pályázati kérvények **1911. évi szeptember 30.-áig** a pénztár igazgatóságához adandók be, míg a megválasztott tartozik állását 1911. évi november 1.-én elfoglalni.

Pécs, 1911 szeptember 5.

*Hajdu Gyula* dr., igazgató.

*Hamerti Imre*, elnök.

9700/1911. alisp. sz.

Alsófehér vármegye verespataki járásában a **járási orvosi állás** üresedésbe jövén, arra ezennel pályázatot hirdetek.

Felhívom mindazon orvostudorokat, a kik ezen 2000 (kettőezer) korona kezdőfizetéssel, 360 (háromszázhatvan) korona évi lakpénzzel és 600 (hatszáz) korona évi útiátalánnyal javadalmazott állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883: I. t. cz. 9. §-ában meghatározott minősítésüket a tisztí orvosi vizsga letételét igazoló okmányokkal, születési bizonyítvánnyal felszerelt kérvényeiket Alsófehér vármegye alispánjához **1911. évi október hó 14.-éig** bezárólag adják be.

Azok, a kik közszolgálatban állanak, hivatalfőnökjük, a kik pedig nem állanak közszolgálatban, azok a lakhelyükre nézve illetékes főispán útján kötelesek pályázataikat beküldeni.

Meg kívánom jegyezni, hogy a járási orvos eddigelé a bányatárs-pénztári orvosi állást is elnyerte, a mi tudomásom szerint 2000 korona évi tiszteletdíjat jelent és valószínűnek tartom, hogy a jövőben is így lesz megoldva.

Nagyenyeden, 1911. évi augusztus hó 29.-én.

*Báró Bánffy Kázmér*, alispán.

54/1911. ig. sz.

Belügyeminister úr ő nagyméltóságának f. évi 86.836. sz. m. rendelete alapján a vezetésem alatt álló budapest-angyalföldi m. kir. áll. elmeógyógyintézetnél megüresedett **másodorvosi állásra**, a mely évi 1600 korona fizetéssel, egy bútorozott szobából álló természetbeni lakással, fűtéssel, világítással és I. osztályú étellemezéssel jár, pályázatot hirdetek.

Az állásra való kinevezés két évi időtartamra szól, de a szolgálati idő meghosszabbítható, ha a kinevezett orvos az állásra minden tekintetben alkalmasnak bizonyul.

Az egy koronás bélyeggel ellátott s belügyeminister úr ő nagyméltóságához címzett folyamodványok orvostudori oklevéllel, illetőségi bizonyítvánnyal és az esetleges eddigi működést igazoló okmányokkal felszerelve hozzám **folyó évi október hó 14.-éig** nyújtandók be.

Budapest, 1911 szeptember 10.-én.

*Epstein* dr., igazgató.

2697/1911. sz.

A pécsvárosi közkórház elmeógyógyító osztályán lemondás folytán megüresedett egy **másodorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása: 2000 korona fizetés, I. oszt. étellemezés és az intézetben természetben való lakás.

Felhívom a pályázni kívánó orvostudorokat, hogy kellő minősítésüket igazoló okmányaikkal felszerelt pályázati kérvényüket méltóságos *Visy László* úrhoz, Pécs szab. kir. város főispánjához címelve alulírott kórház igazgatóságánál legkésőbb **f. évi szeptember hó 30.-áig** nyújtsák be, mert a később érkező pályázatok figyelembe vételét nem fognak.

Pécs, 1911 szeptember hó 11.-én

*Kaufer Mór* dr., hely. kórházigazgató.

71/1911. sz.

A pesti izr. hitközség Bródy Zsigmond és Adél gyermekkorházában megüresedett sebész-főorvosi állás betöltendő.

Felkéretnek azon 45 éven aluli, magyar honos műtő-orvosdoktorok, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy születési bizonyítvánnyal, orvosdoktori, műtő-oklevéllel és eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat **f. évi szeptember hó 25.-éig** a pesti izr. hitközség titkári hivatalánál (VII., Sip-utca 12. sz.) benyújtsák szíveskedjenek.

Az állással 1200 korona évi költségátalány jár.

*A pesti izr. hitközség előjárósága.*

A losonczy kerületi munkásbiztosító-pénztár igazgatósága Szinóbánya székhelylél egy újonnan szervezett **pénztári kezelő orvosi állásra** pályázatot hirdet.

Az állás 2600 korona évi fizetés, 286 korona fuvardíj és az illetmény-szabályzatban megállapított fokozatos előléptetéssel járó korpótlékből álló javadalmazással van egybekötve.

Ezen javadalmazáshoz a gyártulajdonosok évi 1000 koronával járulnak hozzá, úgyszintén biztos ígéret van téve, hogy Szinóbánya a közel jövőben körorvosi székhely lesz.

Pályázati határidő **f. évi szeptember hó 20.-a déli 12 óra**. Az orvosi szolgálat a szolgálati, fegyelmi és illetmény-szabályzat alapján teljesítendő.

Bővebb felvilágosítást a pénztár főorvosa nyújt.

Losoncz, 1911 szeptember hó 1.-én.

*Losonczy kerületi munkásbiztosító-pénztár.*



3718/1911.

Az üresedésben levő ratkói **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek. A körorvos járandóságai: 1. Évi 1600 korona kezdő törzsfizetés, négy 200—200 koronás ötödévi korpótlék.

2. Vármegyei szabályrendeletben megállapított, ministeri jóváhagyás alatt álló lakpénz és fuvarátalány, melyek közül az előbbi 500, utóbbi 700 koronában lett a törvényhatóság által megállapítva.

3. A kör trachomás betegeinek a körorvos lakásán történő kezeléseért évi 400 korona.

4. Ratkó nagyközségtől a halottkémlésért 16 m<sup>3</sup> tűzifa házhöz szállítva (ezt a nagyközség kívánatra pénzben megváltja).

5. A m. kir. belügyministerium által engedélyezett, nyugdíjba beszámítandó 1000 korona helyi pótlék.

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: XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt minősítésüket igazoló okmányaikat hozzám **folyó évi szeptember hó 30.-áig** annál is inkább nyujtsák be, minthogy az elkésve érkezettek figyelembe venni nem fogom.

A választás iránt később fogok intézkedni.

Ratkó, 1911 augusztus hó 24.

Ladányi, szolgabíró.

4746/1911. köz. sz.

A Máramaros vármegyében Barczánfalva székhelyvel újonnan rendszeresített **orvosi körre** pályázatot nyitok.

Ezen kör 6 községből áll, ú. m.: Barczánfalva, Mikulapatak, Nánfalva, Vámosfalva, Farkasrév és Disznópatak.

A körorvosnak illetménye évi 1600 korona törzsfizetés, továbbá a belügyminister úrnak folyó évi július hó 1.-én kelt 92.147/1911. sz. rendeletével engedélyezett 1200 korona helyi pótlék, valamint a szabályrendeletileg megállapított fuvar, lakbér és látogatási díjak.

A kellően felszerelt kérvények hivatalomhoz **folyó évi szeptember hó 30.-áig** nyujtandók be, a később beérkező kérvényeket figyelembe nem veszem.

A választás napját a kérvények beérkezése után fogom kitűzni s arról kérvényezőket előzőleg értesíteni fogom.

Aknasugata g, 1911 augusztus 31.

A főszolgabíró.

3500/1911. sz.

A vezetésem alatt álló **közkórháznál** lemondás folytán megüresedett, **egy alorvosi és egy segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az alorvos javadalmazása 2000 korona, lakás, fűtés és élelmezés. A kinevezés 2 évre szól, de meghosszabbítható. Magángyakorlat csak annyiban van a városban megengedve, a mennyiben a szolgálattal összeegyeztethető. Orvosi gyakorlatra utasított és nős pályázók figyelembe nem jöhetnek.

A segédorvos javadalmazása 1200 korona, lakás, fűtés, élelmezés. A kinevezés 2 évre szól.

Más pályázó hiányában orvosi gyakorlatra utasított orvosok is kinevezhetők. Magángyakorlat nincs megengedve.

A folyamodványok méltóságos **Makfalvy Géza** úrhoz, Somogyvármegye főispánjához intézendők és a kórházi igazgatóságnál nyujtandók **be szeptember hó 18.-áig**

Kaposvár, 1911 szeptember hó 2.

Szigethi-Gyula Sándor dr., igazgató.

5875. eln. I/A. 3. 1911. sz.

A besztercebányai m. kir. erdőigazgatóság kerületében megüresedett breznóbányai m. kir. kincstári **erdészeti orvosi állás** betöltése érdekében pályázatot nyitok.

A X. fizetési osztályba kinevezendő orvosnak évi fizetése 1000 korona, az 1904. évi I. törvénycikk, illetve 1906. évi IX. törvénycikk értelmében járó személyi pótlék, szabályszerű lakpénz fizetési osztályának megfelelő rendszeresített mellékilletmények, hivatalos kiszállásai alkalmával az erdészeti szolgálati ágazatnál érvényben levő szabályzat szerinti napidíjak élvezete és 1200 korona évi lótarási átalány, melynek terhére köteles lesz a kinevezendő orvos egy kétfogatú kocsi tartani.

Pályázók felhivatnak: miszerint az 1883. évi I. törvénycikk szerint kívánt szakképzettségüket, az államerdészeti szolgálatba újonnan belépni kívánók pedig ezenfelül még ép testalkatukat, különösen jól látó, beszélni és hallóképességüket, kincstári erdészeti orvos, megyei főorvos, avagy honvédtörzsorvos által kiállított bizonyítvánnyal, valamint életkoruk és illetőségükről tanuskodó anyakönyvi kivonattal, továbbá a hivatalos magyar nyelvnek szóban és írásban való tökéletes bírását igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket **folyó évi október hó 15.-éig** a m. kir. földmívelésügyi minister úrhoz czimezve, alulírott erdőigazgatóságnál nyujtsák be.

Besztercebánya, 1911 szeptember 6.

M. kir. erdőigazgatóság.

:: 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 használatlik.

**Kiváló óvszer a vörhenynél (scarlatina) fellépő vesebántalmaknál.**



E forrás kiváló tulajdonságai:

Hugyhajtó hatása.

Kelemes 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 húgsavas lerakódásokban, vesehomok és vesekövek képződésében szenvednek.

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

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

**UJ**

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

**FODORMENTHA-LYSOFORM**  
(LYSOFORMIUM MENTHAE)

Igen kelemes mentha-izü, gyengén alkalikus fertőtlenítő-szer, melynek hatásos alkotórészei az oldatban maradnak. 1 üveg tartalma 100 cm<sup>3</sup>, ára kor. 1'60.

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

Orvosoknak 1000 cm<sup>3</sup> üvegben 7-50 K szállítjuk.

Mintát és irodalmat ingyen küld:

**Dr. Keleti és Murányi vegyészeti gyára Újpesten.**

(Lysoform-gyár.)



# ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

## TARTALOM:

## EREDETI KÖZLÉSEK.

**Pólya Jenő**: Közlemény a Szt. István-kórház III. sebészi osztályáról. Adalék a gyomormyomák ismeretéhez. 683. lap.

**Péteri Ignác**: Közlemény a budapesti tud.-egyetem II. számú nőgyógyászati klinikájáról. (Igazgató: Tauffer Vilmos dr., egyetemi ny. r. tanár, m. kir. udvari tanácsos.) A konyhasó-oldatok hatása az újszülöttek szervezetére. 684. lap.

**Vándor Dezső**: A radium-inhalatio hatásáról néhány eset kapcsán. 687. lap.

**Dollinger Gyula**: Az arcidegszábák gyógykezelése alkoholfecskendezésekkel. 689. lap.

**Sugár K. Márton**: Labyrinthus és nystagmus. 692. lap.

**Irodalom-szemle. Könyvismertetés. R. Krause**: Kursus der normalen Histologie. — Új könyvek. — **Lapszemle. Belorvostan. Mazzuoli**: A vérvizsgálat jelentősége helmintiasisban. — **Sebészet. Lieblein**: A hosszú bélresectiók prognosisa. — **Wrede**: Az örökösített veleszületett térdkalácsficzamosítás ritka esetei és azok aetiologiája. — **Gyermekorvostan. Prosper Merklen**: Emotíós icterus és egy esetből kiinduló enyhe icterus-járvány. — **Bőrkórtan. E. Hahn**: A keratoma palmare et plantare hereditarium átöröklési viszonyai. — **Venerés betegségek. Notthafft**: Alkohol és nemi bajok. — **Húgyszervi betegségek. Felix Schlagintweit**: A phosphaturia. — **Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Kukorojerow**: Kezdődő aortasclerosis felismerése. — **Koltisch**: Idősult bélhurut. — **Baruch**: Sebek sarjadásának elősegítése. — **Mühsam**: Jothion használata a laryngológiában. 694–697. lap.

**Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság.** 697. lap.

**Vegyes hírek.** 697. lap.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

## Közlemény a Szt. István-kórház III. sebészi osztályáról.

## Adalék a gyomormyomák ismeretéhez.\*

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

Körülbelül félszázat tesz ki az irodalomban ezideig ismertett gyomormyomák száma; közöttük azonban sok olyan van, a melyet klinice nem észleltek s melynek csak kórczolási lelete ismeretes. Azért azt hiszem nem végezek felesleges munkát, a mikor az általam észlelt, már nagyságánál fogva is jelentékeny gyomormyoma esetét közlöm.

B. B. 65 éves földműves, felvétetett a Szt. István-kórházba 1911 márczius 26.-án. 5 hó óta veszi észre, hogy a hasa nő, azelőtt teljesen egészséges volt. Az utóbbi időben soványodik és étvágya romlik.

Az erősen lesóványodott beteg mellkasi szervei épek, hasában egy emberfejnyi, éles határú, jobbról balra és felülről lefelé jól mozgatható, egyenetlen, göbös, összehúzódott izomconsistentiájú daganat tapintható, mely felett a kopogtatósi hang tompa. Ez a tompulat a májjal nem függ össze, közéje és a máj közé a gyomor dobos csíkja ékelődik. A gyomor kétségtelenül a daganat fölött van; a daganatnak a colonhoz való viszonya pontosan nem állapítható meg. Helyzeténél, nagyságánál, gyors növekedésénél, göbösségénél, szabad mozgékonyosságánál és mindennemű gyomor- és bélpassagezavar hiányánál fogva a bélfodorból vagy a mesocolon transversumból kiinduló sarcomára tettük a valószínű diagnosist.

Műtét márczius 31.-én aethernarcosisban. Hosszú laparotomia a középvonalban. Kiténik, hogy a daganat főtömege a bursa omentalisban van, azonban a mesocolon transversumot is áttöri, úgy hogy a colon felhajtása után alsó po-

lusa a hasür alsó etage-ában foglal helyet. A colon transversum mint egy koszorú veszi körül a daganatot. A gyomor nagy görbülete összefügg a daganattal, illetve a daganat e helyen a gyomor ürébe áttöri. Első gondolatunk az volt, hogy a daganatot a gyomornak a daganathoz rögzített részével és a colon transversummal együtt fogjuk kiirtani, mivel úgy látszott, hogy a mesocolon transversumból a daganatot nem lehet a colon ereinek sérelme nélkül kihámozni; azonban midőn erre nézve kísérletet tettünk, láttuk, hogy ez mégis lehetséges és valamelyes vérzés árán csakugyan sikerült a daganatot a mesocolon transversumból kihámozni. A colon színe jó maradt, csak a mesocolon transversumban képződött egy jó tenyérnyi defectus. Ezután a daganatot a gyomor egy ékalakú darabjának resectiója után eltávolítottuk. A gyomor sebszéleit egy áttöltő catgut- és egy finom selyem serosa-varratsorral egyesítettük. A mesocolon transversum defectusát elzártuk és az ezen defectusnak megfelelő colonrészletet csepleszszel vettük körül. A hasfalat rétegesen, minden drainage nélkül zártuk.

A kiirtott 1 kilogramm súlyú daganat a *Genersich* tanár intézetében készült leírás szerint férfifejnél nagyobb (19.5 cm. hosszú, 15 cm. széles, 13.2 cm. magas), egyenetlen, mogyoró-gyermekfejnyi dudorokból van összetéve, melyek tömött, szívós szövetből állanak és sehol sem mutatják ellágyulást vagy más elfajulás nyomát. A hasüreg felé kidomborodó dudorok az elég dúsan érezett hashártyával bevonat, simák, fénylők. A daganat egyik oldalán rajta van a vele együtt kiirtott gyomorral egy része, mely mintegy féltenyérnyi kiterjedésben körülfogja az álképletnek a gyomor ürege felé kiemelkedő, szintén egyenetlen, kisebb-nagyobb csomókból álló részletét, melynek felületén nyálkahártya pusztaság szemmel nem ismerhető fel, de a melyen semmi kiefekélyesedés sem mutatható ki. A metszett felületen a gyomorfal izomrétege egy darabig még kísérhető a daganat belsőjébe, úgy hogy a gyomorfalzat egy 3.5 cm.-nyi részletben maga a daganatszövet által van kiegészítve.

A mikroszkopi metszeten kiindulva az ép gyomorból,

\* A Kir. Orvosegyesület 1911 május 6.-i ülésén tartott betegbemutató nyomán.



azt látjuk, hogy a muscularis fokozatosan megvastagodva, határ nélkül megy át a daganat szövetébe, mely mint amaz, sima izomsejtkötegekből áll. Ezek lefutásuk közben minden irányban összefonódnak, úgy hogy a metszés hol hossz-, hol haránt-, hol ferde irányban szelve át a sejteket, a simaizomsejtekre jellemző pálczikaalakú magvak helyenként kerekded, máshol hosszúkas alakot mutatnak. A simaizomsejtek vékonyabb kötegeit fibrosus kötőszövet finom szálai kísérik végig, míg vastag, sokszor hyalinosan átváltozott rostos kötőszöveti kötegek a daganatot kisebb-nagyobb területekre osztják fel. E kötőszöveti sövényekben nagyobb ereket és capillariseket találunk. A daganatnak a gyomor üre felé néző részlete gömbsejtesen infiltrált szegélylyel végződik, melyben a hajszálerek erősen ki vannak tágulva és vérrel teltek és a mely a szélek felé éles határ nélkül folytatódik a mirigyes nyálkahártyába. A muscularis mucosaehez a daganatnak semmi köze sincs. *Diagnosis: Leiomyoma parietis ventriculi intramurale ad ventricululum et praecipue ad cavum peritoneale exuberans.* (Prof. *Genersich*, dr. *Móga Kornélia*.)

A súlyos műtétet a beteg elég jól állotta ki, a gyógyulást csak egy felületen hasfali genyedés zavarta. A seb helyén a kórházból való távozása alkalmával (május 7.-én) keskeny felületen sarjfelszín van. A beteg jól összeszedte magát, gyomor- és bélműködése rendes. Mint orvosa, *Kardos dr.* Mezöcsáthról f. hó 4.-én kelt levelében írja, jelenleg jól érzi magát, meghízott.

Az esettel kapcsolatban szabadjon ezen ritka gyomordaganatok megjelenési formáiról, klinikai tüneteiről és gyógyításáról néhány szóval megemlékezni.

Már *Virchow*, a ki ezen gyomordaganatokat először írta le, megállapította, hogy ezen myomák növekedésük közben kilépnek a muscularisból és aztán vagy submucosusan, vagy subserosusan nőnek, a mi szerint megkülönböztetett belső és külső myomákat. Ezekhez csatlakozik egy harmadik csoportja a myomáknak, melyekre az utóbbi időben különösen *Cohn* és *Magnus-Alsleben* munkái tettek figyelmessé és melyekhez hasonlókat *Pernice*, *Herhold*, *Capello*, *Poirier*, *Sammter* írt le, a melyek t. i. a pylorusban székelnek és intramuralis helyzetűek maradnak. *Cohn* és *Magnus-Alsleben* eseteiben kifejezett adenomyomák voltak jelen; a *hám Cohn* esetében egy a pylorusba ágyazott pancreascsírból, *Magnus-Alsleben* 5 esetében mindig a *Brunner*-mirigyek hámból származott.

Míg ezek a pylorusmyomák, valamint a submucosusan kifejlődő belső myomák rendszerint kicsinyek maradnak, addig a subserosusan fejlődő külső myomák, melyek a belsőknél jóval gyakrabban észleltettek, tetemesen megnőnek; az *Erlach* valamint az *Eiselsberg* által kiírtott gyomormyomák 5 $\frac{1}{2}$  kilo súlyúak voltak; a *Brodovski* által leírt myosarcoma 12 font súlyú volt s a hasür kétharmadát kitöltötte. Ezek a külső myomák néha nyeleződnek, ilyenkor azonban rendszerint nem nőnek nagyra (*Steiner*).

A daganat által okozott klinikai tünetek igen különbözők a daganat helyzete és nagysága szerint. A pylorusmyoma, ha kicsiny, tünet nélkül állhat fenn, ha nagyobb (*Sammter* esetében már babnyi, *Herhold* esetében mogyorónyi), pylorus-stenosisra és következményes gyomortágulásra vezethet és a pylorus-stenosis vagy pylorusrák klinikai képével jár.

A belső myomák tünet nélkül állhatnak fenn; ha a pylorus közelében vannak, pylorus-stenosis jelenségeit idézhetik elő, máskor súlyos vérzések származhatnak belőlük (*Niemeyer*, *Kemke*, *Miodovski*), melyek halálosan végződhetnek. Külső myomák esetében a gyomortünetek háttérbe szorulnak, legfeljebb igen homályos gyomortünetek jelentkeznek, mint pl. nyomás, fájdalom, étvágytalanság; a gyomorchemismus, mint több idevágó eset mutatja, nem változik meg és egyáltalán klinikailag a tapintható tumor lép előtérbe, melyet a különböző észlelők cseplesz-, mesenterium-, lép-, ovarium-, pancreastumornak tartottak. A gyomormyoma-diagnoszt eddig még senkinek sem sikerült megállapítani.

Meg kell még jegyeznünk, hogy ezek a gyomormyomák

rossztermészetű elfajulásra hajlamosak; vannak köztük kifejezett myosarcomák (a *Lofaro* által összeállított 121 gyomorsarcoma közt 14 myosarcoma van), máskor csak a daganat egy része alakul át sarcomává, míg főtömege közönséges leiomyoma, de tudnivaló, hogy olyankor is képződhetnek metastasisok, ha a histologiai kép semminemű malignitást nem mutat (*Hanse-mann*) Különben a myomáknak a myosarcomáktól és az orsósejtű sarcomáktól való elhatárolása tekintetében a histologusok közt most is vannak vitás pontok. Igen érdekes a metastasisok tekintetében *Moser* egyik esete, melyben a gyomorban levő myosarcoma mellett még egy mellékvesecarcinoma is volt jelen és mindakettő metastasisokat okozott a májban.

Azon körülmény, hogy a gyomormyomák rossztermészetű degenerációra, metastasisképződésre hajlamosak, már önmagában javálja a műteti eltávolítást, épp úgy megokolta teszi a műtétet belső myomák esetén a vérzés, külsők esetén a növekedés veszedelme. Mivel azonban ezen myomák megdiagnosztálására ezidőszert semmiféle biztos támpontunk sincs, a fenti indicatio teljesen akadémius értékű, az operativ indiciók ilyen myomák esetében teljesen tünetiek lesznek és pylorusstenosis, vérzés vagy tapintható daganat fog a beavatkozásra okot szolgáltatni.

A mi a műtét technikáját illeti, *Herhold* és *Poirier*-nek sikerült a tumort a gyomor állományából kihámozni; nyelezett myomáknál a nyél lekötése utáni eltávolítás (belső myomáknál gastrostomia útján), szélesen ülőknél a myoma ágyának resectiója jó szóba. Nagy külső myomáknál a szomszéd szervekkel való összenövés nehezítheti meg a műtétet, sőt a mesocolon transversummal való erős összekapaszkodás colonsrectiót is tehet szükségessé.

**Irodalom.** Összefoglaló munkái: *Steiner*: Beiträge zur klinischen Chirurgie, 1898. 22. k. — *Alessandri*: Mitteilungen aus den Grenzgeb der Medizin und Chirurgie, 1903. 12. köt. — Ezenkívül felhasznált irodalom: *Virchow*: Krankhafte Geschwülste, Bd. III. — *Magnus-Alsleben*: Virchow's Archiv, 173 — *Miodovski*: Ibidem. — *Eiselsberg*: Archiv für klinische Chirurgie, 40. k. — *Moser*: Deutsche medizinische Wochenschrift, 1903. — *Sammter*: Deutsche medizinische Wochenschrift, 1904. — *Noll*: Diss. Inaug. Würzburg, 1901. — *Cohn*: Diss. Inaug. Greifswald, 1903. — *Lofaro*: Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Bd. 101. — *Yates*: Annals of surgery, 1906 október. — *Richter*: Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 102. köt. — *Hildebrand*: Jahresberichte 1900–1909

**Közlemény a budapesti tud.-egyetem II. számú nőgyógyászati klinikájáról. (Igazgató: Tauffer Vilmos dr., egyetemi ny. r. tanár, m. kir. udvari tanácsos.)**

### A konyhasó-oldatok hatása az újszülöttek szervezetére.

Irta: *Péteri Ignác* dr., gyermekklinikai tanársegéd.

Az utolsó évek vizsgálatai egy addig figyelemre nem eléggé méltatott kérdésre, a sóknak nagy jelentőségére, derítették világosságot és juttattak sok oly ismeret birtokába, melyek a sóknak a szervezetre gyakorolt befolyását merőben új szempontokból mutatták meg. Míg a szerves anyagok sorsát és jelentőségét illetőleg elsősorban felnőtt egyénekre vonatkozó vizsgálatokból vonhattuk le a következtetést a csecsemőkre, addig a sókat illetőleg egyenesen a csecsemőkön eszközölt vizsgálatok irányadók. Kiderült ezekből, hogy a sók, többirányú élettani fontosságuk mellett, főleg a csecsemők súlyára, hőmérsékletére és érlökésére bírnak befolyással.

A hőmérsékletre való hatásuk azon vizsgálatok folyamán lett nyilvánvaló, melyeket *Finkelstein* és tanítványai az alimenteris láz kérdésének megfigyeltése körül végeztek.

*Finkelstein* és tanítványai hívták fel első ízben figyelmünket azon körülményre, mely szerint a csecsemőtáplálék egyes alkotórészei, illetve ezeknek bizonyos keverékei, a csecsemőben a testhőmérsék emelkedését idézhetik elő. *Finkelstein* búvárlatai alapján a czukornak tulajdonította a pyrogen hatást, bizonyították ezen körülményt *Schaps*-nak kísérletei, a ki 0.8 chlornatrium-oldattal isotoniás czukoroldatot fecskendezett a bőr alá és az eredmény hőemelkedés volt.



*Finkelstein* szerint tehát a cukor okozza az alimentaris lázat oly módon, hogy a beteg csecsemő bélnyálkahártyája előzetesen már elvesztvén ellenállóképességét, permeabilitását tétetett a cukor behatolásának és így az kifejtheti lázokozó hatását csak úgy, mintha subcutan került volna a szervezetbe; a cukor „lázhoz vezető eltolódást okoz a rendes körülmények között egyenletes elosztásban lévő só-ionok között a szövetnedveken belül”. A cukor által eredményezett láz ily módon mint sóláz szerepeltethető, mely körülmény *Schaps*-ot arra indította, hogy kísérleteit 0.8%-os konyhasó-oldat bőr alá fecskendezésével folytassa és a láz éppen úgy jelentkezett, mint cukoroldatok befecskendezésére.

*Schaps* kísérleteinek ezen meglepő eredményei feltűnést keltettek annál is inkább, mert ismeretük előtt a physiologiai konyhasó-oldat bőr alá fecskendezése mindenütt elfogadott és sűrűn alkalmazott gyógyeljárás-számba ment és senki sem gondolt a konyhasó hőemelkedést okozó hatására. Ily módon a figyelem a sóknak a szervezet anyagcseréjében való szerepe felé irányult.

*Freund* egyike volt az elsőnek, a kiknek sóanyagcserevizsgálataik folyamán feltűntek azon testsúlyingadozások, melyek a sódús tápláléktól a sótalán táplálékhoz való átmenegetelkor észlelhetők és úgy találta, hogy nagy súlygyarapodásnál nagy mennyiség chlor tartatik vissza a szervezetben. *L. F. Meyer* olyan módon folytatta a vizsgálatok láncolatát, hogy a megfigyelendő csecsemők táplálékához különféle sókat kevert különféle koncentrációban és kimutatta, hogy a szervezetben vízretentiót elsősorban a kation-natrium eredményez és ez a hatás különféle anion hozzáadására megfelelően kisebbithető, illetve fokozható, még pedig oly módon, hogy legnagyobb vízvisszatartó hatása a kation-natriumnak az anion-chlorral való kapcsolatban van, míg ellenben a kalium- és calcium-ionok vagy egyáltalában nem okoznak súlygyarapodást, vagy ellenkezésképp súlyvesztéséget eredményeznek. A súlygörbe emelkedése például physiologiai konyhasó-oldatnak a táplálékhoz való keverése folytán meglepő, néhány nap alatt 700 gr. is lehet a testsúly emelkedése. Természetes, hogy ily nagy súlygyarapodás csupán a visszatartott és lazán megkötött víznek tulajdonítható. Másodsorban pedig *L. F. Meyer* kimutatta, hogy a sók befolyással vannak a test hőmérsékletére is, még pedig a sóknak a szervezettől való megvonása hőszűnyedést és azoknak többletben való adagolása hőemelkedést okoz. Így elsősorban a natrium-ionok per os juttatva a szervezetbe, pyrogen hatást fejtenek ki, vagyis 2—3 gr. konyhasó 100 gr. vízben oldva, úgyszintén a natriumjodid és natriumbromid is, kifejezetten hőemelkedést vált ki és pedig meglepően egyforma jelleggel: a hőemelkedés kezdődik 2—4 óra múlva, legmagasabb a láz 4—6 óra múlva és ismét normalis a hőmérsék 12—24 óra múlva. A kaliumionok hatása *L. F. Meyer* szerint szintén pyrogen, de ez a hatás többször kimarad és egyenetlen, ellenben a calciumsók hatása kifejezetten apyrogen. *L. F. Meyer* a sóláz okát nem a szöveti nedvek osmosis egyensúlyában okozott változásban keresi, hanem *specifikus ionhatásnak és pedig kationhatásnak tekinti*.

*Schloss* sókkal végzett anyagcserevizsgálatai alkalmával három fémmel a víz anyagcseréjére vonatkozólag pozitív eredményt mutat fel; legnagyobb mértékben nyilatkozott meg a pozitív hatás a natrium-sókkal, mint a melyeknek hatása erősebb és hosszabban tartó volt, míg a calcium- és kalium-sók hatása kisebb és gyorsabban végződik. Valamennyi összeköttetésnél pedig a chlornatrium kivételével kisebb-nagyobb súlyvesztéseket is észlelt, főleg erőset a calcium-összeköttetésekénél. *Schloss* magyarázata szerint a sóknak többletben a szervezetbe bevitele folytán a szövetek, illetve szövetnedvek hypertonusossá tételnek és így a szervezet az isotonia elnyerése érdekében visszatartja az ennek kiegyenlítésére szükséges vízmennyiséget. *Schloss* továbbá összefüggést talált a láz és a víz-, illetve só-retentio, evvel ellentétben pedig a subnormalis hőmérsék és a víz-, illetve só-vesztés között. *Schloss* physialis-chemiai úton előidézettnek és koncentrációs eltolódások folytán létrejöttnek tekinti a sók okozta lázat.

A sóknak az alimentaris láz létrejöttében való szerepére vonatkozó értékes adatokkal szolgálnak *Heim* és *John* kísérletei. Az 1908-ban közzétett cikkükben heveny alimentaris zavaroknak physiologiai konyhasó-oldattal való kezeléséről számolnak be; oly módon jártak el, hogy naponként körülbelül 1 liter physiologiai konyhasó-oldatot itattak meg a beteg csecsemővel. Ezen eljárással nagymennyiségű vizet sikerül a szervezetbe juttatni, mely a konyhasó-oldat chlortartalmánál fogva meg is tartatik a szervezetben, a szövetnedvekben keringő mérges anyagok nagyobb hígítást nyernek, s azok azután a megindult veseműködés következtében hamarabb kikerülhetnek a szervezetből és így a magas láz megszűnik. A konyhasó natriumja a bélben képződött káros savakat közömbösíti és a physiologiai konyhasó-oldat mint „isotoniás” oldat gyógyító hatással van a bél nyálkahártyájára.

*Heim* és *John* a legjobb eredményeket az alimentaris intoxicationál mutatták fel, a hol a szervezet nagymennyiségű vizet veszített és úgynevezett „*exsiccatio*” állapotban van. Az *exsiccatio* az organismus víztelenségében és a vér besűrűsödésében nyilvánul meg. Ha *exsiccatio* állapotban lévő csecsemő  $\frac{1}{2}$ —1 liter konyhasó-oldatot vesz fel, akkor az *exsiccatio* tünetek rövid időn belül visszafejződnek és 100—600 gr. súlytöbblet mutatkozik.

*Heim* és *John* sókkal végzett kísérleteik közben szintén rájöttek a konyhasónak hőemelkedést okozó hatására, így sokszor 40° C hőmérséklet észleltek, mely láz 24 óráig állott fenn és további 12—24 óra alatt a testhőmérsék a normalisra szállott alá. Ha a konyhasó-oldat adagolását a láz daczára sem hagyták abba, a csecsemő állapota mindinkább rosszabbodott és exitus következett be. Feltűnt továbbá azon körülmény is, hogy főleg súlyosan decomponált, zsír- és liszt-táplálásban szenvedő és parenteralis infectiókban megbetegedett csecsemők voltak azok, kik sóoldatokra lázzal reagáltak.

*Heim* és *John* felfogása szerint a só hydropigen és pyrogen hatása között fontos összefüggések vannak, mert feltűnt, hogy a konyhasó pyrogen hatása nem annyira a só-oldat mennyiségétől, mint inkább annak töménységétől függ. Ezen tény arra engedett következtetni, hogy a láz oly módon jön létre, hogy a szervezet a vérben keringő só hydropigen hatásának eleget teendő, minthogy nem kap elegendő exogen vizet, a saját oxydatiós vizét használja fel és tartja vissza. Ha sót kis adagban, nagy hígításban adunk be az egészséges szervezetbe, akkor a só hydropigen igényei a vízzel szemben a bejuttatott vízzel egyszersmind fedeztetnek is s ekkor súlyemelkedést fogunk észlelni, mert a só és a víz egy része visszatartatik. Ha azonban ugyanaz a sómennyiség töményebb alakban jut a szervezetbe, akkor a szervezet kénytelen oxydatiós vizével takarékoskodni, minek folytán a vizelet mennyisége csökken, a bőrpárolgás és a kilégtett vízgőz mennyisége kevesebb lesz. A perspiratio csökkenése hőtorlódásra vezet és ily módon létrejön a „sóláz”.

Minthogy a csecsemő hőszabályozó készüléke még nem oly tökéletes, mint a felnőtté, hiányai a táplálkozási zavarokban még inkább érvényre jutnak. Mert *Heim* és *John* felfogása szerint az alimentaris láz létrejöttében nemcsak belső alimentaris zavarok, hanem külső thermikus befolyások is nagy szerepet játszanak. *Rietschel*-nek, továbbá *Heim* és *John*-nak a beteg csecsemőtestnek túlhevítésére vonatkozó kísérletei tudniillik azt mutatják, hogy a test hőmérséke túlhevítéskor jelentékenyen magasabbra szökik és a ennek magyarázata az, hogy a már úgyis vízszegény beteg csecsemőszervezet a túlhevítés leküzdésére igénybe veszi hűtőkészülékét, úgy hogy a bőr és tüdők útján több vizet bocsát el, de minthogy erre a vízszegény szervezet nem képes, hőtorlódás következtében beáll a magas testhőmérséklet.

*Heim* és *John* szerint tehát az alimentaris láz előidézésében egyforma szerep jut úgy a cukornak, mint a sóknak és a külső hőhatásoknak, még pedig olyan módon, hogy a cukor abnormalis erjedése folytán keletkezett savanyú bomlási-termékek károsan befolyásolják a bélfalat, ennek ered-



ménye a gyakori hasmenés vagyis a nagyfokú vízvesztés; a csecsemőszervezet ily módon „praeexsiccatio” állapotba jut és megkezdí takarékoskodását a rendelkezésére álló vízkészlettel, minek következtében fokozódik érzékenysége a külső hőmérsékkel szemben, s az eredmény kis hőtorlódás. Ha ez az állapot fokozódik, beáll az exsiccatio stadium, mikor a csecsemő vérseruma magas koncentrációt mutat. Az ilyen állapot fokozódásakor a szövetek, a mennyire ez lehetséges, leadják vizüket a vérnek, vagyis a szervezet felhasználja a saját oxydatiós vizét, minek következtében a hűtőkészülék felmondja a szolgálatot és beáll a nagyfokú hőtorlódás. Vagyis a magas külső hőmérsék nagy befolyással van az exsiccatio állapot létrejöttére, hát még mily szerepe van a vízszegény szervezet megkárosításában. Innen van, hogy az alimentaris intoxicatio csaknem kizárólag a meleg nyári hónapok betegsége. Heim és John óva int úgy az egészséges, mint a beteg csecsemő túlhevítésétől és az alimentaris zavarok (dyspepsia, intoxicatio) terapiájában fontos szerepet tulajdonít a csecsemőtest mesterséges lehűtésének.

Egész új módon nyeri magyarázatát a sóláz *Tangl* vizsgálatai alapján. Az állatoknak bőre alá adott sóoldat az elfogyasztott oxygen mennyiségét ugyanis jelentékenyen növelte és így a hőemelkedés az élénkebb anyagcsere következménye.

Legutóbb *Cobliener*, ki konyhasó-oldatnak bőr alá és per os adásával hasonlóképpen hőemelkedést észlelt csecsemőkön, a láz létrejöttét következőképpen magyarázza: Ha a véráramba nagyobb mennyiségű konyhasó kerül, akkor a vese vagy azonnal kiválasztja a sótöbbletet, vagy pedig ha erre nem képes, azon esetben a vér megfelelő mennyiség vízzel együtt átadja fölösleges sóját a szöveteknek, miáltal a szövetnedvek magasabb chlornatrium-concentrációt mutatnak. A sejtek így magasabb osmosis-nyomással bíró nedvvel lesznek körülvéve, mint rendes körülmények között s ezáltal az egyensúly a sejt és az azt körülvevő nedv között megváltozik, minek folytán a sejtekben izgalmi állapot jön létre. Ha már most ezen folyamat a hőszabályozási központ közelében játszódik le, ez a centrum izgalmi állapotba jön, mire a szervezet hőemelkedéssel reagál.

A budapesti tud.-egyetem II. nőgyógyászati klinikájának újszülött-ananyag konyhasó-oldatnak per os adagolásával végzett kísérleteimnél a leírtakat nem hagyhattam figyelmen kívül, mert érdekelt megtudnom, vajjon a konyhasó-oldat az újszülött szervezetébe juttatva, szintén tud-e testhőmérsék-emelkedéseket előidézni, másrészt pedig, mert rokon állapotot véltem felfedezni a Heim és John által hangsúlyozott exsiccatio állapot és az újszülött physiologiai súlyvesztése által feltételezett állapot között.

Ismeretes, hogy a csecsemő súlygörbéje az élet első 2—3 napjában jelentékeny esést mutat. Ez a súlycsökkenés általában nagy ingadozásoknak van alávetve (*Bouchaud* szerint 200 gr., *Gregory* szerint 203 gr., *Steiner* szerint 222 gr., *Winkel* szerint 180 gr., *Budin* szerint 150—200 gr.). Az újszülött súlycsökkenésének előidézésében nagy része van első sorban a szervezet vízvesztésének, a mi a foetalis vérkeringés megszűntével és a légzőapparat megindulásával a tüdőkn keresztül, továbbá a vesék és a bőrfelület útján jön létre. Exsiccatio állapot következik így be, mely a vér besűrűsödésében nyilatkozik meg. Legújabbán *F. Rott* végzett újszülötteken a vér koncentrációjának megállapítását célzó kísérleteket a *Strubell* által ajánlott refractometriás eljárás alkalmazásával és megállapította, hogy az újszülött súlygörbéjének esésével parallel emelkedik a refractiós görbe, azaz a testsúly csökkenésével együtt jár a vér víztartalmának csökkenése. *F. Rott* úgy találta, hogy a születés utáni 3. napon, a mikor legmélyebben állott a testsúlygörbe, legmagasabb pontját érte el a refractiós görbe. Az újszülött az első 24 órában absolut, a második 24 órában pedig közel absolut éhezési állapotban van, mely körülmény kétséget kizárólag a szervezet víztartalmának csökkenését vonja maga után, a mi a refractiós érték emelkedésével jár, viszont a következő na-

pokban elfogyasztott tej mennyiségével együtt esik a vérserum refractiós tényezője is.

Az utóbb elmondottak alapján kézenfekvő dolog, hogy az újszülött physiologiai súlyvesztése által feltételezett állapot, vagyis súlyvesztés + vérconcentratio-fokozódás az exsiccationak tiszta képét tárja elénk, hasonló állapotot ahhoz, melyet acut táplálkozási zavarban szenvedő csecsemőkön (alimentaris intoxicatio, dyspepsia) láthatunk, a midőn a súlyvesztés helyreállítása sikeresen eszközölhető a Heim és John által ajánlott physiologiai konyhasó-oldatnak per os való adagolásával.

Másodsorban figyelembe kellett vennem a konyhasó-oldatnak a testhőmérsékletre való befolyását, minthogy pedig a konyhasó-oldatot az élet első 24 óráján belül adagoltam, tekintetbe kellett vennem azon ingadozásokat, melyeknek az újszülött testhőmérséklete physiologiai körülmények között az első 24 órán belül és azontúl is ki van téve. Erre vonatkozólag értékes adatokat és pontos mérések eredményét találhatjuk *J. Jundell*, *Bärensprung*, *Förster*, *Eröss* munkáiban. Ez utóbbi szerző 100 újszülöttön 3200 mérést eszközölt és azon eredményre jutott, hogy az újszülött végbélhőmérséke a születés pillanatában középszámítás szerint 37.6° C, erre nagyobb esés következik be, mely legmélyebb pontját az első óra végén vagy a második óra elején éri el, átlag 35.84° C. Innen kezdve a hőmérsék emelkedést mutat és a 9—10. órában eléri a 37° C-t, hogy csekély ingadozásokkal ezen magasságon állandóan megmaradjon.

Mindezek előrebocsátása után a következőkben kísérleteim eredményéről óhajtok beszámolni. A konyhasóból, illetve minden zavaró körülmény mellőzése végett a vegytiszta chlornatriumból különféle töménységű oldatokat készítettem (ú. m. 0.7%, 1%, 2%, 3%) destillált vízzel és az oldatot megfelelő mennyiségű saccharinnal megédesítettem, mert a kísérletek folyamán meggyőződhettem arról, hogy míg saccharin nélkül a sóoldat adagolása tetemes nehézségekbe ütközik, addig saccharinnal könnyebben beadhatunk egyszerre 30—50 cm<sup>3</sup> sóoldatot, főleg a kevésbé tömény oldatokból; az erősebben koncentrált oldatoknak per os gyomorcső nélkül adása, még saccharinnal is, igen nagy nehézséggel jár, sőt sokszor keresztülvihetetlen. Az oldatokat szopóüvegekbe öntöttem és *Soxhlet*-féle készülékben steriliztettem.

Kísérleteimet egyelőre jól kifejlődött, 3000 gr.-nál nem kisebb testsúlyllyal bíró újszülötteken végeztem és a konyhasó-oldatot az első 24 órában adagoltam, úgy hogy az első adagot a születés utáni 3—4. óra után fogyasztattam el, nehogy a physiologiai testhőmérsék-ingadozás talán zavarja megfigyeléseimet. A konyhasó-oldat beadása után a testhőmérséklet 10 órán keresztül minden 2 órában ellenőriztem, megfigyeltem a testsúlyingadozást, a gyermek közérzetét, a székletének mennyiségét és minőségét, ügyelettel voltam oedemák jelentkezésére, végül pedig jegyeztem a szobahőmérsékletet.

Összesen 20 újszülöttnek adtam konyhasó-oldatot, a rövidség okáért azonban csak egynéhány kísérletről fogok részletesebben beszámolni.

Ismerve főleg a nagymennyiségű konyhasónak a csecsemőszervezetre sokszor káros hatását, a konyhasóoldatot eleinte gyenge töménységben (7.0 gr.: 1000), kis mennyiségben és csak egy ízben adagoltam.

L. F. Kezdeti testsúly 3300 gr. Testhőmérsék 36.0° C. Szobahőmérsék 16° R. Születés után 4 órával 50 gr. physiologiai konyhasó-oldatot kap (7.0 gr. NaCl + 1000 gr. aqua destillata) Testhőmérsék 10 órán át 2 óránként mérve: 36.4° C, 36.9° C, 37.0° C, 36.9° C, 36.8° C. Másnap testsúly 3200 gr. Hőmérsék 36.9° C. Harmadnap testsúly 3150 gr. Hőmérsék normalis. Negyednap testsúly 3250 gr. Közérzet jó. Normalis átmeneti székletének napjában 2—3-szor. Oedemák nem jelentkeztek.

Ezen esetben a physiologiai konyhasó-oldat sem a testhőmérsékre, sem pedig a physiologiai súlyvesztésre befolyással nem volt.

Kísérleteimet ezután 1% oldattal folytattam, de még mindig kis mennyiségben és csak egy ízben adagoltam.



P. J., kezdeti testsúly 3200 gr. Testhőmérsék 36<sup>o</sup>2'. Szobahőmérsék 17<sup>o</sup> R. Szül. után 7 órával 40 gr. 1<sup>o</sup>/<sub>o</sub>-os konyhasó-oldat. Testhőmérsék 10 órán át 2 óránként mérve: 35<sup>o</sup>9' C, 36<sup>o</sup>4' C, 36<sup>o</sup>4' C, 36<sup>o</sup>6' C, 37<sup>o</sup>3' C. Másnap testsúly: 3200 gr. Hőmérsék délelőtt 37<sup>o</sup>3', délután 37<sup>o</sup>2'. Harmadnap testsúly 3150 gr. Hőmérsék normalis. Negyednap testsúly 3200 gr. Közérzet jó. Oedemák nem jelentkeztek. Testsúly továbbra is emelkedik. 2—3 rendes széklet.

Ezen és más hasonló kísérletben lázas mozgalmról szintén nem beszélhetünk, a testhőmérsék mindössze 2—3 tizedfokkal haladta meg a normalisat, feltűnő volt azonban az a minimalis (csak 50 gr.) súlyvesztés, melyet a gyermek 40 gr. 1<sup>o</sup>/<sub>o</sub>-os konyhasó-oldat beadása után szenvedett.

A további kísérletek, melyek 2—3<sup>o</sup>/<sub>o</sub> konyhasó-oldatnak szintén csak egy ízben való adagolásával (50—55 cm<sup>3</sup>) történtek, nagyjából hasonló eredményre vezettek, t. i. a testsúlyvesztés 50—150 gr.-ra redukálódott, a testhőmérsékre azonban ilyen mennyiségű konyhasó-oldat lényeges befolyással ezen esetekben sem volt, csak egy ízben kaptam valamivel magasabb hőemelkedést.

K. J. Kezdeti testsúly 3350 gr. Testhőmérsék 36<sup>o</sup>3'. Szobahőmérsék 14<sup>o</sup> R. Szül. után 14 órával 50 cm<sup>3</sup> 2<sup>o</sup>/<sub>o</sub>-os konyhasó-oldatot kap. Testhőmérsék az első 10 órában 36<sup>o</sup>6' C és 36<sup>o</sup>9' C között ingadozik. Másnap reggeli hőmérsék 37<sup>o</sup>6' C, esti hőmérsék 37<sup>o</sup>2' C. Testsúly 3200 gr. Ettől kezdve a testhőmérsék és súlygyarapodás normalis. A székletek rendesek és a közérzet teljesen zavartalan.

Minthogy ez utóbbi esetben a gyermekek semmi olyan tünet sem volt észlelhető, mely a hőemelkedést magyarázta volna, arra kell következtetnünk, hogy a 37<sup>o</sup>6' C hőemelkedést az 50 cm<sup>3</sup> 2<sup>o</sup>/<sub>o</sub>-os konyhasó-oldat okozhatta.

Mindezen elsorolt kísérletek folyamán meggyőződhettem arról, hogy eltekintve néhány tizedfok hőemelkedéstől, a konyhasó-oldat, főleg kisebb koncentrációban, még elég nagy mennyiségben is teljesen veszélytelenül adható, miért is további kísérleteimet oly módon rendeztem be, hogy az újszülöttek az első 24 órában több ízben adattam kisebb-nagyobb mennyiségű (20—50 gr.) physiologiai konyhasó-oldatot (7<sup>o</sup> gr. NaCl + 1000 gr. aqua destill. + 10 tabl. saccharin). Ilyen formában a legnagyobb könnyűséggel adagolható 24 óra alatt 150—200 cm<sup>3</sup> physiologiai konyhasó-oldat. Tekintetbe véve azon körülményt, hogy az újszülött physiologiai testsúlyvesztése tulajdonképpen a szervezet kistökű exsiccitios állapotának tekinthető, a melyet már kis mennyiségű konyhasó-oldat beadásával is kedvezően befolyásolhatunk, várható volt, hogy nagyobb mennyiségű physiologiai konyhasó-oldatnak a szervezetbe való juttatásával a physiologiai súlyvesztés teljesen megszüntetjük vagy legalább is a minimumra redukálhatjuk. Ezen feltevésem kísérleteim folyamán beigazolást nyert, a mennyiben 100—150 cm<sup>3</sup> physiologiai konyhasó-oldat az első 24 órában 3—4 óránként adagolva elég mennyiségnek bizonyult ahhoz, hogy a physiologiai súlyvesztés egyáltalában ne következék be.

W. Gy., kezdeti testsúly 3150 gr. Testhőmérsék az egész kísérlet alatt normalis ingadozásokat mutat. Szül. után 5 órával 150 cm<sup>3</sup> physiologiai konyhasó-oldatot fogyaszt el 24 óra alatt (5×20—40 cm<sup>3</sup>). Testsúlya másnap 3200 gr. Harmadnap 3250 gr. Ettől kezdve jól szopik és testsúlya állandóan emelkedik.

T. E., kezdeti testsúly 3250 gr. Testhőmérsék 36<sup>o</sup>3'. Szobahőmérsék 15<sup>o</sup> R. Szül. után a 4. órától kezdve 24 óra alatt 5 ízben kap 10—50 cm<sup>3</sup>, összesen 160 cm<sup>3</sup> physiologiai konyhasó-oldatot. Testhőmérséke mindvégig normalis. Másnap testsúlya 3250 gr. Harmadnap testsúlya 3275 gr. Negyednap 3300 gr. stb. Közérzet teljesen jó. Rendes szopik és a súlygyarapodás folytatódik.

T. L., kezdeti testsúly 3250 gr. Testhőmérsék 36<sup>o</sup>8'. Szül. után 10 órával 5 ízben összesen 160 cm<sup>3</sup> physiologiai konyhasó-oldatot kap. Másnap testsúlya 3350 gr. Harmadnap 3350 gr. Negyednap 3400 gr. Ötödnap 3450 gr. Hőemelkedés nem mutatkozott.

Szükségtelennek tartom, hogy még több ugyanilyen eredményt felmutató kísérletemről részletesen beszámoljak, mert ez a három utóbb leírt eset is eléggé bizonyítja azt, hogy a physiologiai konyhasó-oldatnak, illetve NaCl-tartalmának vízmegkötő képessége folytán olyan oldatnak birtokában vagyunk, melynek elegendő (100—150 cm<sup>3</sup>) mennyiségben való adagolásával a physiologiai testsúlyvesztésnek elébevéghatunk és ily módon megfelelhetünk F. Rott-nak azon kérdésére: „Ob es möglich ist, das neugeborene Kind durch zeiti-

tige und ausreichende Flüssigkeitszufuhr vor einem grösseren Gewichtsverluste zu bewahren“.

További kutatások feladata volna annak eldöntése, hogy nagyobb mennyiségű és magasabb töménységű konyhasó-oldal milyen mértékben befolyásolja az újszülött testhőmérsékét, mert hiszen L. F. Meyer, Heim és John eredményei szerint már 100 cm<sup>3</sup> 3<sup>o</sup>/<sub>o</sub>-os NaCl-oldat teljes biztossággal lázat idéz elő. Ezen kérdés felderítésére gyomorcső segítségével kellene nagyobb mennyiségű 3<sup>o</sup>/<sub>o</sub> konyhasó-oldatot a gyomorba juttatni, mert a mint már volt alkalmam említeni, töményebb oldatokat gyomorcső nélkül adagolni sokszor kivihetetlen. Ezen kísérleti sorozaton belül technikai okokból a gyomorcső használata, sajnos, nem volt keresztülvihető, de reményem, lesz alkalmam ilyen irányban végzendő kísérleteimről is beszámolhatni.

Eldöntetlen kérdés továbbá még az is, hogy a physiologiai konyhasó-oldat hol fejti ki a szervezetben vízmegkötő hatását, a sejtekben-e, vagy a vérben, vagy mindkét helyen? Kísérleteim eredményét a következő pontokban foglalhatom össze:

1. konyhasó-oldat per os az újszülött szervezetébe juttatva, gyenge koncentrációban még nagy mennyiségben sincs befolyással a testhőmérsékre, erősebb koncentrációban (2—3<sup>o</sup>/<sub>o</sub>) kis mennyiségben (40—50 cm<sup>3</sup>) csak néhány tizedfok hőemelkedést okoz;
2. konyhasó-oldat újszülötteknek per os adagolva, nincs káros befolyással az emésztőtractusra;
3. physiologiai konyhasó-oldat újszülötteknek nagyobb mennyiségben (100—150 cm<sup>3</sup>) adagolva, kedvezően befolyásolja, sőt teljesen megszünteti a physiologiai testsúlyvesztésget.

**Irodalom.** L. F. Meyer: Die Bedeutung der Mineralsalze bei den Ernährungsstörungen des Säuglings. Salzburg, 1909. — F. Rott: Beitrag zur Wesenerklärung der physiologischen Gewichtsabnahme des Neugeborenen. Zeitschrift f. Kinderheilkunde, Bd. I., H. 1., 1910. — Heim u. John: Pyrogene u. hydropigene Eigenschaften der physiologischen Salzlösung. Arch. f. Kinderheilk. Bd. 54., H. I—III. S. 65. — U. a.: Ein Beitrag zur Theorie des Salzfiebers. Monatsschr. f. Kinderheilk. 1910, Bd. IX. 56. — U. a.: Das alimentäre Fieber. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. I., H. 4. 1911. — U. a.: Die Thermoregulation des gesunden u. ernährungsgestörten Säuglings. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. XXIII., H. 3., S. 266. — U. a.: Ueber die interne Anwendung von Salzlösungen bei Behandlung der akuten Ernährungsstörungen im Säuglingsalter. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. VI., 11. 1908. — E. Schloss: Untersuchungen über den Einfluss der Salze auf den Säuglingsorganismus. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. XXI., H. 3., 1910. — H. Koeppe: Studien zum Mineralstoffwechsel. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. XXIII., H. 1., 1911. — J. Eröss: Untersuchungen über die norm. Temperatur-Verhältnisse der Neugeborenen in den ersten 8 Lebenstagen. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. XXIV., S. 189. 1886. — J. Jundell: Ueber die nykthemeralen Temperaturschwankungen im ersten Lebensjahre des Menschen. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 59., S. 521. 1904. — S. Coblener: Ueber die Wirkung vom Zucker u. Kochsalz auf den Säuglingsorganismus. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 23., H. 4., 1911. — A. Czerny-A. Keller: Des Kindes Ernährung, Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie. Bd. I. — H. Rietschel: Sommerhitze, Wohnungstemperatur u. Säuglingssterblichkeit. Zeitschr. für Kinderheilk., Bd. I., H. 5—6.

## A radium-inhalatio hatásáról néhány eset kapcsán.

Közli: Vándor Dezső dr., az „Allradium-inhalatorium“ vezetője.

A radiumtherapia ma már nem tartozik a klinikák kísérleti gyógytényezői közé, hanem mint közszükséglet, minden gyakorló-orvos gyógyító-készletében helyet kell, hogy foglaljon. Nem kell a klinikák és kórházak kísérleti eredményeire várnunk, már a legmértékadobb tényező is nyilatkozott: maga az élet.

A radium ivó- és fürdőkúrák évek óta alkalmazásban vannak, eredményeik közmelegnyugvásra szolgálnak és közismertek.

A physiologiai vizsgálatok kimutatták, hogy a radium első bomlási terméke — az emanatio — a bőrön keresztül nem szívódik fel, hanem kisebb mértékben a gyomor nyálka-



hártyáján keresztül, teljes egészében a vérrel való közvetlen érintkezés útján keveredik úgyszólván a vérrel és jut a szervezet sejtjeihez.

A vérrel való ily közvetlen érintkezésbe csak belégzés útján jut az emanatio. Oly módról kellett tehát gondoskodni, a mely lehetővé teszi, hogy az emanatio egyrészt hosszabb időn keresztül érintkezzék a vérrel, másrészt, hogy a kilégzéssel ne leheljünk ki minden belégzett emanatiót.

Ezt csak oly módon lehet elérni, hogy a légkört, melyben az inhalatio történik, megtöltjük emanatióval. Ezzel elérjük, hogy néhány belégzés után a szervezet, illetve a vér, ugyanannyi emanatiót (Volt-egységet) tartalmaz, mint a légkör, a melyben a belégzés történik. Tehát a vér és a levegő emanatio-tartalma egyensúlyba jön.

Ezen célú szolgálja a *radium-inhalatiós gép*, az „*Allradium-inhalator*“, egy körülbelül egy méter magas henger, melynek tetejére fémrudakon forgatható acél-lap van erősítve. Ezen áll 4 kisebb fémhenger, melyek légmentesen zárnak magukba egy-egy radiumchlorid-oldatot tartalmazó üveghengert. Ezek a „*radium-tornyok*“. A 4 torony alul egy-egy hozzávezető-, felül egy-egy kivezető-csővel van felszerelve. A hozzávezető-csővön keresztül bocsátjuk be az oxygent, a mely átjárva a radiumchlorid-oldatot, a kivezető-csővön keresztül egy fölfelé szájadzó nyíláson át jut ki a levegőbe s magával viszi a radium-emanatiót. Ezen úton 10 percig bocsátjuk keresztül az oxygent, mely idő alatt teljesen kimossa a radiumchlorid-oldat felett meggyülemlett és az oldatban lévő radium-emanatiót.

A nagy henger alapja szilárd lemez, oldallapjának egy része 2 szárnyal nyílik és alul köröskörül lyukakkal ellátott; felső lapja drótháló.

A hengerben van elhelyezve: a) a villany-ventillator, b) 6 drótháló-tálcza és c) egy csésze-alj.

A *ventillatornak* kettős szerepe van és pedig: a) mint szívókészülék az alsó lyukakon keresztül magához szívja az inhalatorium helyiségének levegőjét s a dróthálós fedőlapon kihajtja a felső rétegek felé; b) az egész légkörnek ezen állandó mozgásban tartásával a toronyból kihajtott radium-emanatiót összekeveri a levegővel.

A *drótháló-tálczákon* égett-mész-darabokat helyezünk el, melyek a ventillator által az alsó lyukakon beszívott levegő szén-savát (melyet a betegek kilehelnek) lekötik. Így a felső hálón kihajtott levegő szén-savmentes lesz.

A legalul elhelyezett *csésze-aljba* nyáron jeget, máskor vizet teszünk a levegő hűsítése céljából.

A légzés útján elhasznált oxygen pótlására az oxygen-bombából mosó-üvegen keresztül állandóan bocsátunk oxygent a helyiségbe.

Az inhalatorium-helyiséget igyekeznünk megóvni attól, hogy a levegő az ajtó és ablak nyílásain, illetve hézagain távozzék, a miért azokat légmentesen kell elzárunk.

Az így felszerelt helyiség a „*radium-inhalatorium*“ (*Allradium-inhalatorium*), melyben a betegnek 2—3 óra hosszát kell tartózkodnia, hogy az emanatio kellő időn keresztül érintkezzék a vérrel, illetve szövetsejtekkel.

Azon szerencsés helyzetben vagyok, hogy a *radium-inhalatoriumban* adott radium-emanationak néhány esetben mutatkozott hatásáról máris beszámolhatok.

I. F. A. 40 éves kereskedő június hó 23.-án fango-göngyölések vétele céljából jelentkezik.

Kórelőzmény: Évek óta végtagjaiban vándorló fájdalmas érzések. Egy év előtt a jobb alsó végtagja belső oldala mentén érzékenység köszöntött be, a mikor 3 hétig ágyban fekvő beteg volt. Belső, továbbá hölég-, Lukács-fürdő- és villamos kezelésre némi javulás állott be, de kényelmetlen érzése állandó. Néhány nap előtt az ágyéktáj mindkét oldalán élénk fájdalom jelentkezett.

Jelen állapot: A farpofákra, a térdhajlatra, az ikrákra és a lábfejre is kiterjedő fájdalom, korlátolt járásképeség, álmatlanság, étvágytalanság. A vizeletben az urátok megszorodtak.

Diagnosis: Ischias chron. uratica lateris utriusque.

Therapia: Antiuraticus diaeta. Fango-borogatás (38—35° R).

3 fangó-borogatás (38° R) után némi enyhülés.

Julius hó 1.-én jelentkezett az „*Allradium-inhalatoriumban*“.

Julius hó 5.-én a fájdalmak megszűntek, a miért 5 napig elmaradt.

Julius hó 10.-étől üléseit folytatja, mivel fájdalmai újból beállottak.

Julius 20.-án jelenti, hogy fájdalmai ritkábban és kisebb intenzitással jelentkeznek, főleg éjjel.

Julius hó 25.-én jelenti, hogy 3 napja fájdalommentes.

Az augusztus hó 2.-i 19. ülés alkalmával jelenti, hogy órák hosszát ül íróasztalánál, 1—2 órát jár, hűvös fürdőket használ; teljes euphoria mellett fájdalommentesen távozik.

2. Özv. Sch. K.-né, 53 éves, volt vendéglősné. 21 év előtt bal térdizületben lobos folyamat jelentkezett, 3 hónapig ágyban fekvő beteg volt, utána a bal alsó végtagját nem tudta kinyújtani, térdizülete dagadt, állandóan érzékeny. Körülbelül másfél éve élénk fájdalmak lepték meg, a bal láb rövidebb lett, a mozgásképeség korlátolt, a duzzanat fokozottabb.

Jelen állapot július 3.-án: Jól táplált, középtermetű, fáradtnak látszó egyén; bal alsó végtagját a térdizületben behajlítva tartja, félénken, mintegy ugrálva lábujjhegyen lép bot segítségével. A condylusok tájára gyakorolt nyomás érzékeny; a passiv nyújtás maximális foka 160°, az activé 145°. Térdizülete duzzadt.

	Jobb térdizület	Bal térdizület
térdkalács felett	45 cm.	57 cm.
„ közepén	41.2 cm.	51 cm.
„ alatt	38.5 cm.	44.5 cm.

Diagnosis: Monarthritus chron deformans.

Therapia: Fango-borogatás (39—41.5° R) 40—45 percig, massage.

Julius hó 13.-án a duzzanat, érzékenység csökkent, az activ mozgékony-ság fokozódott.

Julius 14.-én kezdi a radium-inhalatiót, a mikor a

bal térdizület 54 cm.

46 „

42 „

Julius 20.-án 52 „

42 „

40 „

Az activ nyújtás 155, a passiv 165 fok.

Augusztus 12.-én befejezi a fango-borogatásokat.

Augusztus 22.-én befejezi a 30 radium-inhalatiót, a mikor a térdizület térfogata 47 cm., míg július 12.-én volt 57 cm.

43 „

39.5 „

„

„

„

„

„

„

„

„

„

„

„

„

„

„

„

„

„

„

„

„

„

„

„

„

„

„

„

„

„

„

„

„

„

„

„

„

„

„

„

„

„

„

„

„

„

„

„

„

„

„

Az activ és passiv nyújtás 175 fok; szabad, könnyű, fájdalommentes járás és állás, a térdizületben lendítő mozgások. Gyógyultan távozik.

3. Cs. J. 51 éves hivatalnok. 14 év előtt lues 5 év előtt 20 corrosivus-injectio. Felvétele előtt nagybeteg feleségét ápolta és temette el, a mi nagyon megviselte és állapotát súlyosbította.

Jelen állapot július 19.-én: Rosszul táplált, elernyed; rossz közérzet, életuntság állapota reménytelenségének tudatában; fáradt járás, renyhe mozgások, bágyadt hanglejtés. Teljesen lefogyott; petyhüdt izomzat, fokozott idegizgalom; pulsus 190; a baloldali pupillaris reflex negativ, a jobboldali renyhe; a patellaris reflex negativ. A járás bizonytalan; étvágytalan, álmatlan; nagyfokú diarrhoea, végbélkörüli fájdalom; impotentia coeundi.

Therapia: 26 R°-os *félfürdő*, fejhűtő 40 percig, skót-zuhany a gerincztájra, az ikraizmok enyhe massage-a és *radium-inhalatio*.

Julius 24.-én az ülés alatt zsibbadás érzése a végtagokban; a pulsus az ülés után 182, a közérzet javult, a fej és az alsó végtagok fájdalmai megszűntek, az alvás javult, a coitus könnyen sikerült, a diarrhoea megszűnt, a végbélfájdalmak csökkentek.

Julius 25.-én a diarrhoea megszűnt.

Augusztus 10.-én 4 napi pausa, utazás miatt, a mikor megfázott; catarrhus bronchialis, hőmérsék 39.2° C.

Augusztus 12.-én a catarrhus oldódik, bő váladék, a hőmérsék 37.8° C.

Augusztus 17.-én. A fájdalmak a gyomor és végbél táján megszűntek, a potentia fokozott, az étvágy javult, az alvás jó, mély; pupillaris reflex kis fokban, a patellaris reflex negativ; a közérzet, kedélyállapot absolut jó; meglegedetten távozik.

Ha ezen három esetből szabad következtetést vonni, kijelenthetjük, hogy a *radium-emanatio, inhalatio* útján jutva a szervezetbe, mint elsőrangú *analgeticum* szerepel; hogy *antiphlogisticum*, a mennyiben a lobterményeket úgy idült (monarthritus), mint heveny esetben (catarrhus bronchialis) felszívódásra bírja; továbbá, hogy az anyagcserére oly *általános hatást* fejt ki, mely a szervezet, de főleg az idegrendszer jobb táplálásában nyilvánul meg s a szervezet physikai és psychés activ munkaképességében jelentkezik. Tapasztalataink tehát megerősítik az irodalomban található adatokat a radium-emanatio kedvező hatásáról.

A radium-sugaraknak az idegrendszerre és a többi szervre, illetve azok sejtállományára való hatását a jövőben szándékozom esetek ismertetése kapcsán ismertetni.



## Az arczidegzsábák gyógykezelése alkohol-befecskendezésekkel.

Irta: *Dollinger Gyula* dr., egyet. nyilv. r. tanár.

(Vége.)

### IV. Gyógykezelési tapasztalatok.

#### 1. Az I. ág zsábája.

Csupán az I. ág zsábájával három nőbeteget gyógykezelttem. Koruk 31, 38, 59 esztendő, a zsába tartama 3, 4, 7 esztendő. A fájdalom megszüntetésére két betegnél egy-egy, egy betegnél négy befecskendezésre volt szükség. Két betegnél a befecskendezések az ideg kilépéséhez a fossa pterygomaxillarisba történtek, egynél azonban, és ez az utolsó eset volt, a foramen supraorbitale helyén az orbitában fekvő idegszelvényhez. Két betegnél a műtét után hypaesthesia állott be, és pedig az egyiknél az I. ág egész bőrterületén, a másiknál kisebb területen, azonban daczára annak a neuralgiás rohamok megszüntetésére az előbbi betegnél még egy befecskendezésre volt szükség. Mindhárom betegünkönél, azoknál is, a kiknél a befecskendezés az orbita mögött a fossa pterygomaxillarisba történt, épp úgy, mint a kinél elülről fecskendeztünk az orbitába, a szemhéjak a műtét napján vizenyössé váltak. Ez azonban három-négy nap alatt borogatásokra elmúlt. Két betegünkönél a zsába azonnal az első befecskendezésre elmúlt. Ezek közül egy 38 éves nő zsábája 10 hónapig szünetelt és csak akkor újult ki, a mikor a terhesség 3. hónapjában elvetélt és sok vért vesztett. Két hó múlva a klinikán újra kapott a fissurába egy befecskendezést, a mely a zsábát elmentette és azóta 5 hó óta fájdalommentes. Egy 59 éves nő 7 éves zsábája miatt folyó év február havában a foramen supraorbitale helyén a nervus supraorbitalisnak a szemüregben fekvő szelvényéhez végeztünk befecskendezést. Azóta addig, a míg e sorokat írom, 5 hó telt el és a beteg rohammentes. Egy 34 éves nő 4 éves zsábája két befecskendezésre, a melyeket én végeztem, és kettőre, a melyeket másutt végeztek, nem lett teljesen fájdalommentes, hanem csakis javult.

Összefoglalva tehát az első ág zsábájának gyógykezelésével elért eredményeket, azt látjuk, hogy egy betegünk négy befecskendezésre sem lett teljesen fájdalommentes, hanem csak javult, kettő ellenben egy-egy befecskendezésre azonnal fájdalommentessé lett, még pedig az egyik beteg egy befecskendezésre első ízben 10 hónapig, a zsába kiújulása után pedig ismét 1 befecskendezés után most 5 hó óta fájdalommentes, míg a másik 3 hó óta rohammentes. Ez utóbbi esetben a rohammentességet környéki befecskendezéssel értük el, a miből az következik, hogy a gyógyuláshoz nem szükséges, hogy a befecskendezés az ideget éppen ott érje, a hol a koponyát elhagyja és a hol a látóideg közelsége miatt az alkohol-befecskendezés esetleg a látóképességre káros behatással lehet.

#### 2. A II. ág zsábája.

Csupán a II. ág zsábája miatt 8 betegnél alkalmaztam alkohol-befecskendezéseket. Ezek közül 3-nál egyet, 2-nél kettőt, 2-nél hármat és 1-nél ötöt. A befecskendezett mennyiség egy, másfél és két köbcentimeter volt. Két betegem igen erős fájdalmat jelzett, a mikor a tű hegye az ideget érte. Ezek közül az egyiknek a rohamjait az első befecskendezés azonnal meg is szüntette. A másiknál ellenben a rohamok tovább is fennállottak és újabb befecskendezést tettek szükségessé. Abból tehát, hogy a beteg a befecskendezés pillanatában élénk fájdalmat érez, esetleg olyat, mint a roham alkalmával, nem következik, hogy az a befecskendezés a rohamokat meg is szünteti. Első eseteimben a II. ág zsábájánál csak a foramen rotundumhoz alkalmaztam befecskendezéseket, később azonban ezen a helyen kívül a foramen infraorbitalehoz is fecskendeztem, sőt legutóbb a canalis infraorbitalisba is.

Tekintettel azon körülményre, hogy a foramen rotundumhoz a fissurába fecskendezett alkohol a látóideget megtámadhatja, ezután a II. ág azon neuralgiáinál, a melyek csupán

a nervus infraorbitalisra szorítkoznak, a befecskendést először a foramen infraorbitalehoz alkalmazzuk és csak ha itt nem boldogulunk, fecskendünk a foramen rotundumhoz. Az első befecskendezés csupán egy 49 éves nő 8 éves zsábáját vágta el, egy 55 éves nő 2 éves zsábája csak a második befecskendezésre múlt el azonnal, míg egy 46 éves nő 2 éves zsábája a befecskendezés után reggeltől délig még tombolt és csak akkor szünetelt meg teljesen. 5 betegnek a fájdalmai nem szünetek meg teljesen, mialatt a klinikán tartózkodtak. Ezek mindegyikénél maradt fenn valami csekély nyomási bizsergés a régi zsába területén. Két betegnek csak a felső szemfoga maradt kissé fájdalmas. Különböztetve a befecskendezések közvetlen hatása az egyes esetekben annyira változatos, hogy e tüneteket lehetetlen egységes körképébe összefoglalni.

Egyik betegünkönél a rohamok a befecskendezés után 5 napig még tovább fennállottak és azután maradtak el teljesen. Más esetekben a rohamokat a befecskendezés elmentette, azonban a beteg egynéhány nap múlva bizsergést érez, ettől többé nem szabadul meg és ez csakhamar ismét a régihez hasonló rohamokká fokozódik. Egy 40 éves betegünk 12 éves zsábáját négy befecskendezéssel nem sikerült megszüntetni. Az 5. befecskendezésre a rohamok elmaradtak, de a beteg arcza ezután sem volt teljesen fájdalommentes.

A 8 betegnél eddig elért eredmény a következő: egy 51 éves nő 13 éves zsábáját egy befecskendezéssel szüntettük meg. Egy hóig volt fájdalommentes, azután fájdalom visszatért, de most nem olyan erős, mint a milyen volt azelőtt. Egy 49 éves beteg, a kinek 8 éves zsábáját 1910 május havában egy befecskendezéssel elváltuk és egy 46 éves nő, a kinek 2 éves zsábáját 2 befecskendezéssel szüntettük meg, 3 hónapig volt rohammentes. Azóta ismét vannak rohamjai. Egy 55 éves beteg 2 éves zsábáját 1910 szeptember havában 2 befecskendezéssel szüntettem meg. Hét hóig volt rohammentes, ezen idő elteltével a zsábája kiújult és jelenleg olyan erős, a milyen volt azelőtt. Két betegnél nem multak el a fájdalmak teljesen, de sokkal enyhébbek, mint a milyenek a befecskendezés előtt voltak. Ezek egyike két befecskendezést kapott, míg a másik 40 nap alatt ötöt. Ez azt írja, hogy a mikor a klinikát elhagyta, egy ideig még voltak fájdalmai, de lassanként elmúltak és most már 4 hóval a befecskendezés után csak akkor vannak fájdalmai, a mikor eszik vagy mosakodik. Két beteg fájdalmai szintén nem multak el teljesen, hanem csak enyhültek, egynéhány hónap után azonban ismét a régihez hasonló zsábájuk volt.

Összefoglalva az eredményeket, azt látjuk, hogy 8 beteg közül négynek a rohamjait a befecskendezésekkel megszüntettük, de a fájdalomosság 1, 3, 3, 7 hó múlva visszatért. 4-nél a rohamokat nem sikerült teljesen elmentenünk. Ezek közül 2-nél kétszeri, illetőleg háromszori befecskendezés után most kevesebb a fájdalom, 2-nél azonban éppen olyan erősek, a fájások, mint a befecskendezések előtt. Megjegyzendő, hogy ezek egyike csak egyetlenegy befecskendezést kapott. Mindezen betegeknél tehát a befecskendezéseket most meg kellene újítani.

#### 3. A III. ág zsábája.

Csupán a III. ág zsábájával 10 beteget gyógykezelttem. Volt közöttük öt férfi, öt nő. Hét jobb- és három baloldali.

Koruk 38, 43, 47, 49, 50, 58, 58, 61, 67, 72 év. A zsába fennállott 1, 3, 4, 5, 6, 6, 8, 10, 10 és 22 év óta. Csupán a foramen ovalehoz 8 beteg kapott befecskendezést. A foramen ovalehoz, mandibulaehez és a plica glossopharyngeába a nervus lingualishoz 2. A II. és III. ág zsábájánál nagyon gondosan megvizsgálandó előre a szájüreg, különösen a fogazat. Ezt azonban néha majdnem egészen lehetlenné teszi a zsába, a mely a száj vagy az arcz legkisebb érintésére rohammal reagál. Egy 61 éves asszony 10 éves neuralgiája a foramen ovalehoz alkalmazott befecskendezés után ötöd napra még mindig fájt, de a fájdalom annyira csökkent, hogy most már alaposan megvizsgálhattuk a foggyökereket. Egy foggyökér eltávolítása után a fájdalom elmúlt. Egy 38 éves férfiú incisura mandibularisa olyan ma-



gasan feküdt, hogy csukott szájánál közte és a járomív között alig maradt annyi hely, hogy azon át beszűrhattunk volna. A többi esetben ilyen nehézségre nem bukkantam többé. A III. ág zsábája miatt végzett alkoholfefecskendezések közvetlen következményei a szerint különbözők, hogy a befecskendezés hová történt. A foramen ovalehoz alkalmazott befecskendezésnek a következménye, hogy a beteg egynéhány napig csak korlátoltan tudja a száját kinyitni és hogy a halánték táján fájdalmai vannak. Ennek a fájdalomnak nagy része a műtétet követő napokon alkalmazott borogatásokra elmúlik, míg a szájnyitás valamivel később válik ismét rendessé.

A foramen mandibularehoz és a plica glossopharyngeába alkalmazott befecskendezések a szájon át történnek. Több esetünkben állottak be utána igen heves tünetek, kettőben garatályogok, a melyek közül az egyik esetben erős oedema mutatkozott a garatban. Daczára ennek a nagy reakciónak, ebben az esetben már a negyedik napon a zsába a régi vehemenciájával újra előállott. Volt olyan esetünk, a melyben csupán a foramen ovalehoz alkalmazott befecskendezés eredménytelen maradt, míg a foramen ovalehoz, mandibularehoz és a plica glossopharyngeába alkalmazott befecskendezés a rohamokat elvágta, de volt ezzel szemben olyan is, a hol a foramen ovalehoz alkalmazott első befecskendezés eredménytelensége után az említett három helyre alkalmazott befecskendezés is eredménytelen maradt és a rohamokat ismét a foramen ovalehoz alkalmazott befecskendezés szüntette meg.

Minthogy pedig nincsen kizárva, hogy az előbbi esetben is a foramen ovalehoz alkalmazott befecskendezés szüntette meg a rohamokat és minthogy a foramen ovalehoz alkalmazott befecskendezés csekély múlt helyi tüneteken kívül egyéb bajt nem okoz, míg a másik két helyre alkalmazott befecskendezés tályogképződéshez vezethet, azért a jövőben a III. ág zsábáinál annál is inkább a foramen ovalehoz alkalmazott befecskendezésekre fogok szorítkozni, mert azon három esetemben, a melyben ezen csoport zsábáinál a legjobb eredményeket értem el, csupán a foramen ovalehoz alkalmaztam befecskendezéseket. A nervus lingualishoz vagy a nervus mandibularishoz a jövőben csak akkor fogok befecskendezéseket alkalmazni, a mikor a zsába csak azon idegágakra szorítkozik. A befecskendezés közvetlen következményei a zsábára a következők voltak. Hat esetben az első befecskendezés vágta el a rohamot, három esetben a második, egyben a harmadik. Egy esetben, daczára annak, hogy a beteg a befecskendezéskor igen erős fájdalmat érzett, a fájdalmak tovább is tartottak. A betegnek a következő napokon a nervus mentalisában, továbbá a halánték táján voltak fájdalmai, ezek csak lassanként múltak el, úgy hogy a beteg csak egy hó múlva lett teljesen fájdalomtalan.

Az a körülmény, hogy a beteg a befecskendezés pillanatában igen erős, a zsába-rohamhoz hasonló fájdalmat érez, nem nyújt biztos garantiát arra, hogy a befecskendezés a rohamot el fogja vágni. Abból, hogy a beteg az első befecskendezés után azonnal és a következő napokon hogyan érzi magát, sem a végeredmény, sem a fájdalomtalanosság tartósságát illetőleg következtetést vonni nem lehet. Egy 57 éves férfi 22 éves zsábáját az első befecskendezés elvágta. A beteg 18 év óta nem érezte magát olyan jól, mint a befecskendezés napján és utána, míg a klinikán volt. Kollarits magántanár 10 nap múlva megvizsgálta és azt tapasztalta, hogy a tapintási érzés a trigeminus egész területén jó, a hideg-, meleg-érzés a műtött oldalon kissé gyengébb, a fájdalomérzés az alsó állkapocs területén ezen az oldalon gyengébb. Később a beteg fájdalmai lassanként visszatértek és most is megvannak, bár nem olyan nagy mértékben, mint a műtét előtt.

A végeredmény a zsábák e csoportjában három esetben hosszabb idő óta teljes fájdalomtalanosság. Ezen három beteg kora 49, 58, 61 esztendő, 2 nő, 1 férfi. Mind a három jobb oldali. A zsába a befecskendezéskor 4, 5, 10 év óta állott fenn. Kettő kapott egy befecskendezést, egy kettőt. A zsába ezen betegeknek 9 hónap, 1 esztendő és 1 év és 5 hónap óta szünetel. Mind a három beteg csakis a foramen ovalehoz kapott befecskendezéseket. Hat betegnél a fájdalom nem múlt

el teljesen, hanem lényegesen javult, a rohamok ritkák, sokszor hosszú időre kimaradnak, a fájdalmak tűrhetőek, úgy hogy ezek a vidéken lakó betegek e miatt nem tartják szükségesnek, hogy a fővárosba felutazzanak. Ezen esetekben az utolsó befecskendezés óta 2, 6, 7, 9, 16, 16 hónap telt el. Ezek közül egy beteg csak 15 napig, egy 4—5 hétig, egy 40 napig volt teljesen fájdalommentes. Két betegünk arról panaszkodik, hogy egy idő óta az orruk tövén is mutatkoznak fájdalmak. Nincsen kizárva, hogy ezek a fájdalmak már akkor is megvoltak, a mikor a foramen ovalehoz végeztünk befecskendezést, csak hogy akkor a harmadik gyök fájdalmai praevaletáltak és a betegek ezen enyhébb fájdalmakra, a melyek a második ág területén voltak, nem lettek figyelmeztetve. Most, hogy a harmadik ág területén a fájdalomcsökkentés, ezen fájdalmak lépnek előtérbe. Ilyen esetekről Schloesser és mások is tesznek említést. Egy betegnél az alkalmazott három befecskendezés haszna igen kevés. 47 éves nő ez, a kinek 10 éves jobboldali zsábája van. A rohamok még a III. befecskendezés után is alig enyhültek, úgy hogy ezen esetben újabb befecskendezések volnának kívánatosak.

Összefoglalva tehát a III. ág zsábáinál elért eredményeket, azt látjuk, hogy három betegnél hosszú idő óta fennálló teljes rohammentességet, hatnál lényeges javulást értünk el, egynél pedig három befecskendezés eddig majdnem teljesen eredménytelen volt.

#### 4. A II. és III. ág együttes zsábája.

A betegek legnagyobb része olyan volt, a kinél a második és harmadik ág együttesen volt megbetegedve. E csoportba 17 betegünk tartozott. Volt közöttük 6 férfi, 11 nő, 5 bal-, 12 jobboldali zsába. Koruk 18, 26, 30, 38, 40, 47, 48, 50, 52, 55, 56, 56, 56, 58, 60, 62, 65 év. A zsába fennállott 2 hó, 2 hó, 6 hó, 2 év, 2, 4, 5, 7, 7, 8, 11, 13, 14, 15, 20, 30, 30 év óta.

1 befecskendezést kapott közülök	---	---	8
2	"	"	4
3	"	"	3
4	"	"	1
Több ízben 2—3 befecskendezést	---	---	1

17

Csak a foramen rotundumhoz és ovalehoz kapott befecskendezést	---	---	9
A foramen rotundumon és ovalen kívül a foramen infra-orbitalehez	---	---	4
A foramen rotundumon és ovalen kívül a foramen mandibularehoz	---	---	3
A foramen rotundumon és ovalen kívül a plica glossopharyngeába	---	---	1

17

Egy nőbetegünk, a mikor az első befecskendezés hatástalan maradt, a klinikát türelmetlenül elhagyta. Ez volt az egyedüli, a kinél semmi eredményt sem értünk el. Egy 65 éves betegünknek, a kinek 30 esztendő óta van arczidegzsábája, az első befecskendezés csak a második ágban vágta el a zsábáját, a harmadik ágban nem. Ekkor a III. ághoz újra alkalmaztunk befecskendezést, de a mikor a következő napon még mindig érzett fájdalmat, a klinikát türelmetlenül elhagyta. Később írja, hogy egynéhány hónap múlva teljesen megszűnt a zsábája, egy hónapig fájdalommentes maradt, azóta pedig fájdalmai sokkal enyhébbek. Egy 58 éves arteriosklerosisos, periodusos elmezavarban szenvedő nőbetegünk rohamjai 3 befecskendezésre lényegesen javultak. Ekkor egy őrizetlen pillanatban öngyilkosságot követett el. A többi beteg a fentebb kimutatott számú befecskendezés után fájdalom nélkül hagyta el a klinikát. Az előbb említett beteggel ellentétben két betegünknek az első befecskendezés után a fájdalom a III. ágban elállott, de a II. ágban nem. Ezen két beteg közül az egyik egy 60 éves férfi, a ki 20 év óta szenved neuralgiában, az első befecskendezés után 8. napra még egy befecskendezést kapott a foramen rotundumához, és a



mikor ez sem használt, egy harmadikat a foramen infraorbitale át a canalis infraorbitalisba, a mely a rohamot elmet-szette. A másik beteg 47 éves nő, a ki a foramen rotundumhoz kapott befecskendezést, a mely után 5 hónapig volt rohammentes. Ezen idő elteltével csak a II. ágban kapott recidivát, a melyet egy befecskendezés eltüntetett és azóta 14 hónap óta rohammentes.

A mi a végeredményeket illeti, a 17 beteg közül egy semmit sem javult, mert a mikor az első befecskendezés nem metszette el a rohamokat, a klinikát türelmetlenül elhagyta. 5 betegnél a zsába nem mult el egészen, de a fájdalmak annyira enyhültek, hogy idáig nem tartották szükségesnek, hogy újabb injectiók miatt a vidékről felutazzanak. Közülük az egyik egy hónapig, a másik két hónapig egészen rohammentes volt és csak azután mutatkoztak kisebb fájdalmak.

11 beteg fájdalmai az utolsó befecskendezés óta teljesen szünetelnek. Azóta ezeknél eltelt

2 hónap	---	---	---	---	---	---	---	4 betegnél
4 "	---	---	---	---	---	---	---	2 "
5 "	---	---	---	---	---	---	---	1 "
6 "	---	---	---	---	---	---	---	1 "
7 "	---	---	---	---	---	---	---	1 "
1 év és 2 hónap	---	---	---	---	---	---	---	2 "
								11 beteg.

Ezeknél a rohamok megszüntetéséhez kellett								
1 befecskendezés	---	---	---	---	---	---	---	5 betegnél
2 "	---	---	---	---	---	---	---	3 "
3 "	---	---	---	---	---	---	---	2 "
4 "	---	---	---	---	---	---	---	1 "
								11 betegnél,

vagyis körülbelül a betegek felénél egy befecskendezésre multak el a rohamok.

Ezen betegek közül 1 az első befecskendezés után 4 hónapig teljesen rohammentes volt. Azután igen kimerítő munka után egyetlenegyszer volt egy pár másodperczig tartó rohamja és azóta ismét teljesen fájdalommentes. Egyik betegünk, egy 40—50 év között levő hölgy, a sok év óta fennálló zsába miatt morphinista lett. A mióta rohamjait alkoholbefecskendezésekkel féken tartjuk, a morphiusról leszokott, társalkodónői állását be tudja tölteni, sőt az idei vadászon is résztvett, a nélkül, hogy neuralgiája kiújult volna.

Összefoglalva az eredményeket, a II. és III. ág együttes megbetegedésének csoportjában egy betegünkél semmi eredményt sem értünk el, mert idő előtt elhagyta a klinikát, 5 betegnek a fájdalmai a befecskendezések folytán tetemesen alábbszállottak és 11 beteg fájdalmai hosszabb idő óta teljesen szünetelnek.

#### 5. Az I., II. és III. ág együttes zsábája.

Ezen csoportba hat betegem tartozott. Közülük három férfi, három nő. Ötnek jobb és egynek baloldali zsábája volt. Koruk 34, 35, 48, 50, 53, 62 év. A zsába fennállási ideje 5 hó, 1 $\frac{1}{2}$  év, 1 $\frac{1}{2}$  év, 5, 10, 10 év. Ezen betegek mindegyike először a foramen ovalehez, a foramen rotundumhoz és a fossa pterygopalatinába az I. ághoz kapott befecskendezést, még pedig két beteg egy-egy befecskendezést, három két befecskendezést és egy hármát. Azonkívül kapott egy beteg befecskendezést a foramen mandibularehez és a plica glossopharyngeába a nervus lingualishoz, egy pedig a foramen mandibularehez és a foramen supraorbitalehez. Daczára annak, hogy mind a három ághoz egyszerre fecskendezünk be, a fájdalom csak 1—2 óráig igen erős, azután az élénk fájdalom elmúlik. Mindenesetre érdemesebb a betegnek egyszerre valamivel nagyobb fájdalmat kiállania, mint háromszor nem sokkal kisebbet. Itt is némely betegnél a befecskendezés azonnal elmet-szette a rohamokat és azután legalább egy ideig fájdalommentes maradt, de volt olyan betegünk, a kinél, bár a befecskendezés elmet-szette a rohamot, már egynéhány nap mulva a zsába ismét tombolt, és viszont volt betegünk, a kinek még az első befecskendezés napján is volt rohamja, s a második

befecskendezés után is még 5 napig, ezután pedig a zsábája megszűnt.

A végleges eredményeket illetőleg a hat beteg közül ötről van későbbi információnk. Ezek közül egy 48 éves nő 5 éves neuralgiája egy heti időközökben végzett 2 befecskendezésre 7 hó óta szünetel. 3 betegnél lényeges javulás következett be. Nevezetesen: egy 50 éves nő 10 éves zsábája 2 befecskendezésre lényegesen javult. Nyolcz hó óta csak néha van fájdalma és az is enyhe. Egy 34 éves nő, a kinek szintén 10 éves zsábája volt, az egynegyed év előtt történt befecskendezés óta csak hűvös időben érez fájdalmakat, különben fájdalommentes. Egy 53 éves férfi 5 hónapos zsábája 8 hóval a befecskendezések után lényegesen javult és csupán egy 35 éves férfiúnak másfél éves zsábája van két befecskendezés után, a melyeket három heti időközökben egy év előtt végeztem, majdnem ugyanazon rossz állapotban, mint azelőtt.

Összefoglalva tehát az ezen csoportba tartozó öt esetet, a melyekről későbbi értesítéseink vannak, közülök egy esetben 7 hónapos rohammentességet értünk el, háromban lényeges javulást és csak egy esetben maradt a beavatkozásunk majdnem teljesen eredménytelen.

#### V. Összefoglalás.

Mindezen tapasztalatokat összefoglalva, azt látjuk, hogy a Schloesser-féle alkoholbefecskendezésekben olyan gyógykezelési módszerrel rendelkezünk, a melylyel a súlyos arczidegzsábarohamokat kicsiny beavatkozással hosszabb időre meg tudjuk szüntetni. Az esetek legnagyobb részében tehát 1—5 hónapon belül visszatérnek ugyan a fájdalmak, de ezek már nem oly erősek, mint a milyenek az első befecskendezés előtt voltak és újabb befecskendezésre ismét elmúlnak. Egynéhány esetünkben a zsába az alkoholbefecskendezés után már egy évnél hosszabb idő óta szünetel. Vajjon ezen esetek véglegesen meggyógyultak-e, azt majd a későbbi tapasztalat fogja megmutatni.

A sebészeti módszerek közül, a melyek az arczidegzsábáknál tekintetbe jöhetnek, történelmi sorrendben első helyen említendőek meg az idegátmetszések és resectiók. A mint bevezető soraimban kiemeltem, a velük elérhető eredmény csak rövid ideig tart. Ilyen időtartamú eredményeket az alkoholbefecskendezésekkel is elérünk és minthogy az alkoholbefecskendezés mégis kisebb beavatkozás, mint az idegresectio, az alkoholbefecskendezés előnyt érdemel.

Jelenleg tehát két gyógykezelési móddal rendelkezünk, a melyek a belgyógyászati szereknek nem engedő súlyos arczidegzsábáknál számba jöhetnek. Az egyik az alkoholbefecskendezés, a másik a Gasser-dúcz kiirtása.

A Gasser-dúcz kiirtásával vagy a trigeminusgyökök kihúzásával az agyacsátor alól az arczidegzsábában szenvedő beteget egy műtéttel teljesen meggyógyítjuk. Technikája annyira ki van fejlesztve, hogy a gyakorlott műtő kezében a nyomában járó halandóság nem nagy, de azért a műtét mégis, különösen a vele járó erős vérzés miatt, a legnagyobb sebészeti beavatkozások közé sorakozik.

Azonban az alkoholbefecskendezéssel is meg tudjuk szüntetni a zsábarohamokat. Igaz, hogy a legtöbb esetben egynéhány hónap mulva beáll a recidiva, de ez csak ritkán olyan erős, mint a milyen a baj azelőtt volt és a fájdalmak újabb befecskendezéseknek ismét engednek. A recidiva és a többszörösen megismétlődő befecskendezési cyclusok kellemtelenségeivel szemben ezen gyógykezelési módszernek az az előnye, hogy a beavatkozás, ha helyesen végezzük, majdnem teljesen veszélytelen. Ezekből az következik, hogy az arczsába legtöbb esetében, ha a belgyógyászati szerek és kezelésmódok eredményhez nem vezetnek, hosszas próbálgatás helyett az alkoholbefecskendezésekre menjünk át, míg az ilyen esetekben azelőtt a Gasser-dúcz kiirtását vettük fontolóra. Ezzel tehát a Gasser-dúcz kiirtási műtétnél indiciója tetemesen szűkebb határok közé szorul és én azon két esztendő alatt, a mióta az arczsábákat alkoholbefecskendezé-



sekkel gyógykezelem, egyetlenegy dúcziirtást vagy gyökkihúzást sem végeztem. De alighanem fognak fennmaradni még ezután is egyes esetek, a melyekben a beteg kora, társadalmi állása, foglalkozása az olyan gyógykezelést teendő kívánatossá, a mely felmenti az alól, hogy meg-megújuló fájdalmi miatt minduntalan ismét orvosi segélyhez legyen kénytelen fordulni. Így pl. ama tűzérkapitány, a kit azzal, hogy trigeminusgyökeit az agyacsátorja alól kihúztam, teljesen meggyógyítottam és hivatásának visszaadtam, alig maradhatott volna meg katonai pályáján, hogyha minden három-öt hónapban újra meg újra orvoshoz kellett volna fordulnia. Ezért a Gasser-dúcziirtásának indiciója egyes esetek számára a *Schloesser*-féle alkoholbefecskendezések dacára is még tovább fenn fog állani. Azonban az esetek legeslegnagyobb részében az alkoholbefecskendezésekkel ki fogjuk elégíteni betegeinket és nem leszünk kénytelenek őket nagy műtétnak kitenni. Ebben áll az alkoholbefecskendezésekkel való zsábakezelés nagy jelentősége és *Schloesser* érdeme.

**Irodalom.** 1. *J. Dollinger*: Expériences et résultats définitifs du traitement de la neuralgie faciale grave par la resection des branches du trijumeau et par l'exstirpation du ganglion de Gasser. Comptes Rendus du 20. Congrès de l'Association française de Chirurgie. Paris, 1907. — 1a. *Dollinger Gyula*: A Gasser-dúcziirtásával és a három-osztatú ideg ágainak resectiójával elért eredmények. Orvosi Hetilap, 1908. 12. sz. — 2. *J. Dollinger*: L'extraction des racines du trijumeau, remplaçant l'exstirpation du ganglion de Gasser dans le traitement des neuralgies faciales. Comptes Rendus du 21. Congrès de l'Association française de Chirurgie. 1908. Paris. — 2a. *Dollinger Gyula*: A három-osztatú ideg gyökeinek kihúzása az agyacsátor alól és az ideggyökök átmetszése, mint a Gasser-dúcziirtást helyettesítő műtét. Orvosi Hetilap, 1909. 53. évf., 8. sz. — 3. *Schloesser*: Heilung peripherer Reizzustände sensibler und motorischer Nerven. Bericht über die 31. Versammlung der ophthalmologischen Gesellschaft. Heidelberg, 1903. Wiesbaden, J. F. Bergmann. — 4. *Schloesser*: Erfahrungen in der Neuralgiebehandlung mit Alkoholeinspritzungen. Verhandlung d. Kongresses für innere Medizin. 24. Kongress. Wiesbaden, 1907. Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1907. — 5. *F. Ostwald*: Ueber tiefe Alkohol-Cocain- oder Alkohol-Stovain-Injektionen bei Trigeminus- und anderen Neuralgien. Berliner klinische Wochenschrift, 1906. Nr. 1. S. 10. — 6. *J. A. Sicard*: Traitement de la neuralgie faciale par l'alcoolisation locale. La Presse Médicale, 1908. No. 36. — 7. *Ugyanaz*. Traitement de la neuralgie faciale par les injections modificatrices locales. Compte Rendu de la Section Neuropathologique du XVI. Congrès. Internat. de Médecine. Budapest, 1910. — 8. *Pitres et Vaillard*: Gazette médicale de Paris, 1887. P. 256 257. — 9. *Pitres et Vaillard*: Neuralgie faciale traitée par les injections modificatrices d'alcool. Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, 1902. 25. juillet. — 10. *Lévy et Beaudoin*: Les injections profonds d'alcool dans le traitement de la neuralgie faciale. La Presse Médicale, 1906. 17. février. — 11. *Brissaud, Sicard et Tanon*: Société médicale, juillet 1906. — 12. *Erb*: Münchener medizin. Wochenschrift, 1907. 6. VIII. — 13. *Hugh Patrick*: The Journal of the American Medical Association, 1907. XI. 7. — 14. *D'Orsay Hecht*: Ugyanott. — 15. *Otto Killani*: Medical Record, No. 3. 1908. — 16. *Carles*: Neuralgie faciale traitée avec succès par les injections d'alcool stovainé. Soc. Méd. Chir. de Bordeaux. Journ. méd. de Bordeaux, 1908, Nr. 29. — 17. *Alexander W.*: Die Behandlung der Gesichtsneuralgie. Berliner klinische Wochenschrift, 1909. Nr. 50. — 18. *Fuchs*: Die Therapie der Trigeminusneuralgie. Münchener medizinische Wochenschrift, 1909. Nr. 19. — 19. *Sicard*: Neuralgies faciales. Presse médicale 1909. No. 32. — 20. *Donáth Gyula*: Budapesti orvosi újság, 1911. 25. sz.

## Labyrinthus és nystagmus.

Megemlékezés *Högyes Endré*ről.

Irta: *Sugár K. Márton* dr.

Az „Orvosi Hetilap“ LIII. évfolyamának 44. számában megemlékeztem *Högyes Endre* hervadhatlan érdemeiről a labyrinthus-kutatás terén, nevezetesen figyelmeztettem arra, hogy elhunyt nagynevű tudósunk utalt először a labyrinthus és a szemmozgások közötti összefüggésre, továbbá, hogy állatkísérleteiben a labyrinthus izgatásával kifejezett nystagmust váltott ki. *Bárány* bécsi magántanár a tudományos fülgyógyászat legszebb alkotását az utolsó évtizedben, a labyrinthusbántalmaknak pontos körjelzését, egyedül *Högyes Endre* állatkísérleteinek az élő emberre való sikeres átvitele által alapozta meg.

E sorok írója *Högyes Endre* kísérleteinek nagy jelentőségét felismerve, róluk a német orvosi irodalomban *Bárány*

dolgozatai előtt beszámolt, a körjelzés szempontjából azonban azokat kórházi beteganyag hiányában nem tudta értékesíteni.

Ekkép a labyrinthusbántalmak tanának kiépítése csakugyan a különben is híres bécsi fülorvosi iskola nevéhez fűződik.

Említett dolgozatomban bebizonyítottam, hogy *Högyes Endre* három módon tudott kísérleteiben labyrinthus-eredetű nystagmust előidézni, melyet — kortársait messze megelőzve — mindig helyesen a peri-endolympha mozgásával magyarázott: 1. testforgatással, 2. a labyrinthusba történt befűvással, 3. erőművi érintésével a labyrinthusnak. A rotatorius nystagmust, de az utónystagmust is testforgatás után ő írta le először, sőt a labyrinthusnak csontos falai hiánya mellett jelentkező úgynevezett sipolytünetnek kísérleti alapját ugyancsak *Högyes* vetette meg.

*Högyes*-nek nagy jelentőségét a labyrinthus kutatása terén egyébként *Tangl Ferencz* tanár is méltatta a magyar Tudom. Akadémiának 1909 december 20.-i összes ülésén tartott emlékbeszédében.

Megemlékezésem *Högyes Endre*-ről a német szakirodalomban az Archiv für Ohrenheilkunde 81. kötetének 1. füzetében jelent meg és előrelátható volt, hogy a *Högyes* emléke érdekében viselt irodalmi vita az osztrák kortársakat, kik a labyrinthogen nystagmus felfedezését már egészen maguknak foglalták le, válaszra fogja ösztönözni. Csakugyan egyszerre ketten is támadtak, még pedig *Hugó Frey* és *Robert Bárány* bécsi docensek.

Az azóta tudományunk nagy veszteségére elhunyt *Schwartz*e tanárnak, az Archiv für Ohrenheilkunde nagynevű szerkesztőjének, ki már az utolsó, Budapesten megtartott fülorvosi congressuson *Högyes* érdekében történt felszólamlásom alkalmával egész tekintélyének súlyával szállt síkra mellettem, köszönhetem, hogy erélyesen válaszolhattam.

A hosszadalmas vita állását és sikeres befejezését leg-hívebben zárszavam tükrözi vissza, mely az Archiv f. Ohrenheilkunde-ben látott napvilágot. A magyar olvasóközönségnek tartozom most már azzal, hogy ezen irodalmi vita folytatásáról beszámoljak, melynek — hivalkodás nélkül mondhatom — nemcsak honi szempontból, hanem orvosi irodalmilag is történelmi becse van.

Az olvasó engedelmével zárszavamat az eredeti közlemény nyelvén szószerint idézem:

„Den konzilianter Zeilen des Kollegen *Frey*, der mein Bestreben, die Verdienste *Andreas Högyes* um die Physiologie des Vestibularapparates durch meine, den Gegenstand obiger Erörterungen bildende Arbeit „Labyrinth und Nystagmus“ (Bd. 81 d. Archivs) in ein entsprechendes Licht zu stellen, mit den Worten würdigt, es sei dies ein dankenswertes Unternehmen, habe ich wenig hinzuzufügen, muss aber nachdrücklichst nochmals betonen, dass wenn wir uns heute mit der klinischen Verwertung der Forschungsergebnisse auf dem Gebiete des Vestibularapparates mit Erfolg befassen können, wir dies vorwiegend zweifelsohne den minutiös genauen schönen Experimenten *Högyes*, einer wahren Filigranarbeit experimenteller Forschung zu danken haben. Dies und nicht ein Jota mehr wollte ich am Kongresse zu Budapest, von der Stätte der Wirksamkeit *Andreas Högyes* verkündet wissen und wird mir dies sicherlich auch Kollege *Bárány* nicht verdenken! Als bescheidener Kärner unserer Disziplin, habe ich auf die grossen Verdienste *Högyes*, insbesondere auf die klinische Verwertbarkeit seiner Forschungsergebnisse, in der deutschen medizinischen Literatur nachweislich bereits im Jahre 1903, respektive 1904 hingewiesen, wie dies aus den Zitaten meiner Originalarbeit „Labyrinth und Nystagmus“ zur Genüge erhellt. Der Vortrag *Bárány*'s am Kongresse zu Budapest stand im Mittelpunkt des Interesses und haben sich in diesem Sinne mehrere Kollegen auch ausserhalb der offiziellen Diskussion, ohne das Wort zu ergreifen, über denselben geäußert; *Bárány* schloss sich, ohne sich zum Wort zu melden, in seiner privaten an mich gerichteten Entgegnung den Einwänden *Frey*'s an.

Die Arbeiten *Bárány*'s sind mir übrigens wohlbekannt. Mit denselben befasste ich mich in einer längeren Arbeit, die in den hiesigen „Klinischen Heften“ bereits vor Jahresfrist (1908, I. Heft) erschienen ist und will ich, um nicht weitschweifig zu werden, an dieser Stelle konstatieren, dass ich mit einigem Befremden im Vorwort *Bárány*'s zu seinem, nebstbei über mein Betreiben vom hiesigen königlichen Aerzteverein angeschafften Buche „Physiologie und Pathologie des Bogenapparates beim Menschen“ (Deuticke, Wien und Leipzig 1907), wohl einen Hinweis auf die Arbeiten von *Breuer*, *Ewald*, *Frankl-Hochwart*, *Hitzig*, *Mach*, *Neumann*, *Politzer* und *Bárány* finde, den Namen von



*Andreas Högyes* aber nicht nur an dieser Stelle, sondern auch im Literaturverzeichnis seines Buches vermisse, das ja nach den eigenen Worten des Autors eine zusammenfassende Darstellung dieses Wissensgebietes sein soll.

Mir war es ein Herzensbedürfnis in unserer raschlebigen Zeit, das Andenken eines Pfadfinders auf dem Gebiete der Physiologie und Pathologie des Vestibularapparates, die verblasste Erinnerung an *Andreas Högyes* zu erneuern, dessen Manen wir Ohrenärzte den Tribut des Dankes zu zollen, allen Grund haben.“

*Ezzel a Högyes Endre érdekében megindított irodalmi harc véget ért, még pedig a magyar álláspont jogos és teljes diadalával.*

Ezt elismerik most már a németek is. Így többek között *L. Blau* (Berlin), a ki a „Schmidt's Jahrbücher“ 1911. évfolyamának 7. füzetében a következőket mondja:

„Die historische Tatsache, dass *Högyes* bereits in den Jahren 1880—1881 auf die Beziehungen des Labyrinthes zu den Augenbewegungen hingewiesen und bei Tieren durch Reizung des Labyrinthes ausgesprochenen Nystagmus hervorgerufen hat, ist von *Sugár* klargestellt und in das Gedächtnis zurückgerufen wurden. (Siehe Archiv für Ohrenheilkunde, LXXXI, 1 und 2, pag. 1, 1909. Vergleiche hiezu auch *Frey*: Archiv für Ohrenheilkunde, LXXXI, 3, 4, pag. 271, 1910 und *Bárány*: Ebenda, pag. 272. ferner *Sugár*: Archiv für Ohrenheilkunde, LXXXII, 1 und 2, pag. 164, 1910.)“

*Urbantschitsch Viktor* egyetemi tanár tankönyvének nemrég megjelent új kiadásában halomszámra hivatkozik már *Högyes Endrére* és pedig a 27., 55., 452., 485., 486. és 487. oldalakon.

E helyen fel kell említenem még, hogy az 1912 augusztus havában *Bostonban* megtartandó nemzetközi fülorvoscongressus vezetésére azzal a kéréssel fordult hozzám, hogy *Högyes Endre* jelentőségét a labyrinthuskutatás terén Amerika orvosainak is külön referáló előadással bizonyítsam.

*Bárány Róbert* közleményeihez különben amúgyis van még egy szavam. A rotatorius nystagmus magyarázatára ő ugyanis átvette *Högyes Endre* helyes értelmezését, hogy azt a labyrinthus-víz hullámverése, illetve a peri-endolympha mozgása okozza, mely utóbbi ingerképpen hat az ampullákra.

*Högyes* a peri-endolympha, illetve hártás labyrinthus hullámzó mozgását lupéval, sőt szabad szemmel is látta.

A forgatási nystagmus vizsgálatok természetesen mindkét oldali labyrinthusban támad e mozgás, mert mindkét oldalt együttesen izgatják, a mi az egyoldali körjelzés szempontjából sehogy sem értékesíthető. Hozzájárul, hogy a forgatási nystagmus iránya labyrinthissal súlyosan beteg embereken nehezen állapítható meg, mert maga a tízszeres forgás is nehezen vihető keresztül. A forgatási nystagmus értékét tehát inkább az élettan terén kereshetjük.

A mi már most *Bárány*-nak a hőnystagmusról adott magyarázatát illeti, ebben vajmi kevés eredeti felfogás nyilatkozik meg. Ő ugyanis a calorikus nystagmus magyarázatára is endolympha-áramlatokat vesz fel. A hideg víz befecskendezésére a fülbe állítólág lefelé süllyednek mint specifikusan nehezebb testek az endolympha lehűtött részei és azon ampullát izgatják, melyet a parányi folyadékáram talál. Hogy meleg víz átáramoltatása más nystagmust létesít, mindezt az endolympha áramlása, illetve ampulla izgatása idézi elő.

*Bárány* ezek szerint szolgai módon átvette *Högyes*-nek a rotatorius nystagmusról adott magyarázatát a hőnystagmus értelmezésére is.

Egyébként a calorikus nystagmust *Högyes Endre* még nem ismerte, ezt először *Victor Urbantschitsch* írta le.

*Bárány* magyarázata ellen szól, hogy nehéz előre megmondani, vajjon ez vagy amaz a fala a labyrinthus-csatornának hül le először, mert hisz vérerekkel bíró szövetek fekszenek a labyrinthus előtt. *Bárány* egy *Ino Kubo* nevű japán tudós állatkísérleteire hivatkozik, ki állítólag igazat adott felvételének (Archiv f. d. gesammte Phys., 114. és 115. k.), csak hogy *Kubo* halakon ezek híg endolymphája dacára sehogy sem tudta kiváltani a hőnystagmust, sőt ha a hallóideget az egyik oldalon házinyulakon átvágta, a fülnek hideg vízzel való átáramoltatása esetén mindig ugyanazon

oldali, nem pedig ellenkező oldali nystagmust talált. Hasonlóak a viszonyok hallóidegdaganat esetén, a mikor még *Bárány* szerint is hideg vízre ugyanazon oldali nystagmus támad, mint ezt a közközházi orvostársaságban 1910-ben egy eset kapcsán kifejtettem. Már pedig az endo-perilympa áramlása hőbehatásra független a hallóideg bántalmától.

A vestibularis készülék vizsgálatokor különben a meleg víz használata az emberen itt-ott cserben hagy, megbízhatlan eredményeket ad; biztosabb már a hideg vízzel való átáramoltatásra mutató nystagmus.

*Högyes kísérletei alapján sokkal egyszerűbben magyarázhatom a hőnystagmus irányát, még pedig az idegvégkészülék izgatásával meleg víz által, illetve benuálásával hideg víz által.*

Láttuk, hogy *Högyes* szerint mindegyik labyrinthusból mindegyik szem kap reflexbeidegést.

A meleg izgatja, illetve fokozza a labyrinthus élettani hatását, miért is ugyanazon oldal felé irányított nystagmus támad; a hideg bénítja, illetve gátolja a lehűtött labyrinthus hatását, miért is épp úgy, mint egyoldali labyrinthus-elpusztításokor állatokon, az ellenkező oldal felé irányított nystagmus keletkezik. Ekképp könnyen magyarázható, hogy miért sikerül inkább a hideg vízre beálló jellegzetes nystagmus előidézése és miért hagy cserben itt-ott a hőnystagmus meleg vízre. Ezen egyszerű physiologiai magyarázat teljesen feleslegessé teszi *Bárány* felvételét az endo-perilympa mozgásáról hőbehatásokra.

*Bárány* magyarázata tehát tarthatatlan, következtetéseiben is sok a subjectiv színezetű felfogás, a túlzás. És *H. Frey* bécsi magántanár sem állíthatja jogosan polemiájában velem szemben, hogy a vestibularis készülék vizsgálati technikája, ennek értékesítése a körjelzés szempontjából és az azzal összefüggő befolyásolása a therapiának, *mind új dolgok*, melyekről *Högyes Endre* sohasem nyilatkozott. Mert hisz *Högyes Endre*, igaz, a pathologus szemével írta le kísérleteit, igaz, hogy a bécsiek átvitték az állatkísérleteket az emberekre, de kísérleteiknek még élettanilag elfogadható magyarázatát sem adták. A forgatást a rotatorius nystagmus és az utónystagmus előidézésére átvették *Högyes*-től, a hő alkalmazását a calorikus nystagmus előállítására *Urbantschitsch*-től, úgy hogy újabb *Bartels* strassburgi magántanár némi joggal veti szemére *Bárány*-nak, hogy a labyrinthus elpusztításáról szóló körtörténeteiben önkényesen veszi fel azt, a mit tulajdonképpen előbb bizonyítani kellene, a statikus készülék teljes elpusztulását, mert arra abszolút biztos esetei az egyoldali labyrinthuselpusztulásnak szükségesek, hogy az egyik fülkészülék állandó kiküszöbölésének kérdését embereken épp oly biztosan eldöntsük, mint a hogyan állatokon ezt *Högyes Endre* tette.

*Bartels* szerint az egyik labyrinthus teljes elpusztulásának diagnosizálásához a hallóideg traumás sérülései a legalkalmasabbak, melyeket boncztanilag kontrollálni kellene.

Hiszen már *Johannes Müller* látta állatok fejforgatásánál a szemek függélyes eltérését és a nagy *Graefe* a szemek hengergő mozgását házinyulakon tanulmányozta fejforgatásnál. *De még a nagy Graefe lángeszét is kikerülte ama tény, hogy e compensatorius szemmozgások a füllabyrinthussal függnnek össze. Éppen e tény exact megállapítása Högyes Endre elévülhetlen érdeme!*

*Högyes Endre*-nek a legszeleesebb tudományos körökben ismertett kísérletei különben most már maguktól érlelik a legszebb igazságokat.

Így *Bartels* Strassburgban a német szemészeti társaság 36. nagygyűlésén Heidelbergában házinyulakon végzett kísérletei alapján konstatálja, hogy a fülapparatus a szem helyzetének egyedüli szabályozó készüléke. Szerinte a fül felől kiváltott szemmozgásokat egy antagonista módon működő szemizompár idézi elő, míg az egyik izom összehúzódik, elernyed egyidejűleg az antagonista szemizompár. Ezt az activ elernyedést csak egy állandó, reflectorius, *vitalis* és nem mechanikai módon létrejövő feszültségi állapottal, a „fültonus“-sal magyarázza *Bartels*.

Ez a fültonus megkönnyíti a pontos és gyors szemmoz-



gásokat, a fültonusnak vannak alávetve még mély narcosisban is az összes szemizmok.

A ki *Marikovszky György*-nek *Högyes* iskolájából kikerült dolgozatát (német nyelven a *Pflüger*-féle archívum 98. kötetében) olvassa, igazat fog adni nekem, hogy *Bartels* megint *Högyes* szellemi tőkéből vett fel kamatmentes kölcsönt, mert mindazt, mit *Bartels* most újra feltalálni vélt, azt *Högyes* már a nyolczvanas évek elején leírta. *Bartels* ama óhajának is ad kifejezést, hogy további vizsgálat tárgyává tétessék a fülapparat belyőlése a strabismus concommittansra.

*Marikovszky Högyes* vizsgálatairól beszámolva, fentidézett dolgozatában konstatálja, hogy *Högyes* sértetlen tömkelegnél, illetve ennek meg nem zavart funkciójánál házinyulak forgatása által egy a forgatás síkjának megfelelő bilaterális associált szemnyistagmust észlelt. A labirintusok eltávolítása vagy elpusztítása után teljesen kimaradnak a compensatorius associált szemmozgások, ha azonban csak az egyik labirintust távolítjuk el vagy pusztítjuk el, mindkét szem *strabismus* áll elő. „Ha például csak a bal labirintust pusztítottuk el, akkor a bal szem a mm. rect. med., obliquus infer. és rect. infer., a jobb szem a mm. rect. lateral., obliquus sup. és rectus superior kerülnek *contracturába*, a többi 3—3 izom azonban teljesen *elernyedni* szokott.“

Íme, a *Högyes Endre* által subtilis kísérleteinek realis magyarázata segítségével inaugurált tan az egyik izompár contracturájáról és a többi szemizompár elernyedéséről! Igaz elégtétel tölt el, midőn ezt *Högyes Endre*-nek kezében lévő munkáiból, melyeknek németül még meg nem jelent fejezeteit *Högyes Ferencz* felszólítására az orvosi világsajtóval közvetíteni akarom, konstatálhatom.

Át akarok most már térni arra, hogy mit ismer el *Bartels Högyes Endre* legsajátosabb érdemének. És e helyütt jóleső elégtétellel megállapíthatom, hogy *Bartels* szó szerinti igy nyilatkozik:

1. „*Högyes* stellte zuerst fest, dass nach Zerstörung beider Labyrinth, oder nach Durchschneidung beider Hörnerven die kompensatorischen Augenbewegungen völlig fehlen.“

2. „*Högyes* hatte zuerst einen ständigen Einfluss des Labyrinthes auf die Augenmuskeln angenommen.“

3. „*Högyes* klassifizierte genauer die einzelnen kompensatorischen Bewegungen beim Kaninchen und benannte sie und wies nochmals gegen *Baginsky* und andere nach, dass ihre Ursache im Labyrinth zu suchen sei.“

4. „Über den Verlauf der einschlägigen Bahnen in der Medulla und höher hinauf sind wir wenig unterrichtet, das trifft besonders für physiologische Experimente zu. Nur *Högyes* hat bis jetzt solche angestellt.“ (Graefe's Archiv, 76—78. kötet.)

Ha azonban *Bartels* tanár azt állítja, hogy eddig még ismeretlen az utriculus és sacculus belyőlése a szem elhelyezésére és esetleg a nystagmus irányára, arra fogom őt figyelmeztetni, hogy *Högyes*-nek, sajnos németül eddigelé meg nem jelent, de most már általam lefordítandó eredeti dolgozata szerint az *utriculusból* és *sacculusból* „szakadatlanul működő reflexbeidegző áramok áradnak szét az összes izmokra, de különösen a szem, fej, nyak, törzs és végtag izmaira és ezen bilaterális reflexáramok tartják a testet nyugalmi állapotban, a test két felén levő hasonló és ellentétesen működő izmokat labilis bilaterális egyensúlyban, a mely labilis egyensúly változik meg akkor, midőn a testmozgások az akarat belyőlése alatt vagy más reflexhatások folytán activvá lesznek és az úgynevezett associált bilaterális szem- és testmozgások keletkeznek.“ (Magyar Tud. Akademia ülése, 1903 január 19 és Orvosi Hetilap, 1903. 15. sz.)

*Högyes Endre* (Orvosi Hetilap, 1902. 27. sz.) a kísérletileg általa előidézett *strabismusról* a következőképpen nyilatkozik: „Ha a kísérletezésre szolgáló házinyulat *rendes ülő helyzetében* *rendes fejtartás mellett rögzítjük*, a midőn az állat látható mozgásaiból csak a lélegzés és szemtekemozgások maradnak szabadon és azután nyugalmi helyzetéből a fej sagittalis síkjában előre, hátra, vagy a frontalis síkban

jobbra vagy balra fordítjuk 0—90°-ig, minden elfordítás folyamán az elfordítás fokának mindig ugyanazon módon megfelelő bilaterális szemállások (*strabismus*) keletkeznek, mely szemállások változatlanul megmaradnak mindaddig, míg az állat rendes horizontális nyugalmi állásába visszahelyeztetik. E módszer tehát még alkalmasabb és meggyőzőbb a hártás labirintus és a bilaterális passiv szemmozgások között levő összeköttetés demonstrálására, mint a forgatásos nystagmus előidézésének módszere.“ *Högyes* e kísérletei szinte útmutatást tartalmaznak arra, hogy miképp lehetne e *strabismus* az emberen *ülő helyzetben* előidézni!

Igen könnyen képzelhető a fentiek szerint, hogy a *strabismus concommittans* oka a hiányzó „fültonus“-ban, tehát a labirintusban lelhető és ez utóbbinak kezelésére szakértő fülorvos által eltűnhetik vagy legalább enyhülhet a *strabismus concommittans*.

Hiszen egyébként a *strabismus*nak legújabb keletű vértelen kezelése a kép hiányzó úgynevezett fusiójának helyreállításával a *Worth*- vagy *Crusius*-féle amblyoskop segítségével is nemcsak azon alapszik, hogy a fusiót mint psychés actust lehetővé tegye, hanem azon is, hogy az egyik szemizom nagyobb feszülési erején vagy esetleg az antagonista szemizom rendellenes gyengeségén látási gyakorlatokkal segítsen.

Ezen gyakorlatok végső eredményükben kétségkívül a szemmozgást szabályozó füllabyrinthusban fejtik ki hatásukat, regulázzák tehát a *Bartels*-től „fültonus“-nak nevezett apparatust!

Mindenesetre feltűnő, hogy *Bartels* a megvizsgált esetek 50%-ában a forgatási nystagmus zavarait találta. Szükségesnek tartja, hogy az oly gyermekeket, kiknek szülei *strabismus*ban szenvednek, lehetőleg az élet korai szakában vizsgáljuk meg. Szerinte a fülkészülékben létesülő defectusok, ha a kép hiányzó fusiójával társulnak, nyújtják a legkedvezőbb feltételeket a *strabismus* létrejöttére. Ily defectusok a csecsemők szemét kancsalításra hajlamossítják, miáltal a látott kép rendes fusiója megnehezül vagy meggátoltatik.

A fülapparatusból kiinduló compensatorius szemmozgások célja ezek szerint a látott képnek a reczeshártya több részletére való elosztása, hogy a stereoskopos látás váljék lehetővé, hogy a fusio elősegíttessék.

A labirintusnak a *strabismus concommittans*hoz való viszonyáról élő embereken különben már egy év előtt az egyetemi szemészeti klinikán kísérletezni akartam, de ebbeli igyekezetem külső okokból hajótörést szenvedett. De biztosra veszem, hogy a szabadabban mozgó külföldi orvosi bűvárlat nemsokára ezt a kérdést is meg fogja fejteni az e téren állatokon először oly gyönyörűen kísérletezett *Högyes Endre* örök dicsőségére. . . .

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

**R. Krause: Kursus der normalen Histologie.** Berlin u. Wien, Urban und Schwarzenberg. 1911. 441 oldal.

*Krause* könyve nem annyira szövettani tankönyv, mint inkább gyakorlati útmutató egyfelől a szövettani készítmények előállításához, másfelől a szövettani képek értelmezéséhez. A szövettani gyakorlatok menetét követi s tulajdonképpen igen bő szövettani atlaszból áll, a képekhez tartozó részletes magyarázattal, mely átvezet a szövettan egész területén. Minden egyes rajznál az illető készítmény előállításának módja is tüzetesen le van írva. A 208, legnagyobb részét színezett ábrát egytől-egyig maga a szerző rajzolta; legnagyobb részük igen sikerült, egyesekről, mint pl. a 193.-ról (felső szemhéj) ez kevésbé mondható. Talán legértékesebb része a műnek az a 96 oldalra terjedő ismertetés, melyet a szerző a mikroszkop egybeállításáról, optikájáról, használati módjáról s a szövettani technikáról ad. Mint *Hertwig Oszkár* tanár berlini anatómiai intézetében a szövettani laboratoriumnak és gyakorla-



toknak csaknem két évtized óta vezetője, rendkívül sok tapasztalattal rendelkezik a szerző a histológiai technika minden terén. Ehhez képest művében valóban igen sok új technikai adatot és tanácsot találunk s minden sorából kiérezzük, hogy önálló tapasztalatok szólnak meg. A szerző igen tág teret juttat a szövettani technikában a fagyasztó eljárásnak, mely pedig eddig leginkább csak a kórszövettani intézetekben nyert polgárjogot; rajzainak legnagyobb része a fagyasztó mikrotommal előállított metszetek után készült. Hogy ebben sok követőre fog-e találni, kérdéses. Sokan s ezek közt oly tapasztalt histologusok, mint *Retzius*, azt állítják, hogy a fagyasztó eljárást csak igen nagy óvatossággal és kritikával szabad használnunk, mert a protoplasma szétválása által műtermékeket okoz, melyek a vizsgálatot könnyen félrevezethetik. Magunk is azt hisszük, hogy az olyan képek, mint a minőket *Krause* a 72. és 73. ábrán a szivizom keresztmetszetéről ad, ilyen megítélés alá esnek. A mű kiállítása kitünő s teljes elismerést érdemel.

#### Új könyvek:

*Clairmont und Haudek*: Die Bedeutung der Magenradiologie. Jena G. Fischer. 280 m. — *A. Albu*: Beiträge zur Diagnostik der inneren und chirurgischen Pankreaserkrankungen. Halle, C. Marhold. 280 m. — *A. Fuchs*: Einführung in das Studium der Nervenkrankheiten. Wien, F. Deuticke. 9 m. — *Pankow und Küpferle*: Die Schwangerschaftsunterbrechung bei Lungen- und Kehlkopftuberkulose. Leipzig, G. Thieme. 360 m. — *Abderhalden*: Die Bedeutung der Verdauung für den Zellstoffwechsel. Wien, Urban und Schwarzenberg. 240 m. — *W. Guttmann*: Spezielle Diagnostik und Therapie in kurzer Darstellung. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 1065 m. — *E. Stransky*: Das manisch-depressive Irresein. Wien, F. Deuticke. 10 m. — *S. Hecht*: Ueber den Skorbut. Würzburg, C. Kabitzsch. 085 m. — *W. Sternberg*: Diät und Küche. Würzburg, C. Kabitzsch. 5 m. — *Netter et Debré*: La méningite cérébrospinale. Paris, Masson et comp. 8 fr. — *Noë Legrand*: Les collections artistiques de la Faculté de Médecine de Paris. Paris, Masson et comp. 100 fr. — *R. Gouget*: Leçons de clinique médicale (Saint Antoine, 1909–1910). Paris, Masson et comp. 8 fr. — *P. Desjosses*: La gymnastique respiratoire chez les enfants. Paris, Masson et comp. 125 fr.

#### Lapszemle.

##### Belorvostan.

**A vérvizsgálat jelentőségéről helminthiasisban ír Mazzuoli.** Kilencz esztendő gyermek kórtörténetét ismerteti, a melyből kiemelendő, hogy a mintegy 4 hét óta gyengélkedő beteget hirtelen általános remegés, hideg verejtékezés fogta el és elveszítette öntudatát. Ágyba fektetve mindkétoldali végtagjain időközben clonusos összehúzódások voltak észlelhetők. A hamarjában előhívott orvos rendelése hatásosan maradván, kórházba szállították a beteget, a hol a következő állapotot vették fel róla: soporosus állapot; a pupillák szűkek, fényre kevésbé reagáló; a szemgolyók felfelé fordultak; opisthotonus, mérsékelt trismus, kifejezett dermatographismus; a has behúzódott; Kernig-tünet; a hőmérsék 37,6°, az érverés száma percenként 58; hányás nincs; a vizeletben indican nyomai, fehérjét, cukrot, epefestéket, acetont nem lehetett benne kimutatni. Minthogy a beteg malariás vidékre való volt, malaria-parazitákra is történt vizsgálat, de negatív eredménnyel. Lumbaris punctio diagnostikai célból külső körülmények miatt nem volt végezhető. A vérvizsgálat 5,200.000 vörös véresejtet és 9800 fehér véresejtet mutatott köbmilliméterenként; az utóbbiaknak 95%-a eosinophil volt. Ezen lelet alapján helminthiasis fennforgására terelődött a figyelem s a bélsárban csakugyan sok ascaris-petét találtak. Erélyes féregűző szer használatára csakugyan mintegy 50 ascaris lumbricoides távozott, mire a rendkívül súlyosnak látszó állapot gyorsan javult s néhány nap alatt teljes gyógyulás következett be. Az eosinophilia egyideig még megmaradt s csak mintegy 20 nap múlva vált normálissá az eosinophil-sejtek száma. (Gazz. degli Osped. 1911, július 4.)

##### Sebészet.

**A hosszú bélresectiók prognosisával foglalkozik Lieblein** physiologiai alapon. A visszamaradt bélhosszt megítélni csak közvetlen mérésel lehet és azért nagy béldara-

bok resectiója alkalmával ajánlatos a visszamaradt bél hosszát directe megállapítani. A másik kérdés az: melyik bélterület eltávolítását tűri jobban a szervezet, a jejunumét-e vagy az ileumét. Eddigi vizsgálatok arra látszottak utalni, hogy az ileumot könnyebben tudja nélkülözni a szervezet, mint a jejunumot. *Lieblein* ezzel szemben megállapítja, hogy a fehérje, különösen azonban a zsír kihasználása szempontjából az ileum értékesebb, mint a jejunum és kevésbé nélkülözhető. A cukor kihasználása szempontjából úgy látszik a jejunum az értékesebb, azonban a szénhydratfelszívódás igen kiterjedt vékonybélresectiók után is jó maradt s így ez nagy practikus fontossággal nem bír. Az, a mi kiterjedt vékonybélresectiók után inanitióra vezetett, az főleg a fehérjék és zsírok hiányos kihasználása. A diétának ehhez képest kell igazodnia. A fehérjéket lehetőleg oly formában kell nyújtani, a melyben azt a szervezet legjobban bírja kihasználni, ez pedig a hús, a tojás, melyből normalis viszonyok közt a fehérjének csak 25—28%-a vész el, míg tejből 12%, növényi fehérjéből 22—48% is elvész. A zsírvesztéséget zsír bőséges adásával nem lehet pótolni, mert a zsírfelüleget a bél úgy sem tudja felszívni, a túlságos sok zsír pedig a fehérjék emésztését is gátolja. Ellenben szénhydratokkal lehet pótolni úgy a zsírokat, mint némileg a fehérjéket is. Törekedni kell arra, hogy a táplálék lehető soká maradjon vissza a bélben. Végül a zsírhány pótlására ajánlja, hogy lipaninszappanoldatoknak, melyek *Ham-burger* szerint a kutya vastagbéléből egészen jól szívódnak fel, a vastagbélbe való juttatásával próbálkozzunk meg. (Mitt. a. d. Grenz. 23. k., 1. f.)

**Az öröklött veleszületett térdkalácsficzamadás ritka eseteit és azok aetiológiáját közli Wrede.** Egy család három tagján: az apán, fián és leányán kétoldali veleszületett térdkalácsficzamadást talált. Egyéb fejlődési rendellenességeket is konstataált — a mint ez hasonló esetekben gyakori — a kisujjak körömpérczén, a mely radialis adductiót mutatott, valamint a mutató- és hüvelyujjakon, a hol a köröm teljesen hiányzott. Ezenkívül úgy a leány, mint a fiú mellkasán behorpadás, az utóbbin skoliosis és a radius fejecsének kétoldali sublaxatiója volt észlelhető. Ezen három eset a szerző szerint nagyon alkalmas a veleszületett térdkalácsficzamadás aetiológiájának megállapítására. Tekintetbe jöhet hibás csirafejlődés és intrauterin térszűke, mely utóbbi a szerző szerint a leírt fejlődési rendellenességek közös oka. Ezen térszűke azonban szerinte az anyától függetlenül jöhetett létre, mivel a férfitörzs révén öröklődött át, tehát nem függ össze a méh alakával, míg ellenben a peteburkok szűk volta és a kevés magzatvíz az apa révén átöröklhető térszűkítő momentum. (Medizinische Klinik, 1911. 1. sz.)

ifj. Háhn Dezső dr.

##### Gyermekorvostan.

**Emotióis icterus és egy esetből kiinduló enyhe icterus-járvány** czímen ír *Prosper Merklen*. Egy 11 éves leánygyermek egyszeri nagyobb lelki felindulás után icterusban megbetegedett. Gyógyulása után egy családhoz utazott és ott enyhe icterus-epidemiát teremtett, a mennyiben a család 9 éves leány- és 7 éves fiútagja ugyancsak icterusban betegedett meg. A szerző tudomása szerint ezen kívül még 5 emotióis icterus ismeretes az irodalomban. A lelki megrázkódtatásoknak a gyomorbeltractusra való hatása eléggé ismeretes. Nem valószínű, hogy az icterus csak következménye a gyomorbeltractusban előidézett változásoknak, mert az említett módon keletkezett icterus a tápcsatorna elváltozásai nélkül is beáll. A lelki megrázkódtatások okozta icterus gyermekeken igen ritka, de nem azért, mintha a gyermekek talán kevésbé fogékonyak a lelki megrázkódtatásokkal szemben, hanem azért, mert ezen behatások kisebb nyomot hagynak a gyermek lelki életében és onnan rövidesen kiküszöböltetnek. Minthogy az icterusban megbetegedett leányka maga körül egy kis epidemiát létesített, felvehetjük, hogy az icterus fertőzőképes betegség, a mi ezen esetben abból is kivüláglik, hogy az első gyermekek voltak a legenyhébb mértékben, a harmadikon



pedig a legerősebben kifejezettek a tünetek (a pathogen csírák virulentiájának fokozódása az emberpassage által). (La clinique infantile, 1911. 14. sz.)

Péteri dr.

### Bőrkórtan.

**A keratoma palmare et plantare hereditarium átöröklési viszonyait** ismerteti *E. Hahn* (Marburg). A keratoma hereditarium oly ritkább bőrbaj, mely a két tenyér és talp vaskos, kérges elszarusodásával jár s a melyben az átöröklés szerepe csaknem mindenkor igen tanulságosan nyilvánul. A baj mindkét nemű utódokra át szokott menni. A szerző e tekintetben különösen érdekes esetet észlelt, mert kiderült, hogy a beteg családjának 44 tagja közül 27-nek volt ez a sajátságos bőrbaja. A szerző felemlíti, hogy egy családnak keratoma hereditariumos 2 férfitagja (testvérek) nőül vette egy másik családnak ugyancsak keratomás 2 nőtagját (nővérek). E családi egyesülés egyik sarja a szóban forgó fiú. Miután a szerző részletesen ismerteti a kis fiú bajának klinikai és szövettani adatait, melyek egyébként a szokott leletről tanuskodnak, áttér az átöröklés kérdésére. Érdekes ugyanis, hogy a keratoma átöröklési viszonyait némelyek a *Mendel*-féle teoriával igyekeztek megmagyarázni. A szerző esetében az összeállított családfa némileg a *Mendel*-féle elmélet javára billenti a serpenyőt, de minthogy még csak igen kevés ilyen összeállított családfa ismeretes az irodalomban, nem lehetetlen, sőt inkább még valószínű is, hogy a véletlennek is van szerepe. A *Mendel*-féle típusban ugyanis egy normalis elemnek, a pigmentationnak jelenléte, illetőleg hiánya játszik szerepet. Kérdéses már most, hogy a növények és állatok különböző színű fajtáival elért keresztezési kísérletek átvihető-e a pathológiába is. A szerző véleménye szerint még messze vagyunk attól, hogy az átöröklés kérdését egyszerű számcsoportosítás segítségével megfejthessük. (Dermatologische Zeitschrift, 1911. XVIII. kötet, júliusi pótfüzet.)

Guszman.

### Venereás betegségek.

„Alkohol és nemi bajok“ címen közöl tanulmányt *Notthafft* tanár (München). Bizonyára nincs orvos, a ki az alkoholnak a nemi bajok megszerzésében jelentékeny szerepet ne tulajdonítana. Hiszen a laikus is jól tudja, hogy az alkohol mértéktelen élvezete a kritikát, az óvatosságot csökkentti vagy megsemmisíti, szóval azokat az akadályokat ledönti, melyek a kulturember életmódját szabályozzák. Ily viszonyok között azután a nyers ösztön kerekedik felül, mely a körülmények mérlegelését már alig engedi érvényesülni. Ittas állapotban az emberek már nem sokat válogatnak s az esetleges fertőzésre nem is gondolva, rendszerint minden óvó intézkedésről megfeledkeznek. Hozzájárul még ehhez, hogy az ittas ember coitusa rendszerint protraháltabb, de még durvábban is történik, mindkét körülmény pedig fokozza az infectio lehetőségét. Eddig alighanem minden orvos egy véleményen van. Más kérdés azonban, hogy az alkohol és a nemi bajok közötti összefüggés értékelése milyen arányú legyen. A rendelkezésre álló statisztikák sajnos nagyon magukon viselik a subjectivitás bélyegét. Az alkohol hívei nem szoktak e fajta statisztikákat összeállítani, ellenben igenis foglalkoznak ily themával az antialkoholista apostolok. Ezek pedig úgy látszik nagyon elfogultan kezelik a statisztikai adatokat. Legalább ez tűnik ki *Notthafft*-nak higgadt s objectiv adataiból. A különbség ugyanis a *Notthafft* és például a *Forel* adatai között feltűnő nagy.

*Notthafft* adataiból kiténik, hogy 1225 venereás beteg közül az infectiót 17·7%-ban ittas állapotban szerezték. Ha az alkohol hatásának már a lehetőségét is számításba veszi, akkor a számításból 17·7% helyett 29·2% kerül ki. És mégis e túlságosan széles keretből kiszámított adatok egészen eltörpülnek az antialkoholista statisztikákkal szemben. *Forel* számításában az alkoholnak a hatása férfiak között 65·5%, nők között 76·4% (!). A szerzők s így *Notthafft* is az alkoholnak, illetőleg az ittas állapotnak az első nemi

érintkezésre való befolyását is kutatták. De *Notthafft* ebben a kérdésben is jelentékenyen alacsonyabb hányadost kapott, mint például *Forel*. Ez a férfiakra vonatkozóan 10—20%, nőkre vonatkozólag 5·7—8·5%. Ezzel szemben állanak *Forel* számadatai: 48·5%, illetőleg 76·5% (!).

Az alkoholnak szerepe mint agent provocateur a nemi bajok szerzésében az egyes társadalmi osztályokban változó. *Notthafft* statisztikájában az egyetemi hallgatók haladnak e szomorú adatsorozat élén, a diákok infectiója adja ugyanis a legmagasabb hányadost (57·5%). Természetes, hogy az ilyen fajta adat ország és város szerint változik, mert oly egyetemi városban, hol a prostitutio alárendelt szerepű, ott nagy alkoholizmus mellett is kisebbek lesznek az ily adatok. A szerző ezután részletesen fejtegeti, hogy az alkohol és a nemi bajok közötti összefüggés mily körülmények között mennyire fokozódik, illetőleg csökken. Véleménye szerint a szesznek, mint provokáló hatálynak mindenütt nagy a szerepe a nemi bajok acquirálásában, de az arány mégsem oly túlnagy, mint azt az utolsó évek statisztikái sejtetni engedték. (Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, 1911. XII. k. 4—5. f.)

Guszman.

### Húgyszervi betegségek.

**A phosphaturiáról** a müncheni orvosegyletben tartott előadásában *Felix Schlagintweit* a következőképpen nyilatkozott. Phosphaturiának nevezzük azt az akár physiologiás, akár pathologiás állapotot, mikor a vizelettel vagy csak időszakonként, vagy pedig állandóan fölös égvénysók ürítetnek ki. A szerző a phosphaturiának 5 csoportját különbözteti meg, úgymint: 1. Az úgynevezett lappangó (latens) phosphaturia. A tisztán ürített vizelet főzéskor kissé megzavarodik, de sav hozzáadására ismét megtisztul. Ezt elég gyakran teljesen egészséges egyének is tapasztalhatjuk, a kik fehéredés eledeléből sokat fogyasztottak; de leggyakrabban neurastheniás ifjakon s — periodic — szellemileg túleröltetett egyénekben fogjuk ezt észlelhetni. 2. A szabad, manifest phosphaturia, vagyis a mikor a phosphat- s carbonatsók már in vivo kicsapódnak és sav hozzáadására az ismert reakciót adják. Ezen csoportba tartozik az a phosphaturia, melyet urethritis acuta posterior gonorrhoeica, avagy prostatitis esetében — neurasthenia sexualissal avagy e nélkül — oly sokszor észlelünk. 3. A phosphaturia további fokozódásából származik azon alak a mikor a fehér színű s sűrű vizelet, melyben laza és lisztyszerű kristálypor van suspendálva, csakhamar leülepedik s hideg sav hozzáadására ugyancsak teljesen feltisztul. Ezen esetben már egész határozottan, bár igen apró, de valódi jegecsekkel van dolgunk, melyek a húgyszerveken áthatoltak. A phosphaturia ezen 3 alakjában legtöbbször helybeli s pusztán a phosphaturia által okozott vizeleti panaszok nem jelentkeznek. 4. A phosphaturia negyedik alakjában a vizeletben amorph, szemcsés, hófehér, durva tapintatú, habarcsszerű testecskék jelentkeznek, melyek részben mészből, részben nyálkából állanak. A betegek már localis vizeleti panaszokat hallatnak. 5. A phosphaturia legsúlyosabb alakjában már valóban akár félkemény durva concrementumokat, akár pedig sima, kemény köveket találunk a vesemedenczében s a hólyagban. A phosphaturia ezen 2 utolsó alakjában tehát már tulajdonképpen vesekő-, illetőleg húgykőbetegséggel van dolgunk.

A szerző a továbbiakban igen terjedelmesen tárgyalja a phosphaturia lényegéről szóló különféle nézeteket, elméleteket. *Peyer* már 1889-ben azt a véleményét hangoztatta, hogy a phosphaturia a legtöbb esetben tulajdonképpen nem egyéb, mint a vesék secretorius neurosis, melyet nagyobbára az ivarszervekben keletkezett anatomiai laesiók reflexes úton idéztek elő. A szerzőnek az a nézete, hogy a mennyiben élelmészeti avagy vérchemiai befolyások nem játszanak közre, a phosphaturiában a veséknek ideges jellegű secretorius zavarával van dolgunk, mely a velőállományban, még pedig legtöbbször a húgycsatornácskák sejtjeiben folyik le, s melyet az esetek többségében a húgyivarszervek valamelyik pontján



származott bizonyos anatómiai sérülések reflexes úton váltanak ki, de a mely önállóan, vagyis mint a vesesejtekben előálló, solitaer elsődleges működési rendellenesség is keletkezhetik. Így tehát érthető, hogy miért kíséri a phosphaturia oly gyakran a neurastheniát, még pedig főképp a sexualis neurastheniát, a hypochondriát, az abdominalis atoniát, miért oly gyakori ez a betegség az elmebeteggekben, a szellemileg túleröltetett egyéneknél stb.

A therapiát az idegorvossal és a gyomor-bélspecialistával közösen kell szabályozni. A betegség akkor kezd sebész-urologiai jellegűt ölteni, a mikor a leukocyta, a vörös vérszettek, a bacteriumok jelentkeznek és a mikor a vizelezkor, avagy a vesékben, a húgyvezetőkben s a hólyagban már localis panaszok állanak elő. Ha az egész húgyszervi tractuson végig — az orificium externumtól fel a két vesemedenczéig — anatómiai laesiók nem találtak, akkor belsőleg sósavat rendelünk s tiltuk el a beteget az izgató ételektől s italoktól. Ha már leukocyta-találtunk, akkor adjunk a betegnek belsőleg vizeletfertőtlenítőket, még pedig felváltva sósavval. Ha a phosphaturia erre sem csökken, akkor alaposan megvizsgálandó az emésztési tractus secretorius és motorius működési képessége. Ha az ideges tünetek a túlnyomók, akkor a beteget az idegorvoshoz fogjuk utasítani. Ha gyuladás és fertőzés áll már fenn, akkor a szerző megkísérli a Janet- vagy Diday-féle öblítéseket puha Nélaton-katheteren keresztül, 1:6000 hydr. oxycyan.-oldattal vagy pedig 1:2000 arg. nitricummal. Magát a phosphatképződést semmiképp sem tudjuk befolyásolni. (Münc. med. Wochenschrift, 1911. 27.)

Drucker Viktor dr.

#### Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

**A kezdődő aortasclerosis felismerésére** Kukorojerow szerint jól használható a Sirotnin-féle tünet: az aorta hallgatósága helyén hang helyett kifejezett súroló zöreje, ha a beteg a kezét a fejére teszi. (Ref. Wiener klin. Wochenschrift, 1911. 618. lap.)

**Sebek sarjadzásának elősegítésére** Baruch feltűnő jó eredménnyel használja az argentum nitricumot bolus albával behintés alakjában: Rp. Argenti nitrici 1:0; Bol. alb. sterilis. ad 100:0. M. subtil. f. pulv. D. in vitro nigro. (Ref. Therap. Monatshefte, 1910. 11. füzet.)

**A jothion használata a laryngológiában.** A jodkaliumoldatot kedvező hatása miatt kiterjedten használják a torok- és gégegyógyításban. Vannak azonban némi hátrányai is (erősen fest, az íze kellemetlen, néha túlságtosan izgat) s azért Mühsam a jothiont ajánlja helyette: Rp. Jorhioni 2:0; Glycerini ad 50:0. D. S. Felrázandó! (Therapie de Gegenwart, 1910. 11. füzet.)

#### Magyar orvosi irodalom.

**Gyógyászat, 1911. 38. szám.** Sztanojevics Lázár: Sinus viscerum inversus partialis, insufficientia mitralis relativával kombinálva. Ferenczi Sándor: A homosexualitás szerepe a paranoia pathogenesisében.

**Orvosok lapja, 1911. 38. szám.** Chudovszky Móricz: Sebészeti megbetegedések.

**Budapesti orvosi ujság, 1911. 38. szám.** Torday Ferencz: A szoptatásról. „Fürdő- és vizgyógyászat“ melléklet, 3. szám. Bosányi Béla: A múlt évi fontosabb balneologiai események a külföldön. Tausz Béla: A cukorbeteg balneoterapiás kezelésének indicatíói és ellenindicatíói. Schulhof Vilmos: A hévízes kúrákkal kapcsolatos begöngyölések szerepéről.

#### Vegyes hírek.

**Kitüntetés.** A király Mann Jakab dr.-nak, a szegedi m. kir. bábaképző-intézet igazgató-tanárának az orvostudomány és szakképzés terén szerzett érdemei elismeréséül az udvari tanácsosi címet adományozta.

**Kinevezés.** A kereskedelemügyi minister a közlekedési tanfolyamok első orvosává Göth Lajos dr.-t, második orvosává pedig Freund Arthur dr.-t nevezte ki. — Thoman Simon dr.-t és Fried Izidor dr.-t a szabadkai közkórházhoz alorvossá nevezték ki.

**Választás.** Zoltán Jenő dr.-t Pinczehelyen körorvossá, Raikovics Arthur dr.-t Körösmezőn és Csics György dr.-t Tatán községi orvossá választották.

**Egyetemi alkalmazások.** Megválasztottak: a II. sz. belklinikához: Lukács Elek dr., Butean Márta dr., Schütz János dr., Richter Hugó dr. gyakornoknak; az I. sz. sebklinikához: Ertl János dr. díjas műtönövendéknek, Paulikovics Elemér dr., Giurgiu János dr., Gúth Antal dr., Szöllös Henrik dr., Weisz Zoltán dr. műtönövendéknek; az I. sz. nőklinika-hoz: Scherer Sándor dr. laboratoriumi tanársegédnek, Markovits Miklós dr. gyakornoknak; az I. sz. szemklinikához: iij Imre József dr. I. tanársegédnek, Waldmann Iván dr. III. tanársegédnek, Rados Endre dr. díjas gyakornoknak, Lengyel János dr. gyakornoknak; a gyermekklinikához: Vas Jakab dr. díjas gyakornoknak (újraválasztás): az I. sz. kórbonczolástani intézethez: Vén Ferencz díjas gyakornoknak, Polgár István, Halász Lajos, Petz Aladár, Halász Margit, Mádi Kovács Ferencz gyakornoknak; az I. sz. anatómiai intézethez: Linner Imre, Nestlinger Miklós, Viola György gyakornoknak, Matolay László díjas demonstratornak; a II. sz. anatómiai intézethez: Csillag Jenő, Friedmann Miklós, Grün Sándor, Radda Emil gyakornoknak.

**A budapesti egyetemen** az elsőéves orvostanhallgatók száma a jelen félévben körülbelül 650, valamivel több, mint tavaly.

**Meghalt.** Thurszky Pál dr., Bács-Bodrogmegye tiszti főorvosa, 48 éves korában e hó 20.-án. — Leopold tanár, a drezdai bábaképző-intézet igazgatója, ismert gynaecologus, 65 éves korában.

**Személyi hírek külföldről.** A manchesteri egyetemen Smith dr.-t a sebészet tanárává nevezték ki — A szt.-pétervári orvosi fakultáson a nőorvostani tanszéket D. D. Popoff dr. nyerte el. — R. Schmidt dr. bécsi kórházi főorvos az innsbrucki egyetemen a belgyógyászat tanárává nevezték ki. — J. Raczyński dr., a gyermekorvostan rendkívüli tanára a krakói egyetemen a rendes tanári címet és jelleget kapta.

**Zwillinger Hugó dr.** orr-, torok- és gégeorvos lakását VI., Liszt Ferencz-tér 6. szám alá tette át.

**Szili Jenő dr.** nőorvos lakását V., Géza-utca 1. szám alá tette át.

Lapunk mai számához a *Chemische Fabrik Dr. R. Scheuble & Dr. A. Hochstetter, Tribuswinkel* (Baden mellett, Alsó-Ausztria) „Novojodin“ című prospectusa van mellékelve.

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

**DR. MAHLER SANATORIUMA, ABBAZIA**

belbetegek — spec. szívbetegek és üdülők részére.

**Dr. DOCTOR** v. egyetemi tanársegéd, a Ferencz József kórház orv. lab. főorvosa **orvosi laboratóriumában** az összes diagn. Kossuth Lajos-utca 3. sz. vizsgálatokon kívül autovaccin előállításával is foglalkozik.

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

**Ujtátrafüred Sanatorium**

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

**Epileptikus betegek intézete**

BALF gyógyfürdőben. Felvilágosítással szolgál Wosinski István dr., igazgató-tulajdonos. Vagyontalan betegek a nagymélt. m. kir. belügyminiszterium előzetes engedélye alapján az országos betegápolási alap terhére vétetnek fel.

**Dr. Stein Adolf RÖNTGEN-LABORATORIUMA** VII., Rákóczi-út 26. fidsz. 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, górcsővi és bakteriologiai laboratórium VI., Ó-utca 39. **Vizsgálati tárgyak:** Vizelet, köpet, Gyomortartalom, béltürelék, ex- és transzudátumok. Daganatok szövettani vizsgálata. Vervizsgálat (Wassermann) stb.

**MATTONI-FÉLE LÁPKIVONATOK**

fürdőkhöz.

:: LÁPSÓ ::  
száraz kivonat  
ládákban à 1 kiló

LÁPLÚG  
folyékony kivonat  
üvegekben à 2 kiló



## PÁLYÁZATOK.

1893/1911. sz.

A megüresedett hagymádfalvai **körorvosi állásra** újból pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása az 1908: XXXVIII. t.-cz. szerint. A körhöz jelenleg 18 község van beosztva, 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 kézigyógyaszter tartására kötelezve van. Felhívom tehát mindazokat, kik az állást elnyerni óhajtják, hogy kellően felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám folyó évi október hó 20.-áig nyujtsák be, a választást október hó 24.-én ejtem meg s az állás november 10.-éig elfoglalandó.

Szalárd, 1911 szeptember hó 15.

A főszolgabíró.

3385/1911. sz.

A munkács-városi közkórházban megüresedett **másodorvosi állásra** pályázatot hirdet a kórházi bizottság.

Az állás egy évig ideiglenes, azután a kórházi bizottság véleménye alapján véglegesíthető, nyugdíjkepes.

Javadalmazás: 1400 korona törzsfizetés, a kórházban fűtéssel, világítással ellátott bútorozott két szobás lakás és első osztályú élelmezés.

Az állást elnyerni óhajtók az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előírt képesítést igazoló és eddigi szolgálataikról tanuskodó bizonyítványokkal felszerelt folyamodványaikat folyó évi október hó 11.-éig a kórház-igazgatóhoz nyujtsák be.

Munkács, 1911 szeptember hó 12.-én.

A kórházi bizottság.

3141/1911. sz.

Az évi 1600 korona készpénzfizetéssel, 400 korona lakbérrel és szabályszerű látogatási díjakkal javadalmazott, kézigyógyászati jogosítványval összekötött torontálmegyei **Istvánfölső nagyközségbeli községi orvosi állás** választás útján betöltendő lévén, felkértem mindazokat, akik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy kellően felszerelt pályázati kérvényüket **1911. évi október hó 25.-éig** a módosi főszolgabíróhoz nyujtsák be.

Megjegyzem, hogy a községi előjárás kedvező választás esetén biztosítani vél a község részéről megszavazandó 600-800 korona évi személyes pótlékok.

Módos, 1911. évi szeptember hó 14.-én.

Steinbach Antal, főszolgabíró.

Az Egercsehi közsémbánya r.-t. társnépztára pályázatot hirdet a **társnépztári bányarvosi állás** betöltésére.

Feltételek: 1. évi 4000 korona törzsfizetés, 2. természetbeni lakás, fűtés és világítás, 3. magánpraxis megengedve

A társnépztári orvosnak kilátása van az Egercsehi községben (Heves megye, Eger mellett) már szervezett körorvosi állást is elnyerni. Azonkívül tagja lehet a bányatársaság tisztviselői nyugdíjintézetének.

Az állás lehetőleg azonnal volna elfoglalandó.  
Pályázatok **legkésőbb folyó évi szeptember hó 30.-áig** az Egercsehi közsémbánya r.-t. igazgatóságának Budapest, V., Lipótkörút 12. küldendő, a hol személyesen jelentkező pályázók minden tekintetben kimerítő felvilágosítást nyernek.

Egercsehi (Hevesm), 1911 szeptember hó 19.

A társnépztári elnökség.

2170/1911. szám.

Barsvármegye verebélyi járásban megüresedett **alsópéli körorvosi állásra** pályázatot nyitok.

Ezen körorvosi körhöz 14 község tartozik 8180 lélekkel.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket igazoló okmányokkal felszerelt eddigi alkalmaztatásukat, életkorukat és nyelvismeretüket feltüntető kérvényüket **folyó évi október hó 15.-éig** hivatalomhoz annál is inkább nyujtsák be, mert az elkészen beérkezett vagy szabályszerűen föl nem szerelt kérvényeket figyelembe nem veszem. A tót nyelv ismerete kívánatos.

Ezen körorvosi állás javadalmazása: havi előleges részletekben fizetendő évi 1600 korona fizetés, az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 15. §-a szerint 5 évenként 200 korona a nyugdíjba is beszámítandó és 800 koronáig emelkedő korpótlék, 800 korona helyi pótlék, 500 korona lakáspénz, 600 korona útiutalvány, rendelési és látogatási díjak.

A lakáspénz, útiutalvány, rendelési és látogatási díjak felsőbb jóváhagyás alatt állanak.

A megválasztott körorvos kérelmére kézigyógyaszter tartása engedélyeztetni fog.

A választás határnapját később tűzöm ki.

Verebély, 1911. évi szeptember hó 15.-én.

Nedeczky, főszolgabíró

Vidéki sanatoriumban fiatal, végzett **nőtlen orvos** 1600 korona évi fizetéssel, teljes ellátással **október 1.-ére** állást foglalhat. Mellékjövdelemre számíthat. Kórházi gyakorlattal bíró vagy röntgenológiában jártas előnyben részesül.

Czím: **Dr. Láng Sándor** műtőorvos, Debreczen, Kossuth-utca 39, sanatorium.

**Kötelek** 4000 lélekszámú nagyközség (Jász-Nagykún-Szolnok-megye) **községi orvosi állása** üresedésben van; az állás **azonnal betölthető**, pályázati kérvény az előjárásnál benyújtható. Készpénzfizetés évi 2400 kor., 5 szobás új lakás megfelelő kerttel. A megválasztandó orvosnak nagy mellékjövdelemre is van kilátása.

9700/1911. alisp. sz.

Alsófehér vármegye verespataki járásában a **járási orvosi állás** üresedésbe jöven, arra ezennel pályázatot hirdetek.

Felhívom mindazon orvostudorokat, akik ezen 2000 (kettőezer) korona kezdőfizetéssel, 360 (háromszázhatvan) korona évi lakpénzzel és 600 (hatszáz) korona évi útiutalvánnyal javadalmazott állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883: I. t.-cz. 9. §-ában meghatározott minőségüket a tisztí orvosi vizsga letételét igazoló okmányokkal, születési bizonyítványokkal felszerelt kérvényeiket Alsófehér vármegye alispánjához **1911. évi október hó 14.-éig** bezárólag adják be.

Azok, akik közszolgálatban állanak, hivatalfőnökjük, akik pedig nem állanak közszolgálatban, azok a lakhelyükre nézve illetékes főispán útján kötelesek pályázataikat beküldeni.

Meg kívánom jegyezni, hogy a járási orvos eddigelé a bányatársnépztári orvosi állást is elnyerte, a mi tudomásom szerint 2060 korona évi tiszteletdíjat jelent és valószínűnek tartom, hogy a jövőben is így lesz megoldva.

Nagyenyeden, 1911. évi augusztus hó 29.-én.

Baró Bánffy Kázmér, alispán.

54/1911. ig. sz.

Belügyminister úr ő nagyméltóságának f. évi 86.836. sz. m. rendelete alapján a vezetésem alatt álló budapest-angyalfüldi m. kir. áll. elmeügyintézetnél megüresedett **másodorvosi állásra**, a mely évi 1600 korona fizetéssel, egy bútorozott szobából álló természetbeni lakással, fűtéssel, világítással és I. osztályú élelmezéssel jár, pályázatot hirdetek.

Az állásra való kinevezés két évi időtartamra szól, de a szolgálati idő meghosszabbítható, ha a kinevezett orvos az állásra minden tekintetben alkalmasnak bizonyul.

Az egy koronás bélyeggel ellátott s belügyminister úr ő nagyméltóságához címzett folyamodványok orvostudori oklevéllel, illetőségi bizonyítvánnyal és az esetleges eddigi működést igazoló okmányokkal felszerelve hozzám **folyó évi október hó 14.-éig** nyujtandók be.

Budapest, 1911 szeptember 10.-én.

Epstein dr., igazgató.

3718/1911.

Az üresedésben levő ratkói **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A körorvos járandóságai: 1. Évi 1600 korona kezdő törzsfizetés, négy 200-200 koronás ötödévi korpótlék.

2. Vármegyei szabályrendeletben megállapított, ministeri jóváhagyás alatt álló lakpénz és fuvarutalvány, melyek közül az előbbi 500, utóbbi 700 koronában lett a törvényhatóság által megállapítva.

3. A kör trachomas betegeknek a körorvos lakásán történő kezeléseért évi 400 korona.

4. Ratkó nagyközségtől a halottkémlésért 16 m<sup>3</sup> tűzifa házhoz szállítva (ezt a nagyközség kívánatra pénzben megváltja).

5. A m. kir. belügyministerium által engedélyezett, nyugdíjba beszámítandó 1000 korona helyi pótlék.

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: XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt minőségüket igazoló okmányaikat hozzám **folyó évi szeptember hó 30.-áig** annál is inkább nyujtsák be, minthogy az elkésve érkezettek figyelembe venni nem fogom.

A választás iránt később fogok intézkedni.

Ratkó, 1911 augusztus hó 24.

Ladányi, szolgabíró.

4746/1911. közig. sz.

A Máramaros vármegyében Barczánfalva székhellyel újonnan rendszeresített **orvosi körre** pályázatot nyitok.

Ezen kör 6 községből áll, ú. m.: Barczánfalva, Mikulapatak, Nánfalva, Vámosfalva, Farkasrév és Disznópatak.

A körorvosnak illetménye évi 1600 korona törzsfizetés, továbbá a belügyminister úrnak folyó évi július hó 1.-én kelt 92.147/1911. sz. rendeletével engedélyezett 1200 korona helyi pótlék, valamint a szabályrendeletileg megállapított fuvar, lakbér és látogatási díjak.

A kellően felszerelt kérvények hivatalomhoz **folyó évi szeptember 30.-áig** nyujtandók be, a később beérkező kérvényeket figyelembe nem veszem.

A választás napját a kérvények beérkezése után fogom kitűzni s arról kérvényezőket előzőleg értesíteni fogom.

Aknasugata, 1911 augusztus 31.

A főszolgabíró.