

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 KÖZLESEK.

- Ángyán János:** Közlemény a budapesti kir. magyar tudományegyetem II. számú belklinikájáról. (Igazgató: Jendrassik Jenő dr., egyet. ny. r. tanár, udvari tanácsos.) Automatás kamaraműködés és pitvarfibrillálás. 733. lap.
- Fekete Sándor és Gál Félix:** Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egy. II. sz. női klinikájáról. (Igazgató: Tauffer Vilmos dr., egyetemi nyilv. r. tanár.) A terhesség serodiagnosztikája az Abderhalden-féle dialysises methodussal. 736. lap.
- Réthy Aurél:** Közlemény a königsbergi kir. egyetem orr- és gégepoliklinikájáról. (Igazgató: Gerber dr., egyetemi tanár.) A gégetuberculosis therapiája, különös tekintettel a dysphagiára. 738. lap.
- Gesztli József:** A magyarországi néptüdősanatoriumok elhelyezéséről. 741. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Moravcsik Ernő Emil: Elmekór- és gyógytan. — Új könyvek. — *Lapszemle.* Belorvostan. Karl Kolb: Persistáló vagy hyperplasiás thymus jelenlétének kimutatása Abderhalden ferment-reactiójával. — *Sebészet.* M. Käfer: Kulcsonttörések. — *Elmekörtan.* A. Romagna-Majona: Kephalaigiás és hemikraniás elmebajok. — *E. Loewy:* A cremaster-reflex viselkedése functionalis és organikus idegbajokban és elmebetegségekben. — *Gyermekorvostan.* Jemma: A Leishman-anaemia. — *Orr-, torok- és gégebajok.* Hanszel: Az orrvérzés és kezelése. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.* Stein: A diuretin hatása a méhre. — *Gehring:* Arsen-triferrin. Jäger: Tenosin. 745—746. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság 746. lap.

Vegyes hírek. 746. lap.

Tudományos társulatok. 747—750. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti kir. magy. tudományegyetem II. számú belklinikájából. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., egyet. ny. r. tanár, udvari tanácsos.)

Automatás kamaraműködés és pitvarfibrillálás.*

Közli: *Ángyán János* dr., tanársegéd.

Automatás kamaraműködésről szólunk akkor, a mikor a kamara rhythmusos működését magában a kamarában keletkező ingerületek tartják fenn. A pitvar fibrillálása vagy deliriuma olyan állapot, a melyben a pitvar fala diastolében áll, de egyes izomrostjainak szabálytalan rángásai következtében a felületén állandó nyugtalanság, hullámozás, rángatózás látható.

Özv. M. F.-né, 81 éves, állítólag soha beteg nem volt, lueses megbetegedésre sincs adat, alkohollal mértékletesen élt. Öt évvel ezelőtt meghült és öt héten át köhögött; ezen idő óta minden évben visszatért a köhögése. 1910 őszén ismét köhögni kezdett, járaskor fulladt, lába és hasa megdagadt. Állapota a klinikára való felvételéig, 1911 április hó 26.-áig mindinkább rosszabbodott.

1911 április 26. Alacsony termetű, gyengén fejlett, ép csontrendszerű. Izomzata atrophias, petyhüdt. A bőr színe általában halvány. Az arcz bőre kissé duzzadt, az öregség ránczai elsimultak. Oedemás a bőr a lábháton és a bokák körül. A szívűjón elterjedten lüktetés tapintható. A szívtompulat felső határa a IV. bordán, külső határa a középvonal-tól 12 cm.-re található, jobbra a jobb szegyszélet nem haladja túl. A szívhangok tiszták, a csúcson az első hang tompa, az aorta II. hangja ékelt. A szív működése rhythmusos, de

ritka, percenként csak 40 systole számlálható. A szegycsont felett hallgatódzva egy vagy két igen halk és tompa hang hallható. A periferiás vérerek kanyarulatosa, kemény falúak. Az arteria radialison tapintható pulsus feszes, száma percenként 40. A vena jugularis lüktetése a nehéz lélekzés miatt nem ítéhető meg jól. A vérnyomás 235 Hg. mm. (*Riva-Rocci*). A mélyen álló tüdőhatárok lélekzéskor rosszul térnek ki. Mindenütt hangos és érdes a lélekzés a tüdők felett. A beteg sokat köhög, köpete nyálkás. A has puffadt, oldalsó alsó részében kissé tompult a kopogtatási hang. A máj és lép nem tapintható. A vizelet napi mennyisége 1200 cm³, fajsúlya 1012, albumintartalma 5⁰/₁₀₀, üledékében kevés hyalin és szemcsés henger látható.



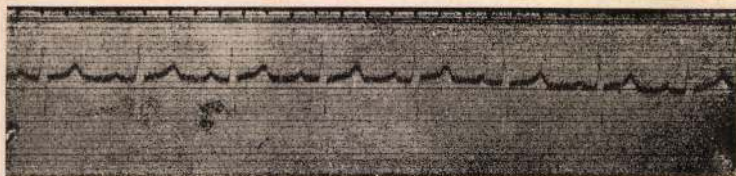
1. ábra. Elektrokardiogramm. II. elvezetés. Idő 1/5 mp. A kamaralengés alakja a rendestől eltérést nem mutat, az R, S, T hullámok jól kifejezettek, T positiv. Közöttük vagy a kamaralengésekkel interferálva látjuk a szaporább rhythmusú pitvarlengéseket.

A beteg felvételekor készült elektrokardiogrammon (1. ábra) láthatjuk, hogy a pitvarok és a kamarák egymástól teljesen függetlenül, dissociáltan működnek. 1 mgr. atropint a bőr alá fecskendezve, a pitvarműködés száma 80-ról 104-re emelkedik, a kamaralengések száma azonban változatlanul 32 percenként.

Ágynyugalomra, sótanal növényi és tejtáplálásra és sajodin használatára az oedema és a nehéz lélekzés elmúlt, a fehérje mennyisége a vizeletben 5⁰/₁₀₀-ról 2⁰/₁₀₀-re csökkent.

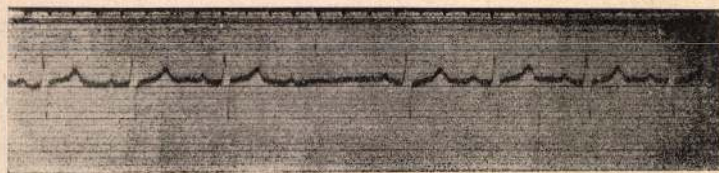
* A dolgozat német nyelven *Pertik* tanár emlékére a Virchows Archiv 213. kötetében jelent meg.

Május hó 15.-én azt észleljük, hogy a szív működés szaporább, percenként 82, rhythmusos. Az elektrokardiogramm igazolja, hogy a pitvar és a kamara ismét összerendezetten működik. Minden pitvarlengés után szabályos időközben következik a kamaralengés (2. ábra).



2. ábra. Elektrokardiogramm. II. elvezetés. Idő $\frac{1}{5}$ mp. Rendes P, R, S és T hullámok. P-R időköz 0.2 mp.

Csak itt-ott látunk egy-egy pitvarlengést, a mely után kamaralengés nem következik (3. ábra).



3. ábra. Elektrokardiogramm. II. elvezetés. Idő $\frac{1}{5}$ mp. A negyedik kamaraösszehúzóadás elmaradt.

Május hó 25.-én a beteg elhagyja a klinikát.

Július hó 26.-án újra jelentkezik felvételre. Az incompensatiós tünetek most sokkal súlyosabbak, mint az első felvétel alkalmával. A nehéz lélekzés nagyfokú, a vízkórosság elterjedt (ascites, anasarca). A máj tapintható, érzékeny. A szívcsúcson systolés zöreje hallható. A vizeletben $2\frac{0}{00}$ fehérje van. A pulsus száma 40, rhythmusos. A sternum felett most nem hallunk halk és tompa pitvarhangokat. Az ekkor felvett elektrokardiogrammon azt látjuk, hogy az egyébként változatlan alakú kamaralengések között nincsenek szabályos pitvarlengések, hanem a galvanometer húrja szabálytalan kilengéseket végez; ezeket, mint ismeretes, a pitvar izomzatának fibrillálása okozza (4. ábra).

Julius hó 29.-én a beteg ágyából kilép, összeesik és hirtelen beáll a halál.

Bonczolási diagnosis (*Krompecher* tanár): Arteriosclerosis aortae et arteriarum periphericarum, praecipue arteriarum coronariarum cordis. Nephritis chronica. Emphysema pulmonum. Hypertrophia cordis totius.

A formolban rögzített szívből a szövettani vizsgálat céljára kivágtam azt a részt, a mely a vena coronaria cordis szájadékának környékét, az aorta gyöki részét és a kamara izmos választófalának legfelső részét foglalja magában. Ez a tömb a kamara ingervezető rendszerének („Kammerreileitungssystem“) sajátlagos izomzatát, az atrioventricularis csomót, a köteget és a Tawara-szárak kezdeti részét tartalmazza. Celloidin-beágyazás után a tömbből hiánytalan, 20 μ vastag metszetek sorozata készült.

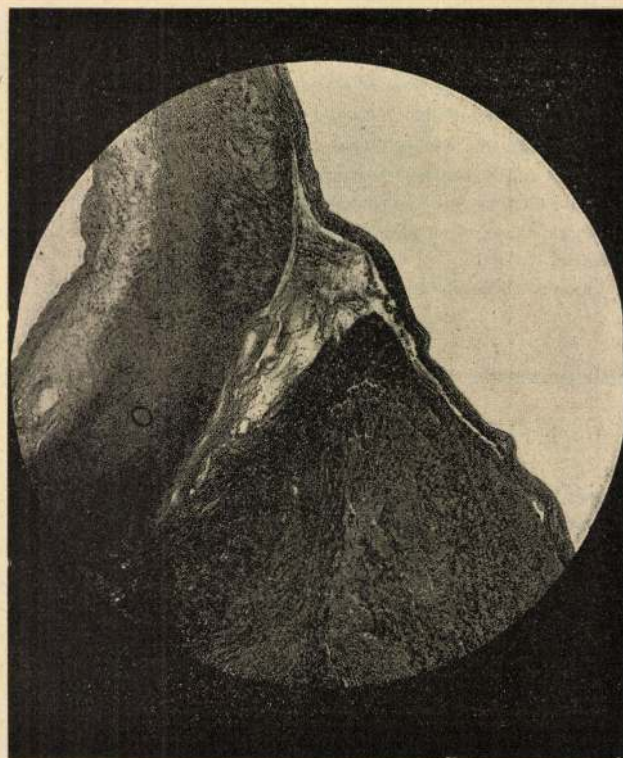
A metszés iránya az atrioventricularis határral nagyjából párhuzamosan haladó volt.

A 173. metszet az első, a melyen a sajátlagos izomsejtek, mint az atrioventricularis csomó összetevői, jól felismerhetők. A következő metszeteken az aorta gyöki részéhez szorosan odafekvő izomcsomó kötőszöveti elemeinek

csekélyebb fokú megszorodása, hyalin degenerációja, helyenként pedig zsíros kötőszövetté való átalakulása látható. A csomóból teljes szélességében fejlődik ki a köteg. A 238. metszeten vizsgálva, mérsékelt kötőszövetszorodást leszámítva, a mely épp úgy, mint már az előbbieken is, heges jellegű, eltérést nem találunk.

A 260. metszeten a kötőszövet szaporodása és hegedéses volta már sokkal kifejezettebb; a további metszeteken a már szabad szemmel is jól megkülönböztethető köteg területe szitaszerűen áttört. Itt ugyanis a kötőszövet hegesedésén kívüli megszorodott zsíros szövet is látható, a mely a nagyrészt már elpusztult sajátlagos izomsejtek helyét foglalja el. A heges folyamat ezen a helyen túl főleg a septum jobb felében terjed; ennek következtében a köteg mind kisebb térre szorul és csak a septum bal oldalán foglal helyet.

A 295. és a további metszeteken, a melyek a köteg-oszlást érnék, izomrost helyett heges kötőszövet, zsírszövet és elhalás látható. Ezen a helyen tehát az ingervezető rendszer folytonosságában teljesen meg van szakítva (5. ábra).



5. ábra.

A 315. metszeten a kamara-septum bal felén, közvetlenül az endocardium alatt, ismét megjelenik az ingervezető rendszer sajátos izomzata, még pedig a bal Tawara-szár.

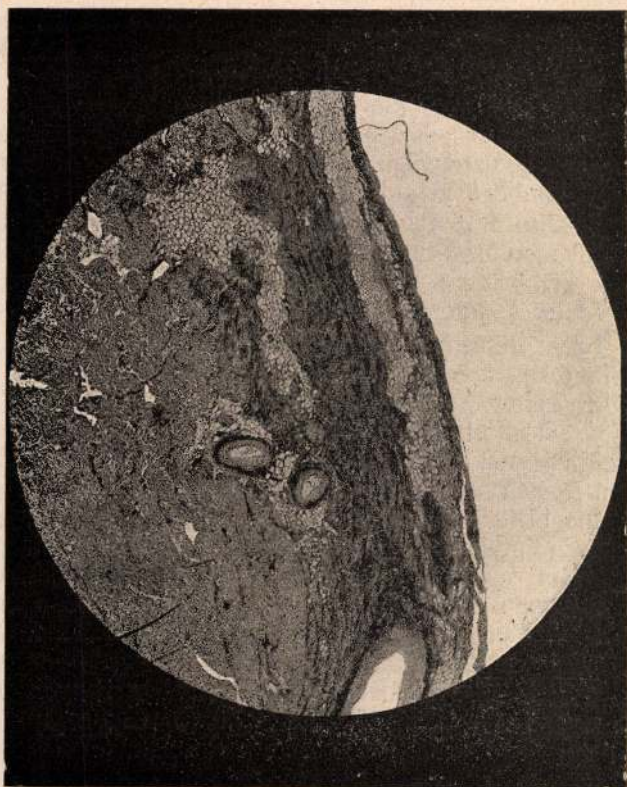
A 398. metszeten a jobb Tawara-szárát is újra megtaláljuk. Izomzatuk jól megtartott, kötőszövetük kiterjedtebb elfajulást nem mutat. Lobos folyamatot a szívnek ebben a részében nem találtam.

Sorozatos metszeteken vizsgáltam még a jobb pitvar izomzatából a vena cava superiorral együtt kivágott izomtömböt, a mely a sinuscsomót tartalmazza. A metszés iránya a vena cava superior és inferior összekötő vonalára merőleges volt. A sinuscsomó felett az epicardium megvastagodott, heges. Közvetlenül az epicardium alatt vastos zsírszövetréteg



4. ábra. Elektrokardiogramm. III. levezetés. Szabályos R, S, T hullámok közt szabálytalan hullámzás-fibrillálás látható.

látható, a mely betérjed a sinuscsomóba is és azt részben szétbontja; a zsírszövetben csak kevés izomsejt látható. A sinuscsomó elváltozása nagyon súlyos. Már szabad szemmel megtekintve élénk pirosnak látszik a metszeten az a terület, a melyet a sinuscsomó foglal el. A hatalmasan megszorodott kötőszövet élénken pirosra festődő, magot nem tartalmazó kötegei és reczéi között csak kevés halványan festődő izomelem maradt meg. Egyebütt a jobb pitvarban az izomrostok között kiterjedten zsíros és heges kötőszöveti kötegek láthatók. Az izomelemek pusztulása sehol sem olyan nagyfokú, mint éppen a sinuscsomó területén. A sinuscsomóban futó erek átmetszetén, valamint egyebütt is a pitvarban futó verőereken, súlyos endoarteriitises elváltozás látható (6. ábra).



6. ábra.

A leirt eset néhány adatát még külön is meg kell beszélnünk.

1. A beteg első felvételekor, súlyosan inkompenzált állapota idején, teljesen dissociált pitvar- és kamaraműködést állapítottunk meg. Atropin nem szüntette meg a blokkot, azonban az incompensatio tüneteinek javulásával helyreállt az ingervezetés a szívben. A beteg észlelésének első szakában tehát a köteg anatómiai folytonossága kétségen kívül még megvolt. Az a körülmény, hogy még akkor sem állott helyre az ingervezetés, a mikor a vagusvégződéseket atropinnal bénítottuk, mutatja, hogy vagusgátlás nélkül is fennállhat a szívblokk hosszabb időn át, akkor is, ha a kóros folyamat a köteget nem pusztította el teljesen. A talált chronikus természetű szövetváltozásra való tekintettel pedig feltehető, hogy már ebben az időben is súlyos heges elváltozások pusztították a köteg izomelemeit. Arra gondolhatnánk, hogy betegünkön az általános keringés hanyatlásával beálló szövetasphyxia bénította a megmaradt izomparenchyma működését. Való az, hogy az általános keringés javulásával a dissociatio is megszűnt.

2. 1909-ben Lewis¹ és Rothberger és Winterberg² egyidejűleg ismerte fel a fibrilláló pitvar elektrokardiogrammját. Az elektrokardiographia minden más módszernél tökéletesebben, bizonyítóbban teszi lehetővé e rendellenesség felismerését. Ha némely esetben sikerül is a vena jugularisról felvett görbéken a diastolében szabálytalan, a fibrilláló pitvarműködést jelző apró hullámokat felismerni, sok esetben ennek

legcsekélyebb jelét sem látjuk meg a venagörbén. A pitvarfibrillálás kifejlődésének közelebbi okát nem ismerjük. A szerzők legtöbbje súlyos elváltozást talált a sinuscsomóban, a melyet ma, a mióta Lewis³ elektrophysiologiai úton is bebizonyította, a normalis szívben a contractio ingerületének kiindulása helyéül kell tekintenünk. A kérdés irodalmát illetőleg Freund⁴ közlésére utalok, a ki ugyancsak minden vizsgált esetében talált eltérést a sinuscsomóban. Azonban még akkor is, ha az állandó lelet volna, nem szabadna a gócz anatómiai elváltozása és a pitvar fibrillálása között közvetlen oki összefüggést felvenni; a sinuscsomó kísérleti kikiktatása nem okoz pitvarfibrillálást; a pitvarban még más ponton is képződhet a rhythmusos működés automatás ingere. Nemcsak a sinuscsomó, a mely az automatismus sajátosságát oly kiváló fokban bírja, hanem ezek az egyéb nagyobb automatismussal felruházott központok is kell, hogy beszüntessék ezt a képességüket, mielőtt még ez a coordinatiós zavar, a fibrillálás beállhat. Jelen esettel kapcsolatban csak a figyelmet akarom irányítani arra a körülményre, hogy azok az elváltozások, a melyeket a sinuscsomóban szoktunk találni és a melyeket ezúttal is találtunk, nem acut természetűek és bizonyára már akkor is megvoltak, a mikor a pitvar még összerendezetten működött. A pitvarfibrillálás akkor fejlődött ki, a mikor betegünk ismét súlyosan inkompenzált lett, a mikor minden tünet a circulatio nagyfokú zavarára mutatott (kifejlődött a bal gyűjtőeres szájadék relativ elégtelensége és a jobb szívben beállott súlyos pangás jelétül a máj pangásos megnagyobbodása). A sinuscsomóban talált szöveti elváltozás a pitvarfibrillálás okául nem tekinthető.

3. A kamara működését pitvarfibrillálás esetében is a pitvari ingerképzés befolyásolja. A leggyakoribb arhythmia, a melynek egységességét Wenckebach, Mackenzie felismerte és a melyet Hering⁵ pulsus irregularis perpetuusnak nevezett el, a pitvarfibrillálással kapcsolatos. Lewis⁶ kísérleti és klinikai összehasonlító vizsgálatai ezt végérvényesen bebizonyították. Pitvarfibrilláláskor tehát arhythmias a kamaraműködés. Fredericq⁷ kísérletileg kimutatta, hogy pitvarlibegéskor a His-köteg átmetszésére az addig arhythmias kamaraműködést rhythmusos kamaraműködés váltja fel. Ma már tudjuk, hogy a köteg átmetszése után beálló lassú rhythmusú kamaraműködés automatás kamaraműködés. A közölt eset tehát Fredericq kísérletének klinikai paradigmája, a melyben a His-köteget lassan progrediáló hegesedő és atheromás szétesséssel járó folyamat szakította meg folytonosságában.

Az első ilyen esetet Lewis és Mack⁸ közölte 1910-ben és ugyanezen esetük bonczolási adatait és histológiáját a „Heart“ legutolsó számában közli Lewis és Cohn.⁹ Ugyanitt ír le egy esetet Falconer és Dean.¹⁰ Mind a két esetben lueses elváltozás volt a septumban, a mely a köteget elpusztította. Kahn és Münzer¹¹ közölte még egy eset arteriás és venás görbéit.

* * *

Az itt leirt eset csak egyike a II. számú belklinikán észlelt azon most már elég számos esetnek, a melyben cardiogeniás vizsgálataink alapján a szív sajátlagos izomrendszerének működés-zavarát mutathattuk ki és a minek alapján viszont ennek az izomrendszernek anatómiai sérülésére kellett következtetnünk. Betegeink részben a klinikán meghaltak és boldogult Pertik tanár úr prosecturájában bonczoltattak. Az esetek sorozatából* egyet teljes részletességgel tettem közzé e helyen azért, hogy ezzel kifejezést adhassak hálámnak és köszönetemnek az ő jóakarátú támogatásáért, a melylyel a vizsgálatokat lehetővé tette és szíves érdeklődéséért, a melylyel életében ezeket kísérte.

Irodalom. ¹ Lewis Th.: Auricular fibrillation; a common clinical condition. Brit. med. Journ., 1909, II. 1528. — ² Rothberger C. J. und Winterberg H.: Vorhofflimmern und Arhythmia perpetua. Wiener klin. Wochenschrift, 1909, XXII. 839–844. — ³ Lewis Th.: The pacemaker of the heart. Heart, 1910, II. 23–46. — ⁴ Freund H. A.: Klin. und

* A többi esetet a m. kir. orvosegyesület 1913 február hó 15-i ülésén tartott előadásom keretében mutattam be.

path. anat. Untersuchungen über Arhythm. perpet. Deutsch. Archiv für klinische Medizin, 106. kötet, 1912, 1—32. oldal. — ⁵ Hering H. E.: Analyse des Pulsus irregularis perpetuus. Prag. medizinische Wochenschrift, 1903, XXVIII, 377—381. — ⁶ Lewis Th.: Auricular fibrillation and its relationship to clinical irregularity of the heart. Heart, 1909—10, I. 306—372. — ⁷ Fredericq L.: Rhythme affolé des ventricules du a la fibrillation des oreillettes. Arch. intern. de Physiol. II. kötet, 281. oldal, 1904/5. — ⁸ Lewis Th. and Mach E. G.: Complete heart block and auricular fibrillation. Quart. Journ. of Med. 1909—10. III. 273—284. — ⁹ Cohn A. E. and Lewis Th.: A description of a case of complete heart block, including the post mortem examination. Heart, 1913, IV. 7. — ¹⁰ Falconer A. W. and Dean G.: Observations on a case of heart block associated with intermittent attacks of auricular fibrillation. Heart, 1912, III. 247. — ¹¹ Kahn R. H. und E. Münzer: Über einen Fall von Kammerautomatie bei Vorhofflimmern. Zentralbl. für Herz- und Gefäßkrankheiten, 1912, IV. 361. oldal.

Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem II. sz. női klinikájáról. (Igazgató: Tauffer Vilmos dr., egyet. ny. r. tanár.)

A terhesség serodiagnostikája az Aberhalden-féle dialysises methodussal.

Irta: Fekete Sándor dr., tanársegéd és Gál Félix dr., klin. gyakornok. (Vége.)

III.

Hogy hiba a legpontosabb dolgozás mellett is előfordulhat, azt el kell ismerni Aberhalden azon megmondolása után, hogy a serum és az egyébként jónak talált placenta együttes dialysatumuma a reactióra szükséges concentrációban tartalmazhatja a ninhydrinnel reagáló anyagokat akkor is, ha emésztés nem történt. Ezen felvétel valószínűsége mellett szól azon körülmény is, hogy a reactio gyakrabban volt hibás pozitív, mint negatív irányban, azaz gyakrabban mutatott emésztést akkor, a midőn illet nem tételezhetünk föl, mint megfordítva. Tehát a jelenlegi methodika mellett nem vehetjük a pozitív dialysises reactiót az emésztés absolut bizonyítékának. Igyekezünk e miatt oly controllt találni, melylyel a serum + placenta dialysatumát összehasonlítva, a különbséget csakis az emésztésnek tulajdoníthatjuk. Erre a célra szolgál az inactiv serum + placenta-val végzett sorozatunk. Arra gondoltunk ugyanis, hogy az inactiválás alatt a serum fermentumait hatástalanná téve, a serum + placenta, illetve inactiv serum + placenta dialysatumai közti különbség kizárólag csak az emésztésnek tulajdonítható. És csakugyan, ha eredményeinket ilyen alapon állítjuk össze, t. i. hogy összehasonlítási alapul nem a tiszta serum, hanem az inactivált serum + placenta szolgál, a pozitív irányban hibás esetek jórésztében sikerült kiküszöbölni a hibát.

Inactivált serum + placenta-val összehasonlítva, az eredmények a következők:

	positiv	negativ	eldöntetlen
35 gravida közül	28	2	5
13 normalis nem gravida közül	1 (menstr.)	12	—
46 tumor vagy lob közül	2	44	—

Ezen az alapon viszont többször találunk negatív, illetve el nem dönthető reactiót terheseken, azaz ott, a hol emésztést feltételezhetünk.

Teljes szigorúsággal végiggondolva az emésztéssel járó folyamatot, el kell ismernünk, hogy az inactivált serum + placenta-val való összehasonlítás sem ad teljesen biztos controllt. Ugy találtuk ugyanis, hogy az inactivált serum egymagában és az activ serum egymagában dialysisre felállítva sem ad megegyező dialysatumot. Eseteink elég nagy számában, a hol az inactivált serumot megpróbáltuk, azt mindannyiszor teljesen negatívnak találtuk még akkor is, ha a serum magában adott is valami dialysatumot. Ennek az oka csak az lehet, hogy az activ serumban magában oly emésztési processusok folyhatnak, melyek ninhydrinnel reagáló anyagokat produkálnak (autolysis). Ennélfogva az emésztőserum + placenta dialysatumában több componens szolgáltatja a reagáló anyagokat:

1. A serumból dialyzáló és esetleg önmagában nem reagáló anyag.

2. A placentából származó, önmagában szintén nem reagáló anyag.

A kettő összege együttesen már elegendő lehet a reactio előidőzésére.

3. A serum autolysiséből származó, s

4. a tényleges placenta-emésztésből keletkező bomlás-termékek.

Mindezekből mi csak a 4 alatt jelzett componenst keressük. Hogy ezt megtaláljuk, ahhoz nem elegendő a serum + placenta dialysatumát csak a serum dialysatumával összehasonlítani, mert a serum egymagában csak az 1. és 3. alatt jelzett componenseket adhatja, a serum + placenta az 1., 2., 3., 4.-et és így a 2. számú componens elhanyagolása lehet a hibaforrás. Nem elegendő azonban az sem, ha a serum + placenta-t az inactivált serum + placenta-val hasonlítjuk össze. Az utóbbi dialysatumában ugyanis érvényre jut az 1. és 2. componens és itt a 3. elhanyagolása lehet a hiba forrása. Hogy a két összehasonlítási alap közül melyik a megbízhatóbb, melyik factort lehet inkább elhanyagolni, a placenta-ból dialyzált mennyiséget vagy az autolysis következtében felszabadult anyagokat, azt a priori eldönteni nem lehet. A két különböző alapon végzett összehasonlítás azt mutatja, hogy inkább a 2. számú tényező hanyagolható el, annál is inkább, mert ezt módunkban áll lecsökkenteni, de mindig élnünk kell azzal a reservatióval, hogy a 2. számú factort nem vettük tekintetbe és ez hiba forrása lehet.

Ezen okoskodás útmutatást ad arra is, hogy milyen irányban kell a reactio methodikáját tökéletesíteni. Mint-hogy az autolysist egyelőre nem tudjuk meggátolni a nélkül, hogy a serum placentaemésztőképessége ne szenvedjen, kénytelenek vagyunk a másik factorból származó hibát lehetőség szerint lecsökkenteni. Más szavakkal kifejezve, nem tartjuk föltétlen megbízhatónak a placenta-t még akkor sem, ha a jelenlegi előírás szerint készült forrázat ninhydrinnel semmiképp sem reagál. Mert egyrészt még ekkor is tartalmazhat minimalis reagáló anyagot s másrészt mert a 16 órai thermostatban való állás alatt esetleg emésztés nélkül is képződhetnek benne ilyenek. Az utóbbi felvétel lehetősége mellett szól azon tapasztalat, hogy a szobahőmérsékleten aseptisemen állva hagyott placenta aránylag nem hosszú idő alatt ninhydrinnel positive reagáló forrázatot ad, a mint ezt fentebb említettük.

A placenta javítása elérhető talán oly módon, ha a reagáló aminosavak anyanyagául szolgáló vegyületeket valamiképp extraháljuk. Ugy látszik, hogy a vízzel való főzés nem teljesen elegendő vagy legalább is nem minden placenta tehető főzés útján állandóan használhatóvá. A placenta jóságának kriteriuma az lehetne, ha az egyszer elkészített és jónak talált placenta thermostatban való hosszabb állás után főzve sem adna ninhydrinnel reagáló anyagot, vagy míg ily placenta-t előállítani sikerül, addig csak az olyan placenta-t fogadhatjuk el teljesen jónak, mely biztosan nem emésztő serummal (férfiserum) való állás után nem ad le a dialysatumnak ninhydrinnel reagáló anyagokat.

Ezek tehát azok a követelmények, melyeknek eleget kell tennünk, ha a dialyzáló eljárás adta eredményeket feltétlenül bizonyító erejűnek akarjuk elismerni.

Ha sikerül ezeknek a feltételeknek eleget tenni, azaz ha sikerül oly placenta-t előállítani, melyből hosszabb időn át sem képződik ninhydrinnel reagáló anyag, akkor elegendő lesz a placenta jóságának állandóan való ellenőrzésére a kísérletekhez a serum, továbbá a serum + placenta dialysatumán kívül még inactiv serumot is placenta-val felállítani. Ezen utóbbi összeállításnak szükségképp negatív reactiót kell adnia; ez az összeállítás nem is mint összehasonlítási alap szerepel, hanem mint az eljárás helyességének controllja, főleg mint az anyag jóságának kriteriuma volna figyelembe veendő. Ha ugyanis a placenta és a dialyzáló hüvelyek jók, az inactiv serum + placenta-ból nem szabad annyi anyagnak dialyzálni, a mennyi a pozitív ninhydrin-reactio létrejöttéhez szükséges.

Kevesebb nehézséget ad megfelelő dialyzáló hüvelyek beszerzése. Itt csak az az ajánlatunk volna, hogy a már ki-

választott s jónak talált hengereket még emberserummal is megvizsgáljuk áteresztő képességükre nézve.

Igen fontos lenne tisztába jönni a leolvasás adta nehézségekkel, illetve a reactio positiv vagy negativ voltát eldönteni a nélkül, hogy itt a subjectivitásnak is szerepet kelljen engedni. Tulajdonképpen úgy áll a dolog, hogy absolut biztos reactionnak csak azokat vehetjük, a hol a serum dialysatuma maga negativ és a serum + placenta szintén vagy negativ, vagy kifejezett positiv reactiót ad. Valójában azonban elég kevés eset az, a hol ítéletünk ily teljesen biztos alapon volna megformálható. Gyakran úgy áll a dolog, hogy a serum dialysatuma is ad legalább nyomokban vagy igen gyenge fokban reactiót. Eredményeink megállapításakor csak akkor vettük a reactiót a terhességre bizonyítósnak, ha a serum + placenta dialysatuma kifejezettebben erősebb reactiót adott, mint a serum önmaga. Azon eseteket, midőn nem volt határozott különbség a két dialysatum közt, *Abderhalden* utasítása alapján negativnak vettük. Szó fér azonban ezen eljárás helyességéhez. Ugyanis a serumnak már eredetileg positiv dialysatuma leplezheti a placentaemésztés folytán hozzájárult többletet, különösen ha óvatosságból kis különbségeket nem akarunk bizonyítósnak venni. Hogy ilyen óvatosságra valóban szükség van, azt számos esetünk alapján tanultuk megismerni. Kell tehát, hogy törekvésünk arra irányuljon, hogy a tisztán positiv és negativ reactiók összehasonlításából következtessünk a placentaemésztés bekövetkezésére vagy hiányára. Addig, a míg ezt elérhetjük, nem tartjuk feleslegesnek az inaktivált serum + placenta felállítását ezen szempont miatt is. Ha t. i. számba vesszük az itt lehető combinatiókat, az inaktivált serum + placenta felállítása által az esetek egy részében a reactiók közti szinkülönbséget több bizonyossággal használhatjuk fel kriterium gyanánt, mintha az összehasonlítást csak serummal végezzük.

Ha az összes combinatiókat tekintetbe vesszük, melyek serum + placenta, serum és inaktivált serum + placenta felállítása esetén lehetségesek, a következő esetekkel kell számolnunk:

	Serum + placenta	Serum	Inaktivált serum + placenta
1.	+	—	—
2.	—	—	—
3.	+	+	+
4.	+	+	—
5.	+	—	+

A színreactiók értelmezésekor oda kell törekednünk, hogy lehetőleg csak positiv, illetve negativ reactiókkal legyen dolgunk, azaz ne kelljen szinkülönbségeket subjectiv módon megbecsülni és értékelni, hanem positiv vagy negativ összehasonlításából az eredményt megállapítani. Megfelelő caute-lákkal (jó henger, tiszta serum, jó placenta) legalább is megközelíthető ez a feltétel. Szigorúan véve azonban ekkor is lesznek oly esetek, a mikor a reactio értelmezése több felvételt enged meg, illetve a hol a reactiót eldöntetlennek kell vennünk. Ha a gyakorlatilag számba jövő lehetőségeket tekintetbe vesszük, akkor tulajdonképpen csak az első két reactiót lehet kétség nélkül arra magyarázni, hogy placentaemésztés történt (1.) vagy nem (2.). A 3. esetben kísérleteink értelmezésekor úgy jártunk el, hogy ha kifejezett szinkülönbség nem volt, a reactiót negativnak vettük. Kevesebb valószínűséggel tehetjük ezt a 4. esetben, midőn a serum + placenta az inaktivált serummal összehasonlítva, tulajdonképpen emésztést kell konstatálni. Az 5. esetben viszont, a hol serummal összehasonlítva, emésztést találunk, nem zárkozhattunk el azon lehetőség elől, hogy a serum + placenta csak azért positiv, mert a serumból és a placentából külön-külön átdiffundáló anyagok összessége már elegendő ahhoz, hogy a ninhydrin-reactio positiv legyen emésztés hiánya mellett is. Erre mutat legalább is, hogy a reactio emésztés nélkül (inaktivált serum + placenta) is positiv. Látjuk tehát, hogy az inaktivált serum + placenta dialysatuma főleg a reactio bizonyító erejét növeli vagy csökkenti, a szerint, a mint negativ

vagy positiv. A priori ugyanis ezeket az eshetőségeket nem lehet teljesen bizonyító erejűnek tartani, gyakorlatilag azonban kénytelenek vagyunk concessiókat tenni, mert különben, legalább egyelőre, elég sok reactiót kellene eldöntetlennek venni, tulajdonképpen mindazokat, a hol a serum maga is ninhydrinnel reagáló anyagokat ad le a dialysatoron át. Nagyan segítségünkre jön itt ugyan most is a reactiók közti szinkülönbség, a melyet azonban csak akkor szabad értékesítenünk, ha igen kifejezett. Olyan esetek, a hol a serum maga is igen erős reactiót adott, gyakorlatilag is eldöntetlennek minősítendők; előfordul ez az eset jó hengerek mellett is nagyfokú cachexia eseteiben, malignus tumorok jelenlétében. Szinkülönbségek megítélésére, különösen gyengébb reactiók megállapítására a kémlőcsövet felülről kell néznünk. Mindezek után a reactiók biztonsága céljából a következő elővigyázati szabályokra tartanánk szükségesnek a figyelmet felhívni:

1. Nem tartjuk föltétlenül jónak a placenta az előbb részletezett oknál fogva még akkor sem, ha friss vizes főzete ninhydrinnel nem is reagál. Teljesen megbízhatónak csak akkor mondanánk, ha a placenta nem emésztő serummal felállítva, dialysatuma negativ reactiót adna.

2. A hengereket szükségesnek tartjuk emberi serummal kipróbálni.

3. Az eljárás helyességének controllja és a leolvasás biztonsága miatt szükségesnek tartjuk serum, serum + placenta felállításán kívül inaktivált serum + placenta dialysatumát is megvizsgálni.

4. Esetlegességek kikerülése végett szükséges, hogy legalább a serum + placenta több dialyzáló hüvelyt állítsunk fel.

Ezen szigorításokkal reméljük a reactio megbízhatóságát fokozni és elérni azt, hogy a máris elért nagy valószínűség helyett a dialyzáló eljárással is teljes biztossággal következtessünk a serumnak placentaemésztő képességére.

További megfontolás tárgya kell hogy legyen, hogy a serumnak placentaemésztő tulajdonsága mennyiben azonos a terhesség jelenlétével. Erről később még szólni fogunk és bár nem zárkozhattunk el elméleti ellenvetések elől, a vizsgálatok alapján azt kell mondanunk, hogy kifogástalan methodussal végzett kísérlet alkalmával positiv reactio esetén peterészek jelenlétét kell felvennünk. További kísérletek és megfigyelések lesznek hivatva megállapítani, hogy a pete elhalása után a reactio változik-e, és ha igen, mennyi idővel az elhalás után következik be a változás. Negativ reactio esetén a terhességet nagy valószínűséggel kizártnak vehetjük.

IV.

Végezetül még néhány megfontolást akarunk kísérleteinkhez fűzni azon szempontból, hogy mi a különböző terhességi reactiók alapja, és elméleti indokolásukat tekintve, mit várhatunk tőlük.

A serologiai terhességi diagnosis alapját azok az elváltozások alkotják, melyek az anya vérében mennek végbe. Terhesség esetén a magzat függelékeivel chemiai szempontból idegen testként szerepel és az anyai szervezet chemismusát megváltoztatja egyrészt azért, hogy belőle oly anyagok kerüljenek az anya szervezetébe, melyek különben nincsenek ott jelen, másrészt ezek az anyagok az anyai szervezetre ingerlő hatást gyakorolnak és azt bizonyos specialis anyagok termelésére ösztönzik.

A különböző terhességi reactiók más és más anyagot igyekeznek kimutatni. A *Fieux-Mauriac*-féle reactio complementkötő antitesteket, az *Abderhalden*-féle reactio proteolytissis fermenteket, az antitrypsin-reactio hasadástermékeket mutat ki a szervezetben. Hogyha azt kérdezzük, hogy — egészen eltekintve a gyakorlati eredményektől — melyiket lehetne ezek közül általános biológiai szempontból leginkább specifikusnak tekinteni, azt kell válaszolnunk, hogy a complementkötési reactio ily szempontból a másik kettőnek felette áll, mert a complementkötő antitestek specificitása az immunitásban rendkívül kifejezett. Hogy mégsem vált be

egészen a terhesség eseteiben, talán annak tulajdonítható, hogy a használható placenta-antigen előállítására gyakorlatilag nehézségekbe ütközik. Az *Abderhalden*-féle reactio kiindulási pontja az volt, hogy chorionsejtek kerülve a véráramba, speciális chorionoldó anyagok keletkeznek. Ha az anyai szervezetbe jutott termékek chemiailag egynemű anyag volna, el lehetne képzelni, hogy specifikus ferment képződik. Nem valószínű azonban, hogy ezek egynemű fehérjéből állnak, melyek egy határozott jellegű fehérjeoldó fermentet tudnak produkálni. De még ha fel is tesszük, hogy a placentában egészen speciális fehérjék foglaltatnak, melyek egészen specifikus proteolysisek fermenteket termelnek, mégis azt kell mondanunk, hogy ezek pontos kimutatása mai eszközeinkkel lehetetlen. A különböző proteasék ugyanis, bár mindegyik aminosavakat is termel, abban különböznek, hogy ezen aminosavak közt chemiai különbségek vannak. Ha minden egyes fermentre nézve ezek a végtérmekek ismeretesekek és jól kimutathatók volnának, ha továbbá a placenta hatása alatt képződött fermentnek a placentára való hatásakor termelődő anyagok chemiailag jól definiáltak és kimutathatók volnának, akkor elképzelhető volna egy elméletileg is specifikus placenta-reactio. Utóbb ugyan *Abderhalden* változtatott a felfogásán s általában a pete megtapadása folytán vagy a petében lefolyó anyagcsere alatt keletkező termékek felszívódását veszi fel, a melyre a szervezet megfelelő enzym termelésével válaszol. Mi minden esetben peptonokat, aminosavakat stb. mutatunk ki, a különböző termékeket egymástól elkülöníteni nem áll módunkban. „Ez a megfontolás mutatja, hogy a dialyzáló eljárást elméletileg teljesen specifikusnak nem tartjuk.”

Hogy a reactio terheseken mégis az esetek túlnyomó többségében positiv végeredményt ad, nem terheseken, illetőleg különböző megbetegedések esetén pedig negativ eredményt, az annak tulajdonítható, hogy főképp terheseken jelentkeznek oly óriási serologiai elváltozások a szervezetben, hogy csak ott jut be annyi idegen fehérje a véráramba, mely annyi fermentet tud felszabadítani, hogy az in vitro tud oly mennyiségű placenta-antigént emészteni, hogy az így képződő termékek nagy mértékben túlszárnyalják azokat, melyek a serum autolysise alkalmával keletkeznek és kis mértékben a legtöbb esetben jelen vannak. A differentialdiagnostikailag számbajövő megbetegedésekben ily fermentek, úgy látszik, nem képződnek oly mértékben, hogy termékei hozzáadva azokhoz a termékekhez, melyek az autolysis alkalmával keletkeznek, ninhydrinnel valami lényeges szinkülönbséget adhatnának a serumcontrollpróbával szemben. Felfogásunk szerint tehát a terhességben mutatkozó serumelváltozások azon megbetegedésekkel szemben, melyek itt számba jönnek (carcinoma, infectiók, gyulladások) a dialyzáló eljárás szempontjából, főleg csak az itt szereplő anyagok mennyiségében különböznek és a reactio legtöbb esetben mennyiségi differentiak kimutatásán alapszik. Legnagyobb valószínűséggel feltehetjük, hogy vannak minőségi különbségek is, de ezeket mostani eszközeinkkel még nem tudjuk kimutatni.

Hogy a dialyzáló eljárás a terhességre nem egészen specifikus, az egyáltalában nem zárja ki azt, hogy gyakorlatilag mégis teljesen kielégítő eredményeket ne adhatson. Legjobb analógiája a Wassermann-féle reactio, mely practice kifogástalan és az elmélet, melyen felépült, helytelennek bizonyult.

Hogy megemlítsük még a meglehetősen általánosan használt antitrypsinreactiót, melyet szintén igyekeztek úgy terhesség (*Heyde* és *Krösing*, *Rosenthal*), mint carcinoma eseteiben (*Brieger*, *Trebing*) diagnostikai célból felhasználni, azt kell mondanunk, hogy mindkét esetben nem felelt meg teljesen a hozzáfűzött reményeknek. A trypsinemésztést gátló anyagok lényegére nézve különbözők a nézetek, egyesek fehérjéknek, mások fermenteknek tartották. Legelfogadottabb nézet az, hogy fehérjebomlástermékek. Fehérjebomlástermékek pedig fokozott mennyiségben oly sok folyamatnál lehetnek a vérben, hogy erre diagnostikai eljárást alapítani, úgy látszik, nem lehet. *Gaifami* ki is mutatta, hogy a legkülönbözőbb lázas megbetegedések, tumor eseteiben, sőt minden oly esetben, hol a fehérjeanyagforgalomban eltérés van a ren-

destől, a serum antitrypsines titere nagyobb. Gyakorlatilag véve azonban a dolgot, *Rosenthal* vizsgálatai alapján egészséges egyénekben ezt az eljárást is felhasználhatjuk a terhesség kimutatására.

* * *

Az *Abderhalden*-féle reactio jelentősége általánosabb, a terhességi diagnostika csak egyik gyakorlati alkalmazását alkotja. *Abderhalden* felfogása nagy fontossággal bír az egész immunitástan szempontjából is. Ugyszólván kapcsot létesít az immunologia és chemia közt, az immunitástan számára megnyitotta a fehérjechemia sokkal konkrétebb fogalmakörét és a törekvést, mely arra irányul, hogy az immunitástan minél több chemiai elemmel dolgozzék, egy lépéssel a megvalósítás felé vitte.

Kérdés azonban, vajon teljesen besorozhatjuk-e a terhességi jelenségeket az immunitástaniak közé. Nem felel meg teljesen az észlelet, hogy a terhes vér dialyzálóképessége a gyermekágy 10—14. napján eltűnik. Immunitástani jelenségek sokáig, néha évekig fennállnak. De lehetséges az is, hogy ilyenkor is van emésztés, csak kisebbfokú, mint előbb. Esetleg a kimutathatóság határa alá süllyed és a technika tökéletesbedésével ki is lesz még mutatható.

Ha valóban úgy állana a dolog, hogy *Abderhalden* észleletét más immunitástani jelenségekre is át lehetne vinni, ennek alig belátható gyakorlati fontossága volna. Elképzelhető volna, hogy eltekintve a terhességtől, más esetben, mikor idegen fehérje kerül a szervezetbe, más immunitástani reakciók mellett ez is használható volna a szervezetben felszabaduló fermentek kimutatására. Ennek lehetősége függ persze a keletkező fermentek specificitásától, valamint attól, vajon található-e alkalmas substratum, melyet ezek a fermentek specialisan vagy különösen erős mértékben bontanának. Tehát tág tere nyílik ez alapon a kutatásnak.

Mindenesetre azonban az *Abderhalden*-reactio az immunitástani módszerekre nézve is jelentékeny tökéletesbedést jelent, jelentősége tehát nemcsak mint terhességi reactio nagy, hanem általános biologiai szempontból is beláthatatlan fontosságú.

Irodalom. ¹ *Abderhalden*: Zeitschrift für phys. Chem. 77, 81. kötet — *Abderhalden*: Prakt. Ergebnisse d. Geb. und Gyn., II. II. rész. — *Abderhalden*: Beiträge zur Klinik der Infektionskrankheiten, 1912. — *Abderhalden*: Münch. med. Wochenschrift, 1912, 1305., és 1939. 2172. old., 1913, 8. szám. — ² *Franz* és *Jarisch*: Wiener klin. Wochenschrift, 1912, 1441. — ³ *Frank* és *Heymann*: Berliner klin. Wochenschrift, 1912, 36. szám és 1913, 14. szám. — ⁴ *Lindig*: Münchener mediz. Wochenschrift, 1913, 288. — ⁵ *Henkel*: Archiv für Gynäkologie, 99. kötet, 56. 1913. — ⁶ *Veit*: Zeitschrift für Geb. und Gynäk., 72. kötet, 2. füzet. — ⁷ *Petri*: Münchener mediz. Wochenschrift, 1913, 21. szám és Zentralblatt für Gynäkologie, 1913, 7. szám. — ⁸ *Engelhorn*: Münchener mediz. Wochenschrift, 1913, 11. szám. — ⁹ *Polano*: Ref. Zentralblatt für Gynäkologie, 1913, 730. oldal. — ¹⁰ *Behne*: Zentralblatt für Gynäkologie, 1913, 17. szám. — ¹¹ *Freund* és *Brahm*: Münchener mediz. Wochenschrift, 1913, 13. szám. — ¹² *Heymann*: Münchener mediz. Wochenschrift, 1913, 17. szám. — ¹³ *Stange*: Münchener mediz. Wochenschrift, 1913, 20. szám. — ¹⁴ *Epstein*: Wiener klinische Wochenschrift, 1913, 17. szám. — ¹⁵ *Eckler*: Wiener klinische Wochenschrift, 1913, 18. szám. — ¹⁶ *Schlimpert* és *Hendry*: Münchener mediz. Wochenschrift, 1913, 13. szám. — ¹⁷ *Schiff*: Münchener mediz. Wochenschrift, 1913, 22. szám. — ¹⁸ *Rübsamen*: Münchener mediz. Wochenschrift, 1913, 21. szám. — ¹⁹ *Markus*: Berliner klinische Wochenschrift, 1913, 777. — ²⁰ *Jonas*: Deutsche med. Wochenschrift, 1913, 1099. — ²¹ *King*: Münch. mediz. Wochenschrift, 1913, 22. sz.

Közlemény a königsbergi kir. egyetem orr- és gégepoliklinikájáról.
(Igazgató: Gerber dr., egyetemi tanár.)

A gégetuberculosis therapiája, különös tekintettel a dysphagiára.

Irta: *Réthy Aurél* dr., operateur, königsbergi egyetemi tanársegéd.

(Vége.)

A tulajdonképpeni specifikus kezelés *Koch* tuberculinjával vette kezdetét. Használtatott még a Neu-Tuberculin, a *Denys*-féle és a *Beraneck*-féle tuberculin és a *Spengler*-féle praeparatum. Az említettek active immunizálnak. A passiv antituberculosis serumok közül pedig használták a *Marmorek*-

féle, *Maragliano*-féle és *Jacob*-féle serumot. A tuberculin adagolása olyképp választandó, hogy az általános reactio lehetőleg elkerültesse. Újabb időben a tuberculinkúra mind nagyobb mérvben előtérbe nyomul a serumok rovására. Különösen a bántalom fekélyes alakjában kapunk jó eredményeket.

Újabban a *Körner*-klinika részéről a jodot és kénest ajánlták mint specificumot a gégetuberculosis szemben. Szerintem ha a jod mint anticatarrhalis szer némelykor tehet is jó szolgálatot, a kénest, mint a legyengült szervezetre nézve tapasztalatom alapján határozottan ártalmasat, határozottan elvetendőnek tartom. A francziák ajánlotta arsen mint roboráló szer szóba jöhet. A salvarsannak nincsen specifikus hatása.

A *Landerer* által ajánlott hetol-injectiók az élénk leucocytosis útján a tuberculinkúra után, mint utókúra, jó szolgálatot tehetnek.

Mint specifikus szereket gyakran rendelik ezeket: kreosot, guajacol, sirolin, sulphosotsirup, sulfoguajacolsirup, duotal, kreosotal és végül thicol.

A mi a gégetuberculosisnak tulajdonképpen localis kezelését illeti, elsősorban az anaestheticumok jönnek számba. A cocain és pótszerei: az alypin, novocain stb. nem nagyon ajánlatosak, mert bár gyorsabban hatnak, de gyorsan meg is szűnik a hatásuk s e mellett mérgezők, bár *Spiess* 2—5%-os novocain-oldatnak submucosus injectiójától nagyon jó eredményeket látott.

Sokkal elterjedtebb és megfelelőbb is az 'oleum mentholival való kezelés. A mentholnak antiphlogistikus és antiseptikus tulajdonságánál fogva nemcsak curatív hatása van, hanem hideg érzést keltő hatásánál fogva analgeticumként is szerepel. Hatása azonban rövid ideig tart s ezért sokan a coryfint használják, mely szintén mentholderivatum; közvetlen az alkalmazás után nem okoz izgalmi tüneteket, hatása ugyanaz, mint a mentholé, de sokkal tovább tartó. Valódi dysphagia eseteiben azonban csakis oldhatatlan anaestheticumokkal való combinációban hatásos.

Lengyel Árpád beható kísérletezés alapján a menthol pótszereként nagyon jól bevált salimentholt ajánlja.

A tulajdonképpen antidysphagiás szerek közül elsősorban az *orthoform* érdemel említést, mely az idegvégződéseket hűdíti. Minthogy azonban phenolgyököt is tartalmaz, némelykor mérgező hatást is fejthet ki, bár én magam sohasem tapasztaltam ezt. Hasonló a hatása az *orthoform-neunak*. A mérgező phenolgyök hiányzik a *Ritsert* által ajánlott *anaesthesinből*. Ez egyike a legkitűnőbb szereknek. Újabb időben a *cycloformmal* végzett gyógykísérletek is kielégítő eredménnyel jártak. Nemrég a *propaesin* került a kereskedelembe, a mely szernek kitűnő hatását magam is kipróbáltam. Ajánlatomra az előállító *Fritsche*-féle gyár a propaesint menthol-készítménnyel, methylacetattal kombinálta.

Ez utóbbi öt praeparatum méreg, de mérgező hatása nem juthat érvényre, mert a készítmények oldhatatlanok és a sebfelületről csak nagyon lassan resorbeálódnak. Ez a nehéz oldhatóság biztosítja suprematiájukat a cocain és pótszerei fölött.

Freudenthal menthol-emulsiót ajánl a következő formában: Rp. Menthol. 1—10; Olei amygd. dulc. 30·0; Vitelli ovorum 30·0; Orthoformi 12·5; Aqu. dest. q. s. ad 100·0.

Baumgarten anaesthesin-coryfin- vagy cycloform-coryfin-oldatot használ 1:25. Ez oldattal a beteg gégerészleteket befecskendi, miáltal 10—16 órás érzéstelenséget ér el. Mások menthol-anaesthesinbelélekezést végeztenek.

En a kezelést oly módon végzem, hogy készítek 3—5%-os coryfin- avagy menthol-propaesin-oldatot, a melyet fecskendő segítségével juttatok a beteg területre. Közvetlen utána a fentebb felsorolt porszerű anaestheticumok egyikét insufflálom, vagyis mindig más port insufflállok, mint a mely a coryfinban oldva volt. Ily módon 24 órás hatást is elértem.

Ha a beteg nem járhat naponta kezelésre, akkor a kezébe adjuk az anaestheticumot, melyet ő maga, vagy hozzátartozója közönséges porfúvóval juttat a gégebe, avagy az

R. Hoffmann-féle szívócső segítségével használja. Nagyon ajánlatos a *Baumgarten*-féle oldatot a Parke, Davis & Co. cég által gyártott „Glaseptic“ sprayvel finom köd alakjában a gégebe juttatni. Ezt a készüléket a beteg zsebében is hordhatja s útközben használhatja.

Nagy hátrányuk eme szereknek a rendkívüli drágaságuk. 25 gr. coryfin-anaesthesin 6·60 márkába kerül.

Anaestheticumként ajánlva lett még a chloreton, az anti-pyrin és a peronin.

A dysphagia kezelésében *Polyák* ajánlotta először a pangásos vérbőséget. A passiv hyperaemiával a szervezet védekezését akarjuk emelni. E medicatióknak egy fontos mellékhatása — *Spiess* teoriája értelmében főhatása — a consecutiv fájdalomcsillapítás. *Ritter* kísérletei szerint a pangás által előidézett vizenyő diluálólólag hat a szövetnedveknek irritáló magasabb koncentrációjára, mely a gyulladás kezdetén van jelen. Ezt a hatást akarta *Polyák* a felső légutak gyulladásos folyamataiban kihasználni. Két-három, sőt tíz óráig is applikálta a gummiszalagot a nyakra, melynek folytán az esetek 80%-ában hatást ért el. *Grabower* erre a célra egy megfelelő szabályozható bandage-t ajánlott.

Megjegyezni kívánom, hogy plethorás egyéneken daczára annak, hogy a pangás fájdalomcsillapító, mégis főfájást idézhet elő; alkalmazását arteriosclerosisosokon contra-indikálnak tartom s végül gégeoedema esetén alkalmazása nem ajánlatos, mert maga is a gége duzzanatát idézheti elő s ezért a beteg kezébe adni saját használatára nem helyes.

A localis heliotherapiát *Sorgo* vezette be. A beteg hátával a nap felé ül, torkába gégetükröt vezet be s egy toilette-tükör segítségével a napsugarakat a tükkörre veti, melyek onnan a gégebe esnek. Az eddigi eredmények kielégítőek, bár *Brünnings* és *Albrecht* állatkísérletei szerint a napsugarak photochemiai intenzitása oly csekély, hogy mély hatás nem várható. Mindenesetre kellemetlen mellékkörülmény, hogy ily módon a beteg megtanulja az autolaryngoskopiát s így észleli nemcsak a javulást, hanem a, sajnos, leggyakrabban bekövetkező rosszabbodást is. Ezért helyes *Safranek*-nak eljárása, a ki a tükkörrel maga vetíti be a gégetükkörre a napsugarakat. Ajánlom a heliotherapiát a könnyű esetekben, más eljárással kapcsolatban s előrehaladottabb esetekben, ha a beteg gyenge és lázas volta, mert hiszen e methodus a betegre megerőltető.

A Röntgen-kezelés eddig nem vezetett kellő eredményre, bár *Wilms* az ú. n. mély besugározatástól jó eredményt látott. *Brünnings* és *Albrecht* fentebb említett állatkísérleteiben a Röntgen-sugaraknak kiváló hatását észlelte.

A radiumkezelés teljesen hatástalan.

Napieu a quarzlencsével elektromos ivlámpasugarakat a gégebe vetítve, jó hatást látott.

Az edzőszerek alkalmazásától megfelelő esetekben kiváló eredményeket láttam. A szer alkalmazásakor azonban helyes indicatio és helyes applicatio szükséges. Ne sérvás legyen a kezelés, hanem a localis reactio legyen a mérvadó. Fekély nélküli esetekben, tisztán infiltratióval az alkalmazás contra-indikált, mert hiszen mesterséges fekélyt idézünk elő, a mi nem célunk, sőt fekély esetén vigyáznunk kell, nehogy az edző folyadék szétfolyjon, vagy pedig a szonda kihúzása alkalmával oly területet érintsünk, mely ép, mert másodlagos fekélyeket s eme fekélyeknek tuberculosis fertőződését idézhetjük elő. Ezért én úgy járok el, hogy a gégeszondának végét egész vékony vattaréteggel fedem, ezt az edző folyadékba bemártom és ezután egy centiméternyi végrészletet szabadon hagyva, a többi vattaréteggel becsavarom oly módon, hogy az 1 cm.-nyi edzőrészlet egy vattakúp alapjának közepén látszik kiugrani. A vattakúp a melléksérüléseket meggátolja.

Az edzőszerek submucosus injectiója helytelen.

Az edzőszerek alkalmazása előtt nagyon helyes pergenolport a gégebe fújni, a mely H₂O₂ képződése folytán a sebfelületet megtisztítja. Használható a tejsav 25—50—80%-os oldatban. A trichloreccetsav használható olyképpen, hogy a kristályokat a fekélyre helyezzük s ott feloldódni hagyjuk,

avagy a kristályokat a levegőn nyitott üvegben állni hagyjuk, a mikor ezek hygroskopos tulajdonságánál fogva tömény oldat keletkezik. Ez a szer a legjobb az edzőszerek között. Fekély esetén gyakran láttam a dysphagia teljes megszűnését az alkalmazása után. Főleg az amerikai orvosok használják a formalint 5—6—8—10%-os oldat alakjában. Kétségtelen azonban, hogy ez a szer némileg izgató hatást gyakorol a mélyebb légutakra. Ajánlták még a dianolt, chromsavat, parachlorphenolt, phenolum sulfuricicumot.

Az adstringenseket főleg gégevérbőség esetén használják. Ilyen az argentum nitricum-oldat, a tannin, protargol, alumol, zincum és natrium soziodolicum s főleg az utóbbi időben ajánlott lenirenin (*Hartmann*).

Mint antisepticumot a jodoformot ajánlják; e szert azelőtt mint specificumot használták. Főleg fekélyes folyamatok esetén ajánlatos az alkalmazása.

A kombinált gyógyszeres medicatiót *Holländer* ajánlotta; félórával a calomelnek a gégebe való insufflatiója előtt egy evőkanál 5%-os jodkalioldatot ad a betegnek. Jodkéneső képződik, mely egyrészt edzőleg hat, másrészt állandó chemotaxisos hatás folytán a beteg részt joddal árasztja el.

Ez alapon *Pfannenstiel* naponta 0.5—4 gr. jodot ad belsőleg, míg localisan H₂O₂-ot használ avagy ozont lélegeztet be. Ennek folytán jod hasad le, mely in statu nascendi erős antisepsis hatást fejt ki. Részemről a *Holländer*-féle eljárást eredményesebbnek találtam.

A mi az inhalatiókat illeti, vérmes reményeket nem táplálhatunk velük szemben, de anticatarrhalis, köhögést csökkentő és a szívós váladék kiürítését elősegítő hatásukra számíthatunk. Ismertebb készülékek a *Heryng*-, *Jahr*-, *Bulling*-, *Siegle*-féle stb.

A mi az intralaryngealis sebészeti beavatkozást illeti, nagy óvatossággal, strict javalatokkal kell eljárunk s akkor némely esetben fényes eredményt fogunk elérni.

1. Lázás gégetuberculosisokon intralaryngealis sebészeti beavatkozást csak stenosis esetén szabad végezni, mert a hőmérséklet még magasabb lesz s a tüdő állapota megromlik.

2. Florid tüdőtuberculosis vagy miliaris tuberculosis esetén curatív célból beavatkozni nem szabad.

3. Az utolsó stadiumban csak akkor avatkozunk be, ha a beteg kellemetlenségei a gége részéről ez úton megszüntethetők.

4. Oly beteg egyéneken, kiknek ellenállóképessége csökkent, csak megfelelő roboráló és conservatív kezelés után avatkozunk be.

5. Kisebb ambulans beavatkozást elvégezhetünk ugyan, de csak akkor, ha a beteg nem messze lakik, mert az utóvérzés és a gégeödéma veszélye mindig fennáll.

6. Az ideális cél: minden beteg részletet eltávolítani, azért egy ülésben minél többet irtunk ki, de a beteg ismert ellentállóképességéhez mérten operáljunk.

7. Ajánlatos az operatív beavatkozás után a területet 80%-os tejsavval beecsetelni, hogy ezáltal védőpörköt nyerjünk.

Az instrumentalis beavatkozást egyszerű, de még helyesebben dupla curette-tel végezzük. A dupla curette sokkal enyhébb reactiót vált ki. A hangszalagon azonban a galvanocaustika ajánlatosabb, mert a hangszalag funkcióképességét kíméli. Oedema esetén skarifikálunk gégekéssel.

Az epiglottis eltávolítása, az *epiglottectomia* indikált akkor, ha merev beszűrdött gégefödő szerepel a dysphagia előidézőjeként, továbbá, ha a megbetegedés főleg erre szorítkozik és eltávolításától az állapot javulása várható. Ajánlatos *Gerber* szerint a hideg kacschal való eltávolítás, a mely gyors reactiót és fájdalmat nem okoz. De használhatjuk az *Alexander*-féle guillotint is. Indikált esetben e műtétnek nagy hasznát láttam.

A *galvanocaustika* a legjobb eredményeket szolgáltatja. Előnye az irányítás s a localisatio biztossága, a pontos adagolhatóság, a tetszés szerinti mélyre való hatás, a csekély reactio, a secundaer infectiónak a kisbemenetű nyílás, illetve a védőpörk által való kizárása, a behatás gyorsasága s a

vérzés veszélyének kicsinyisége. Segélyével a fekélyek által előidézett nyelési fájdalmak gyorsan megszűnnek. Nagyon ajánlatos a *Grünwald*-féle galvanocaustikás mélyszúrás. Kellő érzéstelenítés után egy izzó heges égő sülyesztetik el a beteg szövetben 5—10 másodpercze, mely idő alatt a cauter hegye szabadon mozgathatóvá lesz.

Az electrolysis jó eredményeket ad, de hosszadalmasága miatt nem alkalmas.

Stenosis esetén, ha nagy a dyspnoë, fenyegető veszély mellett intubálhatunk, de csak rövid időre, mert a cső a beteg szövetre delataer hatású és fájdalmat vált ki. Helyette sürgős esetben jobb a tracheotomia. De ha lehetséges és főleg ha a beteg állapota megengedi, a stenosis intralaryngealis, esetleg külső műtéttel szüntessük meg.

Utóvérzések esetén ágynyugalom, jégzacskó, tejsavval való edzés, vörösen izzó galvanocauter jöhet számba. *Besolt* és *Gidionoen* vérzés esetén ajánlja, hogy a gégebe egy gummicövet vezessünk és körülötte tamponáljunk. Legutóbbi időben *Blumenfeld* a *Michel*-féle kapsoknak általa konstruált műszerrel való elhelyezését ajánlja. Én magam a gégebe a *Horsford*-féle eszközzel varratokat helyezek el és a csomózást az általam ajánlott és konstruált plombokkal a legegyszerűbb módon végzem el. (Lásd: Archiv für Laryngologie, 1913.) Ez könnyebb eljárás, mint a *Blumenfeld*-é.

A gégetuberculosisnak direct úton való kezelését számos esetben megkísértem s az eredményekkel nagyon meg voltam elégedve. A *Killian* által legutóbb ajánlott „Schwebe-laryngoskopie“ az intralaryngealis beavatkozást rendkívüli módon megkönnyíti.

A külső sebészi beavatkozások közül elsősorban a tracheotomia jön figyelembe mint curatív tényező. *Schmidt Möriz* ajánlja: 1. stenosis esetén, 2. súlyos gégeaffectio eseteiben, ha a tüdő állapota jó; 3. gyorsan előrehaladó folyamat esetén; 4. dysphagia eseteiben, a mihez *Stein* 5. azon esetet kapcsolja, a mikor az orvos technikája hiányos és a megbetegedés helye el nem érhető.

A mi a stenosisot illeti, szükség esetén természetesen tracheotomiát kell végeznünk, de ennek hiányában súlyos és gyorsan előrehaladó gégebántalomnál e műtétet elvetendőnek tartom, mert azok az előnyök, melyeket e műtét javára írnak, nem léteznek. A gége nem kerül nyugalomba, mert a beteg csakhamar megtanul beszélni a nyílás bedugása útján, s bár igaz, hogy a tüdőből jövő váladék nem éri a géget, de a váladéknak kiköhögése a tracheotomia nyílásán át rendkívül megerőlteti a beteg szervezetét. E mellett tekintetbe kell venni, hogy a felső légutak azok, a melyek előidéznek azt, hogy a hörgők csiramentesek. Ha ezeket kiiktatjuk és a légcsőbe direct vezetjük be a levegőt, az fel sem melegendhet, meg nem tisztulhat s így, mint *Gerber* helyesen jegyzi meg, a tüdőbántalom rapid rosszabbodása következik be. A mi pedig azt illeti, hogy a műtét által a dysphagia megszüntethető, idézem *P. Range* szavait: „A canule csökkenti a beteg szenvedéseit, de meg is rövidíti azokat“, s a mi végül azt illeti, hogy az esetben is végezzük, a mikor az illető orvosnak az intralaryngealis technikája rossz, az a megjegyzésem, hogy patiensét küldje a műtétben jártas laryngologushoz.

A laryngofissiót chronikus lefutású esetekben végzik; a tüdő jó állapota, jó erőbeni állapot a főkövetelmény. Eddigi tapasztalataim nem teszik a műtétet ajánlatossá, mert rendszerint a tüdő állapotának rosszabbodása s a beteg rohamos leromlása következik be. A laryngofissióhoz *Holländer* forrólégkezelést kapcsolt.

A gége kiirtása a lehető legkritább esetekben nagyon rossz gégeállapot és nagyon csekély tüdőaffectio esetében lehet indokolt, olyan két körülmény ez, melynek összetalálkozása nagyon elvétett esetben történhet meg.

III. A dysphagia megszüntetésének legmegbízhatóbb útja a vezető idegek megtámadása. Elsősorban bizonyos chemiai anyagok befecskendezése jöhet szóba. Ezirányú kísérleteket *Braun* és *Kuttner* végzett novocainnal és cocainnal. *Frey* a regionalis anaesthesiát a következő módon hajtja végre: Mindkét oldalt vezetési érzéstelenséget akar előidézni. E célból kb.

3 cm.-nyire a középvonaltól a nyelvcsont szarva és a pajzsporcz szarva között 1 cm.-nyi mélységbe 1 cm³ 1%-os cocaint fecskendez kevés adrenalinral. Ily módon sikerült neki jó érzéstelenítést elérni, a mely 20 percig tart. Ezt a methodust tulajdonképpen csakis operatív beavatkozások céljából végezték, de az utóbbi időben francia orvosok a dysphagia ellen hozták javaslatba.

Eme eljárásról és *Schlösser* kísérletein alapul *Hofjmann* methodusa, a ki a fájdalmas nyelés leküzdésére 85%-os, 45^o C. hőmérsékű alkoholt fecskendez be. Én a befecskendezést nem az ajánlott *Schlösser*-féle, hanem a közönséges *Rekord*-fecskendővel végeztem, de ez esetben ügyelni kell arra, hogy a tű ne legyen nagyon rövid, mert a beteg önkénytelen nyelése esetén könnyen megtörténik, hogy a tű leválik a fejrészletről s eltűnik a subcutan szövetekben. A fájdalmas pontot a beteg bemondása segélyével fel kell keresni (2—2,5—3 cm.-nyire) a középvonaltól. A bőr kellő desinfectiója után az orvos bal kezével körülfogja a géget oly módon, hogy a hüvelykujj a gége ép oldalát a másik oldal felé tolja, miáltal a porczváz prominensé válik. Az orvos bal mutatóujja a beteg oldal fájdalmas pontját rögzíti. E helyütt harántul a testfelületre a tűt 1½ cm.-nyire beszúrjuk s 1—2½ cm³ alkoholt injiciálunk. Az eljárást az eredeti előirással szemben ülőhelyzetben végeztem, a mi kényelmesebb munkát biztosít. Az injectio nagyon sok esetben teljesen prompt hatású volt, bár voltak esetek, a melyekben felmondta a szolgálatot. A leg hosszabb eredményt értem el egy 24 éves egyénen, a kin 6 hétig tartott az analgesia. Egy nőbetegünkön, kin a fájdalom kiváltó pontja az epiglottis elülső felületén ülő ulcus volt, az alkoholinjectio mit sem használt s csakis az epiglottis eltávolítása szüntette meg egy csapásra a fájdalmakat.

Két esetben kényszerítve voltam a felső gégeidegek resectióját végezni. Nem végeztem aggodalom nélkül, mert hiszen ez az ideg gátolja meg a félrenyelést, s mint *Broekaert* kísérletei bizonyítják, ez az ideg tartalmazza a gége nyálkahártyát ellátó vasodilatatorokat. Ezt a beavatkozást a jelzett okból nem lehet teljesen közömbösnek tekinteni. De lássuk a betegeket: Mindkettőn florid tüdő-tuberculosis volt jelen. A gége állapota absolute rossz. Mindkét beteg nagyon lesoványodott és legyöngült, mindkettőn intenzív dysphagia van jelen s ez okból rendkívül kínosan nyelnek. A betegeken minden eljárás meg lett kísérelve, de a fájdalmak nem voltak csillapíthatók. Az alkoholinjectio szintén cserben hagyott. Az egyik 5, a másik 6 nap óta nem tudott táplálékot magához venni. Ha tovább várunk, a beteg inanitióban elpusztul. Ultimum refugiumként a késhez nyultam és a felső gégeideg belső ágát átvágtam. Az egyik esetben egyoldalt, a másik esetben mindkét oldalt. A fájdalmak egy csapásra teljesen megszűntek. A betegek táplálékot tudtak magukhoz venni s csupán a falat megakadásának subjectív érzését panaszták. A gégeben nem találtam észrevehető rosszabbodást. A betegeket megmentettük ugyan az éhhaláltól, de az egyik két, a másik három héttel utóbb florid tuberculosisának esett áldozatul. A vég azonban még sem volt oly kínos s a betegek élete néhány nappal meg lett nyújtva.

Maga a beavatkozás könnyű és localis érzéstelenítésben hajtható végre. A metszést a pajzsporcz felső szélénél kezdjük 2—3 cm.-nyire a középvonaltól s rézsut fel- és kifelé visszük. A metszés hosszúsága 3—5 cm.

Átvágjuk a platysmát, a musculus omo-hyoideust elkampozzuk s ezután a musculus hyothyreoideus rostjai között a mélybe hatolunk. A membrana hyothyreoideán találjuk az aránylag vastag ideget, a mely a verőérrel együtt fut. Az idegből egy darabot kivágunk s varratokat alkalmazunk. Mindkét esetben per primam gyógyulást értem el.

Hasonló eljárást követett már én előttem *Avellis* és *Blumenfeld*.

Az ideg resectiójának indicatiói szerintem a következők:

1. A fájdalmak olyannyira kínzóvá váltak, hogy a nyelés nagyon megnehezített avagy lehetetlen.

2. A rendelkezésünkre álló minden methodust (localis

anaesthesia, Bier-pangás, alkoholinjectio stb.) alkalmaztuk a nélkül, hogy eredményt értünk volna el.

3. A gyógyulás avagy javulás kizárható.

4. A beteg még rendelkezik oly fokú ellentállóképességgel, hogy a lényegében kis beavatkozást kibírja.

Eme esetekben szóba jöhetne az idegnek galvanocauter segélyével végzendő intralaryngealis átmetszése. Az ideg az arteriával együtt fut a plica nervi laryngeiben. Ez a ráncz a sinus pyriformis falán fut végig. Az eljárás csupán a vérzés veszélye miatt aggályos, bár a végzése nem nehéz. A mennyiben veszedelmes vérzés állana be, a megfelelő oldali arteria laryngealis superior leköttése jöhetne szóba.

Ugy vélem, hogy áttekintést nyújtottam ama eljárásokról, a melyekkel a gégetuberculosis szemben felléphetünk. Mint látható, a fegyverek egész arsenáljával rendelkezünk, a mi mutatja, hogy az ellenfél erős.

De reméljük, hogy a jövő számban kevesebb, de erőben hatalmasabb eszközöket fog a kezünkbe adni.

A magyarországi néptüdősanatoriumok elhelyezéséről.

Észrevételek *Kollarits Jenő* dr. egyetemi magántanárnak az „Orvosi Hetilap” 1913. 38. számában megjelent cikkére.

Írta: *Gesztli József* dr., a József-sanatorium igazgató-főorvosa.

„Megjegyzések a magyarországi néptüdősanatoriumok elhelyezéséhez” című cikkében *Kollarits* állást foglal a magyarországi néptüdősanatoriumok elhelyezésével szemben. Különösen az alföldi sanatorium ellen kel sikkra s a magaslati klimát tartja a tüdőbaj gyógyítására a legjobbnak, vagy talán egyedül alkalmasnak. Minthogy történetesen én vagyok az első alföldi sanatorium vezető-orvosa s minthogy az a kijelentés, hogy „az alföldön „épp úgy” lehet eredményt elérni tüdőbajos emberen, mint a magas hegyen”, tapasztalataim alapján az én meggyőződésemet teljesen fedi, minthogy továbbá *Kollarits* cikkének a viszonyoknak meg nem felelő többféle feltevése és állítása alkalmas arra, hogy a hazai sanatoriumokról és az egész hazai sanatoriumi mozgalmról téves képzeteket ébresztszen, az orvosi közvélemény helyes tájékozása céljából szükségesnek tartom a cikkben felhozott állításokat más oldalról is megvilágítani.

Kollarits abból indul ki, hogy az utóbbi időben egyik-másik közlemény kétértelmű kifejezésekkel elhomályosította azt a valóságot, hogy a hegyi klima kítűnő hatással van a tüdőre s azt mondja, hogy abban a kijelentésben, hogy az alföldön „éppen úgy” lehet eredményt elérni tüdőbajos emberen, mint a magas hegyen”, az „éppen úgy” kétértelmű, „nem egyenes” kifejezés. Szerinte ez ellen a kijelentés ellen csak akkor nem lehet kifogást emelni, ha azt akarja mondani, hogy az alföldön is, vagy némely esetben éppen olyan sikert lehet elérni, mint a magas hegyen. Véleményem szerint az inkriminált kijelentés semminemű kétértelműséget nem tartalmaz, azt csak úgy lehet és kell értelmezni, mint a hogyan mondván, hogy írójának nézete szerint az alföldön éppen olyan eredményt lehet a tüdőbaj kezelésében elérni, mint a magaslaton. E fölött vitatkozni sem lehet, s abból, hogy *Kollarits* az alföldön elérhető eredmények értékét devalválja, inkább azt lehet következtetni, hogy *Kollarits* ezt a kijelentést nem is annyira kétértelműnek és nem egyenesnek, mint inkább a valósággal meg nem egyezőnek tartja. E fölött már lehet vitatkozni, sine ira et studio, mint a hogyan már *Kollarits*-sal szemben érzett nagyrebcsülésemnél fogva sem lehet más-képpen.

Kollarits a magas hegyi klimát tartja a tüdőbaj kezelésére a legjobbnak, az alföldi klimát pedig a legrosszabbnak; innen lehet, hogy az alföldön elérhető eredmények értékét devalválja. Feltéve, hogy az egyes klimák minősége csakugyan olyan, mint a milyennek *Kollarits* gondolja, a klima minőségéből a gyógyeredményekre való következtetést még akkor sem lehetne helytállóan tekinteni. Már *Brehmer* és *Dettweiler* óta közismert, hogy czélszerű magatartás mellett a tüdővész

a legkülönbözőbb klimás viszonyok között meggyógyulhat, feltéve, hogy azok különösebb ártalmaktól mentesek, a mi más szóval azt jelenti, hogy a klimának a tuberculosis lefolyására nem lehet az a hatása, melyet azelőtt tulajdonítottak neki s melyet Kollarits neki, úgy látszik, még ma is tulajdonít. A különböző sanatoriumokban elért tapasztalatok, de meg az újabb kutatások is, melyek a tuberculosisal való fertőzés gyakoriságára vonatkoznak, azt tanúsítják, hogy ez a tétel feltétlenül helyes s hogy a tuberculosis, különösen a tüdővész lefolyására a higiéné, a kultúra, a technika eszközeinek sokkal nagyobb hatása van, mint a klimának. Ezért, s mivel ma, a mikor a tüdőbaj gyógyítására a sanatorium nyújtotta előnyökön kívül a specifikus kezelés, sőt az operatív beavatkozás is rendelkezésünkre áll, még jobban sikerült a betegség lefolyását olyan külső viszonyoktól függetlenül, mint a milyen a klíma, cseppet sem kétértelmű vagy valószínűtlen, ha azt mondjuk, hogy a tüdőbaj kezelésében másutt — sőt az alföldön is — hasonló eredményeket lehet elérni, mint a magaslaton, sőt az sem volna valószínűtlen, ha ezek az eredmények itt az alföldön jobbak volnának, mint akár-melyik davosi magánsanatoriumban. Ez csak abban az esetben volna valószínűtlen, ha az alföldi klíma olyan hygienés hátrányokkal rendelkezne, melyek a tüdőbaj lefolyására kedvezőtlen hatással vannak. Készséggel concedálom, hogy az alföldön vannak olyan helyek, a hol ezek a hygienés hátrányok megvannak — mint a hogyan megvannak a magaslaton is —, de senkinek sem jut eszébe ilyen helyekre sanatoriumot építeni. Nagyon ajánlhatnám Kollarits-nak, hogy a mint meg-nézte Davost, nézze meg az alföldi sanatoriumokat is, például a gyulaít és a debrecenit. Gyulán azt fogja látni, hogy az intézet sok ezer holdas erdőségeknél az ölében fekszik, gyönyörű ültetvények közepette, pornak, füstnek nyoma sincsen, a hideg szelek ellen védve vagyunk, ködös napunk alig van, s a közelben levő folyó (Fekete Körös) és erdőségek még nyáron is aránylag hűsén tartják a levegőt. Nagyon ajánlanám Kollarits-nak, hogy jöjjön el hozzánk például februárban is s akkor nemcsak azt fogja látni, a mi az alföld dacára jó, hanem azt is, a mi éppen azért jó, mert az alföldön vagyunk. Míg odafent a magas hegyekben ilyenkor még dermesztő hidegek járnak, melyek a beteg, gyenge szervezettel szemben kétségtelenül nagy követelményeket támasztanak, addig nálunk normalis években február derekán már a tavasz kezdődik. Debreczenről még nem szólhatok, mert ez az intézet még épülőben van, de fekvése a több ezer holdas nagy-erdőben olyan, hogy az alföld minden hygienés hátrányától mentes lesz.

Mindezzel azonban korántsem akarom azt mondani, hogy a hegyi klimának olyan egy és más kitűnő sajátosága ne volna, mely az alföldi klimában hiányzik. Viszont azonban itt az alföldön is vannak előnyök, az enyhébb klíma sajátosságai, melyek az alföldön való sanatoriumi kezelést éppen a gyengébb szervezetű betegre nézve teszik kedvezővé. Hogy a davosi klíma nem lehet az az optimum, mint a minőnek Kollarits odaállítja, ezt már az is bizonyítja, hogy a davosi német sanatorium Argában, tehát subalpin helyen, akár fiókot létesíteni azon betegek számára, a kik a davosi téli klimát nem tűrik. Vannak tehát Davosban is refractaer esetek nagyobb számmal s vannak az alföldön is, s a hegyi meg a síkföldi klíma sajátosságai s ezeknek a szervezetre való hatásában kereshető az oka annak, hogy a Davosban refractaer esetek a síkföldön megjavulnak s fordítva: az alföldön nem javuló betegnek sokszor a hegyi klíma használ. Ezek azonban kivételek, a különböző magasságú helyeken szerzett tapasztalatok azt bizonyítják, hogy a betegek többsége bárminő, hygienés hátrányoktól mentes klimás viszonyok között javulhat vagy gyógyulhat, feltéve, hogy a gyógyuláshoz szükséges egyéb kedvező körülmények megvannak. Ez ellen nem bizonyítanak sem Kollarits esetei, sem statisztikája. Az ő eseteivel szemben én sok százat tudnék felhozni, a mikor az ideérkezett lázas beteg prompt, minden beavatkozás nélkül, csupán nyugalomra lázalan lett, a lázalanítás tehát a hegyi klíma különös sajátosága nem lehet. Az ő „bosszantó“ eseteivel szemben

én sokat tudnék felhozni, a ki heteket, sőt hónapokat töltött Davosban, vagy más magaslati helyen eredmény nélkül s idehaza megjavult. A tuberculosis pathológiáját véve tekintetbe, mindez coincidentia is lehet, mely a külső körülményekben beálló változástól független, de lehet klimahatás is s az sem lehetetlen, hogy éppen a változás hirtelenségére vezethető vissza. Esetekből tehát, ezeknek szigorú meganálzása nélkül, helytálló következtetéseket levonni nem lehet.

A mi a Kollarits által közölt Egger- és Jessen-féle statisztikát illeti, melylyel a davosi eredmények felsőbbtségét akarja bizonyítani a német népsanatoriumok eredményei felett, némileg zavarban vagyok, mert Kollarits e statisztikáról szó szerint ezt mondja: „A statisztikai adatokat sokféleképp lehet jobbra-balra csavarni és az egyes sanatoriumok gyógyulási statisztikája attól függ, hogy milyen betegeket vesznek fel. A magánintézetek kevésbé válogatnak, mint a népsanatoriumok, ez utóbbiak statisztikája tehát kedvezőbb“. A közölt statisztikai adatok értékét illetőleg zavarban vagyok, mert Kollarits ezzel az Egger- és Jessen-féle statisztika értékét is lerontja, hiszen nem tehető fel, hogy egyedül a davosi statisztika volna az, mely a jobbra-balra való csavarásoktól mentes. Ha Kollarits ilyen módon a statisztika értékét már eleve is nem devalválta volna, készséggel szolgáltam volna én is statisztikai adatokkal, melyek a hazai sanatoriumokra vonatkozólag legalább is azt bizonyítják, a mit Kollarits a davosiakra nézve bizonyítani akar. Tévedés Kollarits-tól, ha azt hiszi, hogy ez a mi kedvező statisztikánk a kedvezőbb beteganyagának az eredménye. Nézze meg a hazai sanatoriumok kimutatásait s azt fogja látni, hogy nálunk többségben vannak a súlyos betegek. De még valamit kell tekintetbe vennie, a mit a gyógyeredmények összehasonlításakor elhanyagolni nem lehet, nevezetesen azt a körülményt, hogy a gyógyeredmény nemcsak a beteganyagtól függ, hanem a gyógykezelés tartamától is. Míg például Ritter közlése szerint (Beitrag zur Klinik der Tuberkulose, III. Supplementband) a davosi német sanatoriumban 198 nap volt az átlagos kezelési idő, addig Edmundsthalban 89 nap s nálunk sem sokkal több, sőt az Erzsébet-sanatoriumban még kevesebb. Ebből az következik, hogy még akkor sem lehet a népsanatoriumok eredményeinek kisebb értékéről beszélni, ha a davosi magánintézetek statisztikája valóban kedvezőbb volna ezekénél.

Mindezek alapján semmi ok sincsen, hogy a bevezetésben inkriminált kifejezést csakugyan úgy ne értelmezzük s a hazai sanatoriumok elhelyezésében valóban az az elv ne nyerjen alkalmazást, hogy az alföldön, vagy bármely más klimás hátrányoktól mentes helyen éppen annyi sikert lehet elérni, mint a magas hegyen, s ez nem ellenkezésben, hanem összhangban áll ismereteink mai állásával. Mondom, vannak itt is, ott is refractaer esetek, de a többség idelelennépp úgy boldogul, mint a magaslaton. Mivel pedig a sanatoriumokat a többség számára csinálják, a síkföldi vagy alacsonyhegyi sanatoriumoknak épp úgy megvan a jogosultságuk, mint a davosiaknak. A miből azonban nem következik, hogy csupa síkföldi vagy alacsony hegyvidéki sanatoriumot építsünk s a magaslati klimát teljesen elhanyagoljuk. Ez már a refractaer esetekre való tekintettel sem volna helyes s higgye el Kollarits, hogy egy tátravidéki népsanatoriumnak nagyon sok szószólója volna Magyarországon, közöttük én is, csak hogy ez a sanatorium létesítésére még nem elegendő. Egy tátrai sanatorium létesítéséhez elsősorban pénz kell, nagyon sok pénz, s innen van, hogy a mi sanatorium-egyesületeink inkább a síkföldi s alacsony hegyvidéki sanatoriumaikat nagyobbítják, mert ez olcsóbb, mint hogy újakat építsenek. De ha már újakat építenek is, a fennálló mostoha viszonyok következtében ott kell azokat megépíteniök, a hol kellő támogatásra találnak. Nálunk Magyarországon a tüdőbetegek gyógyítását alárendelt feladatnak tekintik, a mi azt jelenti, hogy azt az óriási nemzeti vagyont, melyet a megmenthető tüdőbetegek nagy számának munkaképessége repraesentál, nem becsülik semmire. Ha a tüdőbetegek megmentésére irányuló kezdeményezés a társadalomból nem indult volna ki, talán még ma is ott tartanánk, a hol 20 évvel ezelőtt, s ha nálunk ma mégis áll 2—3 nép-

népsanatorium, ez a társadalom áldozatkészsége mellett éppen annak a megismerésnek is köszönhető, hogy a tüdőbaj a legkülönbözőbb klímák viszonyok között is meggyógyulhat. Ennek a megismerése eredményezte azt, hogy a sanatoriumok elhelyezésekor azokat a gazdasági szempontokat is figyelembe lehetett venni, melyeket *Kollarits* is említ, de úgy látszik, kifogásol, a melyek a sanatoriumok létesítését egyáltalában lehetővé tették. Én azon igazán nem találok semmi kifogásolni valót, ha a sanatorium építéséhez való segílyt éppen a várható gazdasági kapcsolatnál fogva adnák meg, a földolog, hogy megadják s mennél több helyen megadják, hogy mennél több helyen épülhessen sanatorium. Ez ellen csak egy esetben lehetne kifogást emelni, nevezetesen akkor, ha a gazdasági kapcsolat kedvéért feláldoznók a betegek érdekeit, a mi akkor következnek be, ha a tüdőbaj gyógyulása csakugyan egy bizonyos klímához volna kötve. Ez azonban szerencsére nincs így, a síkföldi sanatoriumban éppen úgy meg lehet gyógyulni, mint a magaslatiban s a mi szomorú viszonyainkat csak még súlyosbítjuk, ha ezt az igazságot egyedül impressiók alapján most kikezdzük. Igenis legyen tátrai sanatorium is, de ezért s legalább addig ne devalváljuk ok nélkül annak az értékét, a mit már megalkottunk s ne vegyük el ezzel sok olyan betegnek a reményét, a kinek ezidőszertint nincs módjában másutt gyógyulást keresni, mint éppen a síkföldön vagy alacsony hegyvidéki sanatoriumban.

Még egyet. *Kollarits* cikkének befejezésében említést tesz a davosi osztrák-magyar segítő egyesületről is, mely tudvalevőleg a hazai közönséghez is intézett felhívást adakozásra. Mindaddig, míg a jótékony célra gyűjtött pénz hasonló célra és hasonló eredménnyel idehaza is fel lehet használni, a leghatározottabban óvást kell emelnünk az ellen, hogy ezt a pénzt külföldre kivigyék. Am menjen Davosba, a ki akar, de a jótékony célra szánt pénzünk maradjon itthon; oly szegények vagyunk s oly nagy az itthon enyhítendő nyomor, hogy minden fillérre szükségünk van.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Moravcsik Ernő Emil: Elmekór- és gyógytan.
(495 oldal, 84 ábra.)

Moravcsik tanár e címen adja közzé immár harmadik ízben tankönyvét és bizonyosan semmi sem igazolja jobban e tankönyv kelendőségét, minthogy magyar munka harmadik formában (kiadásban) láthat napvilágot. Igaz, hogy a második és jelen kiadás között mintegy 15 év telt el, de ennek magyarázata nagyrészt a magyar specialis viszonyokban lelhető fel. E nagy időköz teszi egyúttal érthetővé, hogy a második kiadással szemben nagyon lényeges különbséget találunk, úgyszólván új tankönyvvel állunk szemben. Hiszen ezen idő alatt az elmekórtan egyik-másik tana nagy forrongáson ment keresztül, új kórfarmákat ismertünk meg, a régiekről részben másképp vélekedünk, részben újabb tünetcsoportokkal bővültek. Az elmekórtan forrongásában természetesen a legellentétebb vélemények küzdöttek meg egymással és mind-egyik iskola vezérembere elég sajnálatosan pusztán csak a saját véleményeire, nézeteire van tekintettel. Így bizonyosan *Moravcsik* tankönyvének főérdeme éppen az, hogy megtartva saját egyéniségét, lehetőség szerint igyekezett az ellentétes véleményeket egymással összeegyeztetni és mindegyikből kihalászni, a mi az egyik vagy a másik iskola tanában értékes és az elmekórtan nyereségét jelenti. E kellő mérséklés teszi érthetővé továbbá, hogy sem az egyik, sem a másik iskola túlzásait nem fogadta el, hanem kellő ítélőszemmel kiválasztotta, megalkotta saját rendszerét. E mellett lehetőség szerint a belügyministerium 1912. évi rendeletét az elmebetegségek beosztásáról is tekintetbe vette, hogy ilyképpen a tankönyve a magyar viszonyoknak minél megfelelőbb legyen. Jelen tankönyvének az előbbi kiadáshoz képest feltétlenül előnye, hogy

jóval tömörebb, mert csakis így tudta elérni, hogy az erősen felhalmozott anyag mellett is nagyjában megtartsa a régi könyvének keretét. Némileg sajnálható, hogy az előző kiadásban az egyes kórfarmák után közölt kórrajzok ezúttal elmaradtak; ezt ugyan a szerző némileg pótolni igyekezett azzal, hogy a szöveg közben ismertetett több jellegzetes körleírást. A magyar szerzőkre is nagyrészt tekintettel volt és így még jobban kidomborította a tankönyv magyar voltát.

A bevezető részben az elmekórtan történeti vonatkozásait ismerteti rövidesen, kitér a magyar viszonyokra is, melyeknek haladásában a szerzőnek is vannak érdemei.

A következő fejezet az elmebetegségek okaival (aetiologiájával) foglalkozik, és itt testi, szellemi és vegyes okokat különböztet meg. Lehetőség szerint részletesen kitér mindazon tényezőkre, melyek az elmebetegségek előidőzésében szerepet játszhatnak, nem feledkezik meg a *Freud*-féle psychoanalysis-ről sem, melynek azonban nem tulajdonít felforgató jelentőséget, de megadja a megillető jogosultságát.

Az elmekórtan általános tünettanában (symptomatologiájában) külön alfejezetekben ismerteti az egyes rendellenességeket, kellően méltatja az utolsó évek laboratoriumi és kísérleti vizsgálatait, de e mellett nem hanyagolja el a régi észlelések tanulságait sem. A philosophiai okoskodásnak csak annyi tért enged, a mennyi éppen szükséges és nem bocsátkozik merész elméletekbe.

Az elmebetegségek gyógyításában a szabad kezelés hívének vallja magát, de a kellő óvintézkedések megtartása mellett. Az újabb gyógyszeres kezelésektől (mint a tuberculin-, nucleinsavas natrium-, salvarsan-befecskendezésektől) nem sok eredményt vár és ma is inkább a tüneti kezelés híve. A fősúlyt a roborálásra és a hygienés szabályokra helyezi.

A következő fejezetben az elmebetegségek lefolyását és prognózisát tárgyalja. Az elmebetegségek megvizsgálása címén a budapesti elme- és idegkórtani klinika betegvizsgálási módszerét ismerteti, és itt számos útmutatást nyújt. Noha inkább a részletes klinikai vizsgálatot tartja szem előtt, mégis a gyakorlat orvosa is megteheti útmutatóját, minthogy egyes szavakkal, rövid megjegyzésekkel igyekezik a vizsgáló figyelmét felhívni. Természetesen feltételezi, hogy az illető a könyv anyagát ismeri és csak azon eljárásokat írja le röviden, melyeket egyebütt nem volt alkalmá ismertetni.

Az utolsó főfejezet az egyes elmekórfarmákkal foglalkozik és a következő alfejezetekből áll: 1. maniás-depressiós elme-zavar (psych. maniacodepressiva), 2. heveny zavartság (amentia), 3. schizopreniás elme-zavar (dementia praecox), 4. tébolyodottság (paranoia), 5. paranoidos elme-zavar (paraphrenia), 6. epilepsiás elme-zavar (psych. epileptica), 7. hysteriás elme-zavar (psych. hysterica), 8. neurastheniás elme-zavar (psych. neurasthenica), 9. bénulásos elme-zavar (dementia paralytica = paralysis progressiva), 10. aggsági elme-zavar (psych. senilis), 11. encephaliás elme-zavar (psych. encephalopathica), 12. alkoholos elme-zavar (psych. alcoholica), 13. morphiomos elme-zavar (morphinismus), 14. cocainos elme-zavar (cocainismus), 15. pellagrás elme-zavar (psych. pellagrosa), 16. kóros elme-nyugtalanság (imbecillitas), 17. veleszületett butaság (idiotismus). A mint a beosztásból is látható, e rész különösen nagy változásokon ment keresztül. Némely kórfarmát (mint a paranoidos elme-zavart, nagyrészt a schizopreniás elme-zavart) csak ezen kiadásban ismertet. Másokat pedig az újabb psychiatriás gondolkodás, eredményei szerint dolgozott át, így pl. a maniás-depressiós elme-zavart, az aggsági elme-zavart. Az utóbbiban a dementia senilisen kívül a presbyphreniával, az *Alzheimer*-féle betegséggel foglalkozik különösebben. A dementia praecox és maniás-depressiós elme-zavar tekintetében a szerző nem fogadta el a *Kraepelin*-iskola túlzott felfogását, de viszont nem csatlakozott azokhoz sem, a kik e körkép létjogosultságát letagadják. A functionalis idegbajokhoz csatlakozó elme-zavarokat olyképpen tárgyalja, hogy nem elégszik meg az elme-zavarok ismertetésével, hanem röviden leírja az idegtüneteket is. Az amentia fogalma (az előbbi kiadásban adotthoz képest) megszükkült, de

sok más psychiaterrel szemben azok közé tartozik, a kik e kórképet nem olvasztják be teljesen más kórformákba, hanem különálló megbetegedésnek tartják. A paranoia kórképet nem szabja oly szűkre, mint *Kraepelin* iskolája és a hallucinációk jelentkezését nem zárja ki a kórkép keretéből. Az egyes kórformák keretében részletesen ismerteti az anatómiai elváltozásokat.

Sajnos, a további részletes elemzéstől el kell tekintenem, de talán ezen rövid ismertetés is mutatja, hogy e kiadás még jobban használható, mint *Moravcsik* tankönyvének előző kiadásai és azt hiszem, hogy az újabbra nem kell majd 16 évig várni. Még csak megjegyzem, hogy a könyv végén bő irodalmi összefoglalást és számos tanulságos ábrát találunk, melyek a budapesti elme- és idegkórtani klinika nagy gyűjteményéből származnak.

A munkát a Magyar orvosi könyvkiadó társulat és az „Universitas“ vállalat együtt adta ki.

Goldberger Márk dr.

Új könyvek:

W. Sternberg: Das Nahrungsbedürfnis. Der Appetit und der Hunger. Leipzig, J. A. Barth. 5 m. — *K. Sudhoff*: Der Ursprung der Syphilis. Leipzig, F. C. W. Vogel. 1:50 m. — *W. Gemünd*: Die Grundlagen zur Besserung der städtischen Wohnverhältnisse. Berlin, J. Springer. 9 m. — *J. Ritter*: Das kommunale Säuglingskrankenhaus und die öffentlichen Säuglingsfürsorgemassnahmen der Gemeinde Berlin-Weissensee. Leipzig, G. Thieme. 3 m. — *M. Faulhaber*: Die Röntgendiagnostik der Darmkrankheiten. Halle, C. Marhold. 1:50 m. — *E. G. Dresel*: Organisationsbestrebungen im ärztlichen Stande. Berlin, Fr. Siemenroth. 3 m. — *Gelpke und Schlatter*: Lehrbuch der praktischen Chirurgie. Leipzig, J. A. Barth. 38 m. — *O. Rank und H. Sachs*: Die Bedeutung der Psychoanalyse für die Geisteswissenschaften. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 3:60 m. — *A. Pick*: Die agrammatischen Sprachstörungen. Teil I. Berlin, J. Springer. 14 m. — *H. Sahli*: Ueber Tuberkulinbehandlung. 4. Auflage. Basel, Schwabe und Comp. 7:20 m. — *L. Pron*: Thérapeutique clinique des maladies de l'estomac et des symptômes associés. Paris, Maloine. 6 fr. — *A. E. Garrod, F. E. Bolton and H. Thursfield*: Diseases of children. London, Edward Arnold. 30 s. — *H. G. Armstrong and J. M. Fortescue-Brickdale*: A manual of infectious diseases in schools. Bristol, J. Wright and Sons, 3 s. — *J. C. G. Ledingham and J. A. Arkwright*: The carrier problem in infectious diseases. London, Edward Arnold, 12 s. 6 d. — *F. J. Poynton and A. Paine*: Researches on rheumatism. London, J. and A. Churchill. 15 s.

Lapszemle.

Belorvostan.

Az Abderhalden ferment-reactiójával igyekezett kimutatni persistáló vagy hyperplasiás thymusnak jelenlétét Karl Kolb. A postoperatív Basedow-halált általánosságban persistáló vagy hyperplastikus thymusmirigy jelenlétével szokták összefüggésbe hozni s e miatt thymushyperplasia eseteiben operatív beavatkozást kerültek. A thymus jelenlétének kimutatása percussio vagy Röntgen-felvétel segítségével történhet. A thymus jelenlétének kimutatása pedig a thymuszövet funkcióképességétől független, jelentősége azonban csak ez utóbbinak van. Ennek kimutatására az *Abderhalden*-féle fermentreactio látszott alkalmasnak. Ennek segítségével sikerült a thymus-hyperplasiát a thymus-persistentiától elkülöníteni. A thymus persistens vagy a fiatalkori, normalis thymus, épp úgy mint a többi szerv-functio, a vérsavónak e fermentreactiója alapján nem mutatható ki. Másképp áll a dolog a fermentvizsgálatokkal Basedow-kór eseteiben. Ezen esetekben a vérsavónak megvan a thymus-szövetre ható képessége, a mi hyperplasiás thymus jelenlétét bizonyítja. Endemiás golyva eseteiben a reactio szintén positiv, azonban míg Basedow-kór eseteiben a reactio erősen, addig itt csak gyengén positiv. (Münchener med. Wochenschrift, 1913, 30. sz.)

Galambos dr.

Sebészet.

A kulcsonttörésekről értekezik *M. Käfer*. A kulcsonttöréseknek a legkülönbözőbb kötésekkel való gyógyítása nem jár mindig kellő eredménnyel. Elég gyakran kénytelenek vagyunk a nem is igen komplikált törést utóbb csontvarratokkal egyesíteni. Gyakori az erős dislocatio, a melyből

ugyan a functióra nézve hátrányok nem származnak, de kellemetlen érzés a sebészre nézve, ha kénytelen a patient a kulcsontján csúnya púppal elbocsátani. A szerző megpróbálkozott a legkülönbözőbb methodusokkal. Így a *Sayre*-féle ragtapaszkötéssel, de hosszabb idő után azon tapasztalatra tett szert, hogy ez az eljárás sem teljesíti a reményeket. A szerző saját methodusa szerint a következőképpen járt el: A beteg zsámolyra ül és erősebb pólyadarabot húz a betegoldali vállon keresztül. A pólya mindkét vége összecsavartatik és arra szolgál, hogy ennek segítségével a beteg vállát valaki hátrafelé húzza. Egy másik segítő a betegoldali könyököt felfelé és a mellkas felé nyomja, miután a hónaljban megfelelő vastagságú vattapárna helyeztetett el, miközben az orvos tapintással ellenőrzi, hogy a törésvégek együtt vannak-e, esetleg azokat csekély nyomással egymás mellé illeszti. Elég gyakran látható, hogy a medialis törésvég kevéssé felfelé csúszik. Ezen dislocatio úgy segíthetünk, hogy a kulcsonttájékot masticollal bekenjük, gazepamacsot helyezünk a kiálló törésvégre és erősen meghúzott gázcsövet ragasztunk rá. Már most egy 20 cm.-es, négyzet alakú, 8—10 réti telített gázcsövet gipszbe mártunk, egyenletesen átítatjuk vele s így a betegoldali párnázatlan válltájrát helyezzük. Minthogy a váll visszahúzására szolgáló erős pólya útban van, megfelelő helyen bevágás teendő a gipszpólyába, a melyet keményedése közben erősen végigsimítunk. A mint a gipszpólya megfelelően megkeményedett, vattapárnázás nélküli *Desault*-féle kötést alkalmaz, miközben a felkar, könyöktáj, egészséges oldali thorax masticollal megkenetik, hogy a pólyakötés minél nagyobb kiterjedésben a bőrhöz tapadjon. Csak ezek megtörténte után bocsátja el a pólyatúrát az egyik segéd, a másik pedig a könyököt. A betegoldali váll ezek után jelentékenyen magasabban áll az egészséges oldali vállnál, kissé hátrafelé, tehát olyan állásba kerül, a milyen a kulcsont kezelésekor czéloztatik. A szerző a harmadik héten leveszi a kötést. (Münchener med. Wochenschr., 1913, 29. sz.)

Ifj. Háhn Dezső dr.

Elmekórtan.

Kephalalgias és hemikraniás elmebajokról ír *A. Romagna-Majona*. E kórképet először *Mingazzini* és *Pacetti* ismertette. A leírásuk szerint a fájdalom részben a koponyán belül, részben a koponyán kívül futó idegterületekre esik és azért megkülönböztetünk kephaliás és extrakephaliás neuralgiát. Mindkét esetben a psychés zavarok egyszerű, elementaris zavarokban (abortiv alakokban) nyilvánulnak, melyekhez eszméletlenség társulhat, mely hosszabb ideig és pedig pár órától két hétig tart (transitoriás vagy hyperacut alak). A psychés zavarok oly egyéneken lelhetők fel, a kik 1. prosopalgiasban, 2. kephalalgiasban, 3. migraenben és 4. extrakephaliás neuralgiában szenvednek. Leginkább a kephalalgias megbetegedéseket kísérik és a legkülönbözőbb psychopathias állapotokat észlelhetjük; gyakoriság tekintetében a hemicrania követi, ritkák azok, melyek prosopalgias vagy extrakephaliás fájdalmakhoz csatlakoznak. Az elhúzódo psychés megbetegedések nagyon ritkák. Hallucinatiós megbetegedések, melyekhez enyhébb vagy súlyosabb zavartság társul, az encephaliás fájdalmakat kísérik. Ritkák a paranoiás deliriumok. Depressiós állapotok extrakephaliás fájdalmakkal járnak. A fájdalmakat kísérő elmezavarok gyakoriabbak a férfiak között, az abortiv formák pedig úgyszólván csak a nők között fordulnak elő. A migraenes elmezavarokra jellegző, hogy többnyire hysteriás vagy epilepsiás alapon fejlődnek. A fájdalom és psychés megbetegedés között nincs okozati összefüggés, hanem mindkettő ugyanazon okra vezethető vissza. A szerző véleménye szerint a psychopathias formákon kívül (a melyek hysteriával, epilepsiával szoros összefüggésben állanak) kétségen kívül vannak olyan psychés állapotok (kephalalgias, migraenes psychosis), a melyek ugyan meglehetősen ritkák, de egyöntetű képet mutatnak és a melyek előidézésében a fájdalomnak jut a főszerep. Sok esetben neuropathias constitutióval állunk szemben, de hiányzik belőlük minden hysteriás,

epilepsiás vonás és toxikus megbetegedésre utaló jelt sem találunk. (Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol., XXXIII. köt., 294. old.)
Goldberger Márk dr.

A cremaster-reflex viselkedéséről functionalis és organumos idegbajokban és elmebetegségekben értekeznek E. Loewy. A cremaster-reflex középpontja a harmadik ágyéki segmentumban van. Kórtanilag csak a reflex kétoldali hiánya fontos és nagyon gyanussá teszi, hogy valamely organumos idegbajjal van dolgunk. Mindenkor ki kell azonban zárunk, hogy nem forog-e fenn a herének valamely peripheriás megbetegedése, nem állunk-e szemben excessiv masturbatióval, vagy nem forog-e fenn a reflexpálya kivételes gátolása (pl. a maratoni futókon). A cremaster-reflex egyoldali hiánya hasonló értelemben kelt gyanut, de kisebb fokban bizonyító. A cremaster-reflexnek nagyjában hasonló értéke van, mint a hasreflexnek, sőt a fenti megszorításokkal gyakran még megbízhatóbb kisegítő körjelző adat. A reflexogen zona nagy kiterjedésű és gyakran még a talpra is kiterjed. (Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol., XXXII. köt., 525. old.)
Goldberger Márk dr.

Gyermekorvostan.

A Leishman-anaemiáról tartott előadást Jemma Párisban a gyermekorvosok internationalis társaságában. Ezen kór főleg első életévekben levő gyermekeket támad meg, leggyakrabban a Földközi-tenger partvidékén jelentkezve. Jellegetes reá a láz, a vérszegénység, a fokozódó lépduzzanat és lesóványodás. Kórokozója egy parasita, melyet *Leishman* és *Donovan* kala-azar eseteiben is kimutattak. A betegség állatokra is átoltható. *Nicoll* megfigyelte, hogy a leishmaniasis főleg olyan családokban fordul elő, melyek rossz hygienés viszonyok között élnek és sokat érintkeznek kutyákkal. Szerinte először a kutyák betegszenek meg és a betegséget egy másik gazda viszi át az emberre. Az anatómiai elváltozások a más súlyos anaemia eseteiben találtakhoz hasonlóak; a paraziták kimutathatók a különböző szervekből, főleg a nyirok- és vérképző szervekből és a májból. Ezen fertőző kór lappangási ideje ismeretlen.

A betegség lefolyásában három szak különböztethető meg. A kezdeti időszakot jellemzik a láz, a gyomor-bélzavarok és néha orrvérzés. A második szakra jellemzők a láz mellett az anaemia, lépduzzanat, oedemák és nagyfokú lesóványodás. A harmadik vagy cachexiás időszakban ezek a jelenségek még kifejezettebbek. Gyakori a csillapíthatatlan hasmenés. A láz igen rendetlen, egy típusba sem sorozható.

A vérvizsgálat állandóan oligochromaemiát mutat, gyakran nagyfokú oligocytaemiát is, ritkán anisocytaemiát és poikilocytosist, többször polychromatophiliát. Igen gyakori a leukopenia, de sohasem látni nagyfokú leukocytosist vagy a vörös vérszámok durva elváltozásait.

A lép a betegség folyamán rengetegül megnő, csak a végső időszakban észlelhető néha a csökkenése.

A diagnoszt tisztán a klinikai symptomák alapján felállítani nem igen lehet; csak ha a kórokozó parasita kimutatott, zárhatunk ki más betegséget.

A prophylaxis a megbetegedett kutyák pusztítását ajánlja.

Bár a legtöbb eset halállal végződött, néha látni gyógyulást is. Kérdés, hogy ezen gyógyulás az alkalmazott therapiának tulajdonítandó-e vagy pedig önkéntesen, spontán történt.

Jemma klinikáján kakodylsavas vassal, arsenpraeparatumokkal, Röntgennel és emberi leishmaniasis leölt culturáival való oltásokkal kísérte meg a gyógyítást.

Bogdán dr.

Orr-, torok- és gégebajok.

Az orrvérzésről és kezeléséről ír Hanszel (Wien), különös tekintettel az általa ajánlott *ballontamponádra*. Az orrvérzések okainak és a különböző vérzéscsillapító eljárásoknak ismertetése után az általa konstruált ballontampon

írja le. Gummiballontamponja 7 cm. hosszú, szabadalmazott gummiból készült orrballonból áll, melynek két polusa többszörös gummirétegből van készítve; további alkotórészei: egy 2 cm. magas kontrollballon, mely extranasalisán helyeztetik el, és a brazíliai paragummiból készült, körülbelül 5 mm. lumenű drainső, melyre a két ballon vulcanisatio útján van felszerelve. A készülék kb. 10 cm³ levegőt foglal magába és az orrtampon ad maximum felfujva, mintegy hüvelyknyi vastagságú, míg a kontrollballont maximalisan kb. cseresznyenagyságúra lehet felfujni. Steril olajjal sikamlóssá téve, orrcsípő vagy makfogó segélyével jó hátra bevezetjük az orrba, a mit egyébként, ha nincsen csontos akadály, műszer nélkül is eszközölhetünk. Most a kontrollballont megfelelő helyzetbe hozzuk, úgy hogy ez a felső ajakhoz hozzáfeküdjék, de ne túlerősen. A drain szabad végén fecskendő segélyével a ballont az orr tágassága és a vérző hely nagysága és localisatiója szerint szükséges levegőmennyiséggel töltjük meg, miközben a kontrollballon telődési foka mutatja az orrtampon állapotát. A drain szabad végén csavarszorítóval komprimáljuk s ezt a fülkagylón vagy az arczon erősítjük meg. (A gummiballont a Rüsck-féle gummigyár Cannstatt-Rommelshausenben készíti, eltevésére glycerinnel megtöltött üvegtartály szolgál.) *Hanszel* ballonjával habituales és postoperatiós vérzés számos esetét kezelte; mindenkor igen jól bevált. A ballontampon előnyeül a szokásos gazetamponáddal szemben a következőket sorolja fel: 1. a műszer bevezetése könnyű és fájdalomtalan; 2. az orrban való compressio szabályozható a kontrollballon segélyével, akárcsak a *Trendelenburg*-féle tamponkanül alkalmazásakor; 3. a tamponozás alkalmával előforduló nyálkahártyasérülések s az ezek következtében beálló synechiák elkerülhetők; 4. a ballon az orr belsejében mélyedéseikhez jól odasimul és a choanák környezetében levő vérzések esetén is használható; 5. a ballontampon eltávolítása könnyű és fájdalomtalan; 6. a ballontampon sokkal korábban lehet eltávolítani, mint a gazetampon; 7. a tamponozás utóvérzések eseteiben is fájdalomtalan, a mikor kielégítő helyi érzéstelenítés már nem végezhető; 8. szükség esetén a tamponádot maga a beteg is végezheti; 9. a ballontamponnal ellátott beteg hamarabb lesz munkaképes; 10. gyermekeken az elferdült orrsövény correctiójára, továbbá az orr vázának törése esetén is használható. (Monatsschrift für Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie, 1913, 2. füzet.)

Safranek dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A diuretin hatása a méhre. *Stein* szerint a diuretin tágító hatása a periferiás erekre azzal a következménnyel jár, hogy a havi baj előbb jelentkezik és hogy elmaradt vagy késlekedő menses esetén a havi baj beáll. A diuretin ezen hatására gondolnunk kell tehát olyankor, a mikor a méh congestiós állapotban van (endometritis, metritis, perimetritis, parametritis, az ovariumok és a tubák gyuladása állapot, méhfibroma stb.); a diuretin ilyenkor kedvezőtlen hatást gyakorolna a congestio növelése révén. (Wiener med. Wochenschrift, 1913, 31. sz.)

Az arsen-triferrin *Gehring* szerint nagyon ajánlható mint a vérképződést elősegítő szer; előnye, hogy nagyon jól szívódik fel, a gyomrot nem bántja, sőt tetemesen fokozza az étvágyat. Az ize is kellemes. A használata kezdetén néha mutatkozó kismérvű székszorulás enyhe hashajtóval könnyen leküzdhető. A mi a használata módját illeti, eleinte naponként 3-szor adunk 1—1 tablettát 1/2 órával az étkezések után, jól megrágva; 10—14 nap mulva az adagot megkettőzzük és ezen adag mellett maradunk 3—4 hétig; végül 8 napig megint a kezdeti adagot adjuk. (Fortschritte der Medizin, 1913, 31. sz.)

A tenosin *Jäger* szerint, a ki az erlangeni szülészeti klinikán végezte idetartozó vizsgálatait, nagyon jó pótszere a secalenak. Előnye, hogy a hatása biztos és már 2—5 perc talatt bekövetkezik, míg más secalékészítmény használatakor

10—15 percig kell várunk a hatás beálltáig. Belsőleg cseppek alakjában használandó; ezenkívül befecskendezés céljából steril ampullákban is forgalomban van. (Münchener med. Wochenschrift, 1913, 31. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1913, 39. szám. *Poór Ferenc*: A Merck-féle aurum kalium cyanatum vivőeres alkalmazása lupus vulgarisnál. *Géber János*: A bőrtuberculosis kezelése aurum-kalium cyanatummal.

Orvosok lapja, 1913, 40. szám. *Oláh Gyula*: A kolera gyógyítása. *Mutschbacher Tivadar*: A lymphomák conservatív kezeléséről.

Budapesti orvosi ujság, 1913, 40. szám. *Láng Adolf*: A koponya-sérülések maradandó következményei. *Mező Béla*: A pyonephrosis oclusáról. „Sebészet” melléklet, 3. szám. *Cukor István*: A pylorus-kirekesztésekről. *Pajzs Pal*: A hasüri szervek subcutan sérüléseiről.

Vegyes hírek.

Kitüntetés. A király *Bogdán Aladár* dr.-nak, a balassagyarmati közkórház igazgató-főorvosának a királyi tanácsosi címet, *Kun Zoltán* dr. sárospataki járásorvosnak pedig a Ferencz József-rend lovagkeresztjét adományozta.

Kinevezés. *Mikecz Miklós* dr. nyiregyházi orvost tiszteletbeli megyei főorvossá, *Hruska János* dr.-t a rimaszombati, *Ursziny Gyula* dr.-t a putnoki, *Kákonyi Gyula* dr.-t a vágújhelyi járás orvosává nevezték ki.

Választás. *Mogán Béla* dr.-t Szegeden külterületi kerületi orvossá választották.

Meghalt. *A. Poncet*, Lyonban a sebészet tanára, 62 éves korában hirtelen elhunyt. Ő volt a napkúra megalapítója, a gümőkóros rheumatismus felfedezője; a gümőkór pathológiáját számos más felfedezéssel is gazdagította.

Nyugalomba vonuló egyetemi tanárok. A budapesti egyetem orvosi karának két kiváló tanára vonult a törvény intézkedéseinek megfelelően szeptember 30.-án nyugalomba: *Ketty Károly* báró és *Genersich Antal* tanárok. Egyetemünk e két kitünősége azzal az érzéssel válhat meg tanszékétől, hogy hosszú tanári tevékenységével a magyar kultúrának s a szenvedő emberiségnek hasznos, értékes szolgálatot tett s teljes mértékben reá szolgált a jelenkor és utókor hálájára. Kívánjuk, hogy még az évek hosszú során át legyen alkalma karunk e két díszének az orvostudomány haladásában s a magyar orvosi rend minden irányú fejlődésében gyönyörködni!

A német orvostörténelmi társulat f. é. szeptember hó 25.-én tartott közgyűlésén a *V. Fossel* gráci egyetemi tanár halálával megüresedett igazgatótanácsi helyre *Györy Tibor* dr. budapesti egyetemi magántanárt választotta meg.

A német gyermekorvosok társulatának egy része a gyermekorvosok nemzetközi szövetsége magyar szakosztályának meghívására szeptember 27. és 28. napját Budapesten töltötte. Ez alkalommal megtekintették a Stefánia-gyermekkorházhoz kapcsolatos gyermekklinikát, az „Állami gyermekmenhelyet”, a „Fehér kereszt”- és „Bródy Adél”-gyermekkorházat, az „Ingyentej”-egyesület rendelő intézetét, a „Weisz Alice”-gyermekágyas-otthonát, az „Anyá- és csecsemővédő egyesület” csecsemő-otthonát, a fertőtlenítő intézetet és a Széchenyi-fürdőt. A kirándulással kapcsolatban ismerkedési estély volt a Britannia-szállodában, fogadtatás a magyar szakosztály elnökénél és ünnepélyes ebéd a Svábhegyen. Az ünnepségek lezajlása után a német gyermekorvosok koszorút helyeztek id. *Bókay János* szobrára.

A budapesti önkéntes mentő-egyesület augusztusban 1527 esetben nyújtott első segítséget; ezenkívül 1039 szállítást végzett, 110-szer mint mozgóórszék szerepelt és 17-szer vaklármá és téves jelentés folytán vonult ki; az augusztus havi működési főösszeg tehát 2693.

Személyi hírek külföldről. Rendes tanárok lettek: *J. Ritchie* (Edinburgh, bakteriologia), *A. Erlandsen* (Helsingfors, közegészségtan), *C. Gardes* (Montreal, anatomia), *Th. Aotis* (San Francisco, belorvosstan).

Hírek külföldről. Münchenben *Döderlein* tanár rendezésével nagyszabású mesothorium-hangversenyt rendeztek, melyen a jó ügy érdekében elsőrangú művészek díjlanul működtek közre s mely a közhasznú célnak 24.000 márkát jövedelmezett. — A Vilmos császár-társaság által Dahlemben Berlin mellett szervezett kísérleti therapiái kutató intézetet október végén nyitják meg.

Kisebb közlések az orvostudomány köréből. *Gyomor-hyperaciditás* ellen *Glaessner* docens új eljárást ajánl: epesavak használatát. Vizsgálatai szerint az epesavak a gyomornedvnek nem csupán az aciditását, hanem a peptikus erejét is csökkentik, még pedig sokszor tartósan. (Wiener klinische Wochenschrift, 1913, 39. szám.) — Az arteriosclerosis aetiológiájához szolgáltatnak adatot *Walker* és *Hueck* kísérletei, a melyekben cholesterolinok a vérben felhalmozódásával házinyulakon olyan aorta-elváltozásokat idéztek elő, a melyek lényegükben egyeznek az emberi aorta-atherosclerosis elváltozásaival. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1913, 38. szám.)

Polgár Sándor orvosi műszer-, kötszer- és sérvkötőgyár, mely 20 év óta fennáll, a legjobb hírnévnek örvendő cég, a hol minden e szakmába vágó cikket nemcsak a legutányosabb áron, hanem legfőbbkétebben elkészítve kaphatni. Főárjegyzékkel, prospektussal vagy felvilágosítással szívesen szolgál **Polgár Sándor** orvosi műszergyáros, Budapest, VII., Erzsébet-körút 50. sz.

Mai számunkhoz a *Dr. Bayer és Társa* vegyészeti gyárának, Budapest, IX., „Merlusan” című prospectusa van csatolva.

Lapunk mai számához *Prof. Schleich* „Laktolavol” című prospectusa van mellékelve.

Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet

Budapest, VII., Hungária-út 9. (István-út sarok.) Telefon 81—01.

Legmodernebbül berendezett magángyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati, bel- és idegbetegek részére. Igazgató-főorvos: **dapsai Dapsy Viktor dr., operateur.**

Dr. Doctor Kossuth Lajos-utca 3. sz. (Telefon 697.) **Orvosi laboratoriumában** az összes diagn. vizsgálá- tokon kívül autovaccina előállításával is foglalkozik.

Waldsanatorium Prof. Dr. Jessen

DAVOS 100 m. Davos-
Platz fölött

Közvetlenül az erdő mellett, gyógyintézet a tuberculosis összes esetei számára. Egyéni kezelés. Hízőkúrák. Napfürdők. Röntgenlaboratorium. Meleg és hideg víz az összes déli szobákban. Kívánatra prospectus és kimerítő értesítés rendelkezésre áll.

Orvosi laboratorium Vezető: **Dr. VAS BERNÁT**, Poliklinika. Szövetség-utca 14—16. Telefon József 16-03.

Dr. Grünwald sanatoriuma Budapest, Városligeti-fasor 13-15. Felvételnél férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal, valamint szülőknek. A betegek kezelőorvosukat maguk választhatják. — **Vegy- és Röntgen-laboratorium.**

Therapia sanatorium r.-t. Budapest, VII., Városligeti fasor 11. Belső- és bejáró belbetegek részére. Diagnostica. Therapia. Mindennemű ojtásos kezelések. Hízoló és soványító kúrák. Nagy vízgyógyintézet. Laboratorium. Röntgen. Vezető orvosok: *Rajnik Pál* dr. és *Kovács Aladár* dr.

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

Epileptikus betegek intézete

BALF gyógyfürdőben. Felvilágosítással szolgál a gyógyfürdő gondnoksága vagy *Wosinski István* dr., örökös római gróf igazgató-tulajdonos. Vagyonatlan betegek a nagymélt. m. kir. belügyminiszterium előzetes engedélye alapján az országos betegápolási alap terhére vétetnek fel.

Az orvosi dajkavizsgáló-intézetben

(Szív-u. 28. sz. Telefon 93-22.)
Dr. Neumann M. vezetésével — a dajkák állandó orvosi vizsgálat és felügyelet alatt tartatnak. Az intézet minden egyes dajkán az eredeti Wassermann-féle vérvizsgálatot végezi. **Dr. Neumann M.** az eredeti — nem egyszerűített — Wassermann-féle vérvizsgálathoz szükséges vérvételt bárkitől lakásán (VII., Erzsébet-körút 14) d. u. 3—4 óra között veszi. A vérvételhez szükséges steril üvegcseit és használati utasítást kívánatra vidékre is küldünk. Egy vérvizsgálat díja 20 korona.

Kopits Jenő dr. orthopaediai intézetében VII., Nyár-u. 22. sz. **fekvő betegek is felvétetnek.**

A Liget- és Park-SANATORIUM Orvosi laboratoriuma

Vezető: **Dr. Detre László** egy. m.-tanár. VI., Nagy János-utca 47. — Telefon 106—00

Budapesti Zander-intézet **Dr. Reich Miklós.** IV., Semmelweis-utca 2. sz., Kossuth Lajos-utca sarkán. **Dr. Zander G.** teljes készüléksorozatával és az összes physikalís gyógytényezőkkel felszerelt intézet. (Bergonié-féle soványító eljárás, testgyógyítás stb.)

Dr. GÁMÁN BÉLA Diéta Intézete Volosca-Ábbaziában

gyomor- bélbetegek, vesebajosok, czukorbeteg, vérszegények, lesoványodottak, ábbadozók, ideggyöngék, kimerültek részére. Diét és physik. kezelés. Radiumhalatorium.

Sanatorium. Ujonnan átalakítva. Prospectus.

Dr. GARA GÉZA, Meran.

Dr. RÉH Elektromágneses gyógyintézete, VII., Városligeti fasor 15. Az összes modern villamos gyógymódok. Röntgen-laboratorium Álmatlanság, neurosisok, neuralgiák, arteriosclerosis stb. ellen

Tátra-Széplak magaslati gyógyhely 1010 m., vízgyógyintézet, sanatorium ideg- és Basedow-betegek részére, **egész éven át nyitva.** Hízoló-kúrák. Vezető orvos **dr. Guhr Mihály.** Tüdőbetegek nem vétetnek fel.

Dr. Szontágh Miklós gyógyintézete Ujtátrafűred Egész éven át nyitva. — Lakás, ellátás, orvosi gyógykezeléssel együtt napi 10 koronától kezdve.

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (XIV. rendes tudományos ülés 1913 április 19.-én.) 747. lap. — Közkórházi Orvostársulat (VII. bemutató szakülés 1913 május 28.-án.) 748. lap. — Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya (IV. ülés 1913 márczius 13.-án és V. ülés 1913 április 3.-án.) 749. lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület

(XIV. rendes tudományos ülés 1913 április 19.-én.)

Elnök: Grósz Emil.

Jegyző: Dollinger Béla.

Az emlőben észlelt verejtékmirigy-tömlőcskék és azok rákja.

Krompecher Ödön: Az emlőben már a múlt század 80-as éveiben észleltek oly apró, legfeljebb borsónyi tömlőket, a melyek szerkezete az emlő mirigyves állományából kiinduló tömlőktől eltér; ezen tömlők eredetére, jelentőségére vonatkozólag azonban csak feltevésekre szorítkoztak. Így *Mansell Moullin*, *Jüngst*, *Dreyfuss* irt le egy-egy esetet, hol az apró tömlők falában mintegy 80 μ hosszú, párhuzamosan lefutó orsószzerű képletek foglaltak, melyek bordákra, illetve meridiánokra emlékeztető elrendeződést mutattak. E képleteket *Dreyfuss* túltengett sima izomsejteknek tekintette. Majd e század elején *Borst*, *Saar*, *Theile*, *Kurn* utalt arra, hogy az emlő apró tömlői néha szokatlan nagy hengeres vagy lelapult hámmal béleltek, mely papillarisan burjánzik, árkádszerűen tornyosodik s melynek plasmája feltűnő halványan festődik. A membrana propria e szerzők egybehangzó véleménye szerint igen vékony, hiányosan fejlett. Ezen „halvány” hám *Saar* szerint verejtékmirigy hámjára emlékeztet, *Theile* szerint az emlőmirigy hámjának táplálkozási zavar okozta degenerációs terméke, *Borst* szerint pedig egyes esetekben rákos burjánzásnak a kifejezője. Az előadó 1898 óta foglalkozik e kérdéssel. 292 emlődaganatban 21-szer talált ily tömlőket, még pedig 12-szer fibroadenomákban, 9-szer rákban, főleg papillaris rákban. Különösen kiemeli, hogy a tömlők falában szép „halvány” hám mellett hosszú, bordaszerűen lefutó izomorsókat is talált, még pedig 3 esetben igen szembetűnő módon, 9 esetben kevésbé kifejezett alakban.

Tekintettel arra, hogy *Kölliker* szerint az ilyen hosszú, subepithelialisan fekvő izomrostok a verejtékmirigyekre jellegzetesek és hogy a „halvány hám”, mint azt *Saar* is jelzi, verejtékmirigyek hámjára emlékeztet: kétségtelennek látszik, hogy e tömlők verejtékmirigy-tömlőknek felelnek meg. Kérdéses csak, vajjon e verejtékmirigy-tömlők ébrényi korban eltévedt verejtékmirigyekből képződtek-e, avagy rendellenes irányban differenciált emlőmirigyekből fejlődtek. Ez utóbbi lehetőségére annyiban kell gondolni, a mennyiben az emlőmirigy phylogenetice verejtékmirigyből fejlődött.

Az emlő e verejtékmirigy-tömlőiből rákok indulhatnak ki, a mint azt három esete — a *Borst* által észlelt esetekkel szemben, melyek nem felelnek meg ráknak — bizonyítja. A rákos átalakulás a halvány hám polymorphismusában nyilvánul, s a mellett, hogy bizonyos rákok ily tömlőkből indulnak ki, szól az is, hogy az emlő rákos tömlőcskéinek a falában itt-ott bordaszerűen lefutó izomsejthalmazok találhatóak s hogy helyenként a ráksejtek között itt-ott ily halvány sejtek, illetve ily sejtekből álló bolyhok foglaltatnak.

Azon észlelete, hogy az ébrényi korban az emlőmirigybe tévedt verejtékmirigyekből, illetve rendellenes irányban fejlődött és verejtékmirigyekké differenciálódott emlőmirigy-részekből rákok indulnak ki: újabb adat a *Cohnheim*-féle elmélet mellett, a mely a rákok nagy részét az ébrényi korban eltévedt csírákból származtatja s a mely újabban egyre nagyobb tért hódít.

További adatok a benzol terapiás alkalmazásához.

Királyfi Géza: Azon kedvező befolyás alapján, a melyet a *Korányi Sándor* által a leukaemia terapiájába bevezetett benzol a leukaemiás elváltozásokra gyakorol és a melyet külföldi szerzők is megerősítenek, kísérletek történtek a III. belklinikán arra vonatkozólag, hogy a benzol hatékonyságát a pseudoleukaemia terapiájában is kipróbálják. A pseudoleukaemia különböző alakjai közül a benzol leginkább

a lymphocytomatosis-alakban válik be. Itt is azonban hatása sokkal megbízhatóbb és kifejezettebb a lymphocytomatosisnak generalizált, mint annak lokalizált formáiban. A generalizált lymphocytomatosisban a mirigyduzzanatnak jelentékeny, csaknem teljes megkisebbedését, valamint a lépmeagnagyobbodásnak csaknem tökéletes visszafejlődését eredményezi. Ha a kórkép a fehér vérszettek mérsékelt megsaporodásával jár együtt, ez is a benzoltherapiával a normalisra csökkenthető. A benzol elhagyása után utóhatásképpen bekövetkező leukopenia lassanként spontan fokozatosan megjavul és a fehérvérsejtszám viszonyai ismét a normalisnak megfelelő értékeket mutatják. A benzolhatás ezen esetekben tartós, hónapokra terjedő.

A lymphocytomatosis többé-kevésbé lokalizált alakjában, a lymphosarcomatosisban, a benzol hatása csupán részleges és tökéletlen. A mirigymegnagyobbások csökkennek ugyan, a csökkenés azonban kismértékű és rövid ideig tartó. A fehérvérsejtszám, ha leukocytosis volt jelen, leszállítható a normalisra, sőt az alá. Az utóhatásképpen bekövetkező leukopenia azután, úgy mint a generalizált alakban is, később spontan megjavul. A benzolhatás azonban csak rövid időre terjed és a benzol kihagyása után úgy a mirigyek megduzzadása, mint a fehér vérszettek szaporodása gyorsan újból kimutathatóvá válik.

A pseudoleukaemia másik alakjában, a granulomatosisban, a benzol hatása szintén csak mulékony és részleges. Bizonyos ideig tartó mirigymegkisebbedés, bizonyos ideig tartó fehérvérsejtszámcsökkenés elérhető vele, hasonlóképpen a lépmeagnagyobbodás visszafejlődése bizonyos fokig szintén bekövetkezik, azonban e kedvező hatásnak az időtartama rövid és korlátozott. A benzolhatás tökéletlenségét a granulomatosis lényegét illető azon körülmény magyarázza, hogy itt idősült lobos szövetújkepződéssel és nem a vérképző rendszer primaer megbetegedésével van dolgunk.

Végül *Banti-kór* eseteiben a benzoltherapiának sem a vérképre, sem a splenomegáliára semmiféle kimutatható befolyása sincsen.

A pseudoleukaemia mindezen eseteiben a benzolhatás tökéletesen analogiába hozható a Röntgen-sugarak hatásával, a melyek szintén a generalizált lymphocytomatosisokat tudják tökéletesebben befolyásolni; hatásuk részleges és mulékony a lymphocytomatosis lokalizált alakjaiban, jóformán teljesen kimarad a granulomatosisokban és tökéletesen felmondja a szolgálatot a *Banti-kóros splenomegáliákban*.

Az újabban észlelt, benzoltherapiával kezelt leukaemia-esetek tanúságai azt látszanak igazolni, hogy a benzolnak gyakran, a szer kihagyása után is, még hosszabb időn keresztül a fehér vérszettek csökkenésében nyilvánuló utóhatása mutatkozhatik. Erre való tekintettel a jövőben czélszerű lesz a benzol adagolását beszüntetni már akkor, a mikor a fehér vérszettek a normalisnak megfelelő értékre még nem estek alá, tehát körülbelül akkor, a mikor a benzoltherapia kapcsán 15—20.000 fehér vérszettel találunk. A benzol utóhatásának egy súlyos, halálos esetét észlelte *Neumann* és egy hasonló eset került észlelés alá a III. belklinikán is. A kezelésben legczélszerűbb lesz a továbbiakban a benzoltherapiának a Röntgen-besugározatásokkal való kombinációja.

Kísérletek történtek továbbá arra vonatkozólag, vajjon nem volna-e a benzol helyi alkalmazásával a bőrcarcinómákra is valaminő hatás elérhető. Két recidiváló emlőcarcinoma esetében történtek ilyen benzolinjectiók kísérletek. Az eredményekből annyi mondható, hogy a benzolinjectiókkal a carcinoma sejtszövetjei kétségtelenül befolyásolhatók. A benzollal való közvetlen érintkezés helyén a daganat sejtszövet pusztulnak, a carcinomás szövet nekrotizál, demarkálódik, leföldök. Ez azonban csupán helyi hatás és a pusztuló szövet

mellett, annak szomszédságában, a carcinoma sejtjei tovább burjánzanak. A carcinomát gyógyító befolyásról ilyen módon egyelőre szó sem lehet, éppen úgy, mint a hogy nem lehet igazi gyógyulásról szólni sem a Röntgen-sugár, sem a radium és thorium, sem bármiféle más extrachirurgialis eljárás mellett sem. Talán annyit, mint ezek, a benzoltherápia is tud alkalmas carcinoma eseteiben produkálni, többet azonban semmi esetre sem.

Torday Árpád: A benzoltherápia körül folyt vita óta az I. számú belklinikán két myelogen leukaemiás beteget kezelt benzollal s mindkettőben a *Korányi* ajánlotta magas adagok (5 gr.) mellett a lép tetejemen kisebbedett, a fehér vérszámok száma is megfogyott és a kóros fehérvérsejtelalakok is eltűntek. Az egyikben kezdetben 50.000 volt a fehér vérszámok száma, a mely a benzoltherápia kezdetén 100.000, majd 200.000-re emelkedett, de a folytatólag adott benzol mellett e szám fokozatosan lecsökkent 20.000-ig. Ez az eset annyiban is tanulságos, mert a myelocyták is csaknem teljesen eltűntek a vérből.

A másik eset 59 éves nő, kin a benzol hatása 19 napi kezelés után a fehér vérszámok számának némi csökkenésében mutatkozik.

Az előadó említette esetekből, valamint a saját eseteiből, élelken dokumentálódik azon körülmény, hogy a benzol a vörös vérszámok káros. Ezen ártalom paralyzálására a benzolnak arsennel való kombinációját ajánlja.

Flesch Ármán: Egy esetről számol be, melyet a Stefánia-gyermek-kórházban észleltek. 4 éves, heveny lymphatikus leukaemiában szenvedő gyermekről van szó, a kin kiterjedt köztakaróvérzések és a környéki s mediastinalis mirigyek nagyfokú duzzanata állottak fenn. Nagy máj és lép. Mérsékelt lázak. A vörös vérszámok száma 2,800,000, a fehéreké 30,100. A haemoglobintartalom 40%. A szövettani képben 89% lymphocyták.

Ismerve a gyermekkori heveny lymphatikus leukaemia rendkívül rossz természetűségét, továbbá, hogy sem Röntgennel, sem arsennel nem befolyásolható, benzolt adagoltak 4×0.25 pro die, capsula gelat.-ban. A hatás rendkívül gyors volt: a láz megszűnt, a mirigyek gyorsan eltűntek, a mediastinalis tumor jelentékenyen megkisebbedett, a fehér vérszámok 3000-re szállottak alá. A benzolt erre kihagyták, de már 4 nap múlva 15,000 volt a fehér vérszámok száma a klinikai tünetek rosszabbodása mellett. Ujra benzolt adagoltak, eleinte 3-szor, majd 4-szer 0.25 -t, mire a fehér vérszámok száma 500-ra szállott alá négy nap alatt a mirigyduzzanatok rohamos eltűnése mellett. A benzol kihagyása után 1 hó múlva újra 22,000 volt a fehér vérszámok száma, 1×0.25 benzolra ez még növekedett 52,500-ra, ezért 2-szer, majd 3×0.25 benzolt adagoltak; ily módon sikerült ugyan a körképet befolyásolni, de a gyermek 2 hónapi kezelés után meghalt.

Távol áll tőle, hogy ezen egy esetről a benzol értékére különösebb következtetést vonjon le, annál kevésbé teheti ezt, mert a gyermekkori heveny lymphatikus leukaemia rendkívül gyorsan vezet általában halálos véghez. Szembeötlő volt azonban a lymphoid szöveteknek gyors reakciója a benzollal szemben s hangsúlyozza, hogy az adagok megválasztásában milyen nehézségek forognak fenn. Minthogy azonban a körkép kedvező befolyásolása kifejezett volt, újabb gyermekkori leukaemia-esetekben is alkalmazni fogják az adag gondos megválasztása mellett.

Kovács József: A maga részéről az előadó észleleteit mindenben megerősítheti. Így a benzolnak a vérzésekre való hatását illetőleg ki kell emelnie, hogy egyik esetében például, a hol súlyos dysenteriaszerű tünetek forogtak fenn, a bélvérzések a benzol hatására csakhamar megszűntek. Az utóhatásra nézve szintén azt találta, hogy a benzol elhagyása után is tovább fogynak a fehér vérszámok, a mint az a novemberi előadás alkalmával említett esetben történt, a leukocyták száma 11–12,000-ról tovább leszállt 7600-ra, a mellett a rendkívül nagy léptűmör, mely már a benzol adagolása alatt is jelentékenyen megkisebbedett, most még folytatólagos megkisebbedést mutatott annyira, hogy csaknem a normalis lép nagyságát érte el. Ennek a betegnek a hízása 14 kg.-ot tett.

Lymphosarcomatosis egy esetét szintén volt alkalma észlelni, a melyben 2 héten át folytatott, Röntgen-kezeléssel kombinált benzol-kezeléssel alig sikerült eredményt elérni; ez a beteg, sajnos, nem volt tovább tartható az osztályon. Ujabbán 10 nap óta van alkalma észlelni egy myelogen leukaemiát, a hol szintén alkalmazásba vette a benzolt; ebben az esetben feltűnő az izgalmi szak gyors és nagyfokú kifejlődése, a mennyiben a kezdetben 55,000-et kitevő fehér vérszámok száma a benzol adagolása óta felszökött 171,500-ra, s e mellett a myeloblastok arányszáma nőtt a myelocytákhoz képest.

Korányi Sándor: A benzol kis dosisban a vérszámképzésre mint inger hat. Egy esetben, a melyben a vérkép az aplasiás anaemiának volt megfelelő, napi egy gramm benzol hatására magvas vörös vérszámok jelentek meg. *Klemperer* és *Hirschfeld* napi fél gramm benzollal igen szép eredményt ért el anaemia perniciosa esetében. Ugy látszik, a vörös vérszámképzés ingerlésére egészen kis benzoldosisokat fog kellenni adni. Anaemiák ellen jó hatásra számolt be *Tedesco* is. A benzol- és a Röntgen-hatás közti analogia a benzol nagy, a vérszámképző szerveket pusztító dosisainak alkalmazásával nyilvánul meg. Ez odáig megy, hogy túllőve a célon, mindkét eljárással elérhető az, hogy a leukaemiás vérkép súlyos aplasiás anaemiás vérképpé alakul át. Ne törekedjünk tehát gyors eredményre és a terapiát idejében, jóval a normalis fehérvérsejtszám elérése előtt hagyjuk abba.

Közkórházi Orvostársulat.

(VII. bemutató szakülés 1913 május 28.-án.)

Elnök: **Fauser Árpád.**

Jegyző: **Szinnyei József.**

(Folytatás.)

Szívizomrepedés a bal koszorú-ér főtörzsének elváltozása miatt az izmos sövény átfürödésével.

Entz Béla: Az 57 éves villamos kocsivezetőt, a kinek szívét bemutatja, haldokolva hozták be a kórházba, a hol néhány óra múlva a nélkül, hogy pontosabban meg lehetett volna vizsgálni, meghalt. A boncoláskor kiderült, hogy a halált a szív elülső koszorú-érének rögződéséhez csatlakozó szívinfarctus és szívrepedés okozta. A rögződés oka a koszorú-erek súlyos arteriosclerosis volt, mely általános arteriosclerosisnak volt a részjelensége.

A bemutatott nagy szív csúcsát a bal szív alkotja, a szívburok mindenütt vékony szürkés rostonyalepedékekkel van bevonva, a szívburok alatti zsírréteg a szívcsúcson forintos kiterjedésben vértelenesen beszűrődött, lencsényi-füllérnyi vérszűrődéses foltok egyebütt is vannak az epicardium alatt.

A jobb szívfélben nincs egyéb eltérés, mint hogy a fülcsé a falhoz tapadó, rovátkos felszínű, törékeny röggel van kitöltve. A bal szív sima, a kamara felső részén tág gyomor mellett is 14 mm., holott a szívcsúcson csak 5–6 mm.-nyi, mert a bal kamrának a csúcsban egy kívülről alig észrevehető, de az átmetszeten jól szembeötlő kiöblösödése van, a hol a különben sima, vékony, áttűnő endocardium szürkés-fehéresen megvastagodott. Az ínhúrok és az izomgerendák elvékonyodtak, szintén szürkés-fehérek, szívósak; míg a vastag részén a szívizom elég tömött, gyengén zavaros és törékeny, addig a vékony részleten a szívizom fakó sárgás-barna csíkokkal van átszőve, felette vérszegény, a változás éles határral szűnik meg a szívizom vörös-barna részletei felé. A szívcsúcson végül a szívkamra sövényén fillérnyi, vékony, rovátkolt felszínű, szürkés-vörös alvadék-réteg tapad, a mellett pedig egy, a mennyire megbecsülhető, $1\frac{1}{2}$ cm. hosszú és 7–8 mm. széles, egyenetlen szélű nyílás van, a melyen át a jobb kamrába jutunk. Ennek izomzata e területen szintén világosbarna. A bicuspidalis billentyű elülső vitorláján néhány lencsényi, fakó-sárga, zsíros folt. Az aorta billentyűi vékonyak, hártásak, de a jobb és bal billentyű a találkozására helyén egymással mintegy $\frac{1}{2}$ cm. hosszban összenőtt. Az aorta belületén csak néhány rajzszegefnagyságú, vékony, fakósárga, puha, zsíros folt van. A koszorú-ér nyílása elég tág, belfülete azonban egyenetlen, részben vajsárga, részben meszes foltokkal, melyek miatt egészen merevvé vált. A bal koszorú-ér az eredésétől $4\frac{1}{2}$ cm. távolságban mintegy $1\frac{1}{2}$ cm. hosszban a falhoz tapadó szürkés röggel van kitöltve, mely innen az ágakba is folytatódik s a lument teljesen elzárja.

A bal pitvar belső felszíne sima, a bal fülcsében falhoz tapadó sötétvörös rög van.

A traumás repedéseket leszámítva, az egészséges szívizom sohasem reped meg, hanem csak a beteg myocardium; ez a megbetegedés a legkülönbözőbb természetű lehet, így: 1. a szívizom heveny (genyes) gyuladása (tályog), 2. a szívizom körülírt zsíros elfajulása, 3. a szívinfarctus, 4. a szívizom daganata, 5. aneurysma. Megjegyzendő azonban, hogy a repedés csakis akkor következik be, ha a szívizom megbetegedése körülírt s a szívizom többi része még ép, mert a repedés oka mindenkor a vérnyomás hirtelen fokozódása, a mi csakis akkor következhetik be, ha a szívizomzat nagy része még létrehozhatja azt a vérnyomás-fokozódást, a mely miatt a szívizom beteg része megreped.

A jelen esetben a koszorú-erek arteriosclerosis miatt időszült interstitialis myocarditis fejlődött ki, a mihez még hozzájárult a coronaria thrombosisát kísérő szívizom-infarctus; e területen az elhalt szívizom megrepedt, mert az egészséges szívizomzat valamely ismeretlen okból hirtelen vérnyomás-fokozódást idézett elő. A repedés ritka elhelyeződése az izmos sövényen valami specialis ismeretlen ok következménye. Az eset különös figyelmet érdemel azért is, mert a kis erek súlyos arteriosclerosis már másodízben okozott az

elhunyiban fatalis complicatiókat. Mert a betegnek halála előtt 1½ évvel az arteriosclerosishoz csatlakozó thrombosisa volt az art. cerebelli posterior inferiorban, a melyet *Benedict* főorvos észlelt és be is mutatott (1911 október). A pontos klinikai diagnosist a bonczoláslelet is megerősítette, mert az organizált rögöt megtaláltuk a nevezett érben s a thrombosis következménye gyanánt a kis agyvelő bal féltekéjében moyoronyi apoplexiás cystát találtunk, a nyúltvelőben pedig körülírt szürkület, a melynek természetét azonban csak a mikroszkopos vizsgálattal fogjuk meghatározhatni.

Aneurysma aortaenae a vena cava superiorba történt átfúródása.

Klein Árpád. (Eredeti közléseink során egész terjedelmében hozzuk).

Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(IV. ülés 1913 márczius 13.-án.)

Elnök: **Dollinger Gyula.**

Jegyző: **Ádám Lajos.**

(Folytatás.)

A vesetuberculosis ritkább alakjai.

Illyés Géza: A degeneratio massiva azon alak, melyben a gümös váladék sárgás, vajszerű, kenhető összeállású anyaggá sűrűsödik, mely a vesében levő cavernákat, sőt az uretert is teljesen kitölti. Az úgynevezett spontán gyógyulás alatt éppen olyan eseteket ért, midőn ezen elváltozások jönnek létre a vesében. Azonban, mint éppen eseteiben látható, az ilyen vesék sem maradnak sokáig nyugodtan, mert alkalmi ok folytán a megnyugodott gümös folyamat valahol megint föllobban s így a szervezetet a további gümös infectio veszélye fenyegeti. Ezen elváltozás meglehetősen ritka, mert 133 vesegümőkör miatt végzett nephrectomia esete közül csak négy-szer volt alkalma látni.

Egy másik ritka alakja a vesegümőkörnek a disseminált tuberculosis, a melyet elég gyakran látunk a bonczasztalon, midőn általános disseminált tuberculosis mellett a vesében is elszórt gümők vannak. Egy esetében (23 éves nőbeteg) a megnagyobbodott vesefelület tele volt szórva disseminált gombostüfejni gümőkkel, hasonló gümők voltak a veseparenchymában is, azonban cavernák még sehol sem fejlődtek. Ez a tuberculosisnak rossz prognosist nyújtó alakja. Nephrectomia után a beteg teljesen meggyógyult, de további sorsáról tudomása nincs.

Ritka esetek továbbá azon előrehaladott gümös folyamatok, midőn a descendáló hólyagtuberculosis oly méreteket ölt, hogy semmiféle módon sem lehet a cystoszkopos vizsgálat útján a hólyag rossz állapota miatt megállapítani azt, hogy melyik vese beteg. Ilyen esetekben a mások által ajánlott egyoldali uretersipoly, vagy vesesipoly, vagy hólyagmetszés helyett ő egy ülésben a két vesét föl szokta tární s ha meggyőződött arról, hogy az egyik oldali vese egészséges, akkor a másik oldali kóros vesét eltávolítja. Idáig 7 ilyen esete volt.

Bemutatott esete 19 éves fiú, kin 3 év előtt végezte a műtétet. A beteg jelenleg teljesen egészséges, viruló külsejű, vizelete megtisztult, hólyagja rendbe jött s 30 kg.-ot hízott. Egy másik, 20 éves nőbeteg, kin ugyancsak 3 év előtt végezte a kétoldali feltárást, szintén teljesen meggyógyult, sokat hízott s egészséges. Egy harmadik esetben kétoldali disseminált gümös folyamat derült ki. Ezen beteg tuberculinkezelésben részesül.

Alapy Henrik: A kétoldali feltárást a hason fekvő helyzetet ajánlja, kissé felpolcolt hassal, derékszögben hajlított csípőizületekkel. Ebben a helyzetben az egyik vesét a másik után fel lehet tární, a nélkül, hogy a beteget ide-oda forgatnók. A hozzáférhetőség pedig igen jó, főleg ha a harántmetszéshez még hozzáadjuk a Mayo-féle segédmetszést a ligamentum costo-vertebrale átvágása céljából.

Weisz Ferenc: Azon súlyos esetekben, a hol a vesék tuberculosis mellett a hólyag tuberculosis is van jelen és a hólyagcapacitás hiánya miatt a pontos diagnosist nem állapítható meg, a vesefeltárást is mintegy vaktában történnek, mert operatio előtt nem lehet biztosan tudni, melyik vese beteg, illetőleg kevésbé beteg. Ha oly ritka kivételes esetekben, mint a milyent látott *Haberern* osztályán, sikerült is a

20–30 cm³ kapacitású hólyagban szinte véletlenül az egyik ureterkathetert felvezetni és így a pontosabb diagnosist megállapítani, még akkor is kérdéses, vajjon a beteg ennek nagy hasznát fogja-e venni? Az említett esetben tudniillik a beteg vese el lett távolítva és az operatio után körülbelül a második hét végén azt vette észre, hogy az eltávolított vese csonkján át ürül a vizelet, valószínűleg azért, mert a hólyag is tuberculosisos lévén, a visszamaradt veséből folyó vizeletet a kis kapacitású hólyag sem bírja tartani, hanem inkább retrograd, a vese csonkján át üríti. Ilyen esetet tudtával még csak *Kapsammer*, *Kraecke* és *Haberern* észlelt. A beteg még körülbelül egy évig élt, aztán a hólyag és a másik vese tuberculosisának áldozatul esett.

Dollinger Gyula: Nem volt az ureter lekötvé?

Weisz Ferenc: *Dollinger* tanár azon kérdésére, vajjon az ureter nem lett-e lekötvé, azt válaszolja, hogy mint rendszeren szokás, itt is a vese kigördítése után a veseerek és az ureter rendszeren le lettek kötve, elszűlyesztve és Mikulicz-tamponnal ellátva. Az uretercsonk maga azonban a beteg gyengeségére való tekintettel nem lett eltávolítva. A lekötvött ureter daczára azonban úgy látszik a mállékony szövetekben fistula képződött és ezen át könnyebben ürülhetett a vizelet. Midőn bizonyos idő múlva a fistula záródott, a vizelet ismét a hólyagon ürült és a nephrectomia sebe majdnem teljesen záródott. A hólyag tudniillik a nephrectomia után egy ideig javult.

Vesefurunculus-esetek.

Illyés Géza: A 23 éves férfin a műtét előtt 1 hónappal erős jobboldali fájdalmak állottak be, melyekhez hidegrázás és magas láz társult. A beteg azóta kisebb-nagyobb javulások mellett beteges állapotban volt. Az arcán gyermektegyérnyi helyen több év óta fennálló lupusos eruptiók. A jobb vesetájék a legcsekélyebb érintésre is nagyon fájdalmas, a bőr kissé oedemás. A vesét föltárva, vesekörűli tályogot talált s a vese hátulso lapján koronányi terjedelemben a vese szöveve sárgás, pontszerűen elszínesedett volt. Midőn ezen helyet bemetszették, kiderült, hogy tályogok csak a kéregálmányban voltak, melyeket kitakarítva, a sebet drainezték. A geny bacteriologiai vizsgálatakor kizárólag coccusokat találtak, melyek staphylococcusok voltak. Valószínű, hogy az arczon lévő viszkető lupusterület, melyet megvakarhatott, volt a bemeneteli kapu s az infectio haematogen úton jött létre. A beteg teljesen meggyógyult.

Egy másik esetben a 18 éves férfi 40 fokos lázokat s erős jobboldali vesefájdalmakat kapott. A functionalis vizsgálat a jobb vesében nagy kiesést mutatott, úgy hogy e miatt műtétet végeztek s a vesét intracapsularisan eltávolították, vigyázva arra, hogy fertőző anyag ne jusson a sebbe. A vesének főleg alsó polusán tallérnyi helyen kiemelkedő, különálló, sárgás, genyes göbökből álló gócz volt, melynek csúcsán és közepén egy kendermagnyi föllágyult ürt találtak. Másol is voltak láthatók hasonló kisebb góczok a vese szövetében, melyek a felületet finoman dudorossá tették. A beteg a műtét után teljesen meggyógyult és egészséges.

Egy harmadik esetében az ugyancsak 18 éves férfi typhus után véres-genyes vizeletet kapott. Az illető pár hét óta lázas, jobboldali psoascontracturája van, a jobboldali fossa iliaca kitöltött, az ágyéki gerincoszlopon scoliosis. A cystoszkopos vizsgálat alkalmával látták, hogy a jobb ureterből semmi sem ürül. Műtétkor a jobb vesetájékon a vese helyén sok necrobiosis szövetcszafatot találtak egészen a gerincoszlopig. A vesét magát sehol sem lehetett látni, mert teljesen el volt pusztulva. A tályogüregből származó geny és szövetcszafatok mikroskopi vizsgálata kimutatta, hogy a bacteriumok táptalajon való tenyésztésük alapján staphylococcus pyogenes aureusnak feleltek meg, a szövetcszafatok egyikében pedig a sok elpusztult szövet között a mellékvese szövetének megfelelő darabkát találtak. Kétségtelen, hogy itt a soká tartó genyedés következtében az egész vese szétesett, elpusztult, s hogy a genyedést staphylococcusok idézték elő. A műtétet két év előtt végezte, a beteg azóta összeszedte magát s teljesen egészséges. Úgy a psoas-contractura, valamint a gerincoszlop elferdülése eltűnt.

Rihmer Béla: Az *Illyés* által említett 3 alakhoz egy negyediket említek fel. A heveny lázas stadium lezajlásával kólikák maradtak vissza, a melyek miatt nephrotomiát végzett, a kimetszett veserészlet mikroszkopos vizsgálata geny-góczot mutatott. Azt hiszi, a gócnephritisek attenuált virulentiájú bacteriumembolia eredményei.

Makai Endre: Ujabb időben a paranephritis tályogok okát mind gyakrabban a vesekéregben ülő furunculusokban találják meg.

Hogy a vesekörűli tályogok kiinduló pontja nagyon sokszor nincs tisztázva, annak az oka az, hogy egyszerűen a tályogok feltárására szorítkoznak. Az utolsó négy hónapban 3 esetet volt alkalma operálni, ezekben csak a vese capsula propriájának lehántása után tűntek fel a kéreg gombostűfej-babnyi furunculusai.

A vesecapsulának lehántása még olyan esetekben is aránylag könnyű, a mikor heges kérgesedés van a vesekörűli szövetben. A benyomás az, hogy az ilyen esetek, melyekben a furunculus is fel van tárva, gyorsabban gyógyulnak, mint azok, melyekben csak a tályog feltárására szorítkoznak.

Dollinger Gyula: Egy V. csoportot csatol az eddigiekhez. Egy esetben gyanú volt vesecarbunculusra, de a mint behatolt a musculus quadratus fölött, már hegszövetet talált, melyben genyponok és genycsikok voltak. Tehát paranephritis carbunculosa volt. A vesetok felső végében az egyes genyócok már összefolytak és kis tályogokat alkottak. Staphylococcus-telepek fejlődtek. A vese maga ép volt.

A szülő nem emlékszik hasonló esetre az irodalomból.

(V. ülés 1913 április 3.-án.)

Elnök: **Alapy Henrik.**

Jegyző: **Ádám Lajos.**

Egyoldali időszült gócnephritis operált esetei.

Ilyés Géza: A 43 éves nőbetegen egy hó óta erős jobboldali fájdalmak és véres vizelet állottak fenn. A vizsgálat kiderítette, hogy a vérzés a jobboldali ureterből származik. Minthogy a vérzésnek nem tudták okát találni, de másrészt a vérzés sem akart megszűnni, nephrotomiát végeztek, azonban a vesében semmit sem találtak. A szövettani vizsgálatra kimetszett darabkában glomerulitis és periglomerulitis fibrosa diffusa volt, mely elváltozások góczokban voltak találhatóak ép veseszövet mellett. A műtét után a beteg meggyógyult, vérzései megszűntek s azóta (a műtét 7 év előtt történt) vizelete nem véres, teljesen jól érzi magát.

Egy másik esetben 23 éves nő, kinek vizelete 2 és fél év óta időnként véres volt, cystoskoppal a vérzés okát a baloldali vesében találták. A functionalis vizsgálat a bal vesében igen nagy kiesést mutatott, úgy hogy e miatt műtétre határozták el magukat. A kiirtott vese alsó pólusán halványsárgás elődomborodást láttak s hasonló szürkés-sárgás elszíneződés volt a vesének más helyén is. A szövettani vizsgálat chronikus interstitialis gócnephritisnek megfelelő elváltozásokat derített ki. A beteg a műtét után jól érezte magát, meghízott, azonban, a mint később értesült róla, 5 évvel a műtét után tüdőtuberculosisban meghalt. Lehet, hogy a vesebeli sclerotizáló chronikus lobos folyamatot a tuberculosisbacillus váltotta ki, melyet azonban sem a vizeletben, sem a szövettani vizsgálat alkalmával nem sikerült kimutatni.

Egy harmadik esetében 39 éves nő, ki másfél év óta időnként vérzett a veséjéből, oly nagyfokú vérszegénységet találtak, hogy a folytonos és csillapíthatatlan vérzés miatt vitalis indicatióból a vese eltávolítását kellett végezni. A kiirtott vesén régi interstitialis gócnephritisnek megfelelő elváltozások voltak makroszkopice, valamint mikroszkop alatt is kimutathatók. Valószínű, hogy ezen esetekben valamely renyhe virulentiájú bacterium volt az, a mely a góczbeli nephritis elváltozásokat megindította és fentartotta.

Alapy Henrik: 6 év előtt 13 éves fiún, a kinek igen heves vesekölikái voltak és a kin a vizeletvizsgálat, az oltás, a Röntgen-vizsgálat teljesen negatív eredményt adott, de a ki anaemiás volt és e miatt tuberculosisra gyanus, nephrotomiát végeztek. A vese makroszkopice teljesen egészségesnek látszott és a szülő bizonyos kellemetlen érzéssel varrta be a sebet. A gyermeknek azonban azóta görcsrohama nem volt. Ilyen eseteket már leírtak.

Vesedaganatok.

Ilyés Géza: Rossztermészetű vesedaganat miatt 24 beteget operáltak. A daganatok közül carcinoma volt 2, hypernephroma 21 és angiosarcoma 1. A legelső tünet többnyire a vérzés szokott lenni, mely néha fájdalommal jár s meglehetősen profus. A daganatot tapintani akkor lehet, ha az az alsó poluson ül; a felső poluson ülő daganatok csak a későbbi szakban tapinthatók. A gyorsan kifejlődő cachexia ismétlődő vérzés esetén gyanút kelt s ilyenkor a rendelkezésre álló vizsgálati módszerekkel meg kell állapítani a vérzés helyét és forrását. Azt tapasztalta, hogy daganat esetén a kóros oldali vese működésében igen gyakran nagy kiesés mu-

tatkozik, a mit akkor látunk jól, ha a kétoldali vese vizeletének fagypontját meghatározzuk. Ennek oka egyrészt a daganat okozta roncsolás, másrészt azon toxikus elváltozás, mely a vesében ilyenkor kifejlődik. A műtétet tehát minél előbb kell végezni. A mi a behatolás helyének megválasztását illeti, czélszerűbbnek találja a retroperitonealis behatolást, a melylyel a vesét jól feltárhatjuk, főleg ha ferdén vezetett metszésünkhöz még egy, arra derékszögű, a gyomorgödör felé haladó metszést is csatolunk s a hashártyát a középvonal felé eltoljuk. Ha azonban arra van gyanu, hogy a daganat már inoperabilis, akkor a tájékozódás szempontjából czélszerűbb a transperitonealis behatolás, midőn jobb az áttekintésünk s inoperabilitás esetén a seb ellátása is egyszerűbb.

Vesemedenczekő és tágulás, pyelumresectio.

Stossmann Rezső: A betegen időnként vérévelés jelentkezett s Röntgen-vizsgálattal a vesemedenczében követ találtak. Műtétkor (*Ilyés*) a vesemedenczét tágnak találták s benne mogorónyi kő volt tapintható. Elülső pyelotomia útján a követ kivették s a tágult pyelumból egy korona nagyságú háromszögű darabot eltávolítottak, mire a nagysága normalis lett. A beteg teljesen meggyógyult.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

3883/1913. szám.

Udvarhely vármegye homoródi járásához tartozó lövétei **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek és felhívom azon okleveles orvos urakat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen felszerelt folyamodványaikat hozzám **f. évi október 20.-áig** adják be.

A kör székelye a Lövéte községhez tartozó Szentkeresztbányatelep.

A körorvos évi fizetése: 1600 korona, évi fuvarátalánya 300 korona, helyi pótlék évi 1000 korona és természetbeni lakása van.

Szabályrendelntileg megállapított rendelési, látogatási és távolléti díjak.

A körhöz tartozik Lövéte, Szentkeresztbányatelep, Szentegyházsfalu és Kápolnásfalu.

O k l á n d, 1913. évi szeptember hó 28.-án.

Szabady Tivadar, főszolgabíró.

2377/1913. szám.

Csongrád vármegye tiszántúli járásához tartozó Szegvár községben üresedésben levő **második községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek és felhívom mindazokat, a kik ezt az állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában körülírt képesítésüket igazoló okirataikkal felszerelt pályázati kérvényüket **folyó évi november hó 1.-éig** bezárólag hozzám nyujtsák be.

Ezzel az állással 1400 korona fizetés és 400 korona lakáspénz jár. A község képviselőtestülete ezidőszert th. bizottsági jóváhagyás alatt álló 131/kgy. 1913. számú határozatával a lakáspénzt 600 koronára emelte fel és ezenfelül még 400 korona személyi pótlékot is megszavazott.

A községben, a melynek lakossága 7369 főnyi, területe pedig 14.730 kat. hold, magánorvos nincs.

A választás megejtése iránt a pályázati kérvények beérkezése után fogok intézkedni.

M i n d s z e n t, 1913 szeptember 24.

Dósa dr., h. főszolgabíró.

6741/1913. sz.

Zalavármegye nagykanizsal járásába kebeleztet **Légrad községben** üresedésben levő **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek. Javadalmazás: Törzsfizetés 1600 korona, ötvenként 200 korona nyugdíjba beszámítandó korpótlék, mely 800 koronáig emelkedhetik.

Természetbeni kényelmes lakás, mellékhelyiségekkel és kerttel, 4 erdei öl tűzifa és húszszemledíj.

Megérintem, hogy az előbbi községi orvos részére a m. kir. belügyministerium 1200 korona helyi pótlékot és 600 korona trachomata-átalányt engedélyezett.

Felhívom mindazon orvostudorokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-a értelmében felszerelt kérvényeiket hozzám **f. évi október hó 26.-áig** terjeszszék be.

A választást **1913. évi október 27.-én délután 4 órakor** fogom Légrad község házában megejteni.

Az állás szabályszerűen felszerelt és előterjesztett kérelem alapján helyettesítés útján azonnal elfoglalható.

N a g y k a n i z s a, 1913. évi szeptember hó 26.-án.

Viosz s. k., főszolgabíró.

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.

- Bókay János:** Az intubatio folyamán a gégeben fejlődhető decubitalis fekélyzések helyi kezeléséről. 751. lap.
- Királyfi Géza:** Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egy. III. számú belklinikájáról. (Igazgató: báró Korányi Sándor dr., egyetemi nyilv. r. tanár.) A benzol a polycythaemia terápiájában. 753. lap.
- Bókay Zoltán:** Közlemény a „Stefánia” gyermekkorházzal kapcsolatos egyet. gyermek-klinikáról. (Igazgató: Bókay János dr., egyet. ny. r. tanár, udv. tanácsos.) Óriás-sejtű vékonybél-sarcoma esete 9 hónapos gyermekben. 755. lap.
- Dörner Dezső:** Közlemény a budapesti kir. magyar tudomány-egyetem orr- és gége-orvostani klinikájáról. (Igazgató: Ónodi A. dr., egyetemi tanár.) Az orrmelléküregek tuberculosisáról. 757. lap.
- Heim Pál és John M. Károly:** Közlemény az Országos Anya- és Csecsemővédő-Egyesület csecsemő-osztályáról. Veszedelemes-e a konyhasó-oldat orális adagolása a csecsemő-kori intoxicatio eseteiben? 759. lap.

- Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Tauszk Ferencz:** A belgyógyászat alapvonalai. — **Óláh Gyula:** Tanulmány a kolera gyógyítására vonatkozólag. — **Lapszemle. Belorvostan. H. Schottmüller:** Mikor kell a bujakóros egyént gyógyítani? — **Sebészet. F. Derganc:** Az aetheröblítés perforatiós peritonitis eseteiben. — **A. Brunning:** A kéznek egyszerű védekezőmódja genyes műtétek alkalmával. — **Elmekörtan. M. S. Margulis:** Az agyvelő-cysticercus pathologia-anatomiai elváltozásai. — **Kleist:** Involutiós paranoia. — **Börkörtan. Fr. M. Meyer:** A Röntgen-therápiának a bőrbajok ellen való alkalmazása. — **Orthopaedia. Elmstie:** Az ízületgyulladások physicalis gyógykezelése. — **Heinlein:** A gacsoz térds aetiologiája és gyógykezelése. — **Bontin:** Influenzás érgyulladás. — **Risebb közlések az orvosgyakorlatra. Ollendorff:** Aponal. — **Jacques:** Elektrocuprol. 760—763. lap.
- Magyar orvosi irodalom.** Magyar orvosi archívum. — Klinikai füzetek. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság. 763. lap.
- Vegyes hírek.** 763. lap.
- Tudományos társulatok.** 764—767. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Az intubatio folyamán a gégeben fejlődhető decubitalis fekélyzések helyi kezeléséről.*

Irta: **Bókay János** dr., egyet. ny. r. tanár.

Az intubatio tanában két kérdés az, mely különösen behatóan s nem egyszer szenvedélyesen discutáltatott. Az első kérdés az volt, hogy *van-e jogosultsága* a croup operatív kezelésekor a *principialis*, elsődleges intubatióknak, a második pedig, hogy az intubatio kapcsán fejlődő *decubitalis gégefekélyzések* indikálják-e általában a *másodlagos légszűkítő* műtétet.

A folyó évben végeztem a vezetésem alatt álló *Stefánia* gyermekkorház diphtheria-pavillonjában 1891 óta a *kétezredik* esetben az *O'Dwyer*-eljárást s tekintettel arra, hogy daczára súlyos anyagomnak, operatív gyógyulási százalékom 1894 óta, tehát a serumkezelés óta állandóan 70% körül ingadozik s elsődleges légszűkítő műtétet 22 év alatt alig *egynéhány* esetben voltam kénytelen végezni, részemről csak újból meg erősítve látom azon régebbi kijelentésem helyességét, hogy a *primaer intubatio a croupgyakorlatban csakis ott kontra-indikált, a hol a) a larynxstenosis mellett igen erős pharynxstenosis is van jelen s b) a hol a gégebemenet erős oedemát duzzanata a sikeres intubatiót különben is lehetlenné teszi.*

A mi a *másodlagos légszűkítő* kérdését illeti, az *Escherich*-féle nézetre, hogy t. i. ha ötször vagy hatszor 24 óra lefolyása után a végleges extubatio nem sikerül, másodlagos légszűkítő műtét végzendő, súlyosabb decubitusok fejlődésének elkerülése céljából, én már 1891-ben Halleban megtettem megjegyzéseimet, majd 1895-ben Lübeckben részletes adatokkal megczáfoltam *Escherich* tételének helyességét és

végül 1901-ben Hamburgban a másodlagos légszűkítő műtét indikációját a lehető legszűkebb korlátok közé igyekeztem szorítani s 1903-ban odakonkludáltam, hogy *csak ott végeztessek, hol a végleges detubatio az általam már 1901-ben ajánlatba hozott timsóval impregnált gelatinával bevont bronzgyógytubus rendszeres alkalmazása daczára sem vihető keresztül*, midőn is supponálható, hogy a cricoidealis porc zórészt tönkrement.

Az álláspont tehát, melyet a másodlagos légszűkítő műtét kérdésében évek óta elfoglalok és vitatok, *teljesen egyező O'Dwyer* azon álláspontjával, melyet ő 1897-ben washingtoni előadásában az „*American Pediatric Society*” évi összejövetelén kifejtett.

Ezen ülésen ajánlotta volt *O'Dwyer* egy sikerrel kezelt esete alapján, hogy mindazon esetekben, a melyekben a tubus végleges eltávolítása, gégebeli decubitus folytán lehetetlen, kísérlet tétessék az általa ily esetek kezelésére ajánlatba hozott *karcsúbb nyakú, de mélyebb fekvésű hasas kidomborodással ellátott bronztubusokkal*, még pedig oly módon, hogy a tubus feje és hasas kidomborodása közötti karcsú nyak, tehát azon hely, mely a kifekélyződött felülettel áll közvetlen érintkezésben, gelatinaréteggel vonassék be s erre porrá tört timsó préseltessék. *O'Dwyer* ezen úgynevezett „*praeparált bronzgyógytubus*”-sal csak egy esetben tett kísérletet; a beteg majdnem 29 napon át hordott tubust in continuo s a gyógyulás *teljes* volt.

Megjegyzem, hogy ezen bronzgyógytubusokat éppúgy, mint az ebonit-tubusokat, a newyorki *Ermold*-czég¹ gyártja az *O'Dwyer* által megállapított modell alapján. Bővebb adatokat ezen tubusokról s a tubusuk montirozásáról az intubatióról írott monographiámban (1908) találhat az érdeklődő.

A gyógykísérleteket ezen tubusokkal decubitusos esetekben én 1900 november havában kezdtem meg s 1905-ben

* Előadatott a „Gesellschaft für Kinderheilkunde”-nek 1913 szeptember havában Wienben tartott évi ülésén.

¹ *George Ermold Co.*, Newyork. 362—372 Second Avenue, N. E. Cor. 21st Street.

egy cikkemben már 24 gyógyult esetről számolhattam be. Ma e helyen összesen 51 esetről referálhatok s hogy ezen eljárással én intubációs croup-anyagomban a másodlagos légcsömetszések számát mennyire leszorítottam, a nélkül, hogy a mortalitási százalék ezáltal rosszabbodott volna, mutatja az alábbi összehasonlító táblázat, hol a wieni Karolina-gyermekkorház operatív croup-anyagát állítom szembe a budapesti Stefánia-gyermekkorház hasonló anyagával.

A wieni Karolina-gyermekkorházban 1901 óta gégediphtheria miatt végzett intubatio és légcsömetszés összeállítása.

Év	Primaer tracheotomia	Csak intubatio	Intubatio és sec. tracheotomia	Gyógyult	Meghalt
1901	13	17	9	22	17
1902	6	18	10	22	12
1903	7	19	17	24	19
1904	4	28	11	30	13
1905	6	27	8	23	18
1906	4	22	20	25	21
1907	1	21	5	22	5
1908	1	28	13	29	13
1909	—	16	6	16	6
1910	1	7	10	11	7
Összesen	43	203	109	224	131

Gyógyulási százalék 63.

A budapesti Stefánia-gyermekkorházban 1901 óta gégediphtheria miatt végzett intubatio és légcsömetszés összeállítása.

Év	Primaer tracheotomia	Csak intubatio	Intubatio és sec. tracheotomia	Gyógyult	Meghalt
1901	—	67	3	47	23
1902	—	64	4	43	25
1903	—	89	3	54	38
1904	—	63	5	46	22
1905	—	45	1	29	17
1906	—	47	1	39	9
1907	—	40	1	34	7
1908	—	47	3	35	15
1909	—	42	5	41	6
1910	—	31	—	25	6
1911	—	51	3	37	17
1912	—	40	2	29	13
Összesen	—	626*	31	459	198

Gyógyulási százalék 69-86.

* 626 intubált esetem közül 51 gyógyult esetben praeparált bronzgyógytubus is vétetett alkalmazásba.

Mint ezen összehasonlítás mutatja, Knöpfelmacher-nek, a Karolina-gyermekkorház igazgatójának croup-anyagában még mindig eléggé nagy számmal szerepelnek a primaer légcsömetszések; különösen feltűnő százalékban (35%) gyakoroltatott a másodlagos légcsömetszés s a gyógyulási százalék 63 volt; evvel szemben az én anyagomban a primaer légcsömetszés teljesen hiányzik, a másodlagos légcsömetszés csak 5%-kal szerepel s mindennek dacára az operatív gyógyulási százalék: 69-86, tehát majdnem 7%-kal jobb, mint Knöpfelmacher gyógyulási százaléka. Hogy ezen eredményt csak azáltal értem el, hogy szükség esetén az ebonit-tubusokat a kezelés folyamán a praeparált bronzgyógytubusokkal váltottam fel, azzal magam részéről teljesen tisztában vagyok s ez a körülmény indít arra, hogy ily módon kezelt 51 esetemről szaktársaim előtt ezen alkalommal részletesen beszámoljak.

Kétségtelenül decubitibus 51 esetem közül 29 esetben

a praeparált bronzgyógytubus behelyezése és fekvése három napon át elegendő volt arra, hogy a végleges detubatiót sikerrel keresztülvigyem, továbbá 11 esetben kétszer, 9 esetben háromszor, 2 esetben pedig hatszor kellett alkalmazásba vennem a praeparált bronzgyógytubust. Megjegyzem, hogy a praeparált tubus ezen utóbbi esetekben is minden egyes alkalmazása után három-három napon át feküdt.

51 betegem kor szerinti elosztódása a következő volt:

1 ¹ / ₄ éves	---	6 eset
1 ¹ / ₂ "	---	6 "
2 "	---	12 "
2 ¹ / ₂ "	---	4 "
3 "	---	8 "
3 ¹ / ₂ "	---	3 "
4 "	---	6 "
4 ¹ / ₂ "	---	2 "
5 "	---	2 "
6 "	---	1 "
6 ¹ / ₂ "	---	1 "
összesen	---	51 eset

Mint ezen összeállítás mutatja, a praeparált bronzgyógytubus alkalmazása 51 esetem 50%-ában az első két életévben levő gyermekeken vált szükségessé.

Az ebonit-tubus fekvési ideje a praeparált bronzgyógytubus alkalmazása előtt 51 esetben esetenként a következő volt:

60 óra	131 ¹ / ₂ óra	142 óra	145 óra
91 "	134 "	142 ¹ / ₄ "	147 "
93 "	137 "	142 ¹ / ₄ "	148 "
103 "	138 ¹ / ₂ "	142 ¹ / ₂ "	152 ¹ / ₂ "
107 "	139 "	142 ¹ / ₂ "	154 "
108 "	139 "	143 "	157 ¹ / ₂ "
108 ¹ / ₂ "	139 ¹ / ₄ "	143 "	162 "
124 "	139 ¹ / ₂ "	144 "	167 ¹ / ₂ "
129 "	140 "	144 "	186 ³ / ₄ "
129 "	141 "	144 "	186 ³ / ₄ "
130 ¹ / ₂ "	141 ¹ / ₂ "	145 "	187 "
130 ¹ / ₂ "	141 ¹ / ₂ "	145 "	294 "
131 ¹ / ₂ "	141 ³ / ₄ "	145 "	"

A fenti adatok szerint tehát 44 esetben az ebonit-tubus fekvési ideje oly hosszú volt, hogy az Escherich-féle indicatio alapján a secundaer légcsömetszés szükségessége már beállottnak látszott.

Az ebonit- és praeparált bronzgyógytubusok fekvési idejét összegezve, a tubusfekvés órákban kifejezve, 51 esetben esetenként a következő volt:

150 óra	213 óra	240 óra	289 óra
178 "	213 "	247 ¹ / ₂ "	324 "
179 ¹ / ₂ "	213 "	251 "	327 "
191 ¹ / ₂ "	213 ¹ / ₄ "	254 "	329 ¹ / ₂ "
196 ¹ / ₂ "	214 "	258 "	349 "
200 "	214 "	262 "	352 "
201 ¹ / ₂ "	215 "	268 ¹ / ₂ "	352 ¹ / ₂ "
202 "	215 "	271 ¹ / ₂ "	366 "
205 "	216 "	282 ¹ / ₂ "	375 ¹ / ₂ "
206 "	216 "	283 "	389 ¹ / ₂ "
206 "	216 "	283 ¹ / ₄ "	410 "
211 "	216 ¹ / ₄ "	285 "	546 ¹ / ₂ "
212 "	224 "	285 "	"

Fenti számadataink szerint tehát a tubusok összfekvési idejének minimuma 51 esetemben $6 \times 24 + 6 = 150$ óra, maximuma pedig $22 \times 24 + 18\frac{1}{2}$ óra = 546¹/₂ óra volt s összesen 51 esetem közül 24 esetben a tubusok összfekvése a 10×24 órát meghaladta.

A praeparált bronzgyógytubusok fekvési ideje órákban kifejezve esetenként a következő volt:

52 $\frac{1}{2}$ óra	70 óra	72 $\frac{3}{4}$ óra	147 óra
59 "	70 $\frac{1}{2}$ "	72 $\frac{3}{4}$ "	178 "
60 "	71 "	94 "	180 "
63 "	71 "	114 "	185 $\frac{1}{2}$ "
66 "	71 "	127 "	188 $\frac{1}{2}$ "
66 "	71 $\frac{1}{4}$ "	133 "	208 $\frac{1}{2}$ "
67 $\frac{1}{4}$ "	71 $\frac{1}{2}$ "	139 $\frac{1}{4}$ "	210 "
68 $\frac{1}{2}$ "	71 $\frac{1}{2}$ "	139 $\frac{1}{2}$ "	213 "
69 "	72 "	140 "	213 $\frac{1}{2}$ "
69 "	72 "	140 $\frac{3}{4}$ "	222 "
70 "	72 "	142 "	317 "
70 "	72 "	144 "	414 "
70 "	72 $\frac{1}{2}$ "	146 "	

A praeparált bronzgyógytubusok fekvésének *minimuma* tehát $2 \times 24 + 4\frac{1}{2} = 52\frac{1}{2}$ óra volt, *maximuma* pedig $17 \times 24 + 6 = 414$ óra, az *átlagos idő* pedig 113 óra (5540 $\frac{3}{4}$ óra : 49), két esetüktől eltekintve, melyekben a kérdéses gyógytubust összesen hatszor kellett applikálni 317, illetőleg 414 óra fekvési tartammal.

Fenti 51 esetemben a praeparált bronzgyógytubusok alkalmazása mellett *teljes* volt az eredmény s utólag, hetekkel a végleges detubatio után csak négy esetben álltak be újból légzési zavarok.

Első eset: Az 5 éves leányka croup laryngis miatt összesen 448 óra hosszan hordott tubust (306 $\frac{1}{2}$ óra ebonit + 141 $\frac{1}{2}$ óra praeparált bronzgyógytubus) s a végleges extubatio után két hónapra *heges gégeszűkület* tüneteivel került vissza a kórházba, mely, miután a legkisebb tubus bevezetése sem volt keresztülvihető (l. az 1. ábrát), légszűkületet tett szükségessé.²



1. ábra.

Második eset: Az 5 éves leányka croup laryngis miatt 329 $\frac{1}{2}$ óra hosszan volt intubálva (141 $\frac{1}{2}$ óra ebonit + 188 praeparált bronzgyógytubus); két hónappal a végleges extubatio után került vissza a kórházba kisebb fokú gégeszűkülettel, mely methodikus intubatio alkalmazása mellett (összesen 120 órai tubusfekvés) végleg eltűnt.

Harmadik eset: 1 $\frac{1}{2}$ éves fiúcska croup laryngis miatt összesen 240 óra hosszat intubáltatott (60 ó. ebonit + 180 ó. praeparált bronzgyógytubus) s 3 hónap múlva újból stridorosus légzéssel hozatott be a kórházba, midőn is a gégetükri lelet a következő volt: A gégenyálkahártya mérsékelt belővél, a bal hangszalagon, körülbelül közepén borsónyi, széles kocsonyú, a be- és kilégzőskor flottáló, sima felszínű, halvány rózsaszínű képlet (lásd a 2. ábrát). Két nappal a felvétel után narcosis alatt laryngoskopia directa mellett a granulosis képlet eltávolítása (Pauncz magántanár), mire a stridor végleg eltűnt.



2. ábra.

Negyedik eset: A 6 éves gyermek croup laryngis miatt összesen 247 $\frac{1}{2}$ óra hosszat volt intubálva (ebből praeparált bronzgyógytubus 139 $\frac{1}{4}$ óra). A gyógyulás után 6 hétre a gyermek újból bekerült a kórházba stridorosus légzéssel. A gégetükri lelet mérsékelt heges szűkületet konstatal a subglottis tájon, mely methodikus tágitásra tubus-bevezetéssel *kétheti kezelés* után eltűnt. A beteg azóta is megfigyelés alatt áll, teljesen szabadon lélegzik, rendszeren phonál és egészsége kifogástalan.

Tájékoztatólag megjegyzem, hogy 1901 óta összesen 85 esetben vettem alkalmazásba intubált eseteimben a praeparált bronzgyógytubusokat s a fenti 51 eset leszámítása után visszamaradt 34 eset közül 21 esetben végeztem másodlagos légszűkületet, ezek közül még mindig 11 gyógyult (35%). Mindezen esetekben az erősebb fokú heges gégeszűkület és heges oclusio kifejlődését a methodikus secundær intubatio eléggé korai bevezetésével meg tudtam gátolni.³

* *

² Ezen eset 51 esetem között nem szerepel, miután itt utólag légszűkületet végeztetett.

³ *Bókay*: Die Lehre von der Intubation. Leipzig, 1908, 163. lap.

A fenti eljárást, melyet 1901-ben én vezettem be Európában az intubációs gyakorlatba, kivülem *Tanturri* Nápolyban, *Louis Fischer* New-Yorkban és *Burt Russel Shurly* Detroitban kísérlette meg. *L. Fischer* 10% ichthyol-gelatinát használt; *Burt Russel Shurly* hasonlóképp ichthyolt használ s ajánlja a gelatinának agarral való keverését, hogy az olvadási pont lehetőleg leszállítsassék. Mint az *American Medical Association* lapjában olvasom (1912, V. LIX. No. 12, pag. 1123) *Burt Russel Shurly* 500 operált croup-eset között 17 közül, melyben az ebonit-tubust véglegesen eltávolítani nem bírta, 16 esetben sikerrel végezte ezen eljárással a végleges detubatiót.

Ujabbban Európában *Zuppinger*,⁴ *J. Neumann*,⁵ *Kaspar*,⁶ *Brückner*⁷ és mások is kísérleteztek, sajnálatos azonban, hogy egy és más helyen (Lipscse ?!) nem az *Ermold*-féle karcsú nyakú és mélyebb hasas kidomborodással ellátott úgynevezett bronzgyógytubusokkal dolgoztak, hanem egyszerű bronztubusok nyak-részletét vonták be gelatinával s impraegnálták timsóval, s azért természetesen nem is érthettek el különösebb gyógyeredményeket.

Közlemény az egyetemi III. számú belgyógyászati klinikáról.
(Igazgató: Bárány Sándor dr., egyet. ny. r. tanár.)

A benzol a polycythaemia terapiájában.*

Irta: Királyfi Géza dr., I. tanársegéd.

A benzol, a mint azt *Korányi Sándor*-nak a leukaemia terapiájára irányuló vizsgálatai mutatták, a haematopoëtikus rendszerre igen jelentékeny hatást fejt ki. E befolyásolásban első sorban a leukopoësis, a fehérvérsejtképző rendszer vesz részt. A benzol hatása azonban, részben legalább, az erythro-poëtikus rendszerre is kiterjed. Erre vonatkozólag néhány adatra, a melyet e tárgyra irányuló első közleményemben bővebben kifejtettem,¹ óhajtanék ezúttal röviden reá mutatni.

Láttuk, hogy a vörös vérsejtek számában a benzol-therapia kapcsán — úgy, a mint *Selling*-nek a benzolhatásra vonatkozó állatkísérleteiben is — kisebb-nagyobb mérvű csökkenés szokott bekövetkezni. Ez azonban tapasztalataink szerint csupán a therapia kezdetére vonatkozik. Ujabb megfigyeléseink a mellett látszanak szólni, hogy hosszas benzol-adagolás után a fehér vérsejtek csökkenésével párhuzamosan a vörös vérsejtek száma rendszerint az eredeti értékhez képest kisebb-nagyobb emelkedést mutat.

Chronikus benzolintoxicatiók viszont, a mikor a benzol hosszú időn át és toxikus adagban jut a szervezetbe, igen súlyos anaemia forrásává válhatnak. A chronikus benzolintoxicatio után keletkező aplastikus anaemia klinikai esetei voltak éppen azok, a melyek *Selling*-et a kérdés experimentalis tanulmányozására indították.

A benzolnak a vörös vérsejtekre való hatása egyébként is kissé bonyolódottabbnak látszik, mint a fehér vérsejtekre gyakorolt befolyása. A hatás magyarázásában egyrészt ugyanazon körülmények szerepelnek, mint a fehér vérsejtekre vonatkozólag. Tehát a leukotoxikus hatást kiegészíti a benzolnak erythrotoxikus hatása, bár ez utóbbi mindenek szerint kisebb intenzitású, mint a fehér vérsejtekre irányuló befolyás. Ugy látszik azonban, hogy e mellett, illetve ezzel szemben, különösen leukaemia eseteiben, egy másik, ellentétesen ható körülmény is jelentőséggel bír, t. i. a vérképzés általános leukaemiás zavarának megjavulása, a mely csak úgy, mint a Röntgen-therapiában is, a vörösvérsejtképzésnek, az erythro-poësisnek az előnyére szolgál. E két ellentétes hatás közül hol az egyik, hol a másik kerekedik felül és talán ez az oka annak is, hogy a vörös vérsejtek számában, a mint tapasztal-

⁴ Jahrbuch f. Kinderheilk., 1906, 63 kötet, 3. füzet.

⁵ Arch. f. Kinderheilk., 1909, 51. kötet, V—VI. füzet.

⁶ Münchener med. Wochenschrift, 1910, 11. sz.

⁷ Zeitschrift f. Kinderheilk., 1913, VI. kötet.

* Német eredetijét lásd a Pertik-émlékkönyvben (Virchow's Archiv, 1913.)

¹ Wiener klin. Wochenschrift, 1912, 35. sz.

Esetünk érdekességét nagyban fokozza az a körülmény, hogy a sarcoma a vékonybélből, tehát oly helyről indult ki, a mely hely még a felnőtt korban is ritkán szokott a sarcomás elfajulás helyéül szolgálni, másrészt a tumor szövettani képe sem egyezik a megszokott kis gömbsejtes vagy orsósejtes sarcoma képével, a mely a kórszövettan tanulságai szerint mintegy jellemzi a gyermekkori sarcomákat, hanem tipusos óriássejtű sarcoma képét mutatta.

Esetünk rövid leírása a következő: P. K. 9 hónapos elsőszülött gyermek, a szülők bementése szerint időre született, s kezdetben szépen fejlődött. Négy hét óta a gyermek fejlődésében visszamaradt, gyenge, vérszegénynyé vált. Ez idő óta idősült székrekedésben szenved. Ezideig anyatejen kívül egyéb táplálékot nem kapott, anyja maga szoptatja.

Jelen állapot: Gyengén fejlett, mérsékeltén lesóványodott gyermek, bőre, a mely magas ránczokba emelhető, halvány, a látható nyálkahártyák vérszegények, halványak. Testsúlya 6500 gr., kissé négyszegletes fej, a nagy kutacska 5 korona nagyságú. A szem, a fül, az orrnyílások és a torok tiszta. Fogai nincsenek. A nyak középhosszú, részarányos, a mirigyek nem tapinthatók. A mellkas gyengébben fejlett, lapos, a bordaporczok izesülési helyei megvastagodtak. A tüdőhatárok rendesek, hallgatódzaskor a tüdők felett számos durva hurutos zörej hallható. A szívotpulat rendes, a szívhangok tompák, de tiszták. A has előredomborodó, reátekintéskor a jobboldali hasfél jobban előreállónak látszik, mint a bal. Kopogtatáskor a has felett a jobb parasternalis vonal folytatásában, kb. a köldök magasságában egy csaknem 5 koronás nagyságú területen tompulatot nyertünk s e helyen tapintva egy mozgékony, a légzési mozgásokat nem követő, resistens, teljesen a tompulat határait mutató térfogatnagybodás érezhető. A tumor a vékony hasfalakon át tapintva csaknem almamekkoraságúnak imponál. A hasban különben egyéb eltérés nem mutatható ki. A hőmérsék 38.2°, az érlökés 102, a légzésszám 37. A Moro-féle próba negatív.

Október 5.-én. A gyermek nyugodt. A hőmérséke 37.6, jól táplálkozik, széke nincsen.

Október 6.-án. Beöntésre kevés szék, nyugtalanság, a gyermek kevesebbet szopott, a tumor olyan mint volt, kissé puffadt has, a pulsus 110.

Október 7.-én. A nyugtalanság fennáll, a meteorismus engedett. Vérlelet: 3,200.000 vörös, 4200 fehér vérsejt. A vérnek szövettani képe a rendestől eltérést nem mutat.

Október 8.-ától 10.-éig. Változatlan állapot, széke csak beöntésre van s akkor is csupán kevés kemény bélsárrög távozik. A testsúly 6380 gr. A daganat látszólag növekedett.

Október 11.-én. A gyermek táplálkozása folyton rosszabbodván s az erőbeli állapota ennek folytán folyton csökkenvén, műtétre határozzuk el magunkat.

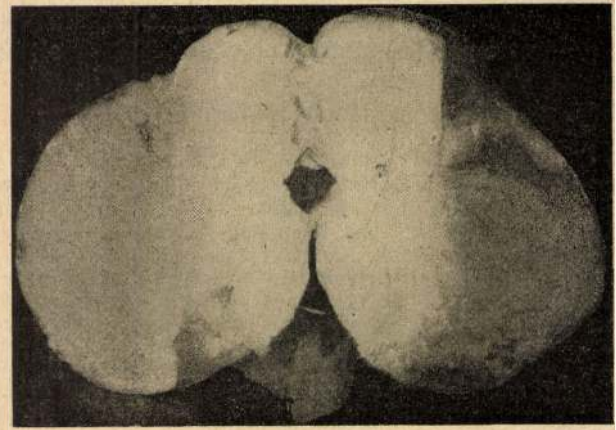
Október 11.-én műtét chloroformnarcosisban (Verebély Tibor). A medián vonalban hasmetszés. A feltárás után rögtön kiderül, hogy a coecumtól 1 méternyire, az ileum falában egy körülbelül almanagyságú daganat ül, melynek felülete sima és a bélfallal szorosan összefüggőnek látszik. A daganat feletti bélrészletek gázzal teltek, puffadtak, az alattuk fekvő részletek kissé összeesettek. A daganat eltávolítására egy 5 cm.-nyi bélrészlet resectiója volt szükséges, utána entero-enteroanastomosis side-to-side. Hasfalvarrat.

A kiirtott s a bélfallal szorosan összefüggő daganat (l. az 1. ábrát) sem a peritoneum, sem a nyálkahártya felé nem mutat áttörésre hajlamot. Metszészlapja rózsaszínű, fehérbe játszó, rajzolatot nem mutat s látszólag a submucosából, respective a muscularisból veszi eredetét. Állománya tömött, makroszkopice heterotopiát nem mutat. A műtét után a gyermek mindinkább gyengyül, hőmérséke 39.2.

Október 12.-én hányás és erős meteorismus, október 13.-án exitus.

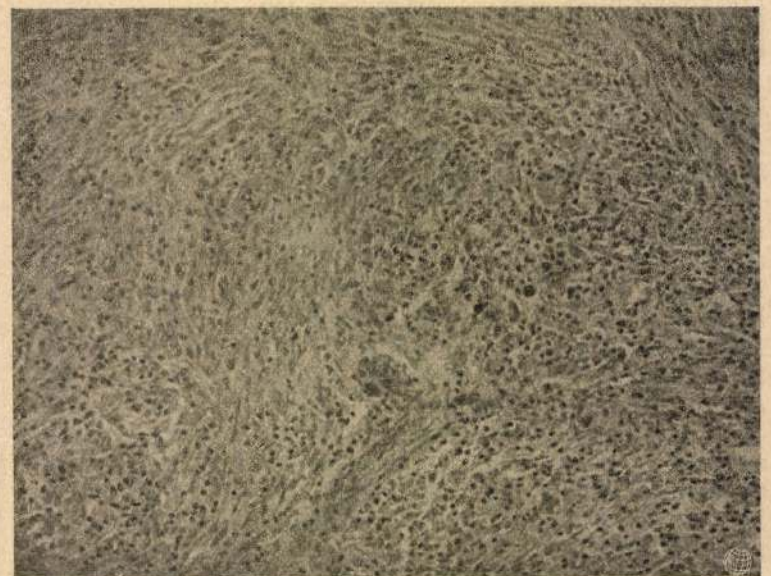
Bonczoláslelet: A vakbélből 1 méternyire az ileum a resectio helyének megfelelőleg jól tartó varratok által egyesített s a két bélcsont között a közlekedést két ujjat jól be-

fogadó nyílás közvetíti. A műtési terület környékén lévő peritoneum bágyadt fényű, helyenként körülírtan kevés fibrin-csafattól fedett és a nagy cseplez erősebb fibrinszélékkel a műtési területhez körülbelül 15 cm.-nyi hosszúságban odatapadt.



1. ábra.

A kiirtott daganatból készült többrendbeli szövettani metszetekből kiderült, hogy rossztermészetű daganattal állottunk szemben. A szövettani kép (l. a 2. ábrát) a következőket mutatta: az egész daganat semmiféle szerkezetet sem mutató kötőszöveti kötegekből van összetéve, igen érdús s sok tág venától átszótt, benne számos, csupán endothelből alkotott capillaris képe látható. A sejtek javarészt orsóalakúak, számosan oszlást mutatnak s az orsóalakú sejtek között sok multinuclearis óriássejt van elszórva, a melyek magva — különösen homogen immersio alatt vizsgálva — központi fekvést mutat, a mi mellett a protoplasma élesen elhatároltnak látszik. Necrosis vagy más regressiv elváltozás sehol sem konstatalható. Egyes helyeken a submucosa eredeti szerkezete jól látható, bár sok helyütt daganatsejtektől erősen beszűrődött s helyenként erősebb kiscsömbsejtes infiltrációt mutat.



2. ábra.

Esetünk tehát két szempontból is érdekes, egyrészt, mert az egész rendelkezésre álló irodalomban nem sikerült egyetlen egy ily korai életkorban jelentkező bélsarcomát találnom, másrészt, mert a kórbonczolók legnagyobb része azon az állásponton volt, hogy az óriássejtű sarcomák a gyermekkori kizárólag a csontokban s sohasem a lágyszövetekben székelnek s ezen eset által e nézetet meg lehet döntenünk.

Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem orr- és gégegyógyászati klinikájáról. (Igazgató: Ónodi A. dr., egy. tanár.)

Az orrmelléküregek tuberculosisáról.

Irta: Dörner Dezső dr., operateur, klinikai gyakornok.

Az orr melléküregeinek tuberculosis megbetegedése a legnagyobb ritkaságok közé tartozik. Már magának az orrnak tuberculosis sem tartozik a mindennapos, közönséges esetek közé, rendkívül ritka azonban a folyamatnak a melléküregekre való áttérjedése. Az irodalomban csak elvétve találunk ilyen esetet, legtöbbször *Gleitsmann* munkájában van fel említve. A talált esetek száma kb. 30-at tesz. Egyesek bonczolástani vizsgálatait azt mutatták, hogy a tuberculosis egyének sinusainak empyemája nem is olyan ritka; így *Lichtwitz* tuberculosisban meghalt 59 egyén közül 19-ben talált sinuitist, hogy ezek azonban mely sinusra vonatkoznak és a betegség mily kiterjedésű volt, nem írja le; *Wertheim* 106 tuberculosis hullán 31 sinuitist, *Minder* 17-en 4-et, *E. Fränkel* 48-on 9-et, *Dmochowski*, ki a maxillaris sinus megbetegedéseit vizsgálta, 29-en 3-at, *Oppikofer* 51 hullán 25 sinuitist talált. Az itt közölt statisztikából látható, hogy tuberculosis hullákon sinuitiseket elég tekintélyes számmal találtak. Hogy ezek azonban mind tuberculosis eredetűek voltak-e, nem tudjuk, mert dacára annak, hogy egyik másik esetben történtek is eziránt vizsgálatok, mégsem sikerült ezt bebizonyítani, mivel a makroszkopias és mikroszkopias képből nem lehetett következtetni arra, bakteriologiai vizsgálatok pedig vagy nem történtek, vagy ha egyes esetekben végeztek is, negatívak voltak.

A melléküregek tuberculosis rendszerint mint másodlagos folyamat jut észlelésünk alá, a mi azonban nem zárja ki azt, hogy mint primaer folyamat is ne jelentkezék, de ez csak igen ritkán, kivételesen észlelhető. Rendszerint az orrban vagy a melléküregeket körülvevő szövetekben támad a tuberculosis már meglevő tüdőfolyamat, vagy a szervezet más tuberculosis mellett, mely azután a melléküregekre terjed át. Egyes esetekben a csont van megtámadva, más esetekben empyema van jelen a nélkül, hogy a csontokon elváltozás volna látható (ilyenkor a genyben *Koch*-féle bacillus található), más esetekben ismét a csontnak megbetegedése empyemával kapcsolatosan fordul elő.

A tuberculosis-bacillus vagy por által, vagy tüdő-tuberculosisban megbetegedett más egyén tüdejéből jövő váladéknak direct belégzése útján (Tröpfcheninfektion), vagy pedig a tüdőgümőkórban szenvedő egyének saját tüdejéből a légárammal vagy a váladékkal jut be az orrba. *Schech* leírta esetét, a melyben orrtuberculosis fejlődött ki oly asszonyon, a ki tüdő-tuberculosisban szenvedő férjének zsebkeendőjét használta. Egyes ritka esetekben a vér- vagy nyirokerek útján jöhet létre az üregek tuberculosis.

A megejtett vizsgálatok kimutatták, hogy a tuberculosis betegek köpetében kb. 96%-ban található a tuberculosis-bacillus. A többi 4%-ban valószínűleg technikai okokból nem lehetett a bacillust kimutatni. Ha már most a tüdőgümőkórban szenvedő betegek sputumában — mondhatjuk — mindig van bacillus, a mely köhögés és légzés útján a tüdőbeli váladékkal nagy mennyiségben jut be az orrba, és kétséget nem szenved, a mint ezt bakteriologiai vizsgálatok többszörösen kimutatták, hogy egészséges emberek orrában is megtalálható a tuberculosis-bacillus (így *Strauss* az ápoló személyzet orrában 29 eset közül 9-ben talált bacillust): kérdés, miért olyan ritka aránylag mégis az orrtuberculosis és miért olyan felette ritka a melléküregek gümőkóros megbetegedése? Ez minden valószínűség szerint az orr anatómiai és élettani viszonyaitól függ össze. *Hildebrandt* kísérletes vizsgálatait, valamint az orr mucosájának és az ornyálkahártya váladékának szövettani és bakteriologiai vizsgálata alapján kitünt, hogy normalis viszonyok mellett az orr a mikrobnak a szervezetbe való korlátlan behatolását nemcsak meg tudja akadályozni, hanem azokat ott el is tudja pusztítani. Ha az orr alkalmas volna a bacteriumok megtelepedésére, továbbfejlődésére és szaporodására, akkor annak megbetegedése

sokkal gyakoribb lenne, sőt infectiosus gócczá válnék, mely hivatva volna, hogy környezetét és az egész szervezetet folytonosan újabb és újabb virulens csírákkal lássa el. Valójában azonban a dolog fordítva áll. A bacteriumok nagy mennyiségben jutnak ugyan az orrba (por, váladék stb. által), de onnan tüszentes, orrfűvás, a könnyfolyadék, vagy pedig az orr mucosájának csillószőrei által mechanikailag eltávolíttatnak, vagy a nyálkahártya lymphás szövettani szerkezete és váladékának erős bactericid hatása által, melyet a sok lymphocytá phagocytás funkciója csak fokoz, pusztíttatnak el. *Klemperer*, *Thomson* és *Hewlett* vizsgálatait azt mutatták, hogy az orrváladék bactericid hatása a virulens csírákat vagy tönkretesz, vagy a virulentiájukat olyannyira lefokozza, hogy az orrban legfeljebb saprophytákként tenyészhetnek tovább, mint a hogy azt *Zarniko* mondja: „A normalis orr természetes védekező apparátusaival képes a beléjutott mikroorganizmusoktól megszabadulni“. Kóros viszonyok között azonban a mikroorganizmusok óriási mennyiségben megsaporodhatnak. A gümőkóros folyamat az orrban csak az esetben fejlődhet ki, ha az orr nyálkahártyájának ellentálló képessége, váladékának bactericid hatása, valamint phagocytás funkciója csökken vagy megszűnik. Ilyenné válik a nyálkahártya, ha pl. por vagy más egyéb ártalom miatt folytonos irritációnak van kitéve, ha csillószőreit elveszti, ha borító hámlása megsérül, vagy ha atrophias lesz. Általánosan elismert dolog, hogy a kaparó ujj is okozhat orrtuberculosis. A minek bizonyosságául szolgálhat, hogy a legtöbb orrtuberculosis, a primaer is, a vestibulumban, az orrsövényen fejlődik ki, a hol csillószőr nincsen és a hol a mucosát a legtöbb insultus éri. Az így lefokozott ellentálló képességű nyálkahártya azután a bacillusok megtelepedésére és továbbfejlődésére alkalmassá válik.

Az orrtuberculosis a szervezetben majdnem mindig másodlagos folyamatként jelentkezik már meglevő tüdőgümőkór, vagy a szervezetnek más gümőkórja kapcsán. Az orrban rendszerint a nyálkahártya megbetegedése az elsődleges és csak kivételesen tekinthető azon eset, a midőn a mucosa secundaer módon betegszik meg, még pedig úgy, hogy a környezet tuberculosis áttérjed az orra. Az előforduló gümőkór többféle alakban jelentkezhetik. *Gerber* szerint négy alakja van: fekélyes, tumoros, diffus infiltrációs és granulációs tuberculosis, mely két utóbbi szerinte lupusos alak. *Schmidt* infiltrációs, fekélyes, tumoros és miliaris gümős alakot különböztet meg. *Chiari* szerint négy alakja van: ozaenás hurut, fekély, tumor és lupus. *Freer* három tuberculosisos alakot különböztet meg, úgymint: ulcerációs, tumoros és infiltrációs tuberculosis. Ez utóbbi volna nézete szerint az az alak, a melynek hajlandósága van a melléküregekbe való továbbterjedésre és mint külön alakot különbözteti meg a lupust. *Koschier* szerint 3 alakban mutatkozik az orrtuberculosis, úgymint: infiltrációs fekélyesedő, tumoros és csontos vagy porczos folyamat alakjában. Ehhez csatolja a lupust is mint különálló alakot. Mások ismét másképpen osztják fel az orrtuberculosis.

Az orrban jelentkező bármely tuberculosis-alak fekélyedésre és továbbterjedésre hajlamos, a továbbterjedés azonban mindig lassú. A tuberculosis minden alakjában találunk kisebb-nagyobb fokú sajtos szétesést, a mi szövettani szerkezetéből önként következik. A szövetek degenerációja és elhalása sajtos szétesésben és fekélyek képződésében mutatkozik. Ha a szétesés kisméretű, erosiók keletkeznek, ha nagyobb kiterjedésű, mély fekélyek támadnak. A fekély alapja fungosus sarjszövetből áll, széle kirágott, sokszor alávéjt. A fekély rendszerint genyes, nyálkás, sokszor beszáradt lepedékkal borított, a mely legtöbbször szagtalan, vagy csak gyöngye büzt terjeszt. A fekély továbbterjedésekor, nagyobbodásakor az alatta levő porczra is át szokott terjedni, egyes esetekben a csontra is. A septumon keletkező orrtuberculosis az idő folyamán legtöbbször az orr nyálkahártyájának más részére is áttérjed, esetleg a garatba vagy a melléküregbe is. De bármilyen alakja is jelentkezzen a tuberculosisnak az orrban és akármennyire bizonyos, hogy szétesésre és tovább-

terjedésre hajlamos, mégis a legnagyobb ritkaságok közé tartozik, ha a folyamat a melléküregekre áttérjed. Hogy ennek mi az oka, azt természetesen biztosan megmondani nem lehet, valószínűnek látszik azonban, hogy egyrészt a septum az, a hol a folyamat rendszerint kezdődni szokott, másrészt a már fent említett okok következtében a folyamat igen lassan terjed tovább s ezen lassú terjedés legtöbbször oly sok időt vesz igénybe, hogy a beteg, mielőtt a megbetegedés a melléküregekhez ért volna, vagy felkeresi az orvost és így bajától megszabadul, vagy pedig, a mi még gyakoribb talán, minthogy a folyamat a szervezetben rendszeren secundaer, még el sem érheti a sinust, máris a tüdőbeli vagy a szervezet más helyén jelenlevő vagy keletkező tuberculosis miatt pusztul el. Nem valószínűtlen azonban, éppen az orrnak ellentálló képessége folytán, hogy egyes esetekben spontán gyógyulás is jöhet létre. Valószínű azonban az is, hogy az esetek száma megszapordnának, ha a boncolások alkalmával a melléküregekre több súlyt helyeznének.

Az orrmelléküregek tuberculosis, a mint azt az irodalomban előforduló esetekből látjuk s a mint azt már előbb is jeleztem, rendszeren secundaer, de a primaer megbetegedés székelye sem mindig az orrüreg. Nagyon sok olyan esetet találunk, és ezek különösen a sinus maxillaris tuberculosisára vonatkoznak, a hol a megbetegedés nem az orrban, hanem a melléküregeket körülvevő más egyéb szövetekben keletkezik; így különösen carieses fogak mentén, a hol először az alveolus tuberculosis fejlődik ki, a mely azután hosszabb fennállás után a melléküregre terjed rá. A tuberculosis-bacillus itt is, épp úgy, mint az orrban, a por vagy a secretum, esetleg a nyirok- vagy a vérekek útján jut a carieses fogak által ellentállásukban csökkent szövetekbe, sokszor magukon a carieses fogakon keresztül, megtelepszik ott és létrehozza az alveolus megbetegedését. Fungosus sarjak és ezek szétesése után fekélyek keletkeznek, majd a folyamat lassú tovahaladásában ráterjed a csontra is és annak cariesét hozza létre; innen azután áttérjed a sinusra, nyálkahártyája megbetegszik és sinusitis vagy empyema támad. Az empyema hosszas fennállásakor sipoly keletkezik, még pedig rendszeren ott, a hol a folyamat kívülről az üregbe tört.

Az orr és melléküregei tuberculosisának körjelzése sokszor nehézségekbe ütközik, a mennyiben néha nehéz a harmadlagos syphilitól vagy a rossztermészetű daganatoktól való elkülönítése, úgyszintén az ulcus perforanstól vagy gyermekeken idegen testtől, avagy néha jótermészetű daganattól is. A melléküregekre vonatkozóan csak az első kettőnek van jelentősége. Nehézséget okozhat a diagnosis felállításakor, bár ez az eset ritkább, a közönséges empyema is, különösen ha tuberculosis egyéneken találunk ilyet. De míg egyszerű empyema eseteiben, legyen az akár acut, akár chronicus, és akármilyen hosszú idő óta állott volt legyen is az fenn, fistula keletkezése nem észlelhető, addig tuberculosis által okozott empyemákban a fistula igen gyakori. Szerzők, a kik nagy anyag felett rendelkeznek, sohasem láttak ilyen esetet. *Scheibe* azt írja, hogy csontsipolyt antrumempyema eseteiben sohasem látott. *E. Fränkel* azt mondja, hogy csak tuberculosis és syphilitikus melléküregeken látott caries és csontos nekrosist. Ha tehát chronicus empyema-esetben fistulát találunk s a fistula nyílása mentén fungosus sarjszövetet, valószínű, sőt majdnem bizonyos, ha más egyéb jel nem is utal rá, hogy itt vagy syphilitikus, vagy tuberculosis melléküreg-genyedéssel van dolgunk. A genynek Koch-bacillusra való megvizsgálása körjelzésünket biztos alapra helyezheti.

A harmadlagos lues gyakran okoz nagyfokú elváltozásokat az orrban és a melléküregekben, a melyek csontnecrosissal járnak. De a míg a lues már meglehetősen rövid idő alatt igen nagy kiterjedésű anatómiai elváltozásokat okozhat és nagyfokú subjectiv tünetekkel jár, addig tuberculosis esetén a lefolyás lassú, a subjectiv tünetek nem oly hevesek. Lues esetén különösen éjjel jelentkező nagyfokú fejfájások

észlelhetők; az orrcsontokra gyakorolt nyomás vagy ütögetés nagy fájdalmakkal jár, melyek az arcra is kiterjednek; továbbá bőséges secretio van jelen, mely igen bűzös és a melyet rendszerint sequester okoz. A szövettani vizsgálat sokszor nem ad biztos felvilágosítást, a mennyiben *Nicolas* és *Favre* kimutatta, hogy óriássejtek lues esetén is találhatóak. A tuberculosis-bacillus hiánya vagy jelenléte, hacsak kevert folyamatról nincs szó, eldönti a diagnosist.

Az elkülönítés néha a rossztermészetű daganatokkal szemben is nehéz. Itt tekintetbe kell venni az egyén korát, a daganat alakját, a gyakori orrvérzést, a subjectiv tüneteket stb. Ilyenkor a szövettani vizsgálatnak már döntőbb befolyása van, bár itt is történtek már tévedések.

A melléküregek tuberculosisának diagnosis könnyebb vagy biztos (ha egyidejűleg más folyamat kizárható), ha a szövetekben vagy a melléküregekben található genyben a tuberculosis-bacillust ki tudjuk mutatni. De sajnos, a bacillus kimutatása sokszor igen nagy nehézségbe ütközik, néha pedig egyáltalában nem mutatható ki. Ha a kimutatás nem sikerül, a diagnosis nehezzé válik; ilyenkor csak a talált klinikai tünetek és a kórszövetten alapján állíthatjuk fel körjelzésünket. Fungosus sarjszövet, sajtosan szétesett anyag, sipolynylások, valamint érdes csont tapintása, az orrból kifolyó gyér váladék vagy geny szagtalan vagy csak kis mértékben bűzös volta tuberculosis mellett szól. Tekintetbe kell vennünk ilyenkor az egyén korát, szervezetének épségét, van-e másutt a szervezetben tuberculosis folyamat, milyen kiterjedésű ez, mit mond az anamnesis stb. Igen fontos diagnostikai értéke van ilyenkor a Wassermann-reactio negativ voltának, úgyszintén a kórszövetten leletnek, találunk-e göbcsés szerkezetet, epitheloid sejteket, óriássejteket, centralis necrosist stb. Figyelembe kell vennünk a folyamat lassú kifejlődését és a heves tüneteknek rendszerint teljes hiányát.

A melléküregek tuberculosis közül leggyakoribb a sinus maxillaris tuberculosis. *Gleitsmann* statisztikájában 20 melléküregtuberculosisról számol be, a melyek közül 12 az orrcsontok vagy az állcsont tuberculosisából fejlődött ki. A betegek legtöbbször tüdőgümőkórban szenvedett; egynéhány közülük sinusitis jellegű volt a nélkül, hogy általános tuberculosis lett volna jelen; ezen esetekben a Koch-féle bacillus a genyben megtalálható volt. *Réthy* két esetet ír le: egyik esetében a felső állkapocs tuberculosis volt jelen, a mely az alveolusból indult ki s a maxilla egy nagy része necrotizálva volt. *Neufeld* esetében pedig a Highmor-üreg tuberculosis egy carieses fog mentén fejlődött ki. A megbetegedést hosszabb ideig rossztermészetű daganatnak tartották s csak a sputumban talált tuberculosis-bacillusok, valamint a megbetegedett szövetek szövettani vizsgálata vezetett a helyes diagnosis-ra. A carieses második praemolaris fog helyén fungosus sarjszövettel és fekélyekkel körülvett sipoly vezetett a Highmor-üregbe, a melyben szondával carieses csontot tapintott. *Neumayer* esetében a tuberculosis az alveolusból haladt a Highmor-üregbe, a foggyökér mentén fungosus sarjak és ulceratiók voltak láthatók a második praemolaris helyén, a hol a szonda a Highmor-üregbe vezetett. *Brindel* esetében ugyancsak alveolaris eredetű volt a Highmor-üreg tuberculosis. *Weinberger* egyik esetében szintén alveolaris eredetű tuberculosisról van szó. *Grünwald* két esetben látott tuberculosis, a mely az orr lateralis csontfalából indult ki, a fedő mucosa azonban ép volt. *Koschier* egy betegen foghúzás után látott maxillaris tuberculosis kifejlődni; két sipoly vezetett a kihúzott fog helyén az üregbe. *Demme* egy orrlupusos betegen észlelt tuberculosis fog-sipolyt, a mely a Highmor-üregbe vezetett. *Collet* egy tuberculosis betegen maxillaris sinusitist észlelt, de ezen betegnek ugyanakkor harmadlagos orrluise is volt.

Primaer maxillaris sinusitist ír le *Coakley, de Gaudier* és *Keckwick*. *De Gaudier* 40 éves ember esetét írja le, a kinek 8 hónap óta volt baloldali Highmor-empyemája. A bál orrban egynéhány polypust találtak s egy kis fekélyt. A fossa canina egy helyen nyomásra fájdalmas volt. Műtétkor kitűnt, hogy az elülső csontos fal carieses volt, az üreg nyálka-

hártyája pedig fungusos, a szövettani vizsgálattal óriássejteket lehetett kimutatni. A Koch-féle bacillust a szövetben kimutatni nem tudták, a genyben azonban a bacillust megtalálták. *Keckwick* szintén primaer tuberculosos maxillaris empyemát ír le, a hol a genyben a Koch-bacillus megtalálható volt. Ez esetben 3 hónap alatt gyógyulás állott be. *Coakley* esetében chronikus maxillaris empyema volt jelen, melynek genyében tuberculosus-bacillust találtak. A tüdők épek voltak. *De Guyot* megfigyelése 25 éves nőre vonatkozik, a kinek szervezetében tuberculosist kimutatni nem lehetett. Highmor-üregében azonban egy tuberculosus tumor volt jelen. Azon oldali orrfele szürkésvöröses dudorzos tömeg által volt teljesen elzárva. Punctiókor a Highmor-üregből geny nem ürült, csupán sajtos tömegek. A szövettani vizsgálat tuberculosist állapított meg. *Perrier* esetében fájdalmas tumor mutatkozott a kemény szájpad közepén, a mely diónyi nagyságban türemkedett be a sinus maxillarisba. A mikroszkopi vizsgálat tuberculosist jelzett. Hozzácsatolhatjuk *Killian* megfigyeléseit, a ki sokszor talált az orrban tuberculosus tumorokat, egy esetben a rostasejteket.

(Vége következik.)

Közlemény az Országos Anya- és Csecsemővédő-Egyesület csecsemő-osztályáról.

Veszedelem-e a konyhasó-oldat oralis adagolása a csecsemőkori intoxicatio eseteiben?

Megjegyzések Bauer Lajos dr.-nak „A ClNa-anyagforgalom-vizsgálatok stb.” az Orvosi Hetilap 1913. évi 39. számában megjelent cikkére.

Irta: *Heim Pál* dr., egyetemi magántanár és *John M. Károly* dr., főorvos.

Bauer Lajos az Orvosi Hetilap 1913. évi 39. számában a ClNa anyagforgalmáról szóló dolgozatát a következőképpen fejezi be: „Az intoxicatio alimentarisban levő csecsemő szervezete igen tetemes mennyiségű ClNa-t veszít, vagyis a szervezet negatív mérleggel dolgozik. Az intoxicatio alimentaris tünetei közül csupán a nagymérvű vízvesztés, tehát az erős súlyvesztés lehet nexusba hozni az intenzív ClNa-vesztéssel. Mivel ma még az összes anyagcserevizsgálatok hiányoznak, az intoxicatio többi tünete alig magyarázható. Egy körülményt azonban klinikai észleletek és anyagcserevizsgálatok alapján kiemelni óhajtanánk, még pedig azt, hogy *intoxicatio alimentarisban levő csecsemő méregtelenítése konyhasót tartalmazó oldattal határozottan ellenjavalt*, mert ezen oldat az intoxicatiós folyamatot protrahálya, vagyis ellenkező eredményt érünk el vele, mint a melyet elérni óhajtanánk.”

Mivel mi voltunk azok, a kik annak idején az intoxicatiós csecsemők méregtelenítésére a szokásos teadiaeta helyett a sóoldat oralis adagolását ajánlottuk, kötelességünknek tartjuk *Bauer* ezen conclusiójára felelni, annál is inkább, mert az utolsó évek tapasztalatai meggyőztek bennünket arról, hogy eljárásunkkal olyan csecsemők is életben tarthatók, a kik más kezelés mellett elpusztultak volna.

A midőn 1907-ben,¹ majd 1908-ban² azt ajánlottuk, hogy az intoxicatiós csecsemőknek belsőleg konyhasót adjunk, akkor részint anyagcserevizsgálatok, részint klinikai észleletek voltak azok, a melyekre ajánlatunkban támaszkodhattunk. *L. F. Meyer* volt az, a ki már 1907-ben ugyanarra az eredményre jutott, mint *Bauer*, hogy az alimentaris intoxicatióban szenvedő csecsemő erősen negatív konyhasómérleggel dolgozik. Tudtuk *Keller* vizsgálataiból azt, hogy az ily csecsemő szervezete mily konyhasóéhes, ha szabad ezen kifejezést használnunk, mert a reparatiós stadiumban, ha női tejre fogjuk az ily csecsemőt, quantitative visszatartja a konyhasót, úgy hogy vizeletében a Cl még nyomokban sem mutatható ki. Tehát az „anyagcserevizsgálatok” nem hogy visszatartottak volna minket, mint *Bauer*-t, hanem egyenesen irányítottak kísérleteinkben. És konstatáljuk, hogy *Bauer* fáradságos vizs-

galatai, a melyek ugyancsak erősen negatív NaCl-mérleget mutattak ki, megerősítenek nézetünkben. A klinikai észleletek közül pedig a nagy súlyvesztések voltak azok, a melyek arra készítették bennünket, hogy a szokásos teadiaetát valamely olyan sóoldattal helyettesítsük, a mely ezen súlyvesztéséget meg tudja akadályozni. A mint tudjuk, az intoxikált csecsemő 200—300 gr.-ot veszít súlyából, sőt volt esetünk, hogy 1000 gr.-ot veszített 24 óra alatt 6200 gr. súlyú csecsemő. Az egyszerű tea- vagy vízdiaeta pedig nem tudja ezen súlyesést megakadályozni, mert a sok NaCl-ot veszített csecsemő nem tud vizet visszatartani. A reparatiós stadiumban, a mint az *Bauer* esetéből is kiviláglik, NaCl-ot tart vissza a csecsemő és evvel a NaCl-retentióval kapcsolatban indul meg a vízretentio is, indul felfelé a súlygörbe is. Elismerjük és elismertük már régebben is,³ hogy a midőn először ajánlottuk oldatunkat, ez túlconcentrált volt és ha a legtöbb esetben úgy is kifejtette hatását, helyesebb, ha nem 5 gr. NaCl-ot és 5 gr. natrium bicarbonicumot oldunk fel 1 liter vízben, hanem jóval hígabb oldatot adagolunk. Dolgozatainkban mindig hangsúlyoztuk, hogy sóoldatunkat az exsiccatio megszüntetésére ajánlottuk és ha voltak szerzők, a kik nem érték el ugyanazon eredményeket, mint mi, ennek az oka az volt, hogy decompositiós vagy dyspepsiás csecsemőknek is adtak sóoldatot. Különösen rossz hatásúnak tartjuk a sóoldat adagolását dyspepsia eseteiben. A mint azt már ugyancsak több ízben kifejtettük, a dyspepsiás csecsemő a hasmenése folytán vizet veszít, de NaCl-tartalma nem változik. Vére besűrűsödni készül és ennek megakadályozására a szervezet vízdepót-it kiüríti a vér javára. A mint *Lust* kimutatta, a dyspepsiás csecsemő vérének vízgörbéje nyugtalan, ide-odaugráló vonal, mert a bélen át történő vízvesztés folytán a vér besűrűsödni készül, de a szervezet a vér vízvesztését a vízdepót-kból csakhamar pótolja. Ha ily csecsemőnek sóoldatot adunk, a só a vérben még jobban felhalmozódik. A mint *Berend* és *Tezner* kimutatta, ha a csecsemő szervezetébe sót viszünk be, a sónak egy része a vérben retineáltatik. Ugyanis a só adagolására csökken a vér refractiója, tehát a szervezet vizet tartott vissza, de nem változik meg a vér vezetőképessége, vagyis sőt is tartott vissza. Sőt voltak a nevezett szerzőknek eseteik, a melyekben a vér felhígult, a testsúly pedig csökkent, vagyis a szervezet vizet veszített és vérét mégis vízdúsabbá tette, ez pedig másképp nem volt lehetséges, mint hogy a vér a szövetektől vont el vizet. Ha tehát sódús és víz-szegény szervezetbe sót viszünk be, növeljük a vér só-tartalmát, a minek következtében a vér vizet von el a szövetektől, és ha a sóoldat igen koncentrált, megeshetik, hogy ez a vízelvonás oly fokot ér el, hogy a szervezet exsiccálódik a vér javára és az intoxicatióhoz hasonló állapot áll elő. Ez történik meg, ha dyspepsiás csecsemőnek sóoldatot adunk. De mások a viszonyok az egyszerű intoxicatio esetén. Itt nemcsak víz-, de sószegény is a szervezet, sőt nem is tud vizet retineálni, éppen nagy sóvesztése miatt. Itt is exsiccálódott a szervezet, mert a profus hasmenés által a bél útján és a „nagy” légzés folytán a tüdőkön keresztül elveszíti víztartalmának nagy részét, de ezen vízvesztéssel karöltve NaCl-ot is veszít. Az exsiccatio, a mely így jön létre, csak úgy szüntethető meg, ha egyszersmind NaCl-ot is bocsájunk a szervezet rendelkezésére. Mivel *Bauer* eljárásunkat teljesen elvetendőnek, egyenesen károsnak tartja, éreztük, hogy mi őt saját észleleteink ismertetésével meggyőzni nem tudjuk, sőt félünk, hogy az, a ki maga nem foglalkozott e kérdéssel, az ő nézetét teszi magáévá, már pedig az intoxicatiós csecsemők érdekében sajnálnók, ha a sóoldatok oralis adagolása teljesen töröltetnék a therapiás eljárások közül és így kénytelenek vagyunk más szerzők eredményére hivatkozni. Annál inkább kötelességünk ez, mert *Bauer* az Orvosegyesületben tartott előadása után megemlítette, hogy a külföldi szerzők elvetették ajánlatunkat és ha nem csalódnak, éppen *Schloss*-ra hivatkoztak. Igaz, hogy *Schloss* korábbi munkáiban beszélt a sóadagolás veszélyeiről, úgy hogy magunk is azt hittük, hogy

¹ Budapesti Orvosi Ujság, 1907, 51. szám.

² Budapesti Orvosi Ujság, 1908, 51. szám.

³ Archiv für Kinderheilkunde, Band LIV, Heft 1/3.

nem híve eljárásunknak, de éppen e kérdéstről szóló legutolsó, 1912-ben megjelent munkájában⁴ így ír: „Die Autoren sehen in dem einleitenden Passus meiner grossen Arbeit eine „vernichtende“ Kritik ihrer Anschauungen über die Heilwirkung oral eingeführter Salzlösungen. Das war entschieden nicht beabsichtigt. Ich habe nur über einige Beobachtungen berichtet, die ich bei der Anwendung dieser Therapie machte. Dass ihre Indikationsstellung nicht präzise genug war, haben die Autoren später ja zugestanden, und auch versucht, eine schärfere Abgrenzung der für diese Therapie geeigneten Fälle zu geben. Es liegt mir so ferne, dieses Verfahren zu verwerfen, dass ich sogar nicht anstehe, die scharfe Ablehnung, die es neuerdings seitens einiger Autoren findet, zu bedauern. Wir haben jedenfalls in einigen sonst wohl verlorenen Fällen von unstillbaren Diarrhöen, besonders bei enteralen Infektionen, verblüffende Erfolge mit oraler Salzwasserapplikation gesehen.“ Heubner is ajánlja eljárásunkat tankönyvének második kiadásában. Czerny⁵ pedig a következőképpen ír: „Es hat den Anschein, als ob manches Kind, welches nach den früheren Erfahrungen mit Wasser- und Teediät nicht mehr zu retten gewesen wäre, durch die Verabreichung von salzhaltiger Flüssigkeit am Leben bleiben kann.“ Igaz, hozzáteszi, hogy: „Wir müssen uns zwar hüten, diese Beobachtungen zu überschätzen. Sie haben aber doch bereits einige Ergebnisse gezeitigt, welche Beachtung erfordern. Zunächst folgt aus den Beobachtungen, in welchen sich nach Zufuhr salzhaltiger Flüssigkeiten rasch eine Wendung zum Bessern im Krankheitsbilde vollzieht, dass dabei tatsächlich der Wasserverlust die schweren Krankheitserscheinungen veranlasste, also die Ursache der sogenannten „Intoxikation“ ist. Ferner lehren diese Beobachtungen, dass die Wasserzufuhr allein nicht genügt, sondern erst durch die Zugabe von Salz eine zweckentsprechende Retention des Wassers im Organismus erreicht wird.“ Ha még ehhez hozzátesszük, hogy eljárásunk legnagyobb ellenzője, Finkelstein is osztályán az exsiccált csecsemőknek rectalis konyhasós instillatiókat adat és tanítványa, L. F. Meyer, könyvében, ha feltételesen is, de ajánlja sóoldatunkat, ellenben a rectalis instillatiókat feltétlenül jónak tartja, akkor azt hisszük, nem szerénytelenség részünkről, ha e sorokban azt ajánljuk Bauer elítélő kritikája dacára, hogy adjunk az intoxikált csecsemőknek oralisan híg sóoldatot.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Tauszk Ferencz: A belgyógyászat alapvonalai. III. bővített kiadás. 437 oldal. Stampfel-féle könyvkiadó hivatal (Révai testvérek) kiadása. 1913. Ára 8 korona.

Az utóbbi évtizedben a belgyógyászati irodalom kevés használható kézikönyvvel gazdagodott. Örömmel üdvözölhetjük tehát Tauszk régi, kipróbált könyvének újabb kiadását, a melyet számos orvosi generatio használt s már régebben nagy elterjedtségnek örvendett. Csak ennek, a mű nagy irodalmi sikerének tulajdonítható az a nálunk ritkaságnak tekinthető jelenség, hogy orvosi munka III. kiadását érhetette meg, miután az előző kiadások teljesen elfogytak. Tauszk könyve e kiadásban terjedelmére nézve is lényegesen megváltozott. Az újabb physicalis, chemiai, bakteriologiai, serologiai, haematologiai vizsgálati módszereket és új gyógyeljárásokat lelkiismeretesen ismerteti, megtartva mindazt, a mi a régebbi kiadásokban értékes s kellő kritikával mutat rá mindarra, a mi a belső betegségek diagnostikája vagy terapiája szempontjából valódi értékkel bír. Objectivitását minden kérdésben megőrzi, s így sikerült elérnie, hogy könyve az orvosi világirodalomban uralkodó felfogásoknak hű tükré.

Munkájának beosztása a régi. Külön rövid fejezetekben

tárgyalja a kórtant, kórbonczolástant, kórtüneteket és gyógyítást, miáltal a könyv áttekinthetőségében sokat nyert. A fertőző betegségek fejezetének megírása valóban tökéletesnek mondható, többet ölel fel, mint a compendiumszerű könyvek közölni szoktak. Így a typhus abdominalis diagnostikájában megtalálhatjuk mindazt, a mit a tudomány az utóbbi évtizedben produkált. A bacillus kimutatása és differenciálása, a vérvizsgálatok jelentősége (epecsövek, leukopenia, agglutinatio, vérkép, székvizsgálat), a betegség epidemiológiája mind kellő méltatást talált. Hasonlóképpen kiegészítette a többi betegségről írottakat a bakteriologia és serologia újabb adataival. A syphilis fejezete gondos átdolgozásban részesült. A spirochaeta pallida és a serumreactio, valamint a salvarsankezelés részletesen van ismertetve.

A szív betegségeinek ismertetése általában az előző kiadásban lévő módon történt, azonban a physiologiai és pathologiai újabb ismereteket mindenütt tekintetbe veszi s így a rhythmus-zavarok teljesen a modern álláspontnak megfelelőleg vannak átdolgozva. A többi fejezet közül megemlíthetjük a gége betegségeit, melyekben a terapiát illetőleg valóban józan conservativismust láthatunk a fontosabb újabb eljárások felemlítése mellett. A könyvgyiklegjobb fejezete a gümőkorról szóló, a melyben a phthisiologia minden egyes kérdése és fejezete gondosan fel van dolgozva. Az olvasó nemcsak a korai diagnostika módszereit, hanem a gyógyítás különböző eljárásait is méltatva találja, s kritikával megírva olvashatja a sebészi kezelés eredményeit is.

A többi fejezet közül különösen kiemeljük a vér- és anyagcserebetegségekről írottakat, a melyek a könyvnek teljesen átdolgozott részét teszik. Az előbbieken a vérképző szervek megbetegedését tartja szem előtt, a cytologiai képből következtetve erre. Hasznos munkát végzett azzal is, hogy e fejezet előtt külön ismerteti a vér normalis és kóros histológiáját s így könnyebbé teszi az egyes vérbetegségek megismerését, illetőleg megértését. Új feldolgozást nyert a Basedow-kóról és a hypophysis betegségeiről írt fejezet is.

Nagy figyelmet fordít a szerző a hazai kutatók munkásságának eredményeire s mindenütt felsorolja a fontosabb adatokat. Öröndetes jelenség ez, ha tekintetbe vesszük, hogy a legtöbb hazai szerző a magyar orvos munkásságáról csak akkor szerez tudomást, ha külföldi lapok referatumaiból ismeri meg azt.

Az egész könyvből kitűnik, hogy szerzője bő tapasztalatokkal rendelkezik s azokat kritikával tudja felhasználni. Röviden és tömören, nagy szorgalommal megírt munkájában az orvostanhallgató értékes segédeszközkhöz jutott a belorvostan megtanulására, a gyakorló orvos pedig oly munkát kapott benne, melyből rövid idő alatt tájékozódhatik a belorvostan újabb haladásának főbb momentumairól is.

Ország.

Oláh Gyula: Tanulmány a kolera gyógyítására vonatkozólag. Budapest. „Patria“ irodalmi vállalat, 1913. Ára 3 korona.

A mintegy másfélszáz lapra terjedő füzetben a szerző talán kissé túlságos ismétlésekkel ismerteti 43 év óta tett cholera-tanulmányait, a melyeknek főeredményeként kifejti, hogy a cholera olyan fertőző betegség, a melynek legsúlyosabb jelensége a szív energiájának hanyatlása s ezt a n. vagus izgalmából származtatja. A vagus izgalmának csökkentésére, illetve megszüntetésére az atropint ajánlja bőr alá fecskendezés alakjában 1 milligrammos adagban. A cholera ezen terapiájának hatásosságát azonban egyelőre csak 5 esetben szerzett tapasztalataival bizonyítja; valamennyiben fokozódott a szív ereje atropin használata után, a már tapinthatatlan érverés ismét tapinthatóvá vált. Az 5 eset közül 2 halállal végződött, még pedig anuria folytán; minthogy azonban a szerző az anuriát a vérkeringés gyengülésével magyarázza: nem érthető eléggé, hogy miért állott be ez eseteiben mégis az anuria, noha az atropinnal a szívet s ezzel a keringést javítania sikerült. Egyébként részletesen beszámol arról, hogy miért nem tudott eddig nagyobb számú cholera-

⁴ Zeitschrift für Kinderheilkunde, 1912, 489. oldal.

⁵ Die Inanition. Karl Marhold, Halle a. S., 10. oldal.

esetet eljárásával kezelni; a maga részéről mindent elkövetett, hogy az atropin-therapia részleteit megállapítsa, de mindenütt meglehetősen fokú rosszakarattal találkozott e törekvése előmozdításában, úgy hogy e füzetét most, a mikor ismét cholera-esetek fordultak elő hazánkban, azért bocsátotta közre, hogy azok, a kiknek kezelése alá cholera-esetek jutnak, iparkodjanak az atropin-therapiának ezen részletkérdését tisztázni.

Lapszemle.

Belorvostan.

Mikor kell a bujakóros egyént gyógyítani? Erre a kérdésre igyekszik választ adni *H. Schottmüller*. Hogy a betegség első és második szakában a rendszeres, intermittáló kezelés van helyén, *Fournier*, *Neisser* értelmében, ez ma kétségen felül áll. Véleményeltérés a harmadlagos stadiumban, még inkább a parasyphilis megbetegedések eseteiben, tehát az ú. n. késői syphilis kezelési elve körül támadhat csak. Ezek közt a paralysis progressiva mellett a legveszélyesebb az aorta megbetegedése. A *Heller-Doehle*-féle aortasyphilis veszélye nemcsak e betegségnek igen gyakori voltában keresendő, hanem főleg abban, hogy a mikor klinikailag felismerhető tüneteket okoz, már gyógyíthatatlan, míg tüneteinek kifejlődése előtt a bekövetkező veszély valószínűségére az ezen időben kimutatható pozitív Wassermann-reactio legalább is nagy valószínűséggel felhívhatja a figyelmet s így a betegség kifejlődését praeventiv kezeléssel meggátolhatjuk. Betegéi közt az összes szívbajosok 40%-a lueses eredetű szívbajban szenved. *Stadler* szerint a constitutionalis lues 82%-ában aortitis syphilitica mutatható ki. *Deneke* szerint az insufficiencia valvulae semilun. aortae 80%-a lueses eredetű. Minthogy az érmegbetegedés rendszerint a lues szerzése utáni második decennium megbetegedése, ennél fogva az antilueses kezelésnek a második decenniumra is ki kell terjedni. *Fränkel* és *Much* vizsgálatai óta tudjuk, hogy aortitis luetica eseteiben a Wassermann-reactio rendszerint pozitív. *Citron* kimutatta, hogy olyan pozitív Wassermann-reactiót adó egyének, a kiken semmiféle manifest lueses elváltozás nem állapítható meg, az esetek felében aortitis lueticában szenvednek, bár sokszor a megbetegedés csak histológiai úton állapítható meg. Az a körülmény, hogy paralysis progressiva, aortitis luetica eseteiben a Wassermann-reactio pozitív, a lueses megbetegedés aktivitását bizonyítja. Ennél fogva teljes érvény szerzendő *Neisser* ama 5 év előtti állításának, hogy a pozitív Wassermann-reactiót adó egyének kezelendők. Lueses egyéneknek tehát az infectio utáni második decenniumban minden évben 2—3 ízben végzendő a Wassermann-reactio; s a kezelést addig kell folytatni, míg a reactio negativ lesz. Azon ritka esetek, melyekben a legerélyesebb kúra után sem válik negativvá a reactio, nem szolgálhatnak ellenérvül, ezek csak azt bizonyítanák, hogy eddigi legerélyesebb eljárásaink sem elegendők az összes esetek meggyógyítására. Az életbiztosítások alkalmával éppen az occult lues gyakorisága miatt, minden esetben kötelező Wassermann-reactio végzése volna czélszerű. A Wassermann-reactio negativ volta nem jelenti még az antilueses kúra szükségletességét. Hiszen látunk manifest tüneteket negativ Wassermann-reactio mellett jelentkezni. Tabes dorsalis nem contraindikálja az antilueses eljárás megindítását. A Wassermann-reactio végzése lues congenita eseteiben igen fontos, mert ez lehet az egyetlen tünete az öröklött betegségnek. Az ilyen esetekben, az ily alapon megindított antilueses eljárás a későbbi tünetek kifejlődését meggátolhatja.

Ugy látszik, a kombinált kéneső-salvarsan-jod-kezelés nyújtja a legjobb kilátásokat a gyógyulásra, a praeventiv intézkedések sikerének biztosítására. Kisebb salvarsanadagok — 0.2—0.4 gr. — érmegbetegedések eseteiben is alkalmazhatók. (*Die Therapie der Gegenwart*, 1913, 8. füzet.)

Galambos dr.

Sebészet.

Az aetheröblítésről perforatiós peritonitis eseteiben értekeznek *F. Derganc*. A fertőző anyagoknak a hasürből való eltávolításakor két methodus versenyez egymással: a száraz és az öblítési módszer. Az utóbbi eljárásához rendszerint meleg, steril konyhasó-oldatot szoktunk használni. A has-hártyagyulladás kezelésében a hasüregnek aetherrel való kimosása jelentékeny haladást jelent, jóval felülmúlja a kámforolaj és hasonló anyagoknak a használatát. *Moresstin*, a ki ezen gyógyító eljárást 1901 óta alkalmazza, nemcsak átöblíti aetherrel a hasüret, hanem abból 20—25 grammot a peritonális ürben is hagy.

A szerző megkísérelte az aetherrel való átmosást perforatiós peritonitis 2 esetében, (ulcus ventriculi perforans és ruptura interstini), mindkét esetben igen jó eredménnyel. (*Wiener klin. Wochenschrift*, 1913, 33. sz.)

Ifj. Hahn Dezső dr.

Gyenes műtétek alkalmával a kéznek egyszerű védekezőmódjáról ír *A. Brunning*. Különböző kísérletek azt mutatják, hogy a kezeknek tökéletesen csíramentessé tévése csak igen ritkán sikerül. Igyekeztek ezt elérni gummikeztyűkkel, a kéznek a legkülönbözőbb anyagokkal való bevonásával, pastákkal, különböző oldatokkal. A gummikeztyűk késsel vagy tűvel igen könnyen megsérthetők, a kézre kent anyagoknak legnagyobb része pedig olyan, hogy bizonyos idő múlva, hosszabb műtétek alkalmával continuitásukat elvesztik. Ez vezette a szerzőt arra a kísérletre, a mit különben a kórbonczolók már régebben ismernek, hogy műtétek előtt kezét 3%-os bórvaselinnel kenje be.

Bakteriológiai vizsgálatai meggyőzték arról, hogy a vaselinen keresztül bacteriumok nem jutnak a kéz bőr felületére és így ha a gyakorló orvos sepsises műtét után kénytelen asepsiseset végezni, a szerző elegendőnek tartja a vaselinnel a kézről való eltávolítását, a mi által — kontrollkísérletei szerint — a kezéről a bacteriumokat is eltávolította. Ha már most kezét vízzel és alkohollal megmossa, bátran végezhet asepsises műtétet. (*Münchener medizinische Wochenschrift*, 1913, 31. sz.)

Ifj. Hahn Dezső dr.

Elmekörtan.

Az agyvelő-cysticercus pathologia-anatomiai elváltozásaival foglalkozik *M. S. Margulis*. Az agyvelő-cysticercus burka kötőszövetbe átnövő granulatiós szövetből áll. A kéregben, endymában vagy más szervekben (izmokban) talált burkok szerkezete nem tér el egymástól. A sarjadzó szövet sokkal keskenyebb az elhalt, mint az élő cysticercusokon. Az erek elváltozásai a burkok kora szerint változó. Ependymitis granulosa egy esetben sem talált. A reactiv burkokban elzárt cysticercus gyakran elhal, mire elmeszesedik, ritkán elgenyed. (*Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde*, XLVI. k., 1. o.)

Goldberger Márk dr.

Az involutiós paranoiával foglalkozik behatóan *Kleist*. Mint sajátos lelki constitutiót ismerjük a „hypoparanoiás constitutiót”, mely fokozott önbecslésben, parancsoló, makacs viselkedésben, modorban, érzékenységben, izgékonyágban és gyanakvásban nyilvánul. A hypoparanoiás alkatú egyénekben a sexualis involutio idejében (40—52. évben) az abnormalis vonások fokozódása folytán *involutiós paranoia* keletkezik, melyet valószínűleg a sexualis szervek funkciójának kiesése okoz (a belső secretio eltolódása folytán keletkezett) testi elváltozásokkal egyetemben. Az involutiós paranoia elementaris jelei: a gyanakvó alapvonás, melyhez az expansiv-depressiós affectusok különböző árnyalata társul hamis magyarázásokkal, illúziókkal, hallucinációkkal és emlékezési csálódásokkal kapcsolatban. A téves eszmék többnyire ezen elementaris zavarokhoz kapcsolódnak és tartalmuk, rendszerbe foglalásuk az elementaris zavarok intenzitásától, alakjától függ. A betegség kifejlődése változó és többnyire acut vagy subacut fokozódások, rosszabbodások vezetnek a betegség teljes kialakulásához. A betegség teljes kifejlődése után,

mely a 48—60. életévben következik be, állandó jelleget ölt. A betegség a nők között jóval gyakoribb, mint a férfiak között. A hypoparanoiás constitutio (és az ebből fejlődő involutiós paranoia) sajátos hypomaniás, depressiós és circularis alapvonásaival az abnormis constitutiók nagy csoportjához tartozik. A paranoiát azonban ennek dacára sem lehet a maniás-depressiós elmezavar alformájának tekinteni, a mint némelyek teszik. (Allgemeine Zeitschrift f. Psychiatrie, LXX. k., 1. o.)

Goldberger Márk dr.

Bőrkórtan.

A Röntgen-therapiának a bőrbajok ellen való alkalmazását tárgyalja *Fr. M. Meyer* (Berlin). A Röntgen-therapia kérdésében az első tényező, a mire mindig ügyelnünk kell, a hevesebb reactio. A reactio súlyosabb alakjai már sok bajt okoztak. A gyakorlott Röntgen-therapeuta kezében azonban legfőképpen könnyebb lefolyású reactiók szoktak előfordulni. A leggyakoribb az elsőfokú reactio, mely csak pírral, égési érzéssel és viszketéssel szokott járni. Nyomában teljes restitutio ad integrum szokott beállani. A másodfokú reactio esetén a pírhoz hólyagok is szegődnek, melyek kellő kezelésre visszafejlődnek s legtöbbször teljes gyógyulást hagynak nyomukban. Bizonyos azonban az is, hogy olykor enyhébb atrophia-ra vezet ez a reactio, a miért mindig kerülni kell. A harmadfokú reactio mindenkor komoly jelentőségű. Fekélyes szétesésre és necrosisra vezet, mely hosszú ideig daczol minden kezeléssel. Nemcsak fölötté fájdalmas, de úgynevezett Röntgen-carcinomára is vezethet. E súlyos égések csaknem kivétel nélkül a kezelő orvos hiányos tapasztalása vagy tudatlansága miatt jönnek létre. Igaz ugyan, hogy némely baleset idiosyncrasiával is magyarázható, bár vannak neves Röntgen-therapeuták, a kik ezt a lehetőséget kereken tagadják. A bajok elkerülésére szolgál a lehető pontos adagolás. Ez a megfelelő mérőeszközökkel történik. Idő szerint sohasem szabad mérnünk, mert a hatás csaknem minden Röntgen-lámpánál váltakozik. A teljes dosist vagy erythemás dosist, mely már epilatiót okoz, lehetőleg ne alkalmazzuk egy ülésben, hanem fractionálva, más szóval a teljes dosist több részletdosissal oszszuk. *Fr. Meyer* a kezelés alá kerülő bőrbajokat 4 csoportba osztja. Az első csoportbeli bajokat ülésenként a teljes dosissal $\frac{1}{3}$ -ával kezeli, a második csoportbelieket a teljes dosis $\frac{1}{2}$ -vel, a harmadik csoportot a teljes dosis $\frac{3}{4}$ -ével s végül a negyedik csoportot egyetlen teljes dosissal. Az első csoportba tartozik különösen az eczema és a psoriasis. Az eczemát inkább csak akkor kezeljük Röntgennel, ha a szokott egyéb kezelésmódok cserben hagytak s ha a baj körülírta és idősült. A psoriasis már kezdetől fogva kezelhető Röntgennel és úgy látszik sokszor jó sikerrel. A recidivákat ugyan ez a kezelés sem tudja megakadályozni, de nagy előnye, hogy tiszta gyógyító eljárás. A második csoport legfőbb képviselője a bőr és a bőr alatti mirigyek tuberculosisa. A siker néha feltűnő jó, de a kezelésnek hosszasan kell történnie. Lupus hypertrophicus eseteiben a Röntgen-kezelés inkább csak előkészítő eljárás, mely a túltengett, kiemelkedő granulomát lesimítja, a mikor azután a *Finsen*-kezelésre kell áttérni. A harmadik csoportban rosszindulatú daganatok foglalnak helyet. Itt is az az elv, hogy a míg könnyen lehet operálni, addig más conservatívabb eljárással ne kísérletezzünk. Kivétel csak a relative jótermészetű cancrioid lehet. E csoportban kezelhetők még az inoperabilis sarcomák, továbbá a szemölcsök is. Megkísérélhető továbbá a hyperidrosis manuum Röntgen-kezelése is, ha más eljárás sikertelennek bizonyult. Nem szabad ellenben a hypertrichosist Röntgen-sugarakkal kezelni, mert a szőrök végleges elpusztítása oly erős adagokat igényel, melyek sokkal súlyosabb következményekre vezetnek, mint a minő a kezelt baj volt. A negyedik csoportba néhány parasitás bőrbaj tartozik. A trichophytiasis profunda, a favus capitis és a mikrosporiasis. A favus kezelésében a Röntgen a legfontosabb eljárás. Megfelelő sugarázásra a hajzat teljesen kihull s így a gombák is elvesztik igazi táptalajukat. Ezzel karöltve a fejbőrt még más gomba-

ölő gyógyszerekkel is kell kezelni, mert a sugarak nem hatnak közvetlenül a favusgombákra. Olykor az epilatiót egyszerekszer meg kell ismételnünk. (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, 31. sz.)

Guszman.

Orthopaedia.

Az ízületgyulladások physicalis gyógykezeléséről ír *Elmslie* (London). Azt ajánlja, hogy a gyógykezelés megkezdése előtt az ízületgyulladás aetiológiájával és kórbonczolástanával igyekezzünk tisztába jönni. A nem tuberculosus ízületgyulladásokban a főkérdés az, hogy vajjon fennálló gyulladásos folyamattal vagy gyógyulásban lévő kórképpel van-e dolgunk. Ettől függ az ízület fixáló vagy mobilizáló gyógykezelése. A tuberculosus ízületgyulladások főbb kezelésmódjai a következők: 1. Az ízületnek nyugalomba helyezése. (Ézt tehermentesítéssel és az ízületvégek distractiójával érjük el.) 2. Az ízületnek czélszerű helyzetben való rögzítése. A gyógymód megválasztása az ízületgyulladás alakjától és fokától függ. A szerző a tuberculosus ízületek klinikai bejáró gyógykezelésétől nem látott jó eredményt és ezért a szakintézeti kezelés híve. (Zeitschrift f. orthop. Chirurg. XXXII. k., 405. oldal.)

Dollinger Béla dr.

A gacsos térd aetiológiájáról és gyógykezeléséről értekezik *Heinlein* (Nürnberg). 15 éves férfibeteg jobb térdének belső oldalán lassanként daganat képződött. Idővel ez a térd kifejezett gacsos állásba került. A műtét alkalmával kiderült, hogy a daganat a vastusok medialis részletében helyt foglaló angiofibroma. A genu valgum aetiológiájában tehát az ismert okokon kívül a daganat is szerepelhet. A műtét a daganat extirpációjából és izomátültetésből állott. Érdekes, hogy 3 hónappal a daganat eltávolítása után a térd gacsos állása önként, osteotomia nélkül kiegyenesedett. A szerző szerint e spontán gyógyulásban a normalis izomműködés és izomfeszülés helyreállta után a csont transformáló ereje működött közre. Ezen eredményből kiindulva arra gondol, hogy a genu valgum gyógykezelését az izomszerkezet igénybevételeivel oldja meg. (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, 15. sz.)

Dollinger Béla dr.

Az influenzás érgyuladásról közöl megfigyeléseket *Bontin* (Bordeaux). Az utóbbi időben sokszor észlelt influenzával kapcsolatosan érgyuladást. Az érgyulladás az influenza 10—15. napján lassan, mintegy chronikusan fejlődött és rendszeren az alsó végtagot támadta meg. E nagyon fájdalmas megbetegedés gyakran 1—2 hónapig tartott. Sok esetben szív működés-zavarok komplikálták a kórképet. (Gaz. hebdom. des scienc. méd. de Bordeaux, 34. évf., 29 sz., 338. o.)

Dollinger Béla dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Az aponal nevű újabb hypnoticumról nagyon dicsérően nyilatkozik *Ollendorff*. 1—1½ gramm adagban enyhe, minden kellemetlen utó- és mellékhatástól mentes altatószer. Nem túlságosan erős izgalmi állapotokban nyilvánuló psychosisokban is jó hatású; naponként 3-szor adva 0.25—0.5 grammot, kifejezett sedatív hatás mutatkozik. (Allg. mediz. Zentral-Zeitung, 1913, 30. szám.) — *Stuart Hallows* szintén dicséri a szert, a melynek használata javalt mindazon esetekben, a melyekben enyhe hypnoticumra van szükség, vagy a melyekben az erősebb szerek nem adhatók veszedelem nélkül (aggyor és gyermekkor, szívgyengeség stb.). (Medical Press and Circular, 1913 június 4.)

Elektrocuprollal meggyógyított sarcoma esetét ismer-teti *Jacques* tanár (Nancy). A 38 éves férfi daganata a cavum nasopharyngeumban székelt, operatio után recidivált és nagyfokú cachexiára vezetett. Mikroskopi vizsgálattal kereksejtes sarcomának bizonyult. A glutaeusokba ismétellen befecskendezett electrocuprollal az általános állapot javulása kíséretében rohamosan beolvadt a daganat s az illető jelenleg teljesen egészségesnek látszik. (Revue méd. de l'Est, 1913 április 15 és június 1.)

Magyar orvosi irodalom.

Magyar orvosi archívum, 1913, 4. füzet. *Róna Péter*: A fehér-jék chemiájára vonatkozó vizsgálatok mai állása. *Gózonny Lajos*: 1. Serologiai különbségek az anyai és magzati vérsavó között. 2. Vizsgálatok a normalis vérsavók bakteriumölő anyagairól. *Andriska Viktor*: Egyiptomi cigaretták vizsgálata opiumra. *Liebermann Tódor*: A graphologia és helyzete az orvosi tudományok között.

Klinikai füzetek, 1913, 9. füzet. *Czekkel Ferencz*: A scrophulosis régi és modern diatetikájáról. *Budai (Bauer) Kálmán*: A lisztfeldolgozó ipar az orvos szolgálatában.

Gyógyászat, 1913, 40. szám. *Bauer Lajos*: Az inanitio következményei egészséges és beteg csecsemőn. *Pető Ernő*: A radioactiv anyagokkal való besugárzások szerepe a rossztermészetű daganatok kezelésében.

Orvosok lapja, 1913, 41. szám. *Oláh Gyula*: A kolera gyógyítása. *Szana Sándor*: Socialpsychologiai vizsgálatok a dajkaságba adott nagyobb gyermekek ellenőrzése körül.

Budapesti orvosi ujság, 1913, 41. szám. *Gerlóczy Zsigmond*: Az antidiphtheriás serummal elért eredmények a székesfővárosi szent László-kórházban. *Hüllt Hümér*: Az amputatio interscapulo-thoracica-ról. „Urologia” melléklet, 4. szám. *Biró Ede*: A húgycsőgonorrhoea és egyéb venereás bajok prophylaxisáról.

Vegyes hírek.

Kitüntetés. A király *Kuzmik Pál* dr. egyetemi rendkívüli tanárnak és közoktatói főorvosnak a magyar nemességet eperjesi előnévvel, *Krájtsik Rezső* dr. nagykáta járásorvosnak és tiszteletbeli megyei főorvosnak, valamint *Bodon Károly* dr. székesfővárosi gyakornok orvosnak a királyi tanácsosi címet adományozta.

Kinevezés. *Trocsányi Béla* dr.-t és *Balogh Albin* dr.-t Hajdúmegye tiszteletbeli főorvosává nevezték ki.

Választás. *Felter Rezső* dr.-t Algyógyon, *Dreiszker Ferencz* dr.-t Csáktornyan, *Jancu Ádám* dr.-t Petrován körorvossá, *Traub Alfréd* dr.-t Bácsújfalun községi orvossá választották.

A budapesti egyetem I. számú női klinikáján szeptember hónap 199 szülés folyt le; a született magzatok száma 204 volt. A nőbeteg-osztályon 49 beteget ápoltak. A klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinikum segélyét 149 esetben vették igénybe; a műtétek száma 92 volt.

A budapesti egyetem II. sz. női klinikájával kapcsolatos szülészeti poliklinikum szeptemberben 121 esetben nyújtott segítséget; a műtétek száma 106 volt.

Meghalt. *Farkas Szabó Mihály* dr., Nagykőrös város tiszti orvosa, tiszteletbeli megyei főorvos, 74 éves korában, október 5.-én. — *Farkas Rudolf* dr., tiszteletbeli megyei főorvos Kunhegyesen.

A Nagyvárad-városi tüdőbetegrendelő-intézet (dispensaire) *Grósz Menyhért* főorvos közlése szerint 1912-ben 496 beteget vett föl; ezek közül kifejezetten gümőkóros 289 volt. Az orvosi rendelések száma 3816-ot tett. Lakásvizsgálatot 579 esetben, lakásfertőtlenítést 42 esetben, köpetvizsgálatot 132 esetben végeztek. Tetemesebb támogatásban 98 beteg részesült 294 családtaggal 7728 korona értékben.

Congressusok. A francia sebésztársaság XXVI. congressusán, melyet október 6.-án nyitottak meg Párisban, a következő kérdéseket tárgyalták: 1. Az ankylosisok véres műtét útján való gyógyítása (ref.: *Baumgartner* Páris, *Denucé* Bordeaux). 2. A sigmabél sebészete, a rák leszámításával (ref.: *P. Duval* Páris, *Patel* Lyon). 3. A koponya sérülései kis kaliberű projektilok által (ref.: *Billet*, *Demoulin* Páris). — Az október 9.-én megkezdett XVII. francia urológiai congressus tárgyalási témája „a pericystitis” volt, *Aversenq* toulouse-i tanár referatuma alapján.

Személyi hírek külföldről. *F. Pregl* dr.-t, az orvosi chemia rendes tanárát Innsbruckban ugyanolyan minőségben a gráci egyetemre helyezték át. — *J. Rambousek* dr., az ipari egészségügy magántanára a prágai német egyetemen, rendkívüli tanári címet nyert. — *K. Weil* dr., a sebészet rendk. tanára a prágai német egyetemen, nyugalomba vonult. — *L. Michaud* dr. magántanár (belorvostan, Kiel) tanári címet kapott. — *H. Quincke*, az egykori jeles kiel belklinikus, a ki most Frankfurtban él, 50 éves orvosdoktori jubileumát ünnepelte.

Új szerkezetű epidiaszkop (vetítő készülék) került bemutatásra a német orvosok és természetvizsgálók imént lefolyt vándorgyűlésén. A készülék a *Reichert K.* cég budapesti tulajdonosa, *Reimann György*, VIII. Üllői-út 12. szám alatti műhelyéből származik. Különös nagy előnye a különböző vetítési módok gyors és kényelmes válthatása, az epidiaszkopiai tárgyak gyors átcserelése és képeknek vetítésük előtti élesre állíthatása az új „parallelogramm” váltóasztal segítségével, kényelmes és egyszerű kezelése, tetszetős alakja és kivitele, melyek révén általános tetszésben részesült. A készülék a maga teljes egészében magyar gyártmány.

Mai számunkhoz a *Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co. Leverkusen a. Rh.* és a *Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning Höchst a. Main* „Sajodin, Sabromin” című prospectusa van mellékelve.

Mai számunkhoz *Richter Gedeon* budapesti vegyészeti gyáranak prospectusa van mellékelve.

Lapunk mai számához a *Vial és Uhlmann* cég „Tonica” című prospectusa van mellékelve.

A t. orvos urak kéretnek, hogy a folyó évben beállt lakváltozókat, a mennyiben az a kitöltött kérdőívek útján még nem történt volna meg, hozzánk bejelenteni méltóztatassanak.

A kérdőívek már mind szétküldettek.

MAGYARORSZÁG ORVOSAINAK ÉVKÖNYVE

SZERKESZTŐSÉGE.

== Budapest, VII., Kertész-utca 16. ==

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

Waldsanatorium Prof. Dr. Jessen
DAVOS 100 m. Davos-
Platz fölött ::

Közvetlenül az erdő mellett, gyógyintézet a tuberculosis összes esetei számára. Egyéni kezelés. Hízőkúrák. Napfürdők. Röntgenlaboratorium. Meleg és hideg víz az összes déli szobákban. Kívánatra prospectus és kimerítő értesítés rendelkezésre áll.

Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet
Budapest, VII., Hungária-út 9. (István-út sarok.) Telefon 81—01.
Röntgen-laboratorium. Vezetője: **Dr. Alexander Béla**, egyetemi magántanár

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

DR. REICH MIKLÓS Budapesti **ZANDER-gyógyintézete**
IV., **Semmelweis-utca 2. sz.** Kossuth Lajos-utca sarkán.
Dr. ZANDER G. eredeti készülékeinek teljes sorozatával és rokon physikalikus gyógyeszközökkel tökéletesen felszerelt intézet.

Dr. Szontágh Miklós gyógyintézete **Ujtátrafüred**
Egész éven át nyitva. — Lakás, ellátás, orvosi gyógykezeléssel együtt napi 10 koronától kezdve.

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

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

Dr. GÁMÁN BÉLA
diatétás orvosi intézete
■■■ VOLOSCA-ABBAZIA. ■■■

Tátra-Széplak magaslati gyógyhely 1010 m., vízgyógyintézet, sanatorium ideg- és Basedow-betegek részére, egész éven át nyitva. **Hízlalókúrák.** Vezető orvos dr. Guhr Mihály. Tüdőbetegek nem vétetnek fel.

Park-sanatorium: Külön szülő-osztály

Epileptikus betegek intézete

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

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

Dr. Grünwald sanatoriuma Budapest, Városligeti-fasor 13-15.
Felvétetnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal, valamint szülőknek. A betegek kezelőorvosukat maguk választhatják. — **Vegy- és Röntgen-laboratorium.**

Therapia sanatorium r.-t. Budapest, VII., Városligeti fasor 11.
Bennlakó és bejáró belbetegek részére. Diagnostica. Therapia. Mindennemű ojtásos kezelések. Hízlaló és soványító kúrák. **Nagy vízgyógyintézet.** Laboratorium. Röntgen. Vezető orvosok: *Rajnik Pál* dr. és *Kovács Aladár* dr.

Dr. Widder Bertalan operateur orthopéd-sebészeti intézetét Budapest, VII., Rákóczi-út 10. szám alá helyezte át.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (XV. és XVI. rendes tudományos ülés 1913 április 26.-án és május 17.-én.) 764. lap. — Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya (V. ülés 1913 április 3.-án.) 765. lap. — Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya (XI. és XII. szakülés május hó 10.-én és 31.-én) 766. lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(XV. rendes tudományos ülés 1913 április 26.-án.)

Elnök: **Terray Pál.**Jegyző: **Bence Gyula.****Ureterkövek 1½ gyermekben. Ureterolithotomia, gyógyulás.**

Fischer Aladár: A 1½ éves fiúcskát először 1913 január 11.-én hozták a Bródy Adél-kórház sebészeti osztályára. Az anamnesis szerint 2 kő távozott a húgycsövén át, azonban azóta is nyugtalan és egész magatartása időnként nagy fájdalmakat árul el. Ez okból hólyag- vagy vesekő valószínűségi diagnózisával küldték a sebészti osztályra. Ekkor kb. 3 hétig figyelték meg, azonban sem a hólyagvizsgálat, sem pedig az ismételt megejtett Röntgen-vizsgálat alkalmával pozitív leletet nem kaptak. 1913 márczius 29.-én újra jelentkeztek a gyermekkel a főntebbi panaszokkal. A kőszondával megejtett vizsgálat ismét negatív, azonban a Röntgen-kép élesen és határozottan mutat a bal ureterben 2 követ: az egyiket a IV. ágyékcsigolya harántnyúlványa mellett, a másikat a kis medencében, az ureter alsó szakaszában. Kétségtelen volt tehát, hogy ureterkövek vannak és hogy tekintettel a már hónapok óta fennálló panaszokra és a concrementumok nagyságára, spontán eltávolításukra számítani nem lehet. Ez okból 1913 április 10.-én az *Israel*-féle metszéssel retroperitonealisan feltárta a bal vesét és uretert, ez utóbbit egész hosszában. A Röntgen-diagnosist a műtéti lelet teljesen beigazolta. Az ureteren ejtett 2 hosszmetésből a concrementumokat eltávolította. Uretervarrat a bőrízomseb zárása, 3 gazecsig bevezetése mellett. Az eltávolított concrementumok körülbelül 1½ cm. hosszú, ¾ cm. széles, 4—5 mm. vastag uratkövek.

A lefolyás teljesen zavartalan.

Az ureterkövek sebészete nem régi keletű, 30 év előtt az ureterköveket jóformán csak a bonczasztalról ismerték. A fordulatot e téren az ureterkatheterismus és a Röntgen-vizsgálat hozta meg. 1910-ben *Jeanbran* már 239 operált esetet gyűjtött össze az irodalomból. Nálunk *Illyés* 1912-ben 11 saját esetet közölt. Míg felnőtten az ureterolithotomia ma már nem ritkaság, addig a gyermekkorban az ureterkövet eddig alig néhány esetben operálták. A bemutató az általa hozzáférhető irodalomban két esetet talált, de ezek is idősebb gyermekekre vonatkoznak.

A külső szemizombénulások kórszármazása, tünettana és gyógyítása.

Frey Ernő: Az előadó a külső szemizombénulásokkal mint önálló kórformával, mely ophthalmoplegia externa néven ismeretes, foglalkozik és kimutatja, hogy az ma már veszített jelentőségéből. Ezután áttér a külső szemizombénulások aetiologiájára. A meghülés ma mint aetiologiai tényező alig jön tekintetbe, sőt igen ajánlatos annak a felvételével igen óvatossá lenni. Sokkal fontosabb szerep jut a luesnek. A legtöbb szemizombénulás lueses eredésű. Leggyakoribb az oculomotorius lues okozta hűdése, sokkal ritkább az abducensé, még ritkább a trochlearisé. Az oculomotorius 60—65, az abducens 35, a trochlearis 5%-ban szokott hűdve lenni. A főbb fertőző betegség közül mint aetiologiai tényezőnek a diphtheriának is nagy szerep jut; leginkább az abducensét és ritkább esetben az oculomotoriust betegíti meg. Még az erysipelas, a lyssa, a typhus, a tetanus, az influenza jön tekintetbe mint aetiologiai tényező. Az intoxicatio is gyakran szerepel, így észleltek alkohol-, ólom-, nicotin-, stovain-, novocain-, ptomain- és gombamérgezés után külső szemizombénulást. Hogy végül a trauma is okozhat szemizombénulást, arról igen gyakran meggyőződtek. A bonczolástani észlelések alapján meg volt állapítható, hogy a külső szemizombénulások kétféle módon jöhetnek létre: vagy a külső szemizmokat ellátó idegek törzsét érte a kóros elváltozás és ilyen módon jött létre a

bénulás, vagy lehet az nuclearis eredésű is. Az elég nagy számmal előforduló veleszületett külső szemizombénulás okául vagy a hereditást, vagy a heredoluest, vagy a Moebius-féle magdegeneratiót (infantiler Kernschwund) sikerült megállapítani.

A külső szemizombénulások tünettana az egyes idegek kóros elváltozásainak megfelelő. Érdekesekek azon együttmozgások, melyeket egyes szerzők különösen veleszületett szemizombénulás eseteiben láttak; különösen gyakran észlelték a levatorok együttmozgását a rágás vagy nyelv kiöltése alkalmával veleszületett ptosis eseteiben.

A recidiváló oculomotorius-hűdés lényegének ismertetése után az előadó áttér azon különféle felfogásoknak tárgyalására, a melyek ezen hűdés kórszármazására nézve még ma is fennállanak. A különböző irodalmi közlések alapján arra a következtetésre jut, hogy a recidiváló oculomotoriushűdés oka vasomotoros elváltozásokban keresendő, mely elváltozások lényege azonban még ma sem ismeretes.

A mi a külső szemizombénulások gyógykezelését illeti, kiterjeszkedik az antilueses kezelésre és kiemeli a salvarsan káros hatását, mert maga is okozhat szemizombénulást. A physicalis gyógyeszközök közül a villamos kezeléssel és hydrotherapiáról emlékszik meg. A lactovegetabilis diéta eljárásnak sokszor lehet hasznát látni. Néha üvegekkel sikerül a külső szemizmok bénulása folytán keletkezett kettős képeket megszüntetni. A szemorvosok strabotomiával igyekeznek az állandósult szemizombénulást megszüntetni.

Fejér Gyula: A sebészek a neuralgia supra- és infraorbitalisok ellen újabban alkohol-injectiókat alkalmaznak és ha az incisura supra-orbitalis vagy a foramen rotundum és ovale tájékán történik az alkohol-injectio, megtörténhetik, hogy az abducens is éri az alkohol és bénulás áll be. 3 hó előtt volt ilyen esete, mely sajádonra 3 hónap alatt meggyógyult. Az esetet közölte is. A sebészeknek ki kell kerülniök a sértendő idegeket.

Goldzieher Vilmos: A herpes zoster után beálló oculomotorius-hűdés nem ritkák. Kérde az előadót, hogy miképpen magyarázza az összefüggést.

Salvarsant ideghűdés két esetében adott intravenásan igen jó eredményt.

Frey Ernő: A *Fejér* dolgozata kikerülte figyelmét. A herpes zoster ophthalmicus úgy okozza az izombénulást, hogy a lobos folyamat per continuitatem áttérjed a VI. vagy VII. agyidegre és neuritist hoz létre. A salvarsanra vonatkozó kedvezőtlen véleménye mellett megmarad.

(XVI. rendes tudományos ülés 1913 május 17.-én.)

Elnök: **Liebermann Leó.**Jegyző: **Bence Gyula.****Kettős homokóragyomor.**

Révész Vidor: Az 59 éves asszonynak 14 év előtt gyomorfekélye volt (véres hányás, 25—30 kg. súlyvesztés). Bajából kigyógyult, de azóta nagyon könnyen rontja el a gyomrát, könnyen hány. Ha bizonyos mennyiségnél többet eszik, kihányja. A Röntgen-kép mutatja, hogy két fekélye volt, a mennyiben a kis görbületen van egy lapos kiesés a callusnak megfelelően, vele szemben egy behúzódas a nagy görbületen. Lejebb, a pylorus felé van még egy callusnak megfelelő lapos kiesés a nagy görbületen és vele szemben egy behúzódas a kis görbületen. Ilyen módon kettős homokóraalak jött létre. A gyomor 8 óra alatt sem ürül ki.

Természetes gastroenteroanastomosis.

Révész Vidor: A 46 éves asszony 4—5 hónapja beteg; daganat tapintható a köldöke táján. Erős görcsös gyomortáji fájdalmak szokták meglepni, melyek miatt gyakran össze is esik, sokat hány, nagyon erősen lesoványodott.

A Röntgen-kép mutatja, hogy az egész pars pylorica hiányzik, kiesik, vagyis ott ül a tumor. Mindazonáltal a fundus nem tág. Ennek az az oka, hogy a tumor előtti részen

egy nyíláson át ürül a gyomor. A beteget sohasem operálták, tehát természetes perforatiós nyíláson át ürül a gyomor a bélbe. Szerencsés véletlen folytán éppen olyan helyen fúródott át a gyomor, a hol bélel volt összenöve.

A gyomor ezen a nyíláson át $2\frac{1}{2}$ óra alatt teljesen kiürül.

Eventratio diaphragmatica.

Révész Vidor: A 24 éves fiatalembernek mult télen baloldali pleuraexsudatuma volt, melyből kigyógyult. Gyomorpanaszai vannak, étkezés után 3—4 órával erős görcsöket kap néha, a melyek hányással végződnek. Sok sósavat találtak a gyomornedvben, a hányadék néha véres is volt; a bélsárban vért találtak.

A Röntgen-kép azt mutatta, hogy a beteg bal diaphragmája visszahúzódott egészen a II. borda mellkasi ága (VI. borda háti ága) magasságába és utána nyomult a gyomor. A szív kissé át van tolva a jobb oldalra és mellette foglal helyet a gyomor. A flexura coli lienalis szintén föl van húzva a rekesz alá, ennek következtében a caecum, flexura coli hepatica és colon transversum is föl- és balfelé van elhúzva. A gyomor teljesen atypusos alakot kapott a rendellenes elhelyeződés következtében, úgy hogy ulcus jelenlétére nézve semmi következtetést sem lehetett vonni, annál kevésbé, mert a tapintás számára egyáltalában hozzá nem férhető. 4 óra alatt a gyomor kiürül.

(Folytatása következik.)

Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(V. ülés 1913 április 3.-án.)

Elnök: **Alapy Henrik.**

Jegyző: **Ádám Lajos.**

(Folytatás.)

Vesesyphilis operált esete.

Farkas Ignác: A 30 éves férfibetegnek jobboldalt vesemedenczköve volt, a bal ureterben pedig beékelte követ találtak, mely a lefolyást teljesen elzárta. A műtét alkalmával (*Illyés*) először az ureterkövet távolították el ureterotomia útján. Pár hét múlva pyelotomiával a vesekövet is eltávolították. Ekkor a beteg gyógyultán távozott. Pár hónap múlva megint baloldali fájdalmak állottak be, a vizelete zavaros lett, az ureterkatheter 20 cm.-nyire az ureternyílástól megakadt s rajta kevés nyúlós genyes folyadék ürült. A jobboldali vese kifogástalan. A Röntgen-vizsgálat ekkor ugyancsak baloldalt a vesemedenczében megint kis követ mutatott ki. Műtétkor az azelőtti kőbeékelődés folytán létrejött szűkületet találtak az ureterben s a vese el volt pusztulva, úgy hogy eltávolították. A veseállományban sajátságos sárgás, a felszín fölé emelkedő, tömött, szívós góczokat találtak, melyek mikroskopi vizsgálat alkalmával (*Minnich*) syphilitikus eredetűnek, gummának bizonyultak. A betegnek 10 év előtt luese volt, melyet felületesen kezeltek. A beteg teljesen meggyógyult.

Nephritis apostematosa haematogen coli-infectio folytán.

Farkas Ignác: A 31 éves férfin 10 nap előtt magas lázak jelentkeztek s erős baloldali fájdalmak voltak. Nyáron több ízben szenvedett bélhurutban hasmenésekkel és időnként nyálkás székkel. A functionalis vizsgálat alkalmával a bal ureterből 100 gr. piszkos, bűzös residualis vizeletet ürítettek ki. Műtétkor (*Illyés*) a vesét a rendesnél hosszabbnak találták s midőn környezetéből kihámozták, kitűnt, hogy két ureter, illetőleg két vesemedencze van jelen, az alsó kisalmányi, feszes, a felső pedig normalis. A felső poluson a capsula alatt elszórt, gombostüfejnyi, sárgás góczok voltak láthatók. A vesét kiirtották. Kettémetszve azt látták, hogy a felső résznek parenchymája normalis rajzolatú, de benne helyenként elszórt sárgás tályogocskák voltak. A felső pyelum normalis. Az alsó vesefél állományában borsónyi és mogyorónyi, bűzös genyvel telt üregek voltak; a vesemedencze erősen tágult. Mikroskop alatt a capillaris ereket a beteg veserészlet szomszédságában vaskos bacillusokból álló throm-

busokkal kitöltve találták. A tályogból vett geny beoltására a colibacillusnak megfelelő mikroba kelt ki. A vesemedencze tehát haematogen úton, valószínűleg a bél felől áttört coli-infectio következtében jött létre, s tekintve a kettős vesemedenczét és az izolált ereket, ha a felső poluson nem lettek volna elszórt genygóczok, az alsó inficiált és elpusztult veserészlet resectióját végezheték volna.

Baloldali anuria calculosa 2 évvel jobboldali nephrectomia után.

Stossmann Rezső: A beteg, kinek egyik veséjét két év előtt pyonephrosis calculosa miatt eltávolították, három nap előtt teljes anuria állott be; a vesében erős fájdalmakat érzett a beteg. Ureterkatheterismus végzésekor azt találták, hogy a catheter az ureterben megakad. Ekkor a catheteren keresztül olajat fecskendeztek az ureterbe. Két óra múlva a betegnek fájdalmak lassankint megszűntek és bőséges diuresis indult meg. A beteg elhagyta a kórházat s 11 hó múlva, midőn újra vizelet-zavarok mutatkoztak, a hólyagjában követ találtak, melyet zúzás útján távolítottak el.

Operált intermittens hydronephrosis.

Weichherz István: A beteg hat év óta időnként baloldali vesetáji fájdalmakban szenvedett. Az utóbbi időben azt vette észre, hogy fájdalmak közben rövid idő alatt rendkívül bő vizeletmennyiséget ürített s ugyanakkor a fájdalmak megszűntek. A vizsgálat alkalmával a baloldali ureterből 45 cm³ residualis vizelet ürült, a mely rendkívül alacsony fajsúlyú volt s a melynek fagypontja is nagyon alacsony volt. A műtét alkalmával (*Illyés*) a vesét gyermekfejnyi rugalmas tumorrá alakulva találtak, belőle punctióval 700 gr. tiszta sárgás folyadékot bocsátották ki, s azután eltávolították a vesét. A kiirtott vese almányi, teljesen elvékonyodott simafalú üregekből állott. A vesemedencze gyermekkölnyre kitágult volt. Az ureter a vesemedencze falához álszalagokkal volt odatapasztva s erősen hegyes szögben eredt, a minek következtében a vesemedenczebeli nyílásnál kis billentyű keletkezett. A vese mozgó volt. Midőn leszállott, a vesemedencze falához tapadó ureter elzáródott s retentio keletkezett, mely a nagy fájdalmakat okozta; a mikor pedig a vese a helyére visszament, a lefolyás megint szabad lett s ekkor ürült a nagyobb mennyiségű vizelet. A gyakran ismétlődő rohamok következtében azonban a vese teljesen elpusztult.

Subcutan veseruptura gyógyult esete.

Manninger Vilmos: Főleg a diagnostika szempontjából érdekessége miatt mutat be veseruptura-esetet, mely 27 éves kovácsra vonatkozik, a ki a beszállítás előtt 17 órával négy méter magasságból esett lumbalis tájékára. Erősen vérezve, intraperitonealis vérzés képével, jobboldali defensione-zal került a műtőasztalra. Az erős intraperitonealis vérzés miatt májrupturára gondolt.

A hasüreg megnyitása után sok folyékony vér ömlik. A májon semmi elváltozás. A jobb vese ereiről részben leszakadt, hilusa tájékán ketté repedt. A felső polus teljesen lerepedt, szabadon fekszik a mintegy gyermekfejnyi haematomaiban. Az erek leköttése után vesekiirtás. Tampon; hasfalzárás. A lefolyásból kiemelendő, hogy secundaer fertőzés folytán 14 nap után hőemelkedések jelentkeztek, melyek azonban néhány nap óta már megszűntek, úgy hogy a teljes gyógyulás már nem kétséges. Az esetben érdekes az, hogy a vizelet kezdettől fogva teljesen tiszta volt és hogy az intraperitonealis haematoma állott a kórkép előterében.

Dollinger Gyula: Felemlíti az orvosegyesületben bemutatott esetét, mely fiatal tanítóra vonatkozik, a ki kerítés élére esett. Utána vizelete véres lett, a vizelete fájdalmas. A 7. napon jelentkezett a klinikán. A veserepedés diagnosisa kétségtelen volt. A szülő extraperitonealisan hatolt be, mert intraperitonealis vérzésnek nyoma sem volt. A vese közepén ketté volt szakadva, a szakadás átment a pyelumon, az erek is kettéváltak. A felső polus helyén maradt, az alsó 10 cm.-rel lecsúszott. A mikor a szülő a vesefeleket összehozta, kitűnt, hogy mindkét darabnak felülete anaemiás, necrobiosis volt. Reszekálta e részletet és két sima sebfelületet kapott, melyeket egyesített. Egyesítette a vesemedenczét is. A beteg meggyógyult.

Boross Ernő: Veseruptura esetében diagnostikai nehézségeket okoz azon körülmény, hogy a vizelet vagy egyáltalában nem véres, vagy csak néhány órán át tartalmaz vért, pedig a vese erősen vérzik.

Ennek magyarázatát abban találjuk, hogy a sérült oldalon a húgyvezetőbe beszorult véralvadékok teljes elzáródást okoznak és vizeletet csupán az ép vese választ el.

Veseruptura esetén azonban szerfelett jellegzetes éppen a gyakori vizelet-inger a sérülés első óráiban, a melyet a húgyvezetőbe beszorult véralvadékok elmaradhatatlanul mindig kiváltanak.

Figyelemreméltó, a veserupturákat mindenkor kísérő jelenség ez különösen olyan esetekben, midőn a beteget a trauma directe az ágyékán éri; a vizelet tiszta aranyárga, a beteg pedig jóformán kivérzett.

Manninger Vilmos: Épp azért mutatta be a beteget, mert kezdettől fogva hiányzott a haematuria és az első órákban jelen volt vizelet-ingeren kívül semmiféle tünet sem utalt a vesére.

Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya.

(XI. szakülés 1913 május hó 10.-én.)

Elnök: **Davidá Leó.**

Jegyző: **Konrádi Dániel.**

I. Veress Géza: Ulcus rodens esete. A 25 éves fiatal ember orrgyöke és két szemöldökíve közti területen egyenetlen, felhánt szélű, hámgűrűvel övezett fekély van 5 év óta. A klinikai kép és az anamnesis adatai megfelelnek az ulcus rodensnek. A kuriózumképpen végzett Wassermann-reactio negativ. A szövettani vizsgálat basocellularis epitheliomát mutatott. Ezen aránylag jobb természetű cancer ily fiatal korban ritka.

Therápiája röntgenezés vagy sebészi kiirtás. Ez esetben a gyökeres sebészeti beavatkozásnak nemcsak hogy akadályai nincsenek, de a fekély helyzete nagyon alkalmassá is teszi arra.

Hozzászól: **Marschalkó Tamás.**

II. Zacher Pál: Többszörös máj- és hasüreg-echinococcus. Az 52 éves napszámos első ízben 1912 januárjában jelentkezett a belgyógyászati klinikán. Elmondja, hogy 5 hó óta beteg, 2 hó óta hasának felső részén csomókat érez, a melyek fájdalmasak. 5 hó előtt súlya 75 kg. volt, most 55 kg. Véreset nem hányt. A tüdőhatárok egy bordaközzel lejjebb végződnek. A nyelv bevont. A has a rendesnél nagyobb terjedelmű, különösen felső részén látható erősebb elődomborodás. Tapintáskor a jobb bordaív alatt dudorzos ellentálló képlet érezhető, melynek felületén 2—3, kb. almanagságú dudor a legnagyobb. Tömöttek, nem fluctuálnak. Ezenkívül a hasüreg más tájékán is érezhetők hasonló csomók az előbbiekkel egyező consistenciával, de ezek mozgathatók. A próbareggeli után kiszivattyúzott gyomortartalom összaciditása 54, HCl 13, tejsav 0. A beteg 5 napi befekvés után elhagyta a klinikát.

Másodízben 1913 márczius 31.-én kereste fel a klinikát. Állapota ezen idő óta folyton rosszabbodott. Hasa feszesebb, fullad. 1912 ősz óta napoként van hideglelése, éjjelenként izzad. Két hét óta végtagjai dagadnak. A fizikai vizsgálat alkalmával nagyjában ugyanazon elváltozásokat találjuk, mint az előbbi alkalommal. A máj most is nagyobb, göbös. Icterus nincs. A beteg 5 nap mulva hashártyagyulladás tünetei között meghalt.

A boncolás eredménye a következő: A csontig és bőrig lesóványodott tetem megnyitásakor kb. 800 cm³, borleves színéhez hasonló, fibrincafatókat tartalmazó folyadék ürül. Gázok nem távoznak. Már a folyadék ürülésekor is meglátni a benne úszkáló borsónyi-mogyorónyi, gömbölyded, folyadékkal telt hólyagokat, melyek meglehetősen nagy számmal vannak és a hasüreg minden részében megtalálhatók. A máj a hasfalhoz hegesen odanőtt. A vékonybélkacsok fibrinösen összetapadtak. Ugy a vékony- mint a vastagbél mesenteriumán elég nagy számmal ülnek rövid kocsányon borsó-mogyoró nagyságú, gömbölyded, szőlőszemszerű hólyagok. Ezek megtalálhatók a kis medenczében a végbél falán is.

A jelentékeny, főleg jobb lebenyében eltorzult máj egész felszínét mogyorónyi-diónyi hólyagok teszik egyenetlenné; a hasfalról eltávolított kérges hegszövet fedi őket, a mely egyúttal a máj dudorzos felszínét elsimítottá teszi. Csak a hol a heges szövet el van praeparálva, tűnnek át a

hólyagok. A máj karélyos széle összekapaszkodott a haránt remesével, bal széle a gyomorral, melyhez egyúttal 5—6 kis diónyi-mogyorónyi, szőlőfűrthöz hasonló, rövid kocsányon ülő hólyag van rögzítve. A diaphragmát több helyt diónyi, gömbölydeden előemelkedő hólyagok boltosítják elő. Ezeknek megfelelőleg az izomzat annyira sorvad, hogy áttűnni enged a fluctuáló cystákat. Barnavörös májszövet csupán a máj rekeszi és hátulsi felszínén látszik. Alakjában még leginkább a máj bal lebenye megtartott, de ennek is a rekesz felé eső alsó felszínén almányi tömlős elődomborodás van. A jobb lebeny elülső felületének kb. a közepén a hólyagok közt a kérges hegszövetben kis ujjat befogadó nyílásból epétől élénk sárgára festett nyúlós folyadék ürül, sűrűn tartalmazva hol ép, hol már megpukkadott leány-hólyagokat. Megnyomva a még épnek látszó máj felszínét, szintén ürül epés geny. A metszéslapon a máj jobb lebenye nagy, több rekeszű barlanggá van átalakulva, melynek egyes, inkább cylinderalakú rekeszeit keskeny szürkés-fehér hegszövet választja el egymástól, másutt meg kevés barnás, megmaradt májszövet. A máj bal lebenyében székelő egyrekeszes barlang közlekedésben van a jobb lebeny többrekeszes barlangjával. Felemlítendő még, hogy a máj felszínén fekvő kisebb hólyagok sem egymással, sem a máj több rekeszű barlangjával nem közlekednek. Az epehólyag heges, zsugorodott, benne beszűrődött, törmelékes epe. Az epehólyag az eddig említett hydatidákhoz teljesen hasonló hólyagok által van közrefogva, mely utóbbiak betörnek a mesocolon transversumba, sőt beburjánoznak a retroperitonealis kötőszövetbe is. A flexura coli dextra alatt egy szinte ökölnyi hólyag-complexum található, a mely a máj területét fedő és a mesocolon transversumba beburjánzott hólyagokkal összefüggésben van. A kis medenczéből jó ökölnyi, szinte a feszülésig telt hólyag emelkedik elő. Végeredményében a halált az elgenyedt májechinococcus perforatiójához csatlakozó általános genyes hashártyagyulladás idézte elő.

Hozzászól: **Vidakovich Kamill.**

III. Matusovszky András: Megrepedt agyalapi aneurysma kórboncolástani készítménye. A 66 éves asszony a szemészeti klinikán azzal a panaszszal jelentkezett, hogy nem lát a bal szemével 4 év óta, a jobb szemével 6 hét óta. A bal szemének fényérzése nem volt, a jobb szemével 2 méterről olvasott ujjakat. A klinikusok atrophia nervi optici diagnoskáltak. Így feküdt a klinikán márczius 31.-éig, midőn reggel 1/27 órakor hirtelen rosszul lett, eszméletét veszítette és összeesett. Ezen állapotában szív működése felmagasztalt, légzése *Cheyne-Stokes*-jellegű volt s néhányszor az egész testre kiterjedő clonusos görcsöket észleltek. Egy óra mulva magához tért, azonban állapota nemsokára ismét rosszabbodott s 9 órakor meghalt. Így került a kórboncolástani intézetbe hemiplegia l. d. (embolia?) és atrophia nervi optici (neuritis retrobulbaris) diagnosissal.

A boncolás alkalmával kiderült, hogy az arteria carotis interna sinistrán az ér egész területére kiterjedő, jó diónagyságú aneurysma ül közvetlen az arteria cerebri media elágazódása felett, mely a bal oldali nervus opticust teljesen elszorvasztotta, úgy hogy ép idegrostot a szövettani vizsgálat alkalmával sem lehetett találni. Az agyalapról elég sok híg vér ürült. Felemlíthető még az aortában talált súlyos arteriosclerosis.

Hozzászól: **Imre József.**

IV. Kenessey Albert: Vulvovaginitis gonorrhoeica infantumhoz társuló belső ivarszervi gonorrhoeás szövödmények 2 esetének kórboncolástani készítménye. Az egyik 14 hónapos, a másik 10 hónapos csecsemőből származik, kiken klinikailag vulvovaginitis gonorrhoeica volt megállapítható, positiv gonococcuslelettel. A klinikai lefolyás tekintetében a betegség különbözőbb tüneteket, nevezetesen olyanokat, melyek belső ivarszervi megbetegedések gyanuját keltették volna, nem okozott. A gyermekek bronchopneumoniában haltak meg. A boncoláskor a kép általában mindkét esetben megegyezett: a vulva és vagina nyálkás-genyes váladékkal fedett, belövelt. A nyakcsatorna gyuladós, genyes nyálkát tartalmaz. A méhüreg

tágult, benne meglehetősen bő, kissé nyálkás, zöldes-sárga geny. A genyből mindkét esetben sikerült intracellulárisan is előforduló, Gram-negatív diplococcusokat kimutatni, sőt az egyik esetből hydrokelés agaron ki is tenyészteti. A méh és függelékei mindkét esetben egymással és a kis medence peritoneumával többszörösen összenőttek, úgy hogy e miatt tetemes dislocatio, a tubáknak, szalagoknak és ovariumoknak rendellenes elhelyezkedése, lefutása és megtörése, valamint számos vak tasak keletkezett. Az egyik esetben az uterus jobb oldalán a lig. latum lemezei közt erős proliferatiós gyuladás. A tumorszerű interligamentosus képlet mikroszkopice sarjadzások szövétből áll, melynek vándorsejt-elemeit túlnyomólag gömbsejtek és plasmasejtek teszik. A két bemutatott eset is támogatja azt az utóbbi időben mindinkább terjedő feltevést, hogy a vulvovaginitis gonorrhoeica, habár nagyon ritkán, a gyermekkorban is ascendálhat, súlyos, maradandó elváltozásokat okozva.

PÁLYÁZATOK.

4067/1913. szám.

Jászisker községében a második községi orvosi állás elhalálása folytán megüresedett, ezen állásra ezennel pályázatot nyitok.

Ezen állással 1400 korona évi fizetés és 500 korona lakbér van egybekötve.

Tartozik megválasztott orvos a törvény és szabályrendeletileg neki kiosztott teendőket végezni.

Pályázati határidőül f. é. október 20.-át tűzöm ki, mely idő alatt felkérem pályázni óhajtókat, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényeiket hivatalomhoz terjesszék be.

A választási határidőt később fogom kitűzni.

Jászapáti, 1913 október 7.

A főszolgabíró.

527/1913. szám.

A vezetésem alatt álló győri közpórháznál egy segédorvosi állás 1913 november 1.-én, egy másik 1913 december 1.-én lemondás folytán megürül, miért is azokra pályázatot hirdetek.

Az állások mindegyike 1200—1200 korona évi fizetés, élelmezés, szabad lakás, fűtés és világítás élvezetével van egybekötve. Kérvények Szodtfrid József Győrmege és Győr szab. kir. város főispánjához címelve, 1913. évi október hó 25.-éig hozzám adandók be.

Győr, 1913 október 5.

Petz Lajos igazgató-főorvos,
az orsz. közegészs. tanács tagja.

1943/913. szám.

A vezetésemre bizott ugocsavármegyei „Perényi“-közpórházban üresedésben levő alorvosi és segédorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: Nyugdíjjogosultsággal egybekötött: alorvosnál évi 2000 korona, segédorvosnál évi 1400 korona fizetés, mindkét állásnál egyszobás bútorozott lakás, élelmezés, fűtés, világítás, mosás.

Az állásra csakis az egyévi kórházi gyakorlatot igazoló orvosdoktorok pályázhatnak.

A kinevezettek — az első segélyt leszámítva — magányakortatot nem folytathatnak.

A pályázók kérvényeiket Becsky Emil főispán úr nevére (Nagyszöllös) címelve, hozzám azonnal küldjék be.

Nagyszöllös, 1913 szeptember 17.

Nagy Kálmán dr., operateur, igazgató-főorvos.

3883/1913. szám.

Udvarhely vármegye homoródi járásához tartozó lövétei körorvosi állásra pályázatot hirdetek és felhívom azon okleveles orvosurakat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen felszerelt folyamódványaikat hozzám f. évi október 20.-áig adják be.

A kör székhelye a Lövéte községhez tartozó Szentkeresztbányatelep.

A körorvos évi fizetése: 1600 korona, évi fuvarátalánya 300 korona, helyi pótlék évi 1000 korona és természetbeni lakása van.

Szabályrendeletileg megállapított rendelési, látogatási és távollásdíjak.

A körhöz tartozik Lövéte, Szentkeresztbányatelep, Szentegyházsfalu és Kápolnásfalu.

Oklánd, 1913. évi szeptember hó 28.-án.

Szabady Tivadar, főszolgabíró.

7099/1913. eln. sz.

Szeged szab. kir. város törvényhatóságánál f. é. október havi rendes közgyűlésen választás útján betöltendő két külterületi kerületi tisztviselői állásra pályázatot hirdetek.

Ezen állások mindegyike évi 2000 korona alapfizetéssel (illetve az ezidőszert kormányhatósági jóváhagyás alatt levő módosított szabályrendelet szerint 2600 korona alapfizetéssel), 800 korona napidíj és útiátalánnyal, 2 hold föld használatával, úgy 4 szoba, előszoba és mellékhelyiségekből álló természetbeni lakás, istálló és kocsiszín használatával, valamint magányakortatra való jogosultsággal van egybekötve. Az alapfizetés 5, illetve módosított szabályrendelet jóváhagyása esetén 4 évenként emelkedik.

A megválasztandó külterületi kerületi orvosok tartoznak a szegény betegeket díjtalanul gyógykezeltetni, míg a fizetőképes betegektől a 132/1891. számú közgyűlési határozattal alkotott és kormányhatóságilag jóváhagyott szabályrendeletben megállapított díjakat szedni jogosultak, nevezetesen: a beteg lakásán tett látogatásért nappal 2 koronát, éjjel 4 koronát, az orvos lakásán eszközölt gyógykezelésnél pedig nappal 80 fillért, éjjel 1 K 60 fillért. A hét éven alóli gyermekek gyógykezeléséért a fenti díjak fele jár.

Ezenkívül a trachomások kezeléséért is évi tiszteletdíj szokott a m. kir. belügyministerium által utalványoztatni.

Megjegyzem, hogy ezen kerületi orvosok székhelye nem a városban, hanem a város külterületén, a tanyákon szétszórtan élő tanyai lakosság közt van.

Az állások folyó év november hó 1.-én elfoglalandók lesznek.

Felhívom ennek folytán mindazokat, kik ezen állások valamelyikét elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. által előírt tisztviselői minősítettségüket, valamint eddigi esetleges alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérelmüket hivatalomhoz folyó év október hó 20. napjának délutáni 1 órájáig nyújtsák be. Ezen határidő után elkésve érkezett folyamódványok figyelembe nem vétetnek.

Szeged, 1913 szeptember hó 23.

Lázár György dr., polgármester.

5585. szám.

Aradvármegye kisjenői járásában a szapáryligeti orvosi körben, (melynek 7753 lakosa van) a körorvosi állás betöltendő lévén, arra ezennel pályázatot nyitok s felhívom a pályázni kívánó orvostudorokat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám, folyó év november hó 1.-éig adják be.

A kör áll Szapáryliget, Kerülő és Szinte nagyközségekből, melyek a kör székhelyétől 4—5 kilométernyire fekszenek. Székhely: Szapáryliget

Javadalmazás:

1. 1600 korona törzsfizetés és 800 koronáig terjedhető öt-öt éves 200 koronás korpótlék.

2. 1200 korona helyipótlék.

3. 400 korona lakbér.

4. Természetbeni fuvar, vagy ennek megváltása fejében 400 korona útiátalány.

5. Szabályrendeletileg megállapított rendelési, látogatási, műteti, úgyszintén a székhelyen halottkémlési és húsvizsgálati díjak.

Kézi gyógyszerár tartására a megválasztott körorvos engedélyt nyer.

Kisjenő, 1913 október hó 3.

A főszolgabíró szabadságon:

Kass dr., szolgabíró.

2675/1913.

Az üresedésben levő ratkói körorvosi állásra pályázatot hirdetek. A körorvos javadalmazása az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. értelmében 1600 korona törzsfizetés, négyszer ismétlődő 200 koronás ötödéves korpótlék, 700 korona útiátalány, megfelelő természetbeni újonnan épült lakás, 1000 korona helyi pótlék, a trachomások kezeléseért évi 400 korona tiszteletdíj; Ratkó nagyközségtől a halottkémlés teljesítéséért 16 cm³ tűzifa házhoz szállítva, mit azonban a nagyközség kívánatra pénzzel megvált. Továbbá a rimaszombati kerületi munkásbiztosító pénztártól szerződésileg biztosítható 1320 korona járandóság.

Összes járandósága tehát 5020 korona, azonkívül természetbeni lakás és a fajarándóság.

A közegészségügyi kör székhelye Ratkó nagyközség, mely egy szersmind járási székhely is.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket igazoló okmányaikkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám folyó év október hó 15.-éig annál is inkább adják be, mert elkésetten beérkezett pályázatokat figyelembe nem veszek.

Az állás helyettesítés útján azonnal elfoglalható s a helyettes az összes illetmények azonnali élvezetébe léphet s megválasztását biztosíthatja.

A választás megejtésére határidőt a pályázati határidő elteltével fogok kitűzni.

Ratkó, 1913 évi augusztus 4.

Madarassy, főszolgabíró.

1369/1913. szám.

Nyitra vármegyei privigyei járáshoz tartozó divékrudnói egészségügyi körben a megüresedett **divékrudnói körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A körorvosi állás javadalmazása: 1600 korona törzsfizetés, 800 korona helyi pótlék, 800 korona lakbér és 700 korona útiátalány.

Megjegyzem, hogy az eddig alkalmazva volt körorvos a körzetben és a nyitra számbokrétai járás felső községeiben eszközölt trachoma-kezelésért még 1000 korona fizetést és 1200 korona útiátalányt is élvezett s a körorvos a trachoma-kezeléssel a jövőben is kétségtelenül meg fog bízni.

Felhívom a pályázni kívánó orvostudor urakat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-a értelmében felszerelt pályázati kérvényeiket **hozzám folyó évi október hó 30.-áig** nyujsák be.

A választás határnapját annak idején külön fogom közölni.

A pályázat keretén kívül közlöm, hogy a volt körorvos a magán-praxison kívül összesen több mint 8000 korona fix fizetést élvezett. Ide vonatkozólag divékrudnói hivatalos helyiségben bármikor adok felvilágosítást.

Divékrudnó, 1913. évi október 2.

Somogyi, tb. főszolgabíró.

3411/1913. szám.

A pécsvárosi közkórházban lemondás folytán megüresedett **bonczoló főorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen nyugdíj jogosultsággal egybekötött állás évi javadalmazása: 2600 korona **kezdőfizetés** és 800 korona lakpénz. Ezenkívül a pécsi m. kir. bábaképzőintézetől az ott végzett bonczolásokért évi 600 korona tiszteletdíj.

Felhívom a pályázni kívánó orvostudorokat, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 63. §-ában előírt minősítésüket, valamint a kórházi alapszabályzat 36. §-a értelmében hosszabb egyetemi kórbonczolástani működésüket és a **röntgenezésben** kellő jártasságukat igazoló okmányokkal, valamint egészségi bizonyítvánnyal felszerelt pályázati kérvényeiket méltóságos **Visy László dr. úrhoz**, Pécs sz. kir. város főispánjához czímezve **alulírott kórház igazgatóságánál** f. évi október hó 31.-éig nyujsák be, mert a később érkező pályázatok figyelembe vételét nem fognak.

Pécs, 1913. évi szeptember hó 25.-én

Kórházigazgatóság.

A budapesti poliklinika kórházában megüresedő

alorvosi, esetleg segédorvosi állásra

a pályázatok **november hó 8.-áig** a poliklinika igazgatóságához czímezve nyujtandók be. Javadalmazás 1000, illetve 800 korona, azonkívül szabad lakás és teljes ellátás. A választás 2 évre szól.

Betöltendő orvosi állás.

A Pesti Chevra Kadisa Izraelita Szent-Egylet, Budapesten az Amerikai-úton levő „Szeretetháza“ számára bennlakó **orvost** keres. Lehetőleg nyugdíjas, egyedül álló, más gyakorlatot nem folytató, izraelita vallású orvost keres, a ki idejét kizárólag az intézetnek szentelné. Az állás javadalmazása: lakás, teljes ellátás és havi 100 korona fizetés. Az intézetben több specialista főorvos is tart rendelést. Pályázatok f. évi október hó 31.-éig a Pesti Chevra Kadisa Izraelita Szent-Egylet czímére, Budapest, VI., Laudon-utca 3. sz. küldendők.

Meran, Balog-Villa

Diätetikus intézet az új Kurmittelhaus mellett

Ideg-, szív-, anyagcsere-betegeknek, üdülők és prophylaktikusok számára. Állandó orvosi felügyelet, sanitaer, modern kényelem. Szellőztetők, melegvíz-vezeték, villanyos lift, központi fűtés, vacuum stb.

Tüdőbetegek kizárva.

Dr. BALOG LAJOS.

Budapesti Szanatóriumok és Gyógyító Intézetek Egyesülete

Intézet bennlakó betegeknek.

Dr. JAKAB-féle Liget-sanatorium
VI., Nagy János-u. 47. sz.

Diaetás, diagnostikus, fizikoterapiás intézet.

Park-sanatorium
VI., Aréna-út 84/b.
(Liget-sanatorium rt. tulajdona)

Sebészeti, nőgyógyászati, szülészeti és urológiai gyógyintézet.

Dr. Pajor sanatorium és vízgyógyintézet Budapest, Vas-utca 17.

Bel, diaetetikai és sebészeti osztályokkal. Röntgen, Radium, póstyéni iszap, Pneumatikus kamara, Inhalatorium stb.

Dr. Batizfalvy-féle szanatorium
VI., Aréna-út 82.

Vízgyógykezelés, szénsavas fürdők, villanykezelés.
:: Bejáróknak is. ::

Intézet bejáró betegeknek.

Dr. JUSTUS
bőrbajokat gyógyító és szépségápoló intézete
IV., Ferencz József-rakpart 26.

Sugaras gyógyítás. Röntgen. Radium. Forró légkészülék. Fürdők. Kozmetikai műtétetek.

Dr. Hoffmann Jenő
Physioktherapiás intézete
VI., Váci-körút 51. sz.

Röntgen-rádium-elektrotherapia (galvanisatio, faradisatio, sinusoidális áramok, Leduc-áram, magas feszültségű áramok, diathermia, ionisatio és az elektrotherapia többi összes modalitásai), **massage-fény- és hőtherapia**



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 sikerrel használtatik.

Hugyhajtó hatása.
Kellemes izü.

Könnyen emészthető.
Teljesen tiszta.

Állandó összetételü.
Vasmentes.

Kiváló óvszer a vörhenynél (scarlatina) fellépő vesebántalmaknál.

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

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

SCHULTES ÁGOST Szinyelipóczi Salvator-forrás Vállalat, Budapest, V. Rudolf-rakpart 8.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

- Haberern Jonathan Pál:** Közlemény a Szt. Rókus-kórház urológiai osztályáról. Idegen test a vesében. 769. lap.
- Vértes Oszkár:** Közlemény a berlini friedrichshaini közpórház bakteriologiai laboratóriumából. (Főorvos: Dr. Wolff-Eisner.) Adatok az eklampsia pathogenesiséhez. 771. lap.
- Ferenczi Sándor:** Közlemény a Budapesti Kerületi Munkásbiztosító Pénztár I. ideg-betegosztályáról. Az idegkórtanban értékesíthető néhány megfigyelés a szemén. 775. lap.
- Dörner Dezső:** Közlemény a budapesti kir. magyar tudomány-egyetem orr- és gége-orvostani klinikájáról. (Igazgató: Ónodi A. dr., egyetemi tanár.) Az orrmelléküregék tuberculosisáról. 776. lap.
- Kollarits Jenő:** A magyarországi néptüdősanatóriumok elhelyezéséhez. 778. lap.
- Bauer Lajos:** Közlemény a székesfővárosi szent Margit-kórházról. Veszedelmes-e a konyhasó-oldat orális adagolása intoxicatio eseteiben? 778. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Veress Ferenc: Kosmetika orvosok részére. — *Lapszemle.* Belorvosok. Minkowski: A köszvény gyógyítása. — *Sebészet.* Noland és Watson: A malariás lép spontán repedése. — *A. Theilhaber:* A carcinoma gyógyulása. *Idegkórtan.* Redlich: A Wassermann-féle seroreactio és a tabes dorsalis. — *Mattauschek és Pilcz:* 4134 luessel fertőzött tiszt további sorsa. — *Elmekórtan.* P. Schilder: Az úgynevezett sclerosis diffusa (encephallitis periaxialis diffusa). — *P. Naecke:* A részegségben való nemzés és annak káros hatása. — *Szülészet és nőorvosok.* Pinkuss: A mesothorium-kezelés eredményei carcinoma eseteiben. — *Sellheim:* A terhesség megszakítása és sterilisatio egy ülésben abdominalis úton. — *Venerés betegségek.* W. Pick: A lueses fertőzés forrásának jelentősége a syphillis további lefolyásában. — *Húgyszervi betegségek.* Fusochiaro de Meo: A húgycsőszűkület s ennek vonatkozása a férfi nemzőképességéhez. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.* Herrligkoffer és Lipp: Dürkheimi Max-forrás. — *Vetlesen:* Pneumonia. — *Schnee:* Basedow-kór. 779—783. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság. 783. lap.

Vegyes hírek. 783. lap.

Tudományos társulatok. 784—786. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a Szt. Rókus-kórház urológiai osztályából.

Idegen test a vesében.*

Közli: Haberern Jonathan Pál dr., főorvos.

A vesében található idegen testek caustikája igen gyér, mert a vese azon sérülései is, melyek magára a vesére szorítkoznak, általában ritkábbak. Így lövések, melyek elülről vagy oldalról hatolnak a testbe, ritkán sértik a vesét egyedül. Természetesen ilyenkor a löveg maga is a vesében megakadhat. Ezen sérülések esetén találkozunk az idegen testek érdekesebb eseteivel is. Utközben ugyanis a löveg vagy ruhafoszlányt ragadhat magával, vagy útjában a bordából vagy csigolyából csontszilánkot tépve le, ezt is a vesébe sodorhatja.

Találkozunk az irodalomban esetekkel, melyek kétségtelenné teszik, hogy ezek az idegen testek azután, noha igen nagy nehézségek közt, az ureteren át a hólyagba juthatnak s esetleg a vizelettel üríthetnek ki. *Hennen* egy szövetfoszlányt, *Demme* pedig csontdarabot látott a húgycsővön át távozni. Másrészt *G. Simon* egy esetének leírásából tudjuk, hogy vesesérülés után löveg és ruhafoszlányok a vesében eltokolódva begyógyulhatnak. Azt is tudjuk, hogy az ilyen szövetcszafat mint fertőzött idegen test körül tartós gennyedés fejlődhet ki, mely azzal a veszéllyel fenyeget, hogy innen kiinduló genysüvedések állanak be, hogy genyes nephritisek fejlődnek vagy áttörések a szomszéd üregekbe.

A vesében talált idegen testek casuistikájában eddig talán egész különállónak mondható a következőkben közlendő esetem. Röviden előrebocsátom kórrajzát, mely az eddig leirt esetektől megkülönböztető több mozzanatot tartalmaz.

J. J. 24 éves bányamunkás Gölniczbányáról (Szepesm.), felvétetett a Rókus-kórház urológiai sebészeti osztályára 1911 június 10.-én (21.014/911. sz. a.).

* Ezen dolgozat németül a Pertik-Emlékkönyvben jelent meg.

Mindig egészséges volt. Gyermekebetegségekre nem emlékszik.

12 éves kora óta vasbányában dolgozik mint bányamunkás. Baleset sohasem érte, míg 1911 május 16.-án éjjel dynamittal történő robbantáskor, melyet mint rendesen, három bányamunkás társával végzett, a dynamittöltény elhelyezése után ez, mielőtt menekülhetek volna, sistergéssel fölrobbant. *A robbanás mind a négyüket földre terítette.* Egyikük helyben meghalt, kettő kisebb sérüléseket szenvedett, ő maga a robbanáskor a földre zuhant ugyan, de azonnal talpra állt s eszméletét nem veszítve, a bányából kifelé igyekezett s körülbelül 200 méternyi utat téve meg, elszedült, elesett. Ez éjjélkor történt. Eszméletét csak másnap délben, azaz 12 órával a sérülés után nyerte vissza a bányakórházban, a hová időközben beszállították. Ébredésekor sehol sem érzett fájdalmakat, még baloldalt a 12. borda táján levő, alig 1.5—2 cm.-nyi, látszólag csak bőrsérülés helyén sem, melyet azóta az orvos varrattal egyesített volt. Első vizlésekor vette észre, hogy az véres és estig, tehát fél napig véresen vizelt. Aznap este már rendes színű volt a vizelete.

A kórházban a sérülés után két hetet töltött a legjobb közérzettel s az egész idő alatt a véres vizelés *nem ismétlődött meg.* Fájdalmai sem a vesetájon, sem másutt az egész idő alatt nem jelentkeztek. A bordafölötti kis sebből az orvos a varratot az 5. napon távolította el.

Két heti kórházban tartózkodás után lakására ment, a hol szintén teljesen jól érezte magát.

Otthon tartózkodásának 10. napján munkába készülve, előzőleg erejét, munkabírását fafűrészeléssel akarta kipróbálni; semmi fájdalmat sem érzett, de ismét beállott a vérvizelés. Az orvosa által ajánlott ágynyugalom dacára ez egy hétig eltartott. A véres vizelés megszűnte után semmi panasza sem volt egészségét illetőleg, orvosa azonban felülvizsgálatra osztályomra küldte.

Itt a különben közepesen fejlett és táplált, szervi bajokban nem szenvedő láztalan betegen a vizeletet összetételét illetőleg teljesen normalisnak találtuk.

A veséket palpációval nem tapinthatuk. A Röntgen-kép azonban a bal vesében árnyékot adott, úgy hogy három heti megfigyelés után, a sérülés napjától számított 7. héten az árnyékot adó bal oldalon nephrotomiát végeztem a *Bergmann*-féle lumbalis metszés segítségével (1911 június 29). A vesének zsírtokjából való kifejtése közben éreztem, hogy a mindenütt normalis tapintatú, nem megnagyobbodott vesében a hilus fölött, erősebb fogáskor, éppen a sectiós metszés irányának megfelelő helyen kemény, éles test tapintható a vese parenchymájában, közvetlenül a kéregállomány alatt.

A vese kigördítésekor elülső felületének közepén körülbelül ötkoronás mekkoraságú területen a vesetokon erősen érezett, közben a vesekéreg állományába húzódó heges szövetet mutató részlet van. A vese alsó polusának megfelelően inkább a zsírtokon, mint magán a vesetokon szürkés-barnás, koronamekkoraságú szövetrészlet valószínűleg véres beivódás maradványa.

A vese tokján keresztül ennek parenchymájában érezhető éles szélű idegen testre a hilus felett a kéregállományba vezetett hosszmetés után ennek eltávolítása könnyen sikerült. Az idegen test elgörbült pléhdarabnak bizonyult, mely a mint látszik, a sérülés után most már 7 héttel, kissé incrustálva, elég erős kötőszöveti tokkal volt (sclerosisos folyamat) körülnöve, mert az ejtett sebből vérzés nem jelentkezett, sem pedig vizeletszivárgás jelei nem mutatkoztak.

A vese visszahelyezésekor a 2 $\frac{1}{2}$ cm. hosszú sebszék simán egymásra illeszkedtek s úgy helyezkedtek el, hogy varratot nem is alkalmaztam, hanem ezen sebig steril tampon helyeztem a reponált veséhez s az izom és bőrseb többi részét szabályszerűen bevarrtam.

Láztalan, fájdalomtalan sebgyógyulás követte a műtétet, mely után a vizelet 1 $\frac{1}{2}$ napig kevéssé véresen tingált volt. Tamponeltávolítás a 3. napon, a varratok eltávolítása a 10. napon. Gyógyulás per primam intentionem.

A beteg azóta teljesen egészséges, vizelete mindig normalis. Sohasem volt akadályozva a munkában, melyet a régi megszokott módon végez a vasbányában.

Arra vonatkozólag, hogy ezen pléhdarab honnan és hogyan kerülhetett a veséjébe, eleinte kétségben voltunk, mert a robbantáskor használt dynamittöltény maga csak papirtokból áll, azon semmi pléhrészlet nincsen s csak utóbb értesültünk, hogy a robbantáskor használt hozzávalókat egy mosdótálalakú vaspléhtálban helyezték el s ez a pléhtál repült a robbanáskor darabokra törve szerteséjjel.

A betegünk veséjében talált pléhdarab hossza 2 cm., legszélesebb része 11 mm. (L. az ábrát).

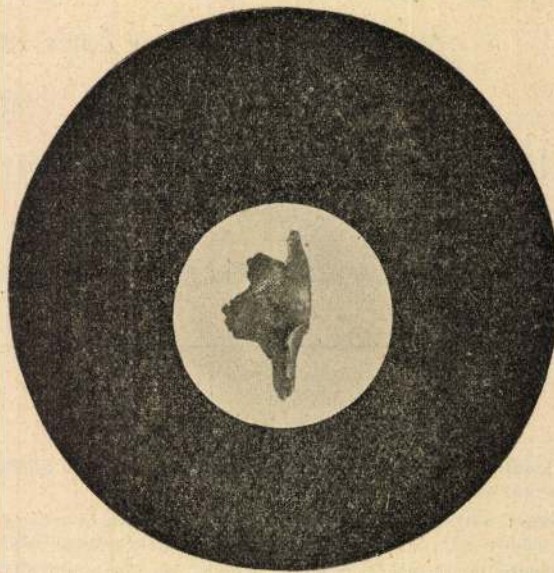
* * *

Az eset elbírálásakor urológiai sebészeti szempontból figyelemreméltók a sérüléssel kapcsolatos tünetek közül különösen a *shock*, a fájdalom, a haematuria s kórtani szempontból a gyógyulás. Tekintve, hogy analog eset az irodalomban alig van, a továbbiakban főképpen a lött sebek szolgáltatott tapasztalatokat vesszük alapul.

A *shock* tünete az, mely a legtöbb észlelő szerint a vesesérülteken kifejezett. A hadi sebészetből tudjuk, hogy a vesesérültek a háború okozta psychés izgalomban néha csak órák mulva esnek eszméletlenül össze. Általában ritkább tünetnek látszik, sőt nem is pathognomostikus, a mit bizonyít az is, hogy *Delbet* 300 eset közül csak 12-ben tudta megállapítani. *Garré* különben felemlíti a *shock* ritkaságának bizonyítására, hogy a sérült igen sokszor tovább dolgozik a sérülés után s a szembeötlő vérvizelés hívja fel figyelmét súlyos sérülésére. Esetünkben érdekes, hogy az explosio mint olyan leterítette, de azonnal talpra állt s eszméletét nem veszítve, a bányából kifelé igyekezett s csak 200 méternyi út megtétele után szédült el, esett össze eszméletlenül, mely állapotból csak 12 óra mulva jött öntudatra.

A teljesség kedvéért itt említjük meg, hogy ettől az általános, az egész organismus shockjától megkülönböztetjük a helybeli, tehát a vesét magát ért *shockot*, melyről megem-

lítjük, hogy az átlött vese ezen helybeli shock következtében működésében sokszor napokra kiterjedőleg megbénul. Innen van az is, hogy a friss vesesipoly néha csak lassan kezd secernálni s csak napok mulva tapasztalható rajta a vizelet-szivárgás.



A vesesérülést követő *fájdalmak* igen figyelemreméltók. Sokféle jellegűek lehetnek. Mint az újabb vizsgálatok bebizonyították, a veseparenchyma érzéstelen. A kísérő fájdalmat okozhatja a környező lágyrészeknek, másrészt bordának, a vese rostos tokjának sérülése, sokszor nagy, részben a sérülés következtében fejlődött s mindinkább növekedő vérömlenynek a rostos tokra gyakorolt nyomása. Ha az alvadékos vérömleny az ureteren át nyomul a hólyag felé, akkor a szomszédos érző idegekre gyakorolt nyomás is fájdalmakat vált ki (n. ileo-inguinalis, n. genito-cruralis, n. lumbalis).

A vesefájdalom néha lényegesen útbaigazító a kórjelzés felállításakor, de meg is téveszthet.

Tudjuk, hogy a fájdalom jelentkezésének módja — mely igen váltakozó lehet — és hevességének foka alapján fájdalomgörbét szerkesztettek, éppúgy mint hőfokgörbét, melyben a fájdalmat is continuus, intermittens vagy remittens típusúnak írják le.

A fájdalom, mely a vese szúrt és metszett, továbbá robbantó hatás nélkül áthatoló löttsebei esetén tapasztalható, gyakran igen csekély. Gyakran a külső lágyrészekben érzett fájdalom elnyomja a belső fájdalmat. A vese parenchymájának erősebb zúzódásával járó sérülése esetén pedig nagyobb a tulajdonképpeni vesefájdalom. Különösen löttseb eseteiben a sérült oldalon a herefájdalmat s a here retractiójával járó cremastergörcsöt tartották jellegzetesnek, mely utóbbi azonban egyesek szerint főleg akkor jelentkezik, ha véralvadék halad át az ureteren. A vese beszakadását követő fájdalom, ha a beteg nem kollabált, mindig a sérülés után áll be, állítólag mélyen a lágyéktájba is kisugározva. Fúró, néha erősen nyomó jellege órák vagy napok mulva inkább feszülő fájdalommal alakul át, mely mellett a mély légzés (köhögés, tüszentés, helyzetváltozás) igen fájdalmas. Ilyenkor a légzés is felületes, hogy a hasizmok nagyobb kitérést ne végezzenek. A vesefájdalom tünetét *Blum* az urogenitalis megbetegedések tünettáblájában igen részletesen analizálja.

Igen érdekes esetünkben, hogy a beteg, a midőn a sérülés után 12 órával visszanyerte eszméletét, ébredésekor *sehol sem érzett fájdalmat*, még baloldalt a lágyrészekben sem, a hol a 12. borda táján látszólag csak bőrsérülés nyoma volt jelen. Az esetleges vesesérülés gyanújára a figyelmet ebben az esetben is csak a 12 órával a sérülés után történt első vizelés hívta fel. *Vesetáji fájdalmak* a betegnek sem a bányakórházban töltött két hét alatt nem jelentkeztek, sem pedig akkor, a midőn a kórházat elhagyva, otthontar-

tózkodásának 10. napján munkaképességét s izomerejét fafűrészeléssel próbálta ki. Ekkor is csak az erős izommunka után beállott vérvezetés volt a sérülés localisatiójára valló gyanus tünet. Ugy hogy az idegen testnek a vesébe való jutásától egészen a hét héttel ezután történt eltávolításáig a legminimalisabb fájdalmat sem okozta. Megjegyzendőnek tartom, hogy a beteg feltűnő értelmesen figyelte meg baját s adta elő a kórlefolysást, illetőleg panaszait.

A vesesérülés egyik legjellemzőbb tünete a *véres vizelet*, a *haematuria*. Ezen tünet csak akkor hiányzik, ha vagy csak a vesetok sérül meg és a veseparenchyma sértetlen marad, vagy ha a sérülés az ureterre is kiterjed s azt keresztülszakítja, illetőleg dislokálja, a mikor a continuitás a vese és a hólyag között megszakad. Csekély sérülések után a beteg órákig nem érezvén vizelés-ingert, csak az órák múlva kiürített vizelet vértartalma árulja el a sérülést. Ha ellenben a sérülés jelentékenyebb s az ureteren át nagyobb mennyiségű vér jut a hólyagba, ez hamar megtelik s hirtelen vizelés-ingert támad s a vérvezetés csakhamar nyilvánvalóvá lesz. Ha a vér kiürítése közben a vesemedenczében vagy az ureterben megalvad, akkor az ureter lumenét kitölti, minek következtében kínzó görcsöket idéz elő a vizelet megnehezített ürítése közben. Néha a vese lött- meg szűrtsebei esetén is megeshet, hogy a vérérvadékok a hólyagot is oly fokban töltik ki, hogy ennek kiürítése csak operatív beavatkozással (sectio altával) sikerül, a mire osztályomon is voltak esetek, melyeket annak idején a „Közkórházi Orvostársulat“-ban mutattam be. (Kollmann-Jacoby: Urologischer Jahresbericht, Lit. 1910, Pag. 199.)

A sérülés után később beálló vérzés oka a thrombus elgenyvedése.

A vese löttsebének *kimenetele*, mint a többi hasüri mirigyé, a vérzés nagyságától függhet, csak hogy a vese peripheriája, ellentétben a többi hasi mirigygyel, nem hajlamos nagyobb vérzésre. A vesesérülések, különösen a löttsebek befolyása nagyban függ (Oettingen) a *vérzéstől*, mely lehet kifelé jelentkező (a vese felületéről a hólyagon át) s lehet belső (intraperitonealis és extraperitonealis). Veselövés esetében a nagyobb fokú vérzések nem gyakoriak. A renalis vérekből származó elvérzés ritka, bár nagy vérvesztések sürgős beavatkozást igényelhetnek. A hólyagon, húgycsövön át való elvérzést az észlelők alig tartanak valószínűnek, bár egy vesesérülés-esetünkben gyors beavatkozásra volt szükség a nagyon kivérzett beteg életének megmentésére. (Vide: Jahresbericht, l. c.) Az extraperitonealis vesevérzések súlyos haematomákra vezetnek, az intraperitonealisok olyanok, mint a nagy hasi mirigyek ereiből származó vérzések. Differentialdiagnosist az irányban, hogy a veséből jön-e az intraperitonealis vérzés, alig tehető.

De e mellett függ a vesesérülés lefolyása a *vizelet-szivárgástól*, mely az infectiót elősegíti, bármily tisztán látjuk el a sebet. Ez azonban ritka, mert csak akkor találkozunk vele, ha a vesemedence nyíltan kommunikál a vese löttsebével. Itt is megemlíttük, hogy a vese izolált sérülései igen ritkák, valamint hogy komplikált hasi sérülések esetén a gyomorbél részéről jelentkező tünetek mellett a néha napok múlva beálló vérvezetés az első jele a vesesérülésnek.

Esetünk is azon esetek közé sorozható, melyekben a *haematuria* volt az, mely a vesesérülés felvételére irányította a figyelmet. A vérzés sem a sérülés napján, sem az izommunkát követően nem volt nagyobb fokú, mert sem vizelés-ingert, sem alvadék okozta zavarokat nem támasztott. A sérülést követő kb. 3. héten az izommunka előidézte haematuria oka vagy thrombusleválás lehetett, vagy pedig az erős izommunka közben az igen élesszélű idegen test mechanikai insultusa arrodálta a veseszövetet.

A vesesebek *gyógyulását* illetőleg tudjuk, hogy az erős heges kötőszövetel történik. A vesébe jutott idegen test körül pedig vaskos hegszövet képződik, mely azt a vese parenchymájától elválasztja. A műtét közben győződünk meg arról, hogy esetünkben az idegen test, oldalt a 12. borda táján hatolva be, a vese elülső felületéről fúródott a vese állományába, csekély

vesekörüli vérzést is okozva, melynek nyomát ugyancsak a műtét közben a vese zsírtokjainak legalsó részén találtuk. Hogy az idegen testek s így a szövetfoszlányok is, melyek a vesében rekedtek, concrementumok vagy tömör vesekövek magvát alkotják, ismeretes. Máskor az ilyen szövetcszafat állandó vizeletsipoly fentartásához vezetett. Mindkét lehetőséget elhárította az idejekorán végzett műtét, az idegen test eltávolítása által.

Esetünkben az idegen test körül a sérülést követő 7 hét alatt heges sclerosisos szövet képződött volt. A rámetéssel történt eltávolításkor a veséből vérzés nem jelentkezett, csak a vizelet volt kissé véresen tingálva másfél napig.

Végül megjegyezzük, hogy a Röntgen-képen talált árnyék alapján nem éreztük magunkat feljogosítva idegen test diagnózisának felvételére, inkább kő vagy sérülés okozta árnyékot adó szövetelváltozás javallotta a műtét beavatkozását. A vese nem lévén megnagyobbodva, palpálható nem volt s az idegen test különben a vese felső felében, a hilus fölött helyezkedett el a palpáció számára hozzáférhetetlenül.

Közlemény a berlini friedrichshaini közkórház bakteriologiai laboratoriumából. (Főorvos: Dr. A. Wolff-Eisner.)

Adatok az eklampsia pathogenesiséhez.

Írta: *Vértés Oszkár* dr., I. tanársegéd a kolozsvári egyetem nőgyógyászati klinikáján.

I. rész.

Az eklampsia mint anaphylaxiás jelenség.

Az anaphylaxia felfedezése a legutóbbi évek kutatásának eredménye. Alig egy évtizede, hogy az anaphylaxia, az immunitás tanának e látszólag legparadoxabb jelensége, ismeretessé vált és már ezen aránylag rövid idő alatt is részint alapvető kísérletes dolgozatok, részint casuistikai közlések révén tekintélyes irodalomra tett szert. Az anaphylaxia kezdetben csupán teoriás és kísérleti eredményeinek nagy jelentőségét mi sem bizonyítja fényesebben, mint az, hogy a kísérleti eredményeket sikerült a gyakorlati orvostudományban is érvényre juttatni, hol bizonyos kérdésekben átalakítólag hatott. Így sok megbetegedésről, melyet eddig kóroktanilag helytelenül értelmeztek, kiderült, hogy nem egyéb, mint anaphylaxiás jelenség; más betegségek, melyekről eddig azt hitték, hogy teljesen különböző aetiologiájuk van, éppen az anaphylaxia tana által egységes megvilágítást, azaz egységes kóroktani alapot nyertek; továbbá a fertőző betegségek bizonyos tüneteit, a melyekről a valóságnak meg nem felelő fogalmat alkottunk magunknak, az anaphylaxia tana érthetővé és megmagyarázhatóvá tette.

Világos, sőt szinte magától értetődő, hogy az orvostudományok közül éppen a belgyógyászat, mely a legközelebbi vonatkozásban van az immunitás tanával, volt az első, mely a maga céljaira iparkodott kiaknázni az anaphylaxia tanát; a többi tudományok egyleg keves, vagy semmi hasznát sem látta az anaphylaxia tanának.

Szinte előre várható volt, hogy az anaphylaxia tanát a szülészetben oly körkép esetén igyekeznek majd alkalmazni, melynek pathogenesisé a reáfordított roppant nagy fáradtság daczára még a mai napig sincs tisztázva, bár a bűvárok évek folyamán egyetlen „modern“ teoriát sem engedtek tolvonulni a nélkül, hogy ne kísérelték volna meg ama betegség kóroktanának felderítésére felhasználni. Ez a betegség a *Zweifel* által „a teoriák betegsége“ névvel felruházott körkép, vagyis az eklampsia. Habár azon dolgozatok, melyek ama célt tűzték ki maguk elé, hogy az eklampsiát anaphylaxiás jelenségnek tüntessék fel, aránylag még kis számúak, az ez irányban végzett vizsgálatok már most célravezetőnek látszanak az eklampsia pathogenesisének kiderítésében s egyúttal azon reményre jogosítanak, hogy helyes útra fogják terelni a kérdés megoldására irányuló későbbi munkálatozatokat is.

Mielőtt bővebben tárgyalnám azokat az eklampsiára vonatkozó munkálatokat, melyek ez irányban napvilágot láttak és ismertetném azon kísérleteket, melyeket *Wolff-Eisner* veze-

tése mellett a berlini friedrichshaini közkórház laboratóriumában végeztem, megkísérlem az anaphylaxia lényegének, törvényi fejlődésének és a tan mai állásának nagy vonásokban való vázolását.

Anaphylaxiának nevezzük azt a jelenséget, mely abban nyilvánul, hogy a szervezet, mely bizonyos anyagok első ízben való bevitelére alig, vagy egyáltalában nem reagál, ugyanazon anyag második, vagy ismételt adagolására heves, intenzív és gyorsan beálló reakcióval válaszol. Mivel az anaphylaxiát mint általános érvényességű törvényt a fehérjén fedték fel s a fehérjéken tanulmányozták is, a tulajdonképpeni anaphylaxia tanát következetesen a fehérjékre vonatkoztatjuk, habár ezt a fehérjeanaphylaxiát a toxinanaphylaxia felfedezése időbelileg megelőzte.

1901-ben írta le *Behring* a toxinanaphylaxiát; *Behring*-nek feltűnt, hogy egy erősen immunizált ló, melynek vérsavója bizonyára sok antitoxint tartalmazott, toxikus tünetek között pusztult el a virus relative oly kicsiny dosisa után, a melyet egy normalis, nem praeparált állat minden nehézség nélkül elviselt volna. Tehát az állat a toxinnal szemben anaphylaxiás lett. Ezúttal ezzel a toxinanaphylaxiával, a melyet keletkezéséről a fehérje-anaphylaxiával összhangzásba hozni nem tudunk, nem foglalkozunk. Jelenleg bennünket csak a tulajdonképpeni fehérje-anaphylaxia érdekel.

A fehérje-anaphylaxiát és tünetcsoportját majdnem egyidejűleg írta le *Wolff-Eisner* és *Pirquet*, még pedig a klinikailag súlyos és az állatkísérletben gyakran halálra vezető formát *Wolff-Eisner*, a klinikailag könnyű formát pedig serumbetegség alakjában *Pirquet*. Hogy az anaphylaxia tünetcsoportjának gyakran egynéhány perc alatt beálló és lefolyó jelenségeit könnyebben megérthessük, az anaphylaxiás tünetek ecsetelése előtt helyénvaló lesz, hogy az anaphylaxia elméleti magyarázatára *Wolff-Eisner* szerint röviden kitérjünk; ezzel egyúttal az anaphylaxia lényegét, a gyors és intenzív reakciót is meg fogjuk világítani. A fehérje első adagolása után lysises, reakciós anyagok keletkeznek az állat vérsavójában, melyek a második és a következő injectiók alkalmával adagolt fehérjére feloldólag, lysisesen hatnak (albuminolyzin) és ennek következtében a fehérjék felbontása, feloldása által mérgező fehérjeanyagok válnak szabaddá. Tulajdonképpen már az első injectióval a szervezetbe juttatott fehérjét is feloldják a normalisan jelenlévő lysises anyagok, az ú. n. normalamboceptorok; azonban ez a feloldás éppen a lysises anyagok kis tömegénél fogva oly lassan megy végbe, hogy a szervezet részéről egyáltalán nem jön létre reactio. De ezzel az első injectióval megindul a lysises, specifikus immunanyag képzése és ha már most bizonyos idő múlva az injectio megismétlésével ugyanazt a fehérjét ismételtelen a szervezetbe juttatjuk, akkor a szervezet már oly sok specifikus, a befecskendezett anyagot feloldó immuntesttel rendelkezik, hogy a bekebelezett fehérje rögtön feloldódik és a fehérje mérgező bomlástermékei a szervezetet igen rövid időn belül teljesen elárasztják. Tehát a második injectio után intenzív és rögtön beálló reactio következik be és éppen ebben áll az anaphylaxia lényege.

A *Friedberger*-féle theoria az anaphylaxia keletkezését úgy magyarázza, hogy az antitest, az antifehérje, mely az egyébként nem mérgező fehérjével való előkezelés következtében képződött, a reinjectio alkalmával használt fehérjéhez kapcsolódik és ezen fehérje- és antifehérjeösszekötéséből keletkező mérgező — mit *Friedberger* „anaphylatoxin“-nak nevez — most a complement lekötésével szabaddá lesz. Az analogia a *Wolff-Eisner*- és a *Friedberger*-theoria között az, hogy mindkettőjük az antigen és antitest egyesülésével complement jelenlétében magyarázza az anaphylaxiát. A különbség a két felfogás között csak annyi, hogy *Wolff-Eisner* egyszerűen a lysisben látja a mérgehatást, míg *Friedberger* szerint a fehérje és antifehérje egyesüléséből származik a virus.

A mi az anaphylaxia klinikai tüneteit illeti, a legsúlyosabb, letalisan végződő formát *Wolff-Eisner* írta le 1904-ben. A valóban klasszikus leírás szószerint a következő: „Nach

einem kurzen, oft nur Minuten währenden Inkubationsstadium entwickelt sich mit einer an die Erscheinungen bei Luftembolie erinnernden Plötzlichkeit eine schwere Dyspnoë; unter tonisch-klonischen Krämpfen erfolgt bisweilen der Exitus und zwar nach wenigen Minuten, in anderen Fällen ist die Dyspnoë transitorisch, die Kaninchen erholen sich oft in überraschend kurzer Zeit, in einigen Stunden wieder bieten sie dann das Aussehen völlig normaler Tiere. Macht man aber nach einiger Zeit die nächste Injektion, so stellen sich doch dieselben Erscheinungen in verstärktem Maasse wieder ein und das Tier geht an denselben zugrunde.“

A klinikailag könnyebb alak, a serumbetegség, a mit először *Pirquet* tekintett anaphylaxiás jelenségnek, láz, exanthemák és veseizgalom tünetei között zajlik le.

Az anaphylaxia ezen két klasszikus formáján kívül — a *Wolff-Eisner* által kísérletileg előidézett halálosan végződő és a *Pirquet*-féle enyhe tünetekkel lefolyó alakon kívül — aránylag rövid idő alatt a betegségek egész hosszú sorát — melyeknek részletesebb tárgyalásába itt nem bocsátkozunk — mint anaphylaxiás megbetegedéseket írták le. Mindezen megbetegedések az idegen (körperfremd) fehérjék gyors, időszakosan ismétlődő felszívódásán alapszanak és éppen ezen kóroktani körülmény az, a mi ezeknek a betegségeknek különböző klinikai tünetek mellett is egységes kóroktani alapot kölcsönöz.

Egész röviden még — a mennyiben themánk keretében érdekel bennünket — kitérünk arra, hogy az anaphylaxiás jelenségeket mire lehet visszavezetni és hogy erre vonatkozólag milyen bizonyítékok állnak rendelkezésünkre.

Már az, hogy az anaphylaxia kísérletileg előidézett alakjában jelentkező dyspnoë igen gyakran (rövid ideig tartó) átmeneti jellegű és hogy az állat igen rövid idő alatt, néhány perc múlva teljesen magához térhet, arra a gondolatra indít bennünket, hogy ezeknek a jelenségeknek centralisan kiváltott, vasomotoros alapjuk kell hogy legyen, mert különben alig volna elképzelhető az állatnak oly gyors felépülése. Ezt a feltevést több bizonyítékkal támogathatjuk:

Wolff-Eisner kiemeli, hogy idegen (körperfremd) fehérjével sensibilizált állatok, melyek látszólag semmi kóros jelenséget sem mutattak, rázkódtatásokkal szemben oly érzékenyek voltak, hogy a csekély magasságból való leesés, a mi a nem kezelt állatok minden baj nélkül elviseltek volna, már megölte őket.

Súlyos anaphylaxiás jelenségek után az állat felépülését előmozdíthatjuk mesterséges légzés alkalmazásával, a mi ismét a központi idegrendszer ingerlésén alapszik.

Serumbetegség egyes esetei igazolják, hogy vasomotoros zavarokra praedisponált egyének érzékenyebbek ezzel a bántalommal szemben; a szénaláz súlyosabb jelenségei is hasonlóképp ideges egyéneken fordulnak elő.

Az anaphylaxia-kísérletekben elpusztult állatok kórszöveti leletében szereplő maximalis tüdőcapillaristágulás is a vasomotorbénulás mellett szól. Ezen tények és tapasztalatok alapján az anaphylaxia és a központi idegrendszer között szoros kapcsolatot vehetünk fel, a mennyiben az anaphylaxia kiváltását a vasomotoros központ izgalomára kell visszavezetnünk.

Annak a problémának a megoldásakor, hogy vajjon az eklampsia és az anaphylaxia párhuzamba állítható-e, legelső sorban az a kérdés nyomul előtérbe, hogy melyek azok a rendelkezésünkre álló tények, melyek annak *lehetősége* mellett bizonyítanak, hogy az eklampsia nem egyéb anaphylaxiánál.

Schmorl fölfedezte, hogy az eklampsiában elhalt betegek szerveiben rendszerint placentaemboliák találhatók. *Lubarsch* *Schmorl* adatait megerősítette ugyan, de ő a nem eklampsiában elhaltakban is hasonló leletre bukkant. E körülmény azonban *Schmorl* oly fontos felfedezésének értékéből mit sem von le, mert későbbi, más oldalról végzett vizsgálatokból kiderült, hogy normalis terhesség eseteiben is előfordulnak ugyan placentaemboliák, azonban nem oly tömegesen és nem oly rendszeresen, mint éppen eklampsiában.

Veit szerint nemcsak egyes syncytiumsejtek, hanem egész boholyrészek is belekerülnek a vérkeringésbe és innen a legkülönbözőbb szervekbe. Ezt a folyamatot *Veit* boholydeportationnak nevezi.

Tehát a terhesség alatt szakaszonként fehérje jut az anyai vérkörbe és e folyamat sokkal nagyobb mértékű az eklampsia, mint a normalis terhesség eseteiben.

Már ez a tény is fontos támpontot szolgáltat az eklampsia kóroktanának kiderítésére, mivel szilárd kórbonczolástani alapon nyugszik. Hogy ez a tömeges sejtfelvétel nem lehet közömbös az anyai szervezetre, az könnyen érthető és így közelfekvő és logikus gondolat volt a bűvárok részéről, hogy a terheseken jelentkező különböző klinikai tüneteket a placentasejt-emboliával hozzák kapcsolatba.

Ennek a gondolatmenetnek logikus folytatásaképp, mint-hogy eklampsia eseteiben tömegesebb és intenzivebb placenta-sejtleszakadás észlelhető, felvehetjük, hogy az eklampsia azonos a többi terhességi tünettől, a minő pl. a hányás, albuminuria stb., csak-hogy megfelelően az igen intenzív placenta-sejtemboliának, az ú. n. terhességi toxicosisok leg-súlyosabb formája.

Most azonban az a kérdés nyomul előtérbe, hogy milyen módon zajlik le ez a biológiai folyamat a terhes szervezetben. *Veit* felveszi, hogy a vérkörbe került placenta-sejtek hatása alatt a terhesek vérében úgynevezett syncytiolysin képződik, mely a sejteket és bolyhokat feloldja. Normalis körülmények között csak kevés sejt sodortatik a vérpályába, úgy hogy állandóan elegendő syncytiolysin van jelen a sejtek feloldására. De hogyha hirtelen és tömegesen történik a sejtek leszakadása, akkor nem képződhetik elég syncytiolysin és előáll az eklampsia. Szemben *Veit*-tal, *Ascoli* a syncytiolysin fölöslegével, *Weichardt* a syncytiolysis alkalmával szabaddá váló és nem közömbösített syncytiotoxinall magyarázza az eklampsia lényegét.

A mint ezekből kitűnik, ezen szétágazó magyarázatok tisztán teoriás okoskodások; így *Schmorl* anatómiai felfedezésének szilárd talaján meddő teoriák épültek föl. Jobban megfelelünk a természettudományi gondolkozásmód követelményeinek és így deductióink is tárgyilagosaabbak lesznek, ha érvelésünkben az anatómiai alapot egy manapság szilárdul álló és kísérletileg kétségkívül megállapított biológiai törvény mellé állítjuk, vagyis hogyha a *Schmorl*-féle placenta-sejt-embolia hatását az anaphylaxia törvényeiből vezetjük le.

Lássuk, hogy melyek azok a klinikai megfigyelések, melyek *Schmorl* alapvető kórbonczolástani leletével — nevezetesen az eklampsiára nézve általában jellegzőnek elismert placenta-sejt-emboliákkal — összhangzásba hozhatók. Ugyanis sok klinikai megfigyelés áll rendelkezésünkre, a melyek a mellett látszanak bizonyítani, hogy egyrészt a placenta-sejteknek a véráramba való jutása, másrészt az eklampsia kitörése között időbelileg és okozatilag félreismerhetetlen összefüggés van. Így már régóta tudva van, hogy az eklampsia az esetek több mint 50%-ában a szülés alatt áll be, míg a terhesség és puerperium alatt előálló eklampsiaesetek száma amazok mögött jóval elmarad. E mellett a terhesség alatt bekövetkező esetek nem kis részében az eklampsia kitörése már a méhösszehúzódások jelentkezésével van összekötve, továbbá, hogy a gyermekágyasok eklampsiájának túlnyomó része közvetlenül a szüléshez csatlakozik. Ezek a tények bizonyítják, hogy a szülőfájdalmaknak jelentős szerepük van az eklampsia kitörésében, a minék a magyarázata az, hogy a méhfalakon található boholyelemek éppen a méhösszehúzódások következtében úgyszólván belepréselődnek a vérpályába.

Régi klinikai megfigyelés az, hogy az ikerterhesség és a hydramnion — tehát olyan állapotok, melyek fokozott intrauterin nyomással járnak — szintén tekintélyes hányadát szolgáltatja az eklampsia-eseteknek. Az actio és reactio törvényéből következik, hogy az intrauterin nyomás és a méhfal ellennyomása egyensúlyt kell, hogy tartson. Minél magasabb az intrauterin nyomás, annál erősebb a méhfal feszülése, minél fogva a benne levő szövetelemek könnyebben sajtolódhatnak be a vérkörbe, mint egyébként.

Nem ritkán észlelhetjük az eklampsiásokon azt, hogy a hólyagrepesztés után 2—3 perczzel roham áll be. Itt valószínűleg a hólyagrepesztést követő, erélyes méhösszehúzódások szerepelnek okként.

Errre vonatkozólag igen érdekes esetet volt alkalmunk észlelni klinikánkon kevéssel ezelőtt. Egy eklampsiás betegünkön a szülés művi befejezése után atonia miatt uterus-tamponálást kellett alkalmaznunk. Közvetlenül a szülés után a beteg elég jól volt; a következő napon azonban egynéhány órával a tampon eltávolítása után 5 óra alatt 8 eklampsiás rohamot kapott; megelőzőleg tehát 37 (!) óráig szüneteltek a rohamok. Ebben az esetben az aránylag oly későn és oly hevességgel jelentkező rohamok magyarázatára nehezen tudnánk valami egyebet felhozni, mint azt, hogy az uteruscontractiók, melyek a tampon eltávolítására következtek be, rohamokat váltottak ki.

Ha ezen érvekkel szemben felhozhatná valaki, hogy az erélyes méhösszehúzódások idézik elő ugyan a rohamokat, de a rohamok és a méhösszehúzódások találkozását az eklampsiások központi idegrendszerének labilis, ingerlékeny voltára kell visszavezetni, nem pedig a boholyelemeknek a vérkörbe való besajtolására: úgy az alábbiakban más olyan tényeket hozunk fel, a melyek mellett bonczolástani viszonyokból kifolyólag nagyon könnyen megvan az eshetőség arra, hogy boholyelemek a vérkeringésbe jussanak.

Ily szempontból a mola hydatidosával végzett észleletek sok érdekes tényt és támaszpontot szolgáltatnak az eklampsiára vonatkozólag.

Sok esetet közöltek már, a melyekben a placenta teljes elfajulása, a foetus teljes hiánya esetén typosos, sőt súlyos eklampsiás görcsök jelentkeztek. Ide tartozik *F. Hirschmann* esete (*Centralblatt f. Gynäk.*, 1904, 37. szám), a mikor egy 5 hónapos, magzat nélküli mola mellett fájdalmak közben typosos eklampsiás rohamok jelentkeztek. Ebben az esetben az első hónapokban gyakori hányás, később kifejezett nephritis gravidarum is volt jelen. *Hirschmann* ezt az esetet érvnek tekinti *Fehling* foetalis teoriája ellen és támogató bizonyítéknak *Veit* boholydeportációs teoriája mellett, a mely — a mint tudjuk — a peripheriás peteréseket tekinti a méreg forrásának. Hasonló esetet — hol a mola eklampsiával kombinálódott — észleltek szintén a terhesség első hónapjaiban *Gross, Falk, Olshausen, Maye, Kroemer, Dienst* stb.

Igen érdekesek azok a fejtegetések, a miket *Elis-Essen-Möller* a mola hydatidosáról irt monographiájában a terhességi hányás, albuminuria és eklampsia előfordulásának gyakoriságára vonatkozólag felemlít. Már a régi francia szerzők figyelmét felhívta az a tény, hogy molaterhesség eseteiben a hányás aránylag gyakoribb tünet, mint normalis terhesség eseteiben. *Essen-Möller* statisztikájának és tapasztalatainak alapján ezt az állítást oda kívánja módosítani, hogy a terhességi hányásnak inkább az intenzitása, mint a percentualis gyakorisága magasabb mola esetén, mint egyébként, úgy hogy szerinte éppen a hányás szokatlanul súlyos volta ébreszti fel a gyanút, vagy támogatja a mola diagnózisát.

Hasonlóképp áll a dolog az albuminuriával hólyagos üszög eseteiben. *Essen-Möller* szerint itt is nem az albuminuria gyakorisága a fontos, hanem a korai megjelenése. Általános ismert dolog, hogy az albuminuria a leggyakrabban a terhesség második felében szokott beállani, mola esetén azonban az albuminuria már az első hónapban jelentkezik.

Mola esetén a hányásnak és az albuminuriának igen intenzív jelentkezése, valamint a relative gyakran előforduló eklampsiás esetek *Essen-Möller* szerint a mellett bizonyítanak, hogy itt a „petének az anyára gyakorolt különösen intenzív és korai befolyásáról“ van szó.

Themánk szempontjából annak a ténynek kiemelése, hogy a mola úgyszólván praedispositiót teremt a terhességi toxicosisok, a hányás, albuminuria és eklampsia keletkezésére, annál nagyobb érdekléssel bír, mivel a mola hydatidosa anatómiájában, illetve szövettanában bizonyos támaszt nyervehetünk ennek az összefüggésnek a megvilágítására.

Ugy véljük, hogy a mola és a terhességi toxicosisok

közt levő kapcsolat magyarázatára bizvást felhozhatjuk a következő tényeket:

Daels mint gyakori jelenséget írta le a molára vonatkozóan, hogy egy-egy syncytiumboholy kocsánya necrotizál; e mellett a syncytialis elem felülete — mint ismeretes — erős proliferációban szokott lenni; mindkét körülmény praedisponitót teremt arra, hogy a levált syncytiumrészeket a véráram minden különösebb mechanikai erőhatás nélkül egyszerűen magával sodorja.

Dunger mola 3 esetében vizsgálta a legnagyobb körültekintéssel a tüdőt és mindhárom esetben a tüdő ereiben chorionepithel-emboliákat talált, a mi *Daels* fentebbi felvételével teljesen egybevág.

Abban a tényben, hogy az anaphylaxiás jelenségek szoros vonatkozásban vannak a központi idegrendszerrel, újabb támasztékát látjuk annak a felvételnek, hogy az eklampsia valóban anaphylaxiás jelenség.

A mint az eklampsia súlyosabb alakjaiban kísérleti, klinikai és kórboncolástani tények alapján fel kellett vennünk a szoros kapcsolatot a központi idegrendszerrel, éppen úgy látjuk eklampsia eseteiben is, hogy a betegség klinikai lefolyása hasonlóképp a központi idegrendszert tünteti fel úgy, mint a tünetek közvetlen forrását. Az eklampsia legszembeötlőbb tünetei: a görcsök, valamint a villámcsapásszerű gyors megjelenés, a megbetegedéskor állandóan jelenlevő abszolút amnesia, az eklampsias rohamoknak narcosissal való befolyásolhatósága az eklampsia utóbetegségként megfigyelt puerperalis psychosisok, avagy kedvező esetben az emlékező képesség egy ideig tartó, bizonyos tompultsága: mindezen jelenségek a bántalom központi székhelye mellett szólnak és bizonyos analógiát, sőt hasonlóságot is tüntetnek fel az anaphylaxiás jelenségekkel.

Egy másik közös vonás az anaphylaxia és az eklampsia között az, hogy *mindkettőben a központi idegrendszer részéről bizonyos izgalmi állapot, fokozott reflexingertelenség van jelen.*

Már a giesseni congressuson, 1901-ben, *Blumreich* és *Zuntz* előadta a kísérleti bebizonyítását annak, hogy a terhes állat agyveleje sokkal érzékenyebb bizonyos ingerekkel szemben, mint a nem terhes állaté. Továbbá *Schenk* ki tudta mutatni, hogy a terhes állat teljesen idegen (artfremd), sőt fajlagos (arteigen) fehérjének is már az első subcutan injectiójával szemben fokozott érzékenységet tanúsít. *Fromme* ezt — a terhesség által feltételezett — fokozott reakcióképességet terhes nőknél kísérlete meg bebizonyítani, még pedig úgy, hogy a czombjukba steril marhaserumot fecskendezett be subcutan; minden esetben az injectio helyén kifejezett erythema képződött, jelül annak, hogy localis reactio állott be, a mi a nem terheseken kimaradt.

Mindezen jelenségeket érthetővé teszi a következő magyarázat: *Wolff-Eisner* szerint azok az állatok, melyek bizonyos idegen (körperfremd) fehérjével szemben sensibilissé tettek, egyszersmind fokozott érzékenységet mutatnak más idegen (körperfremd) fehérjékkel szemben is. Ezt a jelenséget *Wolff-Eisner* az anaphylaxiás tünetek centralis eredetével magyarázza, oly módon, hogy az anaphylaxiás állapotban levő állat vasomotoros központja annyira labilis, hogy már olyan ingerekre is reagál, a melyekkel szemben egy egészséges, nem sensibilizált állat semmi reakciót sem mutat. Tehát a specifikus ingerlékenységen kívül még általánosan fokozott reakcióképesség is van jelen az anaphylaxiás állatokban. Ily módon magyarázandók *Kapsenberg* kísérletei is. Ő körülbelül ugyanakkor, a midőn a mi kísérleteink is folyamatban voltak, a mieinkhez hasonló kísérleteket végzett azonos (körpereigen) fehérjével; sikerült kimutatnia, hogy azonos (körpereigen) máj-fehérjével terhes nyulakon végzett injectiók súlyos tüneteket váltanak ki. Ezt a jelenséget is azon feltevés egyik bizonyítékának kell tekintenünk, hogy a terhes szervezet részéről fokozott reakcióképesség van jelen, a *Wolff-Eisner*-féle fentebbi felfogás értelmében.

A központi idegrendszer könnyű ingerlékenysége éppen

jele annak, hogy a terhes állat az anaphylaxiához hasonló állapotban van.

Ismeretes dolog, hogy eklampsia eseteiben is a központi idegrendszer izgalmi állapotával állunk szemben. A *Veit*-therapia eredményei, az a törekvés, hogy az eklampsias rohamokat chloroformnarcosissal nyomják el, továbbá az a körülmény, hogy az eklampsias betegek a legcsekélyebb külső behatásra görcsökkel reagálnak, talán a liquor cerebros spinalis punctiójának eredménytelensége is (a mely eljárás abból a gondolatból indult ki, hogy az izgalmi állapot a fokozott nyomás egyszerű mechanikai leszállításával is befolyásolható), közvetve vagy közvetlenül mind azt az izgalmi állapotot szemléltetik, melyben a központi idegrendszer van eklampsia eseteiben.

E helyen még rá kell mutatnunk arra az érdekes fordulatra, a mi a közelmúltban történt az eklampsia terapiájában. A szülés gyors befejezését, az „accouchement forcé“-t, a heroikus sebészi beavatkozásokat, mint a minők a vesedecapsulatio, a mamma-amputatio, a méh trepanatioja, totalis exstirpatioja, mindinkább kiszorította *Stroganoff* eljárása. Ez a conservativ eljárás teljesen kizárja a szülés gyors befejezését, legfeljebb a könnyű kimeneti fogó alkalmazását engedi meg és főleg abban csúcsosodik ki, hogy a külső ingerek távoltartásával egyenletes csöndes narcosist hoz létre, amit bizonyos, *Stroganoff* által megállapított sorrendben és dosisokban való morphin- és chloralhydratadolással ér el. Ennek az eljárásnak eddig közzétett statisztikai szembeötlő fölényt biztosítanak a conservativ methodusnak a radicalis módszer felett. *Zoepfritz*, ki egy kis statisztikát közöl a göttingai klinika ilymódon gyógykezelt eklampsia-eseteiről, a *Stroganoff*-féle eljárás hatásmódjában és főleg a narcoticumok alkalmazásában, analogonját látja *Besredka* kísérleteinek. *Besredka* ugyanis sensibilizált állatot közvetlenül a reinjectio előtt narkotizált, a mi által sikerült az állatot az egyébként halálos anaphylaxiás shocktól megóvni és életben tartani. *Besredka* úgy találta, hogy kísérleteiben a chloralhydrat és az általános narcosis vált be leginkább, mint az anaphylaxiás shockot lefokozó gyógyszer. Az eklampsia és anaphylaxia közti analógiát ezen kísérletek és a *Stroganoff*-féle methodus eredményei majdnem kézzelfoghatóvá teszik. Annak a feltevésnek, hogy a terhes szervezet valóban reagál a placentasejtek bejutására, igen figyelemreméltó bizonyítékát szolgáltatja az *Abderhalden*-reactio. Ugyanis *Abderhalden* a legújabb időkben kísérleteket végzett arra vonatkozólag, hogy mi módon lehet a terhességet vérvizsgálattal diagnoszkálni. Az eljárás gondolatmenete és gyakorlati véghezvitele azon a megfigyelésen alapszik, hogy fajlagos (arteigen), de testidegen (blutfremdes) fehérje a vérkeringésbe belekerülve, ott bizonyos olyan anyagok képződését indítja meg, a mely az azonos (arteigen) fehérjét oldásba viszi. Az ú. n. optikai, valamint a dialysises methodusának segítségével sikerült kimutatnia, hogy a terhesek vérsavója, illetve vérplasmája csakugyan fel tudja oldani a placenta-fehérjét. A terhességi reakciónak positiv volta, vagyis a terhesek vérének placenta-fehérjét feloldó képessége a mellett bizonyít, hogy a vérkeringésbe belekerült anyag, a placenta-fehérje olyan reakciós testek termelését indította meg, melyek alkalmasak a reactio alkalmával használt placenta-fehérje feltárására, más szóval felbontására.

A reakciót már a terhesség első hónapjában positivnak találták. *Abderhalden* azt a kérdést, hogy a terhesek vérének ez a reakcióképessége vajjon éppen a chorionbolyhok tova-hurcolásától van feltételezve, el nem döntöttnek tekinti, mivel a placentasejtek leválása, bár a petén már az első hónapban vannak chorionbolyhok, a terhesség oly korai stadiumában boncolástaniilag még nincs bebizonyítva. Ő a reakciót „a magzat és az anya fehérjéinek általános jellegű kicserélődésére“ vezeti vissza.

Az *Abderhalden*-reactio tehát a vérsavóban olyan anyagok jelenlétét mutatja ki, melyeknek ott az anaphylaxia tanának értelmében jelen kell lenniök. A placentasejtek folytonos invasiója reakciós testek, azaz feloldó anyagok képződését indítja meg, melyek a reakciót oly módon váltják ki, hogy a

reactio alkalmával a placenta-fehérjét feloldják. Ilyen feloldó antitestek jelenlétének kimutatása bizonyos mértékben fedi az anaphylaxiás állapot fogalmát; éppen a keletkezett antitestek segítségével sikerül a serumnak az illető fehérjét feloldani; minél több antitest van jelen, ceteris paribus annál gyorsabban fog az antigen gyanánt szereplő fehérje oldásba menni, annál gyorsabban fog jelentkezni a reactio, tehát a szervezet anaphylaxiás lesz.

(Folytatása következik.)

Közlemény a Budapesti Kerületi Munkásbiztosító Pénztár
I. idegbetegosztályáról.

Az idegkörtanban értékesíthető néhány megfigyelés a szemben.

Írta: *Ferenczi Sándor* dr., rendelőorvos.

I. A pupilla-körzet látszólagos szabálytalansága. (Pigment-ektropium.)

Több ízben megtörtént, hogy a patiens szemét ráeső fényben vizsgálva, pupilláját szabálytalannak, a pupilla körzetét itt-ott kiszögellőnek találtam, míg a szemfenék vizsgálatát célzó tükrő-átvilágításnál a pupillaszél körkörösnek látszott. Sokáig nem tudtam ennek a paradox jelenségnek magyarázatát adni és úgy sejtettem, hogy valamiféle optikai csalódás tévesztett meg. Egyszer azután egy nagyon feltűnő esetben behatóbban megvizsgáltam a szemét és rájöttem, hogy mind a két észlelésem helyes volt. Ráeső fényben ugyanis valóban szabálytalan formája volt a szivárványhártya közepét elfoglaló sötét foltnak, e sötét foltról azonban alapos vizsgálatkor kitért, hogy azon belül meg lehet különböztetni a *koromfekete* színű és szabályos körzetű tulajdonképpeni pupillát és annak egy-egy csücsököszerű *barnább* kiszögellését, a mi nem volt más, mint a szivárványhártya festékrétegének helyenkénti áthajlása a pupilla peremén át az iris elülső falára. Ez a pigment-áthajlás, mely *pigment-ektropiumnak* is nevezhető, gombostüfejnél nem szokott nagyobb lenni, de ha a pupillaperem több pontján mutatkozik, alkalmas arra, hogy a pupilla szabálytalanságának illúzióját keltse. Átvilágításkor azután ez a látszólagos szabálytalanság — minthogy ekkor már az iris egészében sötét, a pupilla ellenben világos (vörös) — természetesen eltűnik. A szem anatómiája azt tanítja, hogy ez a pigment-áthajlás normalis jelenség. A szivárványhártya festékrétege a pupillaris szél mentén igen vékony körkörös szegélyt alkot. A pupilla látszólagos szabálytalansága csak akkor észlelhető, ha ez az áthajlás nem egyenletesen, hanem itt-ott kiszögellő szegély alakjában történik.

Tekintettel arra, hogy a pupilla szabálytalanságának diagnosztikai jelentősége is van (tabes, paralysis, lues), mindig gondolnunk kell arra az eshetőségre, hogy a szabálytalanság csak látszólagos és az itt leírt módon, az iris pigment áthajlásával magyarázandó.

Évekkel ezelőtt *Vermes* dr. mutatott be a Budapesti Kir. Orvosegyesületben egy egyént, kin a pigment-áthajlás széles sávban egészen az iris külső kerületéig haladt, úgy hogy első pillantásra mindenki iris-kolobomának tartotta s csak a behatóbb vizsgálat mutatta ki a sávon belül a pupilla igazi (szabályos) határait.

II. A szivárványhártya pigmentatrophiaja tabes eseteiben.

Régóta észlelem, hogy a tabesek szeme — hajszínükhöz viszonyítva — sokszor feltűnően világos színű. Sötéthajú és már messziről világoskéknek látszó szemű egyénekben nem ritkán merészkedtem a tabes diagnózisát ezen egyetlen jel alapján, úgyszólván a távolból felállítani s a beható vizsgálat a gyanút sokszor igazolta is. Eleinte azt hittem, hogy a világoskék színt tabes eseteiben csupán a pupilla szűk volta (a miosis) okozza, egyrészt azért, hogy csaknem hiányzik az iris közepén normaliter helyet foglaló sötét foltnak (a pupillának) színhatása, másrészt talán oly módon, hogy a pupilla-szűküllet folytán az iris szétterül s a benne foglalt és mögötte

rejlő pigment nagyobb felületen oszolva el, úgyszólván „felhígul“.

Jobban szemügyre véve azonban az ilyen világos-szemű tabesek szivárványhártyáját, úgy tapasztaltam, hogy többféle rendellenesség észlelhető rajta. Itt-ott festékrögöket, másutt festékmentes világos foltokat mutatott a nagyító üveg és az irisnek különben oly szép rajzolata részben vagy egészen elfakult. A szaruhártya felé eső (környéki) fele az irisnek többnyire fakóbb, mint a belső (pupillaris) fél.

Úgy hiszem, hogy e jelenségek a mellett szólnak, hogy a tabesek szem-színének világosodásában az előbb említett okokon kívül az iris pigment sorvadása (felszívódása és rögsődése) is szerepet játszik, olyanformán, mint az öreg korban is, hasonló visszafejlődési folyamatok következtében, világosabb lesz az iris színe.¹ Lehetséges az is, hogy, mint a chronikus iritisben, szerepet játszik itt a pigmentelosztódás rendellenességén kívül az iris-stroma megritkulása is.²

Támogatja ezt a feltevésemet az az analogia, hogy tabes eseteiben különben is gyakoriak (a bőrön) a festékeloszlás zavarai: vitiligós foltok és pigmentfelhalmozódások, melyek néha csupán egyes gerinczvelő-, illetőleg agyidegek elosztó-dási területére szorítkoznak.

III. *Gerontoxon praecox* tabeseken.

Sem *Fuchs* tankönyvében, sem *Graefe-Saemisch* nagy kézikönyvében nem találtam adatot arra, hogy körülbelül hány éves korúakon jelentkezik a szaruhártyán, a limbus közelében az az ívalakú, majd gyűrűvé alakuló homályosodás, melyet *arcus senilisnek* vagy *gerontoxonnak* neveznek; csak annyit mondanak róla, hogy ez „öregesen“, „idősebbeken“, „aggastyánokon“ keletkezik. Ezen megjelölés alá azonban semmiesetre sem foglalhatók azon tabes dorsalisban szenvedő patiensim, kiken ezt a jelenséget észlelni alkalmam volt. 42, 40, 37, sőt 36 éves tabesesen is megállapíthattam már ezen degeneratív elváltozást, melyet *Goldzieher* vizsgálatai szerint (l. *Fuchs*: Lehrb. der Augenkrankh., IV. kiadás, 223. lap) kolloid- és mézrögöknek a szaruhártya hámfába vagy rétegei közé történő lerakódása hoz létre.

Megfigyeléseim száma nem elég nagy ahhoz, hogy a tabes és a korai aggsági szaruhártyagyűrű közt az oki összefüggést megállapíthatnám; csak arra óhajtottam a figyelmet felhívni, hogy ily korai előregedési jelt éppen tabeseken volt alkalmam észlelni.

Elméletileg e leletet a tabesek (lueses?) cachexiájával megmagyarázhatnók.

IV. A pupilla-reactionak mesterséges és természetes fényenél való vizsgálata.

Több ízben megtörtént, hogy ha betegeimet, kiken pupillamerevséget vagy renyhéséget állapítottam meg, behatóbb szemvizsgálat céljából *Mohr Mihály* kollegámhoz utasítottam, tőle meglepetésemre oly leletet kaptam, mely a pupillákat „prompte reagálók“ gyanánt írta le. Megesett, hogy — a beteget újra megvizsgálván s a reactio hiányát vagy renyhéséget újból konstatálván — a patientst megint a szemészhez utasítottam, ki azonban megmaradt véleménye mellett. Az ily esetek száma szaporodván, egyik betegemet magam kísértem el a szemorvoshoz, és akkor meggyőződtem arról, hogy mindkettőnknek igaza volt. Én ugyanis állandóan nappali világításnál, *Mohr* dr. ellenben rendszeresen focalis világítás mellett vizsgálta a pupillát. A lencse gyűpontjának intenzív fénye aztán reactiót váltott ki abból az irisből is, mely a diffus nappali fényre már nem reagált. Minthogy idegbántalmak esetén már a reactio gyengülése is fontos diagnosztikai jel, szükségesnek tartom, hogy a szemész, a szokásos focalis világítás mellett, nappali fényenél is mindig vizsgálja meg a pupillareactiót és a leletben mindig je-

¹ „Haladó korról megváltozik a szem színe is, a festék felszívódása folytán a szem halványabb, bágyadtabb lesz.“ (*Lenhossék*: A látószerv anatómiája. [A szemészet kézikönyve. I. 47. lap.]

Lasd *Hoór K.*: A szemészet tankönyve, 1912. (278. l.)

lölje meg a megvilágítás módját, hogy a félreértést elkerülhessük. *Mohr* dr. egyébiránt e tapasztalatunk fontosságát egy szemészeti előadásában megfelelően hangsúlyozta is.

V. *Hemianopsia spuria. (Retinitis albuminurica.)*

Egy paranoia chronicában szenvedő betegen hirtelen látás-zavarok keletkeztek; a vizsgálatkor kitűnt, hogy mindkét szemén csaknem az egész temporalis látótér-fél kiesett; a pontos látótér-felvétel e leletet megerősítette. Minthogy egyébként az objectiv idegletet (eltekintve a fentebb jelzett functionalis psychosistól) teljesen negatív volt s a körelőzményben sem szerepelt semmi adat, melynek alapján a bitemporalis hemianopsiát agybántalom tüneteként lehetet volna magyarázni, az orr és melléküregei és a szemfenék pedig épnek bizonyultak: az eset teljesen talányos maradt előttünk. Világosság csak akkor derült az esetre, a mikor — más panaszok alapján — megvizsgáltuk a beteg vizeletét (a mit ambulans betegeinken csak a felmerülő szükség esetén végezhetünk). A vizsgálat súlyos nephritis interstitialis chronicát állapított meg (a vizelet sok fehérjét és vesealakelemeket tartalmazott). *Fischer Mór* dr. szemészeti szakorvosunk e lelet alapján *kezdődő retinitis albuminuricát* állapított meg, mely — a nélkül, hogy egyelőre a szemfenéken látható elváltozást hozott volna létre — kiterjedt scotomákat okozott mindkét szemén, melyeknek elhelyeződése véletlenül a bitemporalis hemianopsiát utánozza.

*Grosz Emil*³ kimutatta, hogy „a látóidegsorvadás tabeszes alakjára jellemző, hogy előbb jelennek meg az objectiv elváltozások és csak azután a látásromlás“. A leirt eset alapján (mely *Fischer* dr. szerint nem egyedül álló) arra következtethetünk, hogy nephritises ideghártyalob eseteiben a subjectiv látásromlás jóval megelőzheti a látható elváltozásokat.

De tanulságos ez az eset a neurologicali diagnostika szempontjából is, a mennyiben azt tanítja, hogy hemianopsiás típusú látótér-defectusoknál gondolni kell (a centralis vagy basalis laesión kívül) a reczéhártya bántalmára is, még ha a szemfenék egyelőre nem is mutat elváltozásokat.

Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem orr- és gégegyógyászati klinikájáról. (Igazgató: *Ónodí A. dr.*, egy. tanár.)

Az orrmelléküregek tuberculosisáról.

Irta: *Dörner Dezső* dr., operateur, klinikai gyakornok.

(Vége.)

A többi sinusnak megbetegedése még ritkább, mint a maxillaris tuberculosis. *Panse* leír egy esetet, a hol 16 éves leányon sequestert talált, a midőn a sinus sphenoidalist és a cellulae ethmoidalest megnyitotta. A mikroszkopos vizsgálat óriássejteket mutatott, de bacillusokat nem. Rövid idő múlva a beteg meghalt; bonczoláskor a jobb csúcsban régi tuberculosis folyamatot találtak, a cervicalis és bronchialis mirigyek tuberculosisak voltak, úgyszintén a bal parietalis lebenyen körülírt meningitis és sajtosodás volt látható. *Ebstein* leír egy esetet, a hol a 25 éves tuberculosis egyéne 2 cm. hosszú necrosis csontot talált a hátulsó rostasejtek és a sphenoidalis sinus empyemájával kapcsolatosan. Bonczoláskor retropharyngealis phlegmonét és meningitist találtak. *Lockard* phthisises egyént látott néhány hónappal annak halála előtt jobboldali maxillaris, sphenoidalis és ethmoidalis sinuitissal, a mely a felső állcsont tuberculosisából látszott kiindulni. *Gerst* két oly egyén esetét írja le, a kik egyikének orra 2 év óta volt eldugulva, jóllehet többször megoperálták. A jobb belső szemzug körül a bőr lobos volt, itt egy helyen fistula látszott, melyből híg váladék folyott ki, a szonda érdes csontot tapintott; a jobb szem látása rossz volt; fejfájásai voltak. A szövettani vizsgálat csak sajtosan szétesett sarjszövetet talált; műtétbe ezen beteg nem egyezett bele. A másik esete 9 éves

leányra vonatkozik, a kinek jobb térdizületi tuberculosis volt. A betegnek jobb belső szemzuga alatt fistulája volt, mely az orrüregbe vezetett s a mely körül sarjszövet volt látható. A kikapart szövet mikroszkop alatt granulatiós szövetnek bizonyult, telve epitheloid sejtekkel és óriássejtekkel.

A frontalis sinus tuberculosisáról *Panse* esetével együtt 4 feljegyzésünk van. *Frank* és *Kunze* leír egy esetet, a melyben tüdőtuberculosis mellett a sinus frontalis telve volt caseosus tömeggel, a mely a sinus hátulsó falán át a kemény agyburokra terjedt. A harmadik eset *Vohsen*-é, a melyben a frontalis tájékán sipoly vezetett a csontos necrosisra; a sinust sajtos tömeg töltötte ki. A negyedik eset *Schenke*-é: 18 éves fiún, a kinek tuberculosis volt, a frontalis tájékon elődomborodást talált. A műtét alkalmával kitűnt, hogy a sinus frontalis sajtos tömeggel van kitöltve. A műtét után néhány nappal exitus állott be, melynek oka mastoidealis eredésű agytályog volt.

A rendelkezésemre álló irodalomban a *Gleitsmann* statisztikájában felsoroltakon kívül még 4 melléküregtuberculosis találtam. *Scheibe* leír egy esetet, a hol a belső szemzug alatt fistula vezetett be a bal rostasejtekbe, a szonda a mélyben necrosisos csontot tapintott. Az orr belülről normalisnak látszott. A megbetegedést előbb luesnek, majd a próbaexcisióval kimetszett darab szövettani vizsgálata alapján carcinomának tartották és csak a műtét alkalmával eltávolított kóros rész pontosabb és újbóli mikroszkopi vizsgálata alapján volt megállapítható a tuberculosis. Egy év múlva a túloldali rostacsontokban szintén tuberculosis támadt. Ennek operatiója után gyógyulás, két év múlva azonban recidiva állott be. *Freer* leír egy esetet, a melyben a jobboldali rostasejtek voltak tuberculosisan megbetegedve. *Finder* 37 éves asszonyon, a ki régóta szenvedett tüdőtuberculosisban, babnyi mekkoraságú duzzanatot látott közvetlenül a jobboldali belső szemzug alatt. Az orban a középső orrjáratban sárgás, szennyes váladék volt látható. Az alsó kagyló resectiójakor látszott, hogy a középső kagyló szennyes szürkés tömeggé alakult át; a szövettani vizsgálat tuberculosis állapított meg. A beteg meggyógyult. A negyedik eset *Avellis*-é, a ki egy granulatiós tumort látott az antrumból a középső orrjáratba áttörni. A megbetegedést gömbsejtes sarkomának tartotta, később azonban tuberculininjectionokkal sikerült megállapítania, hogy tuberculosis folyamattal van dolga és hogy a tumor is tuberculosis állcsontöbéli daganat. Ezen nézete megerősítést nyert azáltal is, hogy a tumor nem recidivált.

Az orrmelléküregek tuberculosisának prognosisa az irodalmi adatok tanúsága szerint általában igen rossz. Négy esetet találunk csak, a hol a beteg műtét beavatkozása után meggyógyult. Hogy vajjon ezen esetekben a gyógyulás tartós volt-e, arról tudomásunk nincsen. Azt hiszem azonban, hogy azon esetekben, a melyekben a tüdőfolyamat nem nagy kiterjedésű vagy éppen hiányzik és a szervezetben másutt sem találunk gümös elváltozást, illetve gócot, a melyből újabb infectio jöhet létre és ha a melléküregek tuberculosis nem nagy kiterjedésű, vagy ha az is, de nem terjed át a szomszédos életfontos szervekre és ha szövődmények, pl. az agyhártyákon stb., nincsenek jelen: gyökeres műtét beavatkozással hosszantartó recidivamenteséget, sőt talán teljes gyógyulást lehet elérni. A műtét beavatkozásnak természetesen a legradicalisabbnak kell lennie; úgy kell itt eljárni, mint rossztermészetű daganat esetén, a mikor nemcsak minden kóros részt kell lehetőleg eltávolítanunk, hanem az ép szövetből is jókora részt, nem törődve a kozmetikai eredménnyel és a keletkező nagy anyaghiánnyal, a melynek pótlására még akadhat módunk. Jó eredmény elérése végett nagy szükségünk van azonban a diagnosis korai felállítására is.

A fent leírt esetekhez csatolom még a következő esetet, a melyet szerencsém volt az orr- és gégegyógyászati klinikán megfigyelni, kórjelezni és megoperálni.

D. J., 31 éves, gyári munkás neje azzal a panaszszal jött az orr- és gégegyógyászati klinikára, hogy kb. másfél

³ *Grosz Emil*: „A szemészet újabb haladása“. (Markusovszky-előadások VI. sorozata, 1912, 14. oldal.)

év óta nem kap jól levegőt a bal orrlyukán át, sokszor van fejfájása, fájdalmait főképp a homloktájra lokalizálta. Előadta, hogy kb. 4 hónap óta egyáltalában átjárhatatlan a bal orrfele a levegő számára. Állítólag sokszor volt kismértékű orrvérzése. A beteget megvizsgálva, kívülről az arczon semmiféle kóros elváltozás sem látható, nyomásra és kopogtatásra baloldalt az orrgyök tájékának, valamint a homloküregnek megfelelőleg kisebb fájdalmakat jelez. A rhinoskopiás vizsgálat a jobb orrfélben kóros elváltozást nem mutat. A bal orrfél szürkés-vöröses, dudorzos, eléggé vérezkeny tömeggel van elzárva, úgyannyira, hogy az orrba való betekintés lehetetlenné válik. Az orrüregét kitöltő tömeg szondával tapintva helyenkint lágyabb, másutt tömöttebb tapintatú. A tumor az orrfenéken, valamint a septum felől szondával körüljárható s a laterális orrfalról látszik kiindulni. Postrhinoskopiás vizsgálattal a jobb choanában elváltozás nem látható; a bal choanát egy a már előbb leírt tömeghez hasonló daganat tölti ki. A sinus sphenoidalis elülső falát fedő nyálkahártya kissé dudorzos.

Röntgen-lelet: Az occipito-frontalis irányban felvett radiogrammon a jobb orrüreg és melléküregek egészen tisztán körülhatároltak, kiterjedésük és nagyságuk jól látható. A bal orrfél, valamint a Highmor-üreg, a cellulák és a homloküregnek megfelelő helyek teljesen elfedettek; a kéd itt elmosódott, homályos. Oldalfelvételkor a sinus sphenoidalis épnek látszik. A cellulák tájéka, a sinus frontalisok, valamint a Highmor-üreg tájéka homályos.

A bal sinus maxillaris punctiójakor a tű igen könnyen jut be a Highmor-üregbe, úgy, hogy feltételezhető, hogy a melléküreg orrfelől falának egy része hiányzik; geny nem ürül, csupán kevés sajtos törmelék.

A belorvostani vizsgálat a bal tüdőcsúcsban egy már régebben lezajlott, gyógyult folyamatot állapított meg.

A luesre való anamnesis negatív. Luesre utaló tünetek a szervezetben sehol sem voltak kimutathatók. A Wassermann-féle sero-reactio negatív.

A bal orrüregét kitöltő tumorból próbaexcisio után nyert daganatrészlet, valamint a műtét alkalmával a melléküregek megbetegedett szövetrészeiből készített szövettani praeparatumokon a következőket lehetett látni: A szövet-törmelékben csak nagyon kevés ép szövetet: egyrétegű hámot és hámszerű, laza erekkel elég dúsán átszőtt kötőszövetet találunk. A kötőszövetben néhol az egyrétegű szabályos hengerhámú bélelt mirigycsövek is felismerhetők. A kiirtott szövet tömeg legnagyobb része azonban egészen egynemű, magfestést nem mutató, legfeljebb finoman szemcsézett coagulációs necrosisos tömegekből áll. A még aránylag ép nyálkahártyadarabokban, a kötőszövet mélyében gömbsejtesen beszűrődött szövetben sajátos sejtfészkeket találunk, a melyek egyrészt kerek halmazokban elrendeződött epitheloid sejtekből s ezek között óriás sejtekből állanak. Az óriás sejtek teljesen megfelelnek a Langhans-typusnak egynemű protoplasmával és kuszorú-alakban elrendeződött magvakkal. Ez óriás sejtekből finom nyulványok hatolnak az epitheloid sejtek közé. Az epitheloid és óriássejtes folliculusok gömbsejtes zonával vannak körülövezve. Tekintve a folliculusok jellemző szerkezetét és a terjedelmes elsajtosodást, a megbetegedést gümős természetűnek kell tartanunk, bár a gümöbaccillus kimutatása festett készítményekben nem sikerült. Gümő mellett szól azonban az a körülmény is, hogy erek a sarjszövetben nincsenek s a sarjszövet sehol sincs perivascularis elrendeződésben.*

A szövettani vizsgálat céljából végzett próbaexcisio folytán a beteg orra kis fokban átjárhatóvá válván, a [további műtétbe beleegyezni nem akart. 3 hét múlva azonban műtét céljából újból jelentkezett, ekkor azonban a bal könytömlőt fedő bőr egy kb. filléryi nagyságú területen lobos volt. A lobos terület közepén kis sipolynylás volt látható, melyből hígan folyó geny ürült.

* A szövettani vizsgálatot Entz magántanár végezte, szíves fáradozásáért e helyütt is hálás köszönetet mondok.

A luesre utaló anamnesis teljes hiánya, a Wassermann-reactio negatív volta, a bal tüdőcsúcsban talált régi tuberculosis s a szövettani lelet alapján a bal orrfélnek és melléküregeinek, valamint a könytömlőnek tuberculosis megbetegedését körjeleztük.

E diagnosis alapján egyedül a műtét eljárás volt az, a melytől remélhető volt a beteg meggyógyulása. Mint-hogy a folyamat nagy kiterjedésű volt és a műtétet a lehető legradicalisabban óhajtottam megejteni, a Moure-féle eljárást követtem: A szemöldökön keresztül vezetett ívelt metszéssel megkerültem az orrszárnyat; az így eszközölt metszéstől kiindulva mindenek előtt a gyuladt bőrrészletet és könytömlőt távolítottam el. A külső orr lágyrészeit oldalt csapva, látszott, hogy az egész bal orrüregét a már előbb leírt sarjszerű, részben sajtosan szétesett tumor tölti ki. Ezt excochleálva láthatóvá vált, hogy a kóros folyamat a rostacsontokra és a Highmor-üregre is kiterjed, annak nasalis falát kb. koronányi területen uzurálva és betervedni látszott a sinus frontalisba, úgyszintén a sinus sphenoidalis elülső falára és a septumnak kb. középső két harmadára. Hogy a daganathoz jól hozzáférhessek s azt lehetőleg radicalisan kiirthassam, az os maxillarenak processus frontalisát és a baloldali os nasale reszekáltam. A Highmor-üreg nasalis falát egészében eltávolítottam, mivel annak legnagyobb része beteg volt, azután az üreg megbetegedett nyálkahártyáját kapartam ki, majd a rostasejtek egész tömkelegét, a mely teljesen át és át volt növe részben elsajtosodott sarjszövettel, kellett eltávolítanom, úgyszintén a lamina papyracea egy részét is úgy, hogy e helyen a periorbita szabadon feküdt. A homloküregét az elülső falán nyitottam meg. Az üreg nyálkahártyája fungos sarjakkal volt tele, ezért Killian szerinti lécz készítésével az elülső és orbitalis falat csípővel és vésővel eltávolítottam s a nyálkahártyát kikapartam. A bal sinus sphenoidalis elülső falát nyitottam meg azután csontcsípő segítségével, majd látva, hogy ezen üreg nyálkahártyája is beteg, az elülső fal legnagyobb részét reszekáltam és a nyálkahártyát kikapartam. Azután a septum megbetegedett részét távolítottam el úgy, hogy annak csak elülső porcos részéből és hátulsó csontos részéből maradt meg egy-egy keskeny darab. A keletkezett óriási üreget azután jodoformgaze-zel tamponáltam, külön a sinus sphenoidalist, külön a sinus frontalist és maxillarist. A bőrsébet selyemvarratokkal egyesítettem. A gyuladt bőrrészletnek megfelelően az egyesítés kissé nehezen ment, itt kis plastikát is kellett végezni. A seb mindenütt összetapadt, kivéve a gyuladt bőrrészlet miatt végzett plastika helyén, a hol a gyógyulás per secundam intentionem jött létre. A beteg a műtét után rövid idő alatt felgyógyult.

Az esetet közlöm egyrészt ritka volta miatt, másrészt pedig azért, mert a műtét igen jó eredménnyel járt: a beteget t. i. tíz hónap előtt operáltam meg s jelenleg teljesen egészségesnek érzi magát, fájdalmai megszűntek, fejfájásai elmúltak, orrvérzése nincsen és recidivának nyoma sehol sem látszik.

Az esetet az orvosgyesület 1913. évi márczius 15. ülésén bemutattam.

Irodalom: Gleitsman: Tuberculosis of the Accessory Sinuses of the Nose. The Laryngoscope, 1907, jun. 445. 1. — Wertheim: Beiträge zur Pathologie und Klinik der Erkrankungen der Nasennebenhöhlen. Archiv für Laryngologie, XI., 1906, 168. 1. — Dmochowski: Beitrag zur pathologischen Anatomie und Aetiologie entzündliche Prozesse im Antrum Highmori. Archiv für Laryngologie III. 1895, 255 1. — Oppikofer: Beiträge zur normalen und pathologischen Anatomie der Nase und ihrer Nebenhöhlen. Archiv für für Laryngologie XIX. 1906, 28. 1. — Strauss: Sur la presence du bacille de la tuberculose dans les cavités nasales de l'homme sain. Arch. de Méd. exper. et de l'Anat. path. VI. 633. 1. — Klemperer: Zur Bakteriologie der Nase. III. Versammlung d. Vereins südd. Laryngol. Heidelberg 1896. — Thomson és Hewlett: The Fate of mikroorganismus in inspired air. Lancet, 1896. január 11., id. Semons Cbl. 12, 476. 1. — Zarniko: Die Krankheiten der Nase und des Nasenrachens. 1910, 62. 1. — Gerber: Tuberculose und Lupus der Nase. Heimanns Handb. III. 1900. — Schmidt, Meyer: Die Krankh. der oberen Luftwege, 1909. — Chuari: Krankheiten der Nase, 1902 és Über Tuberculome der Nasenschleimhaut. Archiv für Laryngologie 1894. — Koschier: Wiener Klin. Wochenschrift 1895. — Scheibe: Zentralblatt für Ohrenheilkunde XLVIII. — E. Fränkel: Virchows Archiv 143. kötet. — Réthi: Ein Fall von Tuberculose der

Mundhöhle mit Durchbruch in die Nasen- und Kieferhöhle. Wiener med. Presse 1893, 19. szám. Ein weiterer Fall von Tuberculose der Kieferhöhle. U. o. 1899, 51. szám. — *Neumayer*: Ein Fall von Mundkieferröhren- und Nasentuberculose. Arch. für Laryngologie XVII. 1895, 260. l. — *Neufeld*: Tuberculose, Syphilis und Kieferhöhlenleiteitung. Arch. Weinberger: Über fortgeplanzte Tuberculose der Kieferhöhle. Monatschrift für Ohrenheilkunde, 1903. April. — *Grünwald*: Die Lehre von den Nasenerkrankungen. München 1896. — *Koschier*: Wiener Laryngologische Gesellschaft, 1900. Nov. 8. — *Demme*: Klinische Mitteilungen aus dem Gebiete der Kinderheilkunde 27. Bericht des Jennerschen Kinderspitales Bern, 1889. — *Collet*: La tuberculose du larynx, du pharynx et du nez. Paris 1913. — *Coakley*: A case of tuberculosis of the antrum of Highmor. New York University Bull. of the Medizin Sciences 1902. II. 3. szám. — *De Gaudier*: Empyem du sinus maxillaire de nature tuberculeuse, intervention par la fosse canine, guérison. Revue hebdomadaire de laryngologie 1897, 44. szám. — *Keckwick*: Antral empyema of tuberculous origin. Lancet, 1895. és British Journal of dental Sciences 1895. május. — *Guyot*: Tuberculose a forme néoplasique du nez et du sinus maxillaire. Congrés des laryngologistes de l'Allemagne du Sud. 1908. jun. — *Killian*: Meine Erfahrungen über die Kieferhöhlenleiteitungen. Münchener med. Wochenschrift, 1892. — *Panse*: Ein Fall von Kiefer- und Keilbeintuberculose mit tödlichem Ausgang. Archiv für Laryngologie. XI. köt. 1901. — *Ebstein*: Wiener Laryngologische Gesellschaft 1900. Apr. 5. — *Lozkard*: Tuberculose of the Nose and Throat, Saint Louis 1909. — *Gerst*: Zur Kenntniss der Erscheinungsformen der Nasentuberculose. Archiv für Laryngologie XXI. köt. — *Frank and Kunze*: Tuberculosis of the frontal Sinus. New York medical Record 1894. nov. — *Vohsen*: Durchleuchtung der Highmor-Höhle und des Sinus frontalis zur Diagnose ihrer Erkrankungen und operativen Behandlung. X-e Congrès internationale de médecine. Berlin 1890. — *Schenke*: Über die Stirnhöhlen und ihre Erkrankungen. Jena 1898. — *Scheibe*: Tumorförmige Tuberculose des Siebbeins. Verhandlungen der Münchener oto-laryngologischen Gesellschaft, 1910. okt. 31. — *Freer*: Nasal tuberculosis; two cases, one involving the right ethmoid bone with recovery after operation. Annals of Otolaryngology and Laryngology, 1910. márcz. — *Finder*: Über Tuberculose des Siebbeinlabyrinthes. Charité-Annalen XXXV. Jahrgang, 1911. — *Avellis*: Lehrreiche Beispiele von Fehldiagnosen der eigenen Praxis aus dem Gebiete der Tuberculose der oberen Luftwege. Verhandlungen des Vereins Deutscher Laryngologen, 1911. jun. 1.

A magyarországi néptüdősanatoriumok elhelyezéséhez.

Irta: *Kollarits Jenő* dr., egyetemi magántanár.

Gesztli dr. József-sanatoriumi igazgató-főorvos cikkét nem hagyhatom válasz nélkül. Azt mondja rólam, hogy „a magaslati klimát tartja . . . a legjobbnak, vagy talán egyedül alkalmasnak“. E tétel második, feltételes része nem áll meg, mert magam hivatkoztam többek között a budapesti és erlangeneni eredményekre.

Gesztli kartárs eseteimmel szemben sok százat tudna felhozni, „a mikor az alföldre érkezett beteg minden beavatkozás nélkül, csupán nyugalomra, láztalan lett, a láztalanítás tehát a hegyi klíma különös sajátossága nem lehet“. Ez a sok száz eset mindenesetre bizonyítja azt az öröndetes tényt, hogy pusztán fekvő kúrával az alföldön is lehet láztalanítást elérni, de eseteimmel szemben semmit sem bizonyít; mert a betegek, a kiket említettem, Budapest mellett pormentes levegőben és Abbaziában — mint a hogy cikkemben meg is írtam — pontosan végezték a fekvő kúrát és a higiénés-diaetás kezelést, nemcsak eredménytelenül, hanem állandó rosszabbodással és Davosba érkezésük után jelentős javulást értek el a legrövidebb idő alatt. Két esetet említettem, *de a Davosba jött betegek csekély kivétellel olyanok, a kik máshol már nem boldogultak* és az említett két eset mellé még akárhányat lehetne tenni. Ezen tehát nincs mit analizálni tovább. Bár nem lehet helyeselni, ha valaki egyedül a klímára bízta magát és a fekvő kúrát, meg a higiénés-diaetás kezelést elhanyagolja, Davosban mégis nagy számmal járnak mindenféle mesteremberek, a kik pénz híján sem fekvő kúrát, sem higiénés-diaetás kezelést nem használtak és láztalanok lettek, a mikor hasonlóan élve lent folyton rosszabbodtak. *A körülmények egyenlősége a klímán kívül ezekben az esetekben is kizárólag és csakis a klíma hatására mutat.*

Gesztli kartárs velem szemben azt állítja, hogy sokan Davosban nem értek el eredményt és idehaza megjavultak. E mondat első részét magam is állítom, második része ellen felhozom, hogy *Turban* sok évi tapasztalata alapján egyetlen

betegről tud, a kivel Davosban nem boldogult és a ki lent teljesen meggyógyult. *Gesztli* kartárs dicséri az alföld klímáját. Nem akartam cikkemben a magashegyi klímáról bővebben írni, mert azt hittem, hogy arról már nem érdemes beszélni, annyira köztudomású. De most mégis kénytelen vagyok megemlíteni, hogy a magas hegyen por nincs, köd nincs, a levegő bacteriumtartalma 1000 méter felett megszűnik, a nap-sütés sokkal gyakoribb és a magassággal arányban erősebb. (Pl. december végén 30° R hőmérséknel felöltő nélkül ebédtem a szabad levegőn.) Nem tudok elképzelni orvost, a ki mindezek hasznát tagadni tudná. Nagy lelkiismeretlenségre vall, hogy a Werawaldi sanatorium a Feketeerdőben (800 m. körül) az orvosi lapokban különösen könnyű esetek számára alkalmas helynek említi magát.

Magam említettem, hogy a davosi tél nem mindenkinek való. De ha a betegnek igazán enyhe klímára van szüksége télen, akkor az alföldi tél sem lesz hasznára, hanem délvidékre kell mennie. A davosi német sanatorium olyan helyeket, mint a magyar alföld, Svájcban könnyen találhatott volna Davos közelében, de Agrába ment a luganói tó vidékéhez, a hol igazán enyhe a levegő.

Gesztli kartárs velem szemben azt állítja, hogy ott kell a sanatoriumokat építeni, a hol kellő támogatásra találnak. Ez nem ellenkezik avval, a mit mondtam, t. i. hogy „két kéz is kell kapni“ az ilyen lehetőség után.

Gesztli kartárs azt kívánja tőlem, higgyem el, hogy a tátravidéki népsanatoriumnak nagyon sok szószólója volna Magyarországon, közöttük ő maga is. Ez nagyon szép, de az ő szavát nem hallottam meg, míg magam fel nem szólaltam, pedig talán lett volna súlya, ha az alföldi sanatorium igazgatója az ügy szószólója lett volna. *Gesztli* kartárs szerint én pusztán impressiók alapján kikezdem azt az igazságot, hogy „a sík földön sanatoriumokban egészen úgy meg lehet gyógyulni mint a magaslatban“. Én pedig azt állítom, hogy igenis a síkföldi sanatoriumban is meg lehet gyógyulni; *de nem impressiók alapján, hanem 1911 nyara óta tőlem nem függő körülmények kényszere folytán több ízben megszakított davosi tartózkodásom alatt, betegeken szerzett tapasztalatok alapján* beszélek és semmiféle igazságot nem kezdek ki, hanem *állítom és a leghatározottabban fentartom minden még oly jóhiszemű, jóakarató és az igazság keresésében buzgólkodó elhomályosítással szemben azt, hogy soha sehol sem lehet, még máshol nem boldoguló tüdőbajosokon is, olyan eredményt elérni, mint a magas hegyen.*

Gesztli kartárs velem szemben véli állítani, hogy „ne vegyük el sok betegnek a reményét, a kinek ezidőszerint nincs módjában máshol gyógyulást keresni, mint éppen a síkföldön vagy alacsony hegyvidéki sanatoriumban“. Ezt aláírom, de ezt csak úgy vélem lehetségesnek, ha a síkföldön nem boldoguló beteget nem az alföld klímájának kitűnő voltával vigasztaljuk, hanem, ha tátrai sanatorium érdekében mozgalmat indítunk és így adjuk meg neki az alkalmat a gyógyulásra.

Abban hagyom a túl hosszú vitát. Inkább rámutatok egy közös pontra, a hol mind a ketten, bár más indokolással, egyet értünk. *Gesztli* kartárs hasznosnak találja egy tátrai népsanatoriumot, mert bizonyos esetekben szükségesnek látja a magaslati klimát, és én hasznosnak tartom, mert attól az esetek többségében sokkal többet várok, mint bármely más klímától.

Ha sikerült volna kettőnk szavának ezt az ügyet megindítani, mind a kettőnknek örömünk telnék benne.

Veszedelem-e a konyhasó-oldat oralis adagolása intoxicatio eseteiben?

Válasz *Heim Pál* és *John M. Károly* dr.-oknak az Orvosi Hetilap 1913 41. számában fenti cím alatt megjelent megjegyzéseire.

Irta: *Bauer Lajos* dr. gyermekorvos, kórházi rendelő-orvos.

„CINA-anyagforgalmi vizsgálatok“ stb. cím alatt az Orvosi Hetilap 1913. évi 39. és 40. számaiban közölt dolgozatnak egyik conclusiója az volt, hogy intoxicatio alimentarisban levő csecsemő méregtelenítését konyhasót tartalmazó

oldatokkal ellenjavaltnak tartom azért, mert a konyhasó az intoxicációs folyamatot protrahálja, sőt egyes esetekben a javulást meghiúsítja és a folyamat mindaddig nem javul, míg a sóoldatnak adagolását el nem hagyjuk.

Heim és John dr.-ok azon okból, mert a konyhasó-oldat alkalmazását ők ajánlották a szokásos tea-diaeta helyett az intoxicációs állapot megszüntetésére, a sóoldat védelmére kelnek s ajánlják hasonló esetekben annak további adagolását. Nézetük támogatására szerzőket citálnak, kik szintén nem idegenkednek adott esetekben a sóoldat oralis alkalmazásától, bár elismerik, hogy az általuk kezdetben ajánlott 1%-os oldat helyett helyesebb, ha „jóval higabb oldatot adagolunk“.

Elsősorban is arra vagyok kénytelen emlékeztetni a társszerzőket, hogy az ő oldatuk ajánlása előtt már hasonló, konyhasóval készült oldatok több oldalról ajánlottak az intoxicációs folyamat méregtelenítésére. A Mery-féle főzelék-bouillon, a Comby-féle főzet, a Moro-féle répaleves, hogy a különböző, nagymennyiségű konyhasót tartalmazó ásványvizeket ne is említsem, már jóval előbb ajánlatba hozattak különböző szerzők részéről azon célból, hogy az intoxicációs folyamat által elszenvedett nagymennyiségű ClNa-vesztés pótolassék és ezáltal a további vízvesztés megakadályozassék. Ezen ajánlatok mind abban az időben történtek, midőn a szerzők azon nézetben voltak, hogy az intoxicációt a szervezetbe bekebelezett cukor idézi elő s hogy ezen folyamat kiváltásában a sók csak másodrendű szerepet játszanak. Am azóta nyilvánvalóvá lett, hogy az *intoxicatio alimentaris kizárólag a táplálék sói okozzák*, ellenben a cukor csupán a folyamat megindításában játszik másodrangú szerepet. A szerzők tehát a sóoldat oralis alkalmazásának ajánlásakor már a kiinduló pontban tévedtek, a mely tévedés azután, mint azt a későbbi észleletek s anyagforgalmi vizsgálatok kimutatták, meg is bosszulta magát az *intoxicatio therapiás eljárásában*. Mert azóta beigazolódott, hogy a sokáig rettegett cukoroldattal is lehet méregteleníteni intoxicált állapotban levő csecsemőt, melynek adagolását ugyancsak perhorreskálták a szerzők mindaddig, míg azt hitték, hogy az intoxicációt a cukor okozza. Ezért citálhattak a társszerzők megjegyzéseikben egyes autorokat, a kik a sóoldat alkalmazását nem ellenzik.

Az újabb szerzők között azonban minél kevesebbet fog-nak találni, a kik ezen eljárást még ma is helyeslik. Erre nézve csak Meyer L. F.,¹ Beck,² Klotz, de különösen magának Finkelstein-nak³ véleményét említem, a ki a sóoldatokról így nyilatkozik: „Tatsächlich kann ich durch eine Anzahl eindruckvoller Kurven belegen, dass unter ihnen in schweren Fällen die Entgiftung und Entfieberung verlangsamt und gelegentlich sogar bedrohliche Verschlimmerungen hervorgerufen werden können, bis schliesslich erst der Uebergang zur reinen Teediät Wandel schafft“. A sóoldatoknak ilyen hatása különben érthető is, ha tekintjük, hogy a sók által okozott *intoxicatio* újlagos konyhasó-adagolásra csak rosszabbodhat, de nem javulhat. Hogy egy hasonlattal éljek, olyan az *intoxicatio*ban levő csecsemő szervezete a sókkal szemben, mint a *decompositio*ban levő csecsemő szervezete a zsírral szemben: bármennyire is zsíréhes a *decompositio*ban levő csecsemő szervezete, annál kevésbé javul, minél több zsírt viszünk a szervezetébe s a javulás csak akkor áll be, ha a táplálékkal bevitt zsírmennyiséget annyira csökkentettük, a mennyire a szervezet tolerantiája még éppen elviselni tudja. Így az *intoxicált* állapotban levő csecsemő is. Bármennyire sóéhes is a szervezete, mivel sókkal szemben csökkent a tolerantiája, mindaddig, míg a bekebelezendő só le nem fokozzuk olyan mennyiségig, mint a mennyit a női tej vagy az erősen hígított tehéntej tartalmaz, azt nem képes asszimilálni s ha mégis többet viszünk be, mint a mennyit az említ-

tett táplálékok tartalmaznak, úgy az a szervezetnek nem javára, csupán ártalmára fog válni.

Különös szerencsétlenségük a társszerzőknek, hogy éppen a sóoldatot ajánlották az *intoxicatio* méregtelenítésére s hozzá még ilyen koncentrált alakban! Mert ha valamely hig cukoroldatot ajánlottak volna, akkor ezen ajánlatuk nem lett volna olyan rövid életű, mint a mostani, melyről megjósolom, hogy ilyen alakban éppen úgy el fog tűnni a gyakorlatból, mint a hogy a többi ajánlott, konyhasóval készült főzet már el is tűnt.

A Heim-John-féle sóoldatot a súlyos intoxicált állapotban lévő csecsemő szervezete mindaddig nem fogja acceptálni, míg az oldatuk töménységét még jobban le nem fokozzák, mint azt egyízben már tették, még pedig olyan fokig, mint a milyenben a női tej, vagy az erősen hígított tehéntej tartalmaz sót, tehát körülbelül 0.2—0.3%-ig.

Sajnos, hogy így ajánlatukat megjegyzéseik ellenére sem tudom acceptálni s fenn kell tartanom elég nagyszámú klinikai észleletemből és anyagforgalmi vizsgálatomból leszűrte azon nézetemet, hogy a *sóoldatokat súlyosabb intoxicatio alimentaris eseteiben határozottan ellenjavaltnak tartom*, mert a folyamatot sok esetben protrahálják, egyes esetekben pedig károsak, sőt veszedelmesek is.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Veress Ferencz: Kosmetika orvosok részére. Kolozsvár, Stief Jenő és társa kiadása, 1913.

Az bizonyos, hogy a kozmetika üzése minden időben divatban volt, legfeljebb más néven nevezték. Az is bizonyos, hogy a test szépítésével hivatásszerűen nem mindenkor az orvosok foglalkoztak. Annak, hogy ezt a mesterséget az orvosok hosszú időn keresztül elhanyagolták s a vele való foglalkozást nagyrészt többé-kevésbé intelligens laikusok kezére bízták, nyilván az az oka, hogy a tudományosan képzett orvosok nem méltatták kellő figyelemre a test ápolásával és szépítésével való foglalkozást. Másfelől már réges-régen felismerték az emberek, hogy a hiúság és a tetszeni vágyás mily bő anyagi áldozatokat tud hozni. S így mindig akadtak olyanok, a kik kellő anyagi ellenérték fejében ígérték, hogy minden testi hibát palástolni tudnak, a hiányzó szépséget pedig megszerzik. Hogy ez legtöbbször nem sikerült, sőt olykor bajt is okozott, kétségtelen. Pedig a kozmetika nem is áll teljesen a hiúság szolgálatában. Hiszen orvosilag nézve, a kozmetika csak a test helyes ápolását és kisebb kóros, rendellenes vagy elcsúfító elváltozások elmulasztását szolgálja. Hogy pedig ezt a legjobban csakis a kellően képzett és gyakorlott orvos tudja, ahhoz kétség nem férhet. Ily módon az *orvosi kozmetika* igen szükséges és áldásos ténykedés, mely azonban természeténél fogva sohasem fog szertelen és lehetetlen ígéretekbe bocsátkozni. Rendkívül jogosult és föltötte kívánatos ezért az előttünk fekvő kozmetikai munka, melynek szerzője nemcsak a kozmetikát sikeresen űző orvos, hanem elsősorban elsőrangú neves dermatologus. A mű, mely kellemes kis alakban mintegy 15 ívre terjed, a magyar orvosi irodalomban valóban hézagpótló. Gyakorlati célokat követve, az anyag megfelelő és gondos felosztásban részesült. Az első fejezet az általános test- és bőrápolást ismerteti. Kitérően találjuk megírva a bőr kozmetikai betegségeinek fejezetét, melyből a dermatologus-szerző hosszas klinikai megfigyelései tükröződnek vissza. A többi fejezet a hajápolást és a hajbetegségeket, a körömápolást, szájápolást stb.-t tárgyalja. A mű stylusa szabatos, közvetlen, soha szárazzá nem váló. Midőn az érdekes munkát melegen üdvözljük, kívánjuk, hogy minél több orvos-olvasója akadjon.

Guszman.

¹ Die Bedeutung der Mineralsalze bei den Ernährungsstörungen. Jahrb. f. Kinderh., 71 kötet.

² Cit. Meyer-től. Ibidem.

³ Lehrbuch der Säuglingskrankheiten. 355. old.

Lapszemle.

Belorvostan.

A köszvény gyógyításáról ír *Minkowski* tanár. A köszvény tulajdonképpeni okát még mindig nem ismerjük. Csak az bizonyos, hogy köszvény eseteiben a vérben több a húgysav, mint a mennyit normalis viszonyok között találunk. Az a körülmény, hogy a vérben húgysav van, még nem bizonyít köszvény mellett: *Frank* vizsgálatai szerint ugyanis normalis körülmények között, sőt purinmentes étkezés mellett is található a vérben húgysavat. Az kétségtelen, hogy a vér húgysavának megszorodása és az urat-lerakódás között szoros az összefüggés; az összefüggés módja azonban ma még ismeretlen. A húgysavfelhalmozódás és a köszvényes roham közötti összefüggés mellett szól a húgysavat bőségesen termelő táplálékok, pl. borjúkedesz élvezése után, a tüdőgyuladást követő krízis alkalmával és az intenzív Röntgen-besugárzás után jelentkező köszvényes roham; e mellett szól a húgysavkiválasztás ingadozása köszvényben; hogy t. i. a kiválasztott húgysav a rohamot megelőzőleg kevesebb, azt követőleg több, nemkülönben, hogy a köszvény a húgysav kiválasztását fokozó gyógyszerrel kedvezően befolyásolható. Mindebből azonban még nem tudjuk, hogy miféle folyamat az, mely a szervezetben a húgysav felhalmozódásához és lerakódásához vezet. Valószínűnek látszik, hogy köszvény eseteiben a szervezet egész anyagforgalmának mélyre ható zavarai állunk szemközti. Ezeket a zavarokat közelebbről a húgysav oldódási viszonyainak és az anyagforgalom menetének tanulmányozásából akarják megismerni. A sokféle elmélet közül, melylyel a húgysavoldódásnak a köszvényesben eltérő voltát magyarázni igyekeznek, legtöbbet ígérő *Schade* és *Boden* legújabb elmélete. E szerint bizonyos körülmények között a húgysav a szervezetben colloidos alakban is előfordulhat, mikor is sokkal töményebben tartható oldatban, akár 1 gr. 100 cm³ folyadékban, mint máskor bármikor. Tulajdonképp ilyenkor nincs is oldott állapotban a húgysav, hanem aránylag állandó jellegű colloid dispersióban. Így, oldatban elosztva nem mint húgysavas só, hanem maga a húgysav található: a húgysav ezen colloidos alakja, akár a colloidos kovász, bizonyos mennyiségű alkálit lazán meg tud kötni; ez az „adsorptio”. Ilyen adsorptió egyesülések mint a közbeeső anyagcsere termékei mutathatók ki ott, a hol húgysavas sók, mint ez köszvényes lerakódások alkalmával történik, valóságos vegyületek alakjában, kristályosan kicsapódnak. Fontos, hogy a colloid húgysav képződésekor a vér alkalitartalmának is van szerepe és hogy a vér bizonyos anyagai a húgysav colloidos alakját állandó jellegűvé tehetik, vagyis annak ionképző oldattá válását és kicsapódását hátráltatják. E tények jelentőségét a köszvény kórtanában ma ugyan teljes egészében még nem láthatjuk, mindamellett az bizonyos, hogy egy csapásra halomra dől mindaz, mit eddig a húgysavas vegyületeknek a szervezetben való oldhatóságát, vándorlását és kiválasztását illetőleg gondoltunk. Gyakorlati szempontból e felfogás ismét jelentős szerepet juttat az alkalinak. Ma tudjuk, hogy a húgysav nem a húgyanyagképződés oxydatív közbeneső terméke, hanem a sejtmagvak praeformált atomcsoportjaiból képződik. Tudjuk azt is, hogy a kiválasztott húgysav részben exogen, részben endogen: ez utóbbi egyénileg ugyan különböző, ugyanazon egyénben azonban még éhezés mellett is állandó. A húgyhúgysavtartalmából azonban nem ítélhető meg a purinforgalom nagysága, mert az exogen eredésű nucleinból származó purinnak csak bizonyos hányadából, átlag $\frac{1}{3}$ -ából képződik húgysav. *Brugsch-Schittenhelm* szerint köszvény eseteiben az uricolysis lassúbb s a nucleint bontó fermentumok hatása gyengébb; ez volna a köszvényes zavar főoka. Kérdés azonban, hogy az emberi szervezetben valóban tovább oxydálódik-e a húgysav és így egyáltalán van-e uricolysis?

A szerző már régebben utalt arra, hogy a purinanyagokból képződő húgysav mennyisége a nucleinelbomlás helyének és lefolyásának megfelelően eltérő s hogy a nuclein elbontásakor a hasadási és élenyülés sorrendje szerint változó a képződő húgysav mennyisége, eltérő annak alakja s ez egy-

szersmind a húgysav további sorsára is befolyással van. Ma tudjuk, hogy a nucleinsav vegyi alkotása aránylag egyszerű: a foszfatidek sorába tartozik, nevezetesen pentosehoz van kötve; ez utóbbi ismét glukosida módjára purinbasissal társul. Az egyszerű nucleinsav, a mononucleotid egy molecula foszphorsavnak és pentosenak aminopurinbasissal való vegyi összeköttetése (adenin, guanin). Az összetett nucleinsavak különféle basisokkal társult foszphorsavas moleculalánczokból állanak. Ha tehát nucleinsavból húgysav képződik, ehhez fermenthatás útján a hasadási és élenyülési folyamatok egész sora szükséges. A szerző szerint a húgysav képződése a szerint, a mint a purinbasisok hasadása és élenyülése a nucleinsavas összeköttetésből való kiválás után, vagy még a nucleinsavas vegyülés keretein belül történik, eltérő. A szerző szerint lehetséges az is, hogy a purincsoportnak húgysavvá való élenyülése a nucleinmoleculában folyik le és ily módon a húgysavnak nucleinsavas összeköttetése támadnak, melyekből azután a vese hátsítja le a húgysavat; kóros körülmények között pedig más egyéb szövetekben hasad és rakódik le a húgysav. A szerző ezen állításait *Brugsch*, *Schittenhelm* és *Gudzent* sem czáfolta meg.

Egy bizonyos, t. i. hogy köszvény eseteiben a nucleinfor-galom a rendestől eltér. A húgysav felhalmozódása köszvény eseteiben nem a fokozott purinbomlás következtében bővebb húgysavképződés folyamánya. A hol fokozott a húgysavképződés, akár exogen, akár endogen okból származzék ez, ott a vizeletben is több húgysavat fogunk találni. *A köszvényről azonban ez nem áll, sőt úgy látszik, hogy a húgysavképződés kisebb, mint normalis viszonyok között és az exogen eredésű húgysavat is lassabban és tökéletlenebbül választja ki a köszvényes szervezet, mint a normalis egyéné.* A húgysav tehát köszvény eseteiben a szervezetben felhalmozódik, a minek az oka a köszvényes veseműködésében rejlik. A köszvényes veséjének működése általában véve kielégítő, csak egyedül a húgysav kiválasztása hiányos. Ennek az oka egyfelől a húgysav sajátosan megváltozott vegyi és fizikai tulajdonságaiban van, másfelől abban, hogy köszvény eseteiben bizonyos anyagforgalmi zavarok mutathatók ki, melyek azután a húgysav további sorsát is befolyásolják. Az, a mit újabban a vesepermeabilitásnak bizonyos anyagokkal szemben való változásának gondolnak, inkább a *vesén innen* végbemenő anyagcserezavaroknak a kifejezője.

A felhozott elméleti fejtegetés alapján láthatjuk, hogy a köszvényes anyagcserezavart minden részében még nem ismerjük s így érthető, ha kezelését sem tudjuk mindenben pontosan indokolni. A köszvényes táplálkozásának főszabálya a purintartalmú anyagok korlátozása. Ennek célja kettős; egyfelől, hogy rá nézve ártalmas anyagoktól megkíméljük a beteg szervezetét, másfelől, hogy a kóros anyagforgalom lehető tehermentesítése révén a purinkihasználás javuljon vagy legalább a baj súlyosbodása elkerültesse.

Purinszegény diétával a legtöbb esetben elég jó eredményt érhetünk el; természetes, hogy a diétát az eset súlyosságának és lefolyásának megfelelőleg kell megszabnunk. Az, hogy a purinban szegény diétán élő, sőt éhező is kaphat köszvényes rohamot, a mellett szól, hogy egymagában már az endogen nucleinfor-galom zavara is elegendő arra, hogy húgysavas sók lerakódjanak. Olyan súlyos esetekben is, melyekben eleinte nem látszik eredményesnek a purinszegény diéta, huzamosabb időn át való betartása mellett hasznos volta kétségtelen. Súlyos esetekben tehát csaknem állandóan purinszegény diétán tartjuk a beteget, egyébként pedig egész bátran megengedhetünk naponta 200—300 gramm húst. A purinban szegény diéta kevésbé szigorúval váltakozhatik s időközönként purintartalmú anyagokat engedünk meg, ha azonban a húgysavképződés fokozódnék, újra purinszegény táplálékra fogjuk a beteget. Egyébként csaknem minden táplálékanyagunkban van több-kevesebb purin: minél több a sejtmag az illető anyagban, annál gazdagabb purinban. 100 gr. borjúkedesz purintartalma 1 gr.; ugyanannyi vesé vagy máj csak $\frac{1}{3}$ gr.; ugyanannyi izomzaté $\frac{1}{10}$ gr. s 100 gr. tejben alig van egy milligramm purin; csaknem purinmentes a kaviár és a tojás. Növényi táplálékaink, burgonya,

lisztfajok, dara, rizs, nemkülönben a legtöbb gyümölcsfaj purinban szegény; ellenben a hüvelyesek csaknem annyi purint tartalmaznak, mint a hús. Sok purin van a sörben: egy liter bajor sör purintartalma 100 gr. húséval egyenlő. *A kávé, tea és kakao metilpurinja nem húgysavképző s a coffeintartalmú italok után csak annyiban fokozódik a vizelet húgysavtartalma, hogy azok húgyhajtó hatása mellett a húgysav is kilúgozódik. A szerző szerint tehát semmi értelme sincs, hogy ezen italokat köszvény eseteiben húgysavképző voltukra való tekintettel eltiltsuk.* A köszvényesnek tehát ne engedjük meg a kedezmirigyvet, májat, vesét és a hüvelyeseket; ajánlatos a tej, vaj, tojás, gyümölcs, különféle főzelék; a hús mennyisége mindig az esettől függ. Hogy mennyiben van különbség a fehér és sötét húsfajok között, a felett igen sokat vitatkoztak. A sötét húsfajok kivonatának purintartalma rendszerint magasabb; ha azonban az összes purinmennyiséget vizsgáljuk, nemcsak azt, a mi a kivonatba megy át, hanem a mi a sejtmagvakban is visszamarad, akkor pl. a marha- és a borjúhús között található különbség csak elenyésző csekély. Ezért újabban a húgysavképzés szempontjából sötét és világos húsfajok között nem is tesznek különbséget; ha azonban számba vesszük, hogy nem közömbös, vajjon a purintartalmú anyagok a lehasadás után vagy még nucleinsavval való összeköttetésben kerülnek-e szervezetünkbe, érthető az is, hogy a különböző húsfajok éppen a purincsoport könnyebb vagy nehezebb leválása folytán nem egyformán hatnak köszvény eseteiben. Az bizonyos, hogy a főtt hús, melyben kivonati anyagok nincsenek, inkább ajánlható a köszvényesnek, mint a sült. A halakat rendszerint a fehér húsok közé sorolják: purintartalmuk azonban alig kisebb a többi húsfajnál, sőt az apró halak, így pl. a sardinia, több purint tartalmaz, mint akár a marha- vagy a disznóhús.

A purinkiválasztásra indirect úton a purinmentes táplálék mennyisége és mineműsége is befolyással van; így tudjuk, hogy az endogen húgysavképződés élénkebb purinmentes fehérje mellett, mint ugyanolyan caloriás értékű zsír-, illetve szénhydrattáplálkozásnál; nem közömbös az sem, hogy a fehérjében gazdag táplálék mellett sok sav termelődik, míg a növényi koszt alkáliban dús. (Medizinische Klinik, 1913, 20. szám.)

Halász Aladár.

Sebészet.

A malariás lép spontán repedéséről ír *Noland és Watson*. 3 ilyen esetet észleltek és operáltak, 2 gyógyult, 1 meghalt. A ruptura mindhárom esetben a legcsekélyebb trauma híján következett be. Kiemelik, hogy a lépnek nem is kell feltűnő nagynak lenni, hogy a spontán ruptura bekövetkezzék. (Annals of surgery, 1913 január.)

P.

A carcinomák gyógyulásáról értekezik *A. Theilhaber*. A szerző szerint a rákos betegek gyógyulási eredménye csak annyiban javult, a mennyiben az antisepsis a mortalitást kisebbítette, a recidivák száma azonban még mindig igen jelentékeny. A rossz eredményeknek egyik fontos oka az, hogy a rák keletkezésére, annak kifejlődésére vonatkozó teoriák nem helyesek. Ezen teoriákhoz tartozik az is, a mely szerint a rák spontán nem gyógyulhat (*Hanseman*). A szerző szerint igenis a carcinoma gyógyulhat minden operatív beavatkozás nélkül, különösen annak két fajtája: a chorioepithelioma és az arczrák. Tapasztalatai szerint tökéletlenül kiirtott méhrák után is a betegek 5—6 évig élhetnek. Valószínűtlen az a felfogás, hogy a Röntgen-, radium-, mesothorium-sugarak a rákot tökéletesen megsemmisítenék, a sok millió sejtet, a miből egy ilyen tumor felépül, tönkretennék, különösen ha azok a szervezetben elrejtetten foglalnak helyet.

A szerző szerint valószínűbb az, hogy a sugarak hyperaemiát hoznak létre, a minek következtében bőséges kötőszöveti burjánzás keletkezik, a mi a sugarak által hozzá nem férhető és így még visszamaradt rákos sejteket ártalmatlanná teszi. A recidivák szempontjából a szerző igen nagy fontosságot tulajdonít az utókezelésekben a hyperaemiát előidéző eljárásoknak. (Deutsche med. Wochenschr., 1913, 27. sz.)

Ifj. Háhn Dezső dr.

Idegkórtan.

A Wassermann-féle seroreactio és a tabes dorsalis összefüggésére vonatkozó több kérdésről ír *Redlich*. Először azon körülménnyel foglalkozik, hogy a míg paralysis eseteiben majdnem kivétel nélkül positiv a reactio, tabesben kb. 30% negativ. Az oka ennek tapasztalata szerint az, hogy tabesben könnyebben befolyásolható a Wassermann s a negativ esetek azok, a melyek rövid idővel azelőtt kénésőkúrát tartottak. A reactio negativ volta azonban semmiesetre sem lehet ellenjavallat a kénéső alkalmazásával szemben. Foglalkozik ezután azon kérdéssel, hogy miért találni a tabeseseke amnesisében olyan sok könnyű, rosszul kezelt (lues latens) esetet; erre vonatkozóan megjegyzi, hogy a kénéső-kenések vagy injectiók száma még nem lehet mérvadó e hatás megítélésére; tekintetbe kell venni az egyén reactióját is. Talán ebben is segíteni fog majd a Wassermann-reactio; figyelemmel kell követni, vajjon a positiv, a negativ, a könnyen befolyásolható Wassermann-reactiójú lueses hajlandó-e ideges megbetegedésre; saját tapasztalata szerint az állandóan negativak kevésbé disponáltak. (Medizinische Klinik, 1913, 38. szám.)

L.

4134 luessel fertőzött tiszt további sorsát követte *Mattauschek és Pilcz*. A következő eredményre jutottak (1880—1890 években fertőzöttekre vonatkozóan): 12% a lueseknek meghal vagy súlyos sínylődésbe esik fertőzésének folyományaképpen, utóbbihoz számítva a paralysis progressívát, tabest, lues cerebrosपालist, syphilis maligna praecox-ot és inveteratát és az aortaaneurysmát. Ehhez jön még 2-64%, ha az arteriosclerosist is a fertőzés következményének számítják. Feltűnik továbbá, hogy a secundaer syphilisben szenvedőknek igen nagy a tuberculosis halálzási aránya. Általában a fertőzöttek halálzási aránya a nem fertőzöttekéhez képest kb. 1/3-dal nagyobb. (Medizinische Klinik, 1913, 38. szám.)

L.

Elmekórtan.

Az úgynevezett sclerosis diffusáról (encephalitis periaxialis diffusa) ír *P. Schilder*. A gyermekkorban előfordul az agyvelő egy diffus megbetegedése, a melyet jellegzetes makroszkopos és mikroszkopos lelet alapján különálló megbetegedésnek tekinthetünk és melyet a szerző encephalitis periaxialis diffusának nevez. E betegség klinikai képe nagyon változó, hol az agyvelődaganat, hol a sclerosis multiplex, hol pedig a sclerosis diffusa Heubner képét utánozza. E betegségre akkor gyanakszunk, ha a tünetek a mindkét oldali hemisphaera kiterjedt megbetegedésére utalnak. Fiatalkorúakon jelentkező, gyors lefolyású sclerosis multiplex tünetei is e megbetegedésre keltik a gyanút. A betegség halálos lefolyású és csak csekély remissióra hajlamos. Az encephalitis periaxialis diffusa a pathogenesis szempontjából közel áll a sclerosis multiplexhez, különösen annak heveny alakjához. E betegségben is az agyvelőre ható toxinos befolyást kell felvennünk. A pseudosclerosishoz, a sclerosis tuberosához és a sclerosis diffusa nagy csoportjához nincs köze. Az aetiológiája még tisztázatlan, valószínűleg endogen factorok idézik elő. Az agyvelő rendellenes alkatát nem észlelte, arra semminemű morphologiai alap sincs. (Zeitschrift für die gesamte Neurol. u. Psychiatrie, X. köt., 1. o.)

A részegségben való nemzésről és annak káros hatásáról ír *P. Naecke*. A szerző kiemeli azon nehézségeket, a melyekbe ily kérdés eldöntésekor, a hol a statisztikai adatok sem nyújthatnak kellő felvilágosítást, ütközünk. *Naecke* fejtegetései alapján, melyeket nehéz ily rövid referatumban visszaadni, azon végkövetkeztetésre jut, hogy a részegségben való nemzés csak nagyon kivételesen jár káros hatással. Minden esetben azonban csak a káros hatás lehetősége áll fenn, semmiképpen annak bizonyossága. Mindenképpen szembe kell szállani azokkal, a kik a részegség e káros hatását mint megdönthetetlen igazságot hangoztatják. Elnézhetjük ezt ugyan a laikusok számára írt népszerű iratokban, de nem a tudományos munkákban. (Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., XI. k., 219. old.)

Goldberger Márk dr.

Szülészet és nőorvostan.

A mesothorium-kezelés eredményeiről carcinoma eseteiben ír *Pinkuss*. 1911 szeptember óta 22 esetben kezelt genitális carcinomát. Egyszerre 20—30 mgr. került a genitális tractusba ezen kisebb adagok mellett, bár a kezelést többször és hosszabb ideig kellett ismételnie, kevés kellemetlen melléktünet jelentkezett. Hosszabb ideig tartó kezelés dacára sem tudta a mélyen fekvő rákos csomókat befolyásolni, mert metastasisok mégis keletkeztek. Az eredmény az illető rák malignitásától, az általános constitutiótól és a gyógyulási hajlamtól függ. Többször észlelt átmenetileg beálló nyugalmi állapotot a rákos folyamat terjedésében, a melyet azután a ráknak annál gyorsabb kiterjedése követett. Az abdominalis besugárzás nagy elővigyázatot és tapasztalatot követel. A vaginalis besugárzás sokkal egyszerűbb, azonban itt is elővigyázatosnak kell lenni (húgyhólyag, ureter, bélfal és arteria uterina necrosis). Többször indikálva lehet a mesothorium-kezelés operabilis esetekben is, ha a műtétet bármiféle okból nem lehet elvégezni, továbbá inoperabilis esetekben és recidivák alkalmával. Ajánlja a mesothoriumot közepes adagokban, kombinálva Röntgen-sugarakkal és intravenás atoxyl-injectiókkal. (Berliner klin. Wochenschrift, 1913, 24. sz.)

Scherer dr.

A terhesség megszakításáról és sterilizációról egy ülésben abdominalis úton számol be *Sellheim*. Ha terhesség-megszakításról és tubasterilizációról van szó és a kétszeri operálást s narcosist el akarjuk kerülni, *Sellheim* erre az esetre a laparotomiát ajánlja. Per laparotomiam megnyitja a hasat, felvágja a méhet, kivészi a petét, letörli a méh falát, kimetszi a tubasarkokat és végül bevarrja a méhsebet. Előnyeit ez eljárásnak a műtét rövid tartamában és a méh teljes kiürítésében, valamint a további conceptio biztos elkerülésében látja. (Monatschrift f. Geb. und Gyn., 1913, 38. kötet.)

Scherer dr.

Venereás betegségek.

A lueses fertőzés forrásának jelentősége a syphillis további lefolyásában címén közli idevonatkozó tapasztalását *W. Pick* (Wien). Arra a kérdésre, hogy miért oly sokféle és különböző a syphillis lefolyása, még ma is, a syphillidologia nagy haladása ellenére, csak feltevésekkel válaszolhatunk. E tekintetben két felfogás áll egymással szemben. Az egyik nézet értelmében, mely mostanában az általánosan elfogadott, a syphillises vírus állandó s a változó lefolyás a beteg szervezetnek alkalmi viszonyain múlik. Ezzel szemben a másik felfogás szerint a syphillis sokfélesége a vírusnak kvalitatív különbségén alapszik. Mindkét nézetnek már régóta vannak hívei, bár az utóbbinak hívei nagyon megfogytak. A kérdést leginkább az állatkísérlet és a syphillis klinikája vizsgálhatná meg. Az experimentalis syphillis azonban ezidőszert még nem szolgáltatott oly adatot, mely a vírus kvalitatív különféleségét bizonyítaná. Marad a klinika. *Pick* szerint a syphillis általános nagy kórképéből a lues malignát, a tabest és a paralyssist kell különösen kihasítani és keletkezésének körülményeit szemügyre venni. A lues maligna (korán jelentkező késői tünetek, gyors szétesésre való hajlam stb.) keletkezését általánosságban a szervezetet gyengítő betegségekkel és állapotokkal (tuberculosis, diabetes, alkoholismus, hiányos tápláltság stb.) magyarázzák. Közelebbről vizsgálva azonban a viszonyokat, legtöbbször semmiféle ilyen gyengítő körülmény fenforgása sem ismerhető fel s így a syphillisnek malignitása a legtöbbször magyarázat nélkül marad. Azt a hypothesis-t, hogy a malignus luest a vírusnak más fajtája okozná, azzal lehet megczáfolni, hogy a malignus eset mindig rendes lefolyású syphillises forrásból ered. Sokkal valószínűbb, hogy a malignitás oly viszonyok között jön létre, mint a hogy a tertiaer lues szokott beállani. Talán itt is szöveteknek fokozott reakcióképessége a döntő tényező. Némileg világosabb a helyzet a tabes és paralyssis kérdésében. Valamely sajátos vírusnak létezését már régóta említik. A „syphillis à virus nerveux“ létezését nemcsak francia, hanem német részről

(*Erb*, *Nonne* s mások) is felállították. Az egyazon forrásból eredő esetek száma elég nagy (conjugalis tabes és paralyssis). Az elég nagy számban közölt esetek igen feltűnő adatokat szolgáltatnak. *Pl. Brosius* esete: üvegfüvő munkás 7 társát fertőzi. Évek után a 7 munkás közül ötöt megvizsgálunk, az öt közül kettőnek tabese, kettőnek pedig paralyssise van. Feltűnő másik példa az *Erb*-féle észlelés: 5 férfi egy forrásból szerezte syphillisé, idővel mind az ötnek tabese, illetőleg paralyssise volt. Az ilyen esetek még azért is fontosak, mert az egyes egyének egészen különböző életviszonyok között éltek s a hereditásos viszonyaik is merőben különbözők voltak. Mindezek alapján a szerző úgy véli, hogy a lehetőség, mely szerint a lues maligna a syphillises vírusnak valamely módosult alakja által jön létre, nem utasítható el tökéletesen. De fel kellene ilyenkor vennünk, hogy a módosulás a vírusnak csupán csak szerzett tulajdonsága, melyet a további passageban ismét elveszít. Ezzel szemben felveszi a szerző, hogy az idegrendszerhez való fokozott affinitása által jellemzett vírus nervosum a syphillis kórokozójának állandóan megmaradó módosulása. (Wiener medizinische Wochenschr., 1913, 38. szám.)

Guszman.

Húgyszervi betegségek.

A húgycsőszűkületről s ennek vonatkozásáról a férfi nemzőképességéhez. *Fusocchiario de Meo* szerint az összes húgycsőszűkületek, melyek bár leggyakrabban egyszerű gyuladásokból keletkeztek, a nemzőszervek élettani működését komolyan veszélyeztethetik, sőt meg is szüntethetik. A szűkület ugyanis már olyankor is, a mikor lankadt penis mellett a vizelés még lehetséges, a mony erectiós állapotában az ejaculatiót lehetetlenné teszi, még pedig egyrészt az ondó ragadósága miatt, másrészt pedig mert a húgycsőfalban lényegesen csökkent a tonus.

Köztudomású, hogy a húgycsőnek, hogy az élettani funkciót jól végezze, érzékenynek, rugalmasnak és összehúzódóképesnek kell lennie, illetőleg maradnia, már pedig az ismételt húgycsőgyulladások következtében ezek a minőségek lényegesen csökkennek és így a nemzőképesség is tetemesen károsodik.

A húgycsőszűkület következményei: oedema praeputii, a húgycső-nyálkahártya keményedése, késői ejaculatio és az ondókiülvelés erejének a csökkenése, sterilitas, impotentia és hereatrophia.

A nemzőképesség javítása és a hereatrophia megakadályozása céljából a húgycsőben az obstructiót mihamarabb meg kell szüntetni. A dilatatio tehát praeventiv eljárás, melylyel a vas deferens eldugulását, az ondóhólyaglobot, a prostata gyuladást duzzadását és a ductus ejaculatorii későbbeni szűkülését még idejekorán megakadályozhatjuk.

Minthogy most már ismerjük az urethra lumen-csökkenésének a káros következményeit s minthogy tudjuk azt is, hogy ezek a laesiók néha elmezavarokat is előidézhetnek, kötelességünk, hogy az úgynevezett sexualis neurastheniára különös figyelemmel legyünk, minthogy ezt legtöbbször kóros elváltozások idézik elő. A megfelelő sebészi eljárások, úgymint az urethrotomia, az electrolysis, a dilatatio szakavatott alkalmazásával igen sokszor még azokat a betegeket is meg fogjuk tudni gyógyítani, a kik e nélkül örökre impotensek maradnának. (Folia urologica, 1913, VII. köt., 9. füzet.)

Drucker.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A dürkheimi Max-forrást, a melyet körülbelül 6 év előtt fedeztek fel, nagyon dicséri *Herrligkoffer* és *Lipp*. Arsen-tartalma kisebb ugyan, mint a Levico- vagy Roncegno-forrásé (literenként 17—18 milligramm As_2O_3 -at tartalmaz), előnye azonban, hogy vas csak nyomokban van benne és hogy a konyhasó-tartalma nagy (1386 gr. literenként), ennek folytán nem okoz székrekedést, sőt ellenkezőleg, elősegíti a székürülést. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1913, 35. szám.)

Pneumonia friss eseteiben *Vetlesen* (Christiania) elég jó eredménnyel használta a sósavas aethylhydrocupreint, a

melyet állatkísérletei alapján *Morgenroth* tanár ajánlott volt nemrégiben. A betegség lefolyása határozottan rövidebb volt. Másféle tüdőbeli kóros folyamatra hatástalan volt a szer. $\frac{1}{2}$ grammos adagban adta naponként 3-szor. (Berliner klin. Wochenschrift, 1913, 32. szám.)

Basedow-kór súlyos eseteiben *Schnée* antithyreoidin és pankreon egyidejű használatát ajánlja. Naponként 3-szor, félórával az étkezés előtt véte be 1 antithyreoidin- és 2 pankreon-tablettát hónapokon át; azután lassan csökkenti az adagot. (Zentralblatt für innere Medizin, 1913, 19. szám.)

Sennax néven a Knoll-czég egy új sennakészítményt hoz forgalomba részint tabletták, részint folyadék alakjában. A tabletták egyenként 0.075 sennagykosidot tartalmaznak, a folyadékból pedig 4 cm³ (kávéskanálnyi) tartalmaz ugyanennyit. *Schoenborn* tanár szerint a szer idősült székrekedés esetén nagyon kedvező hatású, csak arra kell ügyelnünk, hogy legalább két tablettát adjunk egyszerre és hogy huzamosabb használat esetén lassan növeljük az adagot. (Therapie der Gegenwart, 1913, 9. füzet.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1913, 41. szám. *Simonyi Árpád*: Adatok a syphilis modern terapiájához. *Bauer Lajos*: Az inanitio következményei egészséges és beteg csecsemőn.

Orvosok lapja, 1913, 42. szám. *Láng Menyhért*: Az anxiétásról és egy érdekes esetéről. *Oláh Gyula*: A kolera gyógyítása.

Budapesti orvosi ujság, 1913, 42. szám. *Donath Gyula*: A tabes dorsalis és a paralysis progressiva új kezelési módjáról. *Unterberg Hugó*: A vesék viselkedése ureterocystoneostomia után. *Novák Árpád*: A Benedikt-féle cukorpróba. „Bőr- és bujakórtan“ melléklet, 3. szám. *Beck Soma*: Újabb adatok az erythema mycoticum infantile ismeretéhez. *Guszman József*: Ritkább extragenitalis primaer affectiók. *Csillag Jakab*: Ferrum sesquichloratum a subacut és idült nedvező eczema terapiájában.

Vegyes hírek.

Választás. *Edelmann József* dr.-t Kispesztén községi másodorvossá választották.

A budapesti kir. orvosegyesület október 14.-én tartotta *Liebermann Leó* elnöklete alatt LXXVI. nagygyűlését. Az elnöki megnyitó után a pályázatok eredményét hirdették ki. A Szenger-pályadíjat (800 K) *Némai József* „Anatomiai vizsgálatok a majmoknak és az embernek hangszervén“ című dolgozata kapta. A Balassa-jutalomdíjat (600 K) *Bálint Rezső*-nek, a Mészáros-jutalomdíjat (1600 K) pedig *Tangl Ferencz*-nek ítéltek oda. Ezután kihirdették az új pályázatokat s végül báró *Müller Kálmán* tartott emlékbeszédet *Korányi Frigyes*-ről.

Az elsőéves orvostanhallgatók száma a budapesti egyetemen e tanévben 842 (767 rendes és 75 rendkívüli hallgató), valamivel több, mint a múlt téli félévben.

Meghalt. *Szentpétery Ignác* dr. nyugalmazott állami vasgyári orvos 84 éves korában október 11.-én Kudsíron. — *Kehrer Károly* dr. járásorvos, tiszteletbeli megyei főorvos 53 éves korában október 5.-én Pancsován. — *R. Kutner* tanár Berlinben, október 6.-án 46 éves korában. Az elhunyt, a ki különben urológiával foglalkozott, az orvosok továbbképzésének szervezése körül szerzett érdemeket; igazgatója volt a Kaiserin Friedrich-Hausnak, melyben továbbképző tanfolyamokat tartanak.

A budapesti gyógyszermechanikai Zander-intézet új helyiségeiben (IV., Semmelweis-utca 2) az intézet tulajdonosa és vezetője, *Reich Miklós* dr. vasárnaponként délelőtti tájékoztató bemutatókat tart orvosok számára. Ismerteti fogja *Zander Gusztáv* stockholmi orvos medico-mechanikai rendszerének lényegét és orvosi jelentőségét, és be fogja mutatni a Zander-rendszerű eredeti készüléksorozatot, melyre nézve ez intézet a székesfőváros területén egyedül jogosított; egyúttal az intézetben alkalmazott egyéb modern fizikai gyógyeszközöket és rendeltetésüket is megismerteti.

Személyi hírek külföldről. *A. Schenkel*, a szemészet rendkívüli tanára a prágai német egyetemen, nyugalmába vonul. — Rendes tanárok lettek: *Ch. A. Leedham-Green* (Birmingham, sebészet), *Ch. A. Porter* és *E. H. Nichols* (Boston, sebészet), *E. J. Evatt* (Dublin, anatomia), *W. H. Manwaring* (San-Francisco, bakteriologia), *E. S. Reynolds* (Manchester, belorvostan).

Hírek külföldről. A párisi Collège de France tanszékeinek számát 43-ról 40-re csökkentették; egy-egy tanár fizetése 12.000 frank. — *Raymond* tanárnak, az egykori jeles párisi idegornosnak (1844–1910) emléksobrot emeltek a szülőhelyén, Saint-Christophe-ban Tours mellett.

Kisebbségi hírek az orvostudomány köréből. Az anaemiák egy része mindenesetre onnan ered, hogy hiányos a vérvérvítés; másik

része azonban arra vezethető vissza, hogy a vérésejtek nagy számmal mennek tönkre; ilyenkor újabb *haemophthisis*-ről szólnak. *Pribram* szerint a vörös vérésejtek tönkremenése főleg a léppulpában történik; a tönkremenést elősegítik bizonyos elváltozások a lépben, így főleg a vérpangás. (Wiener klinische Wochenschrift, 1913, évi 40. szám.) — *Traumás arthritis és malum senile* eseteiben *Th. Rovsing* jó eredménnyel használja a vaselin befecskendezését a beteg ízületbe. (Hospitaltid, 1913, 40. szám.) — *Diabetes insipidus* 2 esetében *Francesco* szerint rendessé vált a vizelet mennyisége hypophysiskivonat használatát után. (Gazz. degli osped., 1913, 109. sz.) — *A hajzatos fejbőr átültetésének* sikeres esetét írja le *Perimoff*. (Zentralblatt f. Chir., 1913, 37. sz.)

A hidegebb évszak beálltával mint tápanyag majdnem nélkülözhetetlen a gyermekorvosi gyakorlatban a *Zoltán-féle csukamájolaj*. Két évtized óta igen érdemes helyet biztosított magának kiváló minősége és könnyű emészthetősége folytán.

Lapunk mai számához *Balla Sándor és Társa* „Pilulae kalii iodati perennes Szöllösi“ és „Diuodin Szöllösi“ című prospectusa van csatolva.

Lapunk mai számához *Dr. Schleyen K.* „Tapasztalatok az arsoferrin-tekolettes terapeutikus hatásáról“ című különnyomata van mellékelve.

Istvánúti sanatorium és vízyógyintézet

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

DR. REICH MIKLÓS Budapesti **ZANDER**-gyógyintézete
Dr. ZANDER G. eredeti készülékeinek teljes sorozatával és rokon physikalis gyógyeszközökkel tökéletesen felszerelt intézet.

IV., Semmelweis-utca 2. sz. Kossuth Lajos-utca sarkán.

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

Park-sanatorium: Külön szülő-osztály

Orvosi laboratórium Vezető: *Dr. VAS BERNÁT*, Poliklinika. Szövetség-utca 14—16. Telefon József 16-03.

Dr. Szontágh Miklós gyógyintézete Ujtátrafüred Egész éven át nyitva. — Lakás, ellátás, orvosi gyógykezeléssel együtt napi 10 koronától kezdve.

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

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

Dr. GÁMÁN BÉLA
dietaés orvosi intézete
■■■ VOLOSCA-ABBZIA. ■■■

Tátra-Széplak magaslati gyógyhely 1010 m., vízyógyintézet, sanatorium ideg- és Basedow-betegek részére, egész éven át nyitva. Hízlalókúrák. Vezető orvos *dr. Guhr Mihály*. Tüdőbetegek nem vétetnek fel.

Az orvosi dajkavizsgáló-intézetben (Sziv-u. 28. sz. Telefon 93-22.)

Dr. Neumann M. vezetésével — a dajkák állandó orvosi vizsgálat és felügyelet alatt tartatnak. Az intézet minden egyes dajkán az eredeti Wassermann-féle vérvizsgálatot végezi. *Dr. Neumann M.* az eredeti — nem egyszerűsített — Wassermann-féle vérvizsgálathoz szükséges vérvételt bárkitől lakásán (VII., Erzsébet-körút 14) d. u. 3—4 óra között veszi. A vérvételhez szükséges steril üvegcset és használati utasítást kívánatra vidékre is küldünk. Egy vérvizsgálat díja 20 korona.

Kopits Jenő dr. orthopaediai intézetében VII., Nyár-u. 22. sz. fekvő betegek is felvétetnek.

Epileptikus betegek intézete

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

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

Dr. Grünwald sanatoriuma Budapest, Városligeti-fasor 13-15. Felvétetnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal, valamint szülőnők. A betegek kezelőorvosukat maguk választhatják. — **Vegy- és Röntgen-laboratórium.**

Therapia sanatorium r.-t. Budapest, VII., Városligeti fasor 11. Bentrakó és bejáró belbetegek részére. Diagnostica. Therapia. Mindennemű ojtásos kezelések. Hízlaló és soványító kúrák. Nagy vízyógyintézet. Laboratórium. Röntgen. Vezető orvosok: *Rajnik Pál* dr. és *Kovács Aladár* dr.

Dr. RÉH Elektromágneses gyógyintézete. VII., Városligeti fasor 15. Az összes modern villamos gyógy módok. Röntgen-laboratórium. Almatlanság, neurosisok, neuralgiák, arteriosclerosis stb. ellen

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (XVI. rendes tudományos ülés 1913 május 17.-én.) 784. lap. — Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya (VI. ülés 1913 április 10.-án.) 785. lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(XVI. rendes tudományos ülés 1913 május 17.-én.)

Elnök: Liebermann Leó.

(Folytatás.)

Jegyző: Bence Gyula.

Vándormáj esetei.

Révész Vidor: 1. A 42 éves férfinak évek óta stenosis pylorija van, melylyel azonban élél, sőt munkáját is elvégzi, mert 2—3 naponként ki szokta mosni a gyomrát. 1 év óta fáj a jobb oldala. Átvilágításkor a jobb rekesz és a máj között bélrészletet lehetett látni, a mely a haustumok után itélve vastagbélnek felel meg.

Kontrastinnal töltvén meg a gyomrot, követhető volt a rekesz alá is a kontrastin és kiderült, hogy a flexura hepatica az, a mely a máj és rekesz közé került. A máj tehát le- és a középvonal felé van dislokálva (egyúttal hátrafelé is fordult), a coecum ellenben magasra van felhúzva.

2. Ugyancsak lesúlyedt májat és a colonnak a jobb diaphragma és a máj közé tolokodását észlelték egy 76 éves nőn. Az asszonynak olyan nagyfokú stricturája volt, hogy három nap alatt sem ürült ki a gyomrából a kontrastin. A gyomor óriásilag kitágult, gyomorszondával 5 liter folyadékot vettek ki belőle. A légőlyag igen nagy volt, az egész bal rekesz területére kiterjedt, a gyomorban levő folyadék felszíne a test megmozgatására úgy hullámozott, mint valami kis tó felszíne.

Sarcoma ovarii 6 éves leánykában számos áttétellel.

Bókay Zoltán: Érdekesebb kórboncolástani elváltozást van alkalma bemutatni. Az eset hat éves leányra vonatkozik, a ki 5 éves koráig teljesen egészséges volt. Állítólag ekkor magasabb helyről leesett s azóta hasa növekszik, lábai meg-megduzzadnak s hat hó óta, a fej ereinek erős tágulása mellett, hozzátartozói a fej alakbeli elváltozását veszik észre. Szülei luest tagadnak, tuberculosisra anamnesis nincsen. A kis leány hatodik gyermek, a gyermekek közül 5 él és egészséges.

Jelen állapot: Korához képest elég jól fejlett és táplált, 17-60 kg. testsúlyú gyermek; a bőrszín halvány, csaknem áttetsző, jól ránczokba emelhető köztakaró, oedemás alsó végtagok. A fej erősen asymmetriás, körfogata 52 cm., a miből a bal fejfére 28 cm. esik, a bal fejfél magasabb, mint a jobb. A fejen hatalmasan tágult bőrvenák, melyek számos anastomosis alkottak s mindegyik lefutásánál jól láthatólag 2—6 mm. széles vályú képződött. A bal falcsont felett tyúktojásnyi, a bal homlokcsont felett gyermekökölnyi duzzanat van, melyek felett a bőr puha, tészta tapintatú. Kisebbszármű dudorok az egész koponyatető bőre alatt tapinthatók s ezek épp úgy, mint az előbb említett nagyobb dudorok, félig tömött tapintatúak.

A szemek, a fülek és az orr részéről semmi eltérés. A nyakon több, kissé duzzadt mirigy tapintható.

A szív normalis határai mellett a szívcsúcson igen halk zenei jellegű zörej hallható. A tüdőhatárok a rendelésnél egy bordaközszel feljebb érnek véget, s a tüdők felett hátul a scapula csúcsán kezdődő resistens tompulat van, mely felett éles hörgi légzés hallható.

A has erősebben megnagyobbodott, legnagyobb körfogata 67 cm.

A máj egy bordaközszel magasabban kezdődő tompulattal bír s alsó széle 2 harántujjal haladja meg a bordaívét. A lép alsó határa ugyancsak ily távolban érezhető a bordaív alatt. Sem a májon, sem a lépen egyenetlenségeket nem tapinthatunk.

A has jobb oldalán kb. két férfiököl nagyságú göbös, fájdalomtalan daganatot tapinthatunk, mely minden

irányban mozgatható; a hasban szabad hasvízkór, punctiókor 400 cm³ zavaros, vörhenyes, 1017 fajsúlyú folyadék ürül, melynek 3·20/100 a fehérjetartalma. A vizeletben 1/4⁰/100 fehérje. A gyermek eléggé értelmes. Járáskor semmi rendellenest sem látni, de már kisebb mozgás után is kifárad a gyermek. A *Strasburger*-féle transparentia-vizsgálat negatív. Lumbal punctiókor pár cm³ víztiszta savó ürül, lassú cseppekben. A vérben a vörös véresek némi megfogyatkozása mellett a haemoglobin nagymérvű csökkenését (40%) találjuk.

A gyermek 11 napi kórházi észlelés után fokozódó elgyengülés tünetei között meghalt. *Diagnosis:* Tumor abdominalis verosimiliter ovarii, cum metastasibus nonnullis gl. lymphaticarum et capitis.

A bonczoláskor kiderült, hogy klinikai felvételünk helyes volt. A jobb ovarium volt sarcomásan elfajulva. A nagy, mozgatható tumort azonban, melyet in vivo éreztünk, nem az ovarium, hanem a megnagyobbodott és sarcomásan infiltrált hasi nyirokmirigyek adták, az ovarium ugyanis jókora lúdtójásnál nagyobb nem volt. A koponyaacsontokon éppen úgy, mint a koponyaalapon, a medenczeacsontokon és a bal femuron, mindenütt hatalmas, részben vézsesen elszinesedett subperiostalis daganatátételek konstatáltak. Az átfűrészelt gerinczsatorna csigolyatesteinek egynemelyike szintén sarcomásan degenerált vörös velőürré tüntetett fel. A test egyes nyirokmirigyekben, valamint a májban is áttételek voltak láthatók.

A daganatból és a metastasisokból készült mikroszkopi metszetek kis gömbsejtes sarcoma képét mutatták.

Érdekes, hogy a gyermekkori ovariumtumor, specialisan sarcoma eseteiben leírt korai fejlettséget vagy korai pubertás jeleit a gyermekeken nem találták. A gyermekkori ovariumtumorkok nem tartoznak ugyan a ritkaságok közé, ez eset mégis érdekel bir a nagyszámú metastasis miatt.

Status thymico-lymphaticus 8 hónapos gyermekben.

Bókay Zoltán: Az eset 8 hónapos leánykára vonatkozik, kit szülei azzal hoztak be hogy a gyermek homlokán borsónagyságú, vörös, kiemelkedő daganat van születése óta (angioma), mely azóta lassan bár, de folytonosan növekszik. Bemutatáskor jókora diónyi. Extirpációra határozzák el magukat. A gyermek jól fejlett, nem túltáplált, vizsgálatkor a mellkasi és hasi szervekben semmi eltérést sem találtak. A gyermek nyugtalanságára való tekintettel narcosist végeztek. A gyermek igen könnyen alszik el, de a műtét harmadik percében hirtelen syncope áll be. Az egész idő alatt kb. 40 csepp chloroform fogyott el. Daczára a hosszú időn át, részben a *Roth-Draeger*-féle combinációs géppel végzett mesterséges légzésnek, a gyermeket életre kelteni nem lehetett.

A bonczoláskor kiderült, hogy, a mint az a kissé zsugorodott készítményen is látható, a thymusmirigy hatalmasan megnagyobbodott. Méretei 7 × 9 × 15 cm., tehát csaknem akkora, mint a jobb tüdő felső lebenyének felülete. Helyzete olyan volt, hogy a szívburk felső harmadát is fedte. A többi szerv részéről csak a lymphaticus apparatus s a bél solitaer és *Payer*-féle plaquejai azok, a melyek szintén hatalmasan megnagyobbodtak.

Az eset tehát typosos status thymico-lymphaticus képét mutatja. Érdekes, hogy a szerzők által oly gyakran leírt mellékvese-megnagyobbodás, a mely az ú. n. thymushalálnál az adrenalinaemia által okozná a váratlan exitust, ezen esetben hiányzott, sőt a mellékvese megkisebbedett volt és átmetszetén a kéreg és velőállomány közti arány inkább az előbbi javára volt eltolódva. Így tehát ez esetben a halál nem vehető fel adrenalinaemia következményének, hanem egyéb belső secretiók zavar folytán következett be.

Pseudoleukaemiának benzollal kezelt esete.

Bence Gyula: A 28 éves férfibeteg elmondja, hogy múlt év februárjában tüdőcsúcshuruttal kezelték.

Jelen bajára nézve előadja, hogy júniusban kezdődött, naponként magas, 39^o-ig menő lázakkal, a mely lázak azóta kisebb-nagyobb megszakításokkal folyton tartottak. Körülbelül ugyanazon időben lépének és májának daganatát állapították meg. Az utóbbi időben nyaki nyirokmirigyei duzzadtak meg. Daczára ezen tüneteknek, a beteg a legutóbbi időig fennjárt, munkáját végezte. Betegsége alatt lényegesen soványodott.

A beteg 1913 április 10.-én jelentkezett a III. számú belklinikán és azóta áll az előadó megfigyelése alatt.

Az erősen lesoványodott, halvány beteg a klinikán tartózkodása első napjaiban lázas, hőmérséke 40^o-ig emelkedve nagy remissiókat mutat. Mindkétoldali kulcsfeletti árkában több lencsényi-mogyorónyi kemény nyirokmirigy tapintható. A jobb tüdőcsúcshurúknak megfelelően rövidült a kopogtatási hang, a Krönig-tér szűkebb; ugyanitt kissé hangosabb, érdes a légzés. A manubrium sterni felett tompa a kopogtatási hang, a tompulat bal felé kissé meghaladja a sternum szélét. A Röntgen-átvilágítás ennek megfelelően kiszélesedett sternalis árnyékot mutat. A lép lényegesen megnagyobbodott, felső határa a VI. borda felső szélé, alsó szélé 5 harántujjal a bordaív alatt tapintható.

A vérvizsgálat eredménye a következő:

Vörösvérsejtszám	--- ---	2,800.000.
Fehérvérsejtszám	--- ---	14.000.

A vörös vérsejteken alaki és nagysági eltérés nincsen.

Polynucl. neutroph. leukocyta	--- ---	68 ^o / _o
Eosinoph. leukocyta	--- ---	2 ^o / _o
Myelocyta	--- ---	1 ^o / _o
Lymphocyta	--- ---	29 ^o / _o

Három napi megfigyelés után a beteg *Korányi Sándor* ajánlata szerint háromszor naponta egy-egy gr. benzolt kap. Az első két napon gelatincapsulában, a mire kellemetlen gyomortünetek jelentkeztek, úgy hogy a beteg a szert kihányta. Ezután 5 napon át gelodurat-capsulában kap ugyanilyen mennyiséget. A hatás meglepő volt, a mennyiben már így rövid ideig tartó benzoladagolás után a láz megszűnt, a nyaki nyirokmirigyek csaknem teljesen eltűntek, a lép lényegesen megkisebbedett. A fehér vérsejtek száma ekkor azonban még alig változott: 13.400. E rapid hatást látva, a benzol adagolását beszüntette. A hatás azonban tovább folytatódott; a beteg azóta, kb. egy hónapja állandóan láztalan, súlya 6 kg.-mal növekedett, nyaki nyirokmirigyei egy kis mirigy kivételével teljesen visszafejlődtek, a mediastinalis tompulat s az ennek megfelelő Röntgen-árnyék eltűnt, a lép alig tapintható. A vérkép is meglepő változást mutatott, a mennyiben a kezelés abbahagyása után egy héttel a fehér vérsejtek száma lement április 28.-án 9400-ra, május 7.-én 7100-ra, május 15.-én 4000-re.

	április 28.	május 7.	május 15.
Polynucl. leuk.	--- ---	75 ^o / _o	63 ^o / _o
Lymphocyta	--- ---	24 ^o / _o	27 ^o / _o
Eosin. leuk.	--- ---	1 ^o / _o	6·5 ^o / _o
Átmeneti alak	--- ---	3·5 ^o / _o	1 ^o / _o

Ugyanezért a vörös vérsejtek száma 2,800.000-ról felment 3,600.000-re. Ezen adatokból az következik, hogy a pseudoleukaemiának tünetei úgyszólván teljesen visszafejlődtek. Vajjon az eset ennek alapján gyógyultnak, vagy pedig csak ideiglenesen javultnak tekintendő-e, az természetesen ma még nem mondható meg. Az eset azonban több szempontból nagyon tanulságos. Mindenekelőtt a benzolnak feltűnő hatását mutatja pseudoleukaemia egy esetében, mert a mint az elmondottak mutatják, ezen súlyos, magas lázakkal járó megbetegedés egy éven át folyt, úgyszólván megszakítás nélkül. A benzol alkalmazása után 5 nap múlva már hirtelen megindult az összes tünetek visszafejlődése. Ez eset tehát azt

mutatja, hogy a benzol, ellentétben azon tapasztalatok nagy részével, a melyekről nemrégiben *Királyfi* számolt be, igen gyorsan fejti ki hatását. Adagolásakor tehát óvatosságnak kell lennünk és a beteget kezdettől fogva pontosan megfigyelnünk, különösen pedig gyakran vérvizsgálatot végeznünk. Annival inkább kell erre a körülményre figyelnünk, mert a mint ez eset is mutatja, 4 héttel a bár csak 5 napig adott gyógyszer adagolása után a hatás még tart, a mennyiben a lép folytonosan kisebbedik, a fehér vérsejtek száma pedig csökken.

Ezen eset tehát vigyázatra int bennünket, hogy idejében kell a benzolt kihagyni. Úgy látszik, azon egy-két roszszul végződött leukaemiás esetben, melyről eddig beszámoltak, a benzolnak túlságosan sokáig való adagolása okozta a bajt.

A benzolhatás megítélése szempontjából még érdemes volna pontosabban körvonalazni, hogy a jelen eset a pseudoleukaemia gyűjtőfogalmának melyikéhez számítandó. Az előző tüdőcsúcshurút, a folytonos lázak, a polynuclearis sejtek túlnyomó volta inkább granulomatosisra utalnak. Ezzel szemben a nagy lép, az absolute mégis megszaporodott lymphocyták, de különösen a benzolhatás inkább általános lymphocytomatosisra utalnak. Ismeretes, hogy a granulomatosis a Röntgen-therapiára, valamint, mint *Királyfi* tiszta esetei mutatták, a benzolkezelésre nem igen reagál. Ellenben igen jól reagálnak e kezelésmódokra a lymphocytomatosis alakjai. A jelen eset nem sorozható biztosan egyik csoportba sem. Ebből tehát az a tanulság, hogy nem dönthető el előre, hogy vajjon valamely esetben érdemes-e a benzol-therapia megkísérlése vagy sem; pseudoleukaemia minden esetében azonban kellő óvatosság mellett meg kell próbálnunk e szer adagolását, mert a jelen eset bizonyossága szerint a legjobb eredmény várható.

A **Strasburger-féle transparentia-vizsgálat** veleszületett belső hydrocephalusnál.

Bókay János: Eredeti közléseink során egész terjedelmében hoztuk.

Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(VI. ülés 1913 április 10.-én.)

Elnök: **Alapy Henrik.**

Jegyző: **Ádám Lajos.**

Súlyos has-sérülések gyermekeken.

Verebély Tibor: A peritonitis kezelésének elbírálását illetően nehéz nyerni megbízható statisztikát, a mennyiben a peritonitis kiterjedését, az exsudatum minőségét, a peritonitis tartamát illetően ezideig tág tér nyílik az egyéni felfogásnak, nem is említve a klinikai képek megbízhatatlanságát. Még leginkább pontos az idő meghatározása a bélsérülések peritonitisekben, hol a fertőzés ideje egybeesik a trauma pillanatával. Erre nézve csaknem óráról-óra össze van állítva a halandóság; 6 órán belül 44^o/_o, a 12. óráig 64^o/_o, a 18.-ig 70^o/_o a mortalitás, 40 órán túl egy sem marad meg. Talán még elszomorítóbbak e számok gyermekeken, a kik a peritonealis fertőzéssel szemben gyengébb ellenállásúak, az intraperitonealis műtétek iránt fogékonyabbak, mint a felnőttek. Erre a tapasztalati tényre ráczáfol a bemutatott két eset.

A 7 éves kis fiút 29 órával műtetre kerülése előtt társa hasba lötte játékpisztolyával. Klinikailag kifejezett peritonitis állott fenn a kezdődő puffadás szakában. A laparotomia általános genyes hashártyagyuladást mutatott, ³/₄ liter bélsarat, véres evvel, a melyben ascarisok úszkáltak szabadon a hasürben. A beleken 9 lövésű sérülés volt, 2—2 párosával, 1—1 magában. A párosok közül 3 úgy érte a belet, hogy a mesenterialis szélén leszakította s egyúttal a mesenteriumban thrombophlebitist okozott. E helyen a bél kezdődő úszkósodásnak indult. A szükséges hármás resectio helyett az egész sérült darab (⁸/₄ m. bélrészlet) reszekáltatott oldalanastomosissal. A hasüreg száraz ellátása után a kis medenczébe drain került, egyébként a hasfal elzárattott. A gyermeknek egy hétig nem

volt pulsususa s ez idő alatt csak a Katzenstein-infúziók és excitansok tartották benne az életet. Ezen szak letelte után lassanként magához tért és meggyógyult.

A másik, 13 éves fiú, bobozás közben ért sérülése után 75 órával került műtőasztalra. A bob kormányja a köldök felett hasát megzúzta, a nélkül, hogy valamelyes sebet ejtett volna. 3 nap alatt rohamosan fokozódó peritonitis jelentkezett, a mely a paralysises szakban került műtetre. $1\frac{1}{2}$ liter bélsaras geny öntötte el az egész hasüreget, a mely bélsár a jejunum alsó részletének 12 cm.-nyi zúzott területéből ömlött egy fillérnyi nyíláson át. A bél bevarrása után ugyancsak száraz ellátás drainezéssel, hasfalzárással. A hasseb teljesen szétvált. A beteg kétoldali súlyos pneumoniát kapott. Ennek daczára rendszeres utókezeléssel lassan összeszedte magát. Most 2 hét óta, 3 hónappal a sérülés után, fenjár.

Alapy Henrik: Annak illusztrálására, hogy az előadónak mennyire igaza van, a mikor azt mondja, hogy nem a peritonitis beállta és az operálás közti időtartam hosszától függ a kimenetel, fiatal férfi esetét hozza fel, a kinek tályogos appendicitist operálta a szülő osztályán az alorvos és utasította, hogy az appendix kivétele végett jelentkezzen. A napokban újabb rohamot kapott, 10 óra múlva jött be jó állapotban és mivel több asepsises műtétjük volt, utoljára hagyták. Két óra múlva jelentik, hogy rosszul van. Csakugyan puffadt, feszes has, szapora és rossz pulsus (38° C, 120—130 percenként), száraz nyelv. Ugy lat-szott, a folyamat gyorsan terjedt és a műtét kiderítette, hogy a peritoniál appendix lateralisan tályogban feküdt, perforált véggel. A mesocoeum is perforálva volt; ez a perforatio valószínűleg az utolsó két órában jött létre; a geny a védekezésre elő nem készült hasüreget előntötte a belek pirosak és puffadtak voltak. Az ellátás magától adódott. A belekkel nem foglalkozott, hanem a legmélyebb pontjára a Douglasnak Murphy ajánlatára vastag drainsövet tett és a bélinstillatiót alkalmazta, azzal a készülékkel, mely a Katzenstein nevével érdemtellenül viseli, mert a szülő ajánlotta. A beteg meggyógyult. A roham kezdete óta 12 óra telt el, a peritonitis kezdete óta csak 2 óra. Tehát a peritonitis és műtét között eltelt idő tartamából sem lehet a lefolyásra nézve megbízható statisztikát felállítani.

Dollinger Gyula: A genyes hashártyagyulladás sebészeti gyógykezelésének egyik fontos kérdése, vajon a laparotomia és a genyes iz-zadmány kitisztítása után mely esetekben zárható be teljesen a hasüreg? Mindenekelőtt az általános hashártyagyuladást veszi figyelembe. A hashártyának számtalan recessusa van, a mely be van ilyenkor fer-tőzve és a melyet valamennyit nem tudunk nyitva tartani és drainezni, mert falaik a műtét után rövidesen összetapadnak. Bizonyos tehát, hogy ha drainezünk, csupán egynehány ilyen recessusnak a közlekedését tartjuk fenn kifelé. Daczára ennek mégis, ha a műtét idejekorán történt, a beteg meggyógyul. Ha tehát a befertőzött recessusok legnagyobb része meggyógyul a nélkül, hogy a váladék levezetéséről gondoskodás történne, feltehető, hogy az ilyen esetekben a drainezett recessusok is meggyógyultak volna drainezés nélkül, a drainezést tehát el lehetett volna hagyni.

A betegre nézve ez rendkívül fontos kérdés, mert ha az ilyen esetben elzárhatók a hasüregek, az a gyógykezelést nagyon megrövidí-tené. A kérdés tehát az: a körülírt vagy általános hashártyagyulladás melyik alakjában és melyik szakában zárható el az izzadmány eltá-voítása után a hasüreg teljesen? Kérdi, vajon van-e valakinek erre vonatkozó saját tapasztalata? Közöltettek ugyan ezen kérdésre vonatkozó állatkísérletek, de ezeknél sokkal fontosabb lenne az emberen tett ca-suistikai tapasztalat. A kérdés az irodalomban napirenden van. Kívá-natosnak tartaná, hogy a saját eseteink ismertetésével járulnánk annak tisztázásához.

Alapy Henrik: Ajánlja, hogy ezzel a kérdéssel a szakosztály külön ülésen foglalkozzék és hogy kérje fel a szakosztály Verebely Tibor-t, hogy valamelyik őszi ülésen a kérdés mai állásáról a szak-osztálynak referáljon.

A szakosztály az indítványt elfogadja.

Gergő Imre: Azon eset, melyre Dollinger tanár hivatkozott, rövi-den a következő:

A 24 éves férfiúnak 1 év előtt volt első alkalommal vakbélgyuladása typosus rohammal. F. év márczius 28.-án éjjel újabb roham lepte meg, a beteg a III. sz. belklinikára utján a roham beállta után kb. a 18. órában perforatív peritonitis kifejezett tüneteivel került Dollinger tanár klinikájára. Főnöke távollétében a beteget azonnal megoperálta. Jobboldali pararectalis metszéssel behatolt, a peritoneum mindenütt lobosodott, mindenfelől büzös, sárga savós geny bőven ürült, a coecum és ileum legalsó részén pedig fibrines felrakódások látszóttak. Az appendix a medence táján erősen letapadt; kiszabadítása után kiirtotta. Ezután a hasüregből és főleg a Douglas-ból a genyet száraz törülkövel újból kitakarította és a subcoecalis tájékat keskeny gazecikkal drai-nezve, a hasüreget egyébként teljesen zárta.

A gyógyulás lefolyása teljesen zavartalan volt, a beteg közérzete is igen jónak volt mondható. 8-ad napra a gazecsikot eltávolítva, nyomán geny ürült, ezért helyére újabb gazecsikot vezettek. A beteg jelen-leg még a klinikán tartózkodik.

A kiirtott féregnyulvány közepe táján kb. 4—5 mm. hosszú heg a lument teljesen elzárta; a coecumtól elkülönített distalis részben a féregnyulvány erős lobosodás tüneteit mutatta, fala itt 3 helyt lencsenyi és nagyobb területen gangraenás volt és közel a heghez átfűrődött. Azon körülmény, hogy a recidív perforatív appendicitis a féregnyulványnak distalisabb elzárt területén keletkezett, egyúttal Kofmann azon indítvá-nyának tarthatatlanságát bizonyítja, a mely szerint olyankor, a mikor a féregnyulványnak a distalisabb része erősebben letapad, vágjuk át alap-jánál a féregnyulványt és csonkjának elzárása után hagyjuk benne a hasüregben. A féregnyulvány ily kiiktatása, mint ezen esetből is kitűnik, a beteget későbbi recidiváktól és ezek veszélyeitől nem óvhatja meg.

Verebely Tibor: „Mit tőr el a peritoneum és mit nem?” czimen tavaly a gynaekologiai szakosztályban tárgyalta és kérdést. A szülő is inkább a varrás felé hajlik. Két diffus peritonitis-esetben összevarrta a hassebet és két esetben nyitva hagyta; ez utóbbi esetek halállal végződtek. Lenn a Douglasból lehet drainezni, felülről, ha diffus a peritonitis, nincs levezetés.

Vakbélgyuladásnak szövődményes esetei a gyermekkorban.

Verebely Tibor: Az esetek mindegyikében az appendicitis jellemző gyermekkori kórfolyamatok képében, azokat utá-nozva, folyt le. Az első eset 9 éves fiúcskára vonatkozik, a ki purpura haemorrhagica Henoch kórképével került a Stefánia-gyermekkorházba, hol a bőrelváltozásokon kívül egy abdominalis térfogatnagyságosodás volt konstatalható rajta. Ez utóbbinak természete éppen a Stefánia-kórházban tett tapasztalatok alapján invaginációra keltett gyanút. Az ileus tünete fokozódván, műtét vált szükségessé, a mely appendicitist derített ki és szövődményes béladhaesiók miatt bélresectiót tett szükségessé. A gyógyulás zavartalanul folyt le. Az eset érdekes kérdést vet fel a purpura kórtanában. Lehet, hogy a két folyamat találkozása véletlen, de lehet, hogy a purpurát kiváltó ok, a mely az enteritist megindította, volt az egyide-jűleg kifejlődött appendicitis megindítója; lehet az is, hogy elsődleges az appendicitis volt s csak ennek szövődménye-ként fejlődött ki a purpura, a melyet itt tehát épp oly jogosan megillit az abdominalis név, mint Henoch eseteiben.

A másik eset 7 éves leányka volt, a ki tályogos appen-dicitis kórjelzéssel került műtetre. A laparotomia hármas elváltozást mutatott ki: idősült adhaesiós appendicitist, sza-bad fibrinopurulens hashártyagyuladást, a melynek genyé-ben tiszta tenyészetben volt kimutatható a pneumococcus, és végre bélösszeszorítást, a melyet éppen a peritonitis által rögzített és kifeszített fasciculus vitellinus idézett elő. Az ap-pendix és a fasciculus kiirtása után a peritonitis kismedencez-drainezésre meggyógyult. Ez a pneumococcus-peritonitis a gyer-mekpathológiában elég nagy szerepet játszó elváltozás, a melynek 68 esetét gyűjtötte össze néhány évvel ezelőtt Koós a Stefánia-kórházban észlelt 3 eset kapcsán. Oly betegség ez, mely az esetek 80%-ában a leánygyermeket lepi meg s a lefolyás minősége szerint hol általános rostonyás peritonitis, hol szabad hasüri genyfelhalmozódás, hol tályog vagy genyedő hassipoly képében kerül a műtőasztalra. Az utóbbi esztendőben operált 12 ilyen pneumococcusperitonitis közül még egy tályogos és szabad peritonitis gyógyult esetét mutatja be.

Bókay János: A Henoch-féle purpura olyan kórkép, mely a se-bészeket érdekli. Purpura kapcsán intensiv béltünetek, kólikák jelent-keznek. A mint Verebely említette, 1874 óta foglalkoznak a gyermek-orvosok a kórképpel. A múlt évben a Stefánia-kórházból két esetet közölt Gara. Az egyik esetben a purpurát megelőzőleg jelentkeztek a béltünet-ek invaginatio képében. A béllezáródásos tünetek operálás nélkül megszűntek és a beteg meggyógyult. A másik esetben a purpura jóval megelőzte az invaginatiót, mely szükségessé tette a laparotomiát. A bonczolás kiderítette, hogy vérrög vongálta a nyálkahártyát és hozta létre az invaginatiót.

A Verebely említette esetben erős bélcontractiók voltak jelen és minthogy purpurás foltok is jelentkeztek, azt hitték, hogy Henoch-féle purpura abdominalissal van dolguk.

Az abdominalis purpura magyarázata igen nehéz. Ha a purpura megelőzi a bélpassage-zavarokat, felvehető, hogy vérrög okozza az invaginatiót, de a hol tartósabb a passagezavar s ennek kapcsán jelent-kezik a purpura, a rothadási termékek felszívódása okozhatja talán a purpura jelentkezését.

Holzwarth Jenő: Az előadó említette, hogy az appendicitis más be-tegség kórképe alatt folyhat le és más betegség utánoszhatja az appen-dicitis kórképet. Erre nézve felhozta egy 18—20 éves leány esetét, a kinek hosszabb idő óta voltak rohamokban jelentkező megbetegedései: hasá-ban fájdalmak, lázak, melyek megfeleltek appendicitisnek. Felvételkor láz, szapora pulsus, hasfájdalmak, tumor az ileocecalis tájon. A tumort tályognak tartották. Feltárás alkalmával kiderült, hogy nincs tályogja,

hanem tumorja van, melyet egészben ki kellett emelni és az összetapadt proc. vermiformisból, coecumból, colonból és jejunumból állott. Bél-resectio. A proc. vermiformis a tömeg közepén volt és rajta tuberculosisos elváltozások voltak, míg a környezetben tuberculosusra utaló tünet nem volt. A tuberculosos okozta az appendicitist, mely azután az összenövéseket hozta létre.

Szontágh Félix: Hashártygyulladásban a herpes labialis szívesen látott jelenség, mert a folyamat jóindulatúsága mellett látszik szólan; az aetiologiai momentum a diplococcus. Észlelt esetet, a melyben a diffus peritonitis interlobularis empyemával szövődött; a műtét gyógyulást eredményezett.

A purpura aetiologiájában az angina is játszik szerepet; nemrégén látott anginát, melynek kapcsán purpura fejlődött az ízületek körül; purpura abdominalis némely esetében appendicitis is fenforoghatott, tekintve az appendix és tonsilla közt levő analogiát.

Tibiasarcoma esete.

Verebély Tibor: 12 éves kis leányt mutat be, a ki gümös tibiaszuvasodás diagnosisival került a Stefánia-gyermek-kórházba. A Röntgen-kép nem szuvasodást, hanem condensatiót mutatott, a melynek oka, a mint a műtét alkalmával kiderült, csontosodó sarcoma volt. A tibia egész felső végét ki kellett irtani. Az így támadt 4 ujjnyi hiány pótlására már most a czomb alsó részét felezte oly módon, hogy a belső condylust 4 harántujnyira felfelé kifűrészelte úgy, hogy csakis az articularis porc útján maradt összefüggésben a külső condylussal. Az így készített csontdarabot lehajtotta a tibia helyére s a tibia diaphysiséhez rögzítette. Felvétele az volt, hogy ha az ily módon felezett csontrészek néhány hónapi gyógyulás után nem lesznek elég erősek a teherhordásra, melléjük a túlsó lábszárból transzplantál egy fibularészletet. Ezidőszerint a gyógyulás már annyira haladt, hogy az alsó végtagot a lábánál fogva emelni lehet; némi mozgékonyaság azonban a csont és a tibia-diaphysis közt még fennáll, de mindinkább csökken, úgy hogy remény van a teljes consolidatióra. Az eljárás gondolata nem egészen új, a mennyiben diaphysis-hiányok pótlására diaphysisrészeknek hasonló eltolását *Bardenhauer* az ujjakra, *Eiselsberg* pedig a tibiára nézve már ajánlotta. Ezeknek a mintájára gondolta ki az említett tibiapótlást.

Teljes gégekiirtás két esete.

Verebély Tibor: A két eset bemutatásával kettős célt akar szolgálni. Egyrészt tanulságosak az esetek, mert műtétük közel egy esztendő előtt történt s dacára, hogy részben a műtét, részben pedig a lefolyás alkalmával bizonyos tényezők igen kedvezőtlennek tüntették fel a prognosist, ma a gyógyulást quoad carcinoma véglegesnek lehet mondani másrészt mert e két eset kapcsán ajánlani akarta a gégekiirtásnak *Gluck*-féle technikáját.

Az egyik eset 36 éves jegyzőre vonatkozik, ki rekedtségével, nehéz légzésével egy esztendeig állott kezelés alatt; a mikor állapota specifikus kezelés dacára is egyre rosszabbodott, a beteg *Polyák* főorvoshoz került, ki próbakimetszéssel carcinomát állapított meg. A műtét teljesen *Gluck* előírása szerint történt; tehát általános narcosisban kétszárnyú ajtós metszéssel, a lehetőségig keresztülvitt a sepsisben, értve ez alatt azt, hogy a garat megnyitása és ellátása csakis akkor kerül sorra, a mikor a műtét többi része már be van fejezve. A gége mellett bal oldalon beszűródött mirigyek voltak. Tracheakivarrás a jugulum felett, borsebelzés. A lefolyást mindenekelőtt garatsipoly zavarta meg, mely eleinte bőven vezette a nyálat, később fokozatosan szűkült. Még a teljes záródás előtt a nyak bal oldalán porczkemény beszűródés támadt, a mely kiirtáskor az infiltrált pajzsmirigylebenynek bizonyult; néhány héttel utóbb újabb recidiva a garatsipoly ajkában s a vena jugularis mentén. A garatrészlet kiirtása s a vena jugularis resectiója után a sipoly plastikusan elzárattott, mire végleges gyógyulás következett be. A beteg rohamosan szedte össze magát, teljesen szabadon nyel s jelenleg a gyomrából feltölt levegő segítségével suttogva beszél is.

A másik beteg, 31 éves nő, nyelöcsőszűkülettel került *Polyák* főorvoshoz, a ki a szűkületet carcinomának állapította meg, mely hátulról összekapaszkodott a gégevel. A csonttá és

bőrré lesaványodott nőn a gége teljes kiirtását és az oesophagus teljes resectióját végezte, a mit csak az tett nehezzé, hogy az oesophagust mélyen le kellett követniök a mediastinumig, úgy hogy kivarrása a tracheacsonk fölé nehezen ment. Az oesophagus mindkét oldalán beszűródött mirigyek voltak. Éppen ezért az oesophagusplastika készítését akkorra halasztotta, a mikor a recidiva bekövetkezése már kizárható. Jelenleg a beteg garatja teljesen zárt lefelé, a táplálkozás az oesophagus-csonkba vezetett gummicsovel történik, a légzés pedig a trachea jugulum feletti csonkján kanülön át. A leány meghízott s teljesen jól érzi magát, úgy hogy a plastika néhány hét múlva, a mikor az első műtét óta egy év telt el, elvégezhető.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

1919/1913. eln. sz.

A Szabadka sz. kir. város tulajdonát képező „Mária Valéria“-közkórházban megüresedett **kórházi alorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állás évi 1400, azaz egyezernegyszáz korona havi előleges részletekben folyósítandó fizetéssel, lakással, fűtéssel, világítással és I. oszt. étellemezzel van javadalmazva.

A kinevezendő alorvos köteles a kórházban lakni, magánygyakorlatot, az első segélynyújtás esetét kivéve, nem folytathat és állását csakis két hónapi felmondási idő eltelte után hagyhatja el.

Nős orvosok nem pályázhatnak.

Az állás 1913 december hó 1.-én elfoglalandó.

Felhívom ezért mindazokat, a kik ezt az állást elfoglalni óhajtják, hogy kellően okmányolt kérvényüket **legkésőbb 1913 évi november hó 15. (tizenötödik) napjának déli 12 órájáig** *Purgly Sándor* dr. főispán úrhoz (Szabadka, városi székház) nyujtsák be, mert a később érkezők figyelembevételre nem számíthatnak.

A mennyiben az 1883: I. t.-cz. 9 §-ában minősített pályázó nem jelentkeznék, az egy évi gyakorlatra utasított, esetleg szigorló orvosoknak a fenti határnapig benyújtott kérvényei esetleg szintén figyelembe fognak vétetni.

S z a b a d k a, 1913 október 8.

Biró Károly dr. s. k.,
udv. tan., polgármester.

843/913. sz.

Kolozs vármegye mócsi közkórházában megüresedett **osztályorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása évi 1400 korona fizetés, a kórházban egyszobás bútorozott lakás és teljes ellátás. Pályázók kellően felszerelt folyamodványaikat gróf *Bethlen Ödön* főispán úrhoz (Kolozsvár) címelve hozzám mielőbb adják be, mivel az állás kinevezés után azonnal elfoglalandó. Megjegyzem, hogy orvospályázó hiányában szigorló avagy gyakorlati évet töltő orvos is kinevezést nyerhet.

M ó c s, 1913 október 14.

Telegdi Roth Lajos dr., igazgató-főorvos.

A pesti izr. hitközség Bródy Zsigmond- és Adél-gyermek-kórházában folyó évi **november hó 1.-én egy segédorvosi, 1914 január hó 1.-én pedig két alorvosi**, illetőleg az előléptetés folytán megüresedő **két segédorvosi állás** betöltendő. A segédorvosi állás javadalmazása évi 600 korona és teljes ellátás, az alorvosi állás pedig évi 800 korona és teljes ellátás.

A kinevezés 2 évre szól.

Pályázók felkértem, hogy születési bizonyítvánnyal, orvosdoktori oklevéllel és eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat **f. évi november hó 1.-éig** a kórház igazgatóságánál (VI., Bókay-tér 1. sz.) nyujtsák be.

B u d a p e s t, 1913 október 15.

A pesti izr. hitközség előljárósága.

800/913. ikt. sz.

A vezetésem alatt álló közkórházban lemondás folytán megüresedett **egy segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A segédorvos javadalmazása 1200 K, lakás, fűtés, étellemezés. A kinevezés 2 évre szól. Távozás 4 héttel előbb jelentendő.

Más pályázók hiányában orvos gyakorlatra utasított orvos is kinevezhető. Magánygyakorlat nincs megengedve.

A folyamodványok méltóságos *Makfalvy Géza* úrhoz, Somogy vármegye főispánjához intézendők és a kórházigazgatóságnál nyujtandók **október hó 28.-áig**.

K a p o s v á r, 1913 október 14.

Szigethi-Gyula Sándor dr.,
igazgató-főorvos.

6254. szám.

Alsó- és Felsősimánd 5200 lelket számláló összeépült községekből álló alsósimándi egészségügyi körben megüresedett **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek s felhívom a pályázni szándékozó orvostudorokat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket s esetleges eddigi szolgálatukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám, folyó évi november hó 1.-éig adják be.

Javadalmazás:

1. 1600 korona törzsfizetés és 800 koronáig terjedhető ötödéves 200—200 koronás korpótlék.
2. 1000 korona helypótlék.
3. 400 korona lakbér, illetve természetbeni lakás.
4. Felsősimánd községtől 200 korona fuvarátalány.
5. Szabályrendeletileg megállapított látogatási, rendelési és műtéli díjak.

A megválasztott körorvos köteles lesz Zaránd, Köröscsente és Szineke községekből álló szomszédos egészségügyi kört annak betöltéséig díjtalanul kezelni.

Kisjenő, 1913 október hó 3.

A főszolgabíró szabadságon:
Kass dr., szolgabíró.

7099/1913. eln. sz.

Szeged szab. kir. város törvényhatóságánál f. é. október havi rendes közgyűlésen választás útján betöltendő két **külterületi kerületi tiszti orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Ezen állások mindegyike évi 2000 korona alapfizetéssel (illetve az ezidőszerint kormányhatósági jóváhagyás alatt levő módosított szabályrendelet szerint 2600 korona alapfizetéssel), 800 koronaapidij és útiátalánnyal, 2 hold föld használatával, úgy 4 szoba, előszoba és mellékhelyiségekből álló természetbeni lakás, istálló és kocsiszin használatával, valamint magánykorlatra való jogosultsággal van egybekötve. Az alapfizetés 5, illetve módosított szabályrendelet jóváhagyása esetén 4 évenként emelkedik.

A megválasztandó külterületi kerületi orvosok tartoznak a szegény betegeket díjtalanul gyógykezeltetni, míg a fizetőképes betegekét a 132/1891. számú közz. ülési határozattal alkotott és kormányhatóságilag jóváhagyott szabályrendeletben megállapított díjakat szedni jogosultak, nevezetesen: a beteg lakásán eszközölt gyógykezelésnél pedig nappal 4 koronát, az orvos lakásán eszközölt gyógykezelésnél pedig nappal 80 fillért, éjjel 1 K 60 fillért. A hét éven alóli gyermekek gyógykezeléséért a fenti díjak fele jár.

Ezenkívül a trachomás kezeléséért is évi tiszteletdíj szokott a m. kir. belügyministerium által utalványoztatni.

Megjegyzem, hogy ezen kerületi orvosok székhelye nem a városban, hanem a város külterületén, a tanyákon szétszórtan élő tanyai lakosság közt van.

Az állások folyó év november hó 1.-én elfoglalandók lesznek.

Felhívom ennek folytán mindazokat, kik ezen állások valamelyikét elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. által előírt tiszti orvosi minősítésüket, valamint eddigi esetleges alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérelmüket hivatalomhoz folyó évi október hó 20. napjának délutáni 1 órájáig nyujtsák be. Ezen határidő után elkésve érkezett folyamodványok figyelembe nem vétetnek. Szeged, 1913 szeptember hó 23.

Lázár György dr., polgármester.

A *Charité-poliklinika* gyomor- és bélgyógyászati osztályán megüresedett a **rendelő főorvosi állás**. A kik ez állást elnyerni óhajtják, folyamodványukat folyó hó 26.-áig nyujtsák be a Charité hivatalában (VI., Csengery-u. 69).

997/1913. ikt. sz.

Békésvármegye közpórházánál a **belgyógyászati osztályon** megüresedett két és a **szembeteg-osztályon** megüresedett egy **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás évi 1200 korona készpénzfizetés, valamint lakás fűtés és világítással, I. oszt. teljes ellátás.

Pályázni szándékozókat felhívom, hogy képesítésükről, valamint eddigi működésükről szóló, okmányokkal felszerelt folyamodvényaikat id. *Kéry Gyula* úrhoz, Békésvármegye főispánjához intézve, **hozzám 1913. évi október hó 29.-éig** küldjék be.

Gyula, 1913 augusztus 15.

Békésvármegye közpórházának igazgatója.

Perdynamin

egy jóízű, folyékony Haemoglobin-készítmény, a fogakat nem támadja meg, étvágygerjesztő, legjobban bevált **vérszegénység** és általános testgyengeség eseteiben.

Lecithin-Perdynamin

egy Lecithin-Haemoglobin-készítmény, **neurasthenia** és egyéb idegbajok, hiányos táplálkozás és rachitis eseteiben.

Guajacol-Perdynamin

egy Guajacol-Haemoglobin-készítmény orvosilag ajánlva a **légzőszervek** megbetegedéseinek, tüdőtuberculosis, tüdőhurut, bronchitis, hörghurut és scrofulosis ellen.

Minták és irodalom ingyen.

Lecithin-Perdynamin-ből minták csakis árfelszámítás ellenében kaphatók az osztrák magyar képviselő által:

Mr. Camillo Raupens trauch, em. Apotheker
Wien II/1 Castellanergasse 25.

Sanatorium Seehof, Davos-Dorf 1560 méter a t. sz. í.

Gyógyintézet tüdőbetegek számára.

Napos, védett fekvés. Saját kertek. Legmodernebb hygienikus berendezések. Központi fűtés, lift, villamos világítás. Röntgen-kabinet. Heliotherapia. Új berendezett laboratorium. Sputumot fertőtlenítő készülék. Igen szép társalgási helyiségek. 80 ágy. Penzió-ár, szoba, orvosi kezelés, ledörzsölések, fürdők, fűtés és világítás betudva, Fr. 11.50-tól kezdve. — Vezető orvos: Dr. H. Alexander. Gazdasági igazgató: E. Graf.



ELSŐRANGU GYÓGYVIZ ÉS DIAETETIKUS ITAL.

Vesebajknál, húgyhólyag-bántalmaknál és köszvénynél, cukorbetegségnél, emésztési és lélegzési szervek hurutjainál a **Bór és Lithion tartalmu gyógyforrás**

SALVATOR

a kontinens legelső orvosi szaktekintélyei által kitűnő sikerrel használtatik.

Hugyhajtó hatása.

Kellemes izü.

Könnyen emészthető.

Teljesen tiszta.

Állandó összetételü.

Vasmentes.

Kiváló óvszer a vörhenynél (scarlatina) fellépő vesebántalmaknál.

Különösen oly egyéneknek ajánlatos, kik ülő életmódjuk folytán aranyeres bántalmakban, hasi vérbőségben, máj- és veseizgalomban vagy húgysavas lerakódásokban, vesehomok és vesekövek képződésében szenvednek. Orvosi szakvélemények, gyógyeredményekről szóló bizonylatok és egyéb forrásleírások ingyen és bérmentve állnak rendelkezésre.

SCHULTES ÁGOST Szinyelipóczi Salvator-forrás Vállalat, Budapest, V. Rudolf-rakpart 8.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

- Purjesz Zsigmond:** Jogosult-e a teleologiai felfogás a gyakorlati orvostanban? 789. lap.
Pólya Jenő: Közlemény a Szt. István-kórház III. sebészeti osztályáról. Adat a lágyék-sérvkapu plastikai zárásához. 792. lap.
Vértes Oszkár: Közlemény a berlini friedrichshaini közpórház bakteriologiai laboratóriumából. (Főorvos: Dr. Wolff-Eisner.) Adatok az eklampsia pathogenesiséhez. 794. lap.
Deutsch Ernő: Orvostudományi vonatkozással bíró kiállításokról. 796. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Julius Wohlgemuth: Grundriss der Fermentmethoden. — **Lapszemle. Belorvostan. Schlesinger:** A hőmérséklet magatartása az aggkor-

ban. — **Sebészet. Killeuthner:** A prostatahypertrophia tanának változása. — **Szülészet és nőorvostan. Mayer:** Az Abderhalden-féle dialyzáló eljárás klinikai jelentősége. — **Bumm és Voigts:** A méhrák besugárzásának technikája. — **Venerás betegségek. H. Buchtala és R. Matzenauer:** A merlusan (tyrosin-kénese) a syphilis- és a gonorrhoea-therapiában. — **Húgyszervi betegségek. Leo Buerger:** Adatok az ulcus simplex vesicae kórtanához. — **Fül-orvostan. W. Schier Bryant:** Az otosclerosis aetiologiája. — **Kiseb közlések az orvosgyakorlatra. Glück:** Trivalin locale. — **Dietl:** Regenerin. — **Barton** A húgycső nyálkahártyájának érzéstelenítése. 798–800. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 800. lap.

Vegyes hírek. 801. lap.

Tudományos társulatok. 802–805. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Jogosult-e a teleologiai felfogás a gyakorlati orvostanban?

Irta: **Purjesz Zsigmond** dr., ny. egyetemi tanár.*

Minden a mi fejlődésre képes, változásnak van alávetve. Az orvosi tudományban is keletkeznek nézetek, elméletek, kialakulnak irányelvek, melyek egy része rövidebb-hosszabb idejű fennállás után alámerül, feledésbe megy, hogy újabbnak adjon helyet; az újdonság nem ritkán csupán látszólagos és az újabb köntös csak arra való, hogy a feledésbe ment magnak régi voltát takarja.

A betegségekről és az azokban észlelhető jelenségekről táplált nézetek változása is tanuskodik a mondottak helyességéről, azonban mégis nagy különbséget mutat e tekintetben a mult és jelen.

Hosszú időn át, majdnem a 19. század derekáig, az életjelenségek magyarázatára theurgikus, mystikus, dogmatikus alapon álló philosophiai gondolkodásmódot alkalmaztak és e magyarázatok változtak a szerint, a mint egy-egy kiváló bölcselkedő nevéhez fűződő iskola követői által rövidebb vagy hosszabb ideig ápolottak és tartattak fenn. És bámulatos, hogy mily makacsul tartották magukat hosszú időn át ezek a speculatiók, noha időközben akadt nem egy élesen látó elme, mely reámutatott a követett út hibás voltára, kijelölve a helyes irányt. Így, hogy csak egyes példákat hozzak fel, *Morgagni* „De sedibus et causis morborum“ című munkájában reámutatott a betegségek megítélésére szempontjából a *szervek*, *Bichat* még tovább menve, a *szövetek* jelentőségére. Ezeket megelőzve Verulami *Bacon* már a 16. században hangsúlyozta a deductiv speculatio céltalan voltát és részle-

* A budapesti kir. orvosegyesületben 1913. október 19.-én tartott *Balassa-előadás*.

tesen kidolgozta az inductio szabályait, mint a melyek egyedül alkalmasak arra, hogy a természeti jelenségek helyes ismeretéhez juttassanak, *interpretatio naturae*-nak mondván az inductiv vizsgálati módot, szemben az általa *anticipatio naturae*-nek nevezett deductiv eljárással. És ezután mégis három századnak kellett még eltelnie, míg az orvostudományok művelésében, különösen a klinikán, az inductiv eljárás általánosan elfogadtatott és a deductiót kiküszöbölték.

Ennek okát nem csupán a kor szellemében kell keresnünk, mely egyaránt reányomja bélyegét úgy egyesekre, mint a nagy tömegekre, hanem főleg abban, hogy a természet-tudományok fejletlensége és a vizsgálati módok és eszközök hiánya miatt a *tapasztalati tények* nem állottak oly számban és terjedelemben rendelkezésre, hogy azok a dolgok mélyebb betekintésébe kellő alapot szolgáltatott volna. Nézeteink ma is változnak, de csupán akkor, ha ezt új tapasztalati tények követelik. Méltóztassanak a köztünk idősebbeknek csak arra visszagondolni, hogy a vizsgálati eszközök és módok bővülése, pl. a mikroskoprak az *Abbé*-világítóval való tökéletesedése, bizonyos festési módok, a fix táptalajok felhasználása mennyiben változtatta meg a betegségek aetiologiájára vonatkozó ismereteinket az által, hogy új tapasztalati tények birtokába jutottunk.

De azért ne illessük váddal azokat, kik tudományunk csecsemőkorában a később rendelkezésre álló és nem remélt tökéletességre vitt segédeszközök és segédtudományok hiányában, kizárólag egyszerű érzékszerveik segítségével gyűjtött kevés tapasztalat birtokában mindent magyarázni akaró gyors általánosításra ragadtatták magukat és ezt mystikus-dogmatikus irányban tették, minthogy mindannyian az emberi természetben rejlő ama törekvésnek iparkodtak eleget tenni, melynek célja, hogy szilárd alapot szolgáltatasson munkálkodásunk számára akkor, midőn tőlünk betegséggel és nyomorral szemben segítséget kérnek. Nem volna ily vád igazságosabb, mintha mi szemrehányással illetnők elődeinket, a miért nem szántottak gözekével és nem világították termeiket villamos-

sággal akkor, midőn még sokkal kevesebb tapasztalattal bírtak, semhogy ezen természeti erőket ismerhették és felhasználhatták volna.

Igaz, hogy bármennyire szaporodtak is a tapasztalati tények, ma sem nélkülözhetjük az elméletet, a hypothesiseket; emlékezzenek csak az *Ehrlich*-féle oldalláncelméletre, melyhez a fertőző betegségek körül észlelhető oly számos jelenség magyarázatakor folyamodunk; de ezek a hypothesisek nagyon különböznek a régiek aprioristikus felvételeitől, deductiv speculációtól azáltal, hogy mindenkor jól megfigyelt és a kísérlet által is beigazolt tényeken alapulnak, ilyenekből indulnak ki; és igaza van *Henle*-nek, midőn azt mondja: „Az orvosi tudomány megértette azt, hogy úgy mint ez más tapasztalati tudományokban is történik, egy lépést sem tehet előre hypothesis nélkül. Hypothesis, mely új tények által bukik el és veszti el létjogosultságát, dicső halált szenved és egyenesen hálaemléket érdemel, ha kimulása oly tények eredménye, melyek felismeréséhez maga is hozzájárult. Az utolsó hypothesis egyenlő a haladás végével.“

Henle előtt nem maradhatott észrevétlen, hogy mennyire mások e tekintetben az elméleti bűvárkodás és a gyakorlat igényei és ezért jegyzi meg, hogy „a tudomány, mely önmagának célja, örülhet a határok által nem korlátolt munkaterületnek, örülhet, ha minden magaslat felett, melyet elérnie sikerült, egy új elérendő csúcst pillant meg, de a művészet (t. i. a gyógyítás művészete) jól körülhatárolt alapra törekszik, hogy abból megbízható és állandó útmutatásokat nyerhessen.“

Jól mutatja ezeket a csak nagyjában vázolt viszonyokat az a kérdés is, melyet mai előadásom tárgyává voltam bátor választani, a mely oly régi, mint az orvoslás gyakorlása általában és a mely hol felkerült a discussio szintjére, hol ismét letűnt onnan; azt hiszem, hogy előadásom folyamán sikerül a t. Egyesületet meggyőzőn arról, hogy actualisabb sohasem volt, mint mostanában. Mint méltóztatnak tudni, arról van szó, hogy jogosult-e a gyakorlati orvostanban a teleologiai felfogás, vagy más szóval, jogosult-e, megengedhető-e a szervezeteken — és így az emberi szervezeten is — észlelhető jelenségeknek a szervezet céljait szolgáló szempontból való mérlegelése?

A kérdésnek ily módon való beállítása már előre kizárja a régi teleologusok ama túlhajtott és nem minden kómikum nélküli anthropocentrikus felfogását, mely azt tartotta, hogy az universumban minden, a mindenség központjában álló ember kedvéért, jóvoltáért történik úgy, a hogy történik; de kizárja azt is, hogy a régi teleologusok ama hibájába esünk, mely az életjelenségeket már magyarázottak vette azzal, hogy azok célszerűnek bizonyultak, holott a célszerűségnek megállapítása a jelenségek bennünk csak utólag keletkezett elbírálásának, tehát psychés működésnek eredménye, nem pedig a jelenségnek valódi *physikai és chemiai okokra való visszavezetése*, a mire pedig törekednünk kell.

Akár a *physiologiai*, akár a *pathologikai* viszonyokat tekintjük, az orvosi tudomány történetének tanúsága szerint már az első észlelőkben megérlelődött az a gondolat, hogy az emberi szervezetnek kell oly berendezésekkel birnia, melyek őt káros befolyásokkal szemben megvédhetik. Fel kellett ennek a gondolatnak ébrednie, mihelyt meggyőződtek arról — már pedig meg kellett győződniük —, hogy az ember számos betegségből minden idegen segély, minden orvosi beavatkozás nélkül ki tud épülni. A „*vis medicatrix naturae*“, ez a legszebb és legnagyobb igazságok egyikét kifejező gondolat éppen ezen a tapasztalaton alapszik. A természet a betegségek orvosa, a természet megteszi azt, a mi szükséges, mondja *Hippokrates*. De már ő állapítja meg azt is, hogy a természet eme gyógyító képessége *nem absolut*. És az ő *physiatriája* még meglehetősen erélyes beavatkozásoktól sem riad vissza, csak azt kívánja, hogy tartsuk magunkat a természet útjaihoz, legyen eljárásunk összhangban azzal, a mit a természet mutat: *quo natura vergit, eo duendum*.

A kosi nagy orvos a természet gyógyító erejének megállapításán túl nem is ment; nem kísérelte meg, hogy a természet eme gyógyító képességének mibenlétét, benső viszonyát magyarázza.

Sajnos, utódai nem voltak oly tartózkodók. Eme tapasztalat egyszerű megállapításán túlmentek, igyekeztek azt magyarázni s kellő természettudományi ismeretek hiányában, az *anyagtól egészen független, attól egészen különálló, kizárólag a gyógyítás céljával bíró, olykor a legkülönbözőbb módon personifikált faktorokat vettek fel*, ezeket hol pneumának, hol archeusnak, hol animának nevezvén el.

E néhány szóval a tudományunkban, de különösen a klinikán harmadfélezer évnél tovább uralkodott állapotok jellemzése körülbelül ki is van merítve. Mivel ha időről-időre emez aprioristikus gondolkodással elképzelt faktorok personificatioja változott is, a *lényeg*, hogy az természetfeletti, az anyagtól egészen független valami, újra meg újra visszatért. Éppen e miatt nem is tartom szükségesnek, hogy e viszonyokat bővebben részletezzem. Csak illustringáljak legyen szabad egy-két példát felhozni.

Stahl, a 18. század derekán a hallei egyetem professora, az *animismus* megalapítója számos követőre talált. Az élet alapeleme gyanánt az egész szervezetet célszerűen és okosan kormányzó lelket tekintette (*anima s. natura vitaliter et cum intelligentia agens*). A betegség szerinte nem más, mint azon mozgások összege, melyet az anima végez a betegség okának kiküszöbölése céljából és így az összes pathologiai jelenségek nem mások, mint a szervezet gyógyító törekvései; még az epilepsiások görcseit is gyógyító törekvésnek nézte és ama görcsös mozgásokban, melyek a halált néha megelőzni szokták, az anima legutolsó kétségbeejtő törekvését látja a betegséggel való megküzdésre és az élet megmentésére.

A spiritualistikus felfogásnak, igaz, a *Stahl*-t megelőző időből való, egy másik képviselője *Paracelsus*, a ki különben chemiával foglalkozott és annál feltűnőbb, hogy a szervezet életjelenségeiről oly különös fogalmat alkotott magának. Az ember — mondja *Paracelsus* — egy látható részből, húsból és vérből, és egy a testben lakó láthatatlan részből áll, mely utóbbi lát, érez és gondolkodik. Ez a belső alchymista, melyet Isten adott nekünk, oly nagy művész, hogy a mérget a jótól a testben külön választja, amazt egy zsákba dugja, a jót a testben visszahagyja.

Hogy milyen volt a klinikai gondolkodás még a 19. században is, az legjobban kitetszik, ha *Schönlein*-nek 1832-ben megjelent munkájából (*Spec. Pathologie*) a következő szavakat idézem: Az orvostudomány (*die Medizin*) az étellel és különösen az ember életével foglalkozik. Az ember, mint az universum egy része, úgy mint a többi teremtmény, arra törekszik, hogy az egészségtől különváljon és mint önálló szervezet szerepeljen. A másik oldalról a természetnek azt a törekvését látjuk, hogy a külön életet az általánosba olvaszsa bele és magával összekösse. Ezáltal bizonyos feszülés jön létre az egoistikus és planetarius principiumok között. A míg az egoistikus törekvés lesz túlsúlyban, a teremtmény megtartja integritását, ez az egészség. Ha ellenben az ellenkező eset áll be és az egoistikus principium legyőzetik, akkor a teremtménynek el kell pusztulni. A planetarius principium győzelme okozza a külön élet halálát.

Az már csak természetes, hogy az olyan teleológiának, mely az életjelenségeket az anyagon kívül álló, ettől független, mystikus befolyásnak tulajdonította s ily módon a tudás, a megismerés első feltételének, az *okozatos összefüggésnek* (*causa proxima*) keresését nemcsak feleslegessé, hanem lehetlenné is téve, minden haladásnak útját vágta, abban a pillanatban el kellett buknia, a midőn a természettudományok haladásával, hogy csak néhány főbb mozzanatot említsek, a 18. század vége felé *Lavoisier* kimutatta az *oxydatio* jelentőségét, ezáltal oly lökést adva a chemiai ismereteknek, mely ezek teljes átalakulását vonta maga után, a midőn *Robert Meyer* 1832-ben az erők állandóságának törvényét formulázta és *Schleiden*-nek 1838-ban sikerült a növényvilágra, egy

évvel később *Schwann*-nak az állati szervezetre nézve a sejt jelentőségét kimutatni, a mi azután alapja lett a *Virchow*-féle *omnis cellula a cellula* nagy horderejű tételnek.

El kellett ama teleologikus felfogásnak bukni, mihelyt a természettudományok nagyobb tért hódítottak és — a mit külön kell hangsúlyoznom — az ezeket előbbre vivő vizsgálati methodusok az orvosi tudományban is meghonosodtak.

Ennek következménye volt azután az, hogy úgy, a mint a *stricte exact* tudományokban, a physikában és chemiában az észleletek magyarázatánál kizárólag a közvetlen okozati összefüggés kimutatására törekedtek és a czélszerűségi szempont mérlegelését teljesen figyelmen kívül hagyták; úgy a mint ezekben a disciplinákban annak megállapítására törekedtek csupán, hogy az események milyen módon, milyen előzmények után fejlődtek így vagy amúgy és nem kérdezték azt, hogy mi czélből vonzódnak a tömegek, mi czélből viselkedik + és — ellentétesen, mi czélből egyesül a sav a basissal: épp úgy a közvetlen okozati összefüggés kiderítésére törekedtek és figyelmen kívül hagyták a czélszerűségi szempont mérlegelését az orvosi tudományokban is és nem foglalkoztak vele sem az empyrikusok, sem a rationalisták, sem a pathologiai anatomia hivei, kiknek légkörében nőtt fel úgyszólván a mai egész orvosi generatio. Amazok kellő előismeretek nélkül mindent mechanikai és chemiai viszonyokra akartak visszavezetni, emezek a fősúlyt azon okozatos viszony kiderítésére fektették, mely a kórbonczolástani-kórszövevény elváltozások és a betegesen észlelhető klinikai tünetek közt mutatható ki; de azt, hogy mi a czélja valamely jelenségnek, nem kutatták és talán nem tévedek, ha ebben látom egyik okát annak, hogy a 19. század második felében nagy jeleseink befolyása alatt oly jelentékeny mérvben haladt tudományunknak éppen therapeutikai része jutott az — e kornak annyiszor felhányt — *nihilismushoz*.

Csak újabban kezdenek ismét foglalkozni a teleologikus felfogásnak, a czélszerűségi szempont jogosultságának kérdésével, a mióta az emberi szervezet harmonikus alkotásába és harmonikus működésének fentartására szolgáló regulációs működésekbe bővebb betekintést nyertünk, és a mióta a bakteriologiai és az ebből kiinduló kutatások révén a betegségek keletkezése módját, a kórokozók által előidézett elváltozásokat és a mi fő, a gyógyulás mikéntjét behatóbban tanultuk ismerni. De azért igaz van *Bier*-nek, midőn azt mondja, hogy azt az orvost, ki a gyakorlati életben ma teleologikus nézeteket vall, könnyen maradisággal vádolják azok, kik magukat *exact* bűvároknak tekintik és sok ilyen *exact* orvos már ideges lesz, ha életjelenségekről és azok czélszerűségéről csak szó is esik.

Pedig, ha csak kissé gondolkodunk a *stricte* elméleti tudományok, a physika, a chemia anyaga és a biologiai jelenségek közt fennálló különbségek felett, akkor, mint ezt többek között *Biegansky* hangsúlyozza, csakhamar reá kell jönnünk arra, hogy a közvetlen ok kiderítése az utóbbiakat nem világítja úgy meg, hogy azokba bővebb betekintést nyerjünk, mint a mennyire ez nekünk gyakorló orvosoknak szükséges. A közvetlen ok kiderítése a biologiai jelenségekben már csak azért sem lesz mindig elegendő, mivel a tulajdonképpeni ok — mondjuk egy pathogen mikroba — és az okozat — betegség — közé még egy harmadik, nem is mindenkor könnyen mérlegelhető tényező ékelődik be, a *dispositio*. Így érthető, hogy ugyanaz az ok nem is fogja mindig ugyanazt az okozatot eredményezni. Az életjelenségek oly komplikált események, hogy a közvetlen okon kívül ezek a távolabbi okok és körülmények is súlyosan esnek latba és nagyon is mérlegelendők.

Jól tudom én, t. O.-E., hogy mindez mindannyiuk előtt eléggé ismeretes, de azért mégis legyen szabad éppen *Bieganszky*-tól vett egy példával illusztrálnom a mondottakat. Egy beteg enyhén hányást észlelünk; a közvetlen okkal, mely e jelenséget előidézte, csakhamar tisztában vagyunk: összehúzódtott a diaphragma, összehúzódtak a hasizmok, összehúzódtott a gyomor és megnyílt a cardia, mivel valahány-

szor mindez a feltétel együtt van, hányás fog létrejönni és egyszer sem fog ez bekövetkezni, ha ezen feltételek egyike-másika hiányzik. Ámde mi orvosok, ezen közvetlen okozati összefüggés kiderítésével nem elégedhetünk meg; nekünk tisztázni kell azt, hogy milyen távolabbi okok működtek közre, a melyek ezen eseményt kiváltották. Ekkor aztán megtudjuk, hogy hányás jöhet létre először reflex úton a torok, a bázis, a gyomor, az epeutak, a húgyutak nyálkahártyájának, a hashártyának izgatása folytán, ha azokra valamely szokatlan inger hatott; létrejöhet továbbá hányás másodszor cerebialis úton és pedig vagy psychés úton, undor vagy az agy bizonyos izgalmi állapota következtében, még pedig az agy hyperaemiája, anaemiája, fokozott nyomás, a vérben keringő bizonyos mérgek hatása folytán kiváltva. Ehhez járul még az egyéniség befolyása, a mondott szervek gyuladással állapota, a mi az érző idegek felmagasztalt ingerlékenységével jár. Mindezekkel számolnunk kell a közvetlen okon kívül a hányás oly egyszerűnek látszó jelenségének elbírálásakor. E távolabbi okok jelentősége még abban is különbözik a közvetlen okokétól, hogy míg ez utóbbiak jelenlétében az okozat mindenkor létrejön, addig ez a távolabbi okokról nem mondható, sőt egy és ugyanazon egyénen egyszer létrejöhet az okozat, míg máskor ez nem történhet meg; a fokozott agynyomás pl. még ugyanazon egyénen is egyszer hányással jár, máskor nem.

Míg tehát a physika és chemia tárgyát egyszerű tényezők alkotják, addig a szervezet több részből, a szervekből alkotott zárt rendszer (*Biegansky*), melyben minden egyes résznek megvan ugyan a maga sajátos, mondhatnám specifikus feladata, de e feladat teljesítése függ egyrészt az egészségtől, másrészt visszahat az egészségre és viszont. Körülbelül ez a viszony lebeghetett *Balassa* előtt, midőn tanári székfoglaló, igazán remeknek mondható előadásában így nyilatkozik: „*A természet műveiben nem ismer önkényes osztályozást s az állati életműködés külön idomú s szerkezetű képletei mindmennyi alkotó részei egy egészségre, egy osztatlan valónak, melynek részeibe a közérő éltetőleg árad szét és onnét ismét az egész fentartására visszazugárzik. Labor unus, consentientia omnia Hippokratésként.*“

Ilyen bonyolódott és bonyolódottsága mellett mégis összhangzó működés kell ahhoz, hogy oly egybevágo, harmonikus eredmény jöjjön létre, mint a minőt a szervezeteken és így az ember szervezetén is tapasztalunk, melynek czélja az épélettani viszonyok között a létfentartás biztosítása.

Azonban nagyon rosszul állana a szervezet ügye, ha szabályozó készülékei csak arra szorítkoznának, hogy az épélettani viszonyok fentartását biztosítsák. Végtelen volna ez már csak azért is, mivel a szervezet védelmi és a *physiologiai egyensúlyt biztosító regulatorius képességei sem absolutak*. Igaz, hogy pl. a külbőr, számos egyéb, az élet fentartására szolgáló fontos funkciók közül, a kártékony bacteriumok behatolásától is megóv, valamint hasonló célt szolgálnak — bár más módon — az emésztő szervek bizonyos nedvei, de ezen első védővonalak megsérülhetnek, kedvezőtlen körülmények között funkciójukban gátolhatnának, és mi lenne a szervezet sorsa, ha ezen első védősáncok áttörése után nem állnának a szervezet mélyében rejlő oly természeti erők rendelkezésére, melyek készek és képesek is arra, hogy a küzdelmet ezen második védelmi vonalon ne csak felvegyék, hanem oly gyakran sikeresen meg is vívják.

Ez a viszony is jól mutatja, hogy a betegség nem más, mint változott viszonyok között lefolyó élet, a létért való küzdelemnek egyik megnyilvánulási módja, a mint *Rosenbach* magát kifejezi. Ha ez nem így volna, ha az emberi szervezet nem így volna berendezve, ha nem tudna ez a rajta esett sérelmekkel és hibákkal a saját erejéből megküzdeni, ha nem a benne rejlő erők segítségével tudna betegségekből kigyógyulni, akkor az nem is volna élő szervezet, hanem egy gép — megengedem, nagyon komplikált gép. Helyesen jegyzi meg *Fröhlich*, hogy megbetegedésre csak *organismusok* képesek, nem pedig *mechanismusok*; ezek csak romolhatnak. Az organismusok betegségből, magukra hagyatva,

idegen beavatkozás nélkül saját erejükből merített segítség révén kigyógyulhatnak; a mechanizmusok egyszer elromolván, magukra hagyatva, idegen beavatkozás nélkül menthetetlenül elpusztulnak.

Hogy az organismus mindezen bonyolult feladatoknak megfelelhessen, az egyes szervek közt fennálló sok úttal és összeköttetéssel kell bírnia, melyeket reakciók, reflexek, regulációs funkciók alakjában — és bizonyára még sok más előtünk ismeretlen módon — használ fel saját kormányzására. Ezek segítségével tudja az organismus saját fentartását biztosítani, fokozott igényekkel szemben tartalékerőit mozgósítani, a legkülönbözőbb külső viszonyokhoz alkalmazkodni, káros hatások távoltartása által magát megóvni, szóval *élni*. Mindez oly szoros kapcsolatban van az élet fogalmával, hogy ezek nélkül élet el sem képzelhető.

E sokszoros célból az egyes szervek és a szervezet között fennálló kölcsönhatáson alapuló, régóta már *consensus partium* elnevezés alatt ismeretes viszony fentartását elődeink, mint már említém, aprioristikusan kigondolt, képzeletileg personifikált természetfeletti factoroknak tulajdonították. Később az anatómiai és élettani ismeretek haladásával főleg az *idegrendszer működésével hozták összeköttetésbe*. És az idegrendszer az ő nagy központi részével, mely centripetalis és centrifugalis szálaival minden szervvel tart fenn összeköttetést, kétségtelen igen alkalmas ilyen részint *kormányzó*, részint *közvetítő* szerepre.

Ha a tisztán épélettani viszonyoktól eltekintünk is egyelőre és a szervezet épségét csak fenyegető, vagy már kialakult kóros állapotokra gondolunk, bizonyára mindnyájan ismerünk számos olyan regulatorius funkciót, mely szükség esetében a szervezet védelmére sorompóba lép. Nem lehet szándékom valamennyinek felsorolása, de ez lehetetlen is volna; csupán példaképp legyen szabad egyik-másikra reáutalnom, bár így is tartok attól, hogy, csupa ismeretes dologról lévén szó, türelmüket erős próbára teszem, miért is előre vagyok bátor szíves elnézésüket kérem. Már maga a *fájdalom* is ilyen regulatorius szereppel bír, mivel a beteg szervet nyugalomra, kiméltre készíti és néha még reflectorius úton izomösszehúzódnást is váltván ki, külső behatásokkal szemben védelmet is szolgáltat; csak mellékesen jegyzem meg, hogy ezt nem egy esetben még fontos diagnosztikai jel gyanánt is felhasználjuk. Egy jótékony *thrombus*, mely a sérült vérérben fejlődik, hányszor nem óv meg a nagy vérvesztéstől, esetleg az elvérzéstől. A *hányás-hasmenés* segedelmével szabadul meg a szervezet a bélhuzam káros tartalmától, nem egyszer hártván így el az egész szervezetet fenyegető veszélyt. Valahányszor a légcseré van zavarva, *dyspnoë* áll be, mint regulatorius funkció. És érdekes, hogy milyen más és más lesz a *dyspnoë* alakja, nyilvánulási módja a szerint, a mint más és más helyen van a lélekzési zavar oka. *Felületes és szapora* lesz a lélekzés, ha a légcseré zavara a tulajdonképpeni lélekzési felületen, az alveolusokban játszódik le, pl. pneumoniában, nagyobb fokú pleuraizadomány, nagyobb fokú anaemia esetén stb.; ellenben *mély, hosszan elhúzódó és gyér* lesz a lélekzési szám, ha az akadályt a nagy légutak szűkülete laryngo-tracheo-bronchostenosis alakjában szolgáltatja. És ez természetes is, mivel csak így szolgálhatja a *dyspnoë* a szervezet célját eredménynyel. Ha pl. larynx- vagy trachealis stenosisnál szaporává és felületessé válnék a lélekzés, ebből a szervezet vajmi kevés hasznot látna, mivel a szűk nyíláson át hasztalan változnék szaporán a levegő, ez a légcserét a mélyebben fekvő tüdő nagy felületén, már csak a ki- és bejutó levegő kis mennyiségénél fogva sem segítené elő; sőt ez a kis levegő is alig juthatna egészen a tulajdonképpeni légcseré helyére, az alveolusokba, minthogy a felületes belégzést nagyon is szaporán követi a kilégzés. Ellenben a gyér, de hosszantartó erőltetett belégzés alatt inkább meg van adva az alkalom arra, hogy bár szűk a nyílás, mégis jusson valamelyes quantum levegő az alveolusokig; ugyanilyen a viszony a hosszú és erőltetett kilégzést illetően a levegő kijuthatására nézve. Hányszor nem voltam kénytelen laryncroupban szenvedő gyermek szerencsétlen anyjának azt az örömteli jelen-

tését, hogy a gyermek jobban van, mivel nem lélekzik már oly erőltetve, csalóka látszatnak minősíteni; megszűnt az erőltetett lélekzés, mivel kimerült a regulatióképesség és kezdődött a szénsavmérgezés.

(Vége következik.)

Közlemény a Szt. István-kórház III. sebészeti osztályáról.

Adat a lágyéksérvkapu plastikai zárásához.*

Írta: Pólya Jenő dr., egyetemi magántanár, kórházi főorvos.

A lágyéksérvkapujának elzárása a környező képletek egyesítésével az esetek túlnyomó többségében könnyen megy, dacára annak, hogy a lágyéksatornát alkotó izomelemek sokszor igen gyengén fejlettek. A rectushüvely felhasításával (*Berger, Halsted, Wölfler, Herczel*) azonban úgyszólván mindig birunk a hatalmas musculus rectusban a defectus elzárására alkalmas plastikai anyagot kapni. Különösen a hol még előzőleg nem operált sérvekkel van dolgunk, a hol a sérvkaput környező és fedő izmos-bőnyés képletek intactak, a legnagyobb diastasis dacára is mindig sikerül a rectushüvely felhasítása után a rectus odahúzásával a lágyéksatornát megbízható axactással elzárni. Recidiv sérvek operálása alkalmával is ezeidig mindig kijöttem ezen elárással és a leirandó eset az első, a hol a sérvkaput ily módon elzárni nem tudtam és a melyben ezért egy komplikáltabb plastikai eljárás kellett folyamodnom.

Egy előzőleg már 7 ízben megoperált lágyéksérvkapuzárásról volt szó, melyben a jó kétökölnyi, papírvékony, heges bőrrel fedett és fistulosus járatokkal környezett sérvtömlőnek a fedőbőrrel és a fistulajáratokkal való kiirtása után egy a callosus hegek és a szeméremcsont harántága által határolt sérvkapunak megfelelően tenyéryi defectus maradt vissza a hasfalban, a melynek e helyen összes rétegei hiányoztak, úgy hogy a peritoneum a sérvkapu területén teljesen szabadon feküdt. E defectus fedésére legczélszerűbbnek láttam egy a czombról vett s bőrből, fascia latából és a sartorius proximalis feléből készített lebeny felhasználását, melyet egyszerű elfordítás után be lehetett illeszteni a defectusba és az izom hiányát a sartoriussal, az aponeurosisét a fascia latával és a bőrt a czomb bőrével lehetett pótolni. A sartoriusról már czombsérvek operálása alkalmával meggyőződtem, hogy kitűnő plastikai materialis és hogy teljes vastagságában való felhasználása sem okoz semminemű functionalis zavart; ezért, már 1905-ben ajánlottam¹ a sartorius felső részletének egész vastagságában való felhasználását nagy czombsérvek radicalis műtétére, míg *de Garay*,² a ki előzőleg ajánlotta ez izom felhasználását myoplastikai sérvelzárásra, csak a hosszában kettéhasított sartorius egyik feléből alkotott lebenyt használt. Azóta *Streissler*³ egy recidiv lágyéksérvkapuzárásról, *Jacobovici*⁴ és *Gomoiu*⁵ pedig gyöngye lágyéksérvkapuzárásról írtak, melyekről mellesleg megjegyezve a leírás után az az impressióm, hogy a rectushüvely felhasításával is ki lehetett volna jönni, annyiban volt komplikáltabb, hogy esetemben az aponeurosis és a bőr defectusát is pótolni kellett, a mire a fent említett esetekben nem volt szükség. A jelzett plastika esetemben jól bevált és hasonló esetekre ajánlhatom kartársaim figyelmébe. Esetem részletei a következők:

H. S. 54 éves földműves először 1912 január 13-án jelentkezett osztályomon azzal, hogy sérvét az 1905-től 1909-ig terjedő időközben hét ízben operálták. Az operációk után

* A dolgozat németül a *Pertik-émlékkönyvben* (*Virchow's Archiv*) jelent meg.

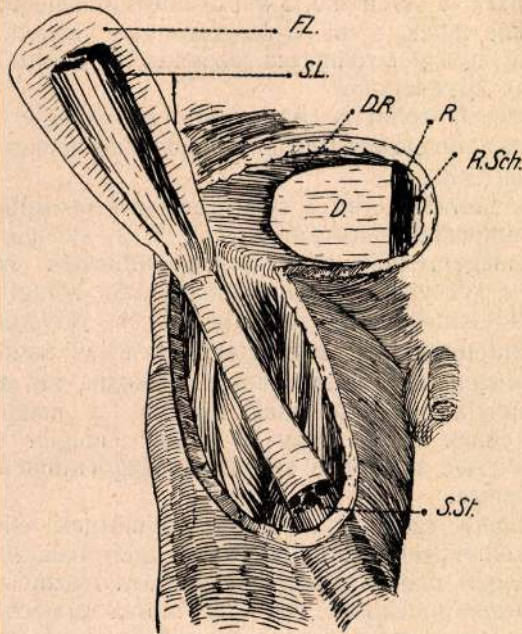
¹ Orvosi Hetilap 1905, 7. sz. Zentralbl. f. Chir. 1905, 18. sz.

² Semaine medicale 1906.

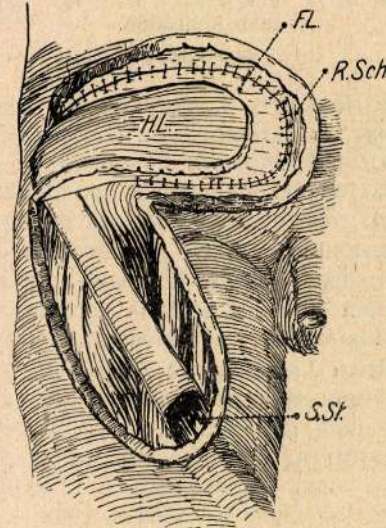
³ Beitr. zur klin. Chir. 1909, 69.

⁴ Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1911, 107.

⁵ Cit. *Jacobovici*-nél.



1. ábra.



2. ábra.

F. L. = fascia lata-lebény; S. L. = sartorius-lebény; D. R. = a defectus széle; D. = a defectus; R. = rectus; R. Sch. = rectushüvely; S. St. = sartoriuscsont; H. L. = bőrlebény.

sebe néhányszor per primam, néhányszor genyedéssel gyógyult, de sérve minden esetben rövid idő múlva recidivált. Utoljára 1909-ben operálták. Akkor kiterjedt phlegmone keletkezett a műtét után, a mely nyilván egy hosszú incisiót és több contraincisiót tett szükségessé, a melyek mentén még felvétele alkalmával is fistulák voltak. Sérve rövidesen recidivált és azóta is állandóan nőtt.

Status praesens: Széles heg, a mely a csípőtáráj közepétől egészen a median vonalig terjed és medialis felében egy kb. két ököl nagyságú, vékony, heges bőrrel fedett, egészen a középvonalig érő elődomborodásba megy át. Az elődomborodás környékén több kicsiny heg van, a melyek közül egyesek pörkkel fedettek; ezeknek leválasztása után apró, genyet secernáló granulációs felületek tűnnek elő. Fekvés alkalmával az elődomborodás eltűnik és ilyenkor a sérvkapun át egész kezünket a hasürbe vezethetjük és megállapíthatjuk, hogy a sérvkaput medially felől a megkeskenyedett musculus rectus lateralis széle, alul a szeméremcsont haránt szára, lateralisan és felül kérges heg szövet alkotja. A Poupart-szalagot tapintani egyáltalában nem lehet. A radicalis műtétet megelőzőleg kikapartuk a genyes fistulajáratokat, az egyikből egy silkvarratot is eltávolítottunk. Mivel a radicalis műtétet addig, míg ezek a fistulajáratok be nem gyógyultak, nem akartuk megkísérteni, a beteg 1912 márciusában távozott osztályomról, azonban 1912 december 12.-én újra jelentkezett azzal, hogy sérve állandóan fáj és őt munkaképtelenné teszi. Ezért daczára annak, hogy még secernáló fistulanyílás volt jelen, műtétre határoztam el magamat és azt 1912 december 17.-én végre is hajtottam.

Aethernarcosisban a heges, elvékonyodott bőrt a látható két fistulanyílással együtt körülmetézzük, igyekezve arra, hogy a fistulajáratokat a bevezetett szonda mellett in toto kiirtsuk. A fistulajáratok végében kevés genyben úszó silkfonalakot találunk, ezenfelül találunk a praeparálás közben még egy eltokolt, silkfonalat tartalmazó kis tályogot. A sarjakat kikaparjuk, a helyüket jodtincturával megtöröljük. A sérvtömlő a béllal sokszorosan összenőtt, úgy hogy a leválasztás igen fáradságos, a bél serosája több helyen lefoszlik, ezeket a helyeket gondosan elvarrjuk. A belek repositiója után a peritonealis defectust, mely jó tenyérnyi nagy, dohányzacskóvarrattal húzzuk össze. A sérvtömlőnek a vele összekapaszkodott bőr- és heg szövetrel együtt való kiirtása és összevarrása után a peritoneum körülbelül tenyérnyi területen teljesen szabadon fekszik. A defectus határait a bőr alatt a csont és callosus

hegszövet alkotja; izom, aponeurosis nem ismerhető fel, a Poupart-szalag elpusztult. A heges rectushüvelyt felmetszve, az abban levő megvékonyodott rectusizmot felszabadítjuk. Mivel a nagy bőr aponeurosisizomdefectust nem tudjuk a szomszédság egyszerű összehúzása által pótolni, arra határozom el magam, hogy a hiányt a czombból pótolom. Egy nagy négyszögletes bőrlebenyt készítek a czomb bőréből, melynek nyele a spina ant. superior táján ül s melynek hossz tengelye ferdén vonul a spina anterior superiorától a belső condylus felé húzott vonal irányában. Miközben vigyázunk, hogy a bőr alapjáról le ne emelkedjen, a czombon levő bőrszélvéleinek visszahúzása után a fascia latából készítek egy nagy lebenyt, melynek szélei a bőrlebény széleit 1—1½ harántujjnyira meghaladják. Azután a fascia latát lepraeparálom kétoldalt a sartorius széléig. A sartorius hüvelyét kétoldalt bemetszem, a sartorius hüvelyéből kiemelem s az izmot a czomb közepe táján harántul átmetszem. A sartorius jól fejlett, vastag, úgy hogy kis széthúzás után, a mi után az izom még mindig elég tekintélyes vastagságú marad, az egész defectust kitölti. Miután az egész seb felületet újra megjodtincturáztam, a sartorius beléfectettem a defectusba és csomós catgutöltésekkel a rectushoz, a szeméremcsonthoz és a defectus heges kerülete felső széléhez varrtam.

Most a fascia latából készített lebenyt varrom a rectushüvely sebének medialis széléhez s eltolván a bőr alatt a defectus szélei fölé, ezen helyzetében néhány catgutfonállal az obliquus aponeurosisához és a czombpólyához rögzítem. Végül a bőrlebenyt fektetem bele a defectusba. A czombon levő defectust Thiersch-féle lebenyekkel fedem. A műtét phasisait az 1. és 2. ábra mutatja.

A műtét utáni első napokban a betegnek apró hőemelkedései voltak (37·8—38·2° C), december 29.-e óta teljesen láztalan. A bőrfascia-izomlebény szépen megtapadt, a seb per primam egyesült, a lebény alól azonban csekély genyedés volt, melyen át néhány catgutfonál is kilöködött. A Thiersch-lebenyeknek is csak egy része tapadt meg. Jelenleg csupán a czombon látható egy kis felületen sarjadzó felület, a bőrfascia-izomlebény azonban szilárdan tart és a beteg hasfala a sérv helyén sem köhögéskor, sem álláskor semmiféle elődomborodást sem mutat. Az illetőnek összes nehézségei elmúltak.*

* Bemutatás a Budapesti Kir. Orvosegyesület 1913 február 8.-án tartott ülésén.

Közlemény a berlini friedrichshaini közkórház bakteriologiai laboratóriumából. (Főorvos: Dr. A. Wolff-Eisner.)

Adatok az eklampsia pathogenesiséhez.

Írta: *Vértes Oszkár* dr., I. tanársegéd a kolozsvári egyetem nőgyógyászati klinikáján.

(Folytatás.)

Az első közleményt, a melyben állatkísérletek alapján azt állították, hogy az eklampsia az anaphylaxiás megbetegedések körébe tartozik, *Rosenau* és *Anderson* tette közzé az 1908. évben. Ők tengeri malaczkokat sensibilizáltak subcutan fajlagos (arteigen) placentakivonattal és ugyanazon anyaggal végzett intraperitonealis vagy intracardialis reinjectióval anaphylaxiás tüneteket tudtak kiváltani. Ugyanezen szerzők hasonló kísérleteket végeztek foetalis vérsavóval, a melylyel azonban anaphylaxiás tüneteket kiváltaniok nem sikerült.

Ezzel szemben *Lockeman* és *Thies*-nek igen figyelemreméltó kísérleteikben sikerült ezen utóbbi czélt elérniök. Ugyanis ezen szerzők úgy találták, hogy a terhes nyulakban már az első magzati nyúlvérsavó-injectio anaphylaxiás tüneteket idéz elő; a nem terhes állatokon pedig anaphylaxiát nem idéz elő az első injectio, hanem csak a 8 nap múlva végzett reinjectio. Ez tehát azt jelentené, hogy a terhes nyulak a magzati nyúlvérsavóval szemben anaphylaxiásak, a mit csak úgy lehet megmagyarázni, hogy a terhesség alatt a magzattól az anyába átmenő fehérjék az anyát anaphylaxiássá teszik. Az anaphylaxiás jelenségek *Thies* kísérleteiben bénulásokban, görcsökben és exitusban nyilvánultak. Ez a szerző azt is kimutatta, hogy ilyen anaphylaxiás tünetek közepette elpusztult nyúl parenchymás szerveiben vérzések és degenerációs elváltozások találhatók és ebben a kórcsoportban bizonyítékát, támasztékát látja azon feltevésnek, hogy az eklampsia anaphylaxiás jelenségnek tekintendő.

Hofbauer (a természetbuvárok 82. vándorgyűlésén Königsbergben) szembeszáll ezzel a felfogással. Azt állítja, hogy foetalis serumnak gravid, szülő és szülés utáni állapotban levő egyedekbe való befecskendezése reakciós jelenségeket nem tud előidézni.

Von der Heide a múlt év folyamán igen érdekes kísérleteket közölt, melyekkel bebizonyítani iparkodott, hogy a szülés maga is anaphylaxiás folyamat. Ő gravid nőkbe a terhesség különböző időpontjaiban foetalis vérsavót injeciált intravenásan, miáltal szülőfájdalmakat tudott előidézni; gyenge fájások esetén is több-kevesebb sikerrel alkalmazta ezeket az injectiókat. A szerző ezen tények alapján arra a következtetésre jut, hogy a szülés maga is anaphylaxiás folyamatnak fogandó fel és az anaphylaxiát előidéző testidegen (körperfremd) fehérjét a foetalis vérsavóban kell keresni.

Tehát, a mint látszik, *Von der Heide* és *Thies* kísérleti eredményei megegyeznek abban a principialis tényben, hogy a gravid nő a foetalis vérsavóval szemben túlérzékeny.

Esch (a marburgi női klinikáról) mégis szembehelyezkedett ezzel a felfogással.

Kimutatta, hogy foetalis vérsavóval gravid nőknél végzett intracutan injectiók semmiféle localis reakciót sem idéznek elő, a mit pedig itt épp úgy el kellene várnunk, mint az emberi anaphylaxia paradigmája, a serumbetegség, vagy a tuberculininjectio alkalmával, a mit szintén anaphylaxiás jelenségnek kell tartanunk. Ennek a leletnek alapján *Esch* kétségbe vonja, hogy a gravid nő túlérzékeny a foetalis vérsavóval szemben és egyelőre be nem igazoltnak és jogosulatlanul tartja azon felvételt, hogy a szülésben anaphylaxiás folyamatot és az eklampsiában anaphylaxiás shockot lássunk.

E kísérletek oly értelemben bizonyítók, hogy az eklampsia nem a magzati vérsavóra vezetendő vissza; továbbmenő következtetéseket azonban e kísérletek nem engednek meg.

Gózony és *Wiesinger* eklampsiások vérsavójával akarták átvinni az eklampsiát. Az így előidézett passiv anaphylaxiával igyekeztek bebizonyítani, hogy az eklampsia anaphylaxiás jelenség. Ezekben a kísérletekben sikerült ugyan görcsöket

kiváltani azzal a serummal, a mit eklampsiás betegtől a roham tartama alatt vettek, a mi tehát bizonyára kellett, hogy a reakciós anyagokat tartalmazza, azonban a kontrollkísérletek nem voltak egyértelműek.

Weichardt szerint is (Archiv für Gynäkologie, 87. köt.) az eklampsia tünetcsoportja az anaphylaxiás jelenségek csoportjába tartozik.

Ezen szerző szerint a syncytiumsejtek resorptiója következtében antitestek keletkeznek, melyek a syncytiumfehérjét feloldják, megemésztik; tehát ezek az antitestek cytolysinek, a melyek a syncytialis sejtek feloldása után komplikált mérgeket, endotoxinokat tesznek szabaddá és *Weichardt* szerint ezek az endotoxinok az anaphylaxiát előidéző antitestek.

Friedmann azon szerzőkhöz csatlakozik, kik az eklampsiát anaphylaxiás jelenségnek tekintik; a maga részéről hozzáfűzi ehhez azt is, hogy a teljesen idegen (artfremd) sejtek cytolysise az élőben sok hasonlóságot mutat az eklampsia tüneteivel.

Felländer ezeket a részben egymásnak ellentmondó kísérleti eredményeket felülvizsgálta. Tengeri malaczkokat sensibilizált tengeri malacz placentakivonattal részint subcutan, részint intraperitonealisán, 3—4 hét múlva reinjectiót végzett, még pedig intraperitonealisán, intravenásan és intracardialisán. Ilyen kísérletsorozatban *Felländer* anaphylaxiás symptomákat nem észlelt. Azokat a hőszüvedéseket, melyek a reinjectio után mutatkoztak, nem tekinti specifikusnak, anaphylaxiás természetűnek, hanem az operatív beavatkozásra vezeti vissza. Egy másik kísérletsorozatban *Felländer* tengerimalaczfoetus vérsavóját és azonkívül tengeri malacz-tejet fecskendezett be. Mindezek, valamint azok a kísérletek is, melyekben tengerimalaczt eklampsiás nő vérsavójával passive akart anaphylaxiássá tenni, negatív eredménnyel végződtek; ezért *Felländer* kísérleteiből azt a következtetést vonja le, hogy az eklampsia nem anaphylaxiás jelenség. Egyébként előtte már a limine valószínűtlennek látszott az analogia az eklampsia és anaphylaxia között azon különbségek miatt, melyek a kétféle megbetegedésben megvannak: az anaphylaxiában a vér csökkent alvadékonysága, leukopenia és a vérnyomás alacsony állása; eklampsiában a vér fokozott alvadékonysága, hyperleukocytosis és vérnyomásemelkedés.

Hasonló véleménynek ad kifejezést *Guggisberg* (Verhandlung der deutsch. Gesellschaft für Gynäkologie, 1911.); minthogy a biológiai reakciók (complementcsökkenés, passiv anaphylaxia előidézése, praecipitatio), melyek az anaphylaxiában megvannak, az eklampsiások vérsavójában hiányzanak, az eklampsia *Guggisberg* véleménye szerint nem tekinthető anaphylaxiás shocknak.

II. rész.

Saját kísérleteim.

Az irodalom főntebb, rövid ismertetéséből kiténik, hogy a foetalis vérsavóval, placentakivonattal és magzattal végzett kísérletek eredményei sok tekintetben eltérők. Ezen okból kifolyólag azt a kérdést, hogy vajon az eklampsia anaphylaxiás jelenség-e, általános biológiai törvények alapján igyekeztünk megoldani. Azokat a részletkérdéseket, hogy az anya a pete melyik részével szemben tanúsít anaphylaxiát, teljesen figyelmen kívül hagytuk és főleg azon elvi biológiai tény megállapítására szorítottunk, hogy vajon az anyai testben növekvő pete, illetve annak fehérjei általában véve anaphylaxiássá tehetik-e az anyai szervezetet, vagy sem. Más szóval, kísérletileg igyekeztünk bebizonyítani, hogy megvan-e a lehetőség annak, hogy a terhes anyai szervezetben anaphylaxia fejlődhesse.

Az anyai szervezetben fejlődő pete részint fajlagos (arteigen), részint azonos (körpereigen) fehérjéből van felépítve. A fajlagos, tehát testidegen részét a petének az atyai, tehát paternalis rész képviseli. Biológiai szempontokból ez a spermatozoon rész inkább idegenszerű az anya szervezetében, mint az azonos fehérje. *Wolff-Eisner* a következőképp nyilatkozik erről a kérdéssel: „Bei der Placenta mit ihrem fötalen, d. h. in letzter Linie paternem-spermatozoonen Anteil handelt

es sich zwar sicher um *arteigenes*, doch nicht um *arteigenes* Eiweiss sensu strictiori, denn wenn auch der spermatoogene Anteil sicher arteigen ist, so kann es doch keinem Zweifel unterliegen, dass im Körper der Frau dieser bei ihr vorhandene Bestandteil in bezug auf Arteigenheit ungefähr das ist, was bei Verwandtschaft der zweite Grad.

Wolff-Eisner régebbi kísérleteiből kiderült, hogy minél magasabb valamely fehérje differenciáltsága, annál nagyobb a mérgezőképessége is. Mivel pedig a sperma igen finoman differenciálódott fehérjéből áll, már ilyen értelemben is igen erős mérgezőképességűnek kell lennie.

Azonkívül Graefenberg-nek és Thies-nek (Zeitschrift f. Immunit. u. experim. Therap., X. köt., H. 1—2.) sikerült kimutatnia, hogy az állatot saját heréjével sensibilissé tehetjük és így intravenosus reinjectióval (hasonlóképp a saját heréjével) anaphylaxiás shockot, sőt halált lehet kiváltani.

Ugyanezen szerzők kimutatták továbbá azt is, hogy hereinjectiókkal szemben a terhes állatok különösen érzékenyek.

Az anaphylaxia tana eddig főleg a fajlagos (körperfremd) fehérjékre van vonatkoztatva. Tehát nem volna valami nehéz feladatunk, hogyha az anaphylaxiát a petének atyai eredetű, tehát azon részből akarnók levezetni, mely — a mint már említettük — az anyai szervezetre vonatkozólag idegen anyagot képvisel. Mi azonban egy lépéssel tovább mentünk és azt is vizsgáltuk, hogy a megtermékenyített pete másik nagyobb része, a directe az anyai szervezethez származó, azonos részlet is kiválthat-e anaphylaxiát az anya részéről.

Wolff-Eisner már kifejezésre is juttatta abbéli véleményét (Berl. klin. Wochenschrift, 1911, 45. sz.), hogy néhány kísérlet adatai szerint nagyon is valószínűnek látszik, hogy az azonos (körperfremd) fehérjéből álló chorionbolyhok is előidézhettek anaphylaxiát. Eppen ezért ezen rövid közleményében már rámutatott arra is, hogy sürgősen felül kell vizsgálni azt az állítást, mely az azonos fehérje ártalmatlan voltának, méregtelenségének tanát hirdeti.

Wolff-Eisner vezetésével a „Krankenhaus Berlin-Friedrichshain“ bakteriologiai osztályán kísérleteket végeztem oly czélból, hogy a fajlagos és azonos fehérje által előidézett anaphylaxia létezését bebizonyítsam. Legfontosabb eredményeim a „Münchener med. Wochenschrift“-ben (1912, 21. sz., 1140.) közöltem egy kisebb terjedelmű, előzetes közlés keretében.

Kísérleteimet egész terjedelmükben e helyen bocsátom a nyilvánosság elé kísérleti eredményeim ismételt közzétételével. Mielőtt azonban maguknak a kísérleteknek leírására térnénk át, egynéhány szóval meg kell emlékeznünk kísérleti technikánkról. Az injectiókat a legszigorúbb asepsis betartásával végeztük. Az injectióra szolgáló masszát a legkülönbözőbb szervekből állítottuk elő. Az állatot elvéreztetéssel megöltük és az eltávolított friss szervet kis Latapie-gépben péppé dolgoztuk fel. Az így nyert pép, noha nem volt a legfinomabb eloszlású, mégis alkalmas volt a subcutan és intraperitonealis injectiókra. Az intravenosus befecskendezésekre sokkal finomabb pépre volt szükségünk; ezért különböző methodusokhoz fordultunk.

Első kísérleteinkben úgy jártunk el, hogy a Latapie-gépből nyert masszát két — egy finom és egy még finomabb reczézettü — szítán keresztül átréseltük és az így nyert finom pépet konyhasó fiziologiás oldatával keverve injiciáltuk. Későbbi kísérleteinkben az anyagot a Latapie-gépből rögtön konyhasóoldatba tettük, porcelláncsészében $\frac{3}{4}$ óra hosszat erősen szétörzsöltük és az így nyert masszát filteren szűrtük.

Végül utolsó kísérleteinkben eljárásunk a következő volt: Latapie-kezelés és sóoldattal való szétörzsölés után az anyagot $\frac{1}{2}$ óra hosszat centrifugáltuk. Ily módon sikerült olyan folyékony és szövettörmelékmentes anyagot nyernünk, mely az injectiókra igen alkalmasnak bizonyult; az emboliától — melynek kikerülése minden esetben elérhető volt — egyáltalán nem kellett félnünk.

I. kísérlet. 1 c) nyúl. Súlya 2480 gr.

A bal here fölött a bőrt és a tunica vaginalist átvágjuk és azután magát a herét a median vonalban közepéig bemetszszük. A metszslapra steril gazedarabot helyezünk és fölötté a herét varrattal elzárjuk. Ezután az előszívargó hereváladék resorptiója végett a herét a lágycsatornán keresztül visszatoljuk a hasürbe, végül a lágycsatornát és a borsebet varratokkal zárjuk.

November 18. A seb reactio nélkül gyógyul; a peritonealis ürbe tolt here ismét a herezacskóban tapintható.

Ezért a főntebbi módon még egyszer visszatoltuk a hasürbe. A sebellátás úgy történt, mint főntebb.

November 24. Súly: 2430 gr.

December 14. Súly: 2380 gr.

December 18. Egy nyulat elvéreztetéssel megöltünk és heréjét eltávolítottuk. A herét feldaraboltuk, konyhasóoldattal jól eldörzsöltük, finomreczézettü szítán átréseltük és végül megsűrtük.

Az egész ily módon elkészített massa 0.4 cm³-t tett ki, miből 0.2 cm³ volt a konyhasóoldat. Ezt az anyagot a nyúlba injiciáltuk intravenásan.

Az állat szaporán lélekezik; $1\frac{1}{2}$ —2 percz mulva a hátulso végtagok clonusos görcsbe jutnak; a nyúl menekülni igyekszik; a görcsök ráterjednek az elülső végtagokra és a tarkóizomzatra. Az állat oldalt esik, sikolt, terminalis légzőmozgásokat végez. 6 percz mulva a szív-működés megszűnik.

Mikroszkopi vizsgálat:

Vese: Az egyenes húgycsatornácskák középső rétege vérbő; az erek a duzzadásig telvék. Helyenként az epithel hámczafatok alakjában levált. A van Gieson szerint festett praeparatumban egy helyen teljes necrosis látható. Ebben a rétegben az epithelmagvak rosszul festődnek. A glomerulusok rétegében szintén vérbőség és helyenként vérzések. A hám többnyire necrosos itt is.

Máj: A capillarások erősen vérteltek; a vv. centrales körül gömbsejtes beszűrődés; a sejtmagvak gyengén festődnek.

Tüdő: A tüdő szövete erősen hyperaemiás; helyenként broncho-pneumoniás góczok.

Hőmérsék fokokban:			Hőmérsék fokokban:		
	d. e. 8 ó.	d. u. 4 ó.		d. e. 8 ó.	d. u. 4 ó.
1911 nov.	12 39.5	39.7	1911 decz.	1 39.5	39.7
	13 39.4	39.4		2 39.2	39.5
	14 39.5	39.8		3 39.5	39.5
	15 39.5	39.0		4 39.5	39.2
	16 39.0	39.5		4 39.2	39.3
	17 38.6	38.7		6 39.2	39.9
	18 38.4	39.5		7 39.8	40.0
	19 39.0	39.0		8 39.5	39.8
	20 39.0	38.7		9 39.6	40.0
	21 39.2	38.6		10 39.7	39.7
	22 38.5	38.8		11 39.7	39.9
	23 38.8	38.9		12 39.5	40.0
	24 39.5	39.6		13 39.8	39.2
	25 39.4	39.5		14 39.9	39.6
	26 39.5	39.6		15 40.0	39.8
	27 39.8	40.5		16 39.3	40.2
	28 40.2	40.3		17 39.3	40.0
	29 40.0	40.5		18 39.5	—
	30 39.7	39.7			

II. kísérlet. 2 c) nyúl. Súlya 1930 gr.

Hőmérsék fokokban:			Hőmérsék fokokban:		
	d. e. 8 ó.	d. u. 4 ó.		d. e. 8 ó.	d. u. 4 ó.
1911 nov.	11 39.2 I. inj.	39.5	1911 nov.	29 39.7	40.0
	12 39.3	39.7		30 39.5	39.9
	13 39.7	39.7	decz.	1 39.7	40.0
	14 40.0	40.1		2 39.7	39.8
	15 40.0	40.0		3 39.7	39.6
	16 39.5	39.5		4 39.5	40.0
	17 39.5	39.6		5 39.7	39.8
	18 39.7	38.7		6 39.6	39.9
	19 38.5	38.7		7 39.8	39.9
	20 39.2	39.2		8 39.3	39.6
	21 39.0	39.5		9 39.8	39.8
	22 39.3	39.6		10 39.6	39.6
	23 39.4	40.5		11 39.6	39.9
	24 40.0 II. inj.	40.0		12 39.7	39.8
	25 40.1	40.2		13 40.0	39.8
	26 39.5	39.7		14 39.5	39.9
	27 40.0	39.8		15 39.6 III. inj.	—
	28 39.8	40.0			

November 11. A jobb here fölött a bőrt és a tunica vaginalist átmetszszük, a herét kettészeliük és egy tómpán praeparált bőr-alatti tasakba így — az erekkel való összeköttetést megtartva — betoljuk és a tunica s a bőr összevarrásával a sebet egyesítjük.

November 14. A seb piros, infiltrált.

November 22. A sebgyógyulás per primam bekövetkezett.

November 23. A másik (tehát a bal) herét lekötjük, eltávolítjuk, péppé dolgozzuk fel és 1 cm³ tiszta pépet intraperitonealis befecskendezünk.

November 25. A seb reactio nélkül gyógyul. Az állat súlya: 1930 gr.

December 11. Az állat súlya: 1900 gr.

December 15. 1c) nyúlból származó herepépet (0.5 gr. pép 0.25 gr. konyhasóoldatban) intravenásan injiciálunk. A halál 3 perc alatt typosos tünetek közt beáll; nehéz légzés; az állat oldalára dől; görcsök; a szív tovább működik.

Mikroskopi vizsgálat:

Máj: A májsejtek szemcsésen degeneráltak. A sejtmagvak gyöngén festődnek, részben necrosisosak.

Tüdő és lép: Eltérést nem mutatnak.

Tehát az első esetünkben állatunkat oly módon tettük érzékenynyé azonos (körpereigen) heréjével, hogy tulajdon heréjét peritonealis resorptiónak tettük ki. 5 hétig tartó sensibilizálás után az állatnak egy más nyúl heréjéből készült pépet injiciáltuk intravenásan; ez a reinjectio typosos anaphylaxiás halált idézett elő.

Másik esetünkben az állatot hasonlóképp azonos (körpereigen) herefehérjével sensibilizáltuk, úgy hogy azt subcután resorptiónak vetettük alá. 12 nap mulva következett a reinjectio ismét (a másik heréből származó) azonos (körpereigen) fehérjével, mire reactio (40.5° C) állott be. További 3 hét multán az állatba egy más állatnak hereállományát injiciáltuk intravenásan. Ezt a reinjectiót typosos anaphylaxiás halál követte.

Tehát mindkét esetben az állat sensibilizálását azonos (körpereigen) fehérjével értük el. A második esetben a hőmérsékemelkedés alakjában mutatkozó reactio arra vall, hogy az állat már akkor anaphylaxiás volt azonos (körpereigen) fehérjével szemben. A mindkét esetünkben beállott anaphylaxiás halál, a mit ugyan testileg idegen (körperfremd), de fajlagos (arteigen) fehérje egyszeri injiciálásával értünk el, meg éppen azt mutatja, hogy az állat azonos (körpereigen) fehérje által is sensibilissé és így anaphylaxiássá tehető.

(Folytatása következik.)

Orvostudományi vonatkozással bíró kiállításokról.

Ismerteti: *Deutsch Ernő* dr., főorvos.

I. A fényképészet a tudomány szolgálatában. A német természetvizsgálók és orvosok vándorgyűlése alkalmával rendezett kiállítás. (Wien.)

Schrott a modern fotografálásról helyesen jegyzi meg: „A fényképezés nemcsak az összes tudományágak szolgálatában áll, hanem ma már önálló kutatásnak a tárgya is, úgy hogy valóban különálló tudományzagnak tekinthető!” *Niepce János* és *Daguerre* nyolcz óráig exponáltak, míg egy mozdulatlan tárgy felvétele sikerült, ma már a villám cikkkázása s a kilőtt puskagolyó lefényképezésére is képesek vagyunk, mire egy másodperc kétmilliomod része szükséges, vagyis ma a *Niepce* korabeli expositio-időnek hat milliárdod részével dolgozunk, mely időbeli különbözet adja meg szembeötlően a fényképészet haladását *Niepce*-től a mai napig. Egy fél évszázad előtt egy tudós joggal jelenthette ki: „Die photographische Platte ist die eigentliche Netzhaut des Forschers“, mit *Karell A.* a XX. században következőképpen módosíthatott: „Die Kamera sieht und hört nicht nur, sie misst und rechnet auch“.

150 kiállító kilencz csoportban mutatta be a „schwarze Kunst“ csodáit. Csoportonként haladva, a legértékesebb és legérdekesebb tárgyakat akarom kiemelni.

Az első csoportban orvostudományi vonatkozású képeket találunk. *Freund* bujakóros betegekről készített röntgenogramokat s radiotherapiával kezelt esetek képeit állította ki. A Bombay melletti „Matunga“ lepraotthonban észlelt betegeket *Oppenheim* örökítette meg. A dermatologia köréből színes szövettani készítményeket *Kyrle* és *Mucha*, érdekes bőrgyógyászati esetekről fényképészeti reproductiókat *Nobl* állított ki. *Elschnig* szemhárterekről készített autochromdiapositivokat és szembetegségekről stereoskopos képeket, *Lindner* trachomára vonatkozó mikrophotographiákat mutatott be.

Frey a hallás szervének mikrophotographiai autochrom felvételeit állította ki.

A belgyógyászat keretébe tartozó képek közül *Schleussner* gümös tüdőkről, aortaaneurysmáról, elmeszesedett erek-ről, elmeszesedett hilusmirigyéről, *Sceka* és *Suess* mesterséges pneumothorax-szal kezelt tüdőtuberculosis-esetekről készített felvételei és *Huth* elektrokardiogrammjai tűntek fel.

Gyermekgyógyászati vonatkozású fényképek: *Ssokolew* beteg gyermekek fényképeit tartalmazó albuma, *Schanz* és a „Leopoldineum“-egylet nyomorékokat és azok kezelését érzéktető képei, *Länger* 260 diapositivja.

A szülés mechanizmusát *Knapp* 24 stereoskopos képen mutatja be.

Fröschels és *Haudek* a nyelvre és légyszájpadra kent bismutpaszta segítségével phonálás alkalmával készített a száj-, orr- és garatról tanulságos felvételeket.

Hock fogorvosi stereoskopos képeket mutat be.

Igen érdekesek a törvényszéki orvostan körébe tartozó felvételek: kriminalistikai felvételek *Eichberg* photogrammetrikai készülékével; *Ernemann* daktyloskopiás műszere; *Kenyeres Balázs* és a hamburgi rendőrség autochrom és diapositiv felvételei.

Deimler embriókról stereoskopos képeket, *Heyrowsky* ulcus ventricularról mikroautochrom felvételeket állítottak ki. A második csoportban állat-, növény- és ásványtani felvételeket találunk.

Blaauw a „Kolonial Instituut Amsterdam“ által kiadott, Javában és Sumatrában készített autochrom felvételeit mutatta be.

Gebauer gletscherekről, a „Wiener mineralogische Gesellschaft“ színes ásványokról és interferenciás képekről készített autochrom felvételeket állított ki.

Képek a növénytan köréből: *Haffert Lumière* autochrom növényzettelvételei, *Handel-Mazzetti* Tirol, Bosznia-Hercegovina, Mesopotamia és Kurdistan florája, *Schrott* alpesi florája, *Tubeuf* oleander fertőzése bakteriumokkal, *Voigt* és *Hochgesang* csiszolatai mogyoró- és cseresznyemagokról, a „Naturschulpark“-egyesület vegetatiofelvételei.

Hilbert a golyák és rókák életéből, *Lindenfeld* repülő állatokról készített pillanatfelvételeket.

Kraus és *Pribram* a bakteriologia köréből mutatnak be képeket.

A harmadik csoport a földrajznak és földtannak van szentelve. *Artbauer* felvételei közül kiemelem ezeket: Zivatar Herkules oszlopai felett, fiatal oroszán mint játszótárs Faschodában, phonogrammatikai felvételek. Érdekesek *Gebauer* képei Hátulsó-Indiából, *König* grönlandi felvételei, *Seiner* fényképei az afrikai német kolóniákból. *Reinhold* képei az 1906-os Vesuvkitörést érzéktetik.

Embertani felvételek láthatók a IV. csoportban. A wieni embertani muzeum egy ausztráliai koponyájának kubuskraniophorban felvett képét, *Frizzi* Bougainville szigetén eszközölt felvételeket, *Petschka* őskori leletnek reproductióit állította ki.

Az V. csoport a vegytan, physika és csillagászat körébe tartozó képekben gazdag. Legérdekesebbek a potsdami, cambridgei (Harvard-college-observatory) s kaliforniai observatoriumokból kikerült (Lick-observatory) csillagászati felvételek, a charlottenburgi „Photographische Sternwarte des photochemischen Laboratoriums der kgl. technischen Hochschule“-ben készült holdfényképek s *Walter* villámfelvételei.

Ernemann és *Schwieb* ballonphotographiáival foglalkozik a VI. csoport.

Kinematographiás berendezések láthatók a VII. csoportban. A „Königl. preuss. militärtechnische Akademie“ a villanyos pillanatfelvétel szerepét demonstrálja a lövészet technika terén.

A VIII. csoport a fényképészeti sokszorosítás keretébe tartozó tárgyakat mutatja be.

A IX. csoportban a tudományos fényképészet segédeszközei vannak összeállítva. Itt látjuk *Wieser* Röntgen-felvételét, melyet egy 45 éves férfiről egy lemezre készített, *Joseph*-nek a

karyokinesist érzékítő felvételeit, Rhoden csillagképeit, Höck fogászati fényképeit.

II. 3. Nemzetközi gyógyszertani kiállítás (Wien).

A mióta a Hippokrates aphorismaiban megírta, hogy: „Ὅμοια φάρμακα οὐκ ἴηται, σίδηρος ἴηται. ὅσα σίδηρος οὐκ ἴηται πῶς ἴηται“ nagyot változott a gyógyítás tudománya s az orvos, a gyógyszerész és a nagyközönség szempontjából egyaránt hálás vállalkozás volt e nagy horderejű tudománynak jelen állását kiállítás keretében bemutatni.

Az első csoport a nyers és feldolgozott gyógyanyagok tömegét mutatja be, melyek közül felemlítésre méltók: alsol (*Athenstaedt & Redeker*), jogadin, joricin, thiorobin (*Basch & Szamosy*), bayerlax, contratussin (*Bayer*), leukoplast (*Beiersdorf & Co.*) „Energin“-Werke, villanyos koloidfémek (*Clin*), Sirop Famel (*Famel*), produits à la lactobacilline (*Société „le ferment“*), fersan készítmények (*Fersan*-Werke), Helfenberg vegyigár készítményei, kefirgomba (*Kaukasische pharmazeutische Handelsgesellschaft*), *Hell & Co.* gyár készítményei, vasenolkészítmények (*Köpp*), *Doyen* mycolysineja, staphylaseja és proteolja (*Lebeault & Cie*), *Löftund* malátakészítményei, *Mellin* tápszere, pipérazine (*Midy*), *Nestlé* gyermektápszere, *Parke Davis & Cie* gyártmányai, *Pearson* fertőtlenítő szerei, *Falières* phosphatineja, a berlini „Radium-Centrale“ készítményei, *Richter Gedeon* organotherapiás gyógyszerei, tropon-készítmények, *Vivien* vas csukamájolajkészítményei.

A gyógyszerészeti berendezésének van a második csoport szentelve; itt találjuk *Armingier* üveggyártmányait, *Bayer* dobozait, *Dühring* automatás tablettapréselő gépét, *Engler* kenőcskeverő készülékét, *Merkel* parafakészítményeit, *Novak* mérlegeit, *Rachmann* légfertőtlenítő készülékeit, *Schmidt* szűrőpapírjait, az osztrák *Siemens-Schuckert*-gyár fűtő- s főzőkészülékeit, *Wagner* palackkupakjait, *Zoltán* villanyos portartály-nyitókészülékét, *Werner és Pfeleiderer* keverő- és gyűrűgépeit.

A harmadik csoport a sebészi s rokon szakmáknak van szentelve. Felemlítésre méltók: *Braun* catgutkészítményei, *Lamert* tűi, *Pillischer* hőmérői, *Schneider* gummigyártmányai, *Siemens & Halske* elektrotherapiás berendezései, *Then & Heidl* O-belégző készülékei (*Saler*), *Zieger & Wiegand* gummikesztyűi.

A negyedik csoportban az ásványvizek foglalnak helyet. Karlsbad, Marienbad, Franzensbad, Bilin, Krondorf, Giesshübel, Ems, Evian-les-bains, Ischl, Levico, Preblau, Vichy ásványvizei, Sodener-Universal-Pastillen, Hunyadi János-keserűvíz, Dürkheimer-Maxquelle, málnási Sicilia a legértékesebb kiállítási tárgyai e csoportnak.

A gyári, laboratóriumi s kereskedelmi berendezéseket az V. s VI. csoportban találjuk. Kiemelem *Khek* herbarium pharmacuticum-ját, *Reichert* mikroszkopjait, *Rohrbeck* laboratóriumi berendezéseit, a *Bers & Müller* által kiállított diktálókészüléket s *Maass* irodaberendezéseit.

A gyógyszerészet irodalmával a VII. csoport foglalkozik. Itt találjuk a *Hartleben* és *Tauchnitz* cégek gyógyszer-tani kiadványait, a lapok közül a „Pharmazeutische Presse“-t, az „Österreichische Chemikerzeitung“-ot, a „Pharmazeutische Praxis“-t és a „Pharmazeutische Post“-ot.

A gyógyszerészek kiképezésére és szervezésére vonatkozó gazdag anyagot a német, osztrák és magyar szervezetek kiállítása a VIII. csoportban érzékíti. Felemlítésre méltó, hogy az általános osztrák gyógyszerészegylet vegyi és tápszervizsgáló laboratóriummal, muzeummal, herbariummal és könyvtárral rendelkezik.

A gyógyszerészet történetével a IX. csoport foglalkozik. Itt találjuk a *Burghart* és *Frank* által rekonstruált alchimistikus laboratóriumot és a XVI. századbeli gyógytárt, a *Friedrich* által kiállított régi gyógyszerkönyveket, a pharmacopoea persica (1681), az 1774-ből származó osztrák taxa medicamentorum, *Bauhinus* historia plantarum-át, VI. Károly által kiállított gyógyszerész-privilegiumot, régi mikroszkopokat, retortákat, házi gyógytárakat stb. stb.

III. Orvostörténelmi kiállítás, H. S. Wellcome (London) által szervezve.

Börné-nek maró gúnnyal tett kijelentése: „Die Geschichten der Völker und Staaten haben den Geschichtschreibern und den Buchhändlern, die ihre Werke verlegt, etwas Geld eingebracht; was sie sonst noch genützt, das weiss ich nicht“ általánosan ismert, de helyességét nem ismerem el, magamévá teszem azonban *Herbart* nézetét: „Die Geschichte soll die Lehrerin der Menschheit sein; und wenn sie es nicht wird, so tragen die Jugendlehrer der Geschichte einen grossen Teil der Schuld.“ Némi ironiával s rosszakarattal azt állíthatnám, hogy e kiállítás elsősorban rendezőjének, H. S. Wellcome-nak, a hírneves gyógyszergyárosnak vált hasznára, de igazságosan ítélkezve el kell ismernünk, hogy mindenki ki e történelmi kiállítást megtekintette, tudását gazdagítva hagyta el a tudomány e gazdag tárházát s hogy *Wellcome* kitűnő mesternek bizonyult.

A következőkben ki fogom emelni mindazt, mi a szemlélő figyelmét különösen megragadja. Az első teremben egy ethiopiai őskori temetőben talált csontok és fogak kóros elváltozásait tanulmányozhatjuk. A csodadoktor otthonát jó kivitelű utáztatban találja maga előtt a szemlélő. A tropusi megbetegedésekre vonatkozó tudásunk multját és jelenét falitáblák és mikroszkopi készítmények érzékítik; e teremben van kiállítva *Wellcome* úszó laboratóriuma.

Az I. tornác falait érdekes képek díszítik: *H. O. Brian* alchimistája, a fiatal fogorvos (*W. Hemstey* műve), IX. *Lajos* látogatása udvari csillagásznál, orvosi rendelés (*C. F. Stephanoff*), a beteg gyermek (*J. Walton*), gyógyszervásár Konstantinápolyban (*J. F. Lewes*).

A szobrok termében szembeötlik Jason mint orvos (British Museum), a XVIII. századból származó dombormű, mely egy borbélyt mint orvost mutat be, a bambergi székesegyházból (1510) származó dombormű, melyen a II. Henrik német császáron végzett kömütét van érzékítve.

A távol keletről származó tárgyak láthatók a következő teremben. Egy bronzpáva, melynek minden tollán a gonosz szellem tettei vannak feltüntetve. Egy fából készült párna, mely a rossz álmokat űzi el. *Kwanyin* kínai istennő a gyermekek őrangyala, *Ivara*, a láz hindu Istene.

A falakat *Board* képei díszítik: *Morten* aetherrel bódított beteg fogát húzza ki, a chinin felfedezése (*Pelletier* és *Cavanton* laboratóriumukban 1820), a stethoskop feltalálása (*Laennec* 1815-ben egy beteget auskultál), *Jenner* 1796 május 14.-én oltja be *Edward Phipps*-t himlő ellen, *Lavoisier* a légre vonatkozó kísérleteinek eredményét magyarázza feleségének, egy beteg *Eskulap* templomában alszik a gyógyító kigyóktól körülveve, *Galenus* bonczani tanulmányai, izzó vas, mint sebészi műszer, Wienben 1549 november 10.-én végzett hasmetzés, az university college kórházában 1846 december 21.-én aethernarkosisban végzett műtét, *Mundinus* és *Vesalius* mint bonczolók, *Ambroise Paré* 1552-ben Bramvilliers ostroma alkalmával lábszárcsonkítást végez, *William Harvey* a vérkeringés elméletét mutatja be, *Wren* gyógyszerek intravenás alkalmazását demonstrálja (1667), *Leuwenhoeck* mikroszkopja mellett.

Az egyiptomi teremben látjuk a Krisztus születése előtt 1350-ből származó orvosi domborművet, melynek eredetije a leydeni „Rijks-museum“-ban található; a papyrus *Eberst*, a berlini és londoni papyrusokat másolatban; *Mentu-Hotep* királynő gyógyszersekreányét (2200 Kr. sz. e.). Érdekesek a következő képek: *Pasteur* laboratóriumában (1895) és *Lister* a glasgowi kórházban első antisepsises kötését alkalmazva (1867), *Board* festményei; *Florence Nightingale* arczképe (*Hilary Benham Carter*), *Roell* (1700—1775) és *Ruysch* (1630—1731) bonczolástantant (C. *Trost* és *J. van Heck* festményei); *Toricelli* feltalálja a barometert (*Board* festménye); a 22-es számú szekrényben Pompeiben talált sebészi műszerek; szobrok: *Apollo* (eredetije a Vatikánban), *Hygieia* (eredetije a Louvrebán), *Chiron* (a gyógyszer-tan apja), *Shen Nung* a kínai orvostudomány,

Dhauwautari a régi indusok gyógytudományának apja, *Marduk* a kaldeusoknál, *Ptáhan* egyiptomiaknál a gyógyulás Istene; *Isola* Farneséből származó férfitorso, melyen a zsigerek vannak feltüntetve; egy gyermekét szoptató nő; egy női szobor, melynek említi fel vannak kötve (anamakalisten) kapuai lelet; a római nemzeti museumból származó nő és hermaphrodita, kik nemi szerveiket mutatják; placenta, uterus biseptus; angolkóros gyermek szobra; psoriasisos kar; köldöksérv; phimosis; kínai szobor, melyen oktatás céljából a véredényrendszer, japán szobor, melyen hasonló céllal a zsigerek vannak feltüntetve; sebészi, nőgyógyászati, fogászati, szemészeti műszerek a távol keletről, a XV—XIX. századból; miniatűrök: orvos vizeletet vizsgál (IX. század), sebész egy parasztot köt be (XIII. sz.), izzó vas alkalmazása ischiás, elephantis, csúsz esetén, a tüdők s emésztőszervek megbetegedéseiben (XII. s XIII. sz.), fejműtét (XII. sz.), karficzam visszahelyezése (XII. sz.), foghúzás (XV. sz.), szív kivétele a halál után (XIII. sz.), mesterségesen táplált csecsemő (XIII. sz.), torzszülöttek (XV. sz.), bonczolástani rajzok (XIII. sz.), különböző fegyverek által okozott sebzések (XIII. sz.), hályogműtét (X. sz.), orvos az érlökést számolja (XV. sz.), sectio caesarea (XV. sz.), szülés (XVI. sz.), érmetszés (XV. sz.), beteg emlő vizsgálata (XV. sz.), emlők felkötése (XIV. sz.), olasz gyógytár belső berendezése (XV. sz.), trepanatio (XVI. sz.), ápolónő szülésnél (XIII. sz.).

A lépcsőházban: *E. W. Appleby* képe, *John Bonnister* bonczolástani oktatása, betegek gyógyforrásnál (XIV. sz.), sükettség kezelése füstöléssel (XVII. sz.), vizeletvizsgálat (XV. sz.), haschisch élvezetének következményei (XVII. sz.), alkoholizmus áldozata (XVII. sz.), ördögűzés (XIV. sz.).

A galériákon: *J. V. Simpson* és *E. Jenner* reliquiái; láb-szárcsonkolás (XVI. sz.); *Jenner* idősebb fiát beoltja (*Monro Orr*), vaccinapustulák reproductiója (*Cuff* és *Pearce*), *Gerard Dow*, *Teniers*, *Mieris*, *Ostade*, *Hogarth*, *Brughel* s *Brackenburch* részletek az orvosi gyakorlatból; orvosi könyvek s oklevelek a XV—XIX. századból; körülmetélés (*Bron* metszete), halottaság (*Rembrandt*-iskola), *Eleonora* királynő I. *Edward* fertőzött sebéét szívja ki (*G. W. Ryland*), az orvos és a halál (XVI. sz.).

Félemeleten: *John Bell* a „pharmaceutical society“ alapítójának gyógytára (XVIII. sz.), létra s szék ficzamosodások visszahelyezésére (*Hippokrates*), *Roelin* által 1532-ben leirt szülészék.

II. tornác: XV. századból származó kínzó eszközök, dühöngő örültek megzabolázására szolgáló eszközök, *Liebig* laboratóriumának, egy szülészobának, egy XVI. századbeli kórháznak restructiója.

A III. tornácban Karlsbad 1600-ban, taberna medica (sebészi műtőterem) Pompejiben, régi gyógytári berendezések, pestis Mandalayban (1906) vannak kiállítva.

Fényképek tornácza: *Rembrandt* bonczolástani leczkéje, betegeket ápoló barátok (Siennából származó freskó), beteglátogatás (*Della Robia*).

Midőn a látottak tömkelegéből a legfontosabb részleteket kiemeltem, *Welcome*-nak a megnyitáskor mondott szavaival végzem: „Nem furcsaságok gyűjteményével, hanem egy taneszközzel kívántam e muzeum berendezésével szolgálni!“

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Grundriss der Fermentmethoden. Von Prof. Julius Wohlgemuth, Assistent am Kgl. Pathologischen Institut der Universität Berlin. Verlag von Julius Springer, 1913.

A fermentumokkal foglalkozó nagy részletes tankönyvek mellett mindaddig rövid kézikönyvünk, melyben az elméleti dolgok csak a szükségnek megfelelően, az áttekintést megkönnyítő módon, ellenben a gyakorlati dolgok, az egyes fermentum-reactiók kivitele alaposan, még az ezen tárggyal

nem foglalkozók által is világosan megérthető módon tárgyalatnak, nem volt. Ha meggondoljuk, hogy ismereteink a fermentumokról az utóbbi években mennyire gyarapodtak s az újabb felfedezések nemcsak elméleti értékűek, hanem a klinikai gyakorlatban is alkalmazást nyernek, s tudván, hogy a trypsin és az amylase (diastase) fermentum manapság a pancreasdiagnostikában s az utóbb említett fermentum még a veseműködés functionális vizsgálatában mily jelentékeny szerepet játszik s ezen fermentumok mennyiségi vizsgálatával diagnosisunkat esetleg lényegesen biztosabbá tehetjük, akkor csak örömmel fogadhatjuk *Wohlgemuth* ezen hézagpótló munkáját.

Még értékesebbé teszi a könyvet azon körülmény, hogy *Wohlgemuth* ezen a téren kiváló szakember s több methodus, különösen az amylase-fermentum mennyiségi kimutatására használt eddig ismert legjobb colorimetriás eljárás, melyet módosított alakjában nemcsak a laboratoriumok, hanem akármely orvos csekély berendezéssel elvégezhet, az ő nevéhez fűződik.

Tamássy Géza dr.

Lapszemle.

Belorvostan.

A hőmérséklet magatartásáról az aggkorban ír *Schlesinger* tanár (Wien), a következőkben foglalva össze tapasztalatait: 1. A normalis testhőmérséklet az aggkorban nem csökkent. 2. A láz az aggkorban sokszor csak rendszeres végbélhőmérséklettel állapítható meg. 3. Tetemesebb eltérés a hónalj- és a végbélhőmérséklet között (heterothermia) egyéb nyugtalanító tünet nélkül nem jogosít fel infaust prognosira. 4. Az aggok astheniás betegségeiben is fennállhat magas (végbélhőmérséklettel megállapítható) láz. 5. Eltérés a hónalj- és a végbélhőmérséklet között az aggkorban a localis megbetegedések (peritonitis) diagnosisában csak nagy fentartással értékesíthető. 6. A hőmérséklet emelkedése testmozgás után a gümőkór diagnosis tekintetében szintén csak nagy óvatossággal értékesíthető. (Medizinische Klinik, 1913, 38. szám.)

Sebészet.

A prostatahypertrophia tanának változásáról értekezik *Kielleuthner*. Még körülbelül egy évtizeddel ezelőtt a prostatahypertrophia aetiologiájára és pathogenesisére vonatkozólag a francia iskolának azt a felfogását tartották helyesnek, hogy a prostatahypertrophia a senilis arteriosclerosisnak a következménye. *Guyon* és tanítványai azt az elvet vallották, hogy a prostata túltengése csak részjelensége az arteriosclerosisnak, a miért is minden radicalis beavatkozást helytelennek tartottak. *Casper* és *Steinthal* alapos munkálatai után általában azt fogadták el, hogy a prostatahypertrophia localis megbetegedés, a mely vagy gyuladásnak, vagy neoplasmának a következménye. Ha az elsőt fogadjuk el, olyképpen magyarázhatjuk, hogy a gyuladásos infiltratumok a mirigy-kivezető csöveit összenyomják, miáltal a mirigy részben retentio marad vissza. Azok, a kik a neoplasma-elnak a hirdetői, azt veszik fel, hogy a mirigy epitheléből indul ki a daganat, a mely leginkább papillaris adenomának felel meg. Hogy mi ezen daganatképződésnek az oka, biztosan nem tudjuk.

Zuckerkanndl és *Tandler* munkái alapján helyes képet alkothatunk magunknak a prostatahypertrophia nyomán beálló ureter- és veseelváltozásokról. Eddig az volt az általános felfogás, hogy nagyfokú vizeletretentio mechanikai úton hozza létre a húgyvezér és vesemedence tágulatát. Az említett szerzők vizsgálatai ennek ellenkezőjéről győznek meg bennünket. Számos anatómiai vizsgálatuk után azt tapasztalták, hogy a prostata növekedésével a ductus deferens lefutását akként változtatja meg, hogy ez a húgyvezérnek a strangulatioját hozhatja létre.

A prostatatúltengés therapiájában a legkülönbözőbb eljárásokkal kísérleteztek: Röntgen-kezelés, radioactiv anyagok alkalmazása, jodtincturának vagy carbolnak injiciálása; ezeket

többé-kevésbé már elhagyták. Ugyancsak céltalannak találták a vasotomiát, a vasectomiát vagy a castratiót. Hasonló sors érte a Bier által ajánlott methodust, az arteria iliaca internának lekötését. Mindjobban előtérbe lép ezen megbetegedés therapiájában a prostatectomia vagy perinealis úton, vagy a hólyagon keresztül. E tekintetben is lényegesen megváltoztak a felfogások, a mennyiben Freyer maga is azt hitte, hogy műtétek alkalmával az egész prostatát eltávolította. Zuckerkandl kimutatta, hogy a prostatatúltengés a mirigynek csak bizonyos részeire terjed ki, legtöbbször a középső lebenyre. Lendorf véleménye szerint a túltengés a járulékos prostatamirigyekből indul ki. Nagyon természetes tehát, hogy a prostatectomia után a potentia nem szenved, mert hiszen a prostatának legnagyobb része megmarad, a ductus ejaculatoriosokat a műtét nem tangálja.

Mindezen előnyök a leggyakrabban esznek, ha a prostata eltávolítását a gáton keresztül végzik.

Igen gyakran a műtétet két ülésben lehet csak végezni, és pedig előbb hólyagsipolyt készítenek s csak később enucleálunk. A sipoly készítése után a gyakran igen súlyos állapotban levő beteg gyorsan magához tér és a prostata secundaer eltávolítását a vesék funkciójának javulásával veszélytelenül végezhetjük.

Fontos az ilyen idős egyéneknek a narcosisnak elkerülése, a miért is a műtétet lehetőleg helyi érzéstelenítésben végezzük. (Münch. med. Wochenschr., 1913, 31. sz.)

Iff. Hahn Dezső dr.

Szülészet és nőorvostan.

Az Aberhalden-féle dialyzáló eljárás klinikai jelentőségéről ír Mayer. Az Aberhalden-féle eljárás positiv volta, a technikai hibáktól eltekintve, az intra- és extrauterin terhességek legkorábbi stadiumának felismerésére is alkalmas. Az eklampsiás nők seruma nem ad állandó positiv eredményt. A rákos betegek seruma is adja a reactiót rákos szövettel, még pedig nemcsak a saját testéből eredő rákos szövettel, hanem idegen egyéntől származó rákos anyaggal is. (Zentralblatt für Gyn., 1913, 32. sz.) Scherer dr.

A méhrák besugárzásának technikájáról (Röntgen és radium) ír Bumm és Voigts. A szerzők azokról a tapasztalásokról számolnak be, melyeket a tiszta Röntgen-kezeléssel, később tisztán radium- és mesothorium-kezeléssel, illetőleg a két eljárás combinatív alkalmazásával értek el. Vaginalisan 1—2 mm. vastag alumíniummal szűrt Röntgen-sugarakat alkalmaznak, napjában 20—30 X-et úgy, hogy végösszegben 3300—10.000 X kerül alkalmazásba. A radiumot kb. 2 mm. ólomfilterbe csomagolják és 150—300 mgr.-ot 10—12 óráig applikálnak 2—3 napos időközökben. A gyógyulás elérésére 15—20.000 mgr. órát tartanak szükségesnek. A 2 mm.-es ólomfiltert azért alkalmazzák, mivel súlyt helyeznek arra, hogy a β -sugarak is kifejtsék hatásukat. (Münch. med. Wochenschr., 1913, 31. sz.) Scherer dr.

Venereás betegségek.

A merlusant (tyrosin-kénese) a syphilis- és a gonorrhoea-therapiában kísérte meg H. Buchtala és R. Matzenauer (Graz). Azon fém-elemek közül, melyek az emberi therapiában szóbajönnek, kétségkívül a kénese az, melynek egészen különös helyet kell biztosítani. Az elkülönítés nemcsak azért jogosult, mert éppen a kénese az, mely normálisan nem fordul elő az emberi szervezetben, hanem azért is, mert a szöveteket károsító hatása a legerősebb. Ennek a hatalmas szernek a hatása alatt beálló reactio azután az, mely a beteg szervezetnek javára szolgál. A kénese ezt a hatását főként a szervezetbe bejutott káros és idegen élőlények pusztításában látjuk. A mikroorganizmusok pusztulása vagy a kénese közvetlen hatásán alapszik, vagy pedig azon múlik, hogy kénese reactioja által a szervezetnek szöveti és physicalis viszonyai változnak meg. A kénese hatása lényegesen változik a chemiai componenseinek tulaj-

donsága szerint. Valamennyi gyógyszer s még inkább a kénese hatásának kérdésében fontos az a közeg, a melyben a gyógyszer a szervezetben kering. A közeg chemiai természete nem lényegtelen és nem közömbös az egész biológiai reactio létrejövetelében. Ez a közeg nem más, mint a szövetnedvek és főként a vér. A közeg alkalisága következtében valamennyi kénese (a melyben a kénese mint ion savakhoz van kötve) neutralizálást okoznak, a minek következtében a kénese oldhatatlan vegyület alakjában a fehérjékkel egyesül. Ez a fehérjedenaturalizálás váltja ki azután a heves, sőt káros reactiókat. A szerzők ezekből a biológiai és chemiai tényekből kiindulva már most oly kénesevegyület előállíthatóságát kutatták, mely nem tartalmaz testidegen componenst, a minek következtében azután a tiszta kénesehatás jobban érvényesülhetne. Ennek a vegyületnek a szövetnedvekben könnyen kell oldódnia, a közeghez pedig, a melyben kering, chemiai és physikai szempontból alkalmazkodnia kell. Legjobban felel meg ennek a követelménynek egy colloidalis, gyengén alkális kénese-fehérjeoldat. Az ismert aminosavak közül egyedül a tyrosin (paraoxyphenyl-a-aminopropionsav) az, mely a kénesevel ilyen alkalmas vegyületet ad. Az oldat határozottan colloidalis jellegű s 2—10%-nál magasabb koncentrációban tiszta áttetsző kocsonyává alvad. A tyrosinnak ilyen kénesevegyülete a merlusan. A merlusannal végzett kísérletek kiderítették, hogy a szernek jelentékeny baktericid és spirillicid hatása van. Toxicitását is vizsgálták, még pedig házinyúlon. 2—3 kg.-os állat a merlusan-nak 0.01 gr.-ját pro dosi minden zavar nélkül elviseli. 0.02 gr. intravenásan adva azonban már rendszeren haemorrhagiás nephritist von maga után.

A merlusan intravenásan és intramuscularisan alkalmazható syphilis ellenében. Elméleti szempontból a gyógyszer különösen alkalmasnak látszik az intravenás alkalmazásra, mert a tyrosin kénesevegyülete testidegen fehérjét nem tartalmaz s így anaphylaxiát nem okoz. Fontos továbbá, hogy mint colloidalis kénese-fehérjeoldat alvasztólag vagy edzően nem viselkedik. A gyógyító kísérletek azt mutatják, hogy a merlusaninjekciók alkalmasak a lueses tünetek elmulasztására (bár a szerzők részletesen csak más helyütt számolnak be gyógyító kísérleteikről), de azért valami különösebb, vagy jobb hatás ezidőszerint még nem derült ki belőlük. Mindenesetre azonban nagy hátránya a szernek, hogy tyrosintartalma miatt meglehetősen drága. Sokkal értékesebbnek látszik a merlusan mint belső gyógyszer, mert vele a szervezetnek kénesevel való ellátása éppen olyan erélyesen, sőt még erősebben mehet végbe, mint erélyes injekciós kúrákkal vagy kenésekkel. Minthogy általánosan ismert, hogy a belső kénese kezelés relative a légyöngébb hatású, érthető, hogy a merlusanra vonatkozó ez a tapasztalás a régi nézetet halomra dönti. A merlusan tabletákból a napi adag 4—5 darab. Napi 4 merlusan tabletta bevitelével a vizeletben kiválasztott Hg-mennyiség legalább oly nagy, mint a legerősebb Hg. salicylicumos injekciós kúra esetén. A belső merlusankezeléskor a Hg kiválasztása kb. 10-szer nagyobb, mint merjodin vagy mergal megfelelő alkalmazása esetén. Ennek megfelelően kitűnt a merlusannak a gyógyító hatása is. A legkülönfélébb secundaer és tertiaer jellegű lueses tünetek a legsimábban és föltűnő gyorsan gyógyulnak. Nagy előnye a belső adagolásnak az is, hogy a merlusan a legcsekélyebb emésztési zavart sem okozza. Egyéb kellemetlen mellékhatása sem észlelhető. Mindez a szerencsés összetételén alapszik. Minthogy a merlusan gyöngén savanyú közegben nem oldódik, hanem csak lúgos hatásában, oldódás nélkül hagyja el a gyomrot, hogy azután csak a bélnedvben oldódjék. Hatása itt nem vesz el, mert a kénhydrogen nem csapja ki úgy, mint a többi kénesevegyületet.

A szerzők a merlusant a gonorrhoea ellen is kipróbálták. Legalkalmasabbnak a $\frac{1}{2}$ %-os alkális oldat bizonyult. Ennek az oldatnak semmi izgató hatása sincsen s ezért a leghevenyesebb szakban is alkalmazható. A szer instillatiók alakjában is adható. Érdekes, hogy a merlusan, melyet úgy látszik igen hatásos antigonorrhoeicumnak tarthatunk, az első

és egyetlen kénesőfehérjekészítmény, mely a gonorrhoea-kezelésben szóba jön. (Wiener medizinische Wochenschrift, 1913, 38.—39. sz.)
Guszman.

Húgyszervi betegségek.

Adatok az ulcus simplex vesicae kórtanához című közleményében *Leo Buerger* klinikai, cystoskopos és kórbonczolástani vizsgálatok alapján egész határozottan azt állítja, hogy a húgyhólyagban is keletkezhetnek egyszerű, heges fekélyek. Ezek tünetei: heves dysuria, vizelés-inger, gyakori vizelés genyes, véres vizelettel. Ezek a tünetek fokozatosan erősödnek s idősülten folynak le. És éppen a betegség chronicitása, valamint ama körülmény, hogy a vizelések száma mindinkább kevesbedik, nagyon valószínűvé teszi azt a feltevést, hogy az idősült cystitis és a hólyagsugor alighanem elég gyakran ilyen solitaer ulcerationnak a következménye.

Feltűnő, hogy ezek a fekélyek legtöbbször a trigonum körül helyezkednek el. A szerző szerint az egyetlen radicalis therapia az, ha az exulcerált felületeket az operációs cystoskop segítségével kivágjuk; a kevésbé erélyes eljárások, úgy mint a cauterisatio, a fulguratio avagy a lapisoldattal történt irrigatio ugyanis az efajta fekélyek ellen rendszerint hatástalannak bizonyultak.

Két eset pontos szövettani vizsgálatából a szerző a következő pathognostikai tüneteket állapítja meg: felületes húgycsőfelfrakódás, necrosis zóna és fiatal lobos kötőszövetből képződött réteg, melyen az activ gyuladás jelei még láthatók. A fekély szélén a hólyag-nyálkahártya és a submucosa feltűnően lobos.

Az idősült cystitis mindazon eseteiben tehát, főként nőknél, a hol a tünetek közül a dysuria, a vizelésinger és a gyakori vizelés praevaleál, kutassunk kiváló gonddal az ilyen fekélyek után. Mert ha ilyeneket valóban találunk a hólyagban, akkor nagyon valószínű, hogy az idősült hólyaghurut és a hólyagsugor másodlagos jelenség és hogy az említett terapiával a betegséget teljesen meg fogjuk tudni szüntetni. (Folia urologica, 1913, VII., köt., 9. füzet.)
Drucker

Fülörvostan.

Az otosclerosis aetiologiáját kimerítően tárgyalja *W. Schier Bryant* (New-York). Tüzetes bonczolástani, szövettani vizsgálatai és klinikai észleletei alapján, valamint az otosclerosisnak és a más csontok hasonló kórfolyamatainak aetiologiáját és pathológiáját tárgyaló irodalomnak gondos elemzése alapján a következő tételeket állítja fel: 1. Az otosclerosis nem egységes, önálló megbetegedés, hanem általános vagy localis elváltozásoknak helyi tünete. Elsődleges otosclerosis nincs. Az otosclerosis egyéb szövetek, különösen az idegszövet atrophijától kísért csontelváltozás. 2. Az otosclerosis, nem genyes elváltozások ugyanazon szövettani és bonczolástani jeleket mutatják, mint a milyenek más betegségek nem genyes csontfolyamataiban is találhatóak, ú. m.: vascularisatio, a régi csontnak eltolása, a normalis csontnak pótlása új csontszerű szövetel, osteoporosis vagy a csont elvékonyodása és hyperostosis; ezek osteitis, rachitis, osteomalacia, syphilis, tuberculosis, arthritis deformans progressiva, osteitis fibrosa stb. eseteiben is megfigyelhetők. Az otosclerosisban található elváltozások tehát azonosak más, nem genyes csontelváltozásokkal s ezektől a hallólabyrinthus capsulájában való körjellemző localisatióon kívül miben sem különböznek. Hogy az elváltozások a halántékcsontot érik, ennek az oka az, hogy ily esetekben e helyütt van a legkevésbé ellentálló vagy a leginkább praedisponált rész. Bonczolástani és klinikai szempontból az otosclerosis az osteomalaciához közelálló dystrophiás folyamat. Klinikai értelemben az otosclerosis sokféle kórokozó tényezőtől függő csontelváltozás kifejezője. 3. Az otosclerosis okai különbözők és azonosak azon okokkal, a melyek a halántékcsonton kívül más chronikus, nem genyes csontelváltozások okaiul tekintetnek s a melyek részben

toxikus, részben trophiás természetűek. A csontok osteitises elváltozásainak toxikus okai között szerepelnek a syphilis, egyes fertőző bajok, mint a puerperalis osteomalacia és a rachitis; a trophiás okok pedig hasonló természetű elváltozásokat okoznak, mint a nem infectiosus, a belső secretio zavaraiával összefüggő osteomalacia. Minthogy pedig az osteosclerosis csontelváltozások ugyanazon ismertető jeleket mutatják, mint azon chronikus nem genyes csontmegbetegedések, a melyeknek trophotoxikus aetiologiája általánosan el van ismerve; az otosclerosis aetiologiája is trophotoxikus állapotokban keresendő. 4. Az otosclerosis legfőbb, trophotoxikus természetű okai a kivezetőjáratok nélküli mirigyek rendellenes működésének következményei. Ezen mirigyek abnormis váladéktermelése a mirigyeket ellátó és a szövetek trophikus idegeit is szolgáltató autonóm és sympathicus idegrendszer csökkent vagy megváltozott működésétől függ. Ezen megváltozott idegműködést leginkább az orrgaratürből származó toxikus befolyások idézik elő. Az autonóm és sympathicus idegrendszer csökkent resistenciájának öröklékenységet általánosan elismerik és magyarázatát adja az otosclerosis öröklékenysége. A pajzsmirigy és a hypophysis csökkent működésének fontos befolyását az otosclerosisra és a csontnövekedésre az otosclerosisos tüneteknek pajzsmirigykészítmények és hypophysis-extractumok adagolására bekövetkező csökkenése bizonyítja. 5. Az otosclerosis csakúgy, mint a rachitis, az osteomalacia és az osteitis deformans, a csontnak dystrophiás és nem atrophias állapot; minthogy pedig az otosclerosis legfőbb anatómiai ismertető jelét a csont chronikus dystrophiája szolgáltatja, mely a halántékcsont sziklarészében mindenütt előfordul, ezen állapot legjellemzőbb kifejezése gyanánt az „osteodystrophia petrosa“-t ajánlja. (Monatsschrift für Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie, 1913, XLVII. köt., 3. és 4. f.)
Safranek dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A „trivalin locale“ annyiban tér el a morhium pótszere gyanánt sokaktól dicsért trivalintól, hogy kevesebb morhium valerianicumot és kétszer annyi cocainum meg coffeinum valerianicumot tartalmaz, azonfelül kevés suprarenin is van benne. *Glück* a breslauer bőrbeteg-klinikán nagyon jó eredménnyel használta helyi érzéstelenítésre kisebb műtéti beavatkozások alkalmával. 1—2 cm³ fecskendezendő be sub- és intracutan. Az érzéstelenség 3—4 percz múlva áll be és elég sokáig tart. Egyedüli hátránya e szernek az erős valeriana-szaga. (Medizinische Klinik, 1913, 39. szám.)

Regenerin néven új készítményt hoztak forgalomba, a mely nem más, mint ovolécithin 0.6% vassal és 0.1% mangannal. Az arsenregenerin ezenkívül 0.4% arsacetint és lithium cacodylicumot is tartalmaz. *Dieltl* jó eredménnyel használta e készítményeket olyan esetekben, a melyekben vas-arsen adása volt szükséges. Kiemeli biztos hatásukat és káros mellékhatásuktól mentességüket. (München. mediz. Wochenschrift, 1913, 37. szám.)

A húgycső nyálkahártyájának érzéstelenítésére *Barton* a kalium hypermanganicummal való irrigálást használja. Az érzéstelenség körülbelül 2 percz alatt áll be és mintegy 10 perczig tart. A használandó oldat erőssége 1:5000—1:2500. (Ref. La semaine médicale, 1913, 39. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1913, 42. szám. *Purjesz Béla*: A stenosis mitralis és a baloldali recurrens-bénulás együttes előfordulása. *Bauer Lajos*: Az inanitio következményei egészséges és beteg csecsemőn. „Honvédorvos“ melléklet, 8. szám. *Ajkay Zoltán*: Vizellátás a harcmezőn. *Farkas László*: A lőtt sebekről s azok elsődleges gyógykezeléséről hadsebészeti álláspontból.

Orvosok lapja, 1913, 43. szám. *Oláh Gyula*: A kolera gyógyítása. *Szana Sándor*: Socialpsychologiai vizsgálatok a dajkaságba adott nagyobb gyermekek ellenőrzése körül. „Socialis egészségügy“ melléklet, 3. szám. *Szana Sándor*: Az elhagyatott csecsemők magyar állami védelmének 1912. évi eredményei. *Hampel Ferencz*: Az első élet-hónap nagy csecsemőhalandóságának kérdéséhez. *Szell Imre*: Az állami

gyermekvédelem kötelékébe tartozó gyermekek munkaerejének kihasználása a mezőgazdaságban és iparban.

Budapesti orvosi újság, 1913, 43. szám. *Konrád Jenő*: A vérzések kezelése a terhesség, szülés és gyermekágy alatt. *Klein Dezső*: Az urotropin mint a vörheny-nephritis prophylacticuma. „Gyermekorvos” melléklet, 3. szám. *Groszmann Ferenc*: A spasmodiáról, különös tekintettel magnesiumsulfattal való gyógykezelésére. *Wolf Gyula*: Purpura abdominalis Henoch.

Vegyes hírek.

† **Babarczy-Schwartz Ottó báró dr.** A magyar orvosi rendet súlyos veszteség érte: *Babarczy-Schwartz Ottó báró dr.* október 21.-én 60 éves korában hirtelen elhunyt. Benne nemcsak a magyar elmeorvosok gárdájának oszlopos, vezető tagja dőlt ki, hanem a közegészségügynek és az orvosi közügynek is nemeslelkű, tevékeny, fáradhatatlan harczosa. Életének és érdemeinek bővebb ismertetését és méltatását jövő számunkban fogjuk hozni.

Kinevezés. *Mikecz Miklós dr.* nyiregyházi orvost és *Hugel József dr.* dárdai járásorvost tiszteletbeli főorvossá, *Vámos Adolf dr.-t* a szekszárdi Ferencz-kórházhoz alorvossá nevezték ki.

Választás. *Nemény András dr.-t* Berettyószéplakon, *Gárdos Andor dr.-t* Abdán körorvossá választották.

A budapesti egyetem orvoskari tanártestülete a Bene-féle utaztató-ösztöndíjat *Bókay Zoltán dr.* egyetemi tanárségének ítélte oda.

A magyarországi cholera-esetekről közöl kimutatást a „Belügyi Közlöny” ez évi 46. száma.

Az első eset 1913 július hó 19.-én volt Temesszigeten, a melyhez rövid idő alatt 4 hasonló megbetegedés járt. Utána körülbelül 2 hétig nem fordult elő az országban újabb choleraeset. Augusztus hó 4.-én a Títel előtt fekvő „Néra” hajón matróz betegedett meg choleraiban; ettől függetlenül, augusztus hó 11.-én a Temes vármegyei Keveváran, később Ujvidéken mutatkozott egy-egy izolált eset. Szeptember hó elején a Bereg vármegyei Volócz és csakhamar Kisszolyva községből gyanus betegedési esetek halmozódását jelentették. A betegség cholerainak bizonyult és rövid idő alatt a Latorcza mentén fekvő községekbe elterjedt; Bereg vármegyében 26 községben összesen 139 megbetegedést, 82 halálozást okozott. Szeptember hó 7.-én Budapesten egymástól távolesó három helyen, gyors egymásutánban 7 choleraeset történt, de a baj lokalizálva maradt.

Szeptember hó első harmadában főképpen Krassó-Szörény vármegyében, még pedig a Néra mentén fekvő községekben, szeptember középső harmadában Temes, Torontál vármegye néhány községében jelentkezett erősebben a cholera, a hónap utolsó harmadában Budapest környékén (Erzsébetfalván, Hidegkúton, Ráczkevény, Tökölön) mutatkozott 1–2 szörványos eset alakjában; szeptember hó 24.-én pedig a Borsod vármegyei Sajóladra hurczoltatott be és rövid idő alatt 22 megbetegedésre (hat halálozásra) adott okot. Ugyanez időtájban Kolozsvárott egy postaszolga adott cholera-gyanura okot. A bakteriologiai vizsgálat cholera állapotot meg. Ezzel kapcsolatban, részben ettől függetlenül, Kolozsvárott számosan vizsgáltattak bakteriologiai tekintetben, a kik nem betegek ugyan, de a cholera csiráit hordják magukban. Október első harmadában Nagykanizsán (Zala vármegye), Borsod, Heves, Pozsony, Jász-Nagykun-Szolnok vármegye 1–2 községében mutatkozott szörványosan a cholera. Október hó 10.-éig a cholera 16 vármegyében fordult elő. A megbetegedések száma október hó 10.-éig 549, a halálozások száma 272 volt.

A fertőzött vármegyék ezek: Bács-Bodrog (95 megbetegedés, 33 halálozeset), Bereg (139 megbetegedés, 82 halálozeset), Borsod (27 megbetegedés, 7 halálozeset), Fejér (2 megbetegedés), Heves (2 megbetegedés, 2 halálozeset), Jász-Nagykun-Szolnok (2 megbetegedés, 2 halálozeset), Kolozs (2 megbetegedés), Krassó-Szörény (134 megbetegedés, 75 halálozeset), Pest (6 megbetegedés, 3 halálozeset), Pozsony (4 megbetegedés, 2 halálozeset), Szatmár (4 megbetegedés, 3 halálozeset), Temes (63 megbetegedés, 36 halálozeset), Torontál (14 megbetegedés, 10 halálozeset), Ung (20 megbetegedés, 8 halálozeset), Zala (5 megbetegedés, 2 halálozeset), Zemplén (1 megbetegedés). A fertőzött törvényhatósági jogú városok ezek: Budapest (10 megbetegedés, 1 halálozeset), Kolozsvár (14 megbetegedés), Komárom (1 megbetegedés, 1 halálozeset), Pancsova (1 megbetegedés, 1 halálozeset), Ujvidék (3 megbetegedés, 2 halálozeset). 10-nél több megbetegedés a következő helyeken fordult elő: Csurog, Óbecse, Petrőcz, Szenttamás, Kisszolyva, Oroszveg, Szenttamás, Volócz, Sajólad, Illyéd, Nagylaposnok, Néramező, Néramogyorós, Szakalár, Deliölát, Palánk, Kolozsvár. A legtöbb eset volt Szenttamáson (43) és Szakaláron (42); az előbbi Bácsme gyében, az utóbbi Krassó-Szörény megyében van.

Az október 12.-étől 18.-áig terjedő héten 70 újabb megbetegedés és 33 halálozeset fordult elő, a legtöbb Krassó-Szörénymegyében (14) és Temesme gyében (19). Ujjonnan fertőzött megyék: Abauj, Bihar, Győr és Tolna, de csak 1–1 megbetegedéssel.

Hibaigazítás. Lapunk mult számában a 778. oldal második hasábjának 11. sorában „telkiismeretlenségre” helyett „telkiismeretességre” olvasandó.

Meghalt. *E. Schaer-Vogel*, a pharmakognosis és gyógyszerészhemia tanára a strassburgi egyetemen, 72 éves korában. — *J. Bonet y Amigo*, a nőorvos tanára a barcelonai egyetemen. — *M. Volkoff*, a belorvostan tanára a szt.-pétervári női orvosi akadémián. — *J. G. Curtis*, azelőtt az élettan tanára a newyorki Columbia-egyetemen.

Megjelent. *A. Szily*: Die Anaphylaxie in ihren Beziehungen zur Ophthalmologie. Több mint 200 lapos különnyomat a londoni nemzetközi orvosi congressus tárgyalásaiból.

Személyi hírek külföldről. *H. Rabe dr.-t*, a szövettan és fejlődés tanárát az innsbrucki egyetemen, ugyanolyan minőségben a gráci egyetemre helyezték át. — *Loeffler* tanárt Greifswaldban meghívták a berlini Koch Róbert-intézet igazgatói helyére. — A lausannei egyetem belorvostani tanszékére *Bourget* tanár utódjául *L. Michaud* tanárt, a kieli belklinika I. tanárségédét nevezték ki. — A prágai német egyetem I. belklinikájának vezetését *R. Schmidt dr.*, eddig az innsbrucki egyetem belorvos-tanára, veszi át. — A prágai cseh egyetemen *O. Kutwirt dr.* magántanárt az oto-rhino-laryngologia rendkívüli tanárává nevezték ki. — *K. Vymola dr.* (fülészet) és *J. Znojensky dr.* (sebészet) magántanároknak a rendkívüli tanári címet adományozták. — Az innsbrucki egyetem belorvostani tanszékére *A. Steyrer dr.* greifswaldi rendes tanárt hívták meg. — A göttingai egyetemen az oto-rhino-laryngologiai tanszékét *W. Langer* tanár docensra bízták. — *C. Strauch* (törvényszéki orvostan) és *H. Beyer* (fülészet) berlini magántanók tanári címet kaptak. — Rendes tanárok lettek: *Régis* (elmekörtan, Bordeaux), *Moura* (oto-rhino-laryngologia, Bordeaux), *Ch. A. Porter* és *E. H. Michels* (mindkettő sebészet, Boston).

Lapunk mai számához *Balla Sándor és Társa „Pilulae kalii iodati perennes Szöllösi”* és „*Diuodin Szöllösi*” című prospectusa van csatolva.

Mai számunkhoz *Richter Gedeon* budapesti vegyészeti gyáranak prospectusa van mellékelve.

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

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

Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet Budapest, VII., Hungária-út 9. (István-út sarok.) Telefon 81—01. Röntgen-laboratorium. Vezetője: *Dr. Alexander Béla*, egyetemi magántanár

DR. REICH MIKLÓS Budapesti ZANDER-gyógyintézete Dr. ZANDER G. eredeti készülékeinek teljes sorozatával és rokon physikalisk gyógyeszközökkel tökéletesen felszerelt intézet.

IV., Sömmelweis-utca 2. sz. Kossuth Lajos-utca sarkán. Orvosi laboratorium: *Dr. SZILI SÁNDOR*, v. egy. tanárségéd VII., Király-utca 51. Telefon 157—71.

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

Dr. GÁMÁN BÉLA diaetás orvosi intézete ■■■ VOLOSCA-ABBZIA. ■■■

Tátra-Széplak magaslati gyógyhely 1010 m., vízgyógyintézet, sanatorium ideg- és Basedow-betegek részére, egész éven át nyitva. Hízlalókúrák. Vezető orvos *dr. Guhr Mihály*. Tüdőbetegek nem vétetnek fel.

Park-sanatorium: Külön szülő-osztály

San Remo téli klimás gyógyhely az olasz Rivierán. Sanatorium külön tüdőbetegek és külön az anyagcsere betegségében szenvedők részére Fekvőcsarnokok. Magyar ápolónők. Meleg tengeri fürdők. Kívánatra prospectusokat küld *Czírpusz Dezső dr.*, kir. tanácsos.

Dr. Szontágh Miklós gyógyintézete Ujtátrafüred Egész éven át nyitva. — Lakás, ellátás, orvosi gyógykezeléssel együtt napi 10 koronától kezdve.

Epileptikus betegek intézete BALF gyógyfürdőben. Felvilágosítással szolgál a gyógyfürdő gondnoksága vagy *Wosinski István dr.*, örökös római gróf igazgató-tulajdonos. Vagyontalan betegek a nagymélt. m. kir. belügyminiszterium előzetes engedélye alapján az országos betegápolási alap terhére vétetnek fel.

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

Dr. Grünwald sanatoriuma Budapest, Városligeti-fasor 13-15. Felvétetnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal, valamint szülők. A betegek kezelőorvosukat maguk választhatják. — Vegyi és Röntgen-laboratorium.

Therapia sanatorium r.-t. Budapest, VII., Városligeti fasor 11. Bennlakó és bejáró belbetegek részére. Diagnostica. Therapia. Mindennemű ojtásos kezelések. Hízlaló és soványító kúrák. Nagy vízgyógyintézet. Laboratorium. Röntgen. Vezető orvosok: *Rajnik Pál dr.* és *Kovács Aladár dr.*

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: A „Deutsche Gesellschaft für Urologie“ IV. congressusának tárgyalásai. 802. lap. — Budapesti Kir. Orvosegyesület (XVII. rendes tudományos ülés 1913 május 24.-én.) 804. lap. — Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya (VI. ülés 1913 április 10.-én.) 805. lap. — Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya (XII. szakülés május hó 31.-én) 805. lap.

A „Deutsche Gesellschaft für Urologie“ IV. congressusának tárgyalásai.

Közli: *Pfeiffer Ernő dr.*

A „nagy“ congressusok hasznát illetőleg erősen megosztottak a vélemények. Az általános szövegek és főleg a parlamentarizmus életből átvett „hazabeszélések“ töltik ki rendszerint az ülések idejét, a hallgatóság pedig főleg a szórakozási program iránt érdeklődik, avagy az előtte való esti pezsgős bankett hatása alatt félálomban bóbiskolva hallgatja a vég nélküli discussiókat, melyek inkább a szónokló urak nevének feltüntetését, mintsem vitás kérdések komoly tisztázását célozzák. Azok a kevesen pedig, kik a gyakorlati életben élve zárva kísérletezéstől, a congressusokat csakugyan azért keresik fel, hogy az újabb nézetekről és kutatásokról véleményt alkossanak, vagy competens szakemberek kialakult véleményét tudomásul vegyék, e chaosban teljesen tanács-talanul állanak s tisztázott fogalmak helyett még zavar-tabb fővel hagyják el a gyakran személyeskedő csatázások porondját.

Pedig az a gondolat, a mely ezen időszakos találkozások megalakulását célozta, rendkívül szerencsésnek és hasznosnak mondható és csak a congressusi eszme keresztülvitelében rejlik a hiba. Hisz előre megjósolható lett volna, hogy a congressusi viták csak akkor szolgálhatnak a tagok részére tudományos eredménnyel, ha a résztvevők maguk is a szak-képzettség azon fokán állanak, hogy a többnyire subtilis themák részükről megértésre találnak, más szóval, tudományos készültségükkel az ellenőrzés szerepét is vállalhatják. Már pedig orvosi tudományunk mai kiterjedtsége mellett ily universalis, az összzakokat felölelő képzettség alig tételezhető fel. Igaz, hogy újabban az általános érdeklődés, inkább doctrinaer anyagú összülések mellett az egyes szakoknak kijelölt ülésekre viszik a specialis szakképzettséget feltételező előadásokat, csak hogy erre a célra az a pár félnap egyáltalában nem elegendő. Ez az oka, hogy a legtöbb congressus után csalódottan oszlanak szét a résztvevők, másrészt a kedvezőtlen tapasztalatok után épp a tartalmasabb elem húzódik vissza az activ közreműködéstől s így ezek a nagyarányú összejövetelek mindinkább formális ünnepélyességekké válnak, holott causa bibendi sokkal könnyebben is található volna.

Ezen említett hibák könnyebben kerülhetők el a kimondott szakcongressusokon. Már e praemissákból is kiviláglik, hogy itt a sikeres eredmény feltételei — a szűkebb kör és a lehetőségig egyöntetű szakképzettség — sokkal nagyobb mértékben vannak jelen; a kis apparatus a tisztán szórakozni vágyókat sem csábítja, másrészt a komolyabb ellenőrzés a hazabeszélők és üres fecsegők miseriájától lehetőleg — kivétel itt is van — megóvjá a gyülekezetet. A német urologus társaság congressusa, mely immár negyedik alkalommal ült egybe, teljes mértékben megerősítette e tételt. Lényeges szerepe volt ebben a vezetőségnek, mely tapintattal bár, de ha kellett, a szükséges erélyvel is rendelkezett. S e komolyság kétszeres fontossággal bír az urologiára nézve, mely még mindig a fiatal szaktudományok nehézségeivel küzd, egyaránt a rosszakarók és a charlatanok ellen. S ha világrengető „clou“ nem is pattant ki a referatumból, a mi azokat, kik ismerik a tudományos haladás lassú útját, nem is lephet meg, komoly bírálat és discussio tárgyává tette a szőnyegen levő majdnem összes kérdéseket.

A congressust *Casper* bevezető szavai nyitották meg, ki rendszeres egyetemi urologiai tanszékek felállítását sürgette, hivatkozással Franciaországra, hol az urologus-sebészeti klinikák régóta működnek. Ha tekintetbe vesszük a sokoldalú kiképzést, melyet az urologia szakszerű gyakorlása követel, melynek basisa a belgyógyászat alapos ismerete, a

sebészeti technika kellő elsajátítása, a bakteriologiai és serologiai eljárások ismerete s azonfelül még a sajátos urologiai disciplina teljes bírása, úgy valóban fontos volna az egyetem keretében kellően felszerelt intézettel megadni a módot képzett urologusok nevelésére. (Sajnos, nálunk, hol az urologia még mindig nagyrészt az úgynevezett dermato-urologusok kezében van, kik ezen egész orvosi nevelésüktől távolálló sebészeti disciplinát a gonorrhoea kezelésével azonosítják, *Casper* kívánsága csak jámbor utopiaszámba mehet.)

A congressus első vitakérdése a vaccinatio gyakorlati haszna volt. A kérdés fontossága folytán a congressus vezetősége *Wassermann* berlini kiváló serologust, továbbá *Kraus* és *Volk* bécsi tanárokat felkérte a vitában való részvételre. *Wassermann* referatuma *Michaelis* olvasta fel. Részletesen kifejtve a modern serologia és vaccinatio alapvető elméleteit és eljárásait, áttért a vaccinatio indicatióra az urologiában. Különösen a coli-fertőzésekre fektette a fősúlyt, melyek *Wassermann* szerint kedvezően befolyásolhatók. A többi infectióban is érhető el sikeres eredmény, ha az infectio zárt góczokban székkel, ellenben acut folyamatokat theorias okokból is kizár a vaccinatio köréből. A colifertőzés kivételével stockvaccinát is használhatunk, bár az autovaccina többet ér. *Kraus* körülbelül hasonlóan nyilatkozik. Referatumaiban, melyet, mint együttes tanulmányt, *Volk* olvasott fel, a gonorrhoeás bántalmakra is részletesen kiterjeszkedik, s itt főleg epididymitis és arthritis eseteiben lát kedvező eredményt. A stockvaccina a gonorrhoeás fertőzésekben szerinte elég jól megfelel. Az opsonin-index meghatározását teljesen feleslegesnek tartja. A vaccinatio kérdését ő sem látja megoldottnak.

A két referatutumot nagyarányú discussio követte, melynek a hely szűke miatt csak lényegesebb momentumait említhetem. *Schneider* (Wiesbaden) 118 coli-fertőzéses beteget kezelt vaccinával s 40% gyógyulást, 33% javulást ért el, mely eredmény sokszorosan felülmúlja az összes eddigi eljárások sikerét. *Asch* figyelembe ajánlja a meningococcus-serum hatását, mely különösen arthritis és epididymitis gonorrhoeica eseteiben vált be s francia és román urologusok előszeretettel alkalmazzák. *Franck* a vaccina intravenás alkalmazását ajánlja, *Richter* ellenben ezt az eljárást vesélyesnek mondja. *Bloch* mesterségesen előidézett vesemedence-colifertőzést vaccinával meggyógyított. *Wolff* szintén jó eredményeket ért el coliinfectio esetében. Másrészt egész sereg felszólaló — *Roth*, *Strauss*, *Oppenheimer*, *Glinger*, *Lewin*, *Lohnstein* — a vaccinatiótól csak kevés vagy semmi eredményt sem látott.

Mint ebből látható, a vaccinatio kérdése ma is nyílt kérdés. Azonban úgy látszik, teljesen negativ eredményt főleg azok tapasztaltak, kik a gonorrhoeás megbetegedésekkel kísérleteztek, bár epididymitis és arthritis gonorrhoeica eseteiben még ezek közül is többen értek el sikereket. Acut fertőzés eseteiben pedig *Wassermann* is theoretice valószínűtlennek tartja az ojtások hasznát. Másrészt a vaccina előállítási módja is belejátszik az eredményekbe, mert — eltekintve a stock- és autovaccina kérdéséről — több felszólaló a bacteriumölő módszereknek — 50—60°-os hő huzamos behatásának — tulajdonítja a vaccina hiányos hatását s *Wright* eljárásától eltérően kiszáritással és egyéb chemiai eljárásokkal ölik el a mikrobákat. De ha a vaccina nem is panacea, az eddigi eredmények mindenesetre joggal készítetnek a további kutatásokra.

A prostatectomia kérdése aránylag röviden intéződött el. A *Freyer*-műtét, mely még csak pár év előtt a leghevesebb discussio tárgya volt és egész könyvtárt betöltő irodalmat eredményezett, ma már a „klasszikus“ műtétekhez sorolhatik. Olyannyira, hogy pár szónok szükségesnek tartotta figyelmeztetni a congressus tagjait a prostatectomia perinealis még fennálló indicatióra. A *Freyer*-műtét technikája is annyira

megállapodott már, hogy úgyszólván szóba sem került. Csak az egy- és kétidejűség kérdése keltett némi vitát, a többség a radicalisabb egyidejű műtét mellett foglalt állást. *Thelen* chronikus retentio eseteiben ajánlja a prostatectomiát, míg *Waldschmidt* elégtelen vesefunctio mellett, mely eddig contraindicatióképp szerepelt, néhány esetben először cystotomiát végzett, s ennek kedvező hatása alatt a veseműködés annyira javult, hogy másodlagosan eltávolíthatta a prostatát. *Steiner* (Kolozsvár) rendkívül kedvező statisztikája általános feltűnést keltett. Utolsó 30 prostatectomiája mind gyógyulásra vezetett, egyetlen eset kivételével, hol bronchopneumonia folytán halál állott be. *Preindlsberger* szintén nagy anyaggal rendelkezik s a prostatectomia indicatiójának felállításaikor a socialis szempontra helyezi a fősúlyt.

A prostatectomia indicatiója újabb időben a prostata-atrophiával is bővült. Ez irányban *Steiner* indította meg a vitát prostatectomiával gyógyított atrophia prostataeaban szenvedő betegeiről szóló referatumával. A felszólalók nagy része tagadta az ilyen esetekben észlelhető „prostatismus”-nak az atrophias prostatával való causalis nexusát, másrészt többen azon nézetüknek adtak kifejezést, hogy az ilyen atrophias prostaták művi eltávolítása technikailag lehetetlen. E körkép egyelőre tisztázottnak nem tekinthető, de viszont a *Freyer*-műtétnek az ilyen betegekre gyakorolt kedvező hatását többen megerősítették; a jövő kutatásoknak itt még tág tere marad.

A hólyagkövek keletkezése, prophylaxisa és kezelése volt a congressus előre megállapított harmadik főkérdése. Az első referens, *Fedorow* (Szentpétervár) inkább a műtét eljárásokra szorított referatumban. Ugy a kőzúást, mint a hólyagmetszést bőven alkalmazta rendkívül gazdag anyagán. Kőzúás eseteiben csak 2—3% halálesete volt, míg a hólyagmetszés 5—6% veszteséggel járt. Persze belejátszik statisztikájában az a körülmény, hogy a hol csak lehet, a kőzúást alkalmazta s így a hólyagmetszés csak súlyosabb — s így kedvezőtlenebb prognosist — esetekre jut. Technikája különben a már klasszikussá lett műtét eljárásokat szorosán követi. *Preindlsberger* (Sarajevo) referatuma a congressus egyik legszebb és legértelmesebb előadása volt. Részletesen foglalkozik a boszniai kőesetekkel, melyeknek bő anyagát sok fáradsággal részletes statisztikába foglalta, hogy a kőbetegség aetiologiájára támpontokat nyerhessen. Térképen magyarázza a talaj- és főleg a vízrajzi viszonyokat, melyeket fontos tényezőknak tart a kő keletkezésében. Érdekes megfigyelése, hogy az indigén lakosság között, mely a régi szegényes, főleg vegetarianus táplálékot az új aera alatt hirtelen dúsabb étkezéssel váltotta fel, rendkívül sok calculus-eset fordul elő. Feltűnő továbbá Boszniában a gyermekek feletti gyakori megbetegedése. E tekintetben felhívja a figyelmet arra a körülményre, hogy a gyermekeket rendkívül hosszú ideig — néha 3—4 évig — táplálják anyatejjel. E gyakori megbetegedéseknek megfelelőleg Boszniában még jelenleg is sok tanulatlan, úgynevezett „kőmetsző” él s érdekesen jellemezte ezek eljárási módjait. A különféle indicatiók részletezésével fejezte be előadását. Bár gyakran végzi a hólyagmetszést, mégis, a hol csak lehet, kőzúást alkalmaz.

Alithotripsiának szinte fanatikus híve a harmadik referens, *Schlagintweit* Münchenből. Szerinte a kőzúásnak azért van sok ellensége a sebészek között, mert többnyire — nem értenek hozzá. A kőzúás nem annyira tudomány, mint művészet, másrészt az utókezelés rendkívüli gondosságot igényel, míg a hólyagmetszés könnyű műtét s az utókezelése egyszerű, sablonos. Az előbbi a betegnek, az utóbbi a sebésznek kellemes. Szellemes thesisekben, melyeket aphorismákba foglalt, sok túlzás van, de sok igazság is.

A referatumokat hosszantartó discussio követte. A wíldungeni orvosok, kik a kőbetegséget Németországban a maguk terrenumának tekintik, nagy számmal adták elő tapasztalataikat. A legkülönbözőbb köveket láthattak, közöttük egy jókora strucztojásnyit, mely a hólyagba jutott babszem körül fejlődött és nagyobb vonásokban meg is őrizte az eredeti babalakat. A legkülönbözőbb idegen testek körül képződött

kővekszerepeltek, gombostűk, hajtűk, bougie-darabok és a többi. Feltűnést keltett *Remete* (Budapest) köesete, melyet e sorok írója mutatott be s mely egy hólyagban maradt kis bougie-darab körül fejlődött; megtartva a csigaszerűen összekorodott bougie alakját, közepén kis nyílás maradt, s valószínűleg ezen keresztül vizelt a beteg.

Még az anaesthesia kérdése keltett nagyobb vitát. A legtöbb felszólaló a narcosist alkalmazta részint felületes, részint mély altatás alakjában. *Israel* cystotomia alkalmával is helybeli anaesthesist alkalmaz. Az alypinnel rossz tapasztalatai vannak, egy esetében a beteg halálát okozta s így nem használja többé, ellenben melegen ajánlja a novocaint, mely 10%-os oldatban a hólyagot teljesen érzésteleníti, ha az oldatot $\frac{1}{2}$ —1 óráig hagyjuk a hólyagban. *Goldenberg* a sacralis anaesthesiának híve, adatait azonban többen megtámadták. *Kolmers* is localanaesthesiát alkalmaz kőműtétei alkalmával, főleg regionalis érzéstelenítést. A localis érzéstelenítés sikerét elsősorban a gondos vérzescsillapítástól teszi függővé. Különböztetés általános volt a nézet, hogy az érzéstelenítés kérdésénél rendkívüli fontosságánál fogva a jövő congressus egyik főkérdésévé kell tenni.

A műtét technikát illetően nem sok újat hallottunk. *Zuckerandel* a Sinitsin-eljárást haszonnal alkalmazta ellenálló kövek zúzásakor. *Steiner*, ki harmincz kőzúzásról és 54 cystotomiáról számolt be, összesen 3 exitussal és 81 gyógyulással, a hólyag primaer egyesítésére a *Hacker*-féle varratot alkalmazza. *Berg* a hólyagot nem selyemmel egyesíti, mint-hogy egy betegén fonalgényedés folytán a hólyagba jutott kis selyemszál körül képződött. Genyes cystitis eseteiben semmi esetre sem egyesíti teljesen a hólyagot. *Berg* nézetéhez *Knorr* is csatlakozott és több követ demonstrált, melyek szintén a hólyagba jutott selyemszál körül képződtek. *Weisz*, tekintettel arra, hogy a Röntgen-vizsgálattól teszik néha függővé a műtét eljárások megválasztását, egy esete kapcsán rámutat a Röntgen-diagnostika esetleges tévedéseire. A többi felszólaló főleg casuistikát hozott s főbb vonásokban az elmondottakat ismételte.

Evvel befejeződött az előre megállapított tárgyak sorozata és a kisebb themák nagy sora következett. A hely szűke nem engedi, hogy részletesen foglalkozzunk velük, csak a fontosabb felszólalásokra utalhatunk. *Wossidlo* a magas feszültségű áramok, különösen a diathermia alkalmazásáról számolt be. A diathermiának jelentékeny fájdalomcsillapító hatást tulajdonít vesebetegségekben, a húgycső infiltratióinak felszívódását szintén elősegíti. Hólyagdaganatok elpusztítására a magas feszültségű áramokat előszeretettel alkalmazza, mert fájdalomtalan eljárás és az utóvérzések a ritkaságokhoz tartoznak. Nézetéhez *Lohnstein* is csatlakozik, valamint *Frank* is támogatja, ki különben az urethra posteriorban ülő kis papillomák eltávolítására, valamint kis hólyagtumorok elpusztítására használja a magas feszültségű áramot. Ez eljárásnál recidivákat ritkán láttak. *Blum* (Bécs) csak recidiváknál alkalmazza az eljárást, a többi esetben a régi módszerekhez folyamodik, míg *Oppenheimer* elektrolysis segélyével végzi intravesicalis beavatkozásait.

A vesefunctio vizsgálati módszerei, nevezetesen a phenolsulfophtalein-próba kis vitára adott alkalmat. *Roth* szerint e vizsgálat normalis adatai nem feltétlen bizonyítók a vese kifogástalan működésére, a negativ eredmény ellenben a vesék elégtelenségére mutat. *Blum* a phenolsulfophtalein-próbát feleslegesnek tartja.

A pyelographia körül támadt discussio során *Wossidlo* F. bemutatta állatkísérleteit. Collargolt fecskendezett be az ureteren át a vesemedenczébe erős feszültség mellett és kimutatta, hogy erős tensio mellett a collargol a vese szövetébe hatol s roncsolást idézhet elő. A pyelographiát *Joseph* a vesediagnostika rendkívül fontos tényezőjének tartja, s minthogy csatlakozik *Wossidlo* azon nézetéhez, hogy a collargol túlságos feszültség mellett a szövetekbe hatolhat, vékony ureterkathetereket alkalmaz, melyek mentén az esetleg túlszűkült collargol a vesemedenczéből visszaömlhet. Ezekkel ellentétben *Blum* hevesen megtámadja a pyelographia

alkalmazását, teljesen felesleges diagnostikai módszernek tartja, mely a betegre sem közömbös, miért is *Frisch* bécsi klinikáján nem használják.

Kohn nagyszámú nem specifikus pyelitis és pyelonephritis beteganyagán eszközölt vizsgálatai alapján arra a következtetésre jut, hogy a vese megbetegedése rendszerint az elsődleges és a hólyag csak másodlagosan fertőződik. A vesemedenczemosásokra a 30%-os perhydrolt ajánlja. *Zimmer* ondóhólyagcystát észlelt egy betegén intravesicalisan, s a cystoskopos lelet alapján neoplasmának tartva, a beteget megoperálta; csak a műtét alkalmával derült ki ezen az irodalomban páratlan aetiologia. *Posner* a „Dunkelfeldmethode“ alkalmazásáról beszélt; *Lohnstein* és mások a gelatin-kúráról emlékeztek meg. Érdekes adatokat közölt *Götzel* (Prága) a nemi sphaerába tartozó mirigyek anaphylaxiájáról, mely adatai arra mutatnak, hogy a prostata és mamma ugyanazon biológiai csoportba tartozik, míg a máj, vese, thymus és thyreoidea ezen anaphylaxiás módszerrel e csoporttól élesen elhatárolódik. Rendkívül fáradságos és bonyodalmas módszerrel elért adatai nagy érdeklődést keltenek.

Az utolsó délutánt a demonstratióknak szentelték.

Praetorius többek között az ureter primaer rákját demonstrálta. *Israel W.* hypernephromák egész sorát mutatta be, valamint a hypernephromák okozta metastasisok rendkívüli változatosságáról értekezett. *Bloch* chyluria esetéről emlékezett meg. A műszerek közül említést érdemel a *Wossidlo* által bemutatott, mesothorium-kezelésre berendezett hólyagtükör.

A midőn így röviden áttekintettük a congressus bő anyagát, azt kívánhatjuk, hogy a legközelebbi tanácskozás a berlini mintájára munkálkodjék; ez a legszebb dicséret, a mely az elmúlt tanácskozásokat méltán illeti.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(XVII. rendes tudományos ülés 1913 május 24.-én.)

Elnök: **Grósz Emil.**

Jegyző: **Dollinger Béla.**

Ulcus penetrans ventriculi.

Alexander Béla: Az eset 48 éves nőre vonatkozik, ki már 22 éves korában is gyomorbeteg volt, vért hányt. Azóta hol jobban, hol rosszabbul érezte magát. Egy évvel azelőtt igen sokat hányt. Különösen evés után érzi magát rosszul, 4 hét óta a gyomorfájások nagyon fokozódtak, étvágytalan, savanyút böfög, testsúlya csökkent. A gyomortájyon egy helyen (a köldök felett) erős fájás, e hely kissé resistensebb. Diagnózis: carcinoma ventriculi.

Bismuthétel bevétele után az x-sugaras gyomorkép rövidnek mutatkozik, alsó határa a köldök felett áll és a középvonalon túl jobbra terjed. A peristaltika erős, magasan kezdődik (mint pylorikus vagy duodenalis fekélyes szűkületekben) és miután a pylorikus részlet elesik, fel lehetne tételezni, hogy e helyen rossztermészetű daganat van, de a kis curvatura széléből kisebb kép emelkedik, a megtelt *ulcus* képe. Ezen kép körülbelül fél óráig marad meg, ezután egész más képet látunk: ketté osztott megnyúlt ptosisos gyomor képét, de látjuk a pylorus rendes képét is, a pylorus rendes módon szállítja a pépet a duodenumba. Összeköttetés a két gyomorfél között nem látható, jelöl annak, hogy az étel csak időnként préseltetik erős peristaltika mellett az alsó gyomorrészletbe.

Az előadó félóránként történt felvételeken (8) mutatja, hogyan ürül a gyomor felső részlete; mialatt a heves peristaltika enged, azalatt ürül az *ulcus penetrans* kis barlangja is. A mint a felső gyomorrészlet peristaltikája csökken, épp oly mértékben emelkedik az alsó gyomorrészlet peristaltikája, ez jelen van még akkor is, a midőn a felső gyomorrészlet már egészen kiürült. Az alsó gyomorrészlet összehúzódása alkalmával a pépnek egy részlete az összekötő szűk csatornába nyomul. Antrumképződés mellett is normalisan folyik az étel haladása a duodenumba. Az ernyővel való vizsgálat nem teljes, a finomabb változások csak folytatódólagos, rövid időközökben készített képeken válnak láthatóvá, érthetővé.

A beteget megoperálták, de 2 napra reá meghalt. Az obductio az x-sugarak diagnosisát helybenhagyta.

Entz Béla: A bonczolás homokóragyomrot mutatott, mely azáltal jött létre, hogy a kis görbületen a közepén *ulcus rotundum* volt. A felső rész gyermekfőnyi, az alsó rész ökölnyi volt, a kettő között heges behúzódas, mely a mutató ujjat bocsátotta keresztül. És így sajátos kép jött létre, úgy hogy üstszerű bemélyedés képződött, melybe a máj bal lebenye befeküdt. A gastro-enterostomiát az alsó gyomorrészleten végezték, és így, ha meg is maradt volna a beteg, baja nem gyógyult volna meg, mert a szűkület feljebb van. Tehát a gastroenterostomiát a felső részen kellett volna végezni.

Gastroenteroanastomosis.

Alexander Béla: Az 51 éves férfit 3 évvel azelőtt operálták pylorusszűkület miatt (gastroenterostomosis retrocolica). Gyakori fájalmakról panaszkodik.

Közvetlenül a bismuthpép bevétele után a nagy fokban ektasiás gyomor közepéből átömlik a pép egy vékonybélkacsba (a vékonybélkacs a csípőtaraj felé húzódik).

Ugy mint az előző esetben, itt is félóránként történt a vizsgálat — 8 kép —, hogy a gyomor teljes kiürülését lehessen követni. A gyomor, mely egészen megtelt volt péppel (úgy hogy a pylorustáj is teljesen látszik), fél óra múlva mutatja, hogy bal szárából (fundus és a corpus egy része) az ételnek egy része saját súlyánál fogva is kiürült, a gyomor atoniás (peristaltikás mozgás alig látható), a pylorus-részlet úgy marad, csak kissé emelkedik. Az étel ilyforma lassú távozása mellett oly állapot következik be, a midőn a gyomor corpus- és pylorus-részletében az ételpép egyforma magasságban áll, sőt a bal corpusrészletben mélyebben. Ekkor a pylorus-részletben erős antiperistaltika jelentkezik, úgy hogy a pép innen a bélbe nyomatik és a gyomor-corpus bal részletében, melyből eleinte aránylag gyorsan távozott az ételpép, az még visszamarad, lehet, hogy átnyomatik a pylorus-részletből.

Ezen folyamat alatt igen jól látni, hogyan emelkedik a pylorus-részlet a gyomor bal részében történt súlymegkisebbedés folytán és hogyan halad az ételpép a vékonybelekben, nem foszlányokat alkotva, mint azt rendszeren látjuk, hanem összefüggő részletekben.

2 óra alatt már megtelik a vakbél, a 3. órában az ételpép megtölti a vakbelet, a telhágó és rögzített haránt remesét és flexura lienalist.

Spondylose rhizomelique.

Alexander Béla: A 28 éves férfi 5 év óta veszi észre, hogy gerincoszlopa merevedik, 12 hét óta teljesen merev.

A 62 éves nő kimondása szerint 6 hét óta beteg (erős gyomorfájás, hányás), 3 héttel ezelőtt zsigbadni kezdtek lábai, 2 hét óta csak feküdni tud.

A 40 éves férfinak 3 hónappal azelőtt volt pleuritise, 1½ hét óta merev a háta, görnyedve jár, karjaiban erős fájdalmakat érez.

Az előadó e három eset kapcsán mutatja, hogy az elsődleges változások a csigolya csontszövetén kívül eső csigolya közötti szalagokban veszik kezdetüket, de nem részarányosan, hanem hol az egyik, hol a másik oldalon vannak a jellegzetes kezdetleges vagy már előrehaladott kóros változások.

Az alsó hát-csigolyákon (28 éves férfi) a változások leginkább vannak kifejlődve, olyannyira, hogy két egymással szomszédos csigolya a közöttük lévő porc külső határának megfelelően ívalakban összekapaszkodott; magától értődik, hogy így tönkre megy a csigolyáknak egymás közötti mozgékonyasága, ámbár a csigolya közötti porc megvan.

Igy történik azután, hogy a bántalom előrehaladásával a csigolyaoszlop egész terjedelmében merevvé lesz és ezután állanak be a másodlagos, harmadlagos változások, melyek úgy a csigolyák közötti porczra, mint magukra a csigolyákra vonatkoznak. *De míg ezen változások fejlődnek, az izomzatban, esetleg a bonyékokban is kóros változások állanak be, osszificatiók, a mint azt a bemutatott esetek egyike bizonyítja.* Más-
kor (Bechterew) felülről lefelé haladnak a változások, magukba foglalva a csigolyaív és bordák, vagy a csigolyaívek egymás közötti izületeit is.

Alig lehetséges, hogy a bántalom kezdetén csigolyalobot lássunk, a későbbi változások már nem engedik meg a kezdetleges változások szemléltetését.

Kifejezett, előrehaladott csigolyaoszlopmerevedésben nem lehet az állapotot javítani, a gerincoszlop megkísérlett redreszálása nem vezet célhoz, súlyos tüneteket váltott ki; a bántalom korai felismerésében az x-sugaras vizsgálat kitűnő eredményeket nyújt.

A gerincvelőben és az ideggyökökben észlelt változások csak másodlagosak (nyomás eredménye). A bántalom eredete tekintetében nincs biztos adat.

Az Abderhalden-féle serumreactióról a terhességben.

Scherer Sándor: Actualitásánál fogva röviden az *Abderhalden-féle* terhességi reactiót óhajtja ismertetni gyakorlatilag; a dolog theoreticumára vonatkozó megjegyzéseit illetően utal a Münchener medizinische Wochenschriftben legközelebb megjelenendő cikkére. Kétféle eljárást írt elő *Abderhalden*: az *optikai eljárást*, melyet a Halleban tartott nőorvoscongressus alkalmával bemutató is *Abderhalden*-nél személyesen tanulmányozott s annak praecisításáról meggyőződött. Nehézkessé teszi az optikai methodust, hogy a hozzá szükséges placenta-pepton nehezen állítható elő, s hogy polarisációs készülék kell hozzá. Egyszerűbb a *dialyzáló eljárás*. A bemutató gyakorlatilag mutatja be az eljárást, majd a főbb hibaforrásokra hívja fel a figyelmet. Véleménye szerint a hamis eredmény inkább kísérleti hibának, mintsem a methodus csödjének tudandó be; beismeri azonban, hogy az eljárás nem tökéletesen megbízható s a jövő feladata, hogy azt olyan tökéletességre emeljük, mint az optikai.

108 reactióról számol be; 57 terhes közül 4-et leszámítva, a többi esetben pozitív reactiót kapott; 33 gyermekágyas közül 9 adott negatív eredményt; 17 nőbeteg (különféle betegséggel) negatív eredményt adott; 1 extrauterin terhességben előre ki tudta mondani a graviditas diagnózisát, a mit később a műtét igazolt is. A havi vérzés úgy látszik befolyással bír a reactióra; nem terheseken a menstruatio alatt 1 esetben pozitív reactiót kapott.

(Folytatása következik.)

Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(VI. ülés 1913 április 10.-én.)

Elnök: **Alapy Henrik.**

Jegyző: **Ádám Lajos.**

(Vége.)

Mellékvesedaganat két éves gyermekben.

Verebély Tibor: A 2 éves kis fiút azzal a panaszszal hozta orvosa *Bókay* tanárhoz, hogy a puffadt has jobb oldalában egy a májtompulattal összefüggő, férfikölnyi, tömött, rugalmas, a máj jobb lebenye alá huzódó, attól el nem különíthető s a légzési mozgásokat nem követő fdaganat van. A daganatot a klinikai lelet alapján a máj alsó eelületéből kiinduló cystának, vagy mivel altatás mellett az elkülönítés a májtól elég tökéletes volt, az e korban gyakori ímbryonalis vesedaganatnak tartották. E feltevés alapján kissé velt, oldalsó haránt hasmetszést alkalmazott, a melyhez, ha helynyerés céljából szükséges, könnyen csatolható median, függélyes metszés. A has megnyitásakor kitént, hogy a daganat a mesocolon ascendens mögött fekszik, rendkívül vérdús tokú és jó két férfikölnyi. A daganat külső szélén a fali peritoneum hosszsmetszése után a daganat kifejtése elég könnyen sikerült. A vena cava inferior körülbelül 12 cm.-nyi darabon erősen összenőtt a daganattal s róla élesen kellett lefejtetni milliméterről milliméterre. A tumor kibuktatása után tűnt ki, hogy sem hilusa, sem uretere nincs s a teljesen ép vese alatta, a csípőtányéron letolva található. A peritoneumot zárva, a daganat fészket retraperitonealis gazecsikkal drainezte s a hasat bevarrta. A beteg a nagy műtétet elég jól állotta ki. A seb per primam záródott s épp ezért igen feltűnő volt a hőmérsék és a pulsus gyakori zavara. A hőmérsék a normalis és 39° között, a pulsus 70 és 150 között ingadozott: olyan elváltozások, melyek állítólag a hypernephromák kiirtásának követői. A daganat természetét illetően még nem

tartja befejezettnek a vizsgálatokat, de valószínű, hogy polymorphsejtes, hámtermészetű a tumor s rendkívül emlékeztet azon ú. n. elsődleges májrákokra, a melyekről először egy francia szerző említette, hogy eltévedt mellékvesecsrákból származnak, Megközelítésére a véletlenül használt ilyen transperitonealis harántmetszés igen jónak bizonyult. Valószínűleg ez tette lehetővé a vena cava erős odanövésének kiméletes lefejtését is.

A gégeből és a bronchusokból eltávolított idegen testek.

Paunz Márk: A Stefánia-gyermekórházban legutóbb észlelt, a gégebe és a bronchusokba került idegen testek sorozatát mutatja be. Gyermekeken rendszerint szükséges a mély chloroformnarcosis, ha laryngoskopia és tracheobronchoskopia directát akarunk végezni. Ezenfelül 5—10% cocainoldat szükséges. A vizsgálatra a *Brünings-féle* lámpa és műszerek használatnak. A gége beállítása legkönnyebben a gyermek ülő helyzetében sikerül; ugyanily helyzetben vezethető be legjobban a bronchoskop-cső is a bronchoskopia superior vézésekor. Bemutatásra kerül csipkés pléhdarab, melyet 3 éves leányka gégejéből távolított el; czeruza fémhüvely, melyet 1 éves fiú bal főbronchusából; kávébab, melyet 4 éves fiú jobb főbronchusából; dinnyemag, melyet 18 hónapos fiú jobb főbronchusából; fél dió, melyet 12 éves fiú főbronchusából; pörkölt kávébab, melyet 2³/₄ éves fiú jobb főbronchusából távolított el bronchoskopia superior segítségével.

Alapy Henrik: Felveti a kérdést, hogy talán nem is szükséges minden alkalommal az idegen testet eltávolítani a gégeből? Ez különösnek hangzik sebész szájából! Ő maga is szép számú idegen testet távolított el, de egy esetben intubálás alkalmával a különben jó amerikai műszer mandrinjának utolsó perce leszakadt (azóta megváltoztatta a mandrint, úgy hogy nem ér ki a tubusból a vége), és beleesett egy harmadrangú bronchusba, a mint azt a Röntgen-átvilágítás mutatta. Kisfokú atelektasiát okozott. Megpróbálta kivenni, de ilyen kis bronchoskopja nem volt és a gyermek mindig megsínylette a bronchoskopiát. Benne hagyta tehát az idegen testet. Egy hétig köhögött, de azután megcsendesedett. Félév múlva is még jól volt.

Paunz Márk: Csakugyan nem kell okvetlenül az idegen testet eltávolítani. De nem tudjuk sohasem, melyiket lehet bennhagyni, melyiket nem. Kis fémtárgy nem okoz bajt, de nagyobb fémtárgy nagyobb atelektasiát okozhat, a mi azután bajt csinál, esetleg évek múlva, és tuberculosisra disponált egyénben kiválthatja a tuberculosisist. Több esete volt, melyben a beteg expectorálta az idegen testet. Így egy 16 hónapos gyermek 4 hét múlva csirkecsontot, egy 17 éves fiú egy nyakendő patkóját, egy collega gesztenyedarabot.

Laryngoskopia directa segítségével eltávolított gégepapilloma.

Paunz Márk: Gyermekeken, ha a papillomák eltávolítása gégetükör ellenőrzése mellett a gyermekek magatartása miatt nem sikerül, igen jó szolgálatot tesz a laryngoskopia directa, melylyel, ha a gyermeket elaltatjuk, a szemölcsök mindig könnyen eltávolíthatók. Eddig 6 esetben sikerült ily módon a tracheotomiát elkerülni. Bemutat 7 éves leányka gégejéből eltávolított szemölcsöket. A gyermek 4¹/₂ év óta rekedt, 1/2 év óta nehéz légzés, utóbbi időben gyakori fuldolás. A hangrés elülső kétharmadát a jobb hangszalagból és az elülső commissurából kiinduló szemölcstömeg tölti ki. Rekedt hang, stridorosus légzés. Két borsónyi darabot sikerült gégetükör segítségével eltávolítani, de a gyermek nyugtalan magatartása miatt kénytelen volt chloroformnarcosisban laryngoskopia directát végezni és csak így lehetett a még visszamaradt szemölcöket teljesen kiirtani. A gyermek szabad légzéssel és elég tiszta, habár még érdes hanggal már a tizedik napon volt hazabocsátható.

Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya.

(XII. szakülés 1913 május hó 31.-én.)

Elnök: **Davidá Leo.**

Jegyző: **Konrádi Dániel.**

I. Koleszár László: Aneurysma aortae esete.

II. **Steiner Pál:** Adatok Magyarország húgykőstatistikájához. Eredeti közléseink során egész terjedelmében hoztuk.

III. **Steiner Pál:** A prostata-atrophia sebészi gyógykezelése. Az előadó ismerteti a prostata-atrophia kóroktanát, körjelzését és gyógyító módjait. A 14 eddig sikerrel operált és irodalmilag ismert esethez egy új esettel járul. 47 éves tanító,

kinek 10 év előtt előzőleg gonorrhoeája volt, 1912 július elején vette észre, hogy vizelési nehézségei vannak, csakhamar teljes rekedés állott be, úgy hogy állandó katheterrel élt. Minthogy a conservatív kezelés eredménytelen volt, a vizelet-rekedés centralis eredetét (tabes) kizártam és a rectalis, valamint kystoskopos vizsgálattal atrophia prostatae tettem a diagnosist, a betegnek műtétet ajánlottam, a melyet 1912 szeptember 4.-én végeztem. A műtét transvesicalis prostatektomiából állott. Az eltávolított prostata súlya 8 gr. volt, eltávolítása a lobos, heges összenövések miatt nehéz volt. A beteg 1912 szeptember 26.-án vizelt először spontán és október 5.-én teljesen gyógyulva távozott. Jelenleg, 8 hóval a műtét után, a beteg teljesen jól vizel, rendes intervallumokban. Ezek alapján prostata-atrophia esetén a prostatektomiát, mint célhoz vezető műtétet, ajánlom.

IV. Vidakovich Kamill: A veseerek sérüléseiről.

V. Apáthy István: A gelatinás beágyazás és metélés folytatolagos bemutatása.

PÁLYÁZATOK.

24133/1913. kig. sz.

Baja város közkórházánál üresedésbe jött, 1200 korona évi fizetés, lakás, fűtés, világítás és I. oszt. étellemezzel javadalmazott, **alorvosi állásra** pályázatot nyitok.

Folyamodni óhajtok felhívni, hogy kellő képzettségüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket méltóságos **Purgly Sándor** dr. főispán úrhoz Szabadkán legkésőbb folyó évi október hó 31. napjáig nyújtsák be.

Baja, 1913 október 16.

Polgármester helyett:
Erdélyi, főjegyző.

308/1913. szám.

Fejér vármegye váli járásához tartozó Mány és Csabdi községek-ből, Mány székhelyvel újonnan rendszeresített közegészségügyi körben a **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása: az 1908. évi 38. t.-cz. értelmében megállapított évi 1600 korona törzsfizetés és ötödéves korpótlék, Mány község által megszavazott és törvényhatóság által jóváhagyott 1200 korona helyi pótlék és 600 korona lakbér, valamint a szabályrendelet alapján szedhető fuvar-, rendelési, beteglátogatási és műtétekért járó díjak.

Felhívom mindazokat, kik ezen állásra pályázni óhajtanak, hogy az 1908. évi 38. t.-cz.-ben előírt képesítéseiket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám **1913. évi november hó 20. napjának déli 12 órájáig** annyival is inkább adják be, mert a később érkező kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

A választás határnapját később fogom kitűzni.

Váli, 1913 október 15.

Tarfás, főszolgabíró.

843/913. sz.

Kolozs vármegye mócsi közkórházában megüresedett **osztályorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása évi 1400 korona fizetés, a kórházban egyszobás bútorozott lakás és teljes ellátás. Pályázók kellően felszerelt folyamódványaikat gróf **Bethlen Ödön** főispán úrhoz (Kolozsvár) címezve hozzám mielőbb adják be, mivel az állás kinevezés után azonnal elfoglalandó. Megjegyzem, hogy orvospályázó hiányában szigorló avagy gyakorlati évét töltő orvos is kinevezést nyerhet.

Mócs, 1913 október 14.

Telegdi Roth Lajos dr., igazgató-főorvos.

2822/1913.

A Kelcse község székhelyvel és Alsóvirányos, Barátlak, Bodzás, Detre, Felsőkrucsó, Felsőtokaj, Felsővirányos, Gerlefalva, Giglócz, Gyapár, Holcsik, Kelcse, Királyhegy, Kispetőfalva, Kisvalkó, Kisgyertyános, Kosárvágása, Lomna, Máriakút, Nagydomása, Sártó, Turány és Zemplén-pálhegy községek csoportosításával újonnan rendszeresített kelcsei **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek s felhívom mindazon orvos-tudorokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a, illetve az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-a értelmében felszerelt kérvényeiket hozzám folyó évi november hó 24.-ének d. u. 6 órájáig nyújtsák be.

Az állás javadalmazása 1600 korona kezdőfizetés, 200 korona ötödéves korpótlék, 500 korona lakpénz, 800 korona fuvarátalány, 1200 korona helypótlék és a vármegyei szabályrendeletben megállapított mellékjárandóságok.

Tájékoztatom még, hogy a körlet területén több nagyobb ipartelep és uradalom van.

A választást folyó évi november hó 25. napjának délelőtt 9 órájkor fogom Kelcsén, a körjegyzői irodában megejteni.

A pályázók figyelmébe ajánlom azon körülményt, hogy a tót nyelv megfelelő ismerete kívánatos.

Sztrapkón, 1913 október 22.

Iffy. Durcsinszky Gyula, h. főszolgabíró.

800/913. ikt. sz.

A vezetésem alatt álló közkórházban lemondás folytán megüresedett **egy segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A segédorvos javadalmazása 1200 K, lakás, fűtés, étellemezés. A kinevezés 2 évre szól. Távozás 4 héttel előbb jelentendő.

Más pályázók hiányában orvosi gyakorlatra utasított orvos is kinevezhető. Magánygyakorlat nincs megengedve.

A folyamódványok méltóságos **Makfalvay Géza** úrhoz, Somogy vármegye főispánjához intézendők és a kórházigazgatóságnál nyújtandók be **október hó 28.-áig**.

Kaposvár, 1913 október 14.

Szigethi-Gyula Sándor dr.,
igazgató-főorvos.

997/1913. ikt. sz.

Békésvármegye közkórházánál a **belgyógyászati osztályon** megüresedett két és a **szembeteg-osztályon** megüresedett **egy segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás évi 1200 korona készpénzfizetés, valamint lakás fűtés és világítással, I. oszt. teljes ellátás.

Pályázni szándékozók felhívom, hogy képesítésükről, valamint eddigi működésükről szóló, okmányokkal felszerelt folyamódványukat id. **Kéry Gyula** úrhoz, Békésvármegye főispánjához intézve, **hozzám 1913. évi október hó 29.-éig** küldjék be.

Gyula, 1913 augusztus 15.

Békésvármegye közkórházának igazgatója.

GLEICHENBERGI

Emmaforrás és Konstantinforrás (erősebb)

bevált gyógyszerek bármínemű

HURUTOK

ellen. — Kapható ásványvízkereskedésekben, gyógvtárakban, drogériákban és a forrás igazgatóságánál. Saison: május 15.-től októberig. Gleichenberg, Steierország.

SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. D'EGGER

Indicatioi: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhachitis.
Kapható minden gyógyszerárban.



→→ 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 sikerrel használtatik.

Hugyhajtó hatása.

Kellemes izü.

Könnyen emészthető.

Teljesen tiszta.

Állandó összetételü.

Vasmentes.

Kiváló óvszer a vörhenynél (scarlatina) fellépő vesebántalmaknál.

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

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

SCHULTES ÁGOST Szinyelipóczi Salvator-forrás Vállalat, Budapest, V. Rudolf-rakpart 8.