

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Bókay János: A Strasburger-féle transparentia-vizsgálat időszült belső hydrocephalus eseteiben. 411. lap.

Süssmann Frigyes: Megtiltassék-e a belső vizsgálat a bábáknak? 420. lap.

Ónodi Adolf: A budapesti egyetem orr- és gégeorvostani klinikája, 422. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Réczey Imre: Dolgozatok a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem II. számú sebészeti klinikumából. — Új könyvek. — Lapszemle. Általános kör- és gyógytan. Behring: Diphtheria-ellenes védőoltások. — Belorvostan. Stern Henrik: A diplomellituria. — Damask: A tüdővészések lázának kezelése. —

Sebészet. O. Meyer: A vörhenynyel együtt jelentkező epityphlitis. — Gyermekorvostan. Pussep: A gyermekek hydrocephalus internusának operatív kezelése. — Venerés betegségek. P. Uhlenhuth és P. Mülzer: A syphilises nők tejének fertőzőképessége. — Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Praetorius: Pemphigus. — Bretschneider: Pertussis. — Rabow: Codeonal. — Lewinsohn: Digipuratum. 423–424. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 424. lap.

Vegyes hírek. 424. lap.

Tudományos társulatok. 427–429. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A Strasburger-féle transparentia-vizsgálat időszült belső hydrocephalus eseteiben.*

Előadta: Bókay János dr., egyetemi ny. r. tanár, igazgató-főorvos.

Tisztelt Uraim!*

Hogy nagyfokú veleszületett belső agyvízkór esetén a koponyaboltozat áteső fényben úgyszólván egészben transparens, azt a szakorvosok már rég tudták s ennek nyomait megtaláljuk a régibb eredetű irodalomban is. Így, hogy csak a régi hazai irodalomból idézzek, Koller Gyula és Schmidt György 1863-ban együttesen kiadott kórrajzaikban,¹ melyek a pesti szegénygyermekkórház beteganyagából adódtak, írnak le belső agyvízkór-estet, melyben a 9 hónapos fiúcska nagy fokban makrocephal feje „a világosságnak fordítva egészben áttetsző” volt s boncsoláskor a nagy fokban kitágult oldal-kamarák „vonálnyí vastag, sőt helyenként ennél vékonyabb agyréteggel” voltak csak borítva.

A transparentia-vizsgálatok célzottatos alkalmazása hydrocephalus eseteiben Strasburger érdeme s csak a leg-utóbbi idők vívmánya.

Strasburger² a bonni Niederrheinische Gesellschaft für Natur- und Heilkunde orvosi szakosztályának 1909 június hó 21.-én tartott ülésén 3 hónapos csecsemőt mutatott be, kin 42½ cm. fejkörfogat mellett hydrocephalus congenitus internus volt jelen s daczára, hogy, tekintve fejkörfogatának majdnem normalis nagyságát, alig gondolta, hogy a ventricularis folyadékfelhalmozódás nagyobb fokú volna, sőtét szobában át-

eső fényben majdnem az egész koponyaboltozatot erősen transparensnek találta, még pedig úgy a frontalis, mint a parietalis és occipitalis szelvényben, sőt transparentiát talált, mint a mellékelt eredeti ábra is mutatja (1. ábra), a halló-



1. ábra.

járatnak megfelelőleg, a fültölcsér mélyében is. Strasburger élon végzett kontrollvizsgálatai s hullakísérletei alapján úgy véli, hogy a koponyaboltozat transparentiát csak ott mutathat, a hol a koponyaboltozat mögötti agysubstantia, tehát a hemisphaera fala az egy centimétert nem haladja túl. Strasburger hullakísérletei továbbá mutatják, hogy a koponyaboltozat

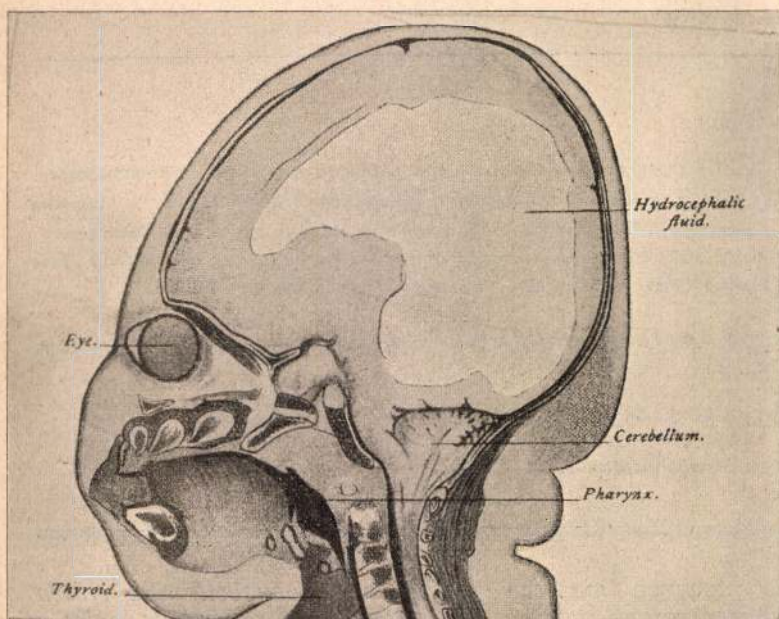
* Minden jog fentartva.

** Előadás a Kir. Orvosegyesületnek XVI. rendes ülésén, 1913. május 17.-én.

¹ Kórrajzok a gyermekgyógyászat köréből. Pest, 1863.² Deutsche med. Wochenschrift, 1910, 6. szám, 294. lap.

csontjai egymagukban kifejezetten transparenssek s így a boltozat csontjainak vastagsága a transparentia érvényesülését nem gátolhatja. *Strasburger* betege néhány hét múlva meghalt s a bonczolás teljesen igazolta felvételét. Az agyréteg általában erősen vékonyodott volt s a hemisphaera falának vastagsága helyenként alig volt néhány milliméternyi.

Esete tehát különösen fontos annyiban, hogy daczára a makrocephalia hiányának, a ventricularis hydrops óriási fokú volt, a mit a transparentia-vizsgálat előtt sejteni is alig lehetett. Érdekes, hogy *Strasburger*, mint az átvilágítási eredményt demonstráló ábrából látjuk, a transparentianak körülbelül oly alaki kiterjedését észlelte, mint a milyen rajzolatban mutatja be *J. W. Ballantyne*-nek³ egy analog esetében a hullakoponya keresztmetszete a ventricularis hydropsot⁴ (lásd a 2. ábrát).



2. ábra.

Transparentia-vizsgálataim alapja *Strasburger* rövid, alig kétoldalas czikkecskéje volt s 1910-ben már 3 esetet közölhettem,⁵ hol ezen vizsgálati eljárás kiváló érdekességét demonstrálhattam. Ezóta a „Stefánia” gyermekkorházal kapcsolatos egyetemi gyermekklinika gazdag ambulans beteganyagán az elem került hydrocephalus-esetek mindegyikében végeztem a transparentia-vizsgálatot s ez tette lehetővé, hogy ma már összesen 15 pontosan észlelt esetet közölhetek Önökkel s következtetéseimet már aránylag nagyobb számú észleletemre alapíthatom.

Mielőtt eseteim részletezésére áttérnék, szükségesnek tartom kissé foglalkozni a transparentia physicalis magyarázatával, hogy leleteimnek értelmezése minél könnyebben történhessék. Munkám ezen részletének kidolgozásában hathatósan segítségemre voltak t. barátaim: *Pekár Dezső* dr. egyet. adjunctus és *Péteri Ignác* dr. kórházi rendelőorvos; szíves közreműködésükért fogadják e helyen is legőszintébb köszönetemet.

A hydrocephalusos koponya átvilágításához hasonló viszonyokat teremtetünk olyan módon, hogy egy celluloséból készített s a koponyát utánozó gömbbe az agyvelőállománynak megfelelően ablakos-kittből lemezeket, illetve nagyobb darabokat helyeztünk olyan módon, hogy ezeket egy előzőleg beleerősített üveglemezre ragasztottuk, a koponya belsejének

többi részét pedig vízzel töltöttük meg. Az ilyen módon elkészített mesterséges hydrocephalusos koponyát sötét szobában a szükséges oldalon egy 32 gyertyaláng erősségű fémszálas villamos lámpa segítségével megvilágítottuk, az ellenkező oldalon pedig megfigyeltük, hogy a mesterséges koponya mely részei mutatnak erősebb és mely részei gyengébb transparentiás jelenségeket, esetleg teljes transparentiahányt. A kísérletek sorrendje és berendezése, valamint a transparentiás jelenség milyensége a mellékelt ábrakon (3.—6.) van feltüntetve, melyek alapján az alábbi következtetést vonhatjuk le:

Átvilágításkor mindig azon oldal látszik sötétebbnek, melyhez a fénysugarakat felfogó közeg közelebb fekszik, viszont világosabbnak látszik az az oldal, melytől a fénysugarakat felfogó közeg távol van. Vagyis a koponya azon része, hol több a folyadék, esetek szerint többé vagy kevésbé transparens, az a része pedig, a hol sugarakat át nem bocsátó közeg van, átvilágításkor többé-kevésbé sötétnek látszik.

Nem volt érdektelen azon kérdés tisztázása, hogy milyen ezen transparentiás jelenségeknek physikai magyarázata, vagyis, hogy miképpen haladnak ezen látszólag komplikált közegben a fénysugarak, daczára annak, hogy egyes kísérletek alkalmával a fényt felfogó közeg a koponya fél oldalát csaknem egészen elfoglalja. A physikai viszonyok tisztázására a legegyszerűbb helyzetet iparkodtunk létesíteni, vagyis azt kellett vizsgálni, hogy egy vízzel megtöltött gömbben egy fényt felfogó korongot mozgatván, a fényforrástól távolabb vagy ahhoz közelebb milyen átvilágítási viszonyokat nyerhetünk. Hogy egy gömbben milyen a fénysugarak iránya, az egyszerű szerkesztéssel könnyen meghatározható, ezen szerkesztés a mellékelt rajzon (7. ábra) van feltüntetve.

Ha a gömbbe egy a sugarakat felfogó korongot helyezünk (8. ábra), az első esetben a fényforráshoz közel (a—b), akkor a gömb felületét érintő sugarak közül azok, melyek a korong területén belül lépnek a gömbbe (c—d), nem haladhatnak a gömbön keresztül, ellenben azok, a melyek a korong területén kívül jutnak a gömbbe (c—e), keresztül is mehetnek rajta. Mások a viszonyok akkor, ha a korong a fényforrástól távol van (f—g), mely esetben sem a c—d sugár, sem pedig a c—e sugár nem fog keresztül jutni a gömbön és ily módon az ellenoldalon teljes árnyékot kapunk.

Ezen szerkesztési eljárás teljesen fedi a cellulose-koponyával végzett kísérletek eredményeit, vagyis könnyen érthető, hogy miért sötétek azon részek, a melyekhez a fényt át nem bocsátó közeg közelebb fekszik és miért világosak azon részek, melyek vízzel vannak megtöltve, és így az átvilágítási eljárás segítségével meghatározhatjuk azt, hogy a koponya melyik részében foglal helyet a relativ nagyobb mennyiségű agyállomány és melyik részében a relativ nagyobb mennyiségű folyadék.

A transparentia vizsgálásakor maga a fiatal gyermekkorú koponya nagyjában áttetsző gömbnek tekinthető, mert a hártyás koponya magától értetődőleg áttetsző falakkal bír s ugyancsak többé-kevésbé áttetsző a későbbi csecsemőkori és a fiatal gyermekkorú koponya is. Az ilyen irányban végzett vizsgálataink azt mutatták, hogy a gyermekkorú koponya kb. a 3.—4. életévig áttetsző, vagyis addig, míg a csontfal vastagsága nem haladja meg a $3\frac{1}{2}$ mm.-t. A koponyáknak 32 gyertyalángos fémszálas villamos lámpával történő átvilágításakor kiderült, hogy a csecsemőkori koponyák a csontfalak vékonyságánál fogva áttetszőbbek, mint az 1—3 éves gyermekkoponyák. Minden esetben a vastagabb részletek, főleg a csontosodási magvaknak megfelelőek, kissé sötétek, ezek azonban hydrocephalus eseteiben a folyadék fénytörési sajátosságánál fogva elmosódnak és így a képet alig befolyásolják.

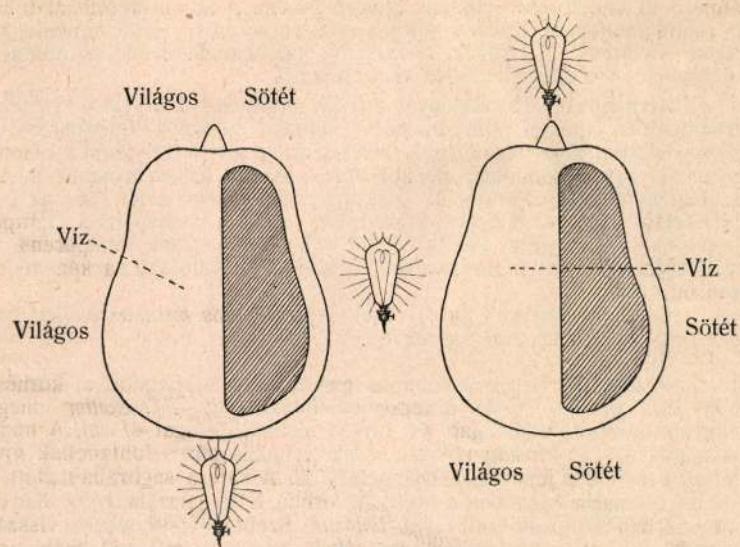
Eseteim, melyekben a transparentiát pontosan tanulmányozhattam,⁶ a következők:

³ Manual of antenatal Pathology and Hygiene. The Embryo. Edinburgh, 1904, 36. lap.

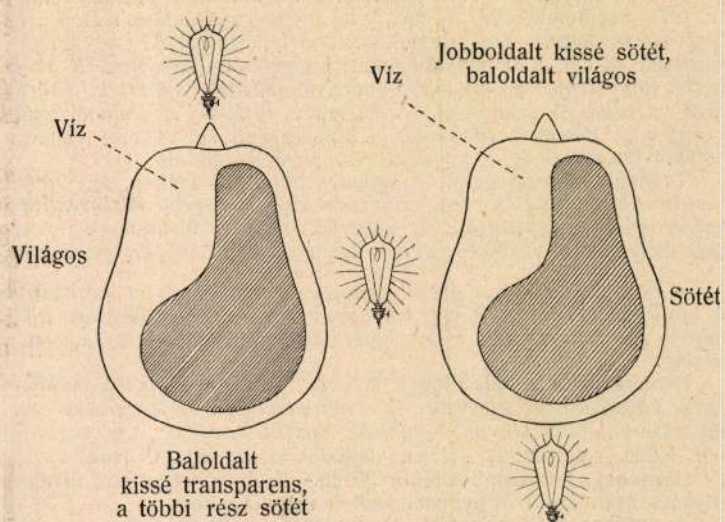
⁴ „Hydrops was not suspected before the section was made” l. c.

⁵ Orvosi Hetilap, 1910, 23. sz. Wiener klinische Wochenschrift, 1910, 22. sz.

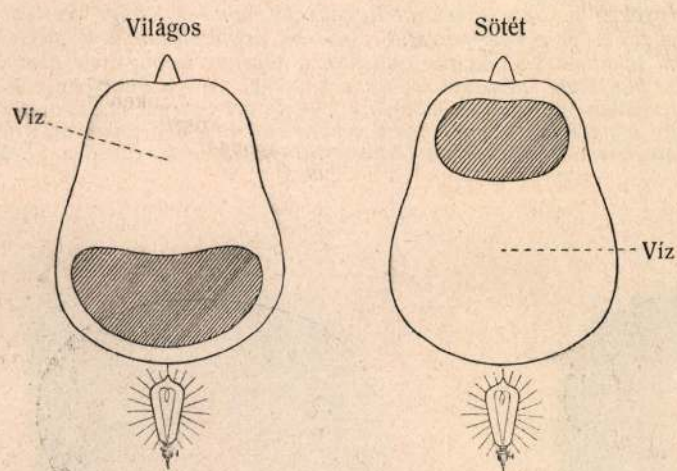
⁶ A vizsgálat abszolút sötét szobában történt s átvilágításra mindenkor az intenzív fényű *Nernst*-lámpa szolgált.



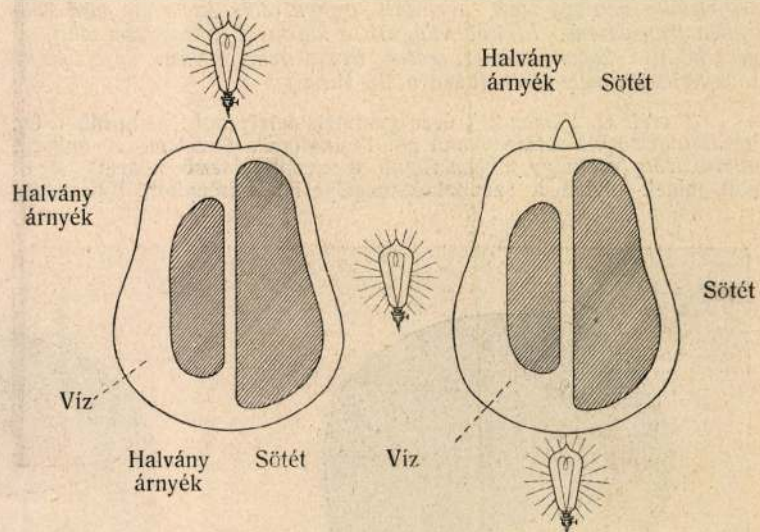
3. ábra.



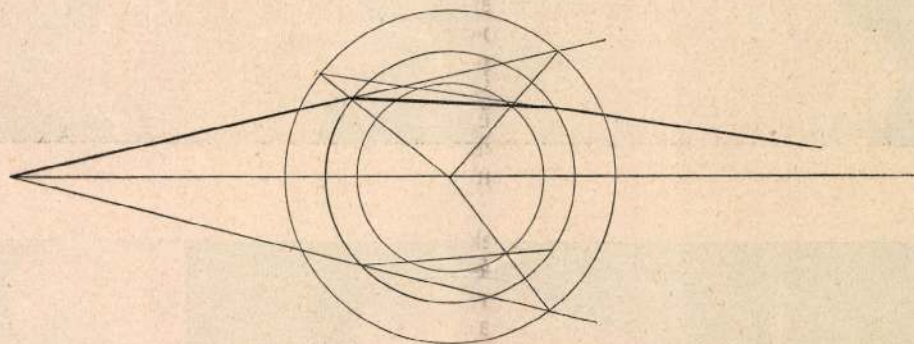
4. ábra.



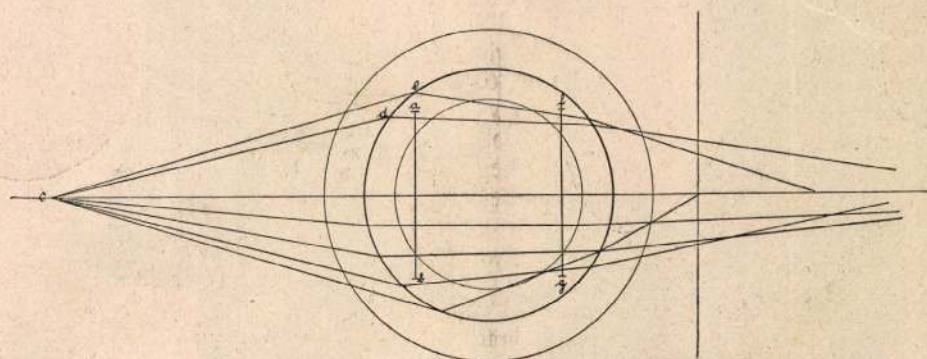
5. ábra.



6. ábra.



7. ábra.



8. ábra.

1. eset. L. János 1 éves gyermek bemutatott a kórház rendelésén 1911 szeptember hó 18.-án. A fej megnagyobbodása már a születéskor eléggé tetemes volt. Bemutatáskor a fejkörfogat 63 cm., a mellkaskörfogat 44 cm. A koponyaboltozat kitágulása egyenletes. A nagy kutacska nagy tenyérnyi, az embryonalis fontanellák nyitottak. Erősen tágongó varratok. A szemtekék erősen lefelé rotáltak. A szellemi fejlődés eléggé jó. Hűdéses tünetek nincsenek. Lumbalpunctiókor 30 cm³ vztiszta folyadékot bocsátunk le, a folyadék erős sugárban tör elő.

Transparentia-vizsgálat: a koponya minden irányban, úgy jobbról balra, mint balról jobbra, ventrodorsalis, valamint dorsoventralis irányban erősen s egyenletesen transparens. (Lásd a 9. ábrát.) A szemüreg mélyében s a fültölcséreknek megfelelőleg transparentia nincsen.

2. eset. S. Vilmos 1 éves gyermek bemutatott a kórházban 1911 április hó 1.-én. Állítólag 3 hónapos kora óta veszik észre a fej feltűnőbb nagyobbodását. Azóta a gyermek fejlődésében visszamaradt s nyugtalan.

Bemutatáskor a fejkörfogat 66.5 cm., a nagy kutacska csaknem az egész koponyatetőre kiterjed. Az embryonalis páros fontanellák nyitottak, a kis kutacska tágong. A suturák hártásak, tágak. A szemgolyók erősen lefelé rotáltak. A szellemi fejlődés visszamaradt. Hűdéses tünetek nincsenek. Lumbalpunctiókor 30 cm³ vztiszta folyadékot ürítünk. A folyadék áramlása erős nyomás mellett megy végbe.

A transparentia-vizsgálat eredményei: Jobbról balra s balról jobbra világítva, a koponya teljesen s erősen transparens. A fültölcsérek mélyében transparentia nincsen. Hátról előre világítva (fényforrás hátul) az egész homlok élénken transparens s csak a sutura frontalisnak megfelelőleg van egy sötét, verticalis irányú csík. Az orbita felső fala szintén transparens. Elülről világítva a koponyát (fényforrás elül), az egész hátulso koponyarészlet erősen transparens, kivéve az occipitalis csont területét, mely sötét. (Lásd a 10. ábrát.)

3. eset. G. Vilmos 2½ éves gyermek, felvétetett 1911 április 1.-én. Feje születése óta aránytalanul nő. Fejkörfogata 66.5 cm. A boltozat minden irányban nagy fokban tágult, a szemüreg felső falazata lenyomott, minek folytán a szemtekék tengelye lefelé irányított. Biparietális

átmérő 21 cm., frontooccipitalis átmérő 20 cm. A koponyaboltozat domborulata majdnem egészen hártás. Az embryonalis páros fontanellák tágan nyitottak, hártásak. A varratok tágonganak. Hűdéses tünetek nincsenek. A szellemi fejlődés visszamaradt.

Átvilágításkor a koponya minden irányban kiterjedten élénken transparens. Lámpa elül: az egész hátulso koponya transparens, a nyakszirtecsont alsó részletének kivételével. (Lásd a 11. ábrát.) Lámpa hátul: az egész homloktáj élénken vörös, csak a sutura frontalis hosszában látható egy körülbelül centiméter szélességű sötét sáv; az orbita felső csontos falazata körülírtan szintén transparens. Lámpa jobboldalt: az egész koponyafél erősen, egyenletesen transparens, a fültölcsér mélyében nincs transparentia. Lámpa baloldalt: a kép teljesen ugyanaz.

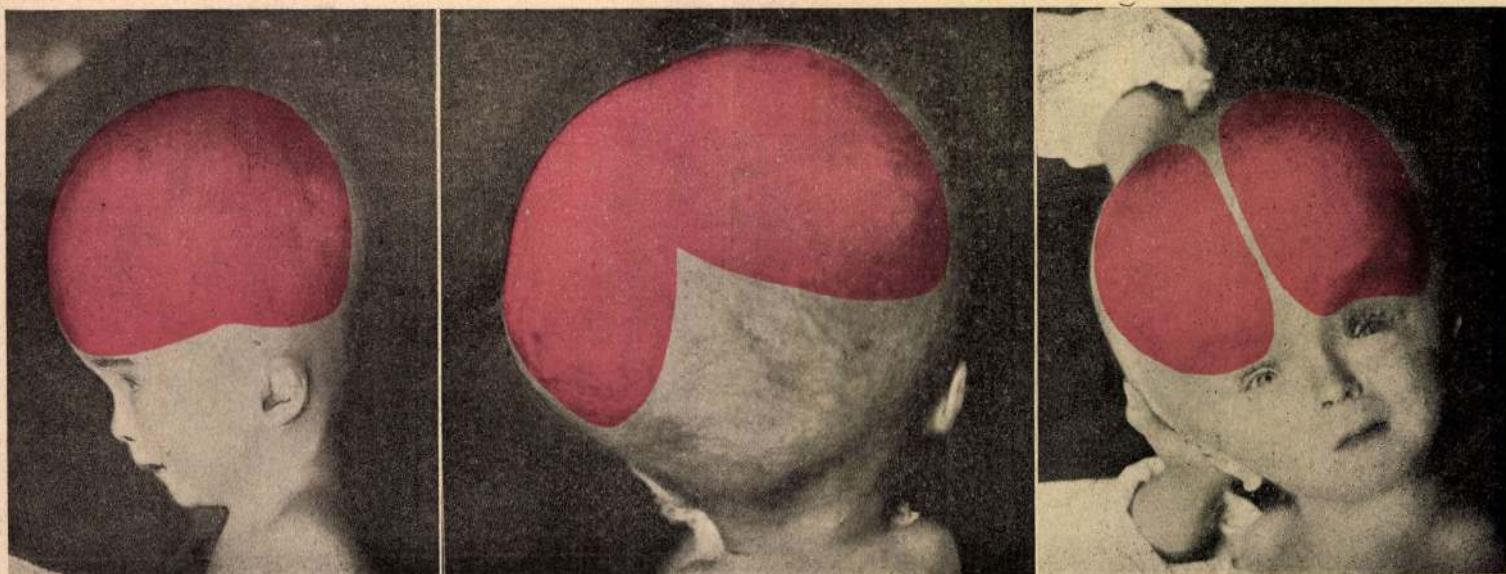
Lumbalpunctiókor liquor cerebrosppinalis erős nyomás mellett bőven ürül. Systemás Quincke-punctio.

4. eset. N. István 9 hónapos gyermek, bemutatott a kórházban 1911 április 21.-én. A koponyaboltozat csak mérsékelten megnagyobbodott. A fejkörfogat 44 cm., a mellkaskörfogat 41 cm. A nagy kutacska kis gyermektenyérnyi, az embryonalis páros fontanellák nyitottak s nyitott a fontanella triangularis is. A sutura sagitralis nyitott, a sutura coronaria tágabban nyitott. Az orbita felső falazata kissé lenyomott. A fejbőrön kifejezett vena-hálózat. Szellemi fejlődésben visszamaradt. Az alsó végtagokon mérsékelt spasmus, fokozott mély reflexekkel. Lumbalpunctiókor alig néhány csepp vztiszta folyadék ürül.

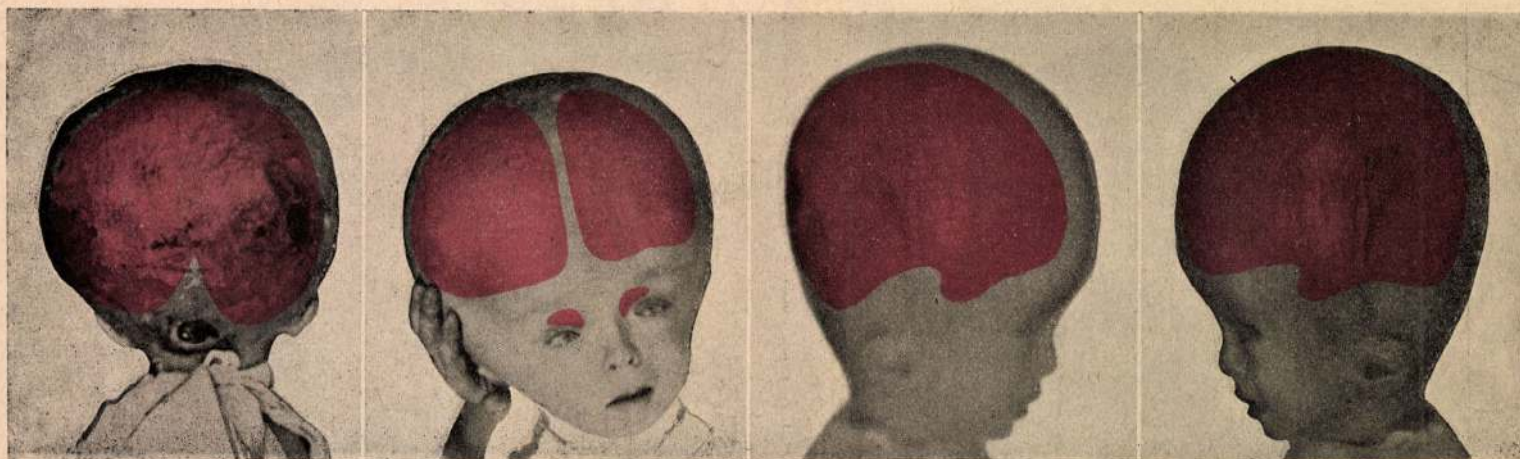
A transparentia-vizsgálat eredménye: A koponyának minden irányban történt átvilágítása igen élénk transparentiát mutat. Dorsoventralis átvilágításkor keskeny verticalis irányú sötét csík látható az orrgyöktől a koponyaboltozat legnagyobb domborulatáig. Ventrodorsalis átvilágításkor a transparentia csak az occipitalis tájnak megfelelőleg nem található s az occiput csücsától a koponya legnagyobb domborulatáig haladólag keskeny sötét sávot látunk, mely a különben élénken s kiterjedten transparens hátulso koponyát két egyenlő részre osztja szét. Ugy jobbról balra, mint balról jobbra világítva át a koponyát, kifejezett transparentiát találunk a fültölcsérnek mélyében is. (Lásd a 12. ábrát.)



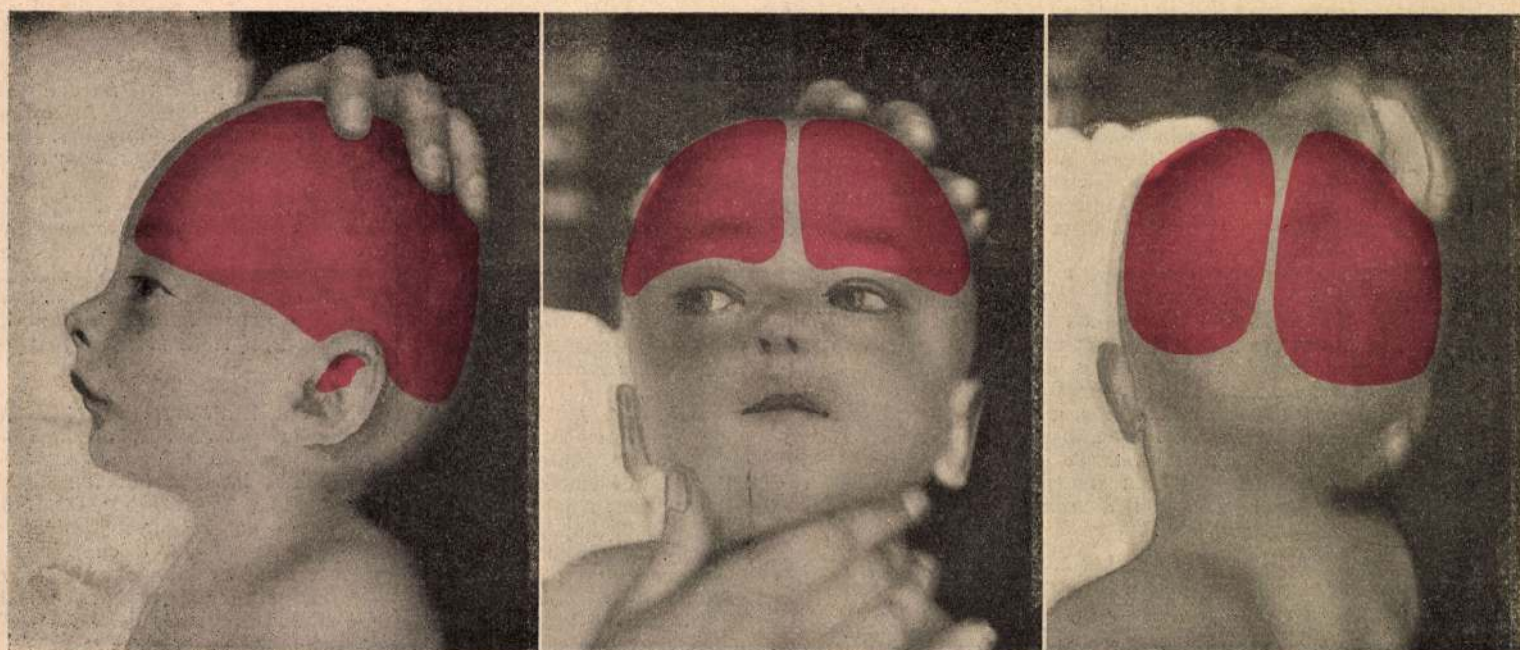
9. ábra.



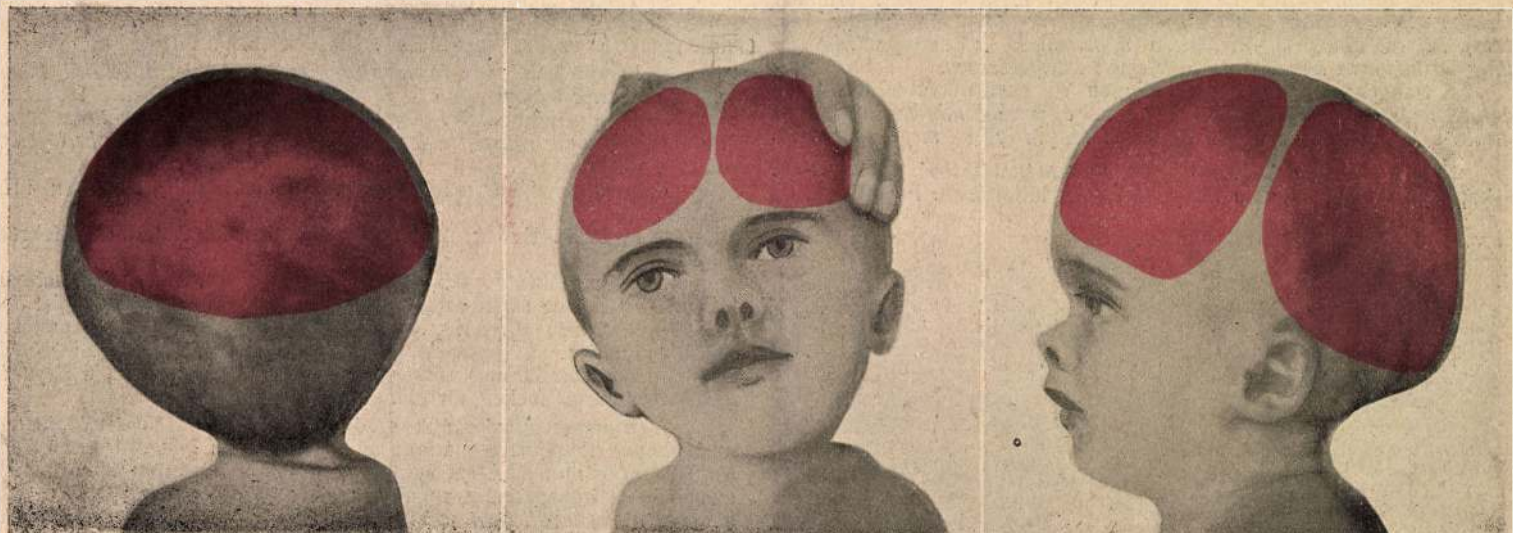
10. ábra.



11. ábra.



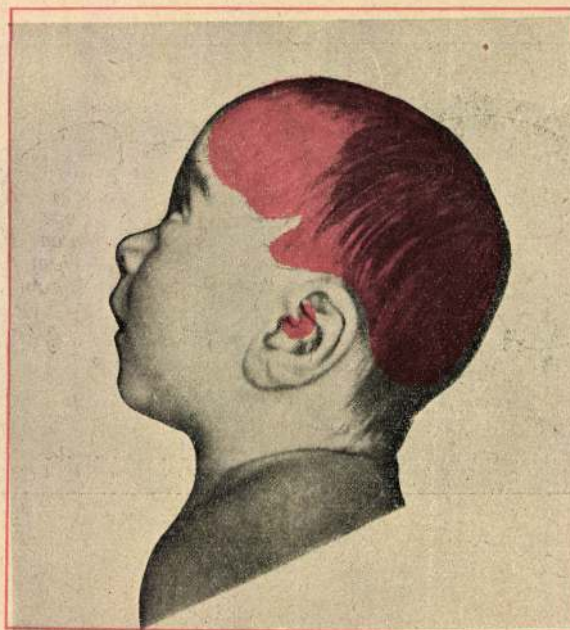
12. ábra.



13. ábra.



14a. ábra.



14b. ábra.

5. eset. K. Sándor 7 hetes gyermek, bemutatott a kórház rendelésén 1911 október 7.-én.

A fejkörfogat 49 cm., a mellkas-körfogat 34 cm. A koponyaboltozat minden irányban egyenletesen tágult. A boltozat majdnem egész kiterjedésében hártás, az embryonális páros fontanellák nyitottak. A szemgolyók kissé lefelé rotáltak. Lassú testi fejlődés. Hűdéses tünetek nincsenek. Lumbalpunctiókor 20 cm³ vztiszta folyadékot bocsájtunk le, a folyadék igen erős nyomás alatt ürül.

A transparentia-vizsgálat eredménye a következő: jobbról balra s balról jobbra világítva át a koponyát, a koponya kiterjedten transparent, elülső fele igen erősen, hátulsó fele kevésbé erősen; mindkét oldali átvilágításkor a sutura coronariának megfelelőleg körülbelül két centiméternyi sötét, nem transparens sáv húzódik a fül előtti tájról a boltozat legnagyobb domborulatáig. Dorsoventralis, valamint ventrodorsalis átvilágításkor kiterjedt transparentia. Dorsoventralis átvilágításkor (fényforrás hátul) a sutura frontálisnak megfelelőleg keskeny, sötét, verticalis irányban a boltozat domborulatára felhúzódó sáv. (Lásd a 13. ábrát.) A szemüregek s a fültölcsér mélyében transparentia nincsen. Ventrodorsalis átvilágításkor (fényforrás elöl) a transparentia a hátulsó koponyarészlet felső kétharmadát illeti.

6. eset. B. R. öt hónapos gyermeket 1910 április havában mutatják be a „Stefánia” gyermek-kórházzal kapcsolatos egyetemi gyermek-klinika rendelésén. Fejkörfogata 42 cm., mellkörfogata 40 cm. A nagy fontanella kis gyermektenyényi, előredomborodó. Az embryonális páros fontanellák s a fontanella triangularis hártásak. A suturák nyitottak. A testi fejlődés jó. Transparentiavizsgálatkor jobbról, valamint balról átvilágítva a koponyát, kiterjedten erős transparentia látható (lásd a 14a. ábrát) az egész koponyaboltozatnak megfelelőleg s a fültölcsér mélyén is. Hátról előre vizsgálva a koponyát (fényforrás hátul), az egész homloktájék transparent, transparentia látható mindkét pupilla kiterjedésében az orbita mélyén és a homloksont orrgyök feletti orbitalis részletén keskeny, alutól felfelé kiszélesedő csik alakjában (lásd a 14b. ábrát). Elülről hátrafelé átvilágítva a koponyát, a transparentia jól látható a koponya hátulsó részének egész kiterjedésében.

A transparentia kiterjedése alapján ez esetben felvehető, hogy daczára a 42 cm. fejkörfogatnak, a belső agyvízkór mindkét agyfélben tetemes s mindkét hemisphaera agysubstantiáját erősen megvékonyította.

7. eset. H. Béla 2 éves fiúcska, bemutatott 1911 június 8.-án. A koponyaboltozat minden irányban erősen kiboltosult. Fejkörfogat 62

cm., mellkaskörfogat 50 cm. A fontanella magna tallérnyi. Az embryonális páros fontanellák zártak, szintúgy zártak a suturák. Az orbita felső fala kissé lenyomott. Bámulatosan előhaladt szellemi fejlődés. Mérsékelt paresis az alsó végtagokon. Lumbalpunctiókor alig néhány csepp folyadék ürül.

A transparentia-vizsgálat eredménye: Jobbról balra s balról jobbra világítva át a koponyát, transparentia nem konstatálható. Dorsoventralis átvilágításkor mindkét homlokfélén nagyobb szigetben, köralakban kifejezett transparentia, míg egyebütt az elülső koponya sötét marad; transparentiát látunk harántul elhúzódólag az orbita felső falában. Ventrodorsalis átvilágításkor a hátulsó koponyarészlet mindkét felében, a sutura sagittalistól jobbra és balra nagyobb szigetben körkörösén kifejezett transparentia. (Lásd a 15. ábrát.)

8. eset. Br. Katicza 2 éves, felvétetett 1912 szeptember 17.-én. Feje születése óta nő aránytalanul. Fejkörfogat 58 cm., mellkaskörfogat 36 cm. A koponya hátul ellapul, előre erősebben elődomborodik, erősen kiemelkedő homlokudorokkal. A boltozat két fele kissé asymmetriás: a jobboldali parietalis s frontalis táj erősebben előreboltosul (a jobb koponyafél átmérője 33 cm., a bal koponyafél átmérője 25 cm.). A nagy kutacska erősen megnagyobbodott (9–8 cm.), a kis kutacska tátong. Az embryonális páros fontanellák nyitottak, tágak. A varratok nyitottak. Az orbita felső fala mindkét oldalt lenyomult, minek folytán a tekék kissé lefelé rotáltak. Hűdéses tünetek nincsenek. A szellemi fejlődés kielégítő, bár erősen visszamaradt.

Transparentia-vizsgálat:

a) Lámpa hátul: a jobb homlokfél kiterjedten, egészben transparent, a bal homlokfél csak felső felében. A két transparens területet a sutura frontálisnak megfelelő keskeny sötét sáv választja el egymástól. (Lásd a 16. ábrát.)

b) Lámpa elül: a hátulsó koponya csak felső harmadában transparent, majdnem csak jobb felében s a transparentia hegyesebb szöglet alatt nyúlik le az occiput csúcsáig. (Lásd a 16. ábrát.)

c) Lámpa baloldalt: jó kétujjnyi széles területen elülről hátrahúzódólag élénk transparentia a jobb koponyafélben. (Lásd a 16. ábrát.)

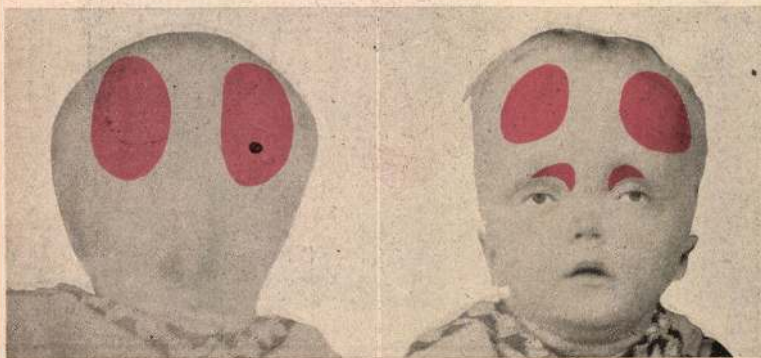
d) Lámpa jobboldalt: alig ujjnyi széles területen elülről hátrahúzódólag gyenge transparentia, közel a bal koponyafél periferiájához. (Lásd a 16. ábrát.)

Lumbalpunctiókor a folyadék erős nyomás alatt, sugárban ürül.

9. eset. Tr. Verona, 2 hónapos gyermek, felvétetett 1911 február hó 19.-én.

Fej körfogata 43 cm., mell körfogata 32 cm. A koponyaboltozat kitágulása főleg az elülső koponyafélén látható. Majdnem az egész boltozat hártás, az embryonális páros fontanellák nyitottak. A szemtekék lefelé nyomottak. A gyermek alig figyel. Hűdéses tünetek nincsenek. Lumbalpunctiókor 20 cm³ vztiszta folyadékot bocsájtunk le, a folyadék igen erős nyomás mellett tör elő.

A transparentiavizsgálat eredménye: hátulról előre világítva át a koponyát (fényforrás hátul), az egész elülső koponyarészlet élénk transparentiát mutat. A szemgödör mélyében s a szemür felső falának megfelelőleg transparentia nincsen. Balról jobbra s jobbról balra világítva át a koponyát, igen erős transparentia van a koponya elülső felében keskeny csikban a fülkagylóig lehúzódólag, míg a koponya hátulsó fele mindkét oldali átvilágításkor teljesen sötét marad. Jobbról balra világítva át a koponyát, a transparentia hegyesebb szögben végződik a fülkagyló felett, míg balról jobbra történő átvilágításkor a jobb koponyafélén a transparentia kissé hátrább terjed s a fülkagyló mögött tompább



15. ábra.

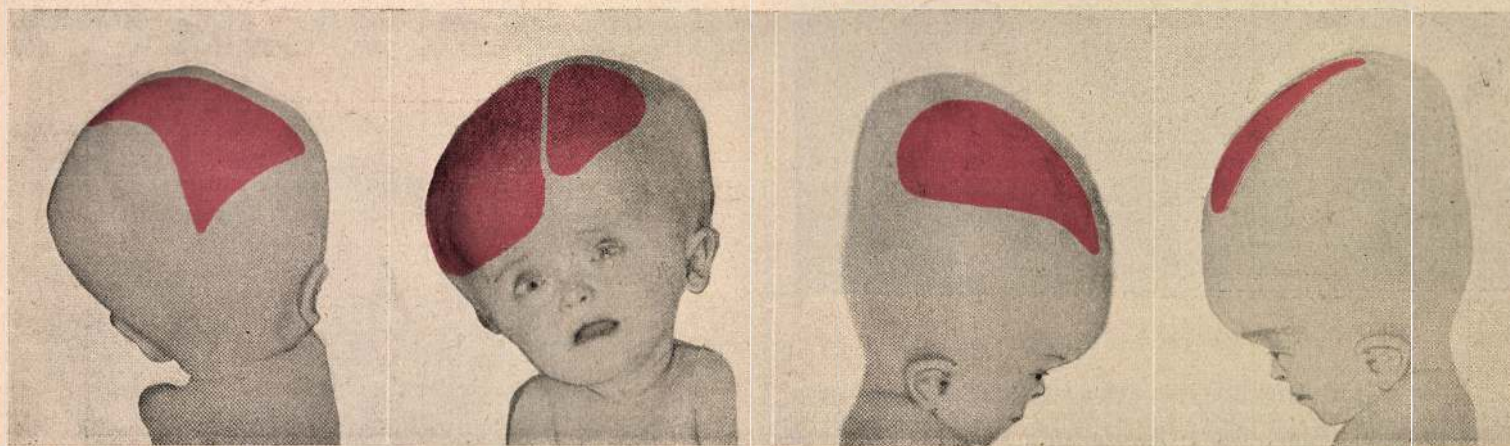
szögben végződik. A fültölcsér mélyében egyik oldalon sem található transparentia. Ventrodorsalis átvilágításkor (fényforrás elöl) csak a hátsó parietalis táj periferiájának megfelelőleg látunk alulról felfelé a boltozat legnagyobb domborulatáig keskeny csík alakjában haladó kiterjedt transparentiát, míg a hátsó koponyarészlet különben teljesen sötét marad. (Lásd a 17. ábrát.) A transparentiavizsgálat alapján kétségtelen, hogy az agybeli vízfelhalmozódás különösen az agy elülső felében vékonyította el tetemesen az agykamarának falzatát.

10. eset. H. András, 4 hetes gyermek, bemutatott a kórházban 1911 június 15.-én. Feje születése óta nagyobb. Fejkörfogata 44 cm., mellkaskörfogata 31 cm. A koponyaboltozat minden irányban előboltozott. A nagy kutacska gyermektenyéryei. Nyílt fontanella triangularis és embryonalis páros fontanellák. Tátongó sutura sagittalis, a sutura coronaria és frontalis kevésbé nyitott. A szeműr felső fala kissé lenyomott.

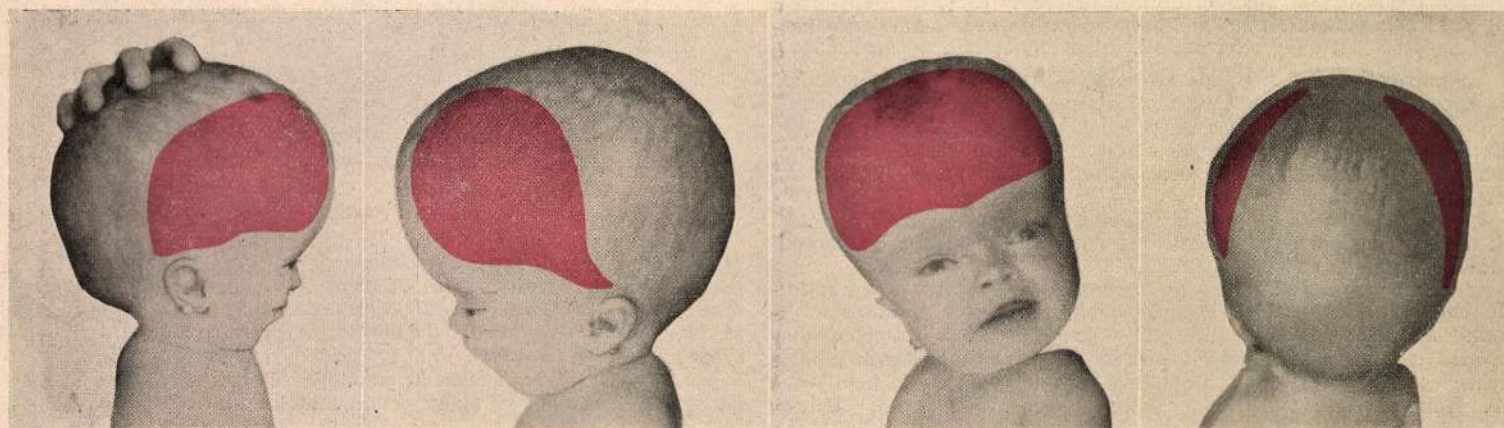
A szellemi fejlődés látszólag kielégítő. Gyengén fejlett. Hüdések nincsenek. Lumbalpunctiókor bő cseppekben 12 cm³ vizeszta liquor ürül.

A transparentia-vizsgálat eredménye: Hátról előre világítva át a koponyát (fényforrás hátul), egyenletesen elterülő transparentia látható a homloktáj felső részletén, harántul elterülő sáv alakjában. Elülről hátrafelé világítva meg a koponyát (fényforrás elöl), kiterjedt élénk transparentiát látunk a bal parietalis tájon, mely transparentia a lambdavarraig terjed, feljebb a sutura sagittalis által határoltatik. Jobbról balra világítva át a koponyát (fényforrás jobboldalt), elülről hátra haladó vastagabb csík alakjában van transparentia a koponyaboltozat legfelső részletén. (Lásd a 18. ábrát.) Balról jobbra történő átvilágításkor (fényforrás baloldalt) transparentia egyáltalán nincsen.

A transparentia-vizsgálat alapján kétségtelen, hogy a ventricularis folyadékfelhalmozódás különösen erősen sorvasztotta az agyállományt a bal koponyafél hátsó felében s a koponya felső felében mindkét oldalt.



16. ábra.



17. ábra.



18. ábra.

11. eset: B. Irma, 5 hetes. 1911 március 13. Feje születése óta nagy. Nem gyarapszik. Görcsei nem voltak.

Igen gyengén fejlett és táplált. Fejkörfogata 40 cm., mellkörfogata 36 cm. A koponyaboltozat egyenletesen tágult, a tágulás inkább a boltozat hátulso részletét illeti. Az embryonális páros fontanellák hártásak. A kis és nagy kutacska tátongva nyitott. Az összes varratok, de főként a nyílvarrat majdnem 1 cm.-nyire nyitott. Az orbita felső fala lenyomva nincsen. A fej bőrén kifejezett gyűjtőérhálózat. A mély reflexek nem fokozottak. Hűdéses tünetek nincsenek. A pupillák fényre jól reagálnak. A gyermek figyel, eléggé élénken nézdegél. *Vitium cordis congenitum*, cyanosis nélkül. Lumbalpunkciókor közepes nyomás mellett 15 cm³ viztiszta liquor cerebrospinalis ürül.



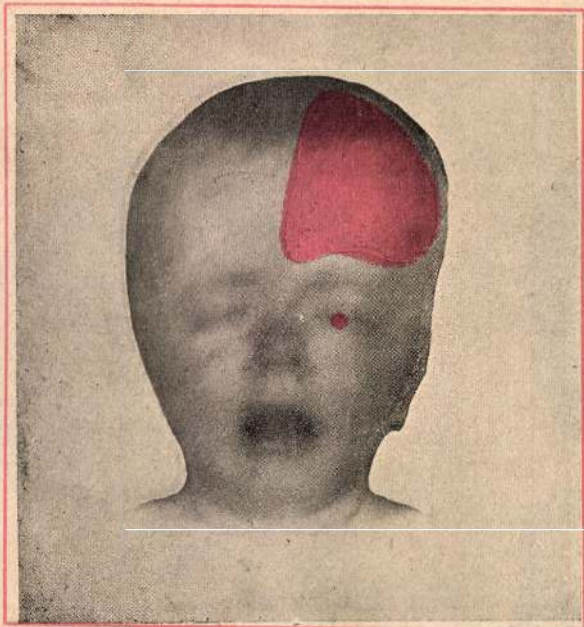
19. ábra.

A transparentia-vizsgálat eredménye: Jobbról balra világítva (fényforrás jobboldalt) teljes transparentia a sutura coronariától hátrafelé. (Lásd a 19. ábrát.) Balról jobbra világítva (fényforrás baloldalt) ugyanazon eredmény. A fültölcsér mélyében transparentia nincsen. Hátról előre világítva (fényforrás hátul), a homloktáj nem transparens, s transparentia csak a sutura coronariától hátrafelé nyerhető keskeny sáv alakjában a koponya egész szélességében. (Lásd a 19. ábrát.) A szemür mélyében transparentia nincsen. Elülről hátrafelé világítva (fényforrás elül) kissé homályosan látható a transparentia az occiput kiterjedésében. A gyermeket négy napi észlelés után elbocsátjuk a kórházból.

12. eset: P. J., 7 hónapos gyermek, 1910 április 19.-én mutatták be a kórház poliklinikai rendelésén. A koponya bal fele a homlokudornak és parietalis dudornak megfelelően a jobb oldalhoz viszonyítva erősebben elődomborodik. Fejkörfogata 49 cm. A nagy fontanella gyermektenyéni, az embryonális fontanellák nyitottak, a baloldaliak erősebben, mint a jobboldaliak.

A mellkas körfogata 42 cm. A bulbusok lefelé fordultak. A gyermek testileg elég jól fejlett, szellemi fejlődésében erősen visszamaradt. Hűdéses tünetek nincsenek.

A transparentia vizsgálatokor jobbról balra világítva meg a koponyát (fényforrás jobboldalt), a koponyaboltozat bal fele a sutura coronariától hátrafelé erősen s kiterjedten transparens, s transparentia észlelhető a fültölcsér mélyében is. (Lásd a 20a. ábrát.) Balról jobbra végezve az átvilágítást, transparentiát a jobb koponyafélben nem találunk. Hátról előre világítva a koponyát (fényforrás hátul, lásd a

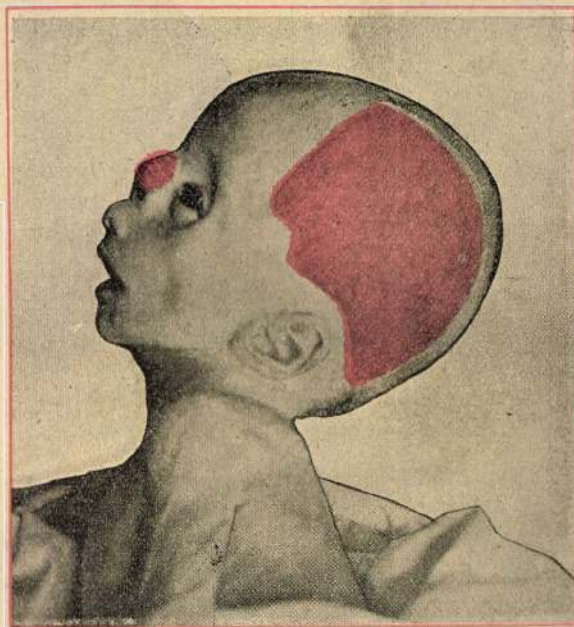


20a. ábra.

20b. ábrát), a bal homlok egész kiterjedésében mutat élénk transparentiát s transparens a bal pupilla is. A jobb homlokfél csak körülírtan s csak igen halvány vörösen áttűnő s a jobb pupilla nélkülözi a transparentiát. Elülről hátrafelé világítva a koponyát (fényforrás elül), a koponyaboltozat hátul bal oldalában egészben transparens.

A transparentia-vizsgálat alapján ezen esetben felvehető, hogy a ventricularis folyadékfelhalmozódás különösen a bal oldalon nagyjokú s vékonyította tetemesen az agykamara falzatát. Ezen feltevést megerősíteni látszik a cranium asymmetriája, erősebb kidomborodással a bal koponyaboltozati részen. A baloldali embryonális fontanellák tágabb volta hasonlóképpen megerősíti a fenti suppositiót.

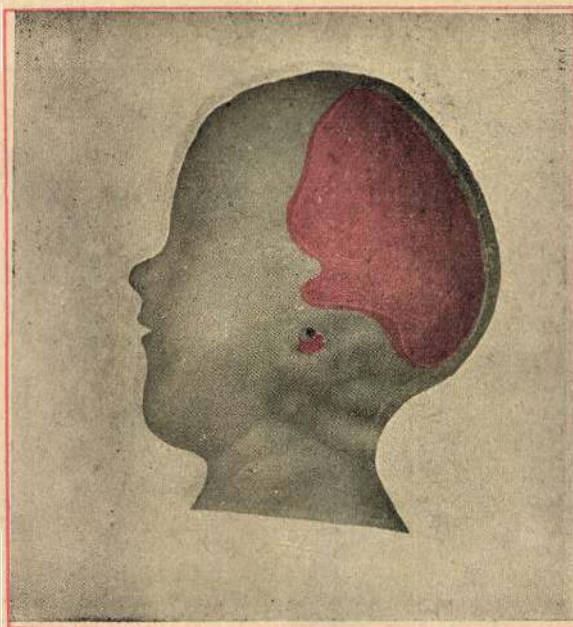
13. eset: E. M., három napos korában hozták be a „Stefánia”-gyermekkorházba. Kórjelzés: *Meningocele nasalis c. hydrocephalo interno congenito*. Testsúly 2650 gr. Fejkörfogata 36 cm.; a koponyaboltozat eléggé egyenletesen domborult, hűdéses tünetek nincsenek. Transparentia-vizsgálatkor a koponya úgy bal, mint jobb oldalról átvilágítva, kiterjedten erő transparentiát mutat a koronavarrattól hátrafelé, tehát a koponya hátulso felében (lásd a 21. ábrát), míg az elülső



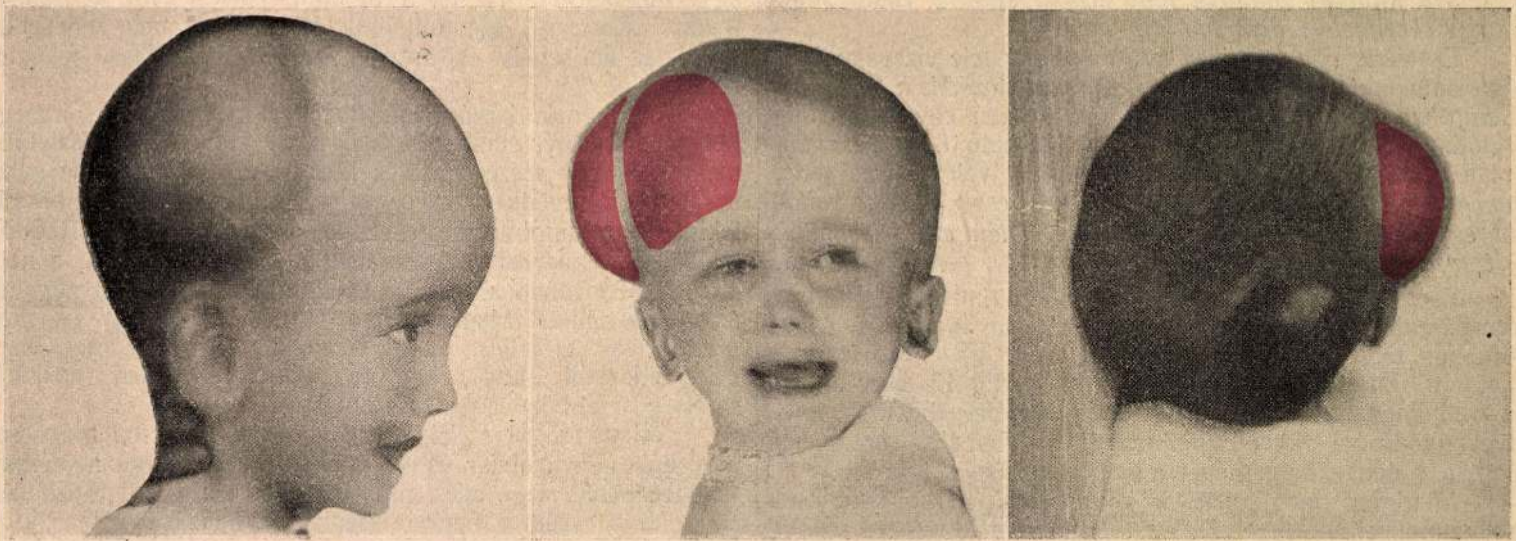
21. ábra.

része a koponyának (kivéve a meningocelét) egyáltalában nem transparens. Elülről világítva át a koponyát (fényforrás elül), hiányzik a transparentia. Szintúgy hiányzik a transparentia, ha a koponyát hátról előre (fényforrás hátul) világítjuk át. A gyermek fokozatosan sorvad s három hónapos korában 2500 gr. testsúly mellett meghal.

Bonczoláslelet: A fejen a fontanella tátong, a varratok között a tátongás helyenként egy ujjnyi. A szemöldökiv alatt 1/2 cm.-nyire gesz-



20b. ábra.



22. ábra.

tenyenagságú, az orrgyökön ülő, inkább jobbfelé néző, diónyi legnagyobb domborulattal bíró térfogatnagyságú észlelhető. A fejbőr középvastag, középvértartalmú, a csontok vékonyak, áttetszők, a kemény burkok közepes vastagságúak, középvértartalmúak, feszesek. A sinusok kevés alvadt vért tartalmaznak. Az agy hátulso polusa kiszélesedett, gyrusai mindenütt ellapultak, sulcusai igen sekélyek. Az agykamarák megnyitásokor kiderül, hogy mindkét agyfélén az occipitalis és részben a parietalis lebenyek agyállománya rendkívül elvékonyodott, megfogyott s e lebenyek csak mintegy 0.2–0.5 cm. vastag falát alkotják az oldalkamarák rendkívül kítágult, víztiszta folyadékot tartalmazó hátulso szarvának. Az oldalkamarák elülső szarvai a hátulsokkal szemben igen fejletlenek, azokkal látszólag nem függenek össze. A III. és IV. agykamara a rendestől eltérést nem mutat. Az occipitalis és parietalis lebenyek szürke állománya rendkívül elvékonyodott, a többi lebeny azonban majdnem normalis, a nagy dúczok fejletlenebbek. A bal frontalis lebeny elülső része a megvastagodott, lenőtt durát maga előtt tolva, az orrgyök fölé, a homlokcsont alatt, a csontok közt a bőr alá kidudorodott.

Diagnosis: Meningoencephalocoele nasalis. Hydrocephalus cong. internus cornus posterioris ventriculorum lateralium.

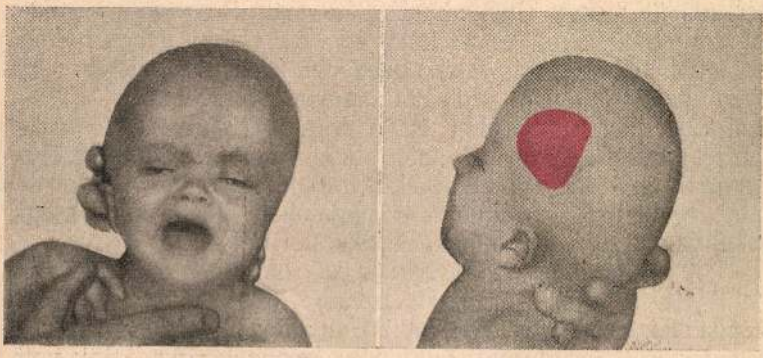
14. eset: H. Lajos, 4 éves, felvétetett 1912 október 7.-én. Feje már születéskor aránytalanul nagy volt. Másfél év előtt az asztalról leesett s fejét erősen megütötte, ugyanekkor czombtörést is szenvedett. A koponya jobb oldalán levő, széles alapon ülő, hullámzó daganat (meningocele), mely fél almamekkoráságú (lásd a 22. ábrát), azóta fejlődik.

Fejkörfogat: 67 cm., mellkaskörfogat 51 cm. A boltozata a koponyának, számítva a meningocele részletet, egyenletesen tágult. A fontanella magna teljesen csontosodott, az embryonalis fontanellák nem tapinthatók. Hűdéses tünetek nincsenek. A szellemi fejlődés eléggé kielégítő.

Transparentia-vizsgálat: A jobb parietalis dudornak megfelelőleg ülő meningocele egészben transparens. Hátról előre világítva át a koponyát, a jobb frontalis koponyarészlet eléggé kiterjedten transparens s a transparentia hátrahúzóva, majdnem összefolyik a meningocele transparens felülettel. (Lásd a 22. ábrát.) Balról jobbra s jobbról balra világítva át a koponyát, transparentitást nem észlelünk.

Lumbalpunctiókor a folyadék erős nyomás mellett sugárban ürül.

15. eset: B. Juli. 1910 december 27. A klinika rendelésén bemutatott két hónapos gyermek időre született, jól fejlett és táplált, 4300 gr, testsúlylyal. A gyermek hűdéses tünetek nincsenek, a szellemi fejlődés látszólag normalis, jól szopik. A koponyaboltozat elülső részlete, miként a mellékelt 23. számú ábra mutatja, kissé job-



23. ábra.

ban elődomborodó. a koponya hátulso részlete az occiputnak megfelelőleg kevésbé lelapult. A boltozat jobb és bal fele között alaki eltérés nincsen. A fejbőrön mérsékelt venosus hálózat látható, a kissé elődomborodó fontanella magna gyermektenyéryn. Nyitott sutura coronaria, tátongó sutura sagittalis, a lambdavarrat alig nyitott, úgyisintén a sutura frontalis is alig tapintható. Az embryonalis páros fontanellák úgy elől, mint hátul kissé hártás tapintatúak. A bulbusok kevésbé lefelé rotáltak, mozgásuk minden irányban szabad. Az arczkifejezés normalis. Fejkörfogat 43.5 cm. Mellkas körfogata 40 cm. A megejtett lumbalpunctiókor 35 cm³ víztiszta folyadék ürül igen erős nyomás mellett. Átvilágításkor úgy jobbról balra, mint bal-jobb irányban a koponya elülső fele a halántéktájának megfelelően körülírtan transparens (lásd a 23. ábrát). Elülről hátrafelé és viszont átvilágítva a koponyatüreget, transparentia nem észlelhető.

A Strasburger-féle transparentia-vizsgálat alapján esetemben, daczára a 43.5 cm. fejkörfogatnak, a belső agyvízkórnak aránylag erősebb fokát supponáljuk s a lelet alapján kétségtelennek tartjuk az oldalkamarák falzatának kb. 1 cm.-ig való elvékonyodását mindkét oldali frontalis lebenyek hátulso felében.

15 esetemből, melyek mindegyike veleszületett belső agyvízkór volt, levonható következtetésem az alábbiak:

Kiterjedten intenzív transparentiánál, az egész koponyaboltozat élénk áttünősége mellett körülírtan transparentia észlelhető a fültölcser és szemüreg mélyében s az orbita felső falának megfelelőleg is.

Eseteink tisztán mutatják, hogy a fejkörfogat megnagyobbodása fokával nem áll mindig egyenes arányban a transparentia nyilvánulása, illetőleg kiterjedésének foka, másrésztől látunk alig makrocephal fejeket, hol nem is sejtjük intenzívebb ventricularis hydrops jelenlétét s a transparentia mégis imponáns kiterjedést mutat, vagyis kétségtelen, hogy az agykamarákat fedő agyréteg az erős vízfelhalmozódás által gyakorolt nyomás folytán a minimumra redukálódott. 1., 2., 3. és 5. esetünkben az 1 éves, 1 éves, 2½ éves és 7 hetes gyermekben 63, 66.5, 66.5 és 49 cm. fejkörfogat mellett az egész koponyaboltozatot egyenletesen és teljesen transparensnek találtuk, míg 7. esetünkben a 2 éves gyermeknek 62 cm. körfogatot mutató erősen kítágult koponyaboltozata csak részlegesen volt transparens, vagyis a ventriculusokat fedő agyréteg nem volt oly kiterjedten elvékonyodva, mint azt a Strasburger-féle vizsgálat előtt supponáltuk. Másrésztől 6. esetünkben, hol az 5 hónapos gyermek fejkörfogata a 42 cm.-t nem haladta meg, a lehető legkiterjedtebb transparentitát láttuk, vagyis csak a Strasburger-vizsgálat alapján derült ki a nagyfokú ventricularis vízfelhalmozódás jelenléte. Ezen esetünk tehát hasonlít Strasburger-nak fönn, munkánk bevezetésében idézett szép esetéhez. Körülbelül hasonló megfigyelést tettünk 4. esetünkben is, hol a 9 hónapos gyermek fejkörfogata csak 44 cm.-t mutatott s a transparentia mégis teljes volt, sőt a fültölcser mélye is mutatott élénk transparentitát.

Egy bonczolt esetünk alapján (13. eset) mi is beigazolvát látjuk Strasburger-nak azon állítását, hogy a koponyaboltozat transparentitát csak ott mutathat, hol a koponyacsont mö-

götti s a kitágult kamarát fedő agysubstantia vastagsága az egy centimétert nem haladja meg.

Eseteink egy részében a Strasburger-féle vizsgálat kétségtelenül mutatta, hogy a folyadékfelhalmozódás a két oldal-kamarában egyenlőtlenül van elosztva s ezen egyenlőtlen elosztódás nemcsak azon esetekben volt látható (8. és 12. eset), hol a boltozat kitágulása ezt már eleve valószínűvé tette, hanem észlelhető volt oly esetben is (10. eset), hol a boltozat egyenletes, symmetriás kitágulása folytán ezt felvennünk a transparentia-vizsgálat előtt egyáltalában nem volt okunk.

Eseteink egy más részében feltűnő különbséget láttunk a transparentiát illetően az elülső és hátulsó koponyarész között, így míg pl. 9. esetünkben különösen az elülső szarvak excessív kitágulását konstatálhattuk, addig 13. esetünkben az occipitalis és parietalis lebhelyek agyállományának erős elvékonyodására következtethettünk a vizsgálati eredmény alapján s ennek helyességét a bonczolás be is igazolta.

Mindezen megfigyelések kongruálnak kórbonczológiai ismereteinkkel, melyeket Ziehen¹ tömören a következő sorokban foglal össze: „Stärkere Asymmetrien kommen . . . nicht selten vor. Die einzelnen Teile des Ventrikelsystems sind oft ungleichmässig befallen. So kann die Erweiterung, z. B. ähnlich wie bei dem erworbenen Hydrocephalus acutus, ein Vorder- oder Hinterhorn, oder beide Vorder- oder Hinterhörner betreffen“.

Végül érdekes megfigyelésünk volt az, hogy míg az igen nagy fokban hydrocephalusos koponya egyik esetben, a koponyaboltozat kiterjedt erős transparentiája mellett, az occiputot is majdnem teljesen transparensnek mutatta (3. eset), addig egy másik hasonló esetünkben (2. eset) az occiput egész kiterjedésében hiányzott a transparentia. Erre a kórbonczológiai magyarázatot megadja, mint azt Chiari konstatálta,² azon körülmény, hogy: „Kleinhirn und benachbarte Teile können hochgradige Druckdeformitäten zeigen, ja in den Rückenmarkskanal hineingepresst werden“.

Fenti megfigyeléseim talán bírnak némi gyakorlati jelentőséggel, a mennyiben vizsgálataim mindenestre bizonyítják, hogy ma a Strasburger-féle eljárással pontosabban tudjuk meghatározni a ventricularis vízfelhalmozódás nagyságát és elosztódását, mint annakelőtte. Különösen fontos lehet továbbá az eljárás gyakorlása praktikus szempontból oly esetekben, hol daczára a kamarabeli folyadék tetemes mennyiségének, a fejkörfogat alig, vagy éppen nem tér el a normalistól s a nagyfokú hydrospot csak alig sejtjük, s annak tudatára csak a transparentia-vizsgálattal jövünk. S talán sebészi szempontból értékes lehet bizonyos esetekben e vizsgálat gyakorlása, mert adandó esetben (lásd 15. esetünket) pontosan megmutathatja azon helyet, hol az agykéreg különösen vékonyodott s így pl. esetleges agykamara-punctiókor, vagy drainagenál a transparentia-vizsgálat alapján pontosan kikereshetjük azon helyet, hol a troicart beszúrásával legkevesebb agysubstantiát sértünk. Ezen vizsgálatok fontosságát adódó esetekben, bizonyos műtéti eljárások indicatiójának felállításakor csak legutóbb Mettenheimer (Frankfurt a. M.) is hangsúlyozta.³

Megtiltassék-e a belső vizsgálat a babáknak?

Irta: Süssmann Frigyes dr., bábaképezdei igazgató-tanár.

A modern tudományosság prophylaxisos és therapiás eszközökkel arra törekszik, hogy az életképes egyének megbetegedési és halandósági esélyeit csökkentse. A tudomány haladásával sikerült is az előbbi kedvezőtlen állapotra jelentékeny százalékokban kimutatható javulást elérni. A gyermek-

ági megbetegedések terén az antisepsis aera kezdetével feltűnő sikerekről számolhatunk be, melyek még teljesebbé váltak az antisepsis és asepsis fontosságának lassú felismerésével.

Mindennek daczára még ma is a gyermekágyasok megbetegedésének és elhalálozásának jelentékeny számát észleljük, melyeknek egy része a szülés közben végzett belső vizsgálatok miatt a segédkező orvos vagy baba terhére irandó. Eltekintve az autoinfectiós esetektől (Herff szerint 1 : 10.000), melyekről a helyes felfogás még nincsen kialakulva, a nem elegendő megbízható statisztika szerinti száma a megbetegedéseknek és elhalálozásoknak még mindig elég nagy és még mindig sok erőteljes, életre és szaporodásra alkalmas anya esik áldozatul annak, hogy a fertőzés elkerülése céljából szükséges szabályok nem tartatnak be.

Sajnos, a gyermekágyi láz gyógykezelése ma még csekély eredménnyel jár és így az egész küzdelemnek az emberi nem ezen ellensége ellen prophylaxisos téren kell mozognia. És e téren főként a belső vizsgálat korlátozása volna azon fontos tényező, melytől remélni lehetne a gyermekágyi lázas megbetegedések és elhalálozások számának kevesbedését a nélkül, hogy ezen jelenleg még rendszeresen gyakorolt és előírt vizsgálatok korlátozása a szülönőket veszélyeztetné.

Most csak elméletileg kísérlem meg bizonyítani azt, hogy a belső vizsgálat abbahagyása a szülönőre veszedelmet nem hoz. Intézetem beteganyagát erre fel nem használhatom, mert azon a bábánövendékeknek tanulniok kell.

A szülészeti vizsgálat áll külső és belső vizsgálatból. A külső vizsgálat tárgya a terhes nő egész teste, a terhes méh és annak tartalma. Ezáltal a terhesség állapotáról és a szülésről pontos áttekintést nyerhetünk. A terhes nő járása és csontrendszerének alakulása reáirányíthatja figyelmünket a hibás fejlődésű medenczére. A külső vizsgálat megállapíthatjuk a méhmagzat fekvését, tartását, nagyságát és a magzat-víz mennyiségét. Az előlfekvő rész állásának magasságából, továbbá azon helyből, melyről a magzati szívhangok legjobban hallhatók, a szülés előrehaladottságára következtethetünk. A gyakorlottabb vizsgáló a magzat fejének nagyságából, a medenczebemenetbe való benyomhatóságából, vagy a szeméremcsontok izesülése felett való elődomborodásából a medenczebemenet viszonylagos nagyságára és ebből a szülés sima, megnehezített vagy lehetetlen lefolyására alaposan következtethet. A szívhangok ellenőrzésével a magzat esetleges veszélybenforgását azonnal megállapíthatjuk.

A belső vizsgálat felvilágosítást nyújt az előlfekvő részből, a lágyrészek (főként méhszáj) elváltozásairól és a medenczéről. Szabálytalanságok: helytelen magzattervezés és koponyabeékelődés, aprórész- és köldökzsinórelőesés, szűk medencze, a szülőrészek daganatai, elvetélés és előlfekvő lepény, mind belső vizsgálatokkal állapíthatók meg.

A magyar bábának a ministeri előírás szerint szülés közben kétszer kell belső vizsgálatot végezni: először, mihielyt a szülönőhöz megérkezett és külső vizsgálatokkal már kellőleg tájékozódott, másodszor a magzatburok megrepedése után. Ezen két vizsgálat is elegendő a fertőző anyag bevitelére, azonban a gyakorlatban nemcsak két vizsgálat történik, hanem, a mint a városból és környékről intézetembe hozott sima és szabálytalan lefolyású esetekben kérdezősködéssel megtudtam, sohasem volt kettő a belső vizsgálatok száma, hanem mindig négynél több, egy alkalommal 9 óra alatt 10 belső vizsgálatot végzett a baba. Winter tanár írja, hogy egy esetben három óra alatt minden fájás után belső vizsgálat végeztetett. Az ilyen gyakori belső vizsgálat nagyon veszedelmes a legszigorúbb asepsis mellett is, a mint azt klinikák és szülőintézetekben végezni szokták, mennyivel veszedelmesebb azonban a magángyakorlatban, a hol öthónapos bábafanfolyamot végzett bábák végzik a vizsgálatokat, a kik képzettségi fokuknál fogva sem tudnak asepsisesen dolgozni.

A nagyszébeni m. kir. bábaképző intézetben évente körülbelül 100 növendék kerül kiképzésre; ezek átlagosan 2—3 népiskolai osztályt végzett nőkből állanak, úgy hogy a folyékonyan írni és olvasni tudó bábánövendék ritka. Sok volt

¹ Bruns, Cramer, Ziehen: Handb. d. Nervenkrankh. im Kindesalter. Berlin, 1912, Pag. 878.

² Cit. Finkelstein: Lehrb. d. Säuglingskrankh. II. Pag. 207, Berlin, 1905.

³ Gemeinsame Tagung der südwestdeutschen und niederrheinisch-westfälischen Vereinigung für Kinderheilkunde, Wiesbaden. 13. April, 1913.

ezelőtt az analphabeta is, kik itt kiképzést nyertek, csak mióta én vettem át az intézet vezetését, nem vétetnek fel. Ha azonban meggondoljuk, hogy ma még orvosok is vannak, a kik az asepsises eljárással nincsenek tisztában, akkor érthető, hogy az csak kivétel lesz, ha az intézetből távozó, képzett bába az asepsis szabályai ellen nem vét. Később a gyakorlatban ez is engedni fog, mivel a szükséges tisztaságot nélkülözi, az asepsises munkához szükséges segédeszközei hiányozni fognak és így a kezdetben szigorú, lelkiismeretes és tiszta bába lassanként megalkuszik a helyzettől.

Tenni kellene tehát valamit, a mi a bába belső vizsgálataiban rejlő veszélyt csökkentse és, ha ez így nem sikerülne, talán meg kellene kísérelni a bábáknak a belső vizsgálatot egészen megtiltani, vagy azokat csak kivételes esetekre szorítani.

A fertőzés veszélye a sterilizett gummikeztyűk használatba vételével jelentékenyen csökken. A gummikeztyű abszolút csiramentessé tehető, a mi a vizsgáló kézről sohasem állítható. Használatához azonban begyakorlás szükséges, drága is, végül a keztyű tulajdonosnője nem tud azzal asepsisesen bánni. Ezen utóbbi körülmény miatt már a kötelező bevezetése nem vezetne a kívánt eredményre.

Látjuk most, hogy minő előnye és minő hátránya volna a belső vizsgálat teljes eltávolításának. A legfőbb előnye volna, hogy a bábák által való fertőzés teljesen kiküszöbölődne és csak az orvosok által való fertőzés, leginkább műteti esetek (elég magas szám), továbbá az autoinfectio, végül a személyes és környezeti tisztátalanság által előidézett esetek szaporítanak a megbetegedések számát.

A belső vizsgálat elhagyásából keletkező hátrányok különbözők. Belső vizsgálattal ismerjük fel az előlfekvő részt, ezt azonban külső vizsgálattal is majdnem mindig meg lehet állapítani. Azon esetekben pedig, midőn a hasfal feszessége vagy elhajasodás miatt a külső vizsgálat nem vezet eredményre, mégis a megállapítható hossz- vagy harántfekvés összevetése azon ponttal, melyről a magzati szívhangok legjobban hallhatók, eléggé el fogja oszlatni a kétségeskedést a helyzetet illetőleg. Különben, ha biztos, hogy nincs harántfekvés, hanem akár fej-, akár farfekvés van, azt a bába még idejekorán felismeri és a kívánalmakhoz képest fekteti a szülőnőt, értesíti az orvost, szükség szerint maga végzi be a szülést.

A mi a lágyrészek elváltozásait illeti, fontos a méhszáj nyílása. Ez azonban ritkán akadályozza a szülés lefolyásának simaságát. Ha mégis így volna, a bába ezt gyaníthatja a szülés lefolyásának elhúzódásából és így bőségesen lesz ideje arra, hogy az orvost erről értesítse. A méhszáj heges szűkülete eseteiben ugyanúgy fog eljárni.

Harmadsorban a medence az, a miről a belső vizsgálat felvilágosítást ad. A szűk medence nálunk nem gyakori és annak szűkülete legtöbbször I- vagy II-fokú, ezeknek 76–85%-ában a szülések elhúzódva, de spontán befejeződnek. Tehát csak az esetek csekély számában van jelen olyan fokú szűkület, mely a szülést lehetetlenné teszi. A szűkületeket azonban legtöbbször külső vizsgálattal, a terhes nő testtartásának és csontrendszerének megtekintésével, az előlfekvő fej esetleges előemelkedéséből megközelítőleg meg lehet állapítani. Különben sok nő szül szűk medencével, a ki többször mint kétszer vizsgáltatott meg belsőleg és a kin a szűk medence nem állapított meg. A bába legtöbbször a megnyúlt szülésből és nem a belső vizsgálatból következtet szűk medencére, a belső vizsgálatot azért sem végzi, mert a conjugata diagonalis ujjal való lemérése kisebb fájdalmakat okoz és így ezt a szülőnő meg sem engedi a bábának. Nem is erőszköli a bába a vizsgálatot, mivel fél, hogy patiensét elveszti.

Szűk medence, hibás fekvés és fejbeékelődés oly rendellenességek, melyek belső vizsgálattal állapíthatók meg. A hibás fekvésről említettem, hogy a külső vizsgálattal is megállapítható, még csak megemlítem, hogy a ferde fekvés is nagy nehézségeket okozhat feszes hasfal esetén. A ferde fekvés azonban a fájdalmak jelentkezésekor majdnem mindig korrigálódik hosszfekvéssé vagy hibás fejbeékelődéssel arcz-

vagy homlokekvéssé. A hibás fejbeékelődések külső vizsgálattal gyakran felismerhetők, de ha nem, a bába a szülés lefolyásában észreveszi a szabálytalanságot és orvosért fog küldeni.

A nemző részek daganatai, mint a portio rákja, vagy nem akadályozzák a szülést és csak a tünetek (vérzés) által keltik a rendellenesség gyanúját, melyre orvosi beavatkozás válik szükségessé, az adnextumorok pedig, mint a cysták, vagy elfedik a medenczebemenetet és akadályozzák a fej beékelődését, vagy a szülés kezdetén felhúzódnak és nem alkotnak további akadályt. Első esetben a fej magas állása a medenczebemenet felett fogja mutatni a szülés lefolyásában a szabálytalanságot.

Köldökszínórelőesés, abortus és előlfekvő lepény azok a szabálytalanságok, melyeket csak belső vizsgálattal lehet megállapítani. E rendellenességek tünetei azonban legtöbbször feleslegessé teszik a belső vizsgálatot. Előesett köldökszínór ártalmára lehet a méhmagzatnak, ha összenyomása folytán a vérkeringés megakad, a magzat nem táplálódik tovább és elhal. Ezt a complicatiót tanult bába a magzati szívhangok ellenőrzésével kimutathatja. Lehetséges természetesen, hogy már nem marad elegendő idő az orvos előhívására és a segítség későn érkezvén, a gyermek áldozatul esik. De fel kell említenem azt, hogy nemrég egyik esetemben két orvos és két bába végzett belső vizsgálatot és a köldökszínórelőesést mégsem állapították meg. És még hány-szor fog a belső vizsgálat ilyen kudarczczal végződni, dacára, hogy az anyát a belső vizsgálat veszélyének kitette.

Abortus és előlfekvő lepény az anamnesisből és a tünetekből felismerhető. Abortus erős vérzéssel és placenta praevia minden esetben orvosi kezelésbe való. A bába által nyújtandó segély a bábakönyv szerint ezen esetekben a hüvely tamponálásából áll. Ennek csak előzetes belső vizsgálat után volna értelme, de így is tökéletlen lesz azon egyszerű okból, mert a bábáknak nincsenek arra alkalmas eszközei. Így a bába által végzett hüvelykitömés is mindig csak további forrása lesz az infectiónak.

Felette ritka esetekben előfordulhat, hogy szabályos fekvésben a fej mellett egy kéz vagy láb esett elő. Ezt csak belső vizsgálattal lehet megállapítani. E megállapításnak azonban csak teoriás értéke van, mert az előesett részek vagy visszahúzódnak szülés közben, vagy tág medence esetében nem alkotnak szülési akadályt. Aprórészek előesését haránt fekvés esetén nem kell belső vizsgálattal megállapítani, mert a haránt fekvés külső vizsgálattal megállapítván, az orvosi segély sürgős igénybevétele már nélkülözhetetlen.

Látjuk tehát, hogy a külső vizsgálat mindenről tájékoztat, a mi a bábát a szülés alkalmával érdekelheti és a mit neki tudnia kell. Ehhez járul még, hogy az előző szülések anamnesises adatai sok fontos dologra hívják fel figyelmét, melyeket a szülés közben értékesíthet.

Kérdjük tehát, hogy az előírás szerint miért kell a bábának két ízben is megvizsgálnia belsőleg a szülőnőt, a mikor a belső vizsgálatot egészen nélkülözheti, sőt attól eltilthatjuk a nélkül, hogy a szülőnőnek kárt okoznánk. Annál is inkább, mert leszűrődött már általánosan azon felfogás, hogy a gyermekágyi infectio főforrása a bába által végzett belső vizsgálat. Winter tanár így felel e kérdésre: „Mert a tankönyv ezt előírja és csak akkor engedi meg a belső vizsgálat elhagyását, ha a terhes nő 8–10 nap előtt már belsőleg megvizsgáltatott.” Azon eredményre jut, hogy ez a rendelet nem indokolt.

A belső vizsgálat valamely rendellenesség felismerésére szolgál, mivel pedig a szülések $\frac{3}{4}$ része rendesen folyik le, így már ebből is látható, hogy a bábák belső vizsgálatának $\frac{3}{4}$ része felesleges. Grünbaum 1000 szülőnőről értesít a nürnbergi gyermekágyas-otthonból, kik közül 741-et nem vizsgáltak belsőleg, 259-et azonban megvizsgáltak. Tehát 75%-ában az eseteknek befejezhette a bába a szülést belső vizsgálat nélkül és a nélkül, hogy a szülőnőknek ebből bajuk lett volna. Végül azt írja, hogy ha recordot szándékozott volna teremteni, még kevesbíthette volna a belső vizsgálatok számát.

A budapesti egyetem orr- és gégeorvostani klinikája.*

Közli: *Ónodi A. dr.*, egyetemi tanár, a klinika igazgatója.

Azon alkalomból, hogy a budapesti m. k. tudományegyetemen az orr- és gégeorvostani klinika ideiglenesen elkészült és berendezését kartársaimmal és szakmánk képviselőivel megismertetem, hálánk és elismerésünk adóját kívánjuk leróni az orr- és gégeorvostan egyik megalapítójának, *Czermak N. J.* tanár halhatatlan szellemének, elévülhetetlen érdemeinek. *Czermak* alkotásai, működése a budapesti egyetem történetének egyik fényes lapjával függnek össze. A magunk részéről csupán szakmánkba vágó működését kívánjuk kidomborítani. *Czermak*-ot 1858 június havában nevezték ki a budapesti egyetemen az élettan tanárává és így a mesterséges fényvel való gégetükrözés feltalálása előzőleg történt és Bécsben való időzésével függ össze; idevonatkozó kísérleteinek első közlése is Bécsben, 1858 április havában a Wiener medizinische Wochenschrift című folyóiratban jelent meg. Budapestben ugyanazon évben, november 13.-án a kir. orvosegyesületben mutatta be eljárását. A *Türk és Czermak* között lefolyt ismert elkeseredett prioritási harcot nem kívánjuk érinteni, egyrészt, mivel *Czermak* Bécsben végzett kísérleteivel függnek össze, másrészt, mivel ezen kérdés teljesen tisztázódott és az utókor szakmánk megalapításának 50. évfordulója alkalmából a történeti igazság megállapításával leróta mindkét férfiú halhatatlan szellemének a halás kegyelet és elismerés adóját. *Czermak* élettörténetét, egyéniségét, családi életét, társadalmi érintkezését, tanári működését és orvosegyesületi szereplését *Navrátil Imre* tanár, egykori tanítványa, róla írt emlékbeszédében méltatta. *Czermak* budapesti működése alatt a klinikai tanárok és a gyakorló orvosok részéről nagy tiszteletben és buzgó támogatásban részesült. Ezen támogatásnak köszönhető *Czermak* maradandó becsű működése, és azt ő maga is hálásan elismerte.

Czermak nem elégedett meg azzal, hogy a budapesti klinikusok és gyakorló orvosok figyelmét és érdeklődését lekötötte és az új szakmának híveket és tanítványokat szerzett, hanem Budapestről utazásokat tett a külföldre, hogy a külföldi szakköröknek bemutassa eljárását és híveket szerezzen az orr- és gégeorvostannak. Ezen utazásai *Czermak*-nak, mint a budapesti egyetem tanárának, a külföld élénk érdeklődését és elismerését eredményezték és az új szakma általános és gyors elterjedését és fejlődésének egyik alapját alkották.

Czermak budapesti működése alatt fedezte fel a rhinoskopia posteriort, az orrgarat és az orrüreg hátulsó nyílásának, a choanák területének tükrözését és öntükrözés céljából egy autorhinoskopot is szerkesztett. Már felismerte ezen új eljárásának nagy fontosságát és felhívta a figyelmet a hallás zavaraira.

Párisban való tartózkodása alatt egy nehezen halló egyénen végezte a rhinoskopia posteriort, de rendes viszonyokat talált, míg Budapestén egy hallási zavarokkal bíró betegen a rhinoskopia posteriorral az okozatos összefüggést a hallás-zavar és a bal Eustach-kürt nyílásának területén lévő daganat között megállapíthatta.

A mi a gégetükrözést illeti, *Czermak* önvizsgálatra és demonstrációra autoskopot, továbbá a gégetükrözés begyakorlására laryngoszkopiai phantomot is szerkesztett. Megkísérelte továbbá a gége és a légcsőnek átvilágítását is. *Czermak* azon betegeken, kiken légcsőmetszés végeztetett, a mesterséges nyíláson át kis tükrrel a regio hypoglotticát és általában a géget alulról áttekintette, részint egy ablakos canule, részint egy fültükr alakú, két lemezes tágitó segítségével. Ilyen módon egy esetben, midőn a gégeszűkület okát a hypoglottikus duzzanatokban állapította meg, nagynevű sebészünk, *Balassa* tanár megkísérelte a hangrézszűkületnek bougieval való tágitását. A gége és a mesterséges nyíláson át való megtekintése, mint *Czermak* kiemeli, *Neudörfer*-nek, *Balassa* segédének eszméje volt.

Érdekes, hogy *Czermak* ezen eljárás diagnostikai és therapiás fontosságát hangsúlyozva, rámutat a gége és a légcsőben ilyen módon eszközözendő gyógybeavatkozásokra, így az edzésre, a galvanokaustika alkalmazására, az újképletek eltávolítására és a tályogok megnyitására. *Czermak* körjelezte gégetükröl először a hangszalag polypusát *Hirschler* egy betegén. Azonfelül a gége hurutos elváltozásainak, vizenyőjének, gümős és bujagóros elváltozásainak és daganatainak különböző alakjait körjelezte a gégetükröl és légzési nehézség meg fuldoklás több esetében a gégetükröl kép állapította meg a légcsőmetszés javallatát, míg egy esetben a rendes gégetükröl kép a műtéti beavatkozás ellenjavallatát állapította meg. *Czermak* ezen hozzáküldött esetek vizsgálata mellett végezte a gége kutaszolását és több esetben egyrészt a kannaporczok duzzanata, a hangszalagok vérbősége és duzzadtsága, másrészt a kannaporcz lueses fekélyesedése miatt alkalmazta a gége és a légcső szalagjain való edzést. *Czermak* az általa észlelt gégedaganatok kapcsán megemlíkezik a szövettani körjelzésnek lehetőségéről is.

A felsoroltakban adtuk *Czermak*-nak, mint a budapesti egyetem tanárának orr- és gégeorvostani működése rövid áttekintését. Ezen két esztendő a budapesti egyetem történetének egyik fénypontját jelenti, *Czermak* nevével és budapesti működésével az orr- és gégeorvostan megalapítása van szorosán összeforrvá, mely a nagy tudós halhatatlan emlékét mindenkorra biztosította.

E nagy tradíciót ápolták a magyar orr- és gégeorvosok működésükkel és törekvésükkel, a tudományegyetem orvosi kara pedig, melynek testületében *Czermak* működött, Budapestén, a hol az orr- és gégeorvostan bölcsője ringott, az önálló orr- és gégeorvostani tanszék és klinika felállítását határozta el, melyet az egyetemi ügyosztály nagyérdemű vezetőjének, *Tóth Lajos* dr. ministeri tanácsosnak meleg támogatása mellett a magyar állam törvényhozása megvalósított.

Az 1911. év január havában egy átalakított régi klinikai épületben talált ideiglenes elhelyezést az orr- és gégeorvostani klinika teljes és modern berendezéssel, tantermében *Czermak* mellszobrával. Klinikánk rövid ismertetését adjuk a következőkben:

A klinika földszinti részében vannak elhelyezve a járóbeteg kezelésére szolgáló helyiségek, a tanterem, a Röntgen-szoba és a laboratórium, továbbá a benlakó segéd, a beteg-ápolónők és a portás lakása. A klinika hátulsó részében egy mélyebben fekvő kert terül el és az odanyíló lakásokat a férfi-ápoló, fűtő és nőcseledek veszik igénybe.

A járóbeteg helyisége áll: egy portásfülkéből, két várószobából, mindegyik benyílik az ambulans kezelőterembe, melyben hat dolgozó-üvegasztal teljes felszereléssel 12 orvos számára áll rendelkezésre. A második várószobából lehet az ambulans műtőszobába jutni, a hol két dolgozóasztal, egy műtőasztal, egy műszerszekrény, egy kötöszert és ruhasterilizáló, egy víz-sterilizáló, egy műszersterilizáló és egy mosdó hideg és meleg vízzel van elhelyezve.

A Röntgen-kabinet nemcsak a Röntgen-felvételekhez, hanem a Röntgen-fénnyel való kezeléshez is teljes felszereléssel áll a klinika rendelkezésére. A laboratórium egy szobából áll, melyben úgy a mikroskopi, mint a bakteriologiai és serologiai vizsgálatok végzésére szolgáló berendezésről gondoskodva van, sőt élettani és kórtani kísérletek eszközzésére is egy kísérletező asztal áll rendelkezésre, az állatok elhelyezésére pedig a kertben egy megfelelő házikó. A tanterem egy nagy hatablakos szobából áll, mely 100 hallgató befogadására alkalmas; van benne tíz üvegasztal, olyan mérettel, hogy mindegyiknél négy orvos egyszerre vizsgálhatja a betegeit, tehát összesen egyidejűleg negyven orvos tükrözhet. Itt van a vetítőkészülék, az előlő falon a vetítésre szolgáló ernyő és a Röntgen-képek demonstrációjára szolgáló szekrény, továbbá ott van elhelyezve *Czermak* mellszobra. A hátulsó falon levő szekrényekben készítmények vannak felhalmozva, az oldalsó falakon pedig *Ónodi*-nak az orrüregre és a gége vonatkozó vizsgálati eredményeit feltüntető, latin jelzésű táblái vannak elhelyezve. Az utcára nyíló két szoba

* Megnyitó előadás 1913 január 26.-án.

segédlakás és az administratio céljára szolgál, az udvarra nyíló két szoba a három ápolónő lakása.

Az emeleten vannak először is a fekvő betegek helyiségei. Van egy hat ágyas férfi- és egy hat ágyas női közös kórterem, melyek mindegyike most két-két ágygyal lesz szaporítva és egy-egy külön szoba, tehát összesen ez év végén 18 betegágy felett fog rendelkezni a klinika. Van egy tálaló szoba és mindegyik oldalon egy closet és fürdő. A két közös kórterem között van az előkészítő szoba két műszer-szekrényvel és kötőszerszékénnyel, továbbá ez a szoba ülő helyzetben végzendő műtétek céljára is szolgál a megfelelő berendezéssel. A műtőterem egy az udvarra nyíló kéttáblakos szoba fehér emaille-lal bevont falakkal, kötőszerszékénnyel, műszersterilizálóval, műtőasztallal, műszertartó asztalokkal; van továbbá egy felsővilágítási célra szolgáló, üveglaapos nagy villamos lámpa, két villamos homlokreflektor hozzáilleszthető felső mozgó illesztéssel, mosdó és egyéb szükséges felszerelés. Az emeleten van elhelyezve az igazgató szobája, az újonnan alakított könyvtárral, német, angol, francia és olasz szakfolyóiratokkal, 285 kötet szakmunkával és 600 darab különlenyomattal, melyek a klinikán működő orvosoknak rendelkezésre állanak. A tanári szobát csigalépcső köti össze a tanteremmel. Végül az emeleten van az inspectio orvos szobája.

Az orr- és gégeorvostani klinikán 1910 szeptembertől 1913 januárig 7402 bejáró új beteg kezeltetett és 786 ambulans műtét végeztetett. 1912 februártól 1913 januárig 141 férfi és 119 nő, összesen 260 bennfekvő beteget ápoltak és 159 műtétet végeztek. Ezekről részletes kimutatást fog közzétenni Dörner Dezső dr. klinikai gyakornok.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Dolgozatok a budapesti kir. m. tudomány-egyetem II. számú sebészeti klinikumából. XI. rész. Kiadja Réczey Imre dr., udv. tanácsos, egyet. ny. r. tanár, a klinikum igazgatója. Budapest, a Pesti Lloyd-társulat nyomdája, 1913.

A Réczey tanár klinikumából kikerülő dolgozatoknak ezen legújabb kötetét is őszinte örömmel üdvözljük. A themák, melyeket e dolgozatok megvilágítanak, túlnyomólag kiválóan gyakorlati jelentőségűek. Dominálnak e könyvben a gyomor-sebészetre vonatkozó dolgozatok, melyeknek élén Réczey és Borszék nagyszabású dolgozata említendő: „A peptikus gyomorfekély sebészeti kezeléséről”, melyben a klinikum egész gazdag anyaga feldolgozást nyert; a gyomor és duodenum sebészetre vonatkoznak Fáykiss, Obál, Mutschenbacher, Báron és Bárony egyes dolgozatai; több dolgozat (Borszék, Fáykiss) a májsebészethez szolgáltat érdekes és értékes adatokat; Unterberg és Obál az urológia körébe vágó tanulmányokat közöl, Fáykiss a heveny pankreasgyulladásról, valamint a válzület mozgékonyágának bizonyos bénulásos eredetű zavarairól, Pető az echinococcus-complement-kötés gyakorlati értékéről, Mutschenbacher a lymphomák conservatív kezeléséről, Szász a lumbalanaesthesia a labyrinthra gyakorolt hatásáról értekezik, végül Hüttl Tivadar a klinikum betegforgalmát az 1911. évben vázolja.

A tér szűke nem engedi meg, hogy az egyes dolgozatok méltatásába belémenjünk. Az Orvosi Hetilap olvasói előtt a dolgozatok egy része, mely e lap hasábjain jelent meg, amúgy is ismeretes. Csak összefoglalólag jegyezzük meg, hogy a kötet méltó társa elődeinek és méltó tanújele annak a nagyszabású intenzív munkásságnak, a mely Réczey tanár klinikumán állandóan folyik.

P.

Új könyvek:

A. Friedländer: Der Morphinismus, Kokainismus, Alkoholismus und Saturnismus. Jena, G. Fischer. 120 m. — H. von Hug-Hellmuth: Aus dem Seelenleben des Kindes. Psycho-analytische Studie. Wien, F. Deuticke. 5 m. — R. Imhofer: Die Ermüdung der Stimme (Phon-

asthenie). Würzburg, C. Kabitzsch. 5 m. — H. Much: Krankheitsentstehung und Krankheitsverhütung und geheimnisvolle Lebensäußerungen des Körpers. Würzburg, C. Kabitzsch. 250 m. — J. Zitz: Aktinomykose und Sporotrichose der Mundhöhle. Leipzig, G. Thieme. 3 m.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

A diphtheria-ellenes védőoltásnak egy új módjával folynak most kiterjedt vizsgálódások Németországban Behring vezetésével. Az oltóanyag nem más, mint diphtheria-toxin és antitoxin keveréke, még pedig olyan arányban, hogy a keverék tengeri malaczon nem okoz mérgezés tüneteket. Az ilyen keveréknek befecskendezésére, a mely az eddigi tapasztalatok szerint veszélytelen, hosszabb ideig tartó immunitás áll be, a mely néha olyfokú, hogy az illetőnek szervezete 600.000 immunitás-egységet is tartalmazhat, noha már 250 egység is elegendő a védelemre. A szert Behring egyelőre csak klinikáknak bocsátja rendelkezésre, a melyek kötelezik magukat a részletesen megadott utasítások alapján végzendő, meglehetősen körülményes vizsgálatokra és a teendő megfigyeléseknek vele való közlésére. (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, 18. szám.)

Belorvostan.

A diplomellituriáról ír Stern Henrik newyorki tanár.

A szerző a diplomellituriá elnevezés alatt egy és ugyanazon egyéneknél kétféle, diabeteses és nem cukorbeteg eredetű cukorvizelést ért. A diplomellituriá tehát két különböző okból eredő bántalom szövődése, melyeknek közös tünete a cukorvizelés, az egyik azonban független a másiktól. A diabeteses glykosuria (hacsak a beteg nem a súlyos diabetes utolsó szakát éli) diatával befolyásolható: megszűnik a cukorvizelés és eltűnnek az egyéb diabeteses tünetek is. A nem diabeteses glykosuria diabetes-ellenes étkezésrenddel nem befolyásolható. Ha a diabeteses cukorvizelés szigorú diéta mellett meg is szűnik, a nem diabeteses továbbra is fennáll, azonban a cukorvizelés ellenére is gyarapodhatik a beteg testsúlya. A nem diabeteses glykosuria mellett a vizelet mennyisége csaknem normalis és a húgysav-kiválasztás sem fokozott. (Berl. klin. Wochenschrift, 1913, 17. sz.)

Halász Aladár.

A tüdővészések lázának kezeléséhez szolgáltat adatokat Damask a bécsi „Rudolfstiftung“-kórház I. belosztályán szerzett tapasztalatai alapján. Nagyon ajánlja a colloidalis réz (electrocuprol) használatát, még pedig nem intramuscularis, hanem intravenás befecskendezés alakjában. Minthogy a mások által ajánlott nagyobb adagok (10 cm³) kellemetlen reakciók tüneteket válthatnak ki: kisebb (1–5 cm³) adagokat ajánl, sőt félénk betegeknek először csak 1/2 cm³-t fecskendez be. A befecskendezést 3 naponként ismétli. Láztalan állapot elérésére 3–12 befecskendezésre volt szüksége. Az electrocuprol egyidejűleg kifejezett tonusozó hatást is gyakorol a szervezetre.

A míg az electrocuprol főleg a magas lázzal járó esetekben bizonyult jó hatásúnak: a subfebrilis esetekben nagyon kedvezők voltak az eredmények a módosított Hoedemaker-pilulák használata után: Rp. Aspirini 10·0, Acidi arsenicosi 0·01, Amyli qu. s. ut fiant c. aqu. destill. pill. No. centum. Ne conspergas. Eleinte 2 pilulát adnak naponként 3-szor közvetlenül evés után és kétnaponként növelik egy pilulával az adagot, a míg a hőmérsék 37° alatt marad. Eddig pro die legfeljebb 25 pilulára volt szükségük. Tüdővérzésre hajlandóság esetén mellőzendő e pilulák használata. Erethikus esetekben hatástalan ez a medicatio. Az electrocuprollal ellentétben rendszerint a helyi folyamatra is kedvező hatást gyakorol az aspirin-arsen, úgyszintén roboráló hatása is kifejezett. (Wiener med. Wochenschrift, 1913, 19. sz.)

Sebészet.

A vörhenynyel együtt jelentkező epityphlitisről értekezik O. Meyer. Az epityphlitisnek fertőző betegségekkel való

együttes jelentkezése nem tartozik a ritkább szövödmények közé. Leggyakrabban angina után látunk epityphlitis, leirtak azonban eseteket, a melyekben appendicitis, influenza, carbunculus, erysipelas, polyarthritus rheumatica, pneumonia, typhus és egyéb megbetegedések nyomában jelentkezett. A fertőző megbetegedéseknek az epityphlitishez való viszonya háromféle módon fogható fel: Először a fertőző megbetegedés fejlődik ki s az epityphlitis csak metastasis, a miként azt *Kretz, Adrian* magyarázza. Különösen angina után élénken megvilágítják ezen feltevést *Baginsky* vizsgálatai, a ki pneumococcusokat talált a tonsillákban és ugyanakkor a vérben és az appendixben. Mások hasonlóképpen influenzabacillusokat és streptococcusokat találtak. De vannak, a kik azt tartják valószínűnek, hogy az epityphlitis az elsődleges megbetegedés és az angina ennek a következménye (*Hönck*). Egy harmadik vélemény szerint az epityphlitis egy általános infectiónak, sepsisnek egyik következménye. A szerző egyik esetét ezen harmadik felfogással magyarázza. Nem a scarlatinás garat-infectio metastasisának tekinti esetében az appendicitist, hanem az egész lymphás apparatus infectiójának. Míg *Aschoff* szerint közönséges appendicitis eseteiben a vér megfertőzésének jelentékenyebb fontosságot nem igen tulajdoníthatunk, valószínűbb az infectio eredete a bélből, addig a fertőző megbetegedésekkel együtt jelentkező appendicitis eseteiben haematogen fertőzésre kell gondolnunk. (Berliner klinische Wochenschrift, 1913, 11. sz.) *Ifj. Hahn Dezső* dr.

Gyermekorvostan.

A gyermekek hydrocephalus internusának operatív kezeléséről értekezik *Pussep* tanár (Szt. Pétervár), ki a *Krause*-féle műtétet módosítva 18 esetben végezte, főképp hydrocephalus chr. int.-ban szenvedő gyermekeken. A műtét egyszerű trepanatióból és agypunctióból áll, melyet a fül fölött az occipito-parietalis tájékon végzünk. Négyszer 4 cm. nagyságú bőr- és csonthártylebenyt készítve, alatta egy 3 cm. átmérőjű nyílást csinálunk a koponyacsonton. A durán egy nyelvalakú, 2-szer 3 cm. nagyságú lebenyt metszünk, melyet középen kettémetszünk hosszában. Ezután az agyállományon át végezzük az agykamara punctióját oly tüvel, mely 3 cm.-nyi darabokra szétcsavarható. A tűt oly mélyen toljuk az agyba, míg folyadékot kapunk s ekkor a tű kiálló részét lecsavarva a megmaradt részlet végét a dura szabad lebenyéhez varrjuk, a mivel a tű szabad mozgását biztosítjuk, melylyel az agy lüktetését követheti. E fölött pedig egyesítjük a csonthártlya-bőrlebenyt. Ezen eljárással a szerző elérni véli az agykamara és a submeningealis tér, valamint a fejbőr alatti terület közti communicatiót, a mivel az intracranialis nyomás egyensúlyának helyreállítását hozza létre. Műtét után, a mikor a behelyezett csövön át kijutott folyadék a trepanatio helyén szorosan összevarrt bőrreszletet erősen fölemeli, egyszerű punctiókkal bocsátjuk ki a megszapordott folyadékot. Ha ezen elődomborodás rövidebb idő alatt szűnik meg, akkor 2—4 hét alatt távolítjuk el a kamaráig vezetett csövet, különben csak 2—4 hó múlva, a mikor a csővecske helyén már stabil csatornácska képződött, mely az az agykamara és submeningealis tér communicatióját biztosítja.

A szerző ezen műtėti eljárással igen jó eredményeket ért el idősült belső agyvízkór eseteiben s a műtétet egyszerűsége miatt azon esetekben is ajánlja, a melyekben nem számíthatunk az eljárás gyógyító, hanem csak palliatív (fájdalom-megszüntető) hatására. E mellett a különböző esetek jellegének megfelelő erőyes belső specifikus kezelést is igen fontosnak tartja. (Arch. f. Kinderheilkunde, 1913, LIX. kötet, 172. lap.) *Koós* dr.

Venereás betegségek.

A syphilises nők tejének fertőzőképességét vizsgálta *P. Uhlenhuth* és *P. Mülzer* (Strassburg i. E.). A syphilises nők tejének infectiositása már régóta fontos kérdése a syphilidológiának. A régebbi syphilidologusok úgy látszik

nagyrészt azon a véleményen voltak, hogy a tej is fertőző. De valóban kifogástalan módon nem sikerült ezt bizonyítani. A kérdést újabban az állatoltások és a spirochaetavizsgálatok megoldhatták volna, de az eddigi kísérletek kivétel nélkül csak negativ eredményre vezettek. Nagy fontosságú ezért a szerzőknek legújabb, két esetre vonatkozó positiv eredménye. A tej mindkét esetben mikroszkop alatt spirochaetamentesnek látszott, házinyulak heréjébe oltva azonban kifogástalan heresyphiloma keletkezésére vezetett (positiv spirochaeta-lelet). A szerzők a hígított tejnek 2 cm³-ét fecskendezték az állatok heréjébe. Érdekes, hogy az egyik esetben a nő syphilises gyermeket szült, de ő maga klinikailag tünetmentes volt. Ezzel szemben a *Wassermann*-reactiója positiv volt. Mindebből az következik, hogy a syphilises anyák a tejük által is birják az egészséges újszülötteket veszélyeztetni. A dajkaválasztást ezentúl még sokkal nagyobb figyelemmel kellene kísérni s mindenesetre valamennyi positiv *Wassermann*-reactiót adó dajkát idegen gyermek táplálásától elutasítani. Egyelőre azonban csak azt kell hangsúlyoznunk, hogy a syphilises nők teje fertőzőképességű lehet. (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, 19. sz.) *Guszmán*.

Kisebb közlések az orvostudományról.

Pemphigus egy igen súlyos esetében *Praetorius* gyógyulást látott bekövetkezni 20 cm³ nem defibrinált friss normalis embervér intravenás befecskendezése után. A gyógyulás most már 8 hónapja tart. (Münchener med. Wochenschrift, 1913, 16. szám.)

Pertussis eseteiben jó eredménnyel használja *Bretschneider* a *drosan* nevű szert, a mely nem más, mint a *drosan* rotundifolia vizes kivonata 1% bromnatriummal. 1—3 óránként adandó a gyermek kora szerint kávé-szőlőkanálnyi. (Therapie der Gegenwart, 1913, 5. füzet.)

A codeonálról (a codeinum diaethylbarbituricum és natrium diaethylbarbituricum elegyéről) dicsőően nyilatkozik *Rabow* tanár. Főleg olyan esetekben ajánlja a használatát, a melyekben köhögés, nehézlégzés vagy fájdalom zavarja az alvást. Több beteget volt, a ki nagy adag opiumra sem tudott kímő köhögése miatt aludni, két tableta codeonálra ellenben jól aludt. (Chemiker-Zeitung, 1913, 46. szám.)

A digipuratumot újabban oldatban is forgalomba hozták. *Lewinsohn* szerint ebben az alakban kedvezőbb hatást, mint tableta-alakban. Gyors, typusos és megbízható digitalis-hatást fejt ki. Az oldat jól áll és könnyen adagolható, a mennyiben 4 cseppje megfelel 0.01 gr. digitalis-levélnak. (A 4. nemzetközi physiotherapeutikai congressuson tartott előadás.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1913, 21. szám. *Pogány Ödön*: A lues szerepe a fülbetegségek előidézésében. *Klein Arthur*: A tannophen.

Orvosok lapja, 1913, 22. szám. *Unterberg Hugó*: A fehérje és geny összefüggése a vizeletben.

Budapesti orvosi újság, 1913, 22. szám. *Vidakovich Kamill*: Gyakorlati útmutatások a Sudeck-féle aether-részegség helyes kivételéhez. *Kaufmann Pál*: Nem otogen sinus-thrombosis spontán gyógyult esete. „Bőr- és bujakórtan“ melléklet, 2. szám. *Vas Bernát*: A syphilis kórisméjére vonatkozó laboratoriumi eljárások. *Török Lajos*: A dermatitis symmetrica dysmenorrhoea bőrelváltozásainak keletkezési módjáról. *Géber János*: Septikus erythema esete. *Török Lajos*: Bacterium-leletek haematogen bõrgyulladásokban. *Fürész Jenő*: A syphilis kór- és gyógytanában elért újabb haladások.

Vegyes hírek.

Korányi Frigyes temetése. A nagy halott végtisztessége karszolgáinak, tanítványainak, tisztelőinek óriási részvéte mellett május 21.-én d. u. 1/4 órakor ment végbe az egyetem előcsarnokából. A díszes ravatalon nyugvó koporsót társadalmi életünk kiválóságai állták körül, megjelenésükkel jelezve azt a nagy és általános megbecsülést, melyben az elhunyt részesült. Az egyházi szertartás után *Preisz Hugó* orvoskari dékán az orvosi fakultás, *Genersich Antal* tanár az igazságügyi orvosi tanács, *Bálint Rezső* dr. a szűkebb körű tanítványok, *Scharl Pál* dr. az Erzsébet-sanatorium-egyesület s *Hainiss Elemér* az orvostanhallgatók nevében mondott az elhunytak utolsó istenhozzádat. A beszédek közül közöljük itt a két első.

Preisz Hugó tanár, orvoskari dékán beszéde:

A koporsóval, a melyet mélyen gyászolva állunk körül, egy hosszú élet zárul le, a mely áldásos és eredményekben föltette gazdag munkásságban telt el. Az a férfi, a kit ez a koporsó magába zár, megáldva fényes szellemi képességekkel, ifjúságától kezdve czéltudatos munkával készült arra a fontos és magaslatos pályára, a melyet fényesen befutott, bőven érlelve gyümölcsöt mindenfelé és megtermékenyítve a talajt mindenütt, a merre működése kiterjedt, oly mértékben, a mint ez nem sok halandónak adatott meg.

Korányi Frigyes neve országsszerte ismeretes, mint nagyszabású orvostudósé, a kinél a szenvedők ezrei, százezrei kerestek és találtak segítséget, vigaszt. De hogy *Korányi Frigyes* ki volt, azt igazán csak hazánk orvosainak ezrei tudják, a kiknek legöregebbjei és fiataljai egyaránt az ő tanítványai voltak. Ezekkel együtt mi is — az ő tanártársai — a kik ravatalát körülálljuk, tanui voltunk ama fenkölt szellemű tanári működésnek, a melyet *Korányi Frigyes* 42 éven keresztül lankadatlan buzgósággal fejtett ki. Előttünk lebegnek ma is az ő mindenkor az orvosi tudományok magaslatán álló, nemcsak szigorú kritikával felépült, de formailag is tökéletes és ekesszólással párosult előadásai, a melyek mindig nagy vonzóerőt gyakoroltak tanítványaira.

De *Korányi Frigyes*, a ki azonkívül, hogy elsőrendű orvostudós volt, nagy általános műveltséggel, áttekintő szellemmel és rendkívüli munkaerővel is rendelkezett, nem szorítkozott csak tanári teendőinek buzgó ellátására. Egyetemünk orvosi fakultásának modern kifejlesztésében kiváló szerep jutott neki. Ő, a ki a bécsi orvosi iskola virágkorában ott szerzett orvosi ismereteit áttitette hazánkba, később is minden képességével és befolyásával orvosi egyetemünk fejlesztését szolgálta, és ha ma büszkén mondhatjuk, hogy orvosképzésünk és orvosegyetemi intézeteink és klinikáink bárhol megállnák a helyüket, ez nem csekély részben drága elhúnytunk érdeme.

Nagyonfontosságú tevékenységet fejtett ki *Korányi Frigyes* az ország két legfőbb orvosi tanácsában, az országos közegészségi és a kir. igazságügyi orvosi tanácsban, a melyeknek évek hosszú során át elnöke volt. Itt érvényesültek csak igazán az ő kiváló tulajdonságai, átfogó orvosi ismeretei és tapasztalatai, éles elméje, körültekintő és tapintatos szelleme, a mely sokszor észrevétlenül áthidalta az ellentéteket és a mely tulajdonságaival könnyű volt megnyernie mindenkit, a ki az ő működési körébe jutott.

A mióta a tudomány felismerte, hogy a tuberculosus egy bacterium által okozott fertőző betegség, *Korányi Frigyes* figyelme mindinkább az emberiség emez ostroma felé irányult s minden tudásával, energiájával és társadalmi befolyásával megindította hazánkban az ellene való küzdelmet. Az elhúnytunk számos nagy érdeme közül, a tanári működés mellett, ez volt kétségkívül legjelentősebb, a jövőre való kihatásban legmesszebbmenő és az ő nagyszabású szelleméhez valóban méltó életműve.

Nagy a mi fájdalomunk oly élet elvesztése fölött, a melynek melegéhez és fényéhez mindaddig hozzá voltunk szokva; de gyászunkban ez az élet éppen rendkívüliségénél fogva kiengesztelő, vigasztaló momentumokat is nyújt nekünk.

A mint hogy *Korányi Frigyes* bármely téren kifejtett tevékenysége mindenütt mély nyomokat hagyott, éppúgy kísérte érdemes munkásságát a külső elismerés is. Felsőes urunk elhalmozta őt mindazokkal a kitüntetésekkel, a melyek bevett szokás szerint orvosoknak egyáltalában kijárhatnak; az egyetem őt rectorának, az orvostudományi kar prodékánjának választotta annak idején. Számos belföldi és nem egy külföldi tudományos társaságnak, congressusnak volt ő tényleges és tiszteleti elnöke, illetve tagja, egyebek között tudományos akadémiánk is.

De mindezeknél a külső elismeréseknél édesebb életjutalmat lehelhetett drága elhúnytunk abban, hogy a sors mindenben megértő, támogató, érző szellemként őt kísérő hitvestársat és oly gyermekeket adott neki, a kikben az ő gyengéd atyai szívének minden reménykedése a legszelbben megvalósult. Ha végig tekintett multján, akár sokoldalú munkálkodása és ennek eredményei között, akár övének körében, mindenütt a legteljesebb harmoniában lefolyt életpályát láthatott maga mögött és megnyugvással tekinthetett az örök béke bekövetkezésének pillanata elé.

Mi, a kik gyászolva és megadással kísérjük utolsó útjára testét, halálával adózunk a sorsnak, hogy élete, nagy szelleme és munkássága a miénk lehetett!

Emlékét meg fogják őrizni tettei, emléke élni fog mindnyájunk szívében!

Áldás és béke poraira!

Generich Antal tanár beszéde:

Három lustrum folyt le azóta, hogy az „Igazságügyi Orvosi Tanács” szervezőjének, *Kovács József*-nek halála után *Korányi Frigyes* (1897) fényes pályájától kissé távolabb eső területre lépett és nem egy barátja, tisztelője aggódva nézte, hogy mire vállalkozott az akkor már öreg ember. Csak azok, a kik legközelebről ismerték kiváló tulajdonságait, remélhették, hogy ő ezen felelősségterhes, rögös és sikos úton is biztos lépésekkel fog előrehaladni.

A hetven éves *Korányi* fiatal erővel fogta kezébe az Ő Felsőge bizalmából reá bízott zászlót. Okos körültekintéssel megbecsülve és csoportosítva a rendelkezésre álló erőket, új harcsoportokat is szerzett maga köré, járt utak mellett új ösvényt nyitott és kis seregével diadalmasan küzdött. Vezérlete alatt az igazságügyi orvos tanács kifejtett munkálkodása megoldotta a legbonyolultabb büntügyi kérdéseket, fényt derített

a rég eltemetett bűnökre, felszabadította az ártatlan szenvedőket és munkálatainak közlése révén alkalmat nyújtott arra, hogy a büntügyi orvosi vizsgálat távol vidéken országsszerte javulást érjen el. Mindezekkel megszerezte a jogszolgáltatás fórumainak bizalmát, elismerését, maga a vezér pedig annyira megszerette ezen állását, hogy mikor nyolczvan éves korában lemondott az orvosi gyakorlatról, a klinikáról és a neki oly kedves tanításról is, megmaradt az orvosi tanács elnökének utolsó lehetetlenségig.

Öreg barátunk, búcsút veszek Tőled és a tanács nevében megköszönöm neked bölcs tanácsaidat, higgadt és mégis szeretetreméltó vezérletedet, a tanács minden tagja iránt nyilvánított jóindulatodat, a melynél fogva a leghevesebb vitatkozásoknál is megtaláltad annak a módját, hogy ezen tanácsban, hol minden szakértő a saját meggyőződéséhez ragaszkodik, mégis a sikeres együttműködés érdekében szükséges barátság és összetartás zavartalanul fennállhatott. Fogadd fáradságodat, lelkes, hű működésedért tiszteletünk, szeretetünk hervadhatatlan babérját. Végzett nagy, áldásos munkád után nyugodjál békében!

A *Budapesti Királyi Orvosegyesület* május 24.-én tartott ülésén *Grósz Emil* alelnök a következő szavakkal emlékezett meg *Korányi Frigyes*-ről. A gyászolók nagy tömegében, a kik ma tiszteleti tagunk s volt elnökünk elhunytát siratjuk, mi is kérünk helyet. Szerény helyely kell megelégednünk, hiszen olyan sokan vannak, a kiknek joguk van *Korányi Frigyes*-t gyászolni s még többen, kik érzésük szerint osztoznak a család bánatában. De e szűrény helyhez jussunk van s ahhoz a tisztelet erejével, a szeretet melegével ragaszkodunk. *Korányi Frigyes* tudós volt a nyugoti nagy kulturálmok mértékével mérve, tanár volt a paedagogia legszigorúbb kritériuma szerint, szónok volt azok sorából, kik a magasan szárnyaló eszmei tartalomnak művészi formát adnak, államférfiú volt, mert a legfontosabb államfentartó tényező, a közegészségügy fáradhatatlan apostola volt, de leginkább orvos volt, ki nagy tudásával, önfeláldozó ápolásával életet mentett, egészséget adott vissza, ki a gyógyíthatatlan betegnek vigaszt, a gyógyíthatóknak segítséget nyújtott. Egyesületünket sokszoros kötelék fűzte hozzá életében s elválaszthatatlan, ércnél erősebb láncz fűzi elhunytá után. Sok, nagyon sok halálával tartozunk nagy halottunknak. Első sorban azon tudományos munkáért, melylyel üléseink színvonalát magasra emelte, halálával azért az aranykorszakért, melyet egyesületünk az ő elnöksége alatt elért, halálával azért a becsületért, melyet a magyar orvosoknak bel- és külföldön szerzett, de legnagyobb halálával azért a szeretetért, melylyel hozzánk ragaszkodott. S ha széttekinthetne azokon, a kik ravatalát körülállva siratták, bizonyára nem volnánk az utolsók azok között, kikre jóságos atyai tekintetének soha el nem felejtendő melegsége árasztaná. A közös munka, a közös cél, a közös küzdelem egyesítő erején kívül még egy elszakíthatatlan kötelék fűz hozzá: ez az a családi erekle, melyet életének hű kísérője őriz. Több mint ötven éve, hogy a szabolicsmegyei gyakorló orvos tudományos munkájáért az Orvosegyesület jutalmát nyerte. E jutalomdíj aranyaiból készült az a karperecz, melyet menyasszonyának, *Bóniss Malvin*-nak első ajándékol átnyújtott. E karperecczel jegyezte el menyasszonyát. E karperecczel jegyeztük el őt magunknak. A páratlanul szép házaselet ma ketté tört; a mi frigykötésünk nem, mert nagy egyénisége örök életet biztosít számára. Ma még a veszteséget siratjuk, ma még csak azt látjuk, hogy elvesztettük mesterünket, atyai barátunkat, példányképünket, de holnap már büszkeséggel ünnepelehetjük emlékét. Tudományos pályafutása minden magyar orvos érdeklődésére, bámulatára méltó. Orvosi működését a szabadságharcban kezdte, az orvosi hivatás magasztosságáról első ízben a harctéren győződött meg; ismereteit külföldön tökéletesítette: az elnyomatás idejét a vidéken, az ősmagyar föld egyszerű lakosai körében töltötte; alkotmányunk helyreállításakor a budapesti egyetemre hívták meg, hol nemcsak a mi vezérünk lett, hanem *Eötvös-höz, Trefort-hoz, Balassá-hoz, Markusovszky-hoz* fűződő barátsága révén a közügyekre döntő befolyást nyert. A közegészségügy minden ágában s elsősorban a tuberculosus elleni küzdelemben ő volt vezérünk s élete alkonyán gazdag tapasztalatát az igazságszolgáltatás terén érvényesítette. Egyetemi tanszéke szószék volt, melyről mint *Napoleon* idejében *Gay Lussac* és *Cuvier* egész Franciaországhoz, úgy ő egész Magyarországhoz s nem egyszer az egész művelt világhoz szólott. Ő nemcsak orvos, nemcsak tanár, hanem kulturális életünk vezére, valódi iatros isotheos! A marsall-bot kiesett a kezéből, nincs senki a ma élő orvosi generációból, a ki kezébe merné venni. A tehetségek egész sorára van szükség azon színvonal fenntartására, melyről utolsó lehetetlenségig egymaga gondoskodott. Az a kép, mely reánk tekint, mérhetetlen büszkeséggel tölt el, mert arról tanuskodik, hogy ő a mi családunkhoz tartozott, az emlék, melyet szívében őrizünk, ébren tartja bennünk az emberiség legszentebb javaiért való korlátlan lelkesedést, tiszteletet és odaadást.

Megbízás. *Kornhoffer Lajos* dr.-t a belügyminister a marosvásárhelyi állami gyermekmenhely másodorvosi teendőinek ellátására bízta meg.

Kinevezés. *Vincze Aladár* dr.-t, Lugos város főorvosát tiszteletbeli megyei főorvossá, *Keresztes Dániel* dr.-t a váci, *Koronka Gábor* dr.-t a pomázi járásba járárorvossá, *Stein Béla* dr.-t a szegedi állami szemkórházhoz másodorvossá nevezték ki.

Választás. *Tóth Gyula* dr.-t Málnáson körorvossá választottak.

Meghalt. *Kovács Károly* dr., Gyula város ügyvezető főorvosa május 19.-én 66 éves korában.

A magyar orvostudomány és a külföld. Az 1909. évben Budapesten tartott nemzetközi orvoscongressusra nagy számban jöde sereg-

lett külföldi orvosok klinikáinkat és más orvosi intézeteinket látva, ezekről olyan elragadtatással nyilatkoztak, hogy méltán lehetett hinni, hogy visszatérve hazájukba, legalább annyit fognak Magyarországról mondani, hogy az orvostudomány művelése ott magas fokot ért el. Ezt azonban úgy látszik még mindig nem mindenütt akarja a külföld elismerni. Erre mutat legalább az, hogy az 1912 év végén megjelent egy angol nyelvű mű Philadelphiában „Medical Europe” címmel, J. H. Honan szerzőtől, mely műnek czélja útbaigazítással szolgálni az Európába átvándorló amerikai orvosoknak, elősorolva, hogy itt vagy ott milyen orvosi intézeteket érdemes meglátogatni, s kik ezen intézetek vezetői. Ez a könyv, a mely Béccsel 26 oldalon át foglalkozik s még Prágával is két oldalon, Magyarországról csak ennyit ír: A budapesti egyetemet felállították 1635-ben, a zágrábit 1869-ben, a kolozsvárt 1872-ben. A könyvet a kiadó megküldte Erdős Adolf dr. nagyváradi orvosnak, a „The Lancet” magyarországi levelezőjének, hogy valamely magyar orvosi lap részére ismertetést írjon róla. Erdős a kiadónak azt válaszolta, hogy olyan műről, a mely Magyarország kiváló orvosi intézményeiről mindössze két sort ír, nem írhat recenziót magyar orvosi lap részére. A szerző a kiadótól értesülhetett e levélről és sietett Erdős-nek megírni, hogy mélyen sajnálja és restelli könyve ezen fogyatékosságát, s tekintettel arra, hogy a második kiadás éppen most készül, kéri, hogy könyvéhez írja meg a Magyarországra vonatkozó fejezetet, a mit ő készséggel fog megtenni.

Megjelent. Prof. A. Ónodi: Die topographische Anatomie der Nasenhöhle und ihrer Nebenhöhlen. Mit 169 Figuren. Zweite ergänzte Auflage. Würzburg, Kurt Kabitzsch, 1913. Ezen munka a Handbuch der speziellen Chirurgie des Ohres und der oberen Luftwege nagy kézikönyv egyik kötetét teszi. Ismertetni fogjuk.

Safranek János dr., egyetemi tanársegéd az orr- és gégeklinikan, lakását VIII., József-körút 52-56 szám alá tette át.

Groó Béla dr., Tátrafüred hivatalos fürdőorvosa gyakorlatát Tátrafüreden ismét megkezdte.

Bexheft Armin dr. lakását II., Margit-körút 7. szám alá tette át. Orvosi gyakorlatát Szováta-Fürdőn július 1-én kezdi meg.

Gámán Béla dr. egyetemi magántanár fürdőorvosi gyakorlatát Rohitsch-Sauerbrunn fürdőn újból megkezdte.

Kisebb közlések az orvostudomány köréből. Az arteriosclerosis zsurgove Hirschfeld tanár szerint nem annyira rossztermészetű, mint a milyennek rendszeren feltűntetik. A mi a kezelését illeti, fontos a fehérjebevitel tetemes csökkentése, zabnak és rizsnek nagy mennyiségben adása és a zsíroknak valamivel bőségesebben használata. (Medizinische Klinik, 1913, 17. szám.) — Basedow-kór eseteiben a petefészek röntgenezésével tett kísérleteket Mannaberg tanár és biztató eredményeket ért el. (Wiener klinische Wochenschrift, 1913, 18. szám.) — A Kocher-Fonio-féle coagulin nem más, mint az emlős állatok vérlemezkéiből kivont és sterilizált thrombozym. A berni sebklubon nagyon kedvező eredményű kísérleteket végeztek vele a vérzéscsillapítás terén. (Korrespondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1913, 13.—15. szám.) — Thrombosis ellen prophylacticum gyanánt Kuhn a 40%-os cukoroldatot ajánlja infusio alakjában. Alvadástgátló hatása mellett tekintetbe veendő tápláló, antitoxikus és a vérmennyiséget fokozó hatása is. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 122. kötet, 1. és 2. füzet.) — Ezzel kapcsolatban nem érdektelen Schreiber czikke, a melyben belső vérzések ellen 5—20% szőlőcukoroldat 200 cm³-ének intravenás befecskendezését ajánlja. (Therapie der Gegenwart, 1913, 5. füzet.)

Személyi hírek külföldről. A. Baginsky tanár, a nagy hírű berlini gyermekorvos, betöltötte 70. életévét. — Az üresedésben lévő egyik bécsi belorvostani tanszékre hír szerint A. Schmid hallei tanárt szellemték ki.

Hírek külföldről. Gärtner dr. wiesbadeni születésű müncheni orvos 571.000 márkát hagyományozott Wiesbaden számára avval a rendelkezéssel, hogy ezen összeg kamataiból törvénytelen szülők, gyermekágyasok és gyermekek segélyezendők. — Frankfurtban gyilkost tartóztattak le, a ki mind a három feleségét typhus-bacillusok és bacterium coli kulturáival mérgezte meg. Az anyagot Krauss tanár bécsi bakteriologiai laboratóriumából szerezte, hamisított levélpapíros segítségével, melyre egy frankfurti tudományos intézet címét nyomatta rá. A rendőrség a lakásában az említett bacteriumok tiszta kulturáit találta. A legkülönösebb, hogy az illető nem is orvos. — Angliában nagy fel-tűnést kelt, hogy a General Medical Council elhatározta, hogy az angol gyógyszerkönyv legközelebbi kiadásában a decimalis súlyrendszerre tér át. Hasonló mozgalom indult meg Chinában és Oroszországban is. — Hamburg-Eppendorfban külön lupus-kórház nyílt meg, egyelőre 25 ágy-gyal; az ambulanciában naponta 100 betegre számítanak. A kórház teljesen fel van szerelve a radiotherapiához szükséges eszközökkel és berendezésekkel; főorvosa P. Wichmann dr.

A budapesti orvosi kör országos segélyegyletbe befizettek: Sommer Adolf, Schön Hugó, Schulmeister Mór, Márton, Schwarcz Lajos, Steller Ferencz, Szántó Manó, Szentgyörgyi Ferencz, Száhlender Ferencz, Szilárd Lipót, Varga Samu, Vollweiter János, Weiner Dávid, Weltmann Sándor, Wilhelm Ignác, Ziegler Károly, Barok Samu, Bakay Lajos, Baitrok József, Dolecskó János, Büchler Mór, Bokor Emil, Erős József, Doktor Sándor, Kóli István, Fischer Samu, Láng József, Faragó Géza, Neumann Sámuel, Rapcsák Lajos, Párdányi Emil, Reichardspers Lajos, Politzer Miksa, Pataki Árpád, Pollatsek Márk, Sztankovics Géza, Száva Aladár, Schulhoff Zsigmond, Cseresnyés Ernő, Büben László, Deutsch Hugó, Bicskey Géza, Herberth Vilmos, Eördögh Oszkár, Hűvös Henrik, Fuchs Zsigmond, Hübsch

Miksa, Laufer Lipót, Kreichel Artúr, Lévai József, Kreiner József, Lencső János, Kövesi Fülöp, Ligeti József, Makara Lajos, Mutschenbacher Tivadar, Polgár Miksa, Bella József, Reisz Mór, Perlesz Ede 4—4 koronát. Katona József dr., pénztáros.

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.

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

Dr. Richard Fischel rendel Bad HALL, Felső-Ausztria, Budapest szállodában.

Dr. Grünwald sanatoriuma Budapest, Városligeti-fasor 13—15. Fejvételnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal, valamint szülők. A betegek kezelőorvosukat maguk választhatják. — Vegyi és Röntgen-laboratórium.

Dr. SZILI SÁNDOR, v. egy. tanársegéd

Orvosi laboratórium: VII., Király-utca 51. Telefon 157—71.

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



Dr. MÜLLER
TÜDŐGYÓGYINTÉZETE
TÁTRAHÁZA

MARIENBAD Dr. Glück Gyula volt klinikai orvos, a budapesti Glück-sanatorium volt igazgató-főorvosa, rendel Haus Aesculap (Ferdinandbrunnstrasse).

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

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

Dr. Neumann M. vezetése mellett — 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 üvegcső és használati utasítást kívánatra vidékre is küldünk. Egy vérvizsgálat díja 20 korona.

Ótátrafüred magaslati gyógyhely (1020 m.). Vízgyógyintézet az összes physikai gyógy módokkal ideg- s belbetegeknek. Vezetőorvos: Dr. Groó Béla.

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

Orvosi laboratórium: Dr. Salgó J. Vez. orvos Dr. Bihari A. Üllői-út 21. Telefon 62—94.

Dr. Weisz Rudolf, Pöstyén v. budapesti ált. poliklinikai tanársegéd. Physiko-mechano-therapia. Massage (Eisler-ház).

Ujtátrafüred Dr. Szontagh Miklós gyógyintézete.

Egész éven át nyitva. Lakás, ellátás, orvosi gyógykezeléssel együtt napi 10 koronától kezdve.

WEISZ EDE INTÉZETE PÖSTYÉN

Röntgen. Zander. Modern kényelem. Mérsékelt árak. Diáetetikai és mechanikai gyógyintézet. 4258 Alapítva 1893.

Dr. Cukor curpensiója Franzensbad. Villa Heimdall. Modernül berendezve, kitűnő fekvéssel, fürdők, források közvetlen közelében. Teljes pensio 5-szöri étkezéssel, szoprospoctus kívánatra.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (VII. rendes tudományos ülés 1913 február 22.-én) 427. l. — XXIII. országos balneológiai congressus (II. ülés május 3-án délelőtt) 428. l.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(VII. rendes tudományos ülés 1913 február 22.-én.)

Elnök: **Salgó Jakab.**

Jegyző: **Bence Gyula.**

Achylia gastrica et pancreatica esete.

Kern Tibor: Eredeti közléseink során egész terjedelmében hoztuk.

Scleroma okozta gégeszűkület gyógyítása laryngo-pharyngotomia útján.

Safranek János: A 38 éves földmíves múlt év őszén nagyfokú gégeszenosis tüneteivel jelentkezett az orr- és gégegyógyászati klinikán; mindinkább fokozódó nehéz lélegzése miatt csakhamar tracheotomiát (infer.) kellett végezni. A stenosis egy sajátos beszűremkedés okozta, mely már a gégebemenetet is elfoglalta: a jobb aryporczt, a valódi és álhangszalagot, az aryepiglottis redőt eléggé sima felületű és igen rigid beszűremkedés borította és diaphragmaszerű lebenyként hajlott át az aryporcz felől a túlsó oldalra, a melyen a túloldalához hasonló, de kevésbé vaskos volt a beszűremkedés és nevezetesen a bal valódi hangszalag kis részét szabadon hagyta, míg az epiglottis laryngealis felületének alapját és az elülső commissurát erősen kidomborította; a hangszalagok a középálláshoz közel, majdnem fixálva voltak, a hangrés igen szűk, néhány mm.-nyi volt, a mélybe betekinteni nem lehetett. Az orrban és az orrgaratban lévő elváltozások scleromára utaltak és utóbb a mikroszkopos vizsgálat is megerősítette a scleroma diagnózisát. Már a scleromának ezen szokatlan és a gégebemenetben igen ritka megjelenési módja miatt is érdemesnek tartották az esetet a bemutatásra és műtét előtt az orr- és gégegyógyászati szakosztályban demonstrálták is. Az ily esetekben, a mikor sem az indirect, sem a direct vizsgáló eljárásokkal a gége ürterében levő elváltozásról tájékozódni nem lehet, igen jó szolgálatot tehet a Röntgen, nevezetesen a *Réthy* által a közelmúltban bemutatott eljárás, melylyel megfelelően praeparált filmet helyez a hypopharynxba, illetve oesophagusba és a lámpát elülről irányítja a gége; ily módon a gége lágyrészeiről is felvilágosítást nyújtó képet nyer a csigolyák és a nyakizomzat zavaró árnyékának kizárásával.

A bemutatott esetben az ily módon készült felvétel a későbbi műtét alkalmával talált elváltozásoknak megfelelő homályt mutatott. A therapiát illetőleg a szűkület tágitása ennek igen nagy foka, circularis és felettebb rigid, kerges volta miatt, de az aryporcz-fixatio miatt is nem bízott sikerrel s így 2 hónappal ezelőtt gyökeres műtétet végzett. Laryngofissióval a géget megnyitva, kitűnt, hogy egészen a felső tracheaporczokig terjedt a beszűremkedés, alig néhány mm.-nyi rést hagyva és szorosan összekapaszkodva a hangszalagokkal is; a beszűremkedést, mely oly kerges volt, hogy valósággal le kellett faragni, a hangszalagokkal együtt eltávolította; hogy a gégebemenet képleteihez is hozzáférhessen, pharyngotomiát (mediana transhyoideát) végzett; ily módon az aditus képleteihez is jó áttekintést és hozzáférést nyerve, a beszűremkedést innen is eltávolította. Felül-alul szűkítve a sebet, a cartil. thyreoideának megfelelően nyitva hagyta, az üregbe Mikulicz-tampont helyezve. A gyógyulás szépen haladt, nemsokára dekanülözni lehetett a beteget, majd a laryngostoma is zárult. Az eredmény meglepően jó a functio tekintetében is: a kétoldalt az ál- és valódi hangszalagok helyén képződött lebenszerű képletek phonatiókor a tág hangrést jól zárják s a beteg, bár rekedt hangon, de jól érthetően beszél. Ez az eredmény a szervezet hatalmas regenerációs és kompenzáló erejének igen szép bizonyítéka.

Zwilling Hugó: Ezen alkalomból újból fel akarja hívni a figyelmet azon jó eredményekre, melyek a skleroma gyógykezelésében a

Röntgen-sugarakkal elérhetők, szemben azokkal, melyek a symptomás tágitással és excisióval érhetők el időlegesen. Bebizonyult nemcsak az, hogy a radiotherapia beválik azon esetekben, melyekben a sugarak számára könnyen hozzáférhető skleromás elváltozásokról van szó, hanem az is, hogy eklatáns mélyrehatást gyakorolnak. A skleromás szövet a Röntgen-sugarakkal szemben különösen érzékeny és nemcsak fiatal képződmények, hanem évek óta fennálló heges beszűrődések is visszafejlődnek, ez utóbbiak ugyan csak rendszeres és hosszabb kezelés után. A Röntgen-sugarak *electiv* hatása a skleromás szövetre bebizonyult, a bőr és a környező szövet érintetlen marad.

A Röntgen-sugarakban, szemben minden egyéb eljárással, oly hatásos szerrel bírunk, melynek segítségével ezen betegség gyógyítható. Képet mutat be (a beteg nem áll már rendelkezésére), mely a mondottakat illusztrálja.

A kép egyik oldalán subchordalis dudorok által okozott nagyfokú gégeszűkület látható, a dudorok scleromás természete nemcsak klinice, hanem szövettanilag és bakteriologice is megállapított. A kép másik felén ugyanazon gége ábrája látható 4½ hónapig tartott rendszeres Röntgen-kezelés után, a szűkítő subchordalis beszűrődés eltűnt, a légső nagy terjedelemben áttekinthető, a szűkület megszűnt. Ezen állapot most már három éve tart, az eset tehát gyógyultnak mondható.

Safranek János: Nem vonja kétségbe, hogy egyes esetekben a Röntgen-therapiával is siker érhető el, a bemutatott esetben azonban, mint mondotta, a stenosis oly nagyfokú volt, hogy vitalis indicatio alapján kellett a beteget tracheotomozni, a beszűremkedés pedig, mint a kórrajzból kitűnik, oly kerges és heges volt, hogy a Röntgen-therapia nem bízott sikerrel; egyébként tekintetbe kell venni a beteg socialis helyzetét is; a beteg vidéki földmíves, a kit hónapokig vagy még tovább itt tartani röntgenezésre nem lehetett, hanem munkaképességét mielőbb helyre kellett állítani, a mi a műtéttel sikerült is.

Veleszületett ptosis mütéte szabad fasciatransplantatióval.

Pólya Jenő: A Zentralblatt für Chirurgie egyik legújabb számában (1913 február 1) *Aisler* ír le esetet, melyben a congenitalis szemhéjptosiszt szabad fasciatransplantatióval gyógyította. Hasonló mütétet már 1908-ban végzett *Payr*. Éppen ezen közlemény idején került kezelése alá a bemutatott kis fiú és elhatározta, hogy ezen esetben is ezt a mütéti elvet kísérli meg. Annnyiban mégis modifikálta a mütétet, hogy míg *Payr* 3 bemetszést végzett (egy a szemhéjon, egyet 2 haránt-ujjal a szemöldök felett és egyet ezen metszés felett 2 haránt-ujjal), *Aisler* pedig kettőt (*Payr* első 2 bemetszését), addig ő a mütétet a szemöldökben vitt egy harántmetszésből végezte el, a minek kétségtelen kozmetikai előnye van.

A 4 éves fiú szülei előadják, hogy gyermekük születése óta nem bírja nyitni a bal szemét. A bal szemrés csakugyan csak 1 mm.-nyi, a gyermek szemét active nyitni nem bírja, ha erre felszólítják, a szemhéjat kezével emeli fel. Nagyfokú strabismus convergens.

Mütét február 11.-én. Bemetszés a szemöldökön, a bőrt lepraeparálja egyfelől a tarsusig, másfelől kb. 3 cm.-re a homlokon s ebbe egy 2 cm. széles és 4 cm. hosszú fasciadarabot transzplantál, a melyet 3 öltéssel a tarsus felső széléhez s 2 öltéssel a m. frontaliszhoz varr s a bőrt finom selyemöltésekkel egyesíti. A fascialebenyt a bal czomb fascia latajából vette.

Fonálkiszedés február 15.-én. Sebgyógyulás per primam. Nyugodt nézéskor a bal szemrés valamivel szűkebb, mint a jobb. *Aisler* különösen hangsúlyozza, hogy a fascialebeny utólag zsugorodik és azért ne korrigáljuk túlságosan a szemhéj állását. A szemhéj alsó széle azonban ilyenkor is a pupilla felső szélének szintáján foglal helyet. A beteg szemét active bírja nyitni és ha szemrését erőltetetten nyitja ki, mindkét szemrés egyformán tág. A beteg azonfelül teljesen bírja zárni szemét, a mi a szemhéj bőrét megkevesbitő, a szemhéjat zsugorító többi ptosisműtéttel szemben nagy előny.

Ismétlődő incomplet sigmavolvulus operált esete.

Fischer Aladár: A flexura sigmoidea hajlamossága volvulusra általánosan ismeretes és ezen dispositiónak anatómiai okait is ismerjük. A volvulus létrejöttének feltétele a hosszú, keskeny mesosigmoideum, szóval olyan bonczolástani

állapot, melyben egy hosszú sigma-kacsnak lábpontjai (Fuss-punkte) közel vannak egymáshoz. Ezen állapotnak oka az infantilis állapotban való megmaradás lehet. Az infantilis sigma-kacsot tudniillik hosszú, mozgékony mesenterium és esetleg többszörös kacskepződés jellemzi. A mesosigma keskenysége azonban szerzett is lehet, chronikus gyulladások folytán létrejött összenövések és zsugorodások okozhatják. Ide tartozik a Gruber által leírt ligamentum mesenterico-mesocolicum is, a mely ránczképződése és heges megvastagodása a parietalis peritoneumnak és a mely a radix mesenteritől a mesosigma-hoz húzódik.

Az anatómiai dispositio mellett a volvulus létrejöttéhez még a sigma-kacs szárainak bélsárral való egyenlőtlen megtelése és ennek következtében az egyik szárnak nagyobb mértékben való megpuffadása szükséges. Szerepe lehet azonkívül, mint azt Payr vizsgálatai mutatják, a mesosigma ereiben lévő vérnyomási és vérteltségi különbségnek is.

A volvulusnak nem kell mindig oly fokúnak lenni, hogy súlyos acut ileustünetekre vezessen. Samson szerint még 180°-os csavarulatnál sem kell acut ileustüneteknek bekövetkezni, hanem csak 270°-on túl áll be ez feltétlenül. von Manteuffel szerint is 180—270°-os csavarulatok minden nagyobb vérkeringési zavar nélkül állhatnak fenn, csak szék- és szélpangásra vezetnek és spontán vagy beöntésre kiegyenlíthetnek, hogy azután újból ismétlődjenek, míg végre mégis csak acut ileustünetek következnek be. Ide tartozik például Lanz egy esete, melyben az acut ileustünetek beöntésre megszűntek ugyan, azonban a sigma-kacs félig merev állapotban még hónapok mulva is ki volt tapintható és a beteg állandó makacs obstipációban szenvedett, úgy hogy mindig csak beöntésekre volt széke. Ilyen eset a Lorenz által leírt volvulusa egy rendkívül hosszú colon transversumnak, midőn az anamnesis kétségtelenül igazolta, hogy a volvulus kisebb-nagyobb fokban többször ismétlődött és mindig spontán megoldódott. Ilyen ismétlődő incomplet volvulus forgott fent esetében is, melyről a következőkben számol be:

A 14 éves leányt a Bródy Adél-kórház belgyógyászati osztályára 1913 január 13.-án vették fel. Már régebb idő óta állandóan obstipációban szenved. Egy héttel felvétele előtt nagy hasgörcsei voltak és ekkor három ízben hányt is. Egy nap mulva görcsei megszűntek, de azóta hasában állandóan tompa nyomást, a köldöktájon erősebb fájást érez. Széke csak ismételt beöntésre van és akkor is csak kevés bélsár és néhány flatus távozik. Először a belgyógyászati osztályra vették fel a következő lelettel:

A korához képest fejlett leány mellkasi szervein nincs eltérés. A has erősen elődomborodó, puffadt. A hasfalak puhák, nyomásra nem érzékenyek, csak a bal regio hypogastrica erősebb benyomásakor jelez a beteg némi fájdalmat. A bal regio hypogastrica és mesogastrica tapintása azt az érzést adja, mintha rugalmas, cystaszerű képlet volna jelen, mely a jobb oldalra is áttérjed és mely előtt puffadt bélkacsok vannak. A kopogtatás mindenütt dobos hangot adott. Erélyes beöntésekre szék és szelek távoznak, mire a has megkisebbedik, de 2—3 nap mulva az előbbi állapot ismétlődik és a meteorismus még nagyobb fokú lesz. Így megy ez néhányszor és e mellett erősebb fájdalmak jelentkeznek hányásingerrel és a beöntések eredménytelenek, úgy hogy a sebészi beavatkozás szükségesnek mutatkozik. Február 4.-én végzi a bemutató a műtétet a következő módon:

A has megnyitása a középvonalban a köldöktől a symphysisig. A hasat megnyitva, rögtön egy igen megnyúlt és kitágult, hypertrophias falú sigma-kacsra akadnak, mely oly nagy, hogy mindkét regio hypogastricát és a regio mesogastrica középső részét elfoglalja. A kacs hosszú, keskeny mesenteriummal bir; a mesenterium oly keskeny, hogy a kacs lábpontjai alig 4 cm. távolságra vannak egymástól. A sigma-kacs két szára úgy van elhelyezve, hogy a felső szár egy negyedfordulattal az alsó rectalis szár előtt fekszik. Világos volt tehát, hogy a leírt sigma-kacs részleges volvulusa okozta a fennálló tüneteket.

Minthogy egyszerű detorsio nem elégséges ily esetben, mert az állapot az anatómiai viszonyoknál fogva ismétlődött

volna, a bemutató úgy járt el, hogy a sigma-kacs két lábpontjának megfelelően tág entero-enteroanastomosist végzett, a sigma-kacs szárainak az entero-enteroanastomosison túl levő részleteit egymás mellé fektetve sero-serosusos varratokkal egymáshoz varrta, úgy mint azt Friedrich a retrosigmoideopexiánál végezni szokta.

A beteg a beavatkozást kitűnően állotta ki és a műtét végzése után a negyedik naptól kezdve naponta spontán székei vannak. Megjegyzendő, hogy a körkép elég jellegzetes és adott esetben, főleg ha a Röntgen-vizsgálatot is igénybe veszik, a mi a bemutató esetében külső okokból nem történhetett, a diagnosis még a műtét előtt pontosan megállapítható.

Az ismétlődő nem teljes ileustünetek, a főleg a bal regio hypogastricában kifejezett puffadás és az itt kitapintható sigma-kacs azok a tünetek, a melyek a helyes diagnosisra vezethetnek.

(Folytatása következik.)

XXIII. országos balneologiai congressus.

(II. ülés május 3.-án délelőtt.)

Elnök: Papp Samu

Jegyző: Vámosy Zoltán.

Horváth Sándor: Siófok fejlődése és jövője. Siófok fejlődése újra egy nagy lépéssel jutott előbbre. A ministerium, de főképp a község áldozatkészsége folytán létesül a siófoki egészséges vízi vízvezeték és csatornázás. Nagy elismerésre méltó a fürdő bérletjének azon törekvése, hogy a jó ellátáson és szórakozáson kívül külföldi útjásaival Siófokot a világfürdők színvonalára emelje. Nemkülönben osztatlan elismerésben részesül a szakavatott vezetés alatt álló gyermek- és felnőtt-sporttelep, hol nyaranta kiváló eredményt érnek el a gyermekek testi fejlesztésében. A közeljövőben gyermek-sanatorium is létesül, azonkívül tervben van egy a modern kor igényeinek megfelelő vízgyógy- és diätetikai intézet is.

Sümegi József (Balatonfüred): A közegészségügy terén óriási haladás a csatornázás és vízvezeték. Siófok, de az egész Balaton-part fejlődése és jövője másképp el sem gondolható, mintha az egyes telepeken nagyszabású physiotherapiás gyógyintézetek létesülnek. Ezek nagy kikatással lesznek a parti fürdők látogatottságára, sőt alkalmasak lesznek nagyszámú külföldi vendég idevonzására is.

Schmidt Ferencz (Balatonfüred): A szénsavas fürdő technikájáról. A szénsavas források vizét alig van módunkban használni úgy, mint a hogy az a természetben előfordul, mert a fürdőkádba vezetéssel és a fürdésre alkalmassá tételével szénsavának bizonyos mennyiségét elveszíti.

Azon forrásoknál, melyek a föld felületére nyílnak és melegek, a szénsav-vesztesség legkisebb; a hol pedig kúttakba gyűlik össze a szénsavas víz, a hydrostatika törvényének megfelelően csak bizonyos magasságig gyűlhet meg, s gyors fogyasztásnál a talajvízzel könnyen keveredhet. Ha még e mellett hideg is s fel kell melegíteni, nagyon fontos, hogy oly melegítési rendszerre essék a választás, mely a szénsavtartalmat csak kevésbé alterálja.

A szénsavas víz felmelegítése történhetik magában a kádban, vagy pedig a kádon kívül. A kádban történt melegítésnek régebben egyik legelterjedtebb formája volt a Schwarz-rendszer, melyet csakhamar követett ennek módosított alakja. Minthogy ezen rendszerrel egyrészt könnyen szerencsétlenség és üzembizavár történhet, másrészt pedig hygienés szempontból sem felel meg teljesen, forró vizet, illetve gőzt eresztene a szénsavas vízhez, vagy pedig a kádba tehető csövekben keringő gőz útján történik a melegítés. Az első mód sok szabad szénsavat tartalmazó vizeknél meglehetősen előnyös, az utóbbinak nagy hátránya, hogy egyrészt hygienés szempontból nem felel meg teljesen, másrészt a kezelése kissé körülményes. A kádon kívül történt melegítés legegyszerűbb és legrégebbi formája, hogy egy nagy tartályban melegítik a vizet s onnan eresztik a kádba. Ez már teljesen kiment a gyakorlatból. A gyakorlatban levő többi eljárás közül fontosabbak a következők: 1. A kádkhoz vezető szénsavas vizet tartalmazó csöveket gőz ömli körül; 2. előmelegítő készülékek segítségével és 3. boillerekben melegszik fel a szükséges hőfokig a víz. Legjobban beválnak látszik a két utóbbi rendszer. Legjobb a fából készült kád.

Barta Kornél (Tarcza): A szénsavas forrás vizét nem szabad a forrástól távollevő szivattyú útján a kádhoz juttatni, hanem csakis a forrásnál elhelyezett nyomószivattyú segítségével, melybe a víz saját nyomása folytán jut, mert a szivattyúzás a kitörő szénsavat szabadabbá teszi és így nagy CO_2 -vesztéseket okoz.

A szénsavas víz melegítésének az a módja a legjobb, melynél a forrás vizét nem hígítjuk föl hozzáadott meleg vízzel vagy gőzzel, hanem közvetett úton eszközöljük a melegítést (zárt csőrendszerben keringő meleg víz vagy gőz segítségével).

Az orvos által pontosan megszabott fürdés-idő betartását elősegíti a fürdőszobában elhelyezett olyan szerkezetű óra, melyet a fürdőszolga a fürdés megkezdésekor az előírt időtartamra beállít és a mely óra ezen idő lejártakor csönget.

Sümei József: Az egyes berendezés-formák csak akkor lesznek igazán tudományosan elbírálhatók, ha a fürdő elkészítése után, a fürdés tartama alatt és a fürdés befejeztével CO_2 -vesztései mérések végeztenek. E nélkül csak a mérnökök bemondására és feltevésére vagyunk utalva.

A CO_2 -vesztéseket **Beerwald** vizsgálta; szerinte természetes fürdőknél nem több mint 6%, mesterségeseknél azonban igen nagy, tehát a fürdő feletti levegő is arányosan tartalmaz szénsavat. A régi *Schwarz*-rendszerrel kellemetlenséget, égést sohasem tapasztaltam. Az utánmelegedést fontosnak tartom és a *Nenadovics* által ajánlott azon módot, hogy a fürdés tartama alatt a víz melegíthető vagy lehűthető legyen, fontosnak és megpróbálandónak vélem a szívtherápia szempontjából. Kevesebb szénsavtartalom miatt a beteget ugyanazon hatás elérése végett hosszabb ideig fürdetni nem tartom jó gondolatnak, hiszen a hosszabb fürdésnél a thermikus hatás egészen másképp érvényesül és más tüneteket vált ki.

Pető János: Hogy az orvos által előírt óvintézkedések betartásának, fontos, hogy minden szénsavas fürdőben megbízható, tanult, hivatása magaslatán álló, intelligens személyzet álljon a betegek rendelkezésére, mely tudatában kell hogy legyen azon veszélyeknek, melyeknek kiteszi a beteget a fürdők helytelen alkalmazásával. A megbízható személyzet mellett czélzerűnek látnám, ha a szénsavas fürdők úgy volnának megszerkesztve vagy megalkotva, hogy a beteg maga is könnyen ellenőrizhesse az orvos által előírt rendelkezéseket. Minden szénsavas fürdőnek három elengedhetetlen s szigorúan betartandó követelménye van: 1. a fürdő CO_2 -tartalma, 2. a fürdő hőfoka, 3. a fürdőzés tartama.

Sümei József (Budapest-Balatonfüred): Az ideges szív-bántalmak balneoterapiája.

Az ideges szív-bántalmak, melyek a szívre vagy a szívtájra szoruló panaszokban nyilvánulnak, a nélkül, hogy a szíven megnagyobbodást, pangást vagy izomlételenséget lehetne kimutatni, nagy gonddal vizsgálándók a fürdőhelyeken. A kezelés esetleg homlokegyenest ellenkező lesz, mintha szervi szív-bajban szenvedővel állanánk szemközt.

A kórjelzés sokszor nagy nehézségekbe ütközik, mert gyakran teljesen a szervi szív-baj tüneteivel áll be a bántalom, de a mutatózó rohamok a valódi angina pectoris-rohamoktól majdnem mindig megkülönböztethetők, ha a szívet a munkával szemben viselkedésére megvizsgáljuk.

A diagnoszt megnehezíti, hogy az illető szenvedhet teljesen körülállóan ideges és szervi szív-bajban.

A mechano- és balneoterapiának a kezelés terén nagy és hálás feladat jut.

Reichart Aladár (Pöstyén): A sarokcsont exostosisai a fürdőorvosi gyakorlatban.

A sarokcsont talpi oldalán előforduló exostosisok igen jelentékeny irodalmában az aetiológiai momentumok között az első helyen a gonorrhoea szerepel, utána következik a trauma (egyszerű avagy ismételt), míg az egyéb infectiók, különösen a csúz, bár meg vannak említve, csekély szerepet látszanak játszani. Így pl. az irodalomból válogatás nélkül összeszedett 53 eset között a gonorrhoea 32-szer, a trauma 7-szer szerepel mint aetiológiai momentum, míg a csúz és köszvény összesen csak 3-szor. A többi esetben egyéb infectio (parotitis) és arteriosclerosis szerepel; 8 esetben az aetiológia kérdéses volt.

Mint hogy csúzos betegeken elég gyakran találkozunk a sarokcsont tájára lokalizált fájdalommal, a fentiekből azonban úgy látszik, hogy a csúz az exostosisok aetiológiájában csak igen alárendelt szerepet játszik, méltán azt következtethetnők, hogy a csúzos sarokfájós betegeken csak elvétve fogunk exostosisot találni. Az előadó anyaga teljesen az ellenkezőt mutatja. 15 sarokfájás miatt vizsgált egyén közül 4 volt gonorrhoeás, 1-en trauma szerepelt, 10 volt csúzos. Míg a gonorrhoeások közül exostosisa csak egynek volt (25%), addig a 10 csúzos közül 8-nak volt exostosisa (80%), úgy hogy

éppen a csúzos alapon beálló sarokfájdalmak eseteiben számíthatunk nagy valószínűséggel exostosisra.

Ugy a mint eddig is conservative kezelték ezen eseteket, ezután is megtehetjük ezt, mert a fájdalom az exostosis daczára is megszűnhetnek. Különösen hatásosnak találta az előadó ezen meglehetősen makacs fájdalom ellen az *Arson-val*-féle villamos áramot.

Réh Béla (Budapest): Az ischias elektrotherapiája.

Az ischias észszerű gyógykezelésénél figyelembe kell vennünk a bántalom oki momentumain kívül annak lefolyását, valamint az egyes esetek sajátos körülményeit is.

Az ischias nagyszámú válfájának és stadiumainak megfelelőleg a therapia is igen gazdag és sokoldalú. Három főcsoportba sorolhatjuk: 1. *chemiai*, 2. *physicochemiai* és 3. *physikai* gyógyeljárások. Ezek között legnagyobb szerepe a physiotherapiának van, még pedig a balneo-, hydro-, thermo-, elektro-, mechano-, radio- és phototherapiának, valamint a radiumemanatiós kúrának.

Az elektrophysikai gyógyeljárások közül az ischias gyógyítására a következőket szokták használni: a *galvanisatiót*, a *faradisatiót*, az *intermittáló egyenáramot*, a *franklinisatiót*, a *localis d'arsonvalisatiót*, az *anion-kezelést*, az *elektromágneses gyógyeljárást*, a *kataphoresist* (villamos + chemiai hatás) és a *thermopenetratiót* (villamos + hőhatás) mint vegyes kezeléseket.

293 ischiasbeteg alkalmazta az elektrotherapiás gyógyeljárásokat. Ezek közül gyógyult 65 (22.18%), lényegesen javult 68 (23.20%), javult 95 (32.42%), javulóban van 32 (10.92%) és eredmény nélkül maradt 33 (11.28%). Tehát 260 esetben, vagyis 88.72%-ban volt gyógyeredmény. A gyógyeredmények kvalitása az alkalmazott kezelések számával egyenes arányban, az esetek idősségével pedig fordított viszonyban volt.

Az elért gyógyeredmények alapján az ischias gyógyításában a mai értelemben vett elektrotherapiát nemcsak mint kiegészítő adjuvanst kell tekintenünk, hanem mint jól bevált önálló therapiás tényezőt is.

PÁLYÁZATOK.

5185/1913. szám.

Körmöczbánya sz. kir. r. t. főbányavárosnál lemondás folytán üresedésbe jutott városi rendőrorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen élethossziglani megbizatással betöltendő orvosi állással egybekötött hatás- és kötelességkör, nemkülönben a megkívánt minősítés tekintetében a városi szervezési szabályrendelet, továbbá az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a, az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-a és az 1912. évi LVIII. t.-cz. 22. §-ának idevonatkozó intézkedései irányadók.

A városi rendőrorvos a városi ügyvezető főorvost szükség esetén mindenben és minden külön díjazásra való igény nélkül helyettesíteni és neki a városi magánkórházban díjtalanul segédkezni, valamint a városi tisztviselők kivételével az összes városi alkalmazottakat díjtalanul gyógykezelti tartozik. Ezenkívül a városi rendőrorvos egyúttal a városi köztisztviselők felügyelője és halottkém. A városi rendőrorvos a hivatali kötelesség sérelme nélkül magánygyakorlatot a városban kívül is folytathat és hivatali területén fekvő uradalmi, ipartelepi és betegsegélyező pénztári orvosi állást viselhet. Fizetéssel járó más állást nem vállalhat.

A városi rendőrorvos járandóságai a következők:

évi 2100 korona fizetés öt évenkénti 300—300 korona háromszor ismétlődő emelkedéssel,

évi 450 korona lakáspénz és

évi 32 ürköbméter kemény tűzfűtőberendezés. Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 22. §-ában jelzett díjak megállapítása folyamatban van.

Megjegyzem továbbá, hogy a városi szervezési szabályrendelet az 1912. évi LVIII. t.-cz. értelmében, nemkülönben a városi nyugdíjazási szabályrendelet az 1912. évi LXV. t.-cz. cikknek megfelelőleg átalakítandó; miért is a megválasztott a bekövetkezendő módosításoknak, következképpen a javadalmazásnál beállható változásoknak, továbbá a változott hatás és kötelességkörből eredő kötelezettségeknek magát alávetni tartozik.

Felhívom ennél fogva mindazokat, kik a jelzett állást elnyerni óhajtják, hogy a kellően felszerelt kérvényeiket Körmöczbánya sz. kir. r. t. főbányaváros polgármesterénél 1913. évi június hó 22. napjának déli 12 órájáig annál is inkább adják be, mert a későbbben érkezett vagy a kellően fel nem szerelt kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

A választás a folyó évben megtartandó általános tisztújítás alkalmával a folyó évi június hó 24. napjának d. e. 10 órájára kitűzött tisztújítószéken fog megtartatni.

A r a n y o s m a r ó t, 1913 május 24.-én.

Mailáth, alispán.

Végzett nőtlen orvos **sanatoriumi alorvosnak** 1600 korona évi fizetés és elsőosztályú teljes ellátás mellett felvétetik.
Czím: Dr. Láng Sándor, műtő, Debreczen, Kossuth-u. 39.

Keresek kész orvost **helyettesítésre** június 15.-étől július 8.-áig. Igényei magánlevélben közlendők.

Schönfeld Mór dr., Kisterenye.

2548/1913. szám.

Kerény községben megüresedett községi orvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása: 1600 korona fizetés, 5 évenként 200 korona korpótlék.

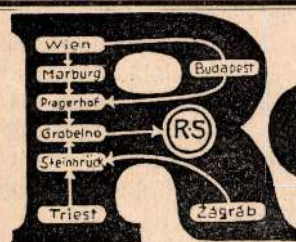
Lakbér fejében: 700 korona.

Fuvarátalány: 100 korona, valamint a szabályrendeletileg megállapított rendelési, látogatási, műtői stb. díjak.

Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz.-ben előíratokkal felszerelt kérvények f. évi június hó 15.-éig nyújtandók be hozzám.

Zombor, 1913. évi május hó 28.-án.

Tárczay s. k., főszolgabíró.



Uj, pompás gyógyépület.

Rohitsch-Sauerbrunn

Stájer tartományi gyógyintézet. 600 szoba 2.-kor-
tól feljebb, villamos világítás, lift, hegyvidéki forrásvíz.

Ivó- és fürdőkurák
kiváló gyógyeredménnyel:
gyomor-, bél- és májbajoknál, epekő-
nél, cukros húgyárnál, köszvénynél.

Május 15. — szeptember 30. — Enyhe, subalpin éghajlat. Szél- és pormentes. — Prospektusok.

Dr. LIPPNÉ PENSIO a Belváros
központján
Deák-tér sarok, Sütő-utca 6. sz. IV. emelet.

Modern komfort!
Telefon: 98—52.

Szabad lift
nappal és éjjel.

Orvosoknak kedvezmény.

MATTONI-FÉLE
GISSHÜBLER
természetes
égyényes
SAVANYÚVIZ.

SANATORIUM
REKAWINKEL

Ideg- és kedély-
betegek részére.

Legmodernebb berendezés, az összes gyógy-
eszközök, hozzáépítéssel most meg-
nagyobbítva. Erdőtől környezve.

Legényénibb kezelés. 4 orvos.

Megbeszélő állomás: Wien I., Opern-
gasse 6, szerdán és szombaton 1/25—1/26.
Prospectus kívánatra. Egész éven át nyitva.

MARGIT GYÓGYFORRÁS
— (BEREGMEGYE) —

a gyomor, belek, húgyhólyag s különösen a légző-
szervek hurutos bántalmainál igen jó hatású még
akkor is, ha vérzések esete forog fenn.

Megrendelhető: Édeskuty L.-nál Budapesten és a forrás
kezelőségénél Munkácson. 7065



Pankreon

Németbiro-
dalmi szá-
badalom
128419
és külföldi
szabadalmak

Diaeteticum, roborans, bevált minden pankreas- és emésztési betegségeknek.

Rp. Pankreon in tabul. 0.25. (Nr. 25, 50, 100, 200).

S. 3-szor naponta 2—4 tabl. szétzúzni és étkezés közben bevenni.

Javulva a gyomorbéltractus, az epeutak (icterus catarrhalis)
a pankreas minden megtévedésével a resorptio fokozására; kachexiánál
(tuberculosis carcinoma ventriculi), lábbadozásnál aggkorban,
tej- és húgialókuráknál. Arteriosclerosis, morbus
Basedowii, angina pectoris, hemicrania gastrica-nál az
emésztés szabályozására és a diaetahibákból folyó következmények elkerülésére.
Csecsemők részére: Rp. Pankreon pulv. 0.1—0.5 minden étkezési adaggal
felhazandó.

Mindennemű hasmenés, atrophia és emésztési zavaroknál.

A súlygyarapodás előmozdítására.

Irodalom és minták díjtalanul.

Akt.-Ges. Chemische Fabrik Rhenania, Aachen.

Raktár: Vereinigte Drogen-Grosshandlungen

G. & R. FRITZ-PEZOLDT & SÜSS A.-G., WIEN, I. Bräunerstrasse 5.

Eladás csak gyógyszeráraknak.

PARÁDI-ARZÉN

természetes és vastartalmú ásványvíz

minden olyan esetben, mikor arzén-vas adagolása van helyén,
legelső sorban jöhet szóba, mert mind vas- mind arzén-
tartalomra erősebb minden más ilyen természetű víz-
nél, az összes külföldieket is ideszámítva.

Indikált: Vérbetegségeknek (sápkór, vérszegénység, pseudo-
leuchaemia), anyagcsere-betegségeknek, senyves állapotok-
nál (váltóláz után), női bajoknál (különösen endometritisek
és deviatiók kapcsán kifejlődött ideggyengeségeknek
és lesóványodásnál), chronikus csúzos és köszvényes
bajoknál (ha láz nincs), idegbetegségeknek és némely
bőrbajoknál.

Kapható gyógyszerárakban és drogeriakereskedésekben.

Főraktár:

Édeskuty L.

császári és királyi udvari szállítónál

Budapest, V., Erzsébet-tér 8. sz.

Végbél-bántalmak ellen és azok elkerülésére
legalkalmasabb az eredeti

Prof. LENHOSSÉK-féle

ANICURE-fecskendő

Kapható kizárólag:

Fischer Péter és Tsa R.-T.-nál
Budapest, IV., Kossuth Lajos-u. 6. Telefon 9-58.

Most megjelent Betegápolási Értesítőnk kívánatra ingyen és bérmentve.

Dr. MOLNÁR JÁNOS kórházi főorvos

Családi otthona

kedély- és idegbetegeknek

☐☐ Sátorajáújhely. ☐☐

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

LENHOSSÉK MIHÁLY
FŐSZERKESZTŐ.

EGYET. TANÁR ÉS SZÉKELY ÁGOSTON
SZERKESZTŐ.

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Poór Ferencz: Egyes bőrbetegségek vonatkozásai a „belső elválasztás”-hoz. 431. lap.

Nagy Samu: Közlemény a kolozsvári Ferencz József tud.-egyetem belgyógyászati klinikájáról. (Igazgató: Jancsó Miklós dr., egy. ny. r. tanár.) Adatok a hasnyálmirigy heveny gyulladásának körjelzéséhez. 434. lap.

Widder Bertalan: Egyszerű extensiók rögzítő készülék felkartörések gyógyítására. 438. lap.

Goldberger Jakab: Közlemény a párisi egyetem urológiai klinikájáról. („Clinique des voies urinaires de Necker”). Helyettes igazgató: Chevassu M. dr., prof. agregé. A Freyer-féle műtét technikájához. 439. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Römer: Lehrbuch der Augenheilkunde. — A. Celli: Die Malaria. — Lapszemle. Belorvostan. Löwenstein: A szármagok gümőkórjának elő-

fordulása az emberben. — Erlenmeyer: Az epilepsia gyógyítása crotalinnal. — Sebész. W. Danielsen: Taenia által okozott genyes peritonitis. — Idegkór. Babinski, Chavet és Durand: Pylorus melletti ulcus által okozott „tabes crises gastriques”. — Szülész. és nőorvos. E. Langer: Intra partum való intraperitonealis elvérzésnek ritka esete. — Zazkin: A haemolysis streptococcusok jelentősége. — Gyermekeorvos. Hagenbach-Burckhardt: Haemophil család. — Húgyzervi betegségek. Pringle: Gyökerező műtékek rossztermészetű heredaganat eseteiben. — Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Berczeller: Inoperabilis méhszár-rák. — Bendix: Pellidol-kenőcs. — Wolze és Pagenstecher: Inoperabilis tonsilla-sarcoma. 441–443. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Klinikai füzetek. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság. 443. lap.

Vegyes hírek. 443. lap.

Tudományos társulatok. 445–448. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Egyes bőrbetegségek vonatkozásai a „belső elválasztás”-hoz.

Irta: Poór Ferencz dr. egyetemi magántanár, szent. István-kórházi főorvos.

Az egyes szerveket anatómiailag az ideg- és a vérrendszer köti össze. A neuropathológiai aera az ingereket, melyek az egyes sejteket, sejtszöveteket, illetőleg szerveket fokozottabb avagy csökkentebb tevékenységre ösztönözik, kizárólag az idegrendszer befolyásának tulajdonította. Az érrendszer révén egy újabb physiologiai összeköttetés jön létre. Egy, a physiologiai mértéket átlépő inger nemcsak abban a szervben fejti ki hatását, melyre directe behatott, hanem más, esetleg távol fekvő szervek számos funkcióját is bevonja hatáskörébe. Starling és Baylis kimutatta, hogy bizonyos szerveken akkor is kiváltható a fokozott functionalis tevékenység, ha minden idegösszeköttetés előzőleg megszüntetett. Tehát az ingerek a vér útján — haematogen — juthatnak el az egyes szervekhez, az idegek közvetítésének minden igénybevétele nélkül. Az újabb kísérletes kutatások, megfigyelések és tapasztalatok a szervek tevékenységének befolyásolását illetően tudásunkat lényegesen bővítették s egyszersmind egészen új nézőpontokat tártak fel. Az egyes szervek és mirigyek egymásra való kölcsönhatása, azok váladékainak kémiai basisa felismertetett s az organikus betegségeknek egy nagy complexumát — melyeket eddig többnyire ideges eredetűnek tartottak — egyes szervek, illetőleg mirigyek kórosan elváltozott működésének alapján, a szervezetnek a vérben egyesült váladékainak egyelőre még pontosan nem ismert, de kétségen kívül kémiai természetű elváltozásaihoz hozzuk összefüggésbe. S ez irányzatnak komolyságát jellemzi, hogy conclusióit nem önkényesen felállított theoriákból és hypothesisekből, hanem szabatos kísérletekből és meg-

figyelésekből vonja le, felhasználva az anatómiai aera alatt produkált morphologiai tényeket.

Bizonyos organikus functiók oly kémiai anyagok útján váltakoznak ki, melyek mint más szervek productumai a véráram útján jutnak az illető szervbe. Ily kémiai anyagoknak készítése, a sejteknek a vérpályába való leadása azok a folyamatok, melyeket ma a „belső elválasztás” elnevezés alá foglalunk. Biedl a belső elválasztásról szóló alapvető könyvében írja: „Az organismusnak minden egyes szerve, szövete, sőt sejtje sajátlagos chemismusa, elváltozásának specifikus productumai által a vérkeringés közvetítésével a szervezet más részeit elhatároló módon befolyásolja (kémiai correlatio)“.

Ezeket a physiologiai anyagokat, melyek a véráramba jutva a különböző szervek között a kémiai összeköttetést közvetítik s mint a sejtek tevékenységét fokozó, csökkentő, akadályozó vagy megváltoztató ingerek hatnak más, termelésük helyétől esetleg távolos szervekre, Baylis és Starling nyomán hormonoknak nevezzük s mindazokat a szerveket, melyek hormonokat produkálnak, hormont készítő, belső elválasztó vagy endokrin szerveknek. Viszont nem értendőnek ide azok a szervek, melyek a vér morphologiai alkotórészét produkálják, tehát a lép, csontvelő, nyirokmirigyek.

Tagadhatatlan, hogy a szervezetnek minden egyes szerve produkál kémiai anyagokat. Pl. az izmok működésük közben tejsavat és CO₂-t termelnek, mely vegyi anyagok viszont a medulla oblongatában a légzés centrumát izgatják, de a nézetek ma még megoszolnak abban, hogy „belső elválasztó szervek” alatt csupán azok az epithelsejtekből álló képződések értendők-e, melyeket egyéb mirigyektől az különít el, hogy kivezető járatokkal nem bírnak, mint a pajzsmirigy, a járulékos pajzsmirigy, a thymus, a mellékvese epithelialis kérgével, a hypophysis mirigyes részével és a pankreas intertubularis sejthalmazával, avagy bármely sejttevékenység alkalmával képződő anyagok, melyeket Üley parhormonoknak nevezett el. Biedl, kinek munkája úgyszólván mindent egybefoglal, a mit ezideig a belső elválasztásról tudunk s mindenkinek nélkülözhetetlen, ki e kérdésekkel foglalkozik, ily elkülönítést ma még nem tart keresztyülvihetőnek s a legtöbb szerző egyelőre a hormonok fogalma alatt csupán a kivezető járatot nélkülöző, imént felsorolt epithelialis jellegű szövetek elválasztását érti. E mirigyek irányában indult meg elsősorban az eredményes kutatás.

A belső secretio lehet hyper- és hyposecretio, ha quantitative, de lehet dyssecretio, ha a váladék qualitative megváltozott s természetesen lehet a mellett, hogy szaporodott vagy csökkent, egyszersmind minőségileg (qualitativ) is megváltozott (hyper- vagy hypo-dyssecretio) s lehet „negativ secretio”, ha valamely ok folytán a szerv secernáló működése megszűnt. A belső secretio anyagának feladata egyrészt bizonyos a szervezetben képződött, a bélszatornában felszívott anya-

goknak vagy más endokrin szervek abnormis váladékának ellensúlyozása, részben való pótlása (compensatorius tevékenység) s így egyszersmind a vérkeringésbe jutott, a szervezetre ártalmas anyagok ellensúlyozása, tehát a szervezet méregtelenítése a mérgeknek egyes szervekben való fixálása, illetve annak ártalmatlan anyaggá való átalakítása útján, másrészt — s ebben az idegrendszerrel physiologiailag hasonlított faktor (Münzer) — bizonyos physiologiai ingerek átvitele s az egyes szervekben felhalmozott potentialis energia szabályozása (Biedl).

Mind e feladatok teljesítésére a belső elválasztás productumai természetesen csak akkor képesek, ha egymással physiologiai egyensúlyban vannak. A mint ez az egyensúly valamely endokrin szerv elválasztásának megváltozásával, szaporodásával, csökkenésével avagy kiesésével megbomlik, bizonyos betegségi folyamatok támadnak.

A physiologiai egyensúlynak fentartásában a mai tudományos fel fogás szerint Biedl megkülönböztet: 1. egy tisztán *hormonalis correlatiót*, midőn a hormonok a különböző szövetek *direct* chemiai befolyásolá sával, megváltoztatásával hatnak; 2. egy *hormoneuralis correlatiót*, midőn a hormonok *indirecte*, az idegrendszer közvetítésével fejtik ki hatásukat.

A betegségek, melyek a physiologiai egyensúly meg zavarásán alapulnak, mint az egész organismus betegségei mutatkoznak, de a mellett természetesen előtérbe lép annak a szervnek morphologiai vagy működésbeli anomaliája, mely nek physiologiai feladatának végzéséhez éppen annak a bi zonyos hormonnak hatására — normalis kvalitásában — volt elsősorban szüksége.

A hormonok közül ma, ha a biochemiának nem is sikerült még pontosan tisztázni a vegykutatást, mégis aránylag leginkább ismeretes a pajzsmirigy váladékának hatása, mely szabatos állatkísérletek hosszú sora s a betegágnál s auto ptiák alkalmával tett tapasztalatok révén már megvilági tást nyert.

Biztosan thyreogen eredetűnek bizonyult főleg két meg betegedés: *a Basedow-féle megbetegedés és a myxoedema.*

Minket a hormonologia főleg dermatologiai vonatkozá saiban érdekelvén, tanulmányunkban természetesen a bőr viselkedésére fektetjük a főszlyt, magától értetődően a nél kü, hogy az illető megbetegedésekben a bőrtüneteknek a kellőnél nagyobb vagy éppen kizárólagos fontosságot tulaj donítanak.

* * *

Találtak bőrelváltozásokat a Basedow-féle betegségben a myxoedemában, az akromegáliában, a dystrophia adiposo genitalisban s a mellékvese elváltozásának következményeként beálló bőrpigmentatio egyenesen jellegzetes.

Ha, mint kétségtelenül be van bizonyítva, minden egyes szerv bizonyos chemiai anyagokat ad le a vérkeringésbe, annak útján az szertevitetik az organismusba s a legtávolabbi szerv működését is befolyásolhatja s így pathologiai folya matok előidézője lehet, nem is valószínű, hogy éppen a bőr lenne az egyetlen szerv, a melyre ezek az anyagok befolyással ne bírnának s nem valószínű, hogy e be folyás ne idézhetne elő oly bőrelváltozásokat, melyek közül egyeseket ma még mint ismeretlen aetiologiájú, de genuin bőrbetegség-typusokat ismerünk. Ennek további bizonyítása nem is szükséges akkor, midőn már egyes többé-kevésbé jól körülírt bőrelváltozásoknak jelentvolta a belső elválasztás megváltozásával bebizonyítottan causalis nexusban álló bizonyos betegségekben (myxoedema, Addison-féle kór) iga zolva van.

A kérdés azonban az, hogy egyes specifikus bőrbetegség typusok oki összefüggésbe hozhatók-e már tudományunk mai álláspontján is a belső elválasztással, midőn az annak követ kezmenyt alkotó vérelváltozások chemismusának ismerete még jóformán homályban van. Továbbá ismerünk-e, ad-e az ana tomia, a klinika s az anamnesis oly adatokat, melyekből di recte vagy analogia útján oly következtetés volna levonható, mely szerint az illető betegségtypusok a belső elválasztás pathologiai megváltozásával hozhatók oki összefüggésbe.

Az összes szervek, illetve az endokrin mirigyek közül a pajzsmirigy az, mely, mint fentebb említettük, már ma is tiszta képét nyújtja egyes betegségfolyamatok származásának. A Basedow-kórt egész határozottsággal a mirigy hypertro phiájával és ebből folyó hypersecretiójával, míg a myxoede mát atrophijával hozhatjuk kétségtelen causalis nexusba.

Tehát e két antagonista megbetegedés — a Basedow-kór és a myxoedema — a legalkalmasabb arra, hogy azok tüne teinek ismeretében, azokkal más betegségek tüneteit összevetve, analogia útján következtetéseket kíséreljünk meg levonni.

A Basedow-féle betegség tünetcsoportja:

thyreohyperplasia
hyperthermia (gyakori)
tachycardia
lesoványodás
mohó étvágy (gyakran)
exophthalmus
psychés ingerlékenység

hyperidrosis.

A bőr finom, könnyen ki piruló, feszes, könnyen iz zad, különösen a tenyéren, talpon, hónaljban. Néha a hyperidrosishoz hyperkerato sis palmaris csatlakozik. Ba nalis dermatitisek, pruritu sok. Hajhullás, néha alo pecia.

A myxoedema tünet csoportja:

thyreoaplasia
hypothermia
bradycardia
kövérség
étvágytalanság
szemek beesett volta
psychés közönyösség, kor látoltság a kretinismusig
an- vagy oligidrosis.

A bőr feltűnően sápadt, szá raz, ránczos, koravén be nyomást keltő, sajátosan vízenyősen infiltrált. Sub jective fázás, objective a bőrnek tapintásra feltűnő hidegsége, a verejték hiánya. Chronikus banalis derma titisek, pigmentatiók, a haj zat ritkulása és korai őszülés.

A hyperthyreoidismuson alapuló Basedow-kór eseteiben a bőrön mutatkozó elváltozások egymagukban nem specifi kusak és csak egyéb tünetek számbavétele mellett válhat nak pathognomoniássá. Kifejezetten a hyperthyreoidismus sal oki kapcsolatban álló önálló bőrbetegségtypus eddig nem ismeretes. Míg a hyperidrosis az esetek túlnyomó részében állandóan jelenlevő tünet, addig a különböző mértékben je lentkező pruritusok, a kisebb-nagyobb területet elfoglaló ba nalis dermatitisek, pigmentatiók s a keratinisatio egyes za varai nem szükségképpen következményei a Basedow-kór nak, ámbár gyakoribbak annál, semhogy csupán esetle gesnek tekinthetők azokat. Pässler 58 esete közül 10-ben, Grohmann 14 eset közül 4-ben pigmentatiót, Rösner kifeje zett urticariát, Sidlo erythemát s Mannheim 41 betege közül 14-en hajhullást ír le, mely a teljes alopeciáig vezethet (Van t'Hoff). Hyde és Mc Even 111 Basedow-kór („exophthalmic goitre”) esete közül 49-ben hyperidrosist, 15 pigmentatiót, 5 diffus sklerodermiát („most of them generalised”), kiterjedt alo peciát, vitiligót, urticariát, erythemát ír le. Legújabban (1913) Sabouraud közölt kifejezett Basedow-kórral kapcsolatos alo peciát (alopecie en air, pelade) két esetben, továbbá két hasonló elváltozást oly gyermekeken, kiknek anyja szenved kimutat hatóan Basedow-kórban s egyet a hyperthyreoidismus oly esetében (golyva), a melyben a Basedow-kór tünetei hiá nyoztak. Sabouraud bizonyos időszült jellegű, súlyosabb alopecia-esetek egy részét egyenes oki vonatkozásba hozza a Basedow-kórral s utal arra, hogy egyes alopeciák a Base dow-kór egyéb tüneteivel *parallel* súlyosbodnak vagy ja vulnak.

A Basedow-kórt kísérő bőrelváltozások közül felemlí tést érdemel Nékám azon esete, melyet 1901-ben kór házi osztályáról Szatmári-val közöltetett. A betegen elvisel hetetlen viszketés, tachycardia, kisebbfokú hyperthermia, exophthalmus mellett az egész köztakaró tele volt „szá raz, kender-borsónagyságú, a bőr alapszínétől fehéren elűtő, keménytapintatú, a bőr színe fölé kiemelkedő papulákkal. A hason és a lábszáraikon a vakarások származott hám horzsolások nagyszámúak. A körömök elkopottak, a lemezek nem érnek a matrixon túl és a folytonos vakaródzástól kifé nyesedettek“.

A Basedow-kórhoz társuló bőrelváltozásoknál sokkal jellegzőbbek a genuin athyreosis, a myxoedema, valamint a cachexia thyreopriva bőrelváltozásai, míg az utóbbiak sokkal kevésbé állandóak és kifejezetten a Hertoghe-féle hyper-

thyreoide benigne chronique eseteiben s a myxoedema ú. n. „fruste“ alakjaiban (Saenger). Mint a myxoedemánál, úgy a cachexia thyreoprivánál fokozott hajhullás, az epidermis szárazsága secundaer dermatitisekkel van állandóan jelen.

Ha *klinikai* képét vesszük a myxoedema bőrelváltozásainak, szinte szembeötlő annak analógiája egy mindennapos, úgyszólván physiologiainak tekinthető elváltozással, a bőr kifejezett *senilis involutiójával* s — legalább előttünk — felöltik az analógia egy másik, ritka bőrbetegséggel, a *xeroderma pigmentosummal*.

Az öregkorban a bőr szárazsága és ránczos volta, a hajak és fogak kihullása, a verejték elválasztott mennyiségének csökkenése, az emésztőképeség alászállása, az anyagcsere renyhése, a test hőmérsékletének leszállása, a psychés képességek észrevehető degenerációja oly jelenségek, melyek, mint az öregkort, épp úgy a myxoedemát is jellemzik, úgy hogy oly felfogásra is vezettek egyes szerzőket, hogy a myxoedema nem más, mint a pajzsmirigy atrophiaja következtében beállott korai öregkor, a szervezetnek *senilis involutiója*.

Kétségtelen, hogy a seniumban, midőn a bőr azon jellegző elváltozása, melyet *atrophia cutis senilisnek* nevezünk, beáll, avval egyidejűleg a belső secretiós szervek visszafejlődése is előtérbe jut. A pajzsmirigy pl. „újszülöttekben és gyermekekben aránylag nehezebb. Az előbbieken a test súlyához úgy aránylik, mint 1 : 200—400; felnőttekben mint 1 : 1800“ (Mihálkovich). Horsley is hangsúlyozza, hogy a pajzsmirigy az előrehaladó korról arányban atrophizálódik. S a többi endokrin mirigy térfogata s ezzel egyszersmind működése is változik az emberi kor különböző éveiben, a mi szintén utal a belső elválasztások végtelen komplikált voltára. Ezért nemcsak a pajzsmirigy, hanem egyéb endokrin szervek visszafejlődése is jellegző tulajdonsága az öregkornak, úgy hogy ma már nem tarthatjuk az úgynevezett öregségi cachexiát sem kizárólag a béltractus atrophijától feltételezettnek, hanem *más organikus elváltozásokkal* (pl. idegrendszer stb.) kapcsolatban azt a belső elválasztás részben való kiesésének, illetve csökkenésének, avagy minőségében való megváltozásának kell tulajdonítanunk még akkor is, ha be kell vallanunk, hogy ezirányú exact kísérletek ezidőszáig még nem állnak rendelkezésünkre. Meg kell jegyeznünk, hogy a *senilis involutió*nak a belső elválasztás megváltozásával való sajátos kapcsolatára Lorand figyelmeztetett első ízben.

De van még egy betegség, melyben a bőrelváltozás nézetünk szerint már klinikailag is közeli nexusba hozható úgy a myxoedema, mint az *atrophia senilis cutis* bőraffectiójával s ez a *Kaposi-féle xeroderma pigmentosum*, illetve annak pigmentatiós, atrophias stadiuma.

A korai gyermekkorban, néha az élet későbbi éveiben kezdődő betegségben a bőr körülírt vagy diffúz, kisebb-nagyobb fokú pigmentatiókat, majd atrophias részleteket mutat s az elváltozott bőrrészletek között is a köztakaró száraz, pergamentszerű, ránczos s annyira emlékeztet a *senilis involutióra*, hogy a betegséget már első leírója, Kaposi is mint „*senilitas praecox*“-ot fogta fel.

Az atrophias stadium hosszú fennállása után szemölcsökre emlékeztető, carcinomának bizonyuló rosszindulatú daganatok keletkeznek a bőrön néha excessiv számban s a beteg végre is a carcinosis folytán pusztul el. *Jelen tanulmányunkban a megbetegedésnek csak a carcinomát megelőző pigmentatiós, atrophias állapota érdekel bennünket, mivel részünkről ezt tekintjük a betegség lényegének, míg a carcinosist tulajdonképpen csak másodlagosnak tekintjük*, mely az alapbajhoz a *xeroderma pigmentosum*os bőr lényegében ismeretlen dispositiója folytán társul.

Azt a nézetünket, hogy a megbetegedés valóban közel áll a bőr *senilis atrophiajához*, csak erősítik azok az esetek, melyekben a *xeroderma pigmentosum* igen előrehaladott korban jelentkezett. Riehl 60 éves, Kaposi 64, Matzenauer 66, Herxheimer-Hildebrand 72 éves korban látta jelentkezni.

Véleményünk szerint ezek az esetek annak bizonyítására alkalmasak, hogy a *xeroderma* tulajdonképpen nem más, mint

a bőr *fokozott senilis involutiójának* képe ifjú egyéneken, de e fokozott *senilis involutiót* némely egyén physiologice is elérheti az öregkorban s ekkor ahhoz a carcinomára való dispositio is csatlakozik épp a bőrben létrejött degeneratív állapotok következtében.

De a szóbanforgó három betegségnek nemcsak *klinikai megjelenésében*, de az azok lényegét tevő *anatomiai elváltozások histologiai képében is oly közeli vonatkozásokat vélünk részünkről felfedezhetni, melyekből nagy valószínűséggel vonható le következtetés az elváltozást előidéző okok hasonló vagy rokon természetére*. Távol áll ugyan tőlünk, hogy egyedül az *anatomiai elváltozások morphologiai hasonlatosságából* érvet kovácsolva, azokból az okok azonosságára vonjunk következtetést, de „*ceteris paribus*“ ezeket is mérlegelendőnek tartjuk.

Ugy a myxoedema, mint az *atrophia cutis senilis* s a *xeroderma pigmentosum* eseteiben a cutisban oly sajátlagos degeneratiós folyamatot észlelhetünk, mely a rugalmas és collagen szöveteket egyaránt megváltoztatja. A rugalmas rostok duzzadása, a collagen rostok karcsúsodása (Caspary) myxoedema esetében, annak majdnem teljes eltűnése a felső cutisrétegekben, mindkét szövetnek basophilája s azoknak homogen, hyalinszerű tömeggé való átalakulása (Neumann: „glasartige Verquellung“, „senile Verschrumpfung“) mind egyik bőrelváltozásnál egyaránt jellemző. A folyamat egyes phasisaiban az egyes szövetelemeknek bizonyos festőanyagokhoz való chemiai affinitásának jelzésére a „collacin“, „elacin“, „basophil collagen“, „collastin“ s a structurát nélkülöző végső productum számára a „kolloid“ elnevezést alkalmazták a szerzők (Unna, Schmidt, Reizenstein, Krystal-lowitz stb.).

A feltűnő hasonlatosság, mely a *xeroderma* pigm. és a bőr *senilis atrophiaja* között fennáll, vitte rá Löwenbach-ot, hogy Kaposi azon intuitív megfigyelésének, hogy a *xeroderma* mint a bőr „*senilitas praecox*“-át fogta fel, a histologia alapján is igazat adjon. „Unsere Befunde — írja Löwenbach — aus dem eigentlich „xero“-dermatischen, atrophischen Stadium scheinen diesbezüglich von Wichtigkeit zu sein, denn sie liefern Bilder, die qualitativ identisch mit den als „senile Degeneration“ beschriebenen Zuständen, nur quantitativ stärker ausgeprägt erscheinen.“

Mi részünkről alapul véve Unna s mások (Unna-nál felsorolt) histologiai leletét a myxoedemas bőrről, hasonlóképp csak *quantitativ különbségeket látunk a myxoedema és az atrophia cutis senilis bőrelváltozásai között, épp úgy, mint a bőr senilis degenerációja és a xeroderma pigmentosum atrophias stadiuma között*. A bőranatomia alapján *gradualiter a myxoedema mellé a kifejezett atrophia cutis senilist tehetjük, míg a qualitative azonos elváltozások excessiv foka a xeroderma pigmentosum*.

Tehát úgy a klinika, mint a pathohistologia demonstrálja a szóbanforgó három bőraffectio morphologiai genesisének *qualitativ egyező voltát*. A myxoedemának a hypothyreoidismussal, a bőr *senilis involutiójának* hasonlóképp az endokrin mirigyek atrophiajával való egyidejű előfordulása bonczolástaniilag igazolva van, egyedül a *xeroderma pigmentosum* bonczolásra került eseteiben nem volt eddig igazolható az endokrin szövetek egyidejű elváltozása. De erre meg kell jegyeznünk, hogy az eddigi bonczolások alkalmával a pajzsmirigy, a járulékos pajzsmirigy, a hypophysis, a thymus stb. vizsgálatára alig helyeztetett súly. Legalább a közölt bonczolási jegyzőkönyvekben e szervek állapotáról pontos feljegyzések nem találhatók.

Másrészt még a szervek *morphologiai elváltozásának hiányában is elképzelhető a termelt mirigyváladékoknak chemiailag megváltozott volta*.

Ez analógia ellenében felhozható volna még az, hogy míg a *senilis degeneratio* és a myxoedema a bőrön kezdettől fogva diffusan mutatkozik, addig *xeroderma* eseteiben az észlelések egész sora bizonyítja, hogy az elváltozások első sorban azokon a bőrrészleteken mutatkoznak s később, a generalizálódás után is azokon legintenzívebbek, a melyek a

napfény befolyásának leginkább ki vannak téve. Így az arczon, nyakon, kezeken, mezitláb járókon a lábszár alsó részén, felnőttek közül leginkább oly egyéneken, kik foglalkozásuknál fogva leginkább voltak kitéve a nap intenzív sugarainak (innen *Unna* „Matrosenhaut“ elnevezése). Az insolatióknak ehhez hasonló provocatív hatása a senilis bőratrophia s myxoedema eseteiben tényleg nem demonstráltatott. Véleményünk szerint azonban ez még nem szólhat a megbetegedésnek az endokrin elválasztáson alapuló aetiologiája ellen s itt *Wedding* érdekes megfigyelésére hivatkozunk. *Wedding* leírja, hogy tatárkaszalmával etetett marhák és juhok kiütést kaptak intenzív insolatióra, de nem egyformán, mert a sötétén pigmentált állatok mentesek maradtak s minél világosabb színű volt az állat, annál intenzívebben jelentkezett a kiütés, míg a homályban tartottak ezt kikerülték. Lényeges, hogy e kiütés csak akkor jelentkezett, ha az állatok tatárkaszalmával tápláltattak. Tehát ebben az esetben az emésztőtractus útján a vérkeringésbe jutott kémiai anyagok idézték elő a bőr dispositióját, míg a napsugarak mint kiváltó ok szerepeltek. Hasonló folyamatra kell xeroderma eseteiben is gondolnunk, t. i. hogy a vérkeringésbe jutott megváltozott belső elválasztási productumok, melyek chemiailag különbözhetnek a másik két megbetegedésben produkált anyagoktól, praedisponálják a bőrt arra, hogy a napsugarak a pigmentációk képződésére befolyást gyakoroljanak. E mellett szólnak azok az oxydatiós folyamatok is, melyek az *Addison*-féle betegség melanodermiájára jellemzők s melyekre alább fogunk kiterjeszkedni. Tehát az, hogy a xeroderma pigmentosum nem diffuse az egész testfelületre kiterjedőleg jelentkezik egyszerre, hanem a napsugaraknak inkább kitett bőrrészekre kezdődik, nem szól a betegségnek endokrin alapon való származása ellen.

Felhozható volna még az, hogy, a mint az irodalom demonstrálja, a xeroderma, ha nem is hereditaer, de mégis gyakran egy-egy család több tagján — többnyire testvéreken — jelentkezik, még pedig előszeretettel oly gyermekeken, kiknek szülőit consanguinitas kapcsolja össze (*Forster*). Ez azonban éppen nem szól az endokrin szervek anomáliái ellen, sőt inkább a mellett. A hereditarismus sokat vitatott kérdései abban a pontban már kialakultnak mondhatók, hogy a szerzett tulajdonságok — köztük a fertőző betegségek — fogamzás útján nem öröklődnek át, legfeljebb a dispositio azokra. Az újabb szerzők nagy része még congenitalis syphilis eseteiben is joggal kétségbevonja annak germinatív átvitelét s a foetus fertőzését postconceptionalis módon tartja csak lehetségesnek. Evvel szemben az anatómiai difformitások — a milyenek az endokrin szervek difformitásai is lehetnek — kétségen kívül átöröklhetők a szülőről az utódra. S így éppen nem valószínű, hogy valamely ily szervnek morfológiai, esetleg csak működésbeli difformitását átörökölhették a xerodermások.

Természetesen az endokrin szervek elválasztása chemismusának ismerete előtt s a xerodermára vonatkozólag az esetek autopsiára kerülő részének e szervekre vonatkozó beható vizsgálata hiányában ma még nem bizonyítható kétségtelen tényekkel, de már a szóbanforgó bőrelváltozások klinikája és anatómiája valószínűvé teszi azt, hogy mint a myxoedema, úgy az atrophia senilis cutis s a *Kaposi*-féle xeroderma pigmentosum causalis nexusban áll a belső elválasztásnak quantitativ vagy qualitativ megváltozásával.

(Folytatása következik.)

Közlemény a kolozsvári Ferencz József tud.-egyetem belgyógyászati klinikájáról. (Igazgató: Jancsó Miklós dr., egy. ny. r. tanár.)

Adatok a hasnyálmirigy heveny gyulladásának kórjelzéséhez.*

Irta: Nagy Samu dr., tanársegéd.

A legkülönbözőbb pancreasmegbetegedésekkel kapcsolatban állhat be az úgynevezett zsírnecrosis, azonban a legritkább esetben sikerül a belgyógyásznak diagnosztikailag

betegséget. A kórjelzés megállapítása legtöbbször csak a műtét alkalmával vagy pedig a bonczoláskor lehetséges. Nincsenek olyan klinikai tünetei, a melyek legalább bizonyos mértékig pathognostikusak volnának. A laboratoriumi vizsgálati methodusok közül sok többé-kevésbé megbízható, bár nagyobb részt nehezen kivihető olyan vizsgálati eljárást ismerünk, a melyek lehetővé teszik a pancreas megbetegedésének diagnózisát, azonban ezek az eljárások is inkább chronikus pancreasmegbetegedésekre vonatkoznak. Ennek okát magyarázza egyrészt a pancreas acut megbetegedéseinek aránylag ritkább jelentkezése, másrészt ezek diagnózisának bizonytalan volta és talán még inkább a gyors lefolyás, az ilyen betegeknek igen súlyos állapota. Ily körülmények között sokszor visszariadunk attól, hogy valamely körülményesebb diagnostikai eljárást végezzünk.

Vizsgálataimnak célja az volt, hogy műtét alkalmával biztosan megállapított zsírnecrosis esetében a lehetőség szerint olyan vizsgálatokat végezzek, a melyek idősült pancreasmegbetegedés eseteiben mint a diagnosit nagy mértékben támogató eljárások beváltak, és figyeljem, hogy a műtét után mutatkozó javulással vagy esetleges rosszabbodással kapcsolatban minő elváltozások lesznek észlelhetők e vizsgálatok eredményében.

Esetünk rövid körleírása a következő:

M. Gy.-né, 50 éves, férjes, vasuti munkás neje; felvételt 1912 július 31.-én.

Öt gyermek anyja, kik közül négy egészséges, egy gyermeke 10 napos korában előtte ismeretlen betegségben halt meg. Abortusa nem volt. Mensese három év előtt kimaradt. Szesz italokat nem szokott inni. Nemi infectiója nem volt. Gyermekekorában többször volt hidegrázása. Hat hónap előtt méhgyuladása volt. Sárgaságban sohasem volt. Jelen betegségére nézve előadja, hogy három nap előtt háta esett, a mint a lépcsőn lefelé haladt és rövid idővel azután hasa fájni kezdett, másnapra hasfájása fokozódott. Tegnap dél óta igen erős hasfájása van, azóta többször hányt; nem csuklott. Hidegrázása nem volt. Tegnap reggel volt széke utoljára, azóta szelek sem távoztak.

Status praesens: Alacsonyabb termetű, jól fejlett csont- és izomrendszerrel, igen bő bőralatti zsírpárnával bíró nőbeteg, a bőr színe halványabb. Az ajkak kissé szederjesek. A háton, a hason ütődés nyoma nem látható. Sárgasága nincs. A hőmérséke 37.5° C. Kissé elesett; szaporán, felületesen lélegzik, keveset köhög; köhögéskor hasfájása fokozódik. Az érelkés szapora (96), kissé puhább, rhythmusos. Rekeszállása általában egy bordaközzel magasabb a rendesnél. Az idegrendszerben, a légzési és vérkeringési szervekben egyéb lényeges eltérés nem észlelhető.

Nyelve kissé bevont, nedves. A torok halvány. Nyelni tud. Gyakori hányásingere van, néha kevés sárga folyadékot hány, gyakran bőfög. Nem csuklik. A has domború, különösen az epigastrium emelkedik elő; mindenütt feszesebb légpárnatapintatú. A has különösen az epigastriumban és a köldök táján igen érzékeny, egyébként a hasat mindenütt igen fájdalmasnak mondja, mely fájdalom nyomásra fokozódik. Az epigastriumban nem egészen kifejezett defense, egyébként nincs. A hasfájdalmak kisugároznak a hátba, legerősebben a 10.—12. hátcsigolya magasságában. Sérve nincs. A végbél üres. Szelek nem távoznak. A májtompulat alsó széle egy ujjnyira a bordaív fölött van. A léptompulat kicsiny.

Az uterus retroflektált és -vertált, feszes hasa miatt két kéz közé alig vehető; jobboldalt körülbelül galambtojásnyi, cystosus tapintatú, érzékeny petefészek; a baloldali adnexumok nem tapinthatók. Kevés nyálkás folyás. A vizelet sötétebb borsárga, kissé zavaros, áttetsző, 1.024 fajsúlyú, fehérje, cukor nem mutatható ki.

Fehérvérsejtszám 12.000. Gyógykezelés 3 óránként 0.01 opium.

Augusztus 1. Állapota alig változott. Az éjjel nem aludt. Arczkifejezése nyugtalan, aggódó. A szemek beesettek. Szaporán lélegzik. A pulsus kissé szaporább (102). Nyelve bevont, nedves. Tegnap óta kétszer hányt kevés víztiszta folyadékot. Gyakran bőfög. Gyakori hányásingere van. Nem csuklik.

* Előadta az Erdélyi Múzeum-Egylet orvosi szakosztályának 1912 december 14.-i ülésén.

Szelek nem távoznak. Ismételt beöntésre sem volt széke. A has kissé nagyobb, feszesebb.

* * *

A belgyógyászati diagnosis az elmondottak alapján csak valószínűségi lehetett, még pedig feltételeztük a peritoneumnak diffus gyulladását, melynek kiinduláspontját az epigastriumra lokalizáltuk; a peritonitis tünetek nem voltak nagyon előtérben, azért traumás eredésű retroperitonealis vérzésre (a pancreasba vagy a pancreas köré) gondoltunk és éppen ezért műtétet tartottunk indikálnak.

Ugyanezen nap a délután folyamán a beteget megoperálták (Steiner magántanár) s a csepleszen és a belfodron elszórtan zsírnecrosist, a hasüregben kevés vörhenyes zavaros folyadékot s a lig. gastrocolicum tompa szétfejtése után duzzadt pancreast találtak. A pancreas ágának drainezése után a hassebet részben egyesítették. A műtét után 5–6 nap múlva kezdődött a beteg állapotában lényeges javulás mutatkozni. Ugyanekkor a beszárított bélsárban lencsényi nagy fehéres epekövet találtunk, mely a chemiai analysis alkalmával tiszta cholesterinnak bizonyult. A beteg láztalan lefolyás mellett szeptember 27.-én gyógyultán távozott.

A mi a klinikai képet illeti, kevés oly tünet volt, mely kellő határozottsággal utalt volna a pancreas megbetegedésére. A nagyobb fokú elesettség aránylag kevés helyi tünet mellett; a fájdalom állandó jellege, lokalizálása, a hátba való kisugárzása; az aránylag csekély trauma után jelentkező, a peritonitist csak sejtető, de nem nagyon kifejezett, elmosódott tünetek, melyek lassú fokozódást mutattak, voltak azok a tünetek, a melyek jogossá tették, hogy a pancreas megbetegedésére gondoljunk.

A mi a betegség pathogenesisét illeti, Opie, majd Fuchs hívják fel a figyelmet arra, bonczolástani vizsgálatok s az idevonatkozó irodalom feldolgozásával kapcsolatban, hogy a pancreas-gyulladások aetiologiájában a cholelithiasisnak van legjelentősebb szerepe, a melyet nem annyira a nagyobb epekövek, hanem többnyire 2–3 mm. átmérőjű kövek idéznek elő. Körülbelül ilyen nagyságú köveket találtunk mi is ez esetünkben, a melyek — ha elfogadjuk a fent említett szerzők vizsgálatainak tanulságait — valószínűleg a trauma által mobilizáltak s így vezethettek esetleg a papilla Vateri eldugulására. Elképzelhető volna az is, hogy ilyen epekövek ismételt eldugaszolhatták előzőleg a papilla Vaterit s így esetleg a pancreas már előzőleg beteg volt és ebben a beteg pancreasban idézhetett elő az a csekély trauma is vérzést, esetleg gyuladást. Ha a cholelithiasist tekintjük az acut pancreatitisek legfontosabb aetiologiai momentumának, akkor magyarázatát kapnók annak is, hogy miért látjuk többnyire kövér embereken.

A mint az ilyen betegségben történni szokott, a betegség előrehaladottabb stadiumában jelentkezett a mi betegünk is a klinikán, a mikor már meglehetősen súlyos állapotban volt s aránylag rövid ideig észlelhetők. Ezért a műtét után vetettük fel azt a kérdést, hogy vajon nem volna-e alkalmas ez eset arra, hogy a reconvalescentia, vagy az esetleg bekövetkező súlyosbodás mellett is bizonyos olyan laboratoriumi vizsgálatokat végezzünk, melyek más chronikus pancreas-bántalmakban mint a diagnosist támogató eljárások többé-kevésbé beváltak. A betegben szerettem volna pontos anyagcserevizsgálatot végezni, azonban részben a külső körülmények, részben a betegnek súlyos állapota (minek folytán a beteg hol a székét, hol a vizeletét maga alá bocsátotta, gyakran hányt stb.) megakadályoztak ennek kivitelében, ezért arra szorítkoztam, hogy lehetőség szerint pontosan összegyűjtem a műtét utáni első tizennégy napon úgy a vizeletet, mint a bélsarat s ennek chemiai feldolgozásával valamelyes betekintést nyerjek a vizelet és a bélsár egyes fontosabb alkotóelemeinek egymáshoz való viszonyába.

A műtét utáni 5–6. napon a beteg átlag körülbelül 7–800 cm³ tejet kapott, a melynek nagyobb részét ki is hányt, később valamivel több tejet s naponta kétszer 2–300

cm³ húslevest is evett; ritkábban hányt. Észlelésem utolsó két napján vegyes étrenden volt.

A beteg vizelet-kiválasztása az első hét napon 5–700 cm³ közt ingadozott, fajsúlya 1.021–1.026 között; a nyolczadik naptól kezdve bővebb a diuresis s ettől kezdve a fajsúlya is 1.020 alatt van. A vizelet kémhatása állandóan savi. Fehérje és cukor nem volt kimutatható a vizeletben.

Mivel a fent említett okok folytán pontos anyagcserevizsgálatot nem végezhettem, megelégedtem azzal, hogy néhányszor a vizelettel kiválasztott N-t határoztam meg. A műtétet követő napon gyűjtött vizeletben a Kjeldahl szerint meghatározott össz-N értéke 24 óra alatt 16.676 gr. (két meghatározás középértéke), a mi később csökken, így a műtétet követő 5. napon már csak 9.772 gr. a 24 órai össz-N a vizeletben. Tehát a műtétet követő napon magas össz-N-értéket találunk, tekintettel arra, hogy betegünk már előzőleg napokon át minimális fehérjenemű anyagot (tej) vett magához; jelentékeny fehérjevesztéssel dolgozott tehát a beteg szervezete.

Hogy azonban ez a veszteség mennyiben tudható be a pancreas megbetegedésének vagy a vele járó peritonitisnek, mennyiben a chloroform-narcosisnak (Salkowski E.), azt ebben az esetben nem dönthetjük el. A későbbi csökkenése a kiválasztott N-nak határozottan mutatja azt, hogy a javulással kapcsolatban a szervezet fehérjeforgalma a bevitt és kivitt értékek egyensúlyi állapotát mindinkább megközelíti. A bélsár N-tartalmát nem határoztuk meg.

A mi a kiválasztott N-vegyületeket illeti, az említett napi N-mennyiségnek 82.03%-a mint húgyanyag,¹ 4.71%-a mint ammoniak (Krüger-Reich-Schittenhelm szerint meghatározva), továbbá 1.76% mint aminosav (Henriques-Frey-Gigon szerint meghatározva formoltitratio útján) választatott ki. Tehát a N-tartalmú fehérjebomlási termékeknek egymáshoz való aránya még a műtétet követő másnapon sem mutatott lényegesebb eltérést a normalistól, sőt az aminosavak aránya még valamivel a normalison is alul maradt, a mire érdekes rámutatni azért is, mert Jaksch szerint diabeteseseknél emelkedett az aminosav-kiválasztás.

A fehérjékben szereplő fontosabb ásvány-anyagok közül a P és S kiválasztásának viszonyai vizsgáltattak a Wolf-Oesterberg-féle methodussal a következő eredménnyel: Napi összes kén 1.25 gr., N:S = 13:34:1.

Ha az összes kén-értékből a körülbelül 20%-ra tehető nem oxydált ként levonnók, akkor az N:S-arány megfelelne a normalis viszonyoknak.

A P₂O₅- és a P-értékek, valamint ezeknek a N-hez való arányai, mint az I. táblázatban látható, szintén közel normalis értékeket adtak.

I. táblázat.

A műtét utáni 24 óra alatt gyűjtött vizelet elemzése.

Mennyiség	770	cm ³
Fajsúly	1.021	
Fehérje	—	
Cukor	—	
Aceton	+	
Acet-ecetsav	+	
Össz-N	16.676	gr.
Az össz-N-ből	U-N	82.03%
	ammoniak-N	4.71%
	aminosav-N	1.76%
S	1.25	gr.
P ₂ O ₅	2.241	„
P	1.02	„
N:S = 13:34:1		
N:P = 16:3:1		
N:P ₂ O ₅ = 7:3:1		

¹ A húgyanyagot Henriques és Gammetoft szerint határoztam meg a zavaró egyéb N-tartalmú anyagok phosphor-wolfram-savval való kicsapása után; a húgyanyag bontása autoclavban 150°-on történt és a képződő ammoniak meghatározását Krüger-Reich-Schittenhelm szerint végeztem.

Ismételten végeztem a beteg vizeletével *Cambridge-reactiót* (a C-, vagyis a kombinált eljárást) mindig pozitív eredménnyel; még a műtét utáni nyolczadik napon is megkaptam a typusos osazon-kristályokat, melyek 33%-os kénsavban oldhatók voltak; olvadáspontjuk 172 C°-on (gyors hevítéssel) volt. A Cambridge-kristályok értékét ma még nehéz eldönteni, annál inkább, mert a vizsgálok homlokegyenest ellenkező eredményeket értek el e vizsgálattal, így *Robson, Maas, Schwarz, Isaya, Hagen, Kehr, Agabekow, Weber*; az itteni belgyógyászati klinikán *Braunstein* megerősíti a *Cambridge* adatait, sőt *Feldmann* 100%-o biztossággal állapította meg a pancreasbántalmat a *Cambridge-reactio* pozitív vagy negatív voltából, míg ezzel szemben éppen a legújabb vizsgálok, így *Herz és Wilhelm, Haldane, Wijnhausen, Wilcox, Orlowski, Kern, Deawer, Roth, Ellenbeck, Schmidt, Mayesima* stb., részben a legkülönbözőbb bántalmakban pozitívnak találták, részben éppen pancreasbetegségekben negatív eredményt értek el. Érdemesnek tartom megemlíteni, hogy a javulással kapcsolatban csökkent a kicsapódott Cambridge-kristályok mennyisége.

Igen pontos anyagcserevizsgálatok állnak rendelkezésünkre a zsír kiválasztását illetőleg különböző pancreasbántalmakban, így *F. Müller, Weintraud, Deucher, Oser, Pribram, Brugsch és König, Glaesner és Siegel, Gigon, Umber és Brugsch* stb. 13·5—82·9%-ig ingadozó zsírvészteséget talált, azonban e vizsgálatok természetesen chronikus pancreasbántalmakra vonatkoztak. Még nagyobb eltérések mutatkoztak az olyan zsírmeghatározásokban, a melyekben nem vették tekintetbe a bevitt zsír mennyiségét, hanem csak a bélsárban levő zsírmennyiséget határozták meg s ezt vonatkoztatták a beszárított bélsár mennyiségéhez. Tejdiéta mellett úgy egészséges gyermekekben, mint felnőttekben általában 13·5—22·7% a bélsár zsírtartalma (*Uffelmann, Lange és Berend, Tchernoff, Biedert, v. Hösslin, v. Noorden, F. Müller*). *Abelmann* pancreasuktól megfosztott kutyákon tapasztalta, hogy ha nem emulgeált zsírral táplálta őket, akkor ez úgyszólván quantitativ távozott el a faecesben, míg tej táplálék mellett csak 43—70%-a veszett el. Chronikus pancreasbántalmakban a ductus Wirsungianus zárt volta mellett is többször aránylag jó zsírkihasználást találtak (*Fr. Müller, Weintraud, Gigon* stb.), azonban ilyenkor nehéz megmondani, nem maradt-e még ép mirigyszövet, vajon nem ürül-e az esetleges második vezetéken (ductus Santorini) vagy egy accessorius mirigyből elegendő pancreasváladék a bélbe.

Ilyen viszonyok között jogosnak látszott, hogy a zsírnecrosisban kapcsolatban vizsgálat tárgyává tegyük, hogy vajon magasabb-e a bélsár zsírtartalma, még akkor is, ha a bevitt nem ellenőrizhetjük pontosan. Ezt annál is inkább gondolhattuk, mert, mint említettem, a beteg minimalis mennyiségű tejjel táplálkozott, melynek zsírja pedig aránylag legjobban bontható és legkönnyebben szívódik fel, úgy hogy valószínűnek látszott, hogy az esetleg mutakozó nagyobb zsírkiválás csakis a pancreas megbetegedésével lesz összefüggésbe hozható. Betegünknek a műtét utáni második napon volt először többszöri végbél-beöntés után kevés széke, melyet nem használtunk fel a vizsgálat céljára. Ettől kezdve a 3—4 napos időközökben összegyűjtött bélsarat külön-külön vizsgáltam annak zsírtartalmára éppen azért, hogy megfigyelhessenem, vajon a javulással kapcsolatban milyen változás lesz a bélsár zsírtartalmában. Külön gyűjtöttem a műtét utáni 4. napig, azután az 5—8. napig, a 9—11. napig és 12—14. napig ürített bélsarat s ezeket az alábbiakban I., II., III., IV. számmal jelölöm.

A bélsarakat vízfürdőn beszárítottam, porítottam, exsiccatorban állandó súlyra hoztam s meghatároztam az összes zsírt, a *neutralis zsírokat*, a *zsírsavakat* és *szappanokat*. Az összes zsírt *Kumagawa-Suto* szerint (mely eljárás lényegében a *Liebermann-Szekely-féle* direct elszappanosítási eljárásnak némi módosítása) határoztam meg; úgy hogy 3—4 gr. állandó súlyra szárított és porított bélsarat *Soxhlet*-apparatuson abszolút alkohollal 5—6 órán át kivontam, ekkor telített natronlúgot adtam hozzá fölös mennyiségben (7—8 cm³

1·5 D) és ezzel vízfürdőn egy órán át főzve elszappanosítottam. Ezután bepároljuk, majd feloldjuk a szappant meleg vízben és körülbelül 30 cm³ 20%-os (D 1·1) sósavval közömbösítjük; az így nyert zsírsavat aetherrel választó tölcserben kivonjuk. Az így nyert aetheres oldatot lepároljuk, abszolút aetherben oldjuk, ezen oldatot asbestfilteren szűrjük s azután néhány órán át 50°-on jól beszárítjuk. A beszárított zsírt petrol-aetherrel kivonjuk, asbesten leszűrjük és 50 C°-on állandó súlyra szárítjuk. Minden mérés előtt chlor-calciummal ellátott exsiccatorban lehűtjük. Ez a kivonat még cholesterint is tartalmaz, de igen kicsi mennyiségben, úgy hogy ennek az eltávolítását nem tartottuk szükségesnek.

A *neutralis zsíroknak*, a *zsírsavaknak* és *szappanoknak* meghatározásakor a *F. Müller* eljárása szerint jártam el. A kénsav hozzáadása nélkül szárított bélsarat aetherrel *Soxhlet*-apparatuson három napon át kivonjuk. Ez az extractum tartalmazza a *neutralis zsírokat* és *zsírsavakat*. A papírhüvelyben visszamaradt anyagot sósavas alkohollal szárítjuk és ismét három napon át aetherrel kivonjuk, ez a második extractum tartalmazza a szappanoktól lehasított zsírsavakat. Az első extractumból forró vízzel kihajtjuk az illó zsírsavakat és az ezután beszárított kivonatot lemérjük. A zsírsavakat nem titrálással, hanem *Hoppe-Seyler* módosítása szerint külön-külön határoztam meg úgy a zsírsavakat, mint a *neutralis zsírokat*, leméréssel. Az első aetherextractumot választó tölcserben mérsékeltén hígított Na₂CO₃-oldattal összerázzuk, a mi tudvalevőleg nem szappanosítja a *neutralis zsírokat*. Az így előálló vízes oldatot aetherrel kivonjuk, mire a *neutralis zsírok* a cholesterinnal egyetemben az aetherbe átmennek, míg a szappanok visszamaradnak. A szárított aetheres kivonat súlyát kivonva az első aetheres kivonat eredeti súlyából, kapjuk a zsírsavak súlyát.

A *Kumagawa-Suto* és a *F. Müller* eljárásával nyert össz-zsírértékek közötti különbség mindig kb. csak 2—3%-nyi volt.

Körülbelül tizennégy napról áll rendelkezésünkre a bélsár, eltekintve attól a kevés veszteségtől, mit főntebb említettem, mely idő alatt a zsírkiválasztás napi átlaga 2·628 gr. Ha az első nyolcz napra számítjuk ki, a mikor tej táplálék mellett volt, 1·005 gr. a napi átlag, míg az utolsó hat napon 4·793 gr. az átlagos napi zsírkiürítés a bélsárban. A zsír %-os viszonyát tekintve azt látjuk, hogy a három első bélsárban 30%-on felül van a zsír a száraz bélsárhoz viszonyítva, daczára annak, hogy ez idő alatt főleg tejet kapott s e mellett kevés húsleves is; ez arány azonban kisebb lett észlelésünk utolsó három napján, ámbár ekkor már vegyes diétán volt, tehát a zsír viszonya a száraz bélsárhoz a beteg javulásával a normalishoz közeledett. Ha a II. táblázatot nézzük, feltűnő, hogy az össz-zsírhoz viszonyított aránya a *neutralis zsírnak* kezdetben milyen magas s hogy ez fokozatos csökkenést mutat; ezzel szemben emelkedik a hasított zsír arányszáma a javulással párhuzamosan. A szappanok mennyisége is lényegesen csökkent (normalisan 30—40%), a minek különösen *Brugsch* tulajdonít nagyobb jelentőséget chronikus pancreasbántalmakban.

II. táblázat.

Bélsár-részlet	A bélsár súlya szárítva gr-okban	Össz-zsír		100 gr. össz-zsírban van			
		gramm	%	neutralis zsír	zsírsav	szappan	bontott zsír (zsírsav + szappan)
I. augusztus 5.-éig	20·2	6·544	32·7	48·6	38·1	13·26	51·36
II. augusztus 6.-ától 9.-éig	6·1	1·501	30·31	51·7	32·84	15·45	48·29
III. auguszt. 10.-étől 12.-éig	24	8·256	34·4	39·22	43·88	16·84	60·77
IV. auguszt. 13.-ától 15.-éig	88	20·504	23·8	36·46	56·83	6·7	63·53

III. táblázat.

Szerző	Diagnosis	100 gr. száraz székben van össz- zsír	100 gramm össz-zsírban van	
			neutralis zsír	hasított zsír (zsír- savak, szappanok)
Müller	Egészségeseken	átlag 22·7	20·5—27·88	72·12—79·5
Müller	Icterus cholelithiasissal, echinococcus hepatis, carcinoma ventriculi et hepatis (különböző táplálék mellett)	átlag 49·1	3·65—14·5	96·3—85·3
Müller	Pancreasbántalmakban	—	50·83—77·57	24·63—49·17
Noorden	Pancreasbántalmakban	28·8—33·3	70·5—91·6	8·4—29·5
Berggrün és Katz	Csecsemőn	19·95	72·73	28·27
Berggrün és Katz	Profus hasmenés eseteiben	11·07	49·32	50·68
Katz	Pancreasbántalmakban	4·28—34·22	44·16—86·07	13·93—55·84
Katz	Egyéb betegségekben (diabetes, icterus, cholelithiasis, tumor hepatis stb.)	9·56—30·19	11·41—42·20	57·80—88·59
Hösslin és Kashiwado	Egészségeseken	20·8—21·6	53·3	46·7
Hösslin és Kashiwado	Cirrhosis hepatis hypertrophica	64·7—65·0	13·5—19·3	80·7—86·5
Hösslin és Kashiwado	Pancreasbántalmak, choledochus elzáródás	63·5—74·5	11·6—35·4	64·6—88·4
Schmidt	Egészségeseken	21·45—26·61	35·69—43·11	56·89—64·31
Albu	Epeút-fistula	31—44·04	9·2—18·2	81·8—90·8
Gross	Egészségeseken	—	35·4	64·5
Gross	Pancreasbántalmakban	—	7·8—38·7	61·2—82·8
Katz	Diabetes, icterus; bonczoláskor kezdődő zsírnecrosis	I. meghatározás 6·78	38·83	69·17
Katz	Diabetes, icterus; bonczoláskor kezdődő zsírnecrosis	II. meghatározás 34·22	86·07	13·93

Ilyen rossz zsírbontást főleg pancreasbántalmakban kap-
tak, ezenkívül csecsemőkben, a hol tudvalevőleg a pancreas-
váladéknak nincs az a zsírbontóképessege, mint a felnőttben;
továbbá profus hasmenés eseteiben, mivel az ily bántalmak-
ban a rendelkezésre álló kellő pancreasváladék nincs elegendő
ideig érintkezésben a béltartalommal, hogy hatását kifejthesse.
Azonban a chronikus pancreasbántalmakat illetően is igen
különböző eredményre jutottak a zsír kihasználását és bon-
tását kutató szerzők. Ennek illusztrálására a III. táblázatban
néhány szerzőnek adatait tüntettem fel, részben chronikus
pancreasbántalom, részben más betegség eseteiben végzett
vizsgálatokról (I. a III. táblázatot).

Ha e táblázatot végignézzük, feltűnő az éles ellentét,
hogy a szerzőknek egy része úgy a zsírfelszívódást, mint
a bontást rosszabbnak találja pancreasmegbetegedés esetei-
ben, másik része vagy csak a zsírbontást, vagy csak a fel-
szívódást találja rosszabbnak. Ez ellentmondó adatok
magyarázatát másban nem találhatjuk, mint abban, hogy min-
den chronikus pancreasbántalomban, a melyben a pancreas-
nak még egy kis része ép, vagy a hol a pancreas vezetéke
eldugult, valószínűleg elegendő lehet az a kis ép pancreas
a physiologiás zsírmészítés teljesítésére, vagy a ductus
Wirsungianus eldugulásakor gondolhatnánk arra, hogy a
ductus Santorini elegendő pancreasváladék jut a duode-
numba. Hogy az epe hiányának, vagy a bacteriumok által
okozott zsírbontásnak nem lehet lényeges szerepet tulajdoní-
tani, azt már régebbi vizsgálatok bizonyítják (Müller). Az
idevonatkozó irodalom tanulmányozása, valamint e vizsgálatok
alapján is el kell fogadnunk Katz-nak azt a nézetét, hogy a

hol a bontott zsírok (zsírsav + szappanok) mennyisége nem
éri el az össz-zsír 70%-át, ott jogos a gyanu arra, hogy a
pancreas funkciójában zavar van, kivéve, ha csecsemőkről
vagy profus hasmenésről van szó. Különös jelentőséget nyerne
ez acut pancreatitis eseteiben, ha több esetben bebizonyítható
volna ugyanez a lelet, mert így mégis volna olyan adatunk,
a mely bizonyos támpontot nyújtana az acut pancreatitisek
diagnózisában. Legalább is olyan esetekre vonatkozik ezen
állításunk, a melyekben a betegség nem annyira gyors le-
folyású, úgy hogy alkalmunk lehet ilyen napokig tartó vizs-
gálati eljárást végezni.

A mennyire a pancreasbántalom eseteiben végzett zsír-
kihasználási vizsgálatok irodalmához hozzájuthattam, ezek
mind chronikus bántalmakra vonatkoznak. Kivétel Katz-nak
egy esete; e beteg, a ki Katz-nak alább említendő cikkében
diabetes- és icterusdiagnosissal szerepel, a kórházba elég jó
erőbeli állapotban vétetett fel s ekkor még elég jó zsírbontást
talált nála, azonban a beteg állapota folyton rosszabbodott,
icterusa fokozódott s néhány hét múlva meghalt; e betegnek
a halála előtt néhány nappal megismételte e vizsgálatokat,
a mikor igen redukált a zsírbontás és bonczoláskor a pancreas-
ban kezdődő zsírnecrosist találtak. Az e betegre vonatkozó
adatai Katz-nak a fentebbi táblázatban találhatók.

* * *

Betegünk vizeletében, bélsarában és vérsavójában keres-
tem a műtét utáni napon proteo- és amylolysis fermentum-
kat a következő eredménnyel: minimalis trypsines hatást
tudtam kimutatni a vérsavóban, a vizeletben semmit. A vér-

savóban kissé magasabb diastaseértékeket kaptam ($D_{24h}^{380} = 256$), a vizeletben azonban ($D_{24h}^{380} = 32$) nem annyira jelentékeny. A vérsavó és vizelet diastase értékének meghatározását különösen Wohlge-muth és Noguchi igen értékes diagnostikai eljárásnak tartja a pancreasnak úgy a gyulladásakor, mint a kivezető csövének elzáródásakor, azonban újabban több olyan észlelet van, melyek alapján ezt tagadják (Pratt, Lindemann stb.). A bélsárban Gross-Koslowski szerint végzett trypsinvizsgálat alkalmával 12 óra múlva csak minimális caseinemésztés volt található, míg 24 óra múlva teljesen ugyanolyan fokú emésztést észleltünk, mint a párhuzamosan egészséges bélsárral végzett vizsgálat alkalmával; tehát lassabban emésztett a beteg bélsára, mint az egészségesé, a mire Gross különösen olyan pancreasmegbetegedés eseteiben helyez nagy súlyt, a hol nem teljes a pancreasnedv kiiktatása. A faeces diastasetartalma nem csökkent lényegesen: $D_{30}^{380} = 250$, körülbelül ennyi volt hasonló viszonyok között egészséges ember bélsárával végzett vizsgálat alkalmával is a diastasetartalom.

Igyekezünk továbbá a pancreas belső secretiójának állapotáról az alimentaris glykosuria meghatározásával valamelyes tájékozódást nyerni. A műtét utáni 8. napon 100 gr. dextrose adagolása után a vizeletben már 2 óra múlva kimutatható dextrosuria és 7 óra múlva is még mindig kaptunk nyomokban cukrot a vizeletben. Az így összegyűjtött vizeletben összesen 11.097 gr. cukor volt. A műtét utáni 9. napon 100 gr. laevulose adagolása után a vizeletben laevulosét nem lehetett kimutatni. A műtét utáni 11. napon 100 gr. tej-cukor bevétele után csak minimális mennyiségű tej-cukor található a vizeletben.

* * *

Ha az elmondottakat összegezzük, e vizsgálatok eredményét a következőkben foglalhatom össze:

1. A mennyire az adott viszonyok között a szervezet N-forgalmába betekintést nyerhettünk, jelentékeny N-vesztéssel dolgozott a betegünk szervezete, a fehérjebontás során előálló N-tartalmú anyagok azonban százalékos arányukat illetően a normalis viszonyoktól nem különböztek. A N, P és S kiválasztási aránya nem mutatott eltérést a normalistól.

2. Katz-nak azon állítását, hogy a zsírbontásnak jelentékenyebb, körülbelül 70%-on aluli csökkenése jogossá teszi, hogy a pancreas funkciójának zavarára gondoljunk, e vizsgálatok is megerősítik (kivéve természetesen azokat az eseteket, a mire a legtöbb szerző egyetértelműen mutat rá, ha csecsemőről vagy profus hasmenésről van szó).

3. A trypsines és amylolyses fermentumok vizsgálata nem eléggé megbízható eljárás ahhoz, hogy éppen ilyen kétes esetekben döntő jelentőségük lehetne a diagnosis felállításában.

Befejezésül ismételt hangsúlyozom, hogy e vizsgálatok acut pancreatitis biztos esetére vonatkoznak s így nem hasonlítók össze az idősült jellegű, elhúzódó pancreatitisek vizsgálati eredményeivel.

Irodalom. Albu: Berl. klin. Wochenschr. 1900, 39. sz., 866. old. — Bickel: Deutsche med. Wochenschr., 1908, 2111. old. — Braunstein G.: Orvosi Hetilap, 1910, 33. sz., 593. old. — Cammidge P. J.: The Lancet, 1904, Vol. 1, 782. old. — Cammidge P. J.: The Brit. med. Journ., 1906, Vol. 1, 1150 old. — Deaver J. B.: Newyork med. Journ., 1912, 12. sz., 573. old. Ref. Zentralbl. f. exp. Med., 1912, II. k., 316. old. — Ellenbeck H.: Biochem. Zeitschr., 1910, 24. k., 22. old. — Ellinger und Cohn: Zeitschr. f. physiol. Chemie, 1905, 45. k., 28. old. — Eioesser L.: Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., 1908, 18. k., 195. old. — Ehrmann: Zeitschr. f. klin. Med., 69. k., 190. old. — Ehrmann und Wohlge-muth: Biochem. Zeitschr., 1909, 21. k., 423. old. — Fuchs P.: Deutsche med. Wochenschr., 1902, 45. sz., 829. old. — Glaessner: Zeitschr. f. physiol. Chemie, 1904, 40. k., 465. old. — Ugyanaz: Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilk., 1910, 6. k., 28. old. — Gross O.: Deutsch. Arch. f. klin. Med., 1912, 108. k. 106. old. — Hess O.: Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., 1909, 19. k., 637. old. — Ugyanaz: Deutsche med. Wochenschr., 1910, 2. sz., 61. old. — Hösslin H. und Kashiwado F.: Deutsch. Arch. f. klin. Med., 1912, 105. k., 576. old. — Katz A.: Wiener med. Wochenschr., 1899, 4-6 f., 154. old. — Kehr H.: Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., 1909, 20. k., 45. old. — Kumagawa-Suto: Zeitschr. f. Biochem., 1908, 8. k., 212.

old. — Libertini G.: Rivista critica di Clin. Med., 1912, 11. sz., 161. old. Ref. Zentralbl. f. exp. Med., 1912, 2. k., 315. old. — Lindemann A.: Zeitschr. f. klin. Med., 1912, 75. k., 1-2. f., 58. old. — Liebermann und Székely: Arch. f. d. ges. Physiol., 1898, 72. k., 360. old. — Mayesima J.: Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., 1912, 25. k., 403. old. — Müller Fr.: Zeitschr. f. klin. Med., 1887, 12. k., 45. old. — Neuberger K.: Der Harn stb. Berlin, 1911. — Oser: Die Erkrankungen des Pankreas, Nothnagels Handbuch d. allg. u. spez. Path. 17. k. Wien, 1899. — Pölya: Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., 1911, 24. k., 1. f. 1. old. — Pratt J. K.: The Americ. Journ. of the med. Scienc., 1912, 313. old. Ref. Zentralbl. f. exp. Med.-ben. 1912, 2. k., 799. old. — Pribram H. und Löwy J.: Zeitschr. f. physiol. Chem., 1912, 76. k., 489. old. — Roth M.: Orvosi Hetilap, 1909. — Rautenberg E.: Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., 1905, 14. k., 95. old. — Röna P. und Michaelis L.: Biochem. Zeitschr., 1911, 31. k., 345. old. — Salkowski E.: Virchow's Arch., 1899, 115. k., 339. old. — Salomon: Wiener klin. Wochenschr., 1908, 480. old. — Schmidt A.: Arch. f. klin. Med., 1906, 87. k., 456. old. — Ugyanaz: Verhandl. d. XXV Kongresses f. inn. Med., 1908. — Schmidt J. E.: Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1909, 20. k., 426. old. — Schmidt W.: Deutsche med. Wochenschr., 1906, 32. k., 1543. old. — Schwarcz O.: Wiener klin. Wochenschr., 1909, 9. sz. 297. old. — Székely S.: Biochem. Zeitschr., 1912, 42. k., 5. f., 412. old. — Terroine E. F.: Biochem. Zeitschr., 1910, 23. k., 153. old. — Ury und Alexander: Deutsche med. Wochenschr., 1904, 1311. old. — Wohlge-muth J.: Biochem. Zeitschr., 1908, 9. k., 1. old. — Ugyanaz: Berl. klin. Wochenschr., 1910, 3. sz., 92. old. — Ugyanaz: Biochem. Zeitschr., 1909, 21. k., 381. és 432. old. — Wohlge-muth J. und Noguchi J.: Berl. klin. Wochenschr., 1912, 23. sz., 1069. old. — Zesas: Zentralbl. f. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., 1901, 801. old.

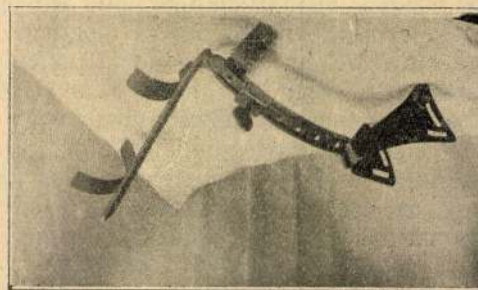
Egyszerű extensiós rögzítő készülék felkar-törések gyógyítására.

Irta: Widder Bertalan dr., műtőorvos.

Felkarcsonttörés eseteiben minden igyekezetünk oda irányul, hogy a törésvégeket pontosan összeilleszthessük. A felkarcsont erős izmok tapadására szolgál (m. pectoralis major, latissimus dorsi, teres major, brachialis, deltoideus, pronator teres, supinator longus és más izmok) s az eltörtött felkarcsont törésvégeit ez izmok működésük irányába húzzák. A törésvégeket alkalmatlan helyzetben, esetleg nagy rövidüléssel rögzítik. A callus rossz helyen képződik, akadályozza a felkar működését, esetleg álízület képződik. Ezen bajok meg-gátlására számtalan mód és készülék létezik. Ilyenek: gipsz-sínekkel való rögzítés; extensiós készülékek; rögzítő körkörös kötések stb. A gipsz-sín elég célszerű, mert könnyen készíthető, de hátránya, hogy ha könnyű, akkor törik, ha erős, akkor igen nehéz. Gyermeknek (8—16 év) sokszor tűrhetetlen a viselése. Alkalmazásához, bármily egyszerű, nagy gyakorlat kell, különben még ha Röntgen-átvilágítással ellen-őrzik is, a törésvégek egymás mellé csúszhatnak. Sokszor elő-fordul, hogy a vidéki orvos nem nagyon gyakorlott a gipsz-sín alkalmazásában; Röntgen-készüléke sincs; a törött felkarú gyermeknek pedig mégis meg kell adnia az orvosi segítyt. A gipsz-sínkezelés után, bármily jól volt is alkalmazva, igen intenzív utókezelésre van szükség. A nagy kiterjedésű területen történt izomnyomás gondos és sokáig tartó massa-gera és gyakorlatokra szorul. Ez sok fáradságot igényel és anyagi veszteséget jelent.

Az extensiós készülékek, melyeket eddig láttam, igen bonyolultak. Nehezen alkalmazhatók, nehezen viselhetők, drágák és a vidéki gyakorlatban alig alkalmazhatók.

Gyakorlati cél vezet tehát, midőn ezen egyszerű kis készüléket ajánlom (1. ábra), melyet különösen 8—16 éves



1. ábra.

gyermeken már régebben alkalmazok. Egyszerű a használata, pontosan extendál és rögzít. Helyzetéből nem mozdítható ki. Olcsó, minden vidéki lakatos elkészítheti. Alumíniumból készítve, súlya alig pár dekagramm.

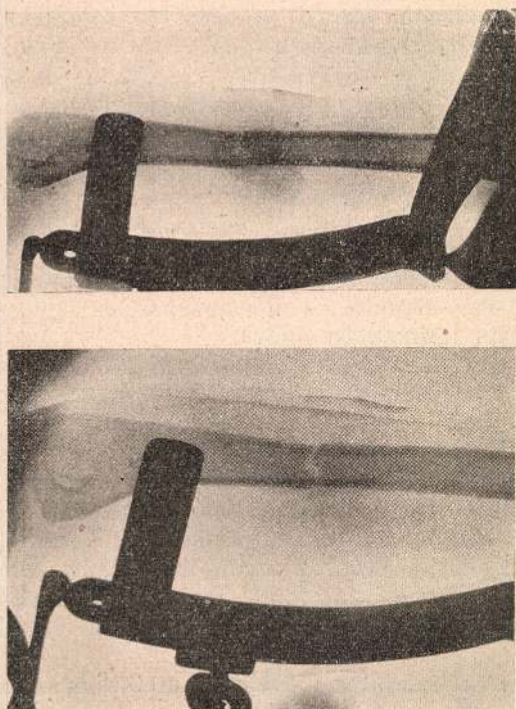
Az első ábrán látható a bal felkarra alkalmazandó készülék. A hónalj részbe, mely a hónaljra nyomást alig gyakorol, mert eléggé kivájt és kipárnázható vattával, fűzöm be azt a három szíjat, mely a készüléket a testhez rögzíti, mint ez a 2. ábrán látható. Azután következik a felkart extendáló



2. ábra.

és rögzítő rész, mely üres, vájt tokban fut és az alkar részhez rögzíthető; az alkar rész derékszögben csatolódik a felkar részhez és az alkarhoz ragasztócsíkokkal vagy keskeny mullpólyával rögzítetik. Először lemérem az ép felkar hosszát, utána összehasonlítom a törött felkarét. Minthogy Röntgen-képem van, ismerem a törést, könnyen alkalmazhatom a felkar részre; az üres tokban levő kart egy csavarral ott rögzítem, a hol az extenziót elégnek találtam.

Ha Röntgen segítségével dolgozhatom, akkor nem is kell többet ellenőriznem, mert a készülék biztosan és pontosan rögzíti a felkart. Ha Röntgen-készülék nem áll rendelkezésre, a fenti méretek alapján alkalmazható a készülék, mint ezt a Röntgen-képek mutatják, melyek tizenkét nappal a törés után vették a törött csontról; látható rajtuk, hogy mily szépen és pontosan illeszkedtek össze a törésvégek és mily jól tart a



3. ábra.

készülék. Egyszerű, pontos méretek után a kevésbé gyakorlott orvos is jól alkalmazhatja a készüléket és nyugodtan küldheti a beteget pár nap után olyan helyre, hol utólag ellenőriztetheti Röntgen-képpel, hogy jól vannak-e a törésvégek elhelyeződve. A felkar rész homorú és a felkart teljesen szabadon hagyja s így az folyton ellenőrizhető; igen fontos az is, hogy a mint a callusképződés megindul (10—12 nap után), azonnal enyhe massage alkalmazható. Mire a készüléket leveszszük, alig kell utókezelés, mert a készülékben folyton alkalmazhattuk a massaget.

Az alkar rész két kis csavarral van a felkar részhez erősítve és így azt bármelyik oldalra alkalmazzuk, az alkar részt a szerint állítjuk be.

Az alig 20 dekagrammos készülék kissé kivátázva sohasem okoz decubitust. Egy készülékkel akárhány törést végig kezelhetni. Egyszerűsége miatt kiválóan alkalmas a pénztári gyakorlatban, hol roppant sok kötszert takarít meg s a hol a munkaképesség gyors helyreállítása révén is be fog válni.

Közlemény a párisi egyetem urológiai klinikájáról. („Clinique des voies urinaires de Necker.”) Helyettes igazgató: Chevassu M. dr., prof. agregé.

A Freyer-féle műtét technikájához.

Irta: Goldberger Jakab dr.

A Freyer-féle prostatectomia kérdését újabban számos szerző különféle szempontból tárgyalta, saját tapasztalatai és mások eredményei alapján. E vizsgálódások különféle szempontokat ölelnek fel, a melyek úgy a finomabb műtéti technika, mint az indicatio felállítása és a prognosis kérdéseinek szempontjából rendkívül becsesek. Azonban az eddigi irodalom egy igen fontos körülménnyel, a mely különösen e műtétben nagy gyakorlati jelentőséggel bír, alig foglalkozott kellően behatóan, és ez az anaesthesia kérdése.

Az érzéstelenítési eljárások nagy sokasága manapság igen bő választást enged meg, úgy hogy a műtő abban a kedvező helyzetben van, hogy a legcélszerűbb érzéstelenítési eljárást választhassa műtétéhez. Az aether- és chloroformnarcosis, vagy e két szer kombinációja, a modern sebészet rég bevált módszerei, melyek a műtő számára a műtéti teret a legkényelmesebben teszik hozzáférhetővé, azonban nem indifferensek hatásaikban az emberi szervezetre. Az aethernarcosis kapcsán a légzőszervek körében gyakran találunk komoly következményekkel, különösen ha valamely légzőszervi ártalom forog fenn. A chloroform következményei főleg a vérkeringés szerveiben nyilvánulnak. A nem teljesen intact szívűeken gyakran észlelünk chloroformhatást. A vesék, melyek mai módszereinkkel vizsgálva, tökéletes funkciójúnak bizonyulnak, chloroform behatására gyakran insufficienssé válnak, a mely körülmény a prostatectomia alkalmával igen válságos prognosissal vezet. Hogy az aether- és chloroformnarcosis a prostatectomia eredményét jelentősen befolyásolja, az tagadhatatlan. Az újabb irodalom legjobb műtéti statisztikái nyújtanak erre vonatkozólag tanulságos adatokat. Így Freyer¹ legújabb közleményében, melyben 200 prostatectomiáról számol be, a műtét mortalitása csak 4.5%, számokban kifejezve 9 haláleset fordult elő és ezek közül hat esetben oly okok szerepeltek, melyek a műtétnél alkalmazott narcosisal vannak összefüggésben (5 uraemia, 1 bronchopneumonia következtében halt meg). Joung² 484 perinealis prostatectomiáról beszámoló közleményében igen alacsony mortalitást mutat fel, 3.77%-ot (17 eset), azonban e veszteség majdnem 50%-a, összesen 8 eset a narcosis rovására irandó.

Zuckerlandl³ 94 prostatectomiájáról szóló közleményé-

¹ Freyer: A recent serie of 200 cases of total enucleation of the prostata. Lancet, 1911.

² Joung: Les resultats de la prostatectomie. Ann. d. mal. gen.-urin., 1911.

³ Zuckerlandl: Resultate der Prostatectomie. Wiener medizinische Wochenschrift, 1911.

ben a mortalitás 17% (16 eset). A halál oka 6 esetben a légzőszervek körében beállott complicatio, 5 esetben veseinsufficiencia volt. *Zuckerlandl* műtéteiben tehát a halálozási arányszám majdnem 70%-ban oly körülményekre vezethető vissza, melyek a narcosisban keresendők.

A chloroform- és aethernarcosis e súlyos mellékhatásainak elkerülését célzó eljárások jogosultságát a fenti adatok eléggé igazolják. A legtöbb prostatectomizálandó beteg a 60. életéven felüli öreg, *Freyer* statisztikájában pl. 69½ év az átlagos életkor. Ily magas életkorban a chloroformnak és aethernek fentebb vázolt mellékhatásai annyira kifejezettek, hogy egyéb érzéstelenítési eljárások bevezetése már több próbálgatás tárgya volt.

Igy *Gardner*⁴ a nitrooxydullal való narcosist ajánlja. Ez a ma már elavult eljárás igaz, hogy elkerülhetővé teszi a chloroform és aether mellékhatásait, azonban nem tekinthető teljesen veszélytelen eljárásnak és a kivitele is meglehetősen körülményes. Sokkal eredményteljesebb módszernek ígérkezik e téren a lumbalis anaesthesia, azonban ez eljárásnak is igen sok a nehézsége. Igy elsősorban az a körülmény szerepel, hogy öreg emberekben a gerincoszlop anatómiai és physiologiai elváltozása a canalis vertebralishez való hozzáférközést annyira megnehezítik,⁵ hogy a gerincvelő-érzéstelenítés kivitele lehetetlenné válik. E mellett a lumbalis anaesthesia öreg emberekben nem tekinthető közömbös beavatkozásnak, sok esetben alkalmazásakor complicatio, sőt az elmúlt év nyarán a *Necker*-kórházban egy haláleset is előfordult.

A prostatectomiában alkalmazható ideális érzéstelenítési eljárás kelléke ezek szerint az, hogy a chloroform és aether mellékhatásaitól ment legyen, ne járjon egyéb mellékhatásokkal és technikailag egyszerűen és jól kivihető legyen. Ez ideálnak a modern sebészetben a localis anaesthesiát tekinthetjük.

Chevassu tanár szíves engedelmével abba a kellemes helyzetbe jutottam, hogy az ő műtéti technikájával, melyet a prostatectomiában alkalmaz, specialisan foglalkozhattam és így abban a helyzetben vagyok, hogy oly műtéti eljárásról referáljak, melylyel a localis anaesthesia és a chloraethyles bódulat alkalmazásával mindazok a nehézségek, melyek eddig az érzéstelenítési eljárások kapcsán a *Freyer*-féle műtét alkalmazásával felmerültek, eléggé szerencsésen elkerülhetők. A *Chevassu*-féle technika alkalmazása azonban nemcsak az érzéstelenítés szempontjából jelent számos előnyt, hanem több fontos problema megoldását is adja, melyek a *Freyer*-féle műtét egyes phasisai kapcsán az irodalomban felmerültek, így a prostata asepsis kihámozásának kérdésében, valamint a műtétet megelőző functionalis vesevizsgálat problémájában.

A *Freyer*-féle műtét *Chevassu* tanár technikája szerint a következő módon megy végbe:

A beteg előkészítésekor nemcsak a hólyag, hanem a vesék állapotát is figyelembe vesszük. A vesék állapota felől tájékoztatást nyújt igen nagy praecisítással az „azotaemia”-nak *Widal* szerint és a „constante ureique”-nek *Ambar*d szerint való meghatározása oly módon, mint az *Chevassu* legutóbbi közleményében⁶ leírta. Ha a „constante ureique” értéke 0.150-nél magasabb, a műtéti beavatkozás meggondolandó; ha a constans értéke e számon alul van, a vesék insufficienciája még a műtét után is kizárható. Ha e vizsgálatokat elvégeztük és kielégítő eredményt kaptunk, a műtét végrehajtható. A műtétet megelőző napon a műtéti tér leberetválandó és szappannal lemosandó, az előkészített területre pedig fedőkötés alkalmazandó. A műtét napján a beteg hólyagja több ízben öblítendő és ezután kerül a műtőasztalra. A farok alá párnát helyezünk, az urethrába egy *Mercier*-hajlású kathetert vezetünk, a penis felől egy gazecsikkal izolálunk, a többi területet szokásosan, az abdomen bőrét a köldökig jodtincturázzuk.

Ezután a helyi érzéstelenítést kezdjük meg novocain 1:200 oldatával. A bőr érzéstelenítésére 6—12 cm³ folyadék elegendő. A bőrmetszés sovány egyéneken 3 cm.-nyi, kövérebb egyéneken hosszabb, legfeljebb azonban 8 cm. terjedelmű. Most a subcutan kötőszövetet infiltráljuk 4—8 cm³ folyadékkal, ezután metszést végzünk jobbra irányulólag a fascia superficialisig. Most a sebszéleket két *Farabeuf*-féle kampóval kiméletesen szétkampózzuk és további 2—3 cm³ érzéstelenítő folyadékot az izomhüvelybe injiciálunk a symphysis felső széléig terjedőleg. Ezután az izmokat átvágjuk és a kampókba fogjuk. Ily módon a mély fasciáig jutunk. Most a hólyagot egy segéd 150—200 cm³ steril levegővel óvatosan megtölti. Majd a praevesicalis ür érzéstelenítése következik, a mit görbített tűvel végzünk közvetlenül a fascia hátulsó lemeze mögött. 2 cm³ folyadékot injiciálunk a symphysis határáig. E művelet alkalmával a hólyag elülső falát alulról felfelé kampóval visszaszorítjuk, hogy a peritoneum előnyomulását megakadályozzuk és e kampót segéddel továbbra is e helyen hagyjuk, úgy hogy egy négyszöget nyerünk a tulajdonképpeni műtéti tér, a hólyag felső fala körül, melynek határai felül és kétoldalt a kampók, elöl a symphysis. E négyszögön belül végezzük a hólyag érzéstelenítését oly módon, hogy a középvonalban 1 cm³ érzéstelenítő folyadékot injiciálunk. Ez érzéstelenített területen a középvonaltól jobbra és balra körülbelül 1 cm.-nyire két fonalat vezetünk keresztül, melyek a hólyag rögzítésére szolgálnak. Ezután a hólyagür felől való tájékozódás céljából próbapunctiót végzünk Pravaz-fecskendővel. Ha a fecskendő levegővel telődik, akkor a tűvel a hólyagürbe jutottunk. Most a tű mellett szikét vezetünk és 1—2 cm. szélességben megnyitjuk a hólyagot, melyet a két fonal segítségével e műveletnél rögzítünk.

E technika segedelmével a hólyagmetszés fájdalommentesen vihető keresztül. A prostata kihámozásának művelete nem végezhető helyi érzéstelenítésben, e művelet azonban igen rövid időt igényel és ezért oly anaestheticumot alkalmazhatunk e phasisban, mely meglehetősen megközelíti ideálunkat, a mennyiben úgy a respiratio, mint a vérkeringés szerveit kiméli és rövid ideig tartó narcosisok kivételére igen alkalmas. E szer a chloraethyl, melyet a légmentesen záró *Canus*-féle altatókosárral alkalmazunk. A chloraethyl 3 cm³-je 3 perczre kiterjedő narcosis előidézésére teljesen elegendő és a prostata kihámozásának művelete ez idő alatt kényelmesen elvégezhető.

A kihámozás technikája a következő: A műtő mutató és középső ujjának körmét enucleatiós készülékké alakítja oly módon, hogy hosszúra növeszti őket és egyenes ollóval körülnyírja olyképp, hogy a mutató ujj körömcsúcsa cubitalis, a középső ujj körömcsúcsa radialis irányban görbülő. Az ujjhegyeket és körmököt különös gondossággal kell megtisztítani és végül jodtincturával alaposan bekenni. Rendszerint a jobb kéz végzi a prostata kihámozását, a bal a rectalis ellen-támasztást. A rectalis művelet alkalmával külön gummivédőt húzunk az amúgy is gummikeztyűs bal kézre, az enucleatiót végző kéz meztelenül marad. Az összes fémműszerek a seb területéről eltávolítandók, a hólyagsebszélek pedig a rögzítő fonalak útján tétetnek tátongvá.

Ha ez előkészületek megtörténtek, hozzálatunk a kihámozás műveletéhez. A műtő jobb kezét a sebüregebe veteti, bal kezét az analis nyíláshoz; e pillanatban veszi kezdetét a chloraethyles narcosis. A beteg néhány másodperc alatt bódulatba jut. Most a műtő jobb mutató ujját a hólyagba, bal mutatót a végbélbe veteti, mindkét kéz középső uja a mutató ujj nyomába igyekszik nyomulni. A vesicalis ujj a katheter orrmánya révén az urethralis szájadék felől könnyen tájékozódik, majd a „bas fond” átvizsgálása következik, ezután a nyálkahártyának a köröm útján való incisiójára kerül a sor.

Chevassu szerint e művelet az urethralis szájadék körül körömmel mindig könnyen végbevihető. Az incindáló köröm az incisiót az urethralis szájadéktól kiindulva, alul a hátulsó polus felé vonulva végzi a prostata körül. Ezután a mirigyek

⁴ *Gardner*: The indications for prostatectomie. New-York med. journ., 1911.

⁵ *Stoney*: The use of spinal anaesthesia. Medicin. Presse, 1911. *Freyer*: l. c.

⁶ *M. Chevassu*: La dosage de l'urée sanguine et la constante ureique etc. Presse med., 1912.

egy vagy két részletben való kihámozása következik. A mutató ujját az alsó polusnál óvatosan a mirigy alá vezetjük, az urethralis sebet körmünkkel átvágjuk, hogy a mirigy kibuktatásakor az urethra vongálását elkerüljük. Ha a prostata nagy térfogatú, a mirigynek egy részletben való eltávolítása meglehetősen körülményes feladat.

A kihámozás időtartama esetenként változó. Könnyű esetekben 20—30 másodperc alatt kivihető, úgy hogy még $1\frac{1}{2}$ perczig tartó narcosis is elegendő a művelethez, s csak igen kivételes esetben vesz $2\frac{1}{2}$ —3 percznyi időt igénybe, főleg kevésbé gyakorlottak részéről.

A kihámozás után a narcosist beszüntetjük, a beteg még 1—2 perczig bódulatban marad. Most a prostata üregét a rectum felől a bal kéz középső ujjával erősen masszáljuk. Ezután egy segéd az urethrába kathetert vezet be, melyet a vesicalis kéz a prostata üregében megfog és a suprapubicalis sebszélig kihúz. Most a műtő a Freyer-féle draincsövet vezet a hólyagba. A katheteren át 4 liter steril (45°C) meleg vizet áramoltatunk irrigateur segítségével.

E művelet végzésekor a beteg már teljesen éber, azonban fájdalmaktól ment, mert a helyi érzéstelenítés hatása még nem szűnt meg.

A katheter még négy napig marad alkalmazásban, hogy a prostataüreg öblítése sikeresen legyen keresztülvihető.

Az eddigiekben a műtési technikáról nyújtottam némi képet, most az operált esetekről óhajtók néhány fontosabb momentumot referálni.

Összesen 30 esetről referálhatok, melyeknek életkora a következő:

55—60. életév	4 eset
61—65. "	6 "
66—70. "	8 "
71—75. "	7 "
76—80. "	3 "
81—85. "	2 "

A legtöbb operált beteg a műtét előtt katheter-életet folytatott, a vizelet többé-kevésbé genyirtartalmú volt. A functionalis vesevizsgálat az összes esetekben kielégítő eredményt mutatott. A műtési eredményt illetőleg a 30 eset közül 3 meghalt, s így a halálozási arányszám 10% , a mi eléggé kedvezőnek mondható. E három esetben a következő halál-okok szerepeltek: 1. egy 85 éves aggon a műtét utáni 20. napon cachexia; 2. egy 67 éves öregén a műtét utáni 27. napon szívbénulás; 3. egy 65 éves öregén a műtét utáni 6. napon bronchopneumonia. A mint látjuk tehát, a halál-okok között sem uraemia, sem műtési shock, sem haemorrhagia, sem helyi infectio nem szerepel.

E műtési eredmény a következők bizonyítására alkalmas:

1. A helyi érzéstelenítés a rövid ideig tartó chloraethyl-bódulattal a Freyer-féle műtét kivitelét lehetővé teszi oly módon, hogy a chloroform és aether összes komplikáló mellékhatásai elkerülhetők.

2. A prostata tokjának körömmel való hasítása, valamint a rectalis ellennyomásnak a műtő keze általi kivitele asepsisesen végezhető az itt leírt technikával és így Kümmel⁷ és Wossidlo,⁸ valamint mások kifogásai elesnek.

3. A Chevassu-féle functionalis vesevizsgálati eljárás a vesék állapotáról pontos tájékoztatást nyújt.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Römer: Lehrbuch der Augenheilkunde. Zweite Auflage. Berlin und Wien. Urban und Schwarzenberg. Ára 16 márka.

A munkát mintegy két év előtt, a mikor első kiadása megjelent, behatóan méltattuk. A már rövid idő múlva szükségessé vált második kiadás nemcsak a szemészet tudomá-

nyában tett haladást vette tekintetbe, hanem több más szempontból is előnyösen különbözik az elsőtől. Így elsősorban az ábrák száma tetemesen meggyarapodott. Közel 300 szövegközi és 33 nagyon szép kivitelű színes tábla járul a könyv didaktikai értékének növeléséhez. Előnyös újítás az is, hogy bőven van ellátva széljegyzetekkel, a melyek a könnyű tájékozódást nagyon megkönnyítik, nem is említve az ilyen terjedelmes széljegyzeteknek hasznát a tanuló szempontjából. A könnyebb kezelhetőség céljából az új kiadás két kötetbe van osztva. Tekintettel arra, hogy a munka bőséges rajzai révén szinte pótolja a külön szemészeti atlaszt, ára nagyon mérsékeltnek mondható.

A. Celli: Die Malaria. Zweite deutsche Auflage. Berlin und Wien. Urban und Schwarzenberg.

A haladás a malaria megismerése terén az utolsó másfél évtizedben rendkívül nagy s azért csakugyan hálásak lehetünk a kiadónak, hogy Celli kitűnő munkája negyedik olasz kiadásának lefordításával és kiadásával lehetővé tette e haladásnak szélesebb körben való megismerését. A három fő-rész elseje az aetiológiával foglalkozik, rendkívül világosan és szép rajzok kíséretében foglalva össze aránylag röviden mindazt, a mit a malariát okozó parazitáról tudunk. Sokkal terjedelmesebb és önálló kutatásokat és tapasztalatokat is nagyobb számmal tartalmaz a malaria epidemiológiájáról szóló rész; ugyanilyen terjedelmű a harmadik rész, a mely a malaria prophylaxisát tárgyalja. Ez manapság a tökéletességnek oly fokát érte már el, hogy — a mint a szerző maga mondja — a leghírhedtebb tropusi vidékeken is úgyszólván máról holnapra lehet telepítvényeket létesíteni emberáldozat nélkül. A nagyon becses munkát a legmelegebben ajánljuk az érdeklődők figyelmébe.

Lapszemle.

Belorvostan.

A szárnyasok gümőkórjának előfordulásáról az emberben ír Löwenstein. Gyermekkori vese-gümőkór két esetét ismerteti, a melyben szárnyasok gümöbacillusa okozta a fertőzést. Mindkét gyermek már két év óta volt lázas; a reggeli hőmérsékek alacsonyok, az esteliek azonban 39° -ig is emelkedők voltak. A láz antipyreticumokkal nem volt befolyásolható. Feltűnő volt továbbá, hogy a láz hosszas fennállása ellenére az általános állapot egészen jó volt. A vizeletben nagy számmal voltak találhatók — kevés vesehámsajt és néhány vörös meg fehér vérsajt mellett — saválló bacillusok, a melyek a pontos vizsgálat alapján szárnyasok gümöbacillusának bizonyultak. A betegek közönséges tuberculinra nem állott be reactio, szárnyasok tuberculinjára ellenben kifejezett volt a reactio. Szárnyasok tuberculinjával végzett rendszeres kezelés után most már egy év óta nincsenek kóros tünetek. Ezen esetek kapcsán a szerző felveti a kérdést, hogy a szárnyasok gümőkórja az emberben talán nem is olyan ritka. A fertőzés történhetik tyúktőjással; gümőkóros tyúkok tojásai nagy mennyiségben tartalmaznak gümöbacillusokat, a melyeket a főzés nem tesz tönkre; még keményre főtt tojásokban is találtak életképes gümöbacillusokat. A szárnyasok gümöbacillusa a tengeri malacot nem betegíti meg, úgy hogy a diagnostikai célból végzendő állatkísérletekhez házinyulat vagy tyúkot kell használni. (Wiener klinische Wochenschrift, 1913, 20. sz.)

Az epilepsia gyógyításáról crotalinnal ír Erlenmeyer. A crotalin (a csörgökígyó méregmirigyéből előállított anyag) hatása kettős: egyrészt hűdítőleg hat az idegekre, másrészt pedig a vér alvadésképségét csökkenti. Ismeretes, hogy a vér alvadésképsége és az epilepsia között összefüggés áll fenn; a haemophiliások, a kiknek csökkent a vér megalvadésképsége, sohasem betegszenek meg epilepsiában. A crotalinnal tartós eredmények is elérhetők. Steril ampullákban kapható. Alkalmazása bőr alá fecskendezés alakjában történik. Az első adag 0.000325 gramm. A nyolcz nap

⁷ Kümmel: 36. chir. Kongr. Berlin, 1907.

⁸ Wossidlo: Wiener med. Woch., 1911.

mulva végzendő második befecskendezés 0.00065 grammal történik. Ugyanezt az adagot használjuk a 8 napos időközökben végzendő további 4—6 befecskendezés alkalmával s azután 0.00086 grammra emelkedünk, a mely mennyiség kétszer a 14 napos időközzel. További 14 nap mulva 0.0013 grammot fecskendezünk be és ezt 4 hét mulva megismételjük. Ha még mindig vannak rohamok, 4 hét mulva 0.0025 grammot adhatunk. Ha már kisebb adagok mellett sincsenek rohamok, nem kell növelni az adagot. A gyermekkorban csak a két leggyengébb adag használandó 10 napos időközökben. A befecskendezés helyén mindig lobos reactio jelentkezik, a mely a további befecskendezések után mind gyengébb lesz. (Berliner klinische Wochenschrift, 1913, 18. szám.)

Sebészet.

Taenia által okozott genyes peritonitis esetét közli W. Danielsen. Nem tartozik a ritkább műtéti leletek közé, hogy az appendixben oxyurist találunk. Igen sokféle elváltozást okozhatnak a bélsatornában, a többek között annak perforációját és ennek következtében peritonitist idézhetnek elő. A bélparaziták közül nemcsak az oxyuris jelenléte járhat ily komoly következményekkel, hanem a trichocephalus és az ascaris lumbricoides is. A taenia nem szokott bélperforációt létrehozni. A szerző esete pyosalpinxban szenvedő betegre vonatkozik, a ki hirtelen, hashártyagyulladás tünetei között betegedett meg. A laparotomia alkalmával kitért, hogy a hasür tele van genyvel, melyben taeniarészletek voltak találhatóak. A scolexet a tuba fimbriái közül távolították el. Nem valószínű, hogy a taenia át bírta fújni a bél falát, valószínűbb, hogy előző salpingitis következtében a fimbriák és a bél között összenövéses jöttek létre a bélperforatio alkalmával. Ezen perforatiós nyíláson át a taenia a tubába jutott. A salpingitis kigyógyulása után az összenövéses meglaazultak és a taenia mozgásai következtében szétváltak. A taenia a bélperforatió keresztül jutott a szabad hasürbe. (Münchener med. Wochenschrift, 1913, 8. sz.)

Iff. Hahn Dezső dr.

Idegkórtan.

Pylorus melletti ulcus által okozott „tabeses crises gastriques” esetét írja le Babinski, Chavet és Durand. Esetükben minden egyéb tabeses tünet hiányzott, de a crisesek teljesen az e bajban jellemző módon jelentkeztek: teljesen jólétben töltött időközök után beálló rendkívül heves gyomorfájás, csillapíthatatlan hányás hypersecretióval, vérzés minden jelének hiánya. Az operatio után a rohamok megszűntek és a diagnosit a két hónappal később tuberculosishoz elhunyt beteg sectiója is igazolta. A szerzők figyelmeztetnek arra, hogy a tabes maga is szövődhetik ilyen ulcussal; a mikor diagnostikai tévedés még könnyebben lehetséges. (Revue neurologique, 1913, 6. szám.)

L.

Szülészet és nőorvostan.

Intra partum való intraperitonealis elvérzésnek ritka esetét ismerteti E. Langer. A 32 éves asszonyon a rendes szülési terminust megelőzőleg 6 héttel jelentkeztek a szülési fájások. Mikor már 15 óra hosszat voltak fájásai, hirtelen óriási alhasi fájdalmak kíséretében úgy érezte, mintha valami elszakadt volna belsejében. Ezzel egyidejűleg érzékenység állott be alhasában. 7 órával később ájultság, szapora pulsus jelentkezett, mire a házi orvos klinikai segítséget hívott. A szülőnőt a klinikára beszállították, a hol a méhszájat kétujjnyinak találták, a burok ép volt s előlfekvő rész gyanánt a fart lehetett tapintani. Beszállítás után röviddel a pulsus ismét rosszabbodott; láblehozatalt végeztek s állandó súlylyal húzást gyakoroltak a lábra. Kámfor, coffein daczára a pulsus egyre romlott. Baloldalt a hypogastriumban tompulat volt kimutatható: ez egyre növekedett. Minthogy a vékony tüvel végzett probapunctio innen friss vért hozott ki, laparotomiát végeztek

a betegen. A méh bal oldalán, kb. a belső méhszáj magasságában fillérnyi likon át dőlt a vér. Amputatio supravaginalis (halott foetus). Az asszony 2 óra mulva meghalt. A bonczolás, illetőleg a histologiai vizsgálat kiderítette, hogy egy vastag lumenű, vékonyfalú, varicosusan tágult vena közvetlenül a serosa alatt megrepedt s ebből támadt a vérzés. Hasonló eset még 4 van az irodalomban felemlítve. (Zentralblatt für Gynäkologie, 1913, 15. sz.)

Scherer S. dr.

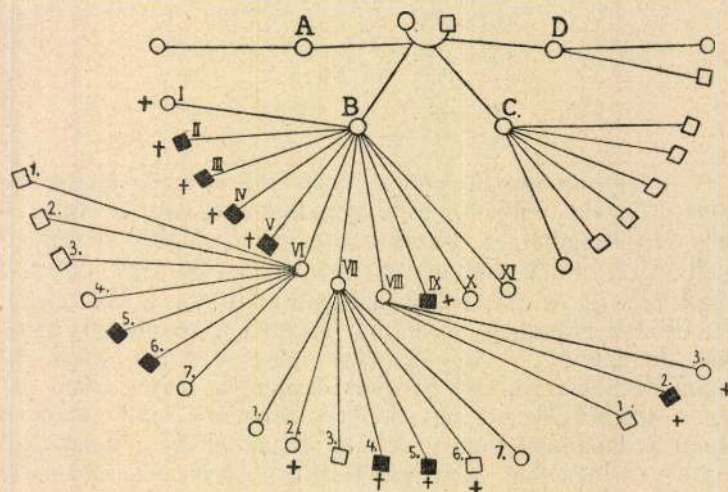
A haemolysisis streptococcusok jelentőségéről ír Zazkin. A szerző saját tapasztalásait a következőkben foglalja össze: 1. Ha a gyermekágyas lochiájában haemolyzáló streptococcust tudunk kimutatni, ennek nincs nagy jelentősége. 2. Ha a lázas gyermekágyas vérében mutat ki haemolysisis streptococcust a bakteriologiai vizsgálat, ennek mindig komoly prognosisis jelentősége van. 3. Mindig legyen gondunk arra, hogy a coitust a terhesség utolsó hónapjában eltiltsuk. Nem egy esetben erre lehet visszavezetni az infectiót. (Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäk., 1913, 4. szám.)

Scherer dr.

Gyermekeorvostan.

Egy haemophil családról értekezik Hagenbach-Burckhardt (Basel), a melynek családfája szerint 41 tagja közül 23 férfi volt és ezek közt typusos haemophiliában 10 szenvedett. Az esetek eloszlását a mellékelt ábra tünteti fel, a melyen körökkel a nő- és négyszögekkel a férfitagok vannak jelezve. A kiken haemophiliás jelenségek voltak megállapíthatók, azoknak jele fekete színnel van kitöltve.

Családfa.



A mint látjuk, a család szépanyjának négy leánygyermek közül az egyiknek (B) 11 gyermekéből 5 fiú volt, mind az ötön haemophiliás jelenségek állottak fenn, míg a leánygyermeken ilyen jelenségek nem voltak kimutathatók; mind az öt férfitag elhalt s a haláluk közvetlen oka elvérzés volt. A VI, VII, VIII jelzésű leánytagok gyermekei között szintén látunk ily haemophiliás jelenségeket. A VI jelzésű leány 7 gyermeke közül (5 fiú és 2 leány) az 5. és 6. fiú mutat vérzésre hajlamot. A VII jelzésű leány 7 gyermeke közül (4 fiú, 3 leány) a 4. és 5. fiú nyelvmegharapás folytán vérzett el. A VIII jelzésű leány 3 gyermeke közül (2 fiú, 1 leány) a 2. jelzésű fiú szintén elvérzett.

Mint e rövid leírásból látható, ez esetben is typusos módon terjedt a családban tovább a kóros vérzékenységre való dispositio, a mennyiben csak a férfitagok haemophiliásak, a dispositio azonban a leányok útján terjedt tovább. A szerző kiemeli, hogy érdekes a nagy gyermekáldás e családban, a mennyiben az egyik családtagnak 11, kettőnek 7—7 és egynek 3 gyermeke volt. Ugy az adrenalin, mint az állott lóserum úgyszólván hatástalan volt s csak az egészen friss lóserumtól láttak jó eredményt; a befecskendezés helyén sem keletkezett ezen serum alkalmazása után haematoma. (Zentralblatt f. Kinderheilkunde, 1913, 1. füzet.)

Bókay Zoltán dr.

Húgyszervi betegségek.

A gyökeres műtétekről rossztermészetű heredaganat eseteiben ír *Seton Pringle*. A modern sebészet egyik alapfeltétele, hogy a rossztermészetű daganatokat minél gyökeresebben, tehát a nyirokerekre és nyirokmirigyekre kiterjedő technikával kell megoperálni; ezt a szabályt azonban a rossztermészetű heredaganatok műtéte alkalmával rendszerint nem eléggé respektálják. A szerző a heredaganatok különböző fajainak méltatása után azon nézetének ad kifejezést, hogy rendszerint jótermészetű kevert daganatok alakulnak ki idővel malignus tumorrá. A sebész szempontjából a rossztermészetű heredaganatok a carcinomák és sarcomák két nagy csoportjára oszthatók. A *carcinomák feltétlenül gyökeres műtétet igényelnek, míg sarcoma eseteiben a gyökeres műtét nemcsak felesleges, de jogosulatlan.*

A here nyirokrendszerét *Jamieson* és *Dobson* tanulmányai alapján rendkívül behatóan tárgyalja a szerző. Azon nyirokmirigyek, melyekbe a jobb here nyirokerei beszáradzanak, nagyjából a vena cava és az aorta között, a vesevenák magasságától lefelé a bifurcatióig terjedő vonalban, részben azonban magán az aortán is, még pedig ennek a bal vesevenától az art. mes. infer.-ig terjedő részletén fekszenek, de rendszeren még az art. il. externa belfelületén is találunk egy mirigyet. A bal oldalon a primaer nyirokmirigyek rendszerint az aorta külső felületén, a bal vesevena s a bifurcatio között és az art. mes. inf. eredete körül csoportosulnak; a másodlagos mirigyek mélyen lenn az aorta s a vena cava között s ezek alatt, sőt részben még a duodenum s a pancreas alatt is fekszenek s így alig megközelíthetők. A *lymphglandák rendszeren csak akkor betegek, ha a daganat már a scrotum bőrébe is belekapaszkodott.*

A gyökeres műtét tehát a jobb oldalon az egész retroperitoneumos kötőszövetnek az összes nyirokerekkel és nyirokmirigyekkel, tehát az aorta bal oldalától a vasa spermatica külső felületéig és a vesevena magasságától a vas deferensnek az art. il. externával történt kereszteződéséig való kiirtását igényli. A bal oldalon az aorta jobb felülete alkotja a műtőterület medialis határát. Az elsődleges mirigyek ilyen való gyökeres eltávolítása transperitoneumos úton csak elvétve fog sikerülni, ezért a korai esetekben, a mikor még csak az elsődleges mirigyek vannak megtámadva, az extra-peritoneumos műtétet tartja megfelelőbbnek. A szerzőnek az a feltétlen meggyőződése, hogy a gyökeres műtét, melyet ezideig összesen csak 13 esetben végeztek, lényegesen jobb eredményeket fog adni, mint a castratio, a mely után tudvalevőleg 80% a recidiva.

Pringle ezután egy 28 éves beteg kórtörténetét közli, a kinek már évek óta fennállott baloldali heredaganatát gyökeres műtéttel távolította el. A daganat körülmetszése után a metszési vonalat a lágyékcsatorna felett, a Poupert-szalag mentén, 3 cm-rel a köldökmagasság fölé vezette és a tumor, az ondozsinór és a lymphglandák kihámozása után a hasfalra a metszést a hashártyáig mélyítette. A peritoneumot befelé húzta, a vas deferens mélyen lenn a medenczébe átvágta, a psoas-fasciát megvasaltatta és a vasa spermatica leköttése után az egész retroperitoneumos kötőszövetet az említett területen talált összes nyirokerekkel és a daganattal együtt kiirtotta. Ezután a hashártyát ismét visszafektette, az izomzatot catguttal összevarrta és csak az újonnan alakított herezacskó alapján helyezett el egy vékony drainsövet. Az egész műtét alig tartott 1½ óráig; a műtét utáni gyenge shockból a beteg csakhamar magához tért. Két nappal a műtét után a seb abdomenes részében néhány varratot ki kellett oldani és ezen a nyíláson ½ liternél több tiszta világos-sárga folyadék (lympa) ürült ki. A sebek szépen gyógyultak és a beteg közérzete most, 8 hónappal a műtét után is teljesen kifogástalan. (Lancet, 1913, 184, 21—23. oldal.) *Drucker*.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Inoperabilis méhszáj-rák néhány esetében *Berczeller*, a pesti izraelita kórház nőgyógyászati osztályának főorvosa

meglepő eredménnyel használta a czukorport: az eves kifolyás és a bűz csakhamar megszűnt s a vérzés csökkent. Az eljárás nagyon egyszerű: csöves tükröbe beállítja a portiót, letörli, a tükröt félig megtölti czukorporral és jodoform-gazecskával a tükröből kiszorítja; a csík benmarad és visszatartja a czukrot. A kezelést naponként lehet végezni, vagy szükség szerint hetenként 1—3-szor. (Gyógyászat, 1913, 19. szám.)

A pellidol-kenőcs kedvező hatásáról eczema eseteiben számolt be *Bendix* tanár a charlottenburgi orvosegylet február 6.-án tartott ülésén. Szinte meglepőnek mondja az eredményeket, a melyeket kis gyermekek fej- és arczeczemája eseteiben — a melyek között nagyon súlyosak, más kezelésmódokkal hónapokon át dacoltak is voltak — elért. A kenőcs későknyei vastagságban többrétegű hydrophil mullra kenve alkalmazandó. Egyidejűleg természetesen a diéta is tekintettel kell lenni: túltáplált gyermekeknek kevesebb és zsírszegény táplálékot adunk, a hiányosan tápláltakat pedig igyekszünk jobban táplálni.

Inoperabilis tonsilla-sarcoma esetét közli *Wolze* és *Pagenstecher*, a melyben cuprase befecskendezése után (7 hét alatt 8 befecskendezése 5—5 cm³-nek) az általános állapot tetemesen javult és a daganat is némileg megkisebbedett, Röntgen-sugaraknak nagy adagaira pedig annyira visszafejlődött, hogy nem igen okoz zavarokat; a beteg azóta 26 fonttal gyarapodott. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1913, 19. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1913, 22. szám. *Hoffmann Jenő*: A constipatio habitualis physiotherapiája. *Pogány Ödön*: A lues szerepe a fülbetegségek előidézésében.

Klinikai füzetek, 1913, 5. füzet. *Poór Ferencz*: A dermatologia evolúciója a XIX. században, különös tekintettel hazánkra.

Orvosok lapja, 1913, 23. szám. *Unterberg Hugó*: A fehérje és geny összefüggése a vizeletben.

Budapesti orvosi ujság, 1913, 23. szám. *Hollós József*: A Basedow-kór gümőkóros eredete. „Gyermekeorvos” melléklet, 2. szám. *Grósz Gyula* és *Wolf Gyula*: A skarlát gyógyítása Moser-serummal. *Fischer Aladár*: 1. Jackson-epilepsia operált esete. 2. Ureterkövek 1½ éves gyermekben. Ureterolithotomia, gyógyulás.

Vegyes hírek.

Kitüntetés. A király *Gara Leó* dr.-nak, Szabolcsmegye tiszteletbeli főorvosának a közegészségügy terén szerzett érdemei elismeréséül a magyar nemességet adományozta.

Kinevezés. *Kriser Arnold* dr.-t, Breznóbánya főorvosát a m. kir. államvasutak orvosi tanácsadójává, *Lencsi János* dr.-t nagyszaltnai járásozossá, *Sándor Ernő* dr.-t a gyulai közpórházhoz alorossá, *Gulyás János* dr.-t a szolnoki közpórházhoz alorossá nevezték ki.

Választás. *Lebánszovics Sándor* dr.-t Ókörtvélyesen körorossá, *Politzer Manó* dr.-t Döbrökön községi orvossá választották.

A budapesti egyetem II. számú női klinikájával kapcsolatos szülészeti poliklinikum májusban 102 esetben nyújtott segítséget; a műtétek száma 86 volt.

A budapesti önkéntes mentő-egyesület áprilisban 1289 esetben nyújtott első segítséget; ezenkívül 1035 szállítást végzett, 116-szor mint mozgóórság szerepelt és 23-szor vaklármá és téves jelentés folytán vonult ki. Az április havi működési főösszeg tehát 2463.

Meghalt. *Pávai Vajna Gábor* dr., a pozsonyi állami kórház belgyógyászati osztályának főorvosa, 63 éves korában, május 31.-én. — *Rohacsék István* dr. katymári községi orvos 47 éves korában május 27.-én.

A budapesti szegénysorsú tüdőbetegek sanatorium-egyesületének XV. évi jelentéséből, a mely a megszokott gondos összeállításban, mintegy másfélszáz lapnyi terjedelemben az imént jelent meg, felemlítjük a következő adatokat: Az Erzsébet királyné-sanatoriumban 1912-ben 960 beteget ápoltak, és pedig 493-at ingyen. Az első szakban volt betegek közül 97·5%, a II. szakban voltak közül 89·3% és a III. szakban voltak közül 54·6% végeztek haszonnal a kúrját. A betegeknek 21·1%-a volt I. szakbeli, 40·5%-a II. szakbeli és 18·1% III. szakbeli; eredménytelen volt a kúra 20·3%-ban. Az ápolás átlagos időtartama 99 nap volt. A tüdőbeteg-gondozóban 1912-ben összesen 20758 egyén jelent meg, közülük 5820 volt az új; lakásvizsgálatot 7207 esetben végeztek, lakásfertőtlenítést 98 esetben; segélyezésre 15042 koronát fordítottak.

Nemzetközi orvosi congressus Londonban. A XVII. nemzetközi orvosi congressus magyar nemzeti bizottsága 1913 május hó 30.-án ülést tartott, melyen *Grósz Emil* egyetemi tanár, elnök beszámolt az augusztusban tartandó congressus előmunkálatairól. A congressust *Arthur of Connaught* herceg augusztus 6.-án fogja megnyitni, az összes üléseken *Chauffard* (Páris), *Harvey Cushing* (Egyesült-Államok), *Ehrlich* (Frankfurt), *Bateson* (Anglia), *Burns* (Anglia) fognak előadásokat tartani. A kitűzött témákat 23 sectióban fogják tárgyalni. Magyarországról eddig körülbelül 150 tag iratkozott be. A magyar királyi kormányt a vallás- és közoktatásügyi ministerium, a belügy-, a földművelésügyi- és igazságügyministerium kiküldöttjei fogják képviselni. A magyar bizottság a nemzeti orvosi congressusok állandó bizottságába báró *Müller Kálmán* főrendet, helyettesül *Grósz Emil* egyetemi tanárt delegálta. A moszkvai és a párisi díj ügyében javaslatokra báró *Müller Kálmán*, báró *Korányi Sándor* és *Moravcsik Ernő* tanárokból álló albizottságot küldtek ki. Az 1909-ben alapított *Prix de Hongrie* odaítélésére az állandó bizottság által megalakított bizottság tagjai: báró *Müller Kálmán*, *Sir Thomas Barlow*, *Waldeyer*, *Burger* (Amsterdam) és *Grósz Emil* tanárok. A bizottság foglalkozott még *Schrötter* dr. indítványával a scleroma ügyében és a congressus alkalmából rendezendő kiállításal. Minden jel oda mutat, hogy Magyarország a congressuson számos taggal lesz képviselve. A körlevelek arról is tanúságot tesznek, hogy közjogi helyzetünk kelően ki van domborítva.

A nemzetközi sebésztársaság IV. congressusa 1914 április 14.-e és 18.-a közt lesz New-Yorkban, a következő tárgyalási témákkal: 1. *Ulcus ventriculi et duodeni*. Referensek: *de Quervain*, *Hartmann*, *Lecène*, *Mayo*, *Moynihan*, *Payr*. 2. Az oltás a gyakorlati sebészetben. Referensek: *Morstin*, *Willard* (éreltás), *Ullmann* és *Lexer* (transplantatio), *Carrel* (szervek átültetése). 3. A csonkítások technikája. Referensek: *Witzel* (amputációk általában), *Caci* (felkar és alkar), *Kuzmik* (kéz és csomb), *Binnie*, *Durand* és *Ranzi* (lábszár és láb).

Szörényi Tivadar dr. fürdőorvosi működését Bártfafürdön ismét megkezdte.

Kisebbségi közlések az orvostudomány köréből. A nyak nyirok-mirigyének gümőkórja esetén *Trautmann* szerint nem szabad megelégedni a gümös mirigyek kiirtásával, hanem okvetlenül teljesen el kell távolítani a megfelelő oldal tonsilláját is, mert a nyirokmirigyek fertőződése innen indul ki. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1913, 16. sz.) — Néhány héttel ezelőtt jeleztük, hogy tüdőbajok gyógyítására új eljárást ajánlanak: a beteg oldali *phrenicus átmetszését*, mert az ennek következtében beálló féloldali rekesz-hűdés folytán a beteg tüdő nyugalomba jön. *Hellin* szerint azonban egyfelől *phrenicotomia* után nem jön nyugalomba a diaphragma, másfelől, ha nyugalomba is jönne, más légzésizmok vikariálólóg átvennék a működését, a tüdő tehát nem nyugodnék meg. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1913, 16. sz.) Ezzel szemben *Sauerbruch* fentartja a *phrenicus-átmetszésnek* a tüdő nyugalomba jutását illető befolyását; ez azonban szerinte is csak kevés esetben lesz egymagában elegendő, többnyire később még részleges mellkasi plastika is végzendő. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1913, 19. sz.) Az állandó (óránként) intravenás infúziót ajánlja *Friedmann* olyan esetekben, a mikor sürgősen kell folyadékot vinni a szervezetbe, esetleg bizonyos gyógyszerekkel (például konyhasó-adrenalin-oldatot). Az eljárás nagyon egyszerűnek látszik és minden különösebb felszerelés nélkül könnyen végezhető. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1913, 19. szám.)

Személyi hírek külföldről. A prágai német egyetem élettani tanszékére *Tschermak* tanárt nevezték ki, a ki eddig a bécsi állatorvosi akadémián adta elő a szakmát. — A bécsi egyetemen az orvosi kémia eddigi tanára, *E. Ludwig* nyugalomba vonul; utódja *Abderhalden*, a jeles hallei physiologiai kemikus lett. — A liverpooli egyetem sebészeti tanszékére *W. Th. Thomas* dr.-t nevezték ki. — A párisi École pratique des hautes études-ön kísérleti morphologiai intézetet és tanszéket szerveztek, melynek vezetőjévé *Magnan* dr.-t nevezték ki.

Hírek külföldről. Danzigban gyakorlati orvostani akadémiát állítanak fel, a milyen Kölnben és Düsseldorfban már van. — *Henry Phipps* new-yorki bankár 5 millió koronát bocsátott a baltimorei John Hopkins egyetem rendelkezésére elmekörtani klinika felállítására.

A budapesti orvosi kör országos segélyegyletéből befizettek: Röhrich Béla, Schön László, Pollackek Simon, Schilling Árpád, Steinitz Adolf, Szontag Miklós, Szalay László, Szalay Jenő, Schwarz Tivadar, Weisz Mór, Csizsér Miklós, Gál Miklós, Neumann Salamon, Skarvan Béla, Reinitz Miksa, Spatz Adolf, Weisz Károly, Szemere László, Várady László, Ternaveán Emil, Auszterveil László, Benyovitzky Gyula, Gottlieb Jakab, Edelmann Menyhért, Gescheit József, Hochfelder Adolf, Imre József, Faragó Mór, Rózsa Zsigmond 4—4 koronát. *Katona József* dr., pénztáros.

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

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

Dr. Turán Bódog május hó 1.-étől október hó 1.-éig **Franzensbad** („Prinz Wales“).

Ótátrafüred

magaslati gyógyhely (1020 m.). Vizgyógyintézet az összes physikai gyógy módokkal ideg- s belbetegeknek. Vezetőorvos: **Dr. Groó Béla**.

Istvánúti sanatorium és vizgyógyintézet

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

Röntgen-laboratorium.

Vezetője: **Dr. Alexander Béla**, egyetemi magántanár.

Orvosi laboratorium:

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

Therapia sanatorium r.-t.

Budapest, VII., Városligeti fasor 11. Bennlakó és bejáró belbetegek részére. Diagnostica. Therapia. Mindennemű ojtásos kezelések. Hízaló és soványító kúrák. Nagy vizgyógyintézet. Laboratorium. Röntgen. Vezető orvosok: *Rajnik Pál* dr. és *Kovács Aladár* dr.

Dr. Richard Fischel

rendel Bad HALL, Felső-Ausztria, Budapest szállodában.

Dr. Grünwald sanatoria

Budapest, Városligeti-fasor 13-15. Fejvételnek férfi- és nőbetegek kezelőorvosukat maguk választhatják. — **Vegy- és Röntgen-laboratorium.**

Dr. Mátrai Gábor és Dr. Sas Bernát Orvosi laboratoria

VI., Andrassy-út 38. Telefon 26—96.

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. belügyministerium előzetes engedélye alapján az országos betegápolási alap terhére vétetnek fel.

Dr. Weisz Rudolf, Pöstyén v. budapesti ált. poliklinikai tanársegéd. Physiko-mechano-therapia. Massage (Eisler-ház).



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

Ujtátrafüred

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



Orvosi műszerek, kötszerek, villanagepek, leg-jobb sérvkötők, összes betegápolási tárgyak és gummiárúk elsőrendű minőségben jutányosan kaphatók:

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

— Legújabb nagy képes **főárjegyzék** bérmentve. —

lavításokat elfogad. (Alapítva 1892.) Telefon 583.

Dr. Weltmann Pöstyén. (Amália-udvar, Királysor 8.) A Szt. Lukács-fürdő éveken át v. orvosa. A köszvény-, csúz- és neuralgiás (ischias) bántalmak szakorvosa.

MATTONI-FÉLE LÁPKIVONATOK

fürdőkhoz.

„**LÁPSÓ**”
száraz kivonat
ládákban á 1 kiló

LÁPLUG
folyékony kivonat
üvegekben á 2 kiló

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

WEISZ EDE INTÉZETE PÖSTYÉN

Röntgen. Zander. Modern kényelem. Mérsékelt árak. Diaetetikai és mechanikai gyógyintézet. 4258 Alapítva 1893.

Dr. Cukor curpensiója **Franzensbad. Villa Heimdall.** Modernül berendezve, kitűnő fekvéssel, fürdők, források közvetlen közelében. Teljes pensio 5-szöri étkezéssel, szopropectus kíváratra.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (VII. rendes tudományos ülés 1913 február 22.-én) 445. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 447.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(VII. rendes tudományos ülés 1913 február 22.-én.)

Elnök: Salgó Jakab.

Jegyző: Bence Gyula.

(Folytatás.)

Moser-serummal kezelt vörhenybetegség lázgörbéinek bemutatása.

Bókay János: Az előadó, tekintettel a székesfővárosban lezajló eléggé súlyos vörhenyjárványra, actualisnak tartja a Moser-Paltauf-féle polyvalens serum hatásáról, bár csak láztáblák demonstrálása kapcsán, újból szólni. Régebben kifejtett ezirányú nézeteit föntartja s a polyvalens serumnak specifikus hatását a vörhenybetegségre újabb tapasztalatai alapján is beigazolvá látja. A bemutatott tíz lázgörbe mindegyikén szembevetendő az Escherich és Moser által már 1902-ben hangsúlyozott erős hőesés az injectiót követő 24—48 órában. A hőesésen kívül mindegyik esetben feltűnő volt az exanthema jellegének megváltozása, a pulsus frequentiajának alászállása s a fönnálló agyvelő-tüneteknek gyors eltűnése; az erősen toxikus s az ú. n. hypertoxikus esetekben ajánlja a serum alkalmazását. Könnyebb esetekben a maga részéről is respectálja a 200 cm³ fajidegen savó bevitelét, bár konstatálhatja, hogy a befecskendezésnek nagyobb fokban káros hatását egy esetben sem látta, egy betege kivételével, a kin a serumkiütés borzadalmas intenzitással jelentkezett, de azért itt is kedvező lefolyást vett. A serumbetegség eseteiben 33%-ban jelentkezett, tehát elég sűrűn. Feltűnő volt egyes esetekben a serumkiütésnek feltűnő késői jelentkezése. Így néhány esetben csak a befecskendezést követő negyedik héten tört ki.

Grósz Gyula: A Moser-serum alkalmazásának első idejében, 1906 végétől 1909 végéig, a midőn csak nehezen szerezhették be, csak elvétve alkalmazták a Bródy Zsigmond és Adél-kórházban, összesen 5, csupa kétségbeesett esetben. Ezek közül meghalt 3, 1910 óta sűrűbben kezdték alkalmazni a Moser-serumot, még pedig főleg azon indicatiók alapján, a melyeket Moser állított föl; azaz oly esetekben, a melyeknek a prognosist III. számmal (dubiosus esetek) és IV. számmal (letális esetek) jelölte meg. Más szóval a skarlátnak súlyos és legsúlyosabb eseteiben alkalmazták a Moser-serumot. Súlyos toxikus tünetek, toroknecrosis, nagyfokú prostratio, somnolentia, sőt öntudatlanság, jactatio, hányás, gyöngye szívűködés, cyanosis, hűvös végtagok stb. oly tünetek, a melyek javallttá tették a serum alkalmazását. Ezen súlyos és legsúlyosabb esetek mortalitása — köztudomás szerint — 50—70%, között ingadozik.

Ezután felsorolja saját eseteit, s itt egy kis statisztikával szolgál:

1906—1909-ben	5 eset közül 3 meghalt
1910-ben	12 " " 4 " { 2 vegyes fertőzés croup ill. morbilli; 2 későn, a 4—5. napon kapta
1911-ben	12 " " 2 " { 1 az 5. napon kapta
1912-ben	22 " " 4 " { 1 haldokolva
1913-ban	3 " " — " {
összesen	54 eset közül 13 meghalt.

Ezen 13 elhalt eset közül 6 esetet levonásba kell venniök a Moser-féle indicatio alapján, t. i. 1 haldokolva behozottat, 3-at, a kik későn, a 4—5. napon lettek beoltva és 2 esetet, a melyben vegyes fertőzés volt, illetőleg morbilli-croup miatt állott be a halál. Ezt a 6 esetet levonva, marad 48 eset közül 7 haláleset, a mi 11%-nak felel meg.

Összeállította az előző évek skarláthalálzását, még pedig

1902—1909-ig összesen	905 eset közül elhalt 98, vagyis 10.8%
1910-ben	169 eset közül 7 halálozás 4.5%
1911-ben	209 " " 10 " 5%
1912-ben	198 " " 18 " 9%

Átlagban tehát ezen utolsó 3 évben a halálozás 6.2%, vagyis szemben az előző évek átlagával, a mely 10.8%, a javulás máris 4.6%-ot tesz ki. Bár csekély a javulás, mégis hajlandó ezt a javulást a Moser-serum alkalmazásának betudni, mert az utolsó 3 év alatt kezelt 48 Moser-esete a legsúlyosabb esetek voltak.

Második fontos megjegyzése vonatkozik a lázmenetre. Ha'állal végződött Moser-esetei közül csak kettőben volt meg a kritikus hőcsökkenés, a többiben állandó febris continuában érte a beteget a halál.

43 eset közül 20-ban 24 óra alatt 39.5—40°-ról leesett a hőm. 37.5—38°-ra 18-ban 8 " " 39.5—39.8°-ról " " " 38—38.5°-ra 5-ben lassú, elhúzódó hőcsökkenést észleltek.

Az utolsó időben az intramuscularis oltások után gyorsabban állott be a serum hatása, vagyis a hőcsökkenés.

Harmadik megjegyzése vonatkozik a complicatiókra. 48 Moser-esetük közül csak 3 esetben volt nephritis és 4 esetben otitis, illetőleg mirigyelgyenedés.

Azonban minden statisztikától eltekintve, tisztán klinikai észlelések és tapasztalataik alapján mondhatják, hogy a súlyos és legsúlyosabb skarlát-esetekben a Moser-serummal határozottan feltűnő, jó eredményeik voltak és ha nem is tekintik a Moser-serumot panacea-nak, azért mégis azt ajánlják, hogy a súlyos, toxikus esetekben kíséreljük meg, még pedig a Moser által ajánlott módon, t. i. minél előbb, a megbetegedés 1. vagy 2. napján.

Preisich Kornél: Két hó előtt tartott előadást a Közkórházi Orvostársulatban a vörheny terapiájáról s akkor úgy nyilatkozott a Moser-serumról, hogy vörheny ellen nem specifikus hatású; ha van kedvező befolyása a vörheny lefolyására, ez nem oly fokú, hogy fölérne azon káros hatással, melyet mint idegen serum kifejthet. Bókay tanár főképpen a hőesésben látja a specifikus hatás nyilvánulását, ezt a véleményét nem oszthatja. A Bókay tanár első közleményének alapjául szolgáló eseteket vele együtt észlelte, de őt ezen észlelések, miként már akkor megmondotta, a serum specifikus hatásáról nem győzték meg. Pospischil-nek a Moser-serumot magasztaló cikke eseteinek gondos tanulmányozása megerősítette felfogásában, sőt káros hatást tudott több esetben kiolvasni. Pospischil maga később csalódásnak jelentette ki előbbi észleléseit. Azóta a szt. László-kórházban észlelt több tízezer esetnek észlelése arra tanította, hogy a scarlatinát a tankönyvek helytelenül tanítják, sokszor az aetiologiai felfogás helytelen s a klinikai észlelés is téves. A tiszta skarlát, vagyis az, melyhez streptococcusnak tulajdonítható jelenség nem társul, streptococcusmentes, ilyen az esetek 50—70%-a. Streptococcus csak ott mutatható ki, a hol a megbetegedés nem úszta, ezek a társfertőzések esetek; társfertőzést okozhat más mikroorganizmus is. A tiszta vörheny lázgörbéje kritikus hőeséssel jár, minden beavatkozás nélkül, még akkor is, ha a láz 40°-ra vagy magasabbra emelkedett. Számos ily lázgörbe van nála. A tiszta skarlát nem lévén streptococcus-megbetegedés, a Moser-féle polyvalens streptococcus-serum sem lehet specifikus gyógyszer. De ezen serum a streptococcus-fertőzés ellen sem biztos hatású. Eddig biztos hatású streptococcus-serumot előállítani nem sikerült, ezt újabban Heimann gondos vizsgálatai igazolják; az állatpassage-t nem végezték vagyis az emberre pathogen streptococcusokra az eddigi serumok többé-kevésbé hatástalanok.

Bókay János: Ismeri Preisich álláspontját. Nincs eldöntve, hogy a scarlatina streptococcus-megbetegedés-e, de hogy a streptococcusnak jelentékeny szerepe van, kétségtelen.

Középsúlyos skarlát eseteiben typusos hőleesés észlelhető, de kockázatos esetekben ezt a hőleesést sohasem tapasztalta. Súlyt helyez az exanthema megváltozására, a közérzet javulására, a súlyos tünetek megváltozására, ezért specifikus hatásúnak tartja a polyvalens serumot. Detre 1904-ben azon kívánságát fejezte ki, hogy a serum ki próbálása végett tömeges oltásokat kellene végezni. Szólo két ízben végeztetett ilyeneket. Egy ízben Karczagon, egy ízben Biharmegyében egy tanyán. A beoltott 22 egyén közül egy sem kapott scarlatinát. Csak azokat oltották, kik nem voltak eléggé elkülöníthetők a skarlátbetegektől. Ez oly argumentum, mely a specifikus hatás mellett szól.

A szoptatásról.

Torday Ferencz: A tejtermelés elméletét magyarázó föltevések nem derítik föl azt a rejtélyt, mely a pete megtermékenyítése folytán a magzatot viselő méh és az emlőmirigyek között fennáll. Hormonhatást tételeznek föl többen, a minek ellentmond az, hogy mechanikai úton megindítható a tejtermelés szűzek és férfiakon is. Schein föltételezi, hogy az emlőmirigyek tevékenysége continuus és a pangást megszüntető okokra válik az insensibilis secretio sensibilissé. Engel vizsgálataival kimutatta, hogy a terhesség folyamán az alveolaris szerkezetű, inaktív mellmirigy átalakul tubularis szerkezetűvé. Anatómiai okok semmiképp sem magyarázzák azt, hogy az anyák közül aránylag sokan nem szoptatnak. Az előadó a külföldi idevágó statisztikák ismertetése után a budapesti állami gyermekmenhely 1912. évi forgalmából 1600 csecsemőről számol be. Ezek 60%-át anyja szoptatta, az először szültek 50%-a; a többször szültek 67%-a szoptatott. Az otthon szültek 63%-a, az intézetben lebetegedettek 57%-a szoptatott. Ezen adatból arra következtet, hogy a budapesti szülőházakban a szoptatást nem annyira szorgalmazzák, mint külföldön. Az előadó kórházi osztályára fölvetett 472 anya közül szoptatásra képtelennek bizonyult 2.74%, kevés tejet — napi 1000 gr.-on alul — termelt

35%, 1000 gr.-on fölüli volt a tejtermelés a szoptató anyák 62%-ában. Ezen eredményeket rendszeres szoptatással, következetes lefejéssel és masszálással érte el. Utal arra, hogy a magánygyakorlatban is a kevés-, illetve elapadó tejű anyák és dajkák rendszeres mechanikai kezeléssel kielégítő tejelésre bírhatók. Számszerinti adatokkal igazolja a lactagógusok céljait. Ezután a szoptatás technikájának részletekérdeivel foglalkozik. Reáutal azon ellentétekre, melyek a szoptatási időközöket illetően a szerzők között fennállanak. Az előadó az első 6 hétben 3, azután 4 óránként szoptatott, lehetőleg az emlőből. Kifejti, hogy a szoptatás csak sorvasztó körökben ellenjavalt, leg- határozottabban a tuberculosis bármely alakjában. A szoptatás fizikai akadályai közül a mastitissal foglalkozik; csatlakozik Schiller felfogásához, a ki pangásos eredetűnek tekinti az emlőlobot. A Bier-eljárás célszerűtlenségét kifejtve, az észszerű sebészi kezelés előnyeit ismerteti.

Kiemelve a szoptatásnak nemcsak a csecsemőhalandóságra, hanem a gyermekegészségügyi viszonyokra való nagy befolyását, szükségesnek tartja, hogy azon socialis momentumok ellensúlyozására, melyek a szoptatás elterjedését hátráltatják, a Kir. Orvosegyesület szoptatási propagandát indítson és ezen célból Bókay János elnökle alatt bizottságot küldjön ki.

Deutsch Ernő: A modern chemiai és bakteriologiai technika vivmányaként a laboratoriumokból kikerülő, a természetellenes csecsemő-táplálásra vonatkozó dolgozatok és a tápszergyarak által forgalomba hozott reklámcsikkek a gyakorló orvosközönség nagy százalékát a mesterséges táplálás hívei táborába hódították. Ha tekintetbe vesszük egyrészt, hogy az első életév óriási halandósága az oktanul keresztyült táplálásnak tudandó be, másrészt pedig feltételezhető, hogy az első életévtől túlélt mesterséges tápláltak az élet későbbi szakáiban a legkülönbözőbb behatásokkal szemben csökkent ellentállóképességgel bírnak, nagy elismeréssel kell adóznunk az előadónak propagációs természetű előadásáért és nagy horderejűnek kell tartani az orvosegyesület kebelében alapítandó bizottságra vonatkozó javaslatát.

A 12 évre visszamenő, az „Ingyentej”-egyesülettel kapcsolatos csecsemőgondozó-intézetben tett tapasztalatai alapján, melyek immár a 13.000-et közelítik meg, a felszólaló kijelentheti, hogy:

1. A székesfőváros proletárviszonyai mellett agalaktia alig észlelhető, a hypogalaktia pedig kivételes.
2. Kellő propaganda és segélyezés mellett az asszonyok a szülés utáni második hétben jelentkeznek és kisdedeiket a physiologiai időtartamon át szoptatják.
3. Az élettani szoptatási időtartam hosszát illetően Bunge elméletét teszi magáévá és a 9—10 hónapos szoptatási tartam helyességét fogadja el.
4. A galaktagogumokról suggestiv avagy roboráló hatás feltételezhető, specifikus, de tejelválasztást befolyásoló hatást kísérleteinek nagy száma daczára sohasem észlelt. Őva int úgy a szoptató nő, mint a csecsemő szempontjából az alkohol nagyobb adagjának nyújtásától.
5. A külföldön tett tapasztalatokhoz a saját észleleteit fűzve, megállapíthatja, hogy a szoptatás szolgáltatásban álló jóléti intézmények kis körzetben áldásdús befolyást gyakorolnak s nem mineműségükön, hanem mennyiségükön múlik, hogy befolyásuk szélesebb néprétegekben nem érezhető.
6. A hazánkban létező állami, városi és társadalmi jóléti intézmények a szóbanforgó és egyéb irányban azért nem fejthetnek ki kellő eredményű munkát, mert minden intézmény a másiktól függetlenül, nem pedig karöltve ténykedik, úgy hogy a megalakítandó bizottságnak egyik főfeladata a központosítás keresztyültvitele volna.
7. A szoptatásra való termettség inkább áll a traditio és divat, mint a hereditás befolyása alatt és így ismételve hangsúlyozza a gyakorló orvos szerepének fontosságát a szoptatási propaganda terén.

Heim Pál: A gyakorló orvos szempontjából fontos, hogy felemlítse, hogy vannak esetek, a melyekben a csecsemők nem fejlődnek női tejjel való táplálás mellett. Vannak esetek, a melyekben daczára a női tejjel való táplálásnak, a csecsemő súlya fogy, hasmenést kap. Dajka dajkát vált, a súlygörbe csak nem akar emelkedni, még pedig azért, mert az ok nem a tejben, a szoptatási technikában, hanem a gyermekben van. Neuropathiás csecsemők ezek, a kik bélbeli erjedésre hajlamosak. Az erjedés a czukorból indul ki, áterjed a zsírra, zsírsavak képződnek, ezek fokozzák a peristaltikát és a bélben hurutos elváltozásokat okoznak. A női tej 6—8% tejczukrot, vagyis legrosszabban assimilálható czukrot tartalmaz. Ily esetekben indikált a zsír-casein-calciumdús tápláló keverékek adagolása, mint a milyen a Finkelstein-fehérjetej vagy a Heim-John-féle túrós tej. A tejczukor itt a minimumra redukált, a casein- és calciumtartalom fokozott. A casein erjedésgátló, a calcium pedig vízben oldhatatlan szappanná köti meg az esetleg képződő zsírsavakat. Ez esetek ismerete fontos a szoptatási szempontjából, mert ezek adják azon esetek nagy részét, a melyekben az anya a 2.—3. hónapban megszűnik szoptatni, pedig ilyenkor nem kell teljesen abbahagyni a szoptatást, hanem elegendő naponta 2—3-szor az előbb említett tejjel hozzátáplálni.

Friedrich Vilmos: Az egész világon, a hol a kultura terjed, a születések száma csökken, nem szaporodik. Ezért csökkenteni kell a gyermekek halandóságát. Erre irányul a gyermekek természetes táplálása is, mely csakugyan csökkenti a gyermekek halandóságát.

A budapesti kerületi munkásbiztosító pénztárnál 500.000 ember van biztosítva, itt is tapasztalják, hogy a csecsemő életének első évében nagy a megbetegedések és halálozások száma.

A nyolcz budapesti kerületi munkásbiztosító pénztári rendelő közül kettőt fel fognak szerelni csecsemőgondozó intézettel, hogy az anyákat a szoptatásra szoktassák, és hogy a helyes táplálásra oktassák. Üdvözlí az előadót, a ki fontos socialis kérdést vetett fel. Remélhető, hogy meglesz a sikere. Kíváncs, hogy a különböző intézmények és az állami intézetek közösen működjenek és így elérhető lesz a csecsemőhalandóság viszonylagos megjavulása.

Berend Miklós: Rendkívül érdekesnek találja azt az adatot, mely szerint a menhelyekre bekerülők közül azok, a kik a szülőházakból kerülnek ki, 57%-ban nem tudnak szoptatni. Ez azt jelenti, hogy ezek az asszonyok, a kik még a szülőházakban mind szoptattak, az alatt az igen rövid idő alatt, a mi a szülőház elhagyása és a menhelybe fölvétel közt eltelt, elvesztették a tejüket. Ennek részben a nyomor az oka, de tapasztalata szerint nagyobb részben az, hogy az anyák directe elapasztják a tejüket a menhelybe felvétel előtt, hogy kikerüljék a menhelyben maradás és szoptatás kötelességét.

Ez az adat tehát megvilágítja az általa már előbb megkövetelt közvetítő stacionak — az anyaothonnak — a szükségét, a mely a szülőházból átvesszi és ellenőrzi az anyát s gondoskodik arról, hogy se a gyermek ne jusson már beteg a menhelybe, se az anya elapadt tejjel ugyanoda.

Nem hiszi, hogy sokat lehetne következtetni az előadó azon statisztikai adatából, hogy az elhalt csecsemők közt hány volt szoptatva, mert természetesen az elhaltak közt aránytalanul sok a mesterségesen táplált.

Megemlíteni akarja azt, a mire az előadó idő hiányában nem tért ki, hogy milyen sokféle nehézség fenyegeti a szoptatás lehetőségét az első két hétben: ez az az idő, a mikor a szoptatás legtöbbször megakad. Két, kevésbé ismert vagy méltányolt szempontra utal itt csak; az egyik a 3—4. napon olykor beálló láz, az amerikaiak inanitaion fever-je, a melynek egy része csakugyan inanitaion, de a másik része infectio, és ha nem vigyázunk, étvágytalanságra s tejelapadásra vezet.

A másik annak a hangsúlyozása, hogy az első életheletheben észleljük azokat az úgynevezett dyspepsia acidákat, a melyek ilyen formában később nem fordulnak elő: bélgörcs bélgörcsöt ér a legfontosabb táplálás mellett is, hiába változtatunk dajkát dajka után, nem szűnik a folytonos jactatio. Ez a folyamat azért is oly fontos, mert megingatja a szülők hitét a szoptatásban az, hogy egy adag tehéntejre olykor momentán megszűnik a görcs. Rá kell mutatnom arra, hogy ez esetekben a rendellenes chemismus oka valószínűleg a belső secretio zavarai-ban rejlik.

Szana Sándor: A városokban évről-évre jobban terjed annak a tudása, hogy szoptatni kell és mégis évről-évre fogy a városokban a szoptató anyák száma. Nyilvánvaló, hogy nem a tudáson múlik, hanem socialis okok azok, a melyek a szoptatás lehetőségét gátolják.

A csecsemőhalandóság problémája is kinőtt már abból a keretből, hogy egyszerű táplálkozási kérdésnek tekintessék, a mit bizonyít az a tapasztalat, hogy noha Berlinben évről-évre fogy a szoptató asszonyok száma, még pedig rohamosan, a csecsemőhalandóság évről-évre javul.

Tehát még a szoptatásnál is hatalmasabb tényezők döntik el, determinálják a csecsemőhalandóságot. Ezek a tényezők a közgazdasági viszonyok (kultura és vagyoni viszonyok) és mint ezek indexe: a szülési arányszám.

A dresdeni hygiene-kiállítás óta már nem lehet többé vitatkozni, hogy a szülési arányszám és a csecsemőhalandóság között párhuzam van. Erre különben Biedert már évtizedekkel ezelőtt felhívta a gyermek-orvosok figyelmét. Kimutatta, hogy ugyanazon gyógyfeljárással, a melylyel az első gyermek súlyos dyspepsiáját meg tudta gyógyítani, a harmadik gyermek könnyű dyspepsiáját nem tudta meggyógyítani.

Nálunk Magyarországon azonban a csecsemőhalandóság problémája sokkal érdekesebb, sokkal komplikáltabb, mint bárhol másutt. Ennek a rendkívül érdekes problémának a megfajtése kell, hogy a magyar socialhygienés tudomány legelső feladatai közé tartozzék.

A probléma a következő:
Magyarország csecsemőhalandósága nagyobb, mint Poroszorszáé, Magyarország 100 élveszülettre 21 csecsemőhaláleset esett, míg Poroszországban csak 17. Ha azonban az első hónapot kikapcsoljuk és nézzük a 2—12. hónap halandóságát, halandósága kedvezőbb, mint Poroszorszáé! Tehát az első élethónap halandósága dönti el Magyarországon nagy csecsemőhalandóságát.

Az első élethónap ezen befolyása nem függhet össze a szoptatással. Magyarországon egyáltalán mindenütt szoptatnak, az ipari göczpontokat kivéve. De épp az első 4 hétben még az ipari munkásnők is szoptathatnak, mert hisz betegségyelő pénztári törvényünk a gyermekágyi segélyt ismeri!

Mi lehet tehát az első élethónap nagy halandóságának az oka? Ez irányban égető szükség van vizsgálatok megejtésére.

Még érdekesebb, még komplikáltabb teszi a problémát az, hogy Magyarországon a statisztika szerint a halvaszülettek száma a legkisebb majdnem egész Európában. Talán azt gondolhatná most az ember, egész egyszerűen ez magyarázza a dolgot. Nálunk olyanok számíttatnak élveszülettnék, a kik Németországban még halvaszülettnék számíttatnak. Ez sem áll, mert az első élethónapon Magyarország halandósága

kisebb, mint Szász- és Poroszorszáé. Már az első 7 nap alatt azonban nagyobb.

Életek megmentése az orvostudomány célja. Nem hiszi, hogy gyógy mód léteznék, a melylyel annyi életet meg lehetne menteni, mint a mennyit meg lehetne menteni ezen viszonyok felderítésével s az elhárítható okok elhárításával.

Kutatni kellene, az első élethónap halálözása hol túlnagy. Falvakban, városokban, vallás szerint, származás szerint; kutatni kell, túlfiatalok-e a mi anyáink? A mi lakásvizonyaink okozzák-e ezt, a melyek miatt a hülési bajok talán gyakoribbak, vagy talán a szellőztetlen szobák levegője fertőzi a tápcsatornát. Talán a köldökkezelés körül van nálunk valamelyes hiba. Talán a mell, a bimbókezelés körül történik valami hiba. Ezek azon dolgok, a melyeknek a felkutatása a magyar socialhygienés tudomány legégetőbb feladata.

Az egyke jelszava körül súlyos támadások érték a magyar orvosi tudomány egyik legdiszesebb fórumát. Pedig Magyarországon a népesedési problémát ma még nem a szülések oldaláról kell vizsgálni.

Az államnak arra kell első sorban törekedni, azon irány szerint legalább, a mely az egyke kérdését felvetette, hogy a népesség száma növekedjék. Tehát a főczél a népszaporulat. A közgazdasági köröket csak az érdekelheti, hogy mentől jobban növekedjék a lakosság száma. Már pedig Magyarországon egyelőre a szaporulat nő. 109-ről 112-re emelkedett az utolsó évben 10,000 lélekre a szaporulat. 1912-ben volt évtizedek óta a legnagyobb népszaporulat. Ez pedig történt dacára annak, hogy ugyanezen időben a szülési arányszám 41-ről 35:4-re szállt alá. Tehát sokkal kevesebb szüléssel nagyobb szaporodást értünk el, olyant, a milyen évtizedek óta nem létezett.

Németországban a szülési arányszám az utolsó 35 évben 40-ről 30-ra szállt.

Blaschko kiszámította, milyenek lennének a viszonyok ma, ha Németországban ma is ugyanazon halandósági és szülési viszonyok volnának, mint 35 évvel ezelőtt. Az eredmény rendkívül érdekes. Ha Németországban ma ugyanazok a halandósági viszonyok és szülési viszonyok volnának, mint 35 évvel ezelőtt, akkor Németország 200.000 lélekkel kevesebbel szaporodott volna és dacára ennek 150.000-rel több halálesete lett volna, tehát a csökkent szülési és halálozási viszonyok folytán 200.000 lélekkel nagyobb a szaporulat és 150.000-rel kevesebb a halálozás. Óriási nyereségek!

Magyarországon tehát a szülési arányszám csökkenését még nagyon nyugodtan nézhetjük. Egyes egyedül a halálozási arányszám csökkenésével kell foglalkoznunk. Az évi szaporulati szám még erősen megnöhet, kevesebb szülés mellett is: csak csökkentésük a halálozást európai niveaura! Egészen fordított gondolatmenet a szaporulatot elérni a szülések arányszámának növesztésével, a minek a módszereit még nem találták ki, holott a szaporulat évi növekedése elérhető a halálozás erős csökkentésével, a minek az eszközei, a hygiene eszközei, oly jól ismertek s melyeknek hatásossága oly jól kipróbált. Ha halálozási számunk az európai optimum alá fog süllyedni s szülési arányszámunk ezt a deficitet pótolni nem tudná, akkor kellene csak a szülési arányszámmal törődni, akkor kellene törekedni az eszközöket megtalálni, melyeket Franciaország, hol ez létkérdés már, sem tud megtalálni.

Nagy örömmel kell tehát üdvözölni az előadók azon gondolatát, hogy bizottság küldessék ki gyermekgyógyászati tudományunk vezetőjének elnöksége alatt. De hiba volna ennek a bizottságnak a kereteit oly szűkre szabni, hogy csak a szoptatási propaganda legyen a tárgya. Talán a propaganda egyáltalán nem is lehet orvostudományi egyesület feladata.

(Ezen orvostudományi egyesülés köréből indult ki az elhagyott gyermek állami védelmének kérdése is. Az egyesület Szalárdi előadása alapján megvizsgálta a viszonyokat, véleményt mondott és ezzel erős alapot szolgáltatott az illetékes köröknek.)

Ma a viszonyok felette megérett arra, hogy a gyermekkor socialhygieneje, a gyermekvédelem a jelzett magasabb tudományos szempontból ezen orvosi forum által tanulmány tárgyává tétessék. És pedig nem időről-időre spontán, epizódyszerűen felmerülő előadások nyomán, hanem rendszeres kutatás és megfigyelés alapján. A gyermekvédelem minden orvosi munkása ismeri a francia orvosi akadémia zöld füzetét, a melyben a francia akadémia által a gyermekkorhygiene ügyében kiküldött állandó bizottság (commission permanente) évről-évre beszámol a belügyministernek a gyermekvédelem munkájáról Franciaországban.

A berlini socialhygiene-társaság egyik utolsó ülésén elhangzott Gottstein szájából az a merész, de érdekes kijelentés, hogy a biológiai hygiene bizonyos holtpontra jutott és jelenleg a hygiene haladása a socialis hygiene területén várható. Elhangzott pedig ez a kijelentés abból az alkalomból, hogy a müncheni egyetem tanszéket állított a socialhygiene számára, melyre Kampf-ot meghívta, a berlini egyetem pedig Grothjan-t kérte fel, hogy habilitáltassa magát és tanítási megbízatást adott neki.

Magyarországon a gyermek socialhygienejével való foglalatosság annál fontosabb, mert a magyar állam többet tesz a gyermekvédelemért, mint a legtöbb más állam.

Budapesten a törvénytelen szülések száma körülbelül 5600 egy évben. Csecsemőt felvett a budapesti állami gyermekmenhely a múlt évben 3500-at. Tehát 100 törvénytelen szülésre 63 felvétel. Ez évben 4000 csecsemőfelvételtünk lesz. Ha hozzászámítjuk a Deutsch Ernő vezetéke alatt levő ingyentej-intézetben megforduló 1000 csecsemőt, majdnem 75 csecsemőfelvétel esik 100 házasságon kívüli szülésre. Ha a törvényes és törvénytelen szüléseket együtt vesszük, akkor is majd-

nem 200%-a a csecsemőknek kerül az állam gondozásába. Lipcsében ez a szám 6%. Párisban, Berlinben, Bécsben mindenütt jóval kisebb.

De a szoptatási propaganda körül is erősen működik az állami gyermekmenhely. Szoptatási segélyt ad saját háztartásukban megmaradó anyáknak, 1910-ben 270, 1911-ben 300, 1912-ben 800 és 1913-ban — ez már ma biztos — jóval 1000-en felüli esetben. Az eredmény e segélyekkel fényes. A halálozás mindössze 4%, míg Lipcsében 14%. Ezek a halálozások is nem az emésztési zavarok körül vannak, hanem inkább hüléses megbetegedések.

Az orvosegyesület gyermekvédelmi bizottsága annál égetőbben szükséges, mert a belügyministeriumban egy újabb gyermekvédelmi törvény eszméje érett meg és ennek irányítása, a szükséges orvostudományi alapok nyújtása csakis ezen forum feladata lehet.

Bogdanovics Milos: Az előadónak azon kijelentése, hogy a szülőintézetekből kikerült anyáknak csak 57%-a szoptat, készíti a fel-szólásra. Az I sz. szülőklinikán mindenki szoptat. A bimbókat alkalmas mosásokkal teszik alkalmassá a szoptatásra. A mastitis tisztasággal elkerülhető, mert nem tej pangás, hanem infectio okozza. A szülő-nők nemi szerveikhez nyúlnak és azután emlőikhez és így fertőzik magukat. Bársony tanár táblát készített, mely a szülőnőket, orvosokat, bábákat figyelmezteti arra, hogy a szülőnő kerülje nemi szerveinek érintését és a bimbóhoz való nyúlást. Így elkerülhető a mastitis és az anyák szoptatnak.

Kentzler Gyula: A tüdőbeteg-dispensaireban azt tapasztalta, hogy tüdőbeteg nőknek megtiltotta a szoptatást, de azért ezek a controll és figyelmeztetés dacára tovább szoptatnak, mert nyomorúságuk folytán nem tudják másképp táplálni magzatjaikat. Propagálják is ott a gyermek elvételét az anyától és elhelyezését másutt, de nem sikerül.

Az alakítandó bizottság vegye fel a gümőkór elleni védelem szempontjából azt is, hogy hatósági kényszerrel lehessen elvenni a gümőkóros anyától gyermekét, hogy ne fertőzze meg, mert szóló azt tapasztalta, hogy 62%-ban a gümőkóros anya megfertőzi gyermekét, a ki különben megvédhető lett volna.

John Károly: A szoptatás kérdése volt kitűzve egy congressuson és két napi tárgyalás után megállapították, hogy az anyatej jobb, mint a tehéntej. Erre egy vidéki orvos azt mondotta, ezt azelőtt is tudtuk.

Ennek a doktornak azonban nem volt igaza, mert a kérdés örökké aktualis. Ezt bizonyítja a mai érdeklődés is. A felszólalások közül értékesnek találja a szülészek hozzászólását, mert a szülés irányítja a gyermek sorsát. A szülésnek tekintettel kell lennie a nagy haladásra, melyet a csecsemők táplálásának tana tett.

Singer Hugo: A szülészek mindig foglalkoztak a szoptatással. Franz mondja: „es gibt keine Stillunfähigkeit“. És ezt kérdőívekkel pontosan megállapította. Intézetében csakugyan a szoptatási kép-telenség 0% volt. A mélyen ülő bimbó eddig ellenjavalta a szoptatást, de ez még ily esetekben is türelemmel kereshetülvihető. Előbb instrumentumokkal kell a bimbót aspirálni, azután a csecsemő maga szopja tovább.

Fekete Sándor: Az előadó szerint a szülőintézetekből a men-helybe került nők 57%-ának elapadt a teje. Ez igen megdöbbentő nagy szám. A II. számú szülészeti klinikán alig van egy esztendőben 6—8 asszony, a ki nem tud szoptatni. Más körülmények közrejátszása kell hozzá.

Torday Ferencz: Köszöni a felszólalásokat, melyek tanúságot tesznek arról, hogy az orvosokat érdekli a kérdés. És valóban ez volt a célja. A női tejtel táplált csecsemők emésztési zavarai nem kívánt foglalkozni, ezzel a kérdéssel a vesprémi vándorgyűlésen foglalkozott. Éppigy nem helyezett súlyt azokra a statisztikai adatokra, melyek a fő-városban a szoptatás gyakoriságára vonatkoznak.

Örömmel látja, hogy indítványa a kérdést ébren tartja.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Basedow-kór esetét mutatta be *Hollitschek* a bécsi „Gesellschaft für innere Medizin“ április 24.-én tartott ülésén. A 23 éves nőre vonatkozó eset azért érdekes, mert az érverések száma, a helyett hogy nagyobb volna, kisebb, percenként 50—60 és csak erős izgalom után emelkedik 70—80-ra.

A peritonitis kezeléséről aetherrel tartott előadást *Morestin* a párisi sebésztársaság május 14.-i ülésén. Eljárása a következő: a hasüreg gondos megtisztogatása után aethert önt a hasüregbe és a kis medenczébe s azután zárja a hasat. Az aether a hasüregben elpárolog, párái eljutnak minden-hová és egyrészt fertőtleníti, másrészt érzésteleníti és tonu-szó hatást fejtenek ki. Lobos reactio sohasem fejlődik s azért összenövések sem támadnak. Az eredmények kedvezők. — *Auvray* bélátfúródás után keletkezett genyes hashártya-gyulladás egy esetében szintén használta az aethert; még sohasem volt esete, melyben hasonló körülmények között oly sima lett volna a lefolyás. Az átfúródás helyének bevarrása után 1 liter aethert öntött a hasüregbe, ennek nagy részét azonban a hasüreg zárása előtt kompresszekkel kiittatta.

PÁLYÁZATOK.

1969/1913. sz.

Az évi 1600 korona készpénzzel, 400 korona lakbérrel és a szabályrendeletszerű látogatási díjakkal javadalmazott, kézigyógytártartási jogosítvánnyal összekötött torontálvármegyei módosi járási, Istvánföldre nagyközségbeli **községi orvosi állás** választás útján betöltendő lévén, felkéretnek mindazok, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy kellően felszerelt pályázati kérvényüket 1913. évi július hó 10.-éig a módosi főszolgabírói hivatalhoz nyújtsák be.

Megjegyzem, hogy a község előljárósága kedvező választás esetére a megválasztandó orvos részére biztosítani vél a képviselőtestület által megszavazandó évi 600—400 korona személyi pótlékot.

Módos, 1913 június hó 4.

Steinbach Antal, főszolgabíró.

3818/1913. sz.

Temes vármegye csáki járáshoz tartozó **folyai körorvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

Az orvosi kör székhelye Folya község.

A körhöz tartoznak Sebed és Vejte községek.

A körorvos javadalmazása: 1600 korona fizetés, 100 korona személyi pótlék, 800 korona helyi pótlék, 200 korona lakbér és 360 korona fuvarátalány és a szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak. Továbbá a kerületi munkásbiztosító pénztártól 400 korona járandóság.

Ezenkívül, mint a község határában levő uradalmak orvosának, kb. 400 korona tiszteletdíj van biztosítva.

Végül kézigyógytár tartására is nyerend engedélyt.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy orvosi képesítésüket és eddigi alkalmazásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám folyó évi július hó 10.-éig annál is inkább nyújtsák be, mert a később érkezőket figyelembe nem veszem.

A választás napját később fogom meghatározni.

Csák, 1913 június 2.

Hámory dr., tb. főszolgabíró.

A pesti izr. hitközség Bródy Zsigmond- és Adél-gyermekekórházában 600 korona évi fizetéssel és teljes ellátással javadalmazott **segédorvosi állás** betöltendő. Az orvosdoktori oklevéllel, születési bizonyítvánnyal és az eddigi működést igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám folyó évi június hó 15.-éig a kórház igazgatóságánál (VI., Bókay-tér 1. sz.) küldendők be.

Budapest, 1913 június 1.-én.

A pesti izr. hitközség előljárósága.

612/1913.

Az üresedésben lévő biharugrai **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetnek, felhívom a pályázni kívánókat, hogy kellően felszerelt pályázati kérvényüket hozzám folyó évi június hó 20.-áig terjeszszék be. A választást Biharugra községénél f. évi június 22.-én d. e. 10 órakor fogom megtartani.

Az egészségügyi körhöz Biharugra, Körösnagyharsány, Vizesgyán, Körösszeg és Rojt község tartozik 8287 lélekszámmal. Az állás javadalmazása a következő:

Természetbeni új modern lakás 4 szoba, 1 váró-, 1 rendelőszobával és szükséges mellékhelyiségekkel, továbbá 400 □-öl házi kerttel.

2. 1600 korona készpénzfizetés a megfelelő korpótlékkal.

3. 1200 korona helyipótlék.

4. A székhely-községhez tartozó uradalmaktól 1350 korona tiszteletdíj.

5. Vármegyei szabályrendelettel megállapított látogatási és vényírási díjak.

6. Megjegyeztetik, hogy Rojt kivételével a kör községek műút és vasút mentén fekszenek s könnyen beutazhatók; s a megválasztandó körorvos és kör községek között a hivatalos látogatási napokra szükséges fuvar szabad egyezkedés tárgyát képezi; ellenesetben a körorvos természetbeni fuvar igényelhet.

A székhely a Körösszegi állomástól 5 km. távol fekszik.

Cséffa, 1913 május 24.

Czeglédy Domokos, szolgabíró.

A kecskeméti m. kir. állami gyermekmenhelynél megüresedett **másodorvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

Javadalmazás: évi 1200 korona fizetés, természetbeni lakás, fűtés, világítás és I. oszt. ételmezés.

Felkérem azon orvosdoktorokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy képzettségüket és eddigi működésüket igazoló okmányaikkal hiteles másolatával felszerelt és a belügyminister úrhoz címzett, egykoronás bélyeggel ellátott kérvényüket hozzám 1913. évi június hó 10.-éig küldjék be.

Gyermekekórházakban vagy más gyermekvédelmi intézetben szerzett gyakorlattal bírók előnyben részesülnek.

Kecskemét, 1913 május 30.

Egressi Lajos dr., igazgató-főorvos.

A temesvári m. kir. állami gyermekmenhelynél folyó évi július hó 1.-én megüresedett **másodorvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

Az állás javadalmazása évi 1200 korona tiszteletdíj, természetbeni lakás, fűtés, világítás, I. oszt. ételmezés és kiküldetés esetén napi 18 korona utatartalány.

Felhívom azokat az orvosdoktorokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy képzettségüket és eddigi működésüket igazoló okmányaikkal hiteles másolatával felszerelt és a belügyminister úrhoz címzett, 1 koronás bélyeggel ellátott pályázati kérvényüket hozzám 1913. évi június hó 25.-éig küldjék be.

Temesvár, 1913. évi május hó 28.-án.

Schossberger Sándor s. k., igazgató-főorvos.

3366/1913.

Pozsony vármegye pozsonyi járásához tartozó récsesi közegészségügyi körzetben lemondás folytán megüresedett **körorvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

Ezen közegészségügyi körzethez tartozik Récsén kívül Pozsonyszőlős község is.

A körorvos évi javadalmazása:

1. 1600 korona törzsfizetés, mely ötvenkint 200—200 kor. pótlékkal emelkedik (800 koronáig).

2. 760 korona évi lakbér.

3. Pozsonyszőlős község részéről az időszaki látogatásokra kiszolgáltatandó természetbeni fuvar, avagy a körorvossal egyetértőleg szabályrendeletileg megállapítandó fuvarátalány.

4. A látogatásokért és halottkémlésért megállapítás alatt levő díjak.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy törvényes képesítésüket és eddigi alkalmaztatásukat, német és tót nyelvbeni jártasságukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket f. évi június 13.-áig hivatalomnál adják be.

A választást külön meghatározandó napon fogom megtartani.

Pozsony, 1913 május hó 30.-án.

A főszolgabíró.

HIRDETÉSEK.

Fogászati cursusok

a foghúzás, fogtömés és műfogpótlás gyakorlatának gyors és biztos elsajátítására. Mérsékelt díjazás. Megfelelő beteganyag rendelkezésre áll.

Bővebb felvilágosítással szolgál:

KREUTER JÓZSEF a budapesti fogászati Budapest, IV., Váci-u. 78.
klinika v. technikus

Medizinische Klinik der Düsseldorfer Akademie für praktische Medizin.

Október 20.-ától 29.-éig „A szívbetegségek diagnostikája, pathológiája és terapiája” című ez évi kurzus fog megtartatni.

Közelebbi értesítést szívesen ad a

Sekretariat der Akademie, Moorenstr. 5.

Budapesti Szanatóriumok és Gyógyító Intézetek Egyesülete

Intézet benlakó betegeknek.

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

Bel, diatetikai és sebészeti osztályokkal. Röntgen, Radium, pöstyéni iszap, Pneumatikus kamara, Inhalatorium stb.

Dr. Batizfalvy-féle szanatorium Vízgyógykezelés,
szénsavas fürdők, villanykezelés.
VI., Aréna-út 82. :: Bejáróknak is. ::

Dr. ROTH Cukor és diétaosztály Ideg- Testgyógyászati
osztály consiliáriusai
Stefánia-úti Sanatoriuma Dr. Szerb Zsigmond Dr. Majós Lajos Dr. ROTH
Stefánia-út 71. kórh. főorvos. egyet. m.-tanár. igazg. főorvos.

Intézet bejáró betegeknek.

Dr. JUSTUS Sugaras gyógyítás. Röntgen.
bőrbajokat gyógyító és Radium. Forró légkészülék.
szépségápoló intézete Fürdők. Kozmetikai műtétek.
IV., Ferencz József-rakpart 26.

Dr. Hoffmann Jenő Röntgen-rádium-elektrotherapia (galvanisatio, faradisatio, sinusoidális áramok, Leduc-áram, magas feszültségű áramok, diathermia, ionisatio és az elektrotherapia többi összes modalitásai), massage, fény- és hőtherapia
VI., Váci-körút 51. sz.

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.

Pólya Jenő: Közlemény a szt. István-kórház III. sebészeti osztályáról. A Hacker-féle bélsipolyelzárásról. 449. lap.

Vigyázó Gyula: Közlemény a szt. István-kórház III. sz. sebészeti osztályáról. (Főorvos: Pólya Jenő dr., egyet. magántanár.) A Madelung-féle kézdeformitásról. 450. lap.

Barabás Zoltán: Közlemény a budapesti Stefánia-gyermekkorházal kapcsolatos egyet. gyermekklinikáról. (Igazgató: Bókay János dr., udv. tanácsos, egyet. ny. rendes tanár.) Meningitis meningococcicával szövődött vörheny gyógyult esete. 455. lap.

Póór Ferencz: Egyes bőrbetegségek vonatkozásai a „beiső elválasztás”-hoz. 457. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Berthold Kern; Humanistische Bildung und ärztlicher Beruf. — Rothe: Studien über spontane Kaninchentuberkulose. — Új könyvek.

Lapszemle. Belorvostan. Bence Gyula: Az időszült vesegyulladás és a veseinsufficiencia gyógykezelése. — W. Hildebrandt: A chloroformnarcosis és a májmegnagyobbodás közötti összefüggés. — Rheindorf: Oxyuris okozta vakbélgyulladás. — **Gyermekorvostan.** Weill és Mouriquand: A csecsemők pneumóniája. — **Húgyszervi betegségek.** Max Klotz: Enuresis nocturna. — **Kisebb közlések az orvostudományról.** Hirsch: Gonorrhoea. — Herzberg: Aponal. — Klein: Dysmenorrhoea. — Fischer: Copaiba-balzsam. 461–463. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság. 463. lap.

Vegyes hírek. 463. lap.

Tudományos társulatok. 464–468. lap

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a szt. István-kórház III. sebészeti osztályáról.

A Hacker-féle bélsipolyelzárásról.

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

Az ajakos bélsipolyok elzárásának igen egyszerű módjára vagyok bátor a figyelmet felhívni, a mely két esetemben, a melyben megpróbáltam, igen jól bevált s melyet ezért a legmelegebben ajánlhatok további kipróbálásra.

A methodust Hacker közölte a Zentralbl. für Chirurgie 1912. évi 23. számában. Két gyomorsipoly s egy temporaer coecalis anus elzárása alkalmával alkalmazta sikeresen.

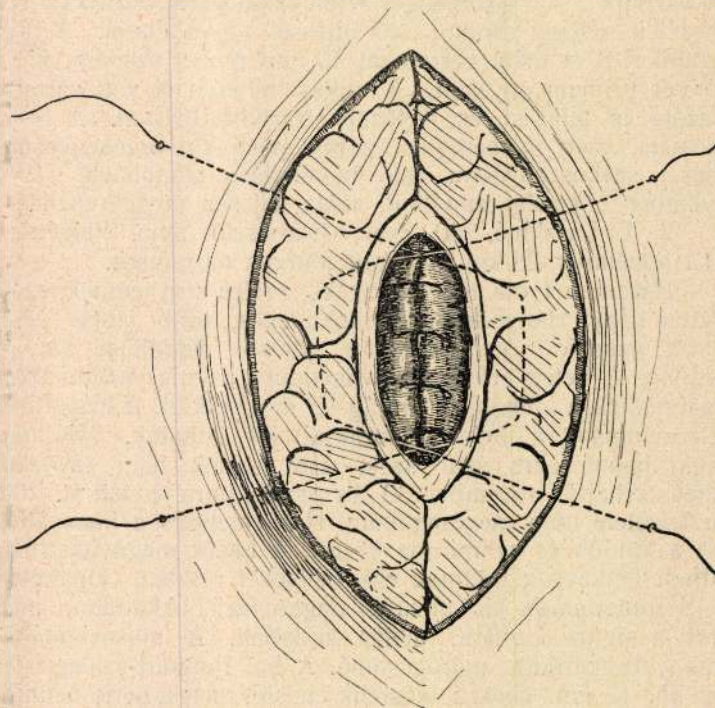
Az ajakos sipoly széleit felrészítette 1 cm. szélességben a nélkül, hogy a hasüreget megnyitotta volna, azután a sipoly-nyílás felett és alatt 1 cm.-rel 1—1 két cm. hosszú metszést ejtett a bőrön és a fascián s ezekből kiindulóló Kocher-féle szondával egy alagutat készített a fascia alatt, mely a sipoly-nyílást jobbról-balról megkerülte; ebben a tunellben egy ezüstdrót helyezett el. A jobboldalt körülvezetett ezüstdrót végét most a bal sebszél alatt 3 ujjnyira vezetve, átszúrta a bőrön, a baloldalt körülvezetett ezüstdrót végét pedig hasonlóképpen a jobb bőrsebszélről 3 ujjnyira szúrta át, az ezüstdrótokat most meghúzva ólomplombokkal rögzítette, miután előbb a gyomor sebszéleit egyesítette és a bőrbe a gyomor sebség selyemfonalakat helyezett el, melyeket utóbb csomózott. Én még jobban egyszerűsítettem az eljárást azáltal, hogy

1. nem végeztem külön bemetszéseket a sipoly felett és alatt, hanem a felrészítés helyén mentem az aponeurosis alá;

2. ezüstdrót helyett silkfonalakat használtam, melyeket könnyebben lehet rögzíteni.

Az eljárás tehát úgy alakult, hogy az ajakos sipoly széleinek felrészítése s a bélsebszéleknek néhány catgut-öltéssel való egyesítése után kissé széthúztam a bőrsebszélét és silk-fonállal ellátott nagy görbe Schröder-tűvel az egyik

sebszélről $1\frac{1}{2}$ —2 cm.-nyire átszúrta a bőrt, úgy hogy a tű a sebben a fascia fölött valamivel az egyesített bélseb egyik vége fölött jelenjék meg; most a fascia alá menve a tűvel a beszúrással ellenkező oldalon megkerültem a bélsebet a fascia



alatt, a tűt valamivel az egyesített bélseb másik polusa alatt szúrta ki a fascia alól, ezután belülről kifelé szúrta át a bőrt, úgy hogy a tű kiszúrási helye a bőrön ismét $1\frac{1}{2}$ —2 cm.-nyire esett a bőr sebszélétől a beszúrási helyének oldalán. Most ugyanígy járva el a másik oldalon, a két silk-

fonalat gaze Wenger felett csomóztam és a linearissá vált bőrsebet néhány silkvarrattal egyesítettem.

A két eset, melyben ezen eljárásomat kipróbáltam, a következő:

1. K. I. 39 éves nőt 1909-ben operáltam egy forintnyi gyomorfekély átfürödése folytán támadt 24 órás peritonitis miatt. Mivel a nagy hiányt a gyomron megbízhatóan elzárni nem tudtam, a jejunum egy magas kacsán Witzel-féle sipolyt készítettem s a beteget 24 napig kizárólag ezen át tápláltam. Ezen idő alatt a gyomorfekély teljesen begyógyult, úgy hogy a kathetert 37 nappal a műtét után végleg eltávolítottam. Azonban a sipolyból bőven folyt béltartalom, ezért már 2 nappal a katheter eltávolítása után, 1909 december 21.-én, megpróbáltam bevarrni a sipolyt. A varrat azonban nem tartott s a felfrissített sipolyszélek szétválása után nagy defectus keletkezett a bélben. Ezért december 18.-án felszabadítva a belet a környező összenövésektől, a sipoly széleit kimetszettem és az ezáltal keletkezett, majdnem circularis defectust kétsoros varrattal zártam el. A varrat felett a hasfalat egyesítettem, de teljesen elzárni mégsem mertem és egy csíkot tettem alája. A varrat nagyjában tartott, azonban egy helyen fistula keletkezett, mely eleinte csak hajszálvékony volt és kevés béltartalmat engedett át, később azonban mind több és több béltartalom ömlött ki rajta, a mi a hasfalon súlyos és kínzó eczemát okozott s állandó kötözést, kezelést tett szükségessé.

A betegnek többször ajánlottam műtétet, de ebbe csak 1912 október folyamán egyezett bele. A sipoly most gombostűfejnyi volt s körülötte és alatta a hasfal bőre erősen eczemás, helyenként hámtól fosztott. Az esetet alkalmasnak gondoltam a Hacker-féle methodus kipróbálására, melyet az említett csekély módosításokkal 1912 október 14.-én végre is hajtottam. A sipoly körül hosszirányban ovalis metszéssel felfrissítettem a bőr és a nyálkahártya sebszéleit. A sebszéleket szétpraeparálva, nagy görbe Schröder-tűvel két U-alakú silköltést vezettem jobbra és balra a sipoly körül, még pedig oly módon, hogy beszurva a bőrön a baloldali sebszéltől $1\frac{1}{2}$ cm.-nyire a tűt, a sipoly jobb oldala körül vezettem s ezután újra kiszúrtam a bőrön $1\frac{1}{2}$ cm.-nyire a bal sebszéltől; azután hasonlóképpen járva el a másik oldalon, a két silk-varratot 1—1 gaze Wenger felett csomóztam. Ezután a bőr sebszéleit néhány csomós silk-öltéssel egyesítettem. A bőrvarratokat 8, a mély varratokat 10 nap múlva szedtem ki. A seb per primam egyesült. A sipoly teljesen el volt záródva s azóta is teljesen és tartósan elzáródva maradt. A beteg eczemája, mely a betegnek a budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztályában való bemutatása alkalmával (1912 november 21) még fennállott, azóta teljesen meggyógyult.

2. T. Lászlóné, 40 éves, tisztviselő neje. Felvétetett 1912 november 28.-án Hochhalt főorvos osztályára.

Három hét óta nincsen széke, szelek sem mentek, ezóta folyton hány. Hányadéka állandóan epés, több ízben véres is volt, ezen idő óta állandóan görcsös fájdalmi vannak hasában. A beteg erősen lesoványodott, a kulcs feletti árkok besüppedtek, a jobboldali Krönig-tér megszűkölt. A has erősen meteorismusos, a belek contourjai jól láthatók. Minthogy magas beöntésekre sem szék, sem szelek nem távoztak, műtét céljából november 30.-án osztályomra tetetett át. Rögtön felvétele után megoperáltam. Hosszmetszés a linea alba-ban a köldök és symphysis között. A hasür megnyitása után puffadt bélkacsok tolulnak elő, melyeket részben kipakolva, az S romanumon kis almányi daganatra bukkantam, mely fölött a sigma puffadt, alatta kollabált. A mesosigmában néhány beszűrődött nyirokcsomó. A bal Poupart-szalag felett egy kb. 12 cm. hosszú második incisio, mely a peritoneumon is áthatol s ezen keresztül a sigma daganatos részét előhúzza, a mesosigmát a nyirokcsomók mögött ékalakban leöltöttem, átvágtam s a sigmakacsnak a daganathoz vezető és attól elvezető szárát, kettős csövű puska módjára egymáshoz helyezve és néhány öltéssel egymáshoz rögzítve, köröskörül a peritonealis szélhez öltöttem s miután úgy az odavezető, mint az elvezető kacsot időlegesen egy-egy selyemfonállal le-

szorítottam, az odavezető kacsot harántul átvágtam s a nyílásba egy vastag üvegcsövet kötöttem, erre gummicövet húztam, majd a lekötést megoldottam, a midőn is nagymenyiségű híg bélsár távozik a csövön át. Az elvezető csontot a lekötés helye fölött átvágtam s ezzel a kóros részt s a hozzátartozó mesosigmát a mirigyekkel együtt eltávolítottam, a mi által egy revolverszerű anus praeternaturalis keletkezik. A csontoknak direct egyesítése azért nem látszott célszerűnek, mert a beteg általános állapota igen leromlott volt. A median laparotomia sebtét már előzetesen az egyik segéd elvarrta.

A beavatkozást a beteg relative jól állotta ki, csak a pulsus volt az első napokban igen szapora; a beteg csakhamar összeszedte magát, a lefolyás teljesen láztalan volt, a csövön keresztül bőven ömlött bélsár; a műtét utáni 3. nap a cső kiesett, úgy hogy a bélsár most directe a bőrre ömlött. Január 9.-én a két bélkacs lumenébe 2 makkfogót vezettem be, a melyek az odavezető és elvezető bél közötti válaszfalnak egy ékalakú darabját fogták közre. Január 14.-én a makkfogók leestek. Január 15.-én per anum mentek szelek és január 17.-én bélsár is. Ettől kezdve a bélsár bőségesen ömlött az anuson meg a fistulán át is. Mivel azonban az odavezető és elvezető bélkacsok közötti communicatiót nem tartottam elég bőségesnek, a bél lumenébe újra bevezettem két makkfogót és azzal a két bélfal közötti válaszfalat erősen összeszorítottam. Február 17.-én a makkfogók leestek. Február 20.-án a bőven 2 ujjnyi átmérőjű anus praeternaturalis elzárásához láttam. Az elzárást Hacker szerint végeztem. A bőrsebszélek felfrissítése után a mucosa sebszéleit frissítettem fel és néhány catgut-öltéssel egyesítettem a bél sebszéleit, ezután 2 U-alakban vezetett silköltéssel a fennebb leírt módon az aponeurosis és a bőrt összehúztam, a silköltéseket gaze Wengern felett csomóztam, a bőrt vékony silköltésekkel egyesítettem. Teljes prima gyógyulás, szék, szelek alulról akadálytalanul mentek és 1913 márczius 6.-án gyógyulva hagyta el osztályunkat. Jelenleg is teljesen jól van, a bélpassage szabad.

Mint látjuk, az eljárás mindkét esetben igen jól bevált. Az első esetben fennállott kicsiny, de makacs fistulát már 2 előző műtét alkalmával nem bírtuk teljesen elzárni, a másik esetben pedig igen nagy, bőven 2 ujjnyi nyílás elzárása sikerült vele.

A műtét előnyei: 1. hogy rendkívül egyszerű s általa olyan komplikált és nehéz beavatkozásokat, minő a bélresectio vagy bélkiiktatás, elkerülhetünk, melyeket különben II. számú esetünkben már az anus praeternat. helyénél fogva is igen nehezen vagy talán egyáltalában nem lehetett volna végrehajtani; 2. hogy a hasüreg megnyitása biztosan elkerülhető, a mi különösen erősen eczemás, nehezen desinficiálható bőr esetében bir értékkel.

Az egyetlen contraindicatio az volna, a mit Hacker is említ, ha az összehúzással a bél lumenét megsűkítenők; de a hol ettől nem kell félnünk, mint kis sipolyok és olyan nagy sipolyok eseteiben, melyekben az oda- és elvezető kacsok között oly széles communicatiót birunk létesíteni, mint a II. esetemben a Mikulicz-féle kétszakaszos vastagbélrák kiirtása után, a műtét megkísérlése feltétlenül ajánlatos.

Közlemény a szt. István-kórház III. számú sebészeti osztályáról. (Főorvos: Pólya Jenő dr., egyet. magántanár.)

A Madelung-féle kézdeformitásról.

Irta: Vigyázó Gyula dr., műtő-alorvos.

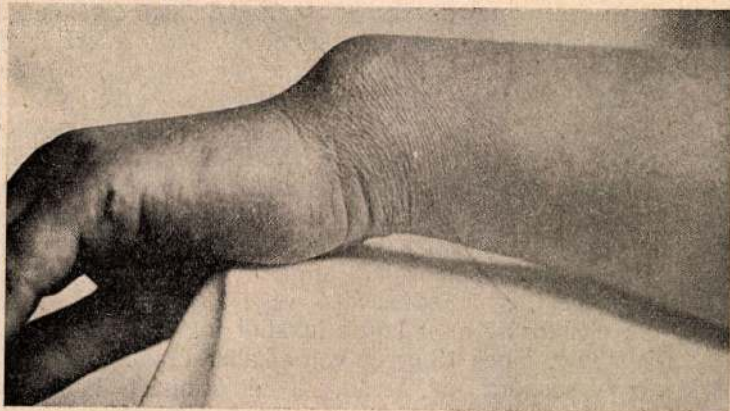
A mióta Madelung a német sebésztiársaságnak VII. congressusán az ő nevével elnevezett kézdeformitást tüzetesen ismertette s a mióta 1879-ben e tárgyról szóló alapvető cikke az „Archiv für klinische Chirurgie“-ban megjelent, sok szerző sok szempontból foglalkozott a kérdéssel. A közölt esetek száma ma a százat is meghaladja; és mégis, a helyett, hogy az egymást követő, főképpen német és francia közlések a Madelung-féle kézdeformitás kérdésében különösen az aetologia és pathogenesis szempontjából egységet teremtettek volna, nem-

csak ezekben, hanem még az anatómiai substratum s a klinikai megjelenés tekintetében is igen különböző, olykor teljesen ellentétes nézetekre vezettek.

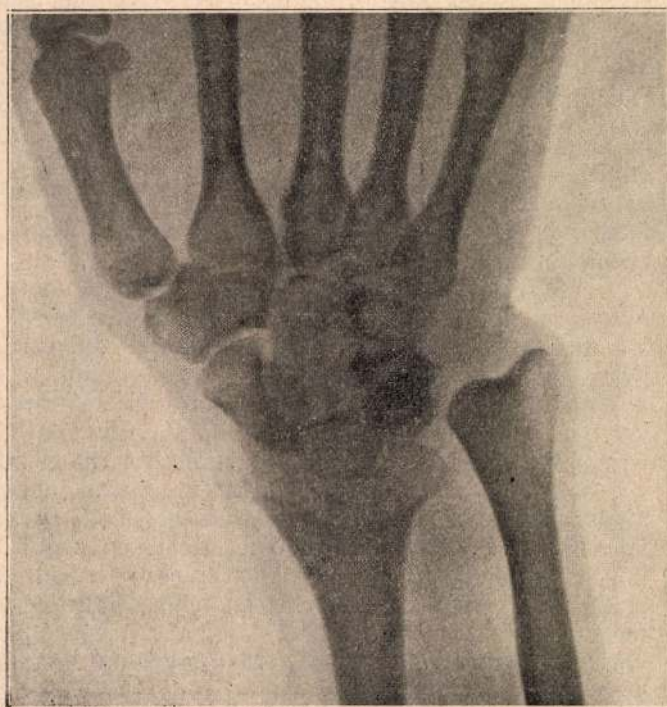
Ez a körülmény késztet arra, hogy egy általam a szt. István-kórház III. sebészeti osztályán észlelt, nagyon kifejezett és tipusos *Madelung-féle* kézdeformitás esetéről beszámoljak és ennek kapcsán — mely egyébként tudtom szerint a magyar irodalomban közölt első esete e deformitásnak —, valamint a külföldi irodalomban található idevágó munkálatok áttekintésével a *Madelung-féle* kézdeformitás pathológiájához hozzászóljak.

Előrebocsátom esetem rövid ismertetését:

B. G. 21 éves cselédleány f. é. február hó 13.-án jelentkezik a szt. István-kórház III. sebészeti osztályán azzal, hogy munkaközben mindkét kezében az alkarra terjedő nagy fájdalma van. Baját 5 évre vezeti vissza, mikor is állítól g nehezét emelés után mindkét keze hevesen fájni kezdett, úgy hogy egy ideig nem bírt dolgozni. A következő időben a fájdalmak jó ideig fennálltak, miközben csuklói sajátsterű átalakuláson mentek keresztül, megvastagodtak. Utóbb a fájdalom megnyihült s csak a kezek erős igénybevételekor állott be újra; így kórházi felvételét megelőzőleg is. 10 éves korában jobb lábfeje duzzadt volt s több helyen kifakadt; 2 éven keresztül genyedt, míg végül kezelés nélkül meggyógyult. Gyermek-kora óta dolgozik: eleinte mezei munkát végzett, azután cselédnek ment. Szülei előtte ismeretlen bajban korán elhunytak. Testvéreiről nem tud.



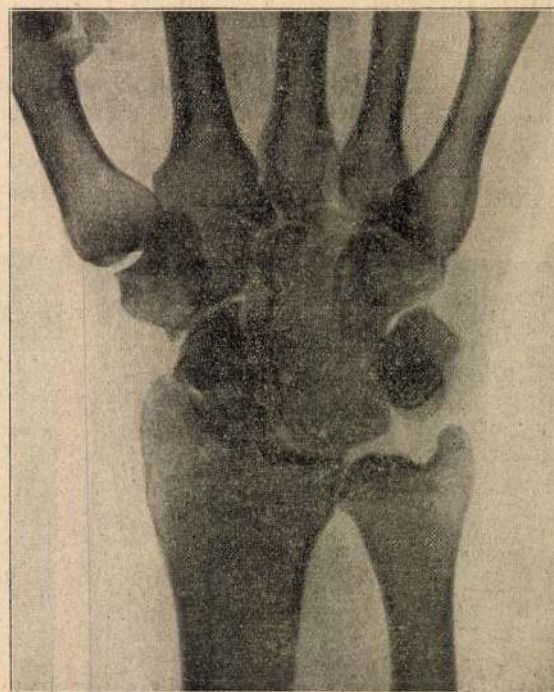
1. ábra.



2. ábra. Madelungos kéztőizület.

A kistermetű, vérszegény, gyengén fejlett nőbeteg csontrendszerén következő elváltozásokat látjuk: Mindkét oldalt a kéz az alkarhoz képest bajonett-állásban van, a mi főképpen az ulnaris oldalról való megtekintéskor szembetűnő, míg a radius oldaláról nézve az alkar átmenete a kézhátra meg lehetőségen egyenletes. Az ulnaris oldalról nézve, a kéz síkja az alkar síkjához képest mintegy párirányosan elolódott s az átmenet helyén erős megtörés látszik. Az ulna distalis vége a háti oldalon erősen promineál s jól kitapintható; azt a benyomást kelti, mintha hátra volna luxálva; míg a kéz a volaris oldal felé van süllyedve. A radius alsó vége volarisan concav erős görbületet mutat. A carpus a radiushoz képest nem változtatta helyzetét. A kéz horizontalis helyzetben kissé ulnarisan abdukált. Az elváltozás mindkét oldalon meglehetősen egyenletes mértékben van kifejlődve, baloldalt talán kissé erősebben. A kéz mozgásai közül erősen gátolt a supinatio; a dorsalis flexio és radialis abductio kifejezettebben, a volaris flexio kis fokban gátolt. A flexor carpi radialis ina a kéz horizontalis tartása mellett kissé megfeszült. Az alkarok a felkarokhoz képest kifejezetten rövidültek (mikromelia). Mindkét oldalon erősen kifejezett cubitus valgus, mely a női physiologiás cubitus valgust erősen meghaladja. A bal lábfej sokkal kisebb az ellenoldalánál s a lábháton három fixált heg látható, melyek sipolyok gyógyulásából erednek. A csontrendszer egyéb elváltozásai: kiséfokú baloldali dorsalis scoliosis és erősen kifejezett lumbalis lordosis. A medence méretei: Distantia spinarum = 24; distantia cristarum = 27; a trochanterek távolsága = 32; conjugata diagonalis = 11; Baudeloque = 18¹/₂. A belső vizsgálatkor a medence fala a linea innominata mentén az articulatio sacroiliacáig kitapintható. Az acetabulumok táján kissé besüppedt. A garatmandulák hypertrophiásak, pharyngitis granulosa van jelen. Adenoid csak nyomokban, ellenben kifejezett *Körner-féle* csúcsíves szájpád V alakú processus alveolarissal. A glandula thyroidea jól tapintható, nem nagy, de az oldalsó lebenyek s az isthmus egészen külön vannak s a rendes mirigyes tapintatnál jóval keményebbek.

A felső végtagról végzett Röntgen-felvételek, melyeket részben *Fischer Ernő* dr., részben *Holitsch Rezső* dr. szíves-ségének köszönhetek, a következő viszonyokat mutatják: A dorsovolaris felvételen azt látjuk, hogy az ulna distalis vége úgy a radiushoz, mint az os triquetrumhoz képest dorsalis és ulnaris irányban luxált s mindkettővel szemben elvesztette ízületi összeköttetését. A processus styloideus ulnae kissé



3. ábra. Normalis kéztőizület.



4. ábra.



5. ábra.

vaskos. A radioulnaris felvétel mutatja, hogy a radius legalsó vége erősen előre görbült s ennek folytán carpalis ízfelszíne is a volaris oldalra jut, nem merőleges a radius hossz tengelyére, hanem síkja egy felfelé tompa, lefelé hegyes szöget alkot a radius tengelyén át fektetett horizontális sikkal. A radius carpalis ízfelszíne erős vájulatot mutat s az ulnaris oldal felé is kissé lejtős. Az epiphysis-vonal már eltűnt. A radius nemcsak alsó végében mutat görbületet, de egész hosszában is el van görbülve, még pedig az ulna irányában erős concav görbületet mutat. Az ulna a radiushoz képest a normalis viszonyt meghaladván, jóval hosszabb, a mi különösen a carpalis végnél feltűnő. A carpuscsontok a radiussal normalisan ízesülnek, azzal a különbséggel, hogy a kéztőcsontok kissé radialis irányban vannak eltolódva. A carpuscsontok proximalis sora a radius felé nem mutatja a normalis ívalakú szél, hanem egy V alakú contourt, melynek csúcsa



6. ábra.



7. ábra.

az os lunatum, mely ék módjára nyomul lefelé a radius lejtős ízfelszínén. A carpus-csontok proximalis sora közelítve van a radius ízfelszínéhez, mert míg normalisan a radius s a carpus árnyéka nem fedi egymást, legfeljebb a lunatum csekély szegélye esik bele a radius árnyékába, addig itt az egész lunatum, a naviculare nagy részben s a capitatum egy része beleesik a radius-epiphysis árnyékába. A carpuscsontok proximalis sora a radiushoz, distalis sora a proximalishoz képest a kéz horizontalis tartása mellett dorsalflexióban van.

A sella turcica Röntgen-felvétele normalis viszonyokat tüntet fel.

A mellkasi szervek vizsgálata semmi kóros elváltozást sem mutat.

Esetünk rövid kórtörténetét előre bocsátván, nézzük már most: mi a *Madelung*-féle deformitás, mi annak anatomiai substratuma, klinikai képe és lefolyása?

Madelung alapvető cikkében „Die spontane Subluxation der Hand nach vorne“ címen a kéznek egy sajátos, lassan, spontan fejlődő, legfeljebb csak kifejlődése alatt kissé fájdalmas deformitását írja le, mely a növény korában áll be, s melyre nézve jellemző az ulna distalis végének a háti oldalon való prominenciája s a carpusnak volarisán való süllyedése, mi az ulnaris profilból nézve legfeltűnőbb. A deformitást mint a kéznek előre való subluxációját fogja fel. Egyúttal megemlíti, hogy a radius alsó epiphysise előre görbült. E deformitást *Madelung* előtt már francia (*Dupuytren*, *Malgaigne*, *Nélaton*, *Jean*) és német (*Weber*, *Busch*) szerzők is észlelték. *Dupuytren* (egy esetét *Bégin* közölte) a kéznek egy főleg posztógyári munkásokon gyakran észlelhető elváltozását említi, mely lassan fejlődik ki s abból áll, hogy a kéz az alkarhoz képest volaris luxatio-helyzetbe jut. *Dupuytren* e deformitás létrejöttét úgy magyarázza, hogy a kézzel végzett állandóan ismétlődő, heves tractiók folytán az ízületi szalagok meglazulnak s a hajlító izomzat túlsúlya a volaris oldalra húzza a kezét. *Malgaigne* 1855-ben írt le esetet, a melyben előző radiustörés gyógyulása után 3—4 évvel állandó nehéz teheremelés folytán a kéz az alkar síkjához képest párhuzamosan eltolódott, a volaris oldalra került, különösen a radiushoz képest, s a radius alsó vége előre görbült. *Malgaigne* ez elváltozást mint kóros luxációt fogta fel.

Madelung, kinek 12 esetet volt alkalmával észlelnie, melyek közül egy sectióra is került, a deformitást *Volkman* „Wachstumstörungen der Gelenke“ csoportjába osztja. *Volkman* szerint ezek az elváltozások gyermekek és fiatal egyénekben a normalis csontnövekedést befolyásoló mechanikai és statikai viszonyok hatása folytán jönnek létre s a normalisan előképzett ízületi felszíneknek lassanként való átalakulására vezetnek. Ez átalakító mechanikai tényezők közé tartozik elsősorban a testsúly, az ízületek megterhelése. A felső végtag, mint ezt *Madelung* írja, ugyan mentes a testsúly viselésétől, de itt is mutatkozhatnak a növény korában, munka folytán túlerőltetés, kicsiny, de gyakran ismétlődő professionalis traumák hatása alatt növekedési zavarok. Ez átalakulások feltételének *Madelung* a csontok és szalagok gyengeségét tekinti, melyet közelebbről nem ír körül.

Madelung után főleg francia szerzők (*Duplay*, *Delbet*, *Kirmisson* stb.) foglalkoztak a deformitás kérdésével. *Duplay* a radius alsó végének volaris görbületére helyezi a fősúlyt (mit ugyan már *Madelung*, sőt *Malgaigne* is említ, de a kórkép középpontjába *Duplay* helyezi először). A deformitás létrejöttében a radius (*courbure rachitique de l'extrémité inférieure du radius*) e rachitises görbületét tartja elsődlegesnek s a deformitás okozójának. *Delbet* is teljesen ennek a felfogásnak híve s a deformitást ennek megfelelőleg carpus curvusnak nevezi. A bántalmat ő is rachitises csontellágyulásból származtatja, de e mellett az epiphysis növekedési anomáliájáról is szól. Egyúttal két anatomiai készítmény alapján megcáfolja *Madelung* nézetét, hogy a carpus csontjai luxálva volnának. *Jagot* volt az első, aki Röntgennel vizsgálta esetét s az ulna dorsalis luxációját s a radius alsó végének volaris görbületét radiologicis is kimutatta.

Azok, a kik Röntgen-felvételeket készítettek, eseteikről,

mint az *Siegrist* összeállításából kitűnik (*Delbet, Custodio, Cabeça, Deckeyser, Gevaert, Abadie, Cnopf, Poulsen, Schulze, Volkmann, Schade, Putti, Sauer, Siegrist* és utánuk mások), kevés kivétellel (*Guéry, Ardonin*) a radius volaris elgörbülését találták, és pedig némelyek csak az alsó harmadban, mások a radius egész hosszában. (Sokan csak a kéztőizület-ről s a radius alsó végéről készítettek felvételt.) *Kirmisson* a Röntgen-leletek alapján két típusát különbözteti meg az eseteknek: *a)* a hol a radius volaris görbülete hiányzik, ott a szalagok constitutonalis gyengeségéből és lazaságából magyarázza a deformitás létrejöttét; ez volna a *Madelung*-féle típus, melyet *Kirmisson* „subluxation progressive du poignet chez les adolescents“-nak nevez; *b)* a második csoport a radius curvus, a *Duplay*-féle típus alkotná. *Kirmisson* esete azért nevezetes egyébként, mert a radius görbülete nem volarisan, hanem dorsalisán concav. Ennek megfelelően a carpus a háti oldalon emelkedik ki, míg az ulna volarisan van luxálva. Ez eset tehát éppen ellenkezője az irodalomban leírt többi esetnek s hozzá hasonlókat mindössze csak még egyet írtak le (*De Witt Stellen, New-York*).

A Röntgen-vizsgálatok egyúttal a finomabb anatómiai elváltozásokat is tisztázták. Kiderült, hogy a carpus a radius-hoz képest nincsen sublaxálva (egyedül *Schulze* találta), ellenben az ulna distalis vége egyfelől a radius-ulnaris ízületben van hátrafelé luxálva, másfelől az os triquetrumhoz képest is. A radius volaris görbületén kívül olykor radialisan convex görbületet is mutat. A carpus proximalis csontsorának hátravonala normalisan ívszerű lefutású a radius distalis ízfelszínének megfelelőleg, míg a *Madelung*-féle kézdeformitásnál a carpus éket alkot, melynek csúcsa az os lunatum. A radius distalis ízfelszíne nemcsak volarisan görbült, hanem egyúttal ulnarisán is lejtős, mit különösen *Ewald* hangsúlyoz. *Kirmisson* éles megkülönböztetését a kétféle típus közt sem a Röntgen-leletek, sem a klinikai észlelés nem igazolták. Akadtak ugyan egyes esetek, a melyekben morphologic a *Madelung*-féle kézdeformitás volt jelen s a hol sem palpatióval, sem Röntgennel a radius görbülete nem volt kimutatható (*Guéry, Ardonin* stb.), ezekben azonban, valamint *Ewald* és *Gaugele* idevágó eseteiben egyszeri súlyos trauma után állott be a deformitás s így keletkezési módjukban nem fedik a *Madelung*-féle deformitás genesisét. Másfelől *Madelung* eseteiben a radius elgörbülését szintén találta (bár nem helyezte a kórkép középpontjába) s a carpusnak vélt luxatiója a radius-hoz képest csak hibás észlelésen alapszik és hiányos vizsgálati módokkal magyarázható. (*Madelung* az egyetlen hullakészítményen a totalis luxatiót nem találta!) Az bizonyos, hogy az ízületi elváltozások közül az úgynevezett „Belastungsdeformitäten“-ben, melyek közé a *Madelung*-féle deformitást is sorozzák, mindig a csontban s nem az ízületi felszíneken van az elsődleges elváltozás, mint azt először *Mikulicz* a genu valgumra nézve bebizonyította. Így kell ennek lennie a *Madelung*-esetekben is. Legjobban megvilágítja ez elvi jelentőségű kérdést *Ewald*, ki a deformitás létrejövetele mechanizmusának theoretice 3 módját veszi fel: *a)* az ulna és carpus közti összeköttetés megszűnik (például traumás luxatió, fractura proc. styloidei ulnae s a tok-szalagnak és szalagoknak professionalis mozgások vagy ízületi gyulladás folytán való ellazulása következtében), *b)* az ulna a radius-hoz képest relative erősebben nő s mint a legkisebb ellenállás helye felé, dorsalisán nő tovább; *c)* a radius görbülete vagy növésben való visszamaradása folytán rövidebb az ulnánál. Az ulna újból a legkisebb ellenállás helye felé dorsalisán nő tovább, míg a radius a carpus volarisan magával húzza. E theoretice felvett három eshetőség practice azt a kérdést rejti magában, hogy vajon a *Madelung*-féle kézdeformitás pathogenesisében az ízületben (*a*) vagy a csontokban (*b* és *c*) van-e az elsődleges elváltozás székhelye? Mint azt a *Madelung*-féle deformitás klinikai lefolyásának vázolásakor látni fogjuk, az irodalomban közölt esetek túlnyomó számában lassan, kimutatható trauma nélkül és különösebb fájdalmak, tehát lobtünetek nélkül fejlődött a bántalom s így az *Ewald* által felvett első módról egyelőre annyit mondhatunk, hogy nem ez a létrejöveteli mód szokott szere-

pelni a *Madelung*-féle kézdeformitások túlnyomó számában. Marad tehát a másik eshetőség, mely szerint t. i. az alkar-csontok növési és görbülési viszonyaiban keresendő a deformitás oka. Az eddig mondottakon kívül nagyon támogatják a felfogást *Kirmisson*-nak és *De Witt Stellen*-nek esetei, a melyekben a radius ellenkező irányú görbülete mellett éppen ellenkező deformitás volt jelen. Az *Ewald* által felvett első eshetőségre visszatérve, el kell ismernünk azt, hogy például rosszul gyógyult radiustörések, traumás luxatiók, deformáló arthritisek (*Siegrist*) okozhatnak külső megtekintésre a *Madelung*-hoz hasonló kézdeformitást (épp, úgy mint a hogy rosszul gyógyult femur- vagy tibia-törések traumás genu valgumhoz vezethetnek), de ezek lényegesen mások, mint a lassan, szinte spontán fejlődő deformitás, melynek jellegző anatómiai substratuma van. Nem fogadhatjuk tehát el *Gaugele* ama érvelését, hogy mert különböző okok folytán hasonló deformitás jöhet létre s mert az irodalomban talált esetekben az aetiológia, a radiológiai lelet s klinikai tünetek mások és mások: a *Madelung*-deformitás nem sui generis kórkép, hanem csak syndroma. Ezzel szemben a dolog felfogásunk szerint úgy áll, hogy ha tartjuk magunkat *Madelung* klasszikus leírásához s a növekedés korában lassan, szinte észrevétlenül fejlődő deformitásokat külön vesszük a traumától és gyulladásoktól s az ezekről nyert Röntgen-képeket stb. vizsgáljuk, megbonthatatlanul egységes bántalomként kristályosodik ki a szorosabb értelemben vett *Madelung*-deformitás kórképe.

Térjünk ezek után rá a *Madelung*-féle kézdeformitás klinikai megjelenésére, gyakoriságára, eloszlására kor és nem szerint stb.

A bántalom a növekedési korban keletkezik, lassan, progressive fejlődik. *Madelung* kezdetben fájdalmak jelentkezését említi, melyek azonban pontosan nem lokalizálhatók. Ha az irodalomban leírt eseteket végigtekintjük, az esetek túlnyomó számában fájdalmat csak a bántalom kezdeti stádiumában találunk. A bántalom kifejlett állapotában egyes esetekben s erős megerőltetéskor állnak be (*Redard, Malfusson*). Gyakori panasz a kezek gyors kifáradása. Esetünkben a bántalom 5 év előtt kezdődött s a fájdalmak kezdetben igen hevesek voltak, később csökkentek, de kórházi felvételét megelőzőleg fárasztó munka folytán újból fokozódtak. 2 heti pihentetésre a fájdalom lényegesen enyhült, úgy hogy munkáját újból könnyen tudta végezni.

A kéztőizület funkciója sok esetben teljesen normalis marad, sokszor bizonyos irányokban korlátozott, ritkán van nagyobb gátoltság jelen. A mozgások akadályozottsága gyakran csak azok fájdalmasságában nyilvánul. A legtöbb szerző szerint a dorsalflexio többé-kevésbé gátolt, s ezt már *Madelung* is hangsúlyozza, viszont ezzel szemben a volaris flexiót fokozottnak találták; mások ezt is csökkentnek. A dorsalflexio csökkent voltát megértjük a kezek állásából, illetve a Röntgen-képek tanulmányozásából. Esetünkben a kéz horizontális tartása mellett a carpusnak úgy proximalis, mint distalis csontsorozata máris compensatoriusan dorsalflexióban van és e helyzetből az ízület normalis excursiója mellett is már csökkent lesz a dorsalflexio. Viszont ugyanebből érthető a volaris flexiónak fokozott volta, mely tehát csak látványos s abból következik, hogy horizontális helyzetben a kéztőizület csontjai dorsalflexióban vannak. A többi mozgást illetőleg a szerzők túlnyomólag a radialis abductiót, mások az ulnaris abductiót találták korlátozottnak, a mi szintén a Röntgen-képek alapján válik érthetővé. Gátoltnak találták több ízben a supinációt is, mit az ulnának az articulatio radioulnaris inferiorban való luxatiója magyaráz.

A mi a deformitás gyakoriságát illeti, azt általában ritkának tartják. Az irodalomban közölt esetek száma 100 körül van. Másokkal együtt meggyőződésünk az, hogy a bántalom, főleg kisebb fokaiban, sokkal gyakoribb. A tünetek enyhé volta s az a körülmény, hogy a bántalom lassú progressív fejlődése miatt a beteg csuklóit sohasem ismerte másnak, mint a milyenekké deformálódtak, magyarázzák, hogy a bántalom csak ritkán vezet a beteg orvoshoz, ki csak acciden-

talisan szokta azt felismerni, ha a beteg más betegség miatt fordul hozzá.

Madelung 12 esete közül 8 nő, 4 férfi volt. A későbbi észlelők a női nem még tetemesebb praevaleálását találták. *Poulsen* szerint 40 eset közül 32 nő és 8 férfi. A *Siegrist* által összegyűjtött 57 eset közül, hol a nem meg van említve, 48 nő és 9 férfi szerepel.

A mi a jelentkezési kort illeti, a deformitas a pubertas korában szokott kezdődni, rendszeren a 12. életév után egészen a 18 sőt 23 éves korig, ritkán később (ilyenkor valamely traumás behatás alatt [*Barthes, Ewald, Gaugele*]). *Sauer* esetében közvetlenül gyermekkori rachitis kapcsán állott be a deformitás.

A bántalom lehet egyoldali vagy kétoldali. *Madelung* 12 esete közül 9-szer volt egyoldali, háromszor kétoldali. *Poulsen* szerint az irodalomból gyűjtött 40 esetből 20-szor volt kétoldali, 19-szer egyoldali (egy esetben nincs említés, hogy egy- vagy kétoldali). Az egyoldaliakban 7 jobboldalra 9 baloldali jutott; a többiben az oldal nem volt megnevezve. *Siegrist* szerint 55 eset közül 25 egyoldali, 30 kétoldali volt. A kétoldali kifejlődés tehát nem sokkal gyakoribb az egyoldalinál s az egyoldalinál is a deformitas kb. egyenlően oszlik meg a jobb és bal kéz között.

A bántalom túlnyomóan szegényebb sorsú nőkön fordul elő, kik zsenge fiatalságuktól kezdve kezükkel nehéz munkát végeznek, azonban találták a vagyonos néposztályban is. A kezek túlerőltetése ily esetekben is olykor ki volt mutatható (zongorázás).

A *Madelung*-féle deformitas gyakran familiarisan fordul elő. Előfordulhat a bántalom egy család több tagján (*Mal-fuson* eseteiben anya és leánya, *Deckeyser* esetében anya és leánya, *Volkmann* esetében leány, anya és nagyanya, *Siegrist* esetében apa és két leánya szenvedett a deformitasban stb.). Máskor a familiaris momentum csak abban nyilvánul, hogy a család több tagjának vastag kéztőizülete és promináló capitulum ulnaeje van, a *Madelung*-deformitas azonban csak egy családtagon van jelen (*Guépin, Jagot, Sauer* stb.).

Említést kell végül tennünk arról, hogy a *Madelung*-féle kézdeformitas mellett egyéb rendellenességek is mutatkozhatnak a csontrendszerben. Ezek rachitises ill. késői rachitises csontelváltozások lehetnek (rachitises rózsafüzér, epiphysis-duzzanatok, tete carée, skoliosis, pes planus, genu valgum stb.). Ezenfelül exostosisok lehetnek jelen, melyek különösen az epiphysisvonalak tájékán mint exostosis cartilagineák jelentkezhetnek. (Ilyent már *Malgaigne* is említ esetében. *Abadie* is találta esetében. Különösen *Pels Leusden* tulajdonít nagy fontosságot nekik, mint majd látni fogjuk.)

Ezek után térjünk át a *Madelung*-féle kézdeformitas aetiologiájának kérdésére.

Ha a *Madelung*-féle kézdeformitas gazdag irodalmát végigtekintjük, azt találjuk, hogy a különböző szerzők a legkülönbözőbb teoriákat állítják fel a bántalom magyarázatára, kezdve a kéztőizület szalagjainak ellazulásán, rachitist illetve késői rachitist, az epiphysisporcz növekedési zavarait, professionalis traumákat, egyszeri durva erőművi behatást, hereditást, fejlődési rendellenességet, tuberculosist, deformáló arthritist, idegrendszerbeli elváltozásokat, belső secretiós zavarokat említenek a különböző szerzők. *Ewald* némi túlzással mondja, hogy majdnem annyi a theoria, mely a bántalom létrejöttét magyarázni igyekszik, mint a hány az észlelt esetek száma. Éppen ezért lehet egyes jól és minden szempontból megészlelt esetekből az aetiologióra értékes következtetéseket vonni.

A deformitas első észlelője, *Dupuytren*, a kéztőizület szalagjainak heves és ismételt tractiók folytán beálló ellazulását okolja a deformitas létrejöttével, melyet a flexorizomzat túlsúlya segítene elő. *Malgaigne* a bántalmat a szalagok ellazulása folytán létrejött pathologiái luxatióknak tekinti. *Madelung* a kezek professionalis túlerőltetésében, a mindennapi életben folyton-folyvást megismétlődő mechanikai traumákban látja elsősorban a baj okát, melynek létrejöttében fontos szerep jut a növekedő csontok elsődleges gyengeségének s a flexor-

izomzat túlsúlyának. Ő a kéz „elülső spontán subluxatióját” a pubertas korában beálló, *Volkmann* által „Wachstumstörung der Gelenke”-nek nevezett csoportba osztja, hova a genu valgum, pes valgus, skoliosis is tartozik, melyek az ízületek túlságos megterhelése folytán jönnek létre. A deformitas keletkezésének mechanizmusa *Madelung* szerint a flexio gátlókészülékeiben: az extensorok nyomásában s az ízfelszínek egymásra gyakorolt nyomásában keresendő (ez utóbbi a *Hueter*-féle genu valgum-theoria értelmében). A későbbi szerzők közül *Gnery* vallja *Madelung* theoriáját. A deformitást a többi megterhelési ízületi elváltozással analógiába helyezve: 1. a szalagok alkati gyengeségében, 2. a professionalis túlerőltetésben és 3. a növényi viszonyok befolyásában látja a deformitas okát. A legújabb szerzők közül *Gaugele* is a szalagkészülék, főleg a radioulnaris és ulnocarpalis ízület szalagkészülékének gyengeségében keresi az okát annak, hogy a professionalis, huzamosabb ideig tartó trauma, vagy akár az egyszeri durva trauma az ulna luxatiós állására vezethet.

Azok, kik a radius volaris elgörbülését állították a körkép középpontjába, ennek létrejöttét igyekeztek magyarázni. Voltak olyanok, kik ez elgörbülést rachitises alapon keletkezettnek tekintették, mások viszont az epiphysisporcz abnormis viselkedését okolták. A rachitises alap bizonyítására analógiába hozták a *Madelung*-féle kézdeformitást a rachitis tarda okozta egyéb elváltozásokkal (genu valgum, pes valgus, skoliosis) és keresték a szervezeten a rachitisnek illetve késői rachitisnek egyéb nyomait. A rachitises felfogás mellett hozták fel azt, hogy a radius sok esetben az egész diaphysisben van meggörbülve. Az epiphysisporcz anomáliáinak hívei a porcz abnormis viselkedését radiogramokon igyekeztek kimutatni s nézetüket egyes cartilagineaer exostosisokkal, valamint a több esetben talált hossz-növényi zavarokkal (mikromelia) igyekeztek támogatni.

Duplay és *Delbet* voltak elsősorban azok, kik a radiusnak késői rachitises alapon való elgörbülését tekintették a bántalom okának. Az elgörbülést a flexor-izomzat hyperfunctiója idézné elő. Ennek a felfogásnak a *Madelung*-éval szemben az a lényege, hogy az elváltozás székhelyét az izületből a csontba teszi át (ugyanúgy mint a *Mikulicz*-féle genu valgum-theoria a *Hueter*-félével szemben). A késői rachitist okolja *Mal-fuson*, *Nélaton*, *Volkmann* is. *Kirmisson* 2 typust vesz fel: a) *Madelung*- és b) *Duplay*-typust, az előbbi subluxatio, az utóbbi radius curvus, s e felfogásnak megfelelőleg az aetiologiában is 2 eshetőséget vesz fel. Ugyanez *Gevaert* és *Cnopf* felfogása is. *Poulsen* szerint az egész radiusra kiterjedő, a csontszövetet ritkító folyamat az oka a deformitásnak, az elgörbülés szerinte is a flexorok hatása alatt jön létre. *Sauer* és *Siegrist* a rachitis mellett fontosságot tulajdonít az egyéni praedispositionnak és a hereditásnak, mely két körülmény talán a normalis kéztőizületnek egyénenként nagyon tág határok közt ingadozó formatiójában jutna kifejezésre. Mechanikai momentumoknak, az ízület túlerőltetésének (mosonók, zongorázás) csak mellékes szerepet tulajdonít. Legújabban *Gasue* is kizárólag a rachitis tardát tekinti a deformitas okának; hereditaer gyuladás és traumák csak elősegíthetik a körkép létrejöttét. *Lewy* a gyermekkorban észlelt *Madelung*-eseteket gyermekkori rachitisből, a későbbi korban észlelteket rachitis tardából magyarázza. A néha található exostosisokat megterhelési exostosisoknak tekinti.

A radius distalis végének elgörbülését mások az epiphysisben lejátszódó növekedési zavarokkal magyarázzák. (Már *Madelung* is „Wachstumstörung”-ról beszél.) *Pels Leusden* az epiphysis-porcz anomális fejlődésével magyarázza ez elgörbülést. Egy 14½ éves nőbetegen, kinek *Madelung*-deformitása volt, a Röntgen-képek a radius epiphysisporczának a volaris és ulnaris oldalon való túlkorai csontosodását mutatták, míg a radialis és dorsalis oldalon a viszonyok normalisak voltak. Az epiphysis-porcz elsődleges bántalma, illetve fejlődési rendellenessége mellett szólnak a radiusnak a hossz-növényben való, gyakran észlelt visszamaradása, valamint az epiphysisvonal mentén található exostosisok, megvastagodások és fissurák. *Pels Leusden* párhuzamba állítja az intermediaer

porcra ezt az abnormis fejlődését az exostosis cartilaginea multiplex-szel, csak hogy míg ez utóbbinál növekedési plus, addig a *Madelung*-féle deformitásnál növekedési minus van jelen. *Pels Leusden* nézetét vallja *Franke* is. Az ő betege intercurrentis betegségben (agytályog) elhalt és *Müller* boncolta. A boncoláskor az alkarok és lábszárak mikromeliáját és multiplex exostosisokat talált az epiphysistájakon. A radius nemcsak distalis végében, de egész hosszában is elgörbült volt. *Pels Leusden* mások *Madelung*-deformitas-eleteiben is (*Sauer, Bennecke*) a Röntgen-képen megtalálta az epiphysisporcz jellegzetes elváltozásait. *Mac Lennan* is azt találta esetében, hogy az epiphysisvonal a belső harmadban hiányzott. A radiusnak, illetve alkarcsontoknak e rövidülését számosan (*Deckeyser, Kirmisson, Ardouin, Abadie, Poulsen, Schultze, Sauer, Franke, Müller* stb.) találták. Esetünkben is kifejezett mikromeliája van jelen az alkaroknak, s különösen kifejezett a radius rövidülése az ulnához képest, a mit a Röntgen-felvétel igen szépen mutat. Már *Pels Leusden*-t megelőzőleg *Redard* is az epiphysis-porcza növekedési zavarairól magyarázta a radius distalis elgörbülését. Szerinte ismételt mérsékelt ingerek (professionalis munka) hatása alatt a porc nemely része hyperfunctiót végez, a mi csontos hypertrophiák képződésére, ez pedig a deformitas kifejlődésére vezet. Az újabb szerzők közül *Brandes* és *Magnus* is az epiphysis-porcza hibás fejlődését okolja.

A traumára mint kiváltó okra több szerző hívja fel a figyelmet: részben a mindennapos, kis intenzitású, de folytonosan ismétlődő professionalis traumára, részben az egyszeri durva traumára. A professionalis trauma szerepét már *Madelung* hangsúlyozza. *Putti* a *Madelung*-féle deformitást professionalis betegségnek tartja, hol a radiocarpalis ízületben végzett folytonos dorsalflexiók az epiphysisporcz szabálytalan növekedéséhez s ez viszont a radius-epiphysis elgörbüléséhez vezet. (*Putti* a cubitus valgus létrejöttét is így magyarázza.) *Ewald* szerint az epiphysis-porcza egyszeri erő durva trauma ugyanazt az elváltozást hozhatja hirtelenlétre benne, mint a könnyű, mindennapos, professionalis trauma az idők folyamán (a traumás eseteket nem számítja a *Madelung*-hoz). Az epiphysis-porcza elsőrendű fontosságot tulajdonít. Felemlíti *Riedinger* és *Nekahara* kísérleteit, kik házinyulakon az epiphysisporcz megsértésével elgörbülést tudtak létrehozni. A trauma szerepét a szerzők különbözőképp értékelték. *Malgaigne* esetében fractura radii előzte meg 3—4 évvel a deformitas kifejlődését. *Duplay* egyik esetében a kéztőizületnek ajtónyitáskor elszenvedett distorsiója szerepel mint kiváltó ok. *Redard* esetében a kézre való esést s ehhez társuló professionalis munkát említi. *Guéry*-nél nehéz emeléshez társult a deformitas lassú kifejlődése. *Abadie* esetében kézreesés folytán fejlődött a deformitas. (*Abadie* összeállítása szerint 28 eset közül 7-ben volt a traumás eredet kimutatható.) *Barthés* több esetet említi, hol súlyos trauma szerepel az anamnesisben. Ő ez alapon 2 alakját különbözteti meg a *Madelung*-nak: a) a pubertás korában beálló progressiv luxatiót és b) a felnőttek progressiv luxatióját, mely traumás, arthritises stb. lehet. Közvetlenül traumák után kifejlődött *Madelung*-deformitást említi még *Ewald* és *Gaugele* is.

Tekintettel a *Madelung*-deformitas gyakori familiaris előfordulására (*Ester* szerint 85 esetből 36-szor volt kimutatható), voltak hívei a hereditásos felfogásnak is, t. i. hogy a bántalom, illetve a reá való dispositio veleszületett. *Pels Leusden* theoriája is tulajdonképpen a heredodegeneratio mellett foglal állást, midőn az epiphysisporcz veleszületett abnormis fejlődését említi („verkehrte Anlage“). A legrégibb észlelők közül *Jean* tartja a bántalmat congenitalisnak. *Jagot*, ki szintén familiarisan abnormis kéztőizületeket észlelt, a bántalmat congenitalis alapon létrejöttnek tartja, a mihez még valamely táplálkozási zavar is társul. *Ardouin* tökéletlen veleszületett luxatiókat tartja.

Ester és *Guépin* a tokszalag és a szalagok veleszületett, laza dispositiójára utal, a mi latens maradhat; azonban trauma vagy professionalis túleröltetés a *Madelung*-féle deformitashoz vezethet. *Siegrist* a hereditás kérdésének tárgyalásakor

felemlíti, hogy normalis, nem deformált kéztőizületek Röntgen-felvételein is a csontok alakulásában, az epiphysis-vonalak viszonyában s a kéztőizület izfalszínének hajlásában nagy individualis ingadozások vannak, s talán ez a körülmény az, a mely hereditásos dispositio esetében szerepelhet. Egy volarisan és ulnarisan dülő normalis radius-izfalszín ceteris paribus mindenesetre inkább disponálhat a deformitas létrejöttére, mint egy olyan, melyen e lejtős esés nincs jelen. Legújabbban *Melchior* esete alapján, a melyben a deformitas mikromeliával és metacarpalis brachydactyliával társult (a mit *Bergmann* is észlelt már 1888-ban), szintén a congenitalis hibás fejlődés (vitium primae formationis) mellett foglal állást.

A felemlített aetiológiai momentumok és theoriák sora nem volna teljes, ha meg nem emlékeznénk *Poncet* elméletéről, ki az izületekben lejátszódó acut és chronikus lobok és deformáló folyamatok nagy részét tuberculosisra vezeti vissza. „Gyuladós tuberculosis“ vagy „tuberculosis rheumatismus“ néven szerepelteti az izületi gyuladások különböző alakjait. Ide sorolja *Poncet* az izületeknek megterhelési deformitásait is, melyek a növekedési korban jelentkeznek (genu valgum, pes planus, coxa vara, scoliosis) s ide számítja *Leriche*-sel együtt a *Madelung*-deformitást is. (Csak odavetőleg emlíjük, hogy *Poncet* és *Leriche* a gyuladós tuberculosis a thyreoida cirrhosisával, traumával és Basedow-kórral is összefüggésbe hozza.) *Marsan* is említi egy esetet, hol egyéb tuberculosis elváltozások (tuberculosis pulmonum, lábtőizületi caries, coxitis) mellett kétoldali radius curvus volt jelen. Esetünkben is egy jobboldali gyógyult gümőkóros lábtőizületi folyamat van.

Végül csak éppen megemlíjük, hogy a központi idegrendszert is okolták a deformitas létrejöttével. A bántalom symmetriás volta s az előrehaladottabb esetekben található contracturák alapján *Tripier* és *Félix* egy gerinczvelő-eredésű trophikus zavart vesz fel a bántalom oka gyanánt.

(Vége következik.)

Közlés a budapesti „Stefánia“-gyermekkorházzal kapcsolatos egyetemi gyermekklinikáról. (Igazgató: Bókay János dr., m. kir. udvari tanácsos, ny. r. tanár.)

Meningitis meningococcával szövődött vörheny gyógyult esete.*

Közlő: *Barabás Zoltán* dr., klinikai segédorvos.

A vörheny szövödményei közt az idegrendszer bántalmazottsága aránylag nem gyakran szerepel. Ezek között még leginkább az agyburkok részéről jelentkező szövödményeket van alkalmunk néha megfigyelni.

Benard gyűjtőmunkájában 13.550 vörhenyre 9 meningitis esett (0.06%), nem számítva a meningismushoz közelálló alakokat. *Sachs*¹ 400 scarlatina-esetben 16-szor látott meningismust (4.0%). Többet beszámoltak „meningitis scarlatinosa“ eseteikről (*Althaus, Bendel, Clausnitzer, Hutinel, Gouget és Benard*), *Netter, Tensier, Boudon és Duvoir, Weil és Chalié, Weil és Mourigaud, Tonkin*² közöltek vörheny folytán jelentkezett genyes meningitis-eseteket. *Tiktin-Hausmann*³ pedig a vörheny II. hetének végén kezdődött gümös meningitisről emlékszik meg.

Olyan esetet azonban, a melyben a vörheny lefolyásában meningitis cerebrospinalis epidemica csatlakozott volna az alapbetegséghez, a rendelkezésemre álló irodalomban egyetlen egyet sem találtam. A Stefánia-gyermekkorházban az utóbbi időben egy ilyen esetet volt alkalmunk észlelni és az esetnek

* Minden jog fentartva.

¹ Meningismus bei Scharlach. Jahrbuch für Kinderheilk., 53. köt. Ergänzung.

² Idézve R. Neurath: Die Rolle des Scharlachs in der Aetiologie der Nervenkrankheiten. Ergebnisse der inn. Medizin etc. 1912, IX. köt.

³ Ueber das Vorkommen von Scharlach in der Stadt Zürich. Jahrbuch für Kinderheilkunde, 1908, 67.

fokú hyperaesthesia. A jobboldali nasolabialis redő kissé elsimult. A pulsus 108, néha kihagyó, arhythmias. IV. lumbalis punctio: fokozott nyomás mellett zavaros folyadék ürül.

Január 26. Délben collapsus, rázó hideg. 40¹-ig emelkedő hőmérsék, igen hűvös végtagok. Időnkint delirál, nappal is felsikolt. Nagyon lesóványodott. Tarkómerevség. Beesett has. Strabismus divergens.

Január 30. Több ízben hány. Sensoriuma tiszta, de nem kitartó. Ágyba vize. VIII. lumbalis punctiókor vékony sugárban opaleszkáló folyadék ürül.

Február 6. A strabismus fennáll. Somnolens. Élénk vasomotoros zavarok. Fejkörfogat 53 cm. XII. lumbalis punctiókor bő cseppekben alig zavaros folyadék ürül.

Február 10. A felső végtagokban mérsékelt tremor, az alsó végtagok spasmusos contracturában. Kérdésekre vontatva, de értelmesen válaszol.

Február 14. XVI. lumbalis punctiókor⁴ alig ürül 4—5 cm³-nyi tiszta liquor. Kisfokú somnolentia.

Február 20. Kezd érdeklődni a környezet iránt. Jól táplálkozik. Ezután napról-napra mind a testi, mind a szellemi állapota javul, úgy hogy márczius 1.-én szülői ápolásba kiadjuk látható szellemi defectus nélkül.

Április 10.-én nyert értesülésünk szerint a gyermek sokat hízott betegsége óta. Szellemi állapota kifogástalan.

A fertőző betegségeknek érdekes összetalálkozását látjuk a közölt kórtörténetben. A még varicella-pörkökkel bíró gyermek scarlatinában betegedik meg. A vörheny lefolyása után, bár az egész idő alatt idegenekkel nem érintkezhetett, meningitis cerebrospinalis epidemica fejlődött ki. A kórjelzés megállapítása idején 33 napja feküdt a kórházban. Az első lázas mozgalom kórházba jövetelének 18., vörhenyben megbetegedésének 20. napján, 10 napi láztalan időszak után. Minthogy kórházi fertőzésre nem gondolhattunk, a főkérdés természetesen az volt, hogy miként fejlődhetett ki meningitis cerebrospinalis epidemica ennyi idő múlva, midőn általában 5 napot szoktunk fölvenni mai ismereteink szerint a meningitis cerebrospinalis epidemica lappangási idejéül.

Ennek megállapítása céljából végeztünk bakteriologiai vizsgálatot az orr-garatüreg váladékában. Heubner, Jäger és Scherer⁵ vizsgálatai óta tudjuk, hogy a meningitis cerebrospinalis epidemica kórtanában milyen nagy jelentősége van az orrgaratürön át történő fertőzésnek, s az ú. n. „coccushordozók”-nak. Így vizsgált Kutscher⁶ 56 egyént, kik meningitises betegekkel semmi néven nevezhető viszonyban sem voltak, s négyszer talált meningococcust az orrgaratürben. Councilman és Schiff⁸ észlelései szerint egészséges egyének normalis nyálkahártyájukon esetleg veszély nélkül hordhatják a meningococcust. Mayer, Waldmann, Fuerst és Gruber⁷ 9111 katona közt 158 „coccushordozót” találtak, legtöbbjét oly ezredben, hol egyetlen megbetegedés sem fordult elő. Minthogy bakteriologiai vizsgálattal betegünk orrgaratüregének váladékában is kimutathattuk ugyanazon mikroorganizmust, mint az agygerincvelő-folyadékban, azaz a Weichselbaum-féle meningococcust, ez alapon a mi esetünkben is legvalószínűbbnek tetszik az a magyarázat, hogy betegünk coccushordozó volt, mely az illetőnek egészséges korában semmi tünetet sem okozott, míg a vörheny folytán legyöngült szervezet megbetegítésére elegendő virulenciával rendelkezett.

A kezdet, a mennyire a hőmenetből megítélhető, a 20. napra esik. Ez az időszak pedig a vörheny lefolyásában meglehetősen kritikus. B. Schick⁸ szerint az elsődleges betegségtől elhatárolható postscarlatinás betegségek legkorábban a 12. napon jelentkeznek, legkésőbb a 6. héten, leggyak-

rabban a 3. héten. Neurath⁹ szerint a meningitis symptomái beálltának ideje a vörheny lefolyásában leggyakoribb a desquamatiós periodusban: 14—55 nap; a koponya-melléküregcomplicatiótól mentes esetekben: 6—21 nap.

Nem hagyható említés nélkül, hogy milyen szembeötlő hatású volt a systemás lumbalis punctio. Bókay¹⁰ tanár volt az, a ki az elsők között melegen ajánlotta ezt az eljárást, s a ki szerint „a tüneti kezelés alkalmával még kétségtelenül a Quincke-féle lumbal punctio bir legnagyobb gyakorlati fontossággal”, nemcsak mivel a belső agynyomást csökkent, hanem mivel egyúttal „nagyobb számban távoznak pathogen bacteriumok s toxikus anyagoktól szabadul fel a szervezet.”¹¹

Egyes bőrbetegségek vonatkozásai a „belső elválasztás”-hoz.

Irta: Poór Ferencz dr. egyetemi magántanár, szt. István-kórházi főorvos.

(Vége.)

Egy másik megbetegedés, melynek az endokrin mirigyekkel, speciell a pajzsmiriggyel való causalis nexusára vonatkozólag mind több és több adat gyűlik össze, a sklerodermia. Megjegyezzük, hogy jelen tanulmányunkban csak a generalizálódó diffúz, haladó sclerodermiát („sclerodermie oedemateuse de Hardy”) vettük számba, tehát kizártuk az újszülöttek skleromáját éppúgy, mint az ú. n. dermatoscleroses en bandes-ot, sklerodaktyliát, morphaeát a nélkül, hogy ezeknek az előbbi betegséggel való összetartozása kérdésében állást foglalnánk.

A sclerodermia aetiologiai felfogásában háromféle irányzat ismerhető fel. A negyedik most van kialakulófélben.

Ezek közül a neuropathologiai felfogás a legelterjedtebb. A legtöbb szerző, Hallopeau, Kaposi, Levin és Heller-rel, a betegség okát a centralis vagy peripheriás idegrendszerre viszi vissza s alig van ideganomalia, melylyel az egyes szerzők a sclerodermiát nexusba ne hozták volna, de a legtöbbben az „angiotrophoneurosis”-ok sokat sejtető, de annál kevesebbet mondó csoportjába foglalják.

A parasita-theoria, melyet különösen Hoppe-Seyler védt, ezidőszert alig számlál híveket.

Az idiopathiás gyulladásos állapot az aetiologia szempontjából kényelmes, de jelentéktelen álláspont, mely a bőrelváltozás localis genesisét ugyan megvilágíthatja, de már a causalis nexus felismerésére nem vezethet. Okozata, de nem oka a betegségnek.

Időrendben utolsó az a felfogás, a melyet úgyszólván napjaink vetettek felszínre s a mely a sclerodermiát az endokrin mirigyekkel s elsősorban a pajzsmirigy morfológiai és ebből következő működésbeli elváltozásával hozza kapcsolatba.

Leube volt az első, ki már 1875-ben utalt a Basedow-féle betegség és sklerodermia együttes előfordulására. Őt követte Gutteling, St. Marie, Kahler, Millard, Kowalewski. Jeanselme 1895-ben már kifejezi azt a hypothesisét, hogy a sklerodermia a Basedow-kórtól függhet, vagy mind a két betegséget azonos ok idézheti elő s ez oknak a pajzsmirigy anomaliáit tartja. Osler exophthalmust, jellemző strumát, 130—160-as érlökést ír le sclerodermia kapcsán. Éppúgy Beer exophthalmust és tachycardiát észlelt.

De legérdekesebbek azok az esetek, melyek egészen a bonczolásig észlelés alatt voltak. Természetes, éppen a betegségnek ritka előfordulása folytán e közlések száma is vajmi kevés. Lewin és Heller kimerítő monographiájukban 1895-ig összesen csak 28 bonczolást bírtak az irodalomból összegyűjteni. Azonban, sajnos, a régebbi bonczolási jegyzőkönyvek

⁹ L. előbb.

¹⁰ Der Wert der systematischen Lumbalpunktion in der Behandlung der Cerebrospinalmeningitis. Deutsche medizinische Wochenschr., 1907, 47. sz.

¹¹ Idézve: A gyermekgyógyászat tankönyve, 1912, 564. l.

⁴ Egyes lumbalis punctiókor sohasem bocsátottunk ki 25—30 cm³ liquornál többet; a 17 lumbalis punctio alatt összesen körülbelül 410—430 cm³-t.

⁵ Idézve Bókay János, Flesch Ármin, Bókay Zoltán: A gyermekgyógyászat tankönyve, 1912, 564 l., 558. l.

⁶ Deutsche med. Wochenschr., 1906, 1071. l.

⁷ Münchener med. Wochenschr., 1910, 1584 l.

⁸ Die Nachkrankheiten des Scharlachs. Pfandler és Schlossmann gyűjtőmunkája.

nem terjeszkednek ki a belső mirigyek állapotára s csak a legújabbak fektetnek arra súlyt. A régiak közül *Auspitz*-nál 1863-ból található néhány ezirányú feljegyzés. *Auspitz* egy sclerodermia-esetet közöl az egész köztakaró diffus, sötétbarna elszínesedésével. Az egész folyamatot ugyan a vérerek stasiának tulajdonította, de a bonczolás, a mellékvesék intakt volta mellett, a többi közt a pajzsmirigy megnagyobbodását és colloid degenerációját mutatta. Az újabb bonczolások *Singer*, *Hektoen* és *Notthafft* eseteihez fűződnek.

Singer esetében a bonczolást *Weichselbaum* végezte. „A pajzsmirigy bal oldalsó lebenye rendes kiterjedésű, a jobb lényegesen kisebb, anyaga durván szemcsézett, sötétbarna, mindkét lebenyben egyes elmeszesedett góczok vannak” — írja *Singer*. A histologiai lelet *Störk* szerint: „In beiden Schildrüsenlappen starke Vermehrung des Bindegewebes, besonders in der rechten Hälfte ausgedehnte, schwielige Verödung.“

Hektoen kifejezett diffus sclerodermia esetét közli a bonczolás adataival egyetemben. A sectio a sclerodermia mellett a thyreoidea atrophiját, többi közt a tuberculosis tüneteit konstata. A histologiai lelet a pajzsmirigy stromájának diffus sclerosisát, a mirigyben lévő s az a körül elhelyezkedett verőerek, arteriák intimájának megvastagodását, helyenként a lumen teljes elzáródását, a mélyebb rétegekben és a mediában helyenként elmeszesedett góczokat, egyes folliculusoknak tágulását s a közbeeső septum elpusztulásától feltételezett szabálytalan üregek képződését, a hypophysis mirigy részének megnagyobbodását (compensatiós hypertrophia) stb. konstata. *Hektoen* is a pajzsmirigyelváltozásokban hajlandó a sclerodermia okát látni.

Notthafft esetében ugyancsak kifejezett diffus sclerodermia volt a köztakarón s a bonczolás (*Bollinger*) a thyreoidea feltűnően megkisebbedett voltát mutatta makroszkopos elváltozás nélkül. Histologiailag a mirigyparenchyma normalisnak bizonyult, míg a kötőszövetben gömbsejtes beszűrődés és a kötőszöveti septumok megvastagodása volt észlelhető.

Notthafft a sclerodermiának a pajzsmirigy-anomaliákkal való oki kapcsolata ellen foglal állást s dolgozatában a pajzsmirigy-theoria ellen felhozható érveket csoportosítja. Ezek a következők: 1. a legsúlyosabb pajzsmirigyelváltozások láthatók a nélkül, hogy velük kapcsolatban a betegnek sclerodermiája volna; 2. a sclerodermia eseteinek bonczolási jegyzőkönyvei demonstrálják, hogy a kötőszöveti zsugorodás folyamata nem szorítkozik egyedül a bőrre és thyreoideára, hanem az úgyszólván az összes szervekben jelen van, universalis, tehát a sclerodermia nem tulajdonítható a thyreoideában folyó interstitialis elváltozásoknak.

Ezekre a következőképpen válaszolhatunk: 1. Az, hogy a sclerodermia kórképe nem minden egyes pajzsmirigyelváltozásnál fejlődik ki, még nem bizonyít az ellen, hogy a betegség oka a glandula thyreoideában van, hisz még a Basedow-kór is, melynek exquisit thyroegen voltát *Notthafft* sem vonja kétségbe, sem demonstrálja minden esetben a tünetek összességét. Hányszor hiányzik pl. az exophthalmus vagy más tünet, nem is szólva a Basedow-kór ú. n. „forme fruste”-jeiről. A különböző szerveket megtámadó tuberculosis, sőt annak phthisis alakjához is aránylag csak ritkán csatlakozik a bőr tuberculosisos megbetegedése, de ma már senkinek sem jutna eszébe ebből pl. a lupus tuberculosisos volta ellen következtetni. 2. Abból, hogy a Basedow-kór és a sclerodermia aránylag ritkán — *de mindenesetre gyakrabban, semhogy pusztán esetlegességet, coincidentiát tételezhetnénk fel* — associálódik, még csakugyan nem lehet kétségtelenül a causalis nexusra következtetni, sőt feltűnőnek tartjuk, hogy úgy *Singer*, mint *Hektoen* és *Notthafft* esetében az obductio egészében vagy egy-egy lebenyében megkisebbedett pajzsmirigyet talált, holott, mint tudjuk, a Basedow-kórra a pajzsmirigy morphologiai megnagyobbodása és evvel összefüggésben a hyperfunctio a jellemző. A pajzsmirigy, különösen a mirigy parenchymájának megkisebbedése éppen a mirigy hypofunctiójának felel meg s nem a Basedow-kórra, hanem inkább a myxoedemára utal.

Singer az esetéhez fűzött fejtegetésében érdekes párhuzamot is vont a sclerodermia és a myxoedema között. S elvitázhatatlan, hogy a sclerodermia oedemas stadiuma s a myxoedema bőrduzzadása között kétségtelen klinikai hasonlatosság van. Azonban a *Singer*, *Hektoen* és *Notthafft*-féle esetek mindegyikének histologiai leletében utalás van arra, hogy a pajzsmirigy kötőszöveti váza van erősen hypertrophizálva s így a *pathologiai folyamatok ismeretében nem tarthatjuk kizártnak, hogy a bonczolás időpontjában már atrophizált pajzsmirigy vagy pajzsmirigy-részlet a betegségnek egy korábbi stadiumában jóval nagyobb, hypertrophizált is lehetett s a mirigyparenchyma csak később, a kötőszövet túlsarjadzásának behatása alatt atrophizálódott*. S ha előbb a pajzsmirigy morphologiailag nagyobb, sőt hypertrophias lehetett, akkor hyperfunctiót is kellett végeznie s a Basedow-kór tüneteit válthatta ki a betegség korábbi stadiumaiban. Ilyképpen gondoljuk értelmezhetni azt a tényt, hogy a megbetegedés első idejében a tünetek a Basedow-kór felé hajlanak, míg később a bőrön inkább a thyreoidea hypofunctiójának megfelelő elváltozások mutatkoznak. E feltevésünk mellett szól a *Schäffer-Neisser*-féle eset is, hol a struma eltűnésével egyidejűleg kezdődött a bőr sclerodermiája.

A mint konstataható, a gyérszámú bonczolási lelet, az endokrin mirigyek váladékának ismeretlen chemismusa mellett, ingadozó véleményekre ad okot, de kétségtelen, hogy midőn oly ritka betegségtypus, mint a sclerodermia, az endokrin szervek megváltozott functióinak következményeként mutakozó betegségtypusokhoz aránylag gyakran társul, sőt azokkal szinte egybefonódik (*Schäffer-Neisser*-féle eset) s midőn a bőrbetegségtypus klinikai képének alapját, ha morphologiailag nem is azonos, de mindenesetre egymáshoz genetikailag közelálló folyamat s ugyanazon szöveteknek (a kötőszövetnek) primaer megtámadása adja meg, mint a melyek oly kimondottan endokrin eredetű megbetegedésben — mint a myxoedema — szoktak elsődlegesen megtámadva lenni s midőn a kétségkívül kevés újabb bonczolási jegyzőkönyv egybehangzó tanúsága szerint az endokrin mirigyek (és speciell a thyreoidea) morphologiailag is megváltozottak találattak, *legalább is valószínűnek mondható, hogy a sclerodermia kóroktanában szerepet juttassunk a kórosan megváltozott hormonhatásoknak*; mindenesetre több jogcímme, mint a milyennel e betegséget az „angiotrophoneurosis”-ok nem éppen nagy pathologiai dignitással bíró csoportjába sorozzák sokan; hogy nem sok realis alappal, azt még a neurogen felfogáshoz csatlakozott *Kaposi* is elismeri, midőn a következőképpen nyilatkozik: „Man is gedrängt, eine vom Zentralnervensystem influenzierte trophische Störung als entfernte Ursache der Krankheit anzunehmen, obwohl eine solche materiell nicht erwiesen werden konnte.“

* * *

Kétségtelen bizonyítékaink vannak arra nézve, hogy nemcsak a thyreoidea, hanem a hypophysis működésének megváltozásával oki összefüggésben is a szervezetben bizonyos jellemző elváltozások jönnek létre. Így a hypophysis anomaliája kifejezett betegségtypust produkál az akromegáliában. Magára a megbetegedés kórképére e helyen nem terjeszkedünk ki, csak felemlítjük, hogy lényege, a mint arra a fogalom megteremtője, *Marie* már 1886-ban utalt, a test csontvázának avagy egyes, főleg distalis csontrészeinek a physiologiai méreteket messze meghaladó kóros megnövekedésében áll. *Schütte* 49 eset bonczolási eredményét gyűjtötte egybe s kiemeli, hogy ezek közül 32 esetben van a hypophysis-lelet leírva s az esetek túlnyomó részében a hypophysisnek kifejezett morphologiai elváltozása (hypertrophia, adenoma, glioma, sarkoma, cystás elfajulás) csakugyan demonstrálható volt, a miből a hypophysis functióinak megváltozása is következtethető. A bőr állapota lehet normalis, de több eset van leírva, midőn a bőr is részt vesz az elváltozásban. *Verstraeten* és *Arnold* verrucákat, *Fritsche* és *Klebs* fibroma molluscumokat, *Dallemagne* xanthomákat, *Schultze* keloidokat, *Arnold* fokozott bőrpigmentációt ír le az akromegalia kisé-

retében, *Marie* és *Marinesco*, valamint *Albert* a köztakaráo histologiai vizsgálatakor leletükben különösen a kötőszövet merevségét, megszorodását és a bőrmirigyek ektasiáját emelik ki.

A bőrnek említett elváltozásai alkalmával valószínű, hogy az interstitialis szövetek megváltozását ugyanazon ok — tehát a hypophysis által produkált hormon quantitativ vagy qualitativ megváltozása — idézi elő, de a köztakaráo bántalmi ezideig valamely specifikus bőrbetegség oki nexusba hozatalára nem adnak alkalmat. A verruca, fibroma, molluscum, xanthoma előfordulását, de nem állandóan, az akromegáliával kapcsolatban másnak, mint esetlegességnek nem tekinthetjük. S mint az akromegalia eseteiben, éppúgy antagonizájában, a hypophysis hypofunctióján alapuló *dystrophia adiposo-genitalisban* (hypopituitarismus) sem volt eddig specifikus bőrbetegségtípusokkal az oki összefüggés demonstrálható.

* * *

Az endokrin szervelváltozással legrégebben causalis kapcsolatba hozott sajátos bőrelváltozásokkal járó betegség az *Addison-féle betegség* vagy *bronzkór*.

A mellékveseműködés acut megszűnésének tünetcsoportjára *Virchow* hívta fel a figyelmet. Nagy hastájéki fájdalmak kíséretében peritonitis collapsussal, gyorsan exitusra vezető coma és görcsök jellemzik e hirtelen beálló, s trauma, thrombosis vagy embolia által feltételezett s a mellékveséket érő profus vérzés okozta megbetegedést.

Ettől egészen különböző tüneteket vált ki a mellékvesék chronikus destructiója, mely tünetcsoportnak klasszikus leírását *Addison* adta 1855-ben. Anaemia, elesettség és gyöngeség, gyöngült szív működés, gastrointestinalis s az idegrendszer részéről fennálló zavarok s a bőr színének sajátságos megváltozása (*bronzbőr*, *melanodermia*) jellemzik a betegséget, mely hosszú lefolyás után cachexiára és exitusra vezet.

Dermatologiai szempontból főleg a köztakaráo elváltozásai érdekelnek bennünket s főleg a „bronzbőr“, melynek kielégítő magyarázata ma, midőn a physiologiai pigmentációt illetőleg sem alakultak még ki véglegesen a vélemények, alig adható.

A bőrelváltozás rendszeren az arczon és kezeken kezdődik, majd a nyak és karok után a törzsre s az alsó végtagokra terjed át. Itt is, *hasonlóan mint a xeroderma pigmentatioja eseteiben*, világosan felismerhető, hogy a napfény intenzívebb behatásának kitett bőrrészek festékessége kifejezettebb. De nemcsak a bőr, hanem az ajkak, a szájjüreg, sőt a conjunctiva is jellemző pigmentációkat mutat.

E pigmentációk magyarázata annyira összefügg a physiologiai pigmentképződés tanaival, hogy azokra e helyen röviden ki kell térjünk.

A bőr egészének vagy egyes részleteinek sötétebb színét tudvalevőleg az epidermis alsó s a cutis felső rétegeinek sejteiben jelenlevő apró pigmentszemcsék okozzák. E pigmentszemcsék származásának kérdése még vitás.

Egyes szerzők a pigment képződését kizárólag a cutisban keresik, honnan az az ú. n. chromatophor sejtek közvetítésével jut az epidermisbe; mások ismét a pigmentnek az epidermisben s külön a cutisban való autochton képződését vallják, avagy azt, hogy a pigment egyenesen a vérből származik, s onnan jut a chromatophorok közvetítésével úgy a cutisba, mint az epidermisbe. *Ehrmann* pedig a mesodermából származó „sui generis“ sejteket, a melanoblastokat veszi fel pigmentképzőknek.

Tárgyunk szempontjából igen figyelemreméltó *Meirowsky*-nak az az elmélete, hogy az epidermis és cutis pigmentje egymástól teljesen eltérő folyamatok eredménye. Az epidermis pigmentje az epidermis-sejtek magállományából, míg a cutisé a fény behatása alatt a legkisebb hajszálerek révén és a nyirokhezagokban szabadon képződik a kívándorolt vérfestékből s a cutis sejteit azt csak másodlagosan veszik fel avagy a cutisnak oly sejteiben képződik, melyek már előzőleg haemoglobint vettek fel magukba. Azonban e folyamatot úgy kell értelmezni, hogy a vérből a pigment máris nem *mint olyan* választódik ki, melyet azután a sejtek phagocytar módon egyszerűen magukba kebeleznek, hanem a vérből bizonyos oly anyagok származnak, melyekből azután biochemiai úton pigment jön létre.

Bármelyik theoria értelmében fogjuk is föl a pigment genesisét, az kétségtelen, hogy a pigmentnek a bőrben excessiv mértékben való felhalmozódása, a *melanodermia*, létrejövetelére vonatkozólag többféle hypothesis van elterjedve. A sejtek működésének kóros megváltozásán kívül, a vérnek

egyes betegségekben megváltozott chromatogen tulajdonságát, a haemoglobinn dissociációját, bizonyos idegcentrumok elváltozását egyaránt szerepeltették a pigmentációs állapotok magyarázatában.

Addison volt az első, a ki a róla elnevezett betegség okát a mellékvesék laesiójában kereste s azóta a mellékvesét a pigmentképződés szabályozójának szokásos tekinteni s a vita inkább a körül a kérdés körül forog, hogy a betegség s vele a pigmentatio kiváltásakor a főszerep magában a mellékvesében lefolyó anatómiai folyamatoknak, avagy inkább a szerv működését befolyásoló idegrendszernek jut-e. *Nothnagel* a mellékvesék destructiója nyomán három esetben látta bőrpigmentációk jelentkezését. *F.* és *S. Marino-Zucco* féloldali mellékvesekiirtás után házinyúlön borotvált bőrrészekeken 14—24 nap múlva lencsényi palaszürke foltokat írt le s *Königstein* kísérletei is igazolták, hogy a mellékvesét nélkülöző állatokon a bőrnek pigment-termelő képessége növekedett, míg *Meirowsky* kimutatta, hogy a testtől elválasztott bőrrészletben, thermostatba helyezve azt, pigmentszorodás jön létre. *Königstein*, majd utána *Biedl* és *Hofstätter* kísérletileg igazolta a mellékveséknek a pigmentanyagcserére való befolyását, úgy hogy a mellékvesének direct szerepét, melyet különösen a neurogen theoria hívei sokáig kétségbe vontak, ma bebizonyítottan kell tekintenünk. *Biedl* a mellékvesének szerepét *Addison-kór* eseteiben a következőképpen írja le: „*Nem a mellékvese egyes elemei, hanem a szerv maga egészében tehető felelőssé a betegségért. Hogy vajjon a velő- vagy kéregállomány betegszik-e meg primaer, az nem mérhető.*“

Bertrand és *Bourguet* kimutatta, hogy az állati pigmentek létrejötte bizonyos oxydálódási folyamat eredménye. „*Die Einwirkung einer Oxydase auf die zyklischen Komplexe im Eiweissmolekül*“ (cit. *Biedl* után), s a melanosiss pigment alapanyaga a tyrosin és derivatumai (d-alanyl-l-tyrosin, l-leucyl-l-tyrosin, para-oxy-phenylaethylamin, tryptophan) és főleg a mellékvesének a vena suprarenalison keresztül a vérpályába jutó váladéka, az *adrenalin* lehet. *Neuberg*, *Jäger* a melanosiss daganatokban, *Meirowsky* pedig az emberi bőrben oly fermentumot talált, mely nem a tyrosint, hanem származékát oxydálta sötét festőanyaggá. Ezekkel a vizsgálatokkal beigazolódott, hogy a vérből a szövetekbe jutott adrenalin pigmentképződésre vezethet s az *Addison-féle* betegség eseteiben jelenlevő „bronzbőr“ létrejöttének körülményeire vonatkozóan *Adami*-nak *Meirowsky* által továbbfejlesztett alábbi plausibilis hypothesisre adott alapot:

„Mindkét mellékvese szabályozza a bőr pigmentanyagcseréjét, a mennyiben az epidermis fehérjeproductumait (a tyrosint és derivatumait), a melyek a nyirokrendszeren keresztül a vérkeringésbe jutnak, folytonosan átalakítja adrenalinná. A mellékvesék megbetegedéseiben ezek az anyagok nem használatnak fel adrenalinképzésre s így összegyűlnek a szövetekben. Az oxydasis hatása alatt azután ezek az anyagok az exponált bőrrészleteken melanosiss pigmentté alakulnak át. A fölösen termelt pigment a nyirokereken útján távolíttatik el s így juthat a peripheriás nyirokmirigyekbe (*Schmorl*). *Meirowsky*-nak sikerült kimutatnia a szintelen propigmenteknek a bőrben való felhalmozódását intenzív megvilágítás befolyása alatt és egy *Addison-féle* beteg bőrének megfigyelése a mellett szól, hogy a bőr e betegségben hasonlóképpen viselkedik. Szerinte akkor hullán a postvitalis pigmentképződés még nem mutatható ki, az *Addison-beteg* hullájának bőrén még 5 nappal a halál után is különösen intensíven demonstrálható.“ (*Biedl*, I. 404.)

E theoria kétségtelenül alkalmas arra, hogy a bőrben az *Addison-betegség* eseteiben jelentkező pigmentfelhalmozódást elfogadható módon megmagyarázza, de hypothesis alapja azonnal szembeötlő, ha tekintetbe vesszük, hogy az *adrenalin* a tyrosinból való képződése *ezidőszerint még egyáltalán nincs kétségtelenül bebizonyítva*.

De ha kétséges is a chemiai anyag és a vegyi folyamat, mely a pigmentfeszorodást megmagyarázza, azt már

az előző kísérletek alapján igazoltnak kell tartanunk, hogy a pigmentszaporodást bizonyos a vérből directe vagy indirecte egyes sejtek útján odajutott anyagok kémiai megváltozásával (oxydatiós folyamatok) kell összeköttetésbe hoznunk, s hogy az Addison-féle betegség esetében speciell e kémiai folyamatban szerep jut a mellékvese mennyiségben vagy minőségben megváltozott váladékának.

Közelfekvő volna a gondolat, hogy a mellékvesének az Addison-betegség eseteiben jelenlevő pigmentszaporodást befolyásoló hatásának e magyarázatát analogia útján egyéb a bőrön beálló hyperpigmentációs állapotokra alkalmazzuk. De ha alaposan mérlegeljük a körülményeket, azonnal kiderül, hogy az analogia ebben az esetben nem alkalmazható.

A bőr hyperpigmentációi jelentkezhetnek: 1. mint physiologiai folyamatok (pl. négerék bőrén); 2. mint reaktiv tünetek a szervezet bántalmazása nélkül (például szeplő stb.); 3. mint az egész organismus megbetegedését alkotó bántalmakhoz társuló tünetek (pl. syphilis pigmentosa, tuberculosis melanoderma, acanthosis nigricans stb.).

Ha a hyperpigmentációt mint oxydatiós folyamatot fogjuk is fel, még akkor sem tekinthetjük a mellékvese kórosan megváltozott működésével kapcsolatban levőnek pl. a négerék bőrét. Finsen, Widmark és mások szabatos kísérletei után tisztázva van a fénysugarak s ezek közül különösen az ibolyántúli sugarak provocatív hatása a bőrben való pigmentképződésre. Már az a tény, hogy az egyenlítő körül nagyobb fokú insolationnak kitett népfajok bőre pigmentben legdúsabb s a pigment a mind északabbra élő fajokon az insolation intenzitásának csökkenésével parallel fogy, bizonyíték arra, hogy a hyperpigmentatio nincs feltételezve a mellékvese abnormalis secretiójától. Hasonlóképp az insolationnak leginkább kitett, ruhától nem védett testrészek „lesülése“, az ephelisek képződése a napfény befolyása alatt úgygyszólván naponta demonstrálja, hogy hyperpigmentatio eseteiben nem engedhető meg általánosságban a mellékvese elváltozott működésére utalni, még akkor sem, ha felveszszük, hogy ezekben az esetekben is a normalis mennyiségű és minőségű adrenalin kapcsolatos fokozatos oxydasissal van dolgunk.

Ismerünk az Addison-betegségen kívül is jellegzetes pigmentelváltozásokat, melyek mint a syphilissel kétségtelen oki összefüggésben (syphilis pigmentosa, leukoderma) vagy a tuberculosissal causalis nexusban levő melanodermiák (Bazin, Fournier, Thibierge és Laurent, Monisset és Roux, Raynaud, Vignolo-Lutati stb.) fordulnak elő, avagy az oktanilag teljesen homályban levő, de állandóan a gastrointestinalis tractus carcinomájával együtt előforduló s a bőr keratinisatio zavarai mellett sajátos bőrpigmentációt produkáló acanthosis nigricans, mely betegségek kétségtelenül az organismus megbetegedései s így kétségkívül mások is azokban a hyperpigmentatio létrejötténél körülményei, mint a physiologiai vagy az egyszerű insolation pigmentatio eseteiben.

Az ezekben a betegségekben jelentkező bőrpigmentációk nem physiologiai vagy egyszerű reaktiv folyamatok, mint az imént említett pigmentatio esetei, de oly másodlagos elváltozások sem, melyek előző bőrbeli folyamatok, acut és chronikus gyulladások, vérzések, hosszabb fennállású passiv hyperaemiák következményei vagy kísérői, mint pl. a psoriasis-plaqueok körül sokáig persistáló pigmentációk, hanem valódi hyperchromiák, melyek főlős pigmentfelhalmozódás útján jöttek létre, melyeket erythema, haemorrhagia vagy a bőr tapintható gyuladós infiltratiója közvetlenül nem előzött meg.

E megbetegedésekben a hyperpigmentatio — legalább ezidőszert még — nem tulajdonítható a mellékvesék morphologiai megváltozásából folyó működésbeli anomáliának, minthogy azokban oly folyamat, mely az Addison-féle betegségben tapasztaltakkal analogiába volna hozható, ezideig le nem íratott, sőt az acanthosis nigricansra vonatkozólag Darier egyenesen kiemeli, hogy az ő, valamint a Kuznitsky egy-egy esetében a mellékvesék épnek találtak. Mindenesetre megoldandó kérdés marad azonban az, hogy a vérben lefolyó más kémiai processzok, melyek esetleg az adrenalin

semmi nexusban sem állanak, hanem a melyek esetleg egy más endokrin szerv megváltozott működésével vagy syphilis és tuberculosis eseteiben az illető kórokozó mikrobák, acanthosis nigricans eseteiben a carcinomás sejtszövetek productumai lehetnek, nem tudnak-e az Addison-féle melanodermiával analog bőrbeli oxydatiós folyamatokat előidézni.

* * *

A mint fejtegetéseinkből is kitűnik, az endokrin szervek elválasztásának 1889-ben Brown-Séquard kísérleteivel megindult tanulmányozása az azóta lefolyt rövid időszak alatt máris kétségtelen eredményeket produkált s azt hisszük, hogy e tanok fejlődésével parallel a dermatológiának ezidőszert még aetiologiailag homályba burkolt egy és más fejezete is megvilágítást nyerhet. Ennek ügyét óhajtottuk mi is jelen tanulmányunkkal szolgálni.

A dolgozat elején felvetett kérdésekre a következőleg hiszünk válaszolhatni.

Már az előző vizsgálatok alapján bebizonyítottak kell tekintünk a myxoedema bőrelváltozásának az athyreosissal s az Addison-féle betegség melanodermiájának a mellékvese morphologiai elváltozásától feltételezett működésbeli elváltozásával való causalis összefüggését.

De ezenkívül részünkről valószínűnek tartjuk, hogy a bőr senilis involutiója (atrophia cutis senilis), valamint a xeroderma pigmentosumnak atrophias stadiuma s hasonlóképpen a diffus progrediáló skleroderma oka is az endokrin szervek morphologiai, illetve működésbeli anomáliáiban (dyssecretio) keresendő.

Kétségtelen, hogy a megváltozott belső elválasztás a bőrmirigyek működését (hyperhydrosis Basedow-kór, anhydrosis myxoedema eseteiben) befolyásolja s egyes esetekben a bőr normalis keratinisatio viszonyait is megzavarja (dermatitisek Basedow-kór, akromegalia eseteiben stb.). Vajjon e banalis elváltozásokon kívül egyéb, határozott, genuin bőrbetegségtípusokként ismert s a keratinisatio zavarán (pl. ichthyosis? stb.) vagy recidiv exsudatiós folyamatokon alapuló egyéb bőrbetegségek is oki összefüggésbe lesznek-e hozhatók az endokrin elválasztás megváltozásával, arra nézve ezidőszert bizonyítékokkal még nem rendelkezünk, ámbár annak lehetőségével számolnunk kell.

Az endokrin szervek anatomiai difformitásai, degeneratív állapotai vagy működésbeli anomáliái nem utolsó okai a befolyásuk révén létrejött megbetegedéseknek. Mint az autopsiák is tanúsítják, az endokrin szervek morphologiai és működésbeli elváltozásait a legkülönbözőbb acut és chronikus fertőző betegségek, jó- és rossztermészetű daganatok, gyuladós folyamatok stb. egyaránt okozhatják, sőt el kell ismernünk annak a Münzertől is hangsúlyozott „circulus vitiosus“-nak lehetőségét is, hogy, a mint a hormonok physiologiai egyensúlyának zavarai befolyásolhatják az idegrendszert, éppúgy az ekként működésében befolyásolt idegrendszer ismét más hormontképző szervet indíthat normalis működésének megváltoztatására.

Az anyag, melyből a belső elválasztásnak a bőrbetegségekhez való vonatkozásaira következtethetünk, ma még kevés és hiányos. Kétségtelenül elégtelen arra, hogy ez adatokból biztos következtetéseket vonhassunk le. Csak az egyes eseteknek ily irányban való megfigyelésétől, analizálásától és elsősorban a biochemia haladásától várhatjuk e komplikált és nagy jelentőségű kérdések végérvényes megoldását.

Irodalom. Addison: L. Biedl — Auspitz: Wiener med. Wochenschrift, 1863 — Arnold: Ziegler's Beiträge zur pathologischen Anatomie, 1893. Virchow's Archiv 135 (1894). — Bayliss: Naturforscherversammlung Stuttgart, 1906. — Bazin: I. Vignolo-Lutati. — Beer: Wiener med. Klub, 1894. — Bertrand Bourguet: (I. Biedl). — Biedl: Innere Sekretion. Berlin-Wien (Urban und Schwarzenberg), 1913, II. kiadás. — Caspary: Berliner klinische Wochenschrift, 1888, 196. — Darier: Besnier-Brocq-Jaquet, Précis de dermat. (acanth. nigric) I k — Forster: Deutsche medizinische Zeitung, 1904. — Grohmann: Schmidt's Jahrbücher, 245 140. — N. Hyde-Ewen: Amer. Journal of med. Science, 1900 (Cit. The British Journal of Dermat. 1903, 375. — Heller und Lewin: Sklerodermie. Berlin, 1895. — Hektoen: Zentralblatt für allgemeine Pathologie, 1897, 673. — Horsley: I. Biedl. —

Hallopeau-Leredde: Maladies de la peau. — *Jeanselme*: Mercredi médical, 1895. — *Königstein*: I. Biedl. — *Kaposi*: Hautkrankheiten. — *Kuznitsky*: I. Darier. — *Leube*: Klinische Berichte stb. Erlangen, 1875. — *Lorand*: Das Altern. Leipzig. — *Löwenbach*: Mráček's Handbuch, III. 272. — *Meirowsky*: Zentralblatt für allg. Path. 71–72. Monatshefte für prakt. Derm., 1906. — *Mannheim*: Schmidt's Jahrbücher 223–27. — *Mihálkovic*: Anatomia, 757. — *Notthafft*: Zentralblatt für anatomische Pathologie, 1898, 870. — *Nothnagel*: I. Biedl. — *Osler*: Journal of cut. and gen.-ur. dis. 1898. — *Pässler*: Schmidt's Jahrb. 245–240. — *Raynaud*: I. Vignolo-Lutati. — *Sabouraud*: Annal. de Derm., 1913. — *Schülte*: Zentralblatt für anatomische Pathologie, 1898, 591. — *Schäffer-Neisser*: Verhandlungen d. d. dermatologischen Gesellschaft, 1894, 551. — *Singer*: Berliner klinische Wochenschrift, 1895, 226. — *Starling*: I. Bayliss. — *Szatmári*: Orvosi Hetilap, 1901. — *Unna*: Histopathologie. — *Verstraeten*: Revue de med., 1889. — *Vignolo-Lutati*: Archiv für Derm., 92, 343.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Berthold Kern: Humanistische Bildung und ärztlicher Beruf. Berlin, 1913, Weidmann. 44 lap. Ára 1 márka.

Kern 3 jeles philosophiai munkáját ismertettem lapunk régebbi évfolyamaiban. Lesznek, a kik ezt a kis füzetet is örömmel fogják olvasni. „A humanista módszer a grammatika, mechanika és az éles fogalmi gondolkodás szigorúan logikai iskolájával zárt, teljes egységben magán uralkodó és ezen egységből kiható egyéniséget hoz létre.“ „A humanista nevelés a kutatás csiráját hordja magában.“ „A görög nyelvtanítás elhagyásával érzésszegény, erőtelen félműveltség marad hátra“ stb. Evvel szemben azt vallo, hogy gymnasiumi oktatásunk a kutatás csiráit elfojtja. A nyelvtan szabályainak és magyarázatot nem igénylő kivételeinek betanulása az egyéniségre hatástalan, az okos gondolkodást és megfigyelőképességet tompítja, legfeljebb az emlékezetet gyakorolja, de ezt se jobban, mint más hasznosabb tárgy tanulása. Ez alapon kívánnám a középiskolai évek számának leszállítását, a természettudományi ismeretek behatódó tanítását, egyszerű mikroszkopi vizsgálatok, physikai, chemiai kísérletek fölvétele, úgy hogy azt a tanulók maguk csinálják és egyelőre a latin nyelvnek a legutolsó két évre való szorítását (a leányok a latint az 5. osztályban kezdik és a budapesti tanfelügyelő szerint az érettségén többet tudnak a fiúknál. A középiskolai tanári logika mindazonáltal a leánygymnasiumokban is ki akarja terjeszteni a latin nyelvet mind a 8 osztályra.)

De bámi legyen is kinek-kinek a nézete, a középiskolai oktatás reformjának megvitatását a felső oktatás szempontjából napirendre kell tűzni. Erre nálunk a felső oktatásügyi egyesület volna hivatott. Míg a társadalomtudományi egyesület ily irányú kitűnő vitája egynéhány év előtt teljesen hatástalan maradt, ebben az egyesületben éppen azok a körök vannak képviselve, a melyeknek elölkelő állásokban döntő szavuk lesz e kérdésben. Sokan vagyunk, a kik úgy érezzük, hogy sürgős a cselekvés.

Kollarits Jenő dr.

Rothe: Studien über spontane Kaninchentuberkulose. Veröffentlichung der R. Koch-Stiftung. Heft 4. Thieme, 1913.

A gyermekkori fertőzés kérdéséről írott dolgozata után ismert szerző mostani vizsgálatai a czímben foglalt látszólag theoretikus értékű themáiról azt eredményezték, hogy a házinyúl, ha olyan ketrecben tartjuk, melyben csupán gümőkóros házinyulaktól bacillaris váladékkal inficiált alom van, nem fertőződik, ellenben bekövetkezik a természetes úton való fertőzés bovin bacillusokkal akkor, ha e virussal inficiált beteg társával a házinyúl hosszasan egy ketrecben él. Ez a spontán érintkezési fertőzés a legtöbb esetben belégzés útján történik (inhalációs tuberculosus). Okolicsányi-Kuthy dr.

Új könyvek:

G. Révész: Zur Grundlegung der Tonpsychologie. Leipzig, Veit und Comp. 4 m. — J. Orth: Drei Vorträge über Tuberkulose. Berlin, A. Hirschwald. 2. m. — A. Hiller: Lehrbuch der Meeresheilkunde. Berlin, A. Hirschwald 7. m. — J. Tandler und S. Grosz: Die biologischen Grundlagen der sekundären Geschlechtscharaktere. Berlin,

Springer. 8 m. — F. Ahlfeld: Quellen und Wege der puerperalen Selbstinfektion. Stuttgart, Union Deutsche Verlagsgesellschaft. — R. Schröder: Der normale menstruelle Zyklus der Uterusschleimhaut. Berlin, A. Hirschwald. 16 m. — W. Gennerich: Die Liquorveränderungen in den einzelnen Stadien der Syphilis. Berlin, A. Hirschwald. 2.80 m. — E. Kromayer: Röntgen-Radium-Licht in der Dermatologie. Berlin, H. Meusser. 3.60 m. — P. Mulzer: Diagnose und Therapie der gonorrhoeischen Erkrankungen in der Allgemeinpraxis. Berlin, J. Springer. 4 m. — R. Abel: Handbuch der praktischen Hygiene. Zwei Bände. Jena, G. Fischer. 24 m. — M. Steiner: Die psychischen Störungen d. männlichen Potenz. Wien F. Deuticke, 1.50 m. — F. Kirchberg: Atmungsgymnastik und Atmungstherapie. Berlin, J. Springer. 6.60 m. — J. Kowarschik: Die Diathermie. Berlin, J. Springer. 4.80 m. — E. F. Terroine: La sécrétion pancréatique. Paris, Hermann & fils. 5 frank. — F. Jaugeas: Précis de radiodiagnostic. Paris, Masson & comp. 16 fr. — M. Lermoyez: Notions pratiques de l'électricité à l'usage des médecins, avec renseignements spéciaux pour les oto-rhino-laryngologistes. Paris, Masson & comp. 20 fr. — Mathieu-Sencert-Tuffier: Traité médico-chirurgical des maladies de l'estomac et de l'oesophage. Paris, Masson et comp. 20 fr. — A. Lambotte: Chirurgie opératoire des fractures. Paris, Masson et comp. 30 fr. — Abel Gy.: L'intoxication par le tabac. Paris, Masson et comp. 2.50 fr.

Lapszemle.

Belorvostan.

Az időszült vesegyulladás és a veseinsufficiencia gyógykezelése czímen ismerteti Bence Gyula azon vizsgálati és kezelési eljárásokat, melyek a gyakorló orvosnak vesebaj esetében vezérfonálul szolgálhatnak. A vesebajos addig, míg a vese functióképes, nem szorul kezelésre. A fehérjevizelésből a betegnek közvetlen kára nincsen. A vesebaj csak akkor válik a szervezetre közvetlenül károsná, s csak akkor kezelendő, ha a vesebaj megszűnt localis jelentőségű baj lenni, s a vese hiányos functióképessége a szervezet „milieu interieur“-jének zavarát hozza létre. Ha a vese a bevitel víz- és sótartalmát, s az anyagcsere szétesési termékeit kellőképpen kiválasztani nem tudja, akkor a szervezet belső egyensúlyában zavarok állnak be, a sók felhalmozódását nyomon követi a vízfelhalmozódás és kifejlődik az oedema, a fehérje szétesési termékeinek felhalmozódása az azotaemia kifejlődésére vezet, mely minden valószínűség szerint az uraemia oka.

A kompenzált vesebaj tulajdonképpen kezelésre nem szorul. A betegnek vesekimélő, kellő caloriamennyiséget biztosító diatét adjunk. A kizárólagos tejdiéta felesleges, czél-szerűtlen, a fehér és barna hús közti különbségtétel alaptalan. A diéta lehetőleg vegyes legyen. A túlságos megszorításokkal és előírásokkal ne tegyük még tűrhetetlenebbé a betegek életét, s ne tegyük kockára a betegek türelmét, a melyre később, a veseinsufficiencia beálltakor amúgy is még nagy szükségünk lesz.

A vesebántalmak kezelésében az igazi activ működéstulajdonképpen a veseinsufficiencia kifejlődésével kezdődik. Fontos, hogy a só- és vízretentióval járó hydraemia s a N-tartalmú bomlás-anyagok retentiójával járó uraemia veszélyét felismerjük már akkor, mikor ezen állapotok klinikailag még nem fejlődtek ki. A bőroedemák kifejlődése előtt már kifejlődik a vér oedemája, a hydraemia. Ilyenkor a vérsavó fénytörésmutatója a normalis 1.3480—1.3500 alatt van. A vízretentio idején — minthogy a vízfelvétel s vízkiválasztás közti egyensúlyi állapot megbomlott — a beteg naponta végzett testsúlymérések útján kimutatható testsúlygyarapodás áll be. A vízretentio rendszerint másodlagos, s a szilárd molekulák, elsősorban a konyhasó retentiójának következményeképpen fejlődik ki. E sóretentióról olyképpen is meggyőződhetünk, ha a betegnek 3—6 gr. konyhasót adunk, szabad vízivást engedve meg. Míg normalis egyén 1—2 óra alatt kiválasztja e folyadékplust, addig a vese megbetegedése esetén e kiválasztás óráig nyúlik el, s sokszor ekkor sem tökéletes. Vízretentio esetén kezelésünk első feladata a táplálékok sótartalmának kellő megszorítása lesz. Súlynövekedés esetén a folyadékbevitelt is redukálni kell annyira, hogy a súlynövekedés megszűnjék. Az azotaemia felismerésére legegyszerűbb a vér fagyáspontjának a meghatározása. A fehérje széteséséből keletkező molekulák felhalmozódása a vérben emeli a vér molecularis concentrációját, s így a vér

fagyáspontsüllyedése mélyebb a rendes 0.56° értéknél. A nitrogéntartalmú anyagok retentióját nem követi vízretentio, mint a konyhasó-retentiót.

A nitrogénfelvétel fokát — éppúgy mint a konyhasóét is — a vizelet útján kiválasztott N — illetve NaCl — mennyisége szabja meg. A veseinsufficienciás beteg helyes kezelése tehát szigorúan quantitativ keretek között mozog.

A diatétán kívül a gyógyszeres terapiától is siker várható. A xanthintherápia *Korányi Sándor* szerint sikeres alkalmazása esetén a vizelet só- és nitrogéntartalmát is növeli. (Orvosképzés, 1913, 1—2. füzet.) G—s.

Sebészet.

A chloroformnarcosis és a májmegnagyobbodás közötti összefüggésről ír *W. Hildebrandt*. A chloroformmal narkotizált betegek között előfordulhatnak halálesetek, melyeket sem nagy vérvesztéssel, sem valamely sepsis inféctióval avagy magával a műtét beavatkozással nem tudunk megmagyarázni, hanem úgynevezett késői chloroform-mérgezésre kell gondolnunk. Míg eleinte a pathológiás elváltozásokat a szívben és a vesékben keresték, addig ma már tudjuk, hogy legfontosabbak azok a kóros folyamatok, amelyek a májban mennek végbe. A chloroform minden egyéb factor nélkül is tud a májban súlyos degeneratív változásokat létrehozni, *Opie* vizsgálatai azonban kimutatták, hogy a chloroform különösen bacteriumok jelenlétében fejt ki veszedelmes hatását. Az állatkísérletek meggyőzték arról, hogy a sárga májatrophia is létrejöhet, ha bacteriumok jelenlétében chloroformmal narkotizáljuk az állatot. Természetesen a beteg máj inkább van kitéve a chloroform okozta káros hatásnak, mint az egészséges. Csakis a czélszerű prophylaxissal akadályozhatjuk meg a chloroformnarcosisnak a májra kifejtett hatását, vagyis ha minden műtét előtt a máj állapotáról meggyőződünk. A physicalis vérvizsgálatokkal korántsem érhetünk el kellő eredményt, sokkal fontosabb a vizelet urobilinintartalmának meghatározása, amely a máj állapotára nézve kellő felvilágosítást nyújt. Pangásos máj, májtályog, epepangás a májban, májcirrhis felismerhető a vizelet urobilinintartalmának meghatározásával. De különösen az erysipelas, scarlatina és perityphlitis után kifejlődött hepatitisek felismerésében lehet segítségünkre az urobilin. Hepatitis eseteiben chloroformnarcosis nem szabad alkalmaznunk, hanem vagy aetherrel altatjuk el a beteget vagy helyi érzéstelenítésben kell végeznünk a műtétet. (Münchener med. Wochenschrift, 1913, 10. sz.) *Ifj. Háhn Dezső dr.*

Az oxyuris okozta vakbélgyulladásról értekezik *Rheindorf* és tapasztalatait a következőkben foglalja össze: A féregnyúlványban, amelynek hordozói klinice appendicitis symptomáit mutatják, különösen a gyermekkorban igen gyakran találunk oxyurit, de felnőttekben is előfordulhat. Az ilyen processus vermiformisokban pontosabb mikroszkopi vizsgálattal rendszerint különböző természetű elváltozásokat találunk, kisebb-nagyobb nyálkahártyadefectusokat, melyek néha a processusnak mélyebb rétegeibe is benyomulnak és kiterjedt roncsolást hoznak létre. A defectusok körül oly nagyfokú lobosodás jöhet létre, amely a beteg egészségét, sőt néha életét is veszélyezteti. Az oxyuriasis igen elterjedt, különösen a gyermekkorban jelentkező betegség, amelynek rationalis leküzdése annál inkább szükséges, mert a nép széles rétegeit támadja meg. A therapiának lényeges segítőtje a gyermekeknek az iskolában való felvilágosítása, amelylyel együtt rationalis féreghajtó kúrák alkalmazása igen sokat segíthet. Természetesen, ha az appendixben vagy a körül genyedet sejtünk, akkor annak mielőbbi eltávolítása javalt. (Mediz. Klinik, 1913, 5. sz.) *Ifj. Háhn Dezső dr.*

Gyermekorvostan.

A csecsemők pneumoniáját vizsgálta *Weill* és *Mouriquand*. A klinikai és radioskopiás leleteket összehasonlítván, érdekes eredményeket nyertek.

Először is, hogy sokkal gyakoribb a croupus pneumonia az egy éven alóliakon, mint eddig vélték. Szerintük Röntgen-vizsgálatok nélkül sok eset észrevétlenül folyik le.

Igy a radiologiai vizsgálatok előtti időben 12 év alatt 19 esetet észleltek, míg az azutáni 6 év alatt 33 került megfigyelés alá. Az előbbiekből közül 7 azonnal diagnosztizált, 6-ban csak néhány nap múlva mutatták ki a pneumoniás gócot, míg 6-ban a physicalis lelet negatív volt, csak a légzőrendszer típusa utalt e betegségre.

A 33 újabb észlelés közül csak 2 volt negatív az ernyőn, hol valószínűleg csak vérbőség állt fenn, míg a 31 valódi májasodás felderített a radioskopia által; ezek közül 2 esetben hallgatózással nem volt felismerhető a baj, csak a Röntgen utalt a pneumoniára; 13 esetben a stethoskopos jelek csak későbbben jelentkeztek, míg az átvilágítás már kezdettől fogva mutatta a pneumoniát.

Az x-sugarak pontos felvilágosítást nyújtottak a folyamat elhelyezéséről, kiterjedéséről és alakjáról.

32 eset közül 18-ban a jobb felső, 6-ban a bal felső, 3-ban a jobb alsó és 3-ban a bal alsó lebeny volt a májasodás székhelye, míg 2-ben nem kaptak árnyékot.

A pneumoniás góc leggyakoribb formája a háromszögű alak volt, körülbelül $\frac{2}{3}$ -részben. Ezen háromszögű alak gyakran kezdettől végig fennáll, míg néha módosul, hozzáadódván a csúcsokat is kitöltő árnyék, mely lassan visszafejlődve, megjelenik ismét az „utólagos“ háromszög. Ezen triangulus alapja rendszeren a hónaljvonalban van, a hol különben többnyire először nyilvánulnak meg a stethoskopos jelek.

Az esetek körülbelül $\frac{1}{3}$ -ában hiányzottak az auscultációs adatok, bár a háromszögű árnyék látható volt; dacára annak, hogy ez mindig corticalis, a physicalis lelet gyakran negatív.

6 esetben az árnyék a csúcsok képét mutatta, de ekkor az utólagos háromszög nem jelentkezett.

A tüdő basisán is látott néha triangularis képet.

A Röntgen-vizsgálat már a csecsemőkorban is biztos megkülönböztetést enged a croupus pneumonia és a bronchopneumonia között, minthogy az utóbbi sem kifejezett árnyékot, sem háromszögű képet nem ad az ernyőn. (Buletins de la société de pédiatrie de Paris, 1913, 3. sz.)

Bogdán dr.

Húgyszervi betegségek.

Az enuresis nocturna *Max Klotz*, a lewenbergi gyermekmenhely főorvosa szerint olyan betegség, melyet teljesen egyénileg s mindig a kellő gondnal és kitartással kell kezelni. Ha az olyan betegségektől, melyek, miként a cystitis, a prostatitis, a lithiasis, a phosphaturia, a hólyagtuberculosis, a balanitis, a phimosis, a vulvovaginitis, az obstipatio stb. az enuresis okozói szoktak lenni, eltekintünk és ha kikapcsoljuk azokat az eseteket, a mikor az ezelőtt teljesen tiszta gyermekek teszem hosszabb ideig tartott lázas betegségek után ismét ágybavizelők lesznek s azok maradnak, akkor már csak két kategória marad hátra, melyekben a szoros értelemben vett enuresis-diagnosist felállíthatjuk.

Czerny s követői az enuresis psychogen factorát tartják előtérbe s annak a hysteriához való tartozását hangsúlyozták. És valóban csodálatos, hogy mily gyakran jelentkeznek az enuresis egy neuropsychopathiás szervezetben, legtöbbször mint ennek egyetlen tünete. Az ilyenfajta ágybavizelők kizárólag suggestióval kezelendők s ekkor az a fontos, hogy ki rendel, nem az, hogy mit rendel. Ha pl. a regio pubisba subcutan egy állítólag tonizáló strychnin-oldatot fecskendezünk be és ezzel eredményt értünk el, akkor meggyőződhetünk arról, hogy a hát bőrébe injiciált physiologiás konyhasóoldattal ugyanazt az eredményt fogjuk elérni. Ugyanígy a suggestiónak fogjuk tulajdoníthatni az epiduralis injectiókkal, a katheterismussal, valamint egyes gyógyszerekkel (asa foetida, tinctura rhois arom., mustárszesz, atropin stb.) elért hatásokat. A faradisatiót, mely a hysteriás gyermekek nagy többségén kitűnő gyógymódnak bizonyult, legczélszerűbben a nemző

tágra szorított sörteelektroddal foganatosítsuk; alkalmazzunk azonnal olyan áramot, mely kellemetlen érzést vált ki és 2—3 perczen át ecseteljük végig az ivarszerveket. Ha az első üléssel nem jutottunk célhoz, akkor még másodszor, most már erősebb árammal kísérletezhetünk, de a többi ülés már rendszerint céltalan. Nagyon helyes, ha ezt az eljárást nem a háziorvos, hanem egy idegen doktor végzi, mert ez jobban imponál a gyerekeknek. Igen jó hatást érhetünk el főleg refractaer esetekben a genitáliákra hirtelen ráeresztett hideg zuhanyval is; ezen hatást fokozhatjuk esetleg azzal is, hogy előzőleg meleg felső zuhanyt árasztunk a gyermekre. Ha ez nem használ, akkor megkísérlehetjük a légváltást, a sanatoriumban való elhelyezést, sőt a gyermeket azzal is megfenyegethetjük, hogy ha nem vigyáz magára, izolálni fogjuk. *Aschaffenburg, Trömmel* s mások a hypnosissal értek el jó eredményt.

A gyermekek másik kategóriáját *Czerny* a sensibiliseknek nevezi. Ezek, a hol tehát az önkéntelen vizelés valamilyen szerves idegbajnak a tüneteiképpen, avagy annak a következményeképpen jelentkeznek, hogy az illető gyermeket egy súlyosabb betegség hosszú időn át az ágyhoz kötötte, az empiria egészen más eljárásokra tanított meg minket. Korlátozzuk a folyadékfelvételt (d. u. 4 órától kezdve már ne igyék a gyermek), emeljük fel az ágy láb-végét, kössünk kefére a gyermek hátára, hogy ezzel oldalfekvésre kényszerítsük, éjjelenként 1—2-szer költjük fel s vizeltessük őket. A debilis, gyámoltalan s idiota gyermekeken ugyanezekkel az eljárásokkal is rendszeren kudarcot fogunk vallani, de a többin a kellő kitartás és a türelem idővel mégis meghozza a kívánt eredményt. A mélyen alvó gyermekeket ebéd előtt s után fektessük le néhány órára, ezzel az éjjeli alvás mélységét csökkentjük. Végül még néhány physico-diaetás rendszabályt említ a szerző. A gyermekek ruházata minél könnyebb, szellősebb legyen; a kicsinyek sokat játszszanak a napon; az enuresises gyermekeknek legmegfelelőbb a teljesen növényi táplálkozás, szomjukat pedig, főleg a délutáni órákban, ne tejjel, hanem nagyobbára gyümölcscsel csillapítsuk. Kellő kitartással az egyik vagy a másik úton feltétlenül célhoz fogunk jutni s így a sok orvos által e téren vallott pessimismus semmiképp sem helyénvaló. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1912, 49. sz.)

Drucker.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Gonorrhoea eseteiben nagyon kedvező tapasztalatokat szerzett *Hirsch* (Berlin) az *allosan* nevű santalolaj-készítménnyel. Elsősorban természetesen a helyi kezelés jön szóba, vannak azonban esetek, a melyekben a helyi kezelés bizonyos okokból — legalább ideig-óráig — mellőzendő, vagy a melyekben a helyi kezelés mellett célszerű a húgyutak desinfectiója valamely belsőleg adott szerrel, elsősorban santalolajjal. Ez azonban, készítményeivel együtt, több-kevesebb mellékhatást fejt ki, míg az *allosan* híján van az ilyen kellemetlen mellékhatásoknak. Naponként 3-szor adandó 1—2 gramm ostyában. $\frac{1}{2}$ grammos tablettákban is kapható a szer. (Klinisch-therapeutische Wochenschrift, XX. évfolyam, 14. szám.)

Az aponal nevű hypnoticumot *Herzberg* (Berlin) tapasztalatai szerint sebészeti esetekben is haszonnal lehet adni, főleg műtétek után. 2 gramm után nem csupán a fájdalmak csillapodása, hanem egyúttal 6—7 óráig tartó alvás is következik be. Kellemetlen mellékhatásokat nem észlelt. (Fortschritt der Medizin, 1913, 16. sz.)

Dysmenorrhoea eseteiben *Klein*, kiindulva abból, hogy a méhnyálkahártyának túlságos bővülése és duzzadása okozza a zavarokat, kísérleteket végzett adrenalinval és nagyon kedvező eredményeket ért el. (Monatsschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie, 37. kötet, 2. füzet.)

Copaiva-balzsam használata után *Fischer* 100 betegek közül 9-en bőrkiütés jelentkezett, még pedig többnyire már a második napon. Az arcot megkimélte a kiütés, a mely erős viszketést okozott és leginkább kezdődő scarlatina-exanthemához hasonlított. A copaiva-balzsam használatát tehát

ezen kellemetlen hatása miatt korlátozni kell, a mi annál könnyebb, mert kitűnő pótlószereink (santy), gonosan) vannak, a melyek semmiféle zavart sem okoznak. (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, 18. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1913, 23. szám. *Turán Géza*: Trauma és tumor-képződés. *Pollatsek Arnold*: Diaeta-előírás diabetes-betegek részére. „Honvédorvos” melléklet, 5. szám. *Farkas László*: A lőtt sebekről s azok elsőleges gyógykezeléséről hadsebészeti álláspontból. *Pfann József*: Katonaorvosi tapasztalások a balkáni háborúból.

Orvosok lapja, 1913, 24. szám. *Fáykiss Ferencz*: Adatok a subcutan májsértülések ismeretéhez.

Budapesti orvosi ujság, 1913, 24. szám. *Pekánovich István*: Chemotherapiás kísérletek tüdőtuberculosisnál.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Nádasy István* dr. szliácsi fürdőorvost Zólyomvármegye tiszteletbeli főorvosává, *Preda Demeter* dr.-t a nagybecskereki kórházhoz másodorvossá, *Nagy Lajos* dr.-t a kaposvári kórházhoz segédorvossá nevezték ki.

Választás. *Somló Adolf* dr.-t Korompán, *Klug Alajos* dr.-t Mosonbátfalván, *Groszman Dezső* dr.-t Bártfán, *Poos Antal* dr.-t Zalaapáti körorvossá, *Bétky Imre* dr.-t Hajdúhadházon községi orvossá választották.

A budapesti egyetem I. számú női klinikáján május hóban 191 szülés folyt le, a született magzatok száma 196 volt. A nőgyógyászati osztályon 63 beteget ápoltak. A klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinikum segélyét 133 esetben vették igénybe; a műtétek száma 126 volt.

Meghalt. *Sikor József* dr. 87 éves korában június 4.-én Győrött. — *Ungár Lajos* dr. 79 éves korában Kaposváron. — *L. A. Duhring* tanár, kiváló dermatologus, Philadelphiában, május 7.-én 67 éves korában. — *A. Bochenek*, az anatomia rendk. tanára a krakói egyetemen.

Orvostovábbképző tanfolyam *Gyulán*. Vasárnap, e hó 8.-án nyílt meg *Gyulán* a kórházzal kapcsolatos orvostovábbképző tanfolyam, melynek ünnepélyes megnyitását az orvostovábbképzés központi bizottsága nevében *Grósz Emil* és *Bárony János* egyetemi tanárok, udvari tanácsosok vettek részt. Az ünnepély, melyen nagyszámú és ki-zárólag orvosokból álló közönség vett részt, a kórház orvosi tanács-termében folyt le. *Berkes Sándor* dr.-nak, a helyi bizottság elnökének rövid üdvözlő szavai után *Grósz Emil* vázolta az orvostovábbképzés fontosságát és hazánkban eddig elért sikereit; a tavaly megkezdett decentralizációtól még nagyobb eredményeket vár, különösen ha a tanítás oly mintaszerű kórházban és oly lelkes, modern képzettségű előadói kar vezetésével történik, a mint ezt *Gyulán* tapasztalhatta. Ezekben és a tapasztalt nagy érdeklődésben előrelátva a siker összes biztosítékait, a tanfolyamot megnyitottanak nyilvánítja. Ezután *Bárony János* az eclampsia-ról értekezett. Előbb a terhességi toxicosisoknak, majd különösen a nagy gyakorlati fontosságú eclampsia-nak mint toxicosisnak eddig ismert teóriáit fejtette, ismertetvén a legújabb, belső secretiók elméleteket is. Majd az elmondott elméleteken alapuló, eddig megkísérlet gyógyításmódokról beszélt, behatóan tárgyalván az egyes módszerekkel elért gyógyítási eredményeket. Végül a saját klinikáján jelenleg igen jó sikerrel alkalmazásban levő gyógyeljárást (vérbocsátás és a *Stroganoff* módszeréhez hasonló sedatív és narcotikus kezelés) egy terhesen gyakorlatilag is bemutatta. Az ünnepélyt megelőzőleg a központi bizottság kiküldötti behatóan megsemmisítették a tanfolyam színhelyéül szolgáló kórház összes osztályait (belgyógyászat, sebészet, tuberculosis-osztály, szemészet, pszichiatria, kórhoncztoni intézet) és a legnagyobb elismeréssel nyilatkoztak a kórház mintaszerű, fővárosi niveau-n álló berendezéséről és működéséről.

A venereás betegségek elleni országos védőegyesület május hó 29.-én tartotta meg a Társadalmi Múzeumban első évi rendes közgyűlést. A megjelentek között ott voltak *Blum Ödön* dr. közegészségügyi főfelügyelő, *Ilosvay Lajos* dr. műegyetemi tanár, országgyűlési képviselő, *Poór Ferencz* dr. egyetemi magántanár, *Turtsa János* dr., *Binder János* dr., *Biró Ede* dr. közös hadseregbeli és honvéd főorvosok, *Havas János*, *Gegus Dániel* rendőrtanácsosok stb. *Donáth Gyula* dr. egyetemi tanár, az egyesület elnöke, lendületes szavakkal nyitotta meg a közgyűlést, utalva a védőegyesület nagyfontosságú és elsőrendű közegészségügyi missiójára. *Weiss Emil* dr. országos védőegyesületi főorvos az igazgatótanács évi jelentését terjesztette be és ennek kapcsán megtartotta „A védekezés új irányelveiről és a védődispensaire-ek jelentőségéről” címmel a közgyűlés ünnepi előadását. Reámutatott, hogy bár a venereás prophylaxis az alkoholismus és a tüdővész elleni mozgalommal szemben kissé elmaradt minálunk, mégis az a kevés, a mit a hazai törekvések felmutatni tudnak, felülmúlja máris a külföldieket; jelesül míg a londoni congressuson a *Finger* és *Blaschko* egyetemi tanárok által előterjesztendő nagy referatumok egyes részletei még csak mint tervezetek fognak bemutatni, addig a védőegyesület sexualpaedagogiai és *Biró Ede* dr. honvéd főorvosnak katonavédelmi memorandumai mint már elfogadott konkrét kész javaslatok fognak rövidesen a magyar kormány elé kerülni. *Bloch Iván*, az ismert berlini professor eljött Magyarországra és elismeréssel nyilatkozott *Donáth* professornak nagyérdemű munkaprogramjáról. Végül

az előadó a nemi betegségek elleni védekezés jövőjét a dispensairekben látja s fejtegeti a syphilis elleni új védőállomások jelentőségét. Ezen különösen házasságvédelmi szempontból fontos magyar intézmény út-törő lesz egész Európában. Igen értékes referátumot terjesztett be Schuschny Henrik dr. főtitkár, végül pedig az irodalmi szakosztály nevében Waldmann Fülöp dr. titkár, a ki javasolja, hogy Weiss Emil dr. főorvosnak a „Klinikai Füzetek”-ben megjelent a védődispensaire-ekről szóló és az egyesület programját magában foglaló dolgozatát az egyesület német és francia nyelvre lefordítva, valamennyi külföldi szaklapnak és társintézetnek küldje meg. Binder János dr. főtörzsorvos népszerű dolgozatát kiadásra ajánlja. A költségvetés és a zárszámadás elfogadása után a közgyűlés végül Farkas Ignác dr. urologust védőegyesületi főorvossá választotta meg.

A „Stefánia” gyermekkorházban az idén végzik a 2000. intubatiót. Ezen alkalomból az igazgatóság O'Dwyer emlékének megörökítésére márvány emléktáblát helyezett el a diphtheria-pavillon homlokzatára, az alábbi felirással: „In memoriam Josephi O'Dwyer bis mille intubationes a nobis factas MDCCCXIII”.

Chrenóczy-Nagy József dr. szülő- és lakóházát Nyitrán emléktáblával jelölte meg a nyitrai megyei orvos-gyógyszerészi és természetudományi egyesület. A leleplezés ünnepélye a hó 7.-én volt.

Kérelem. A budapesti egyetemi bőr- és bjakórtani klinika (Mária-utca 41) tisztelettel kéri a kartárs urakat, hogy a vidékükön található moszkítók, szúnyogok, darazsak, legyek, továbbá piócák, skorpiók stb., szóval vért szívó vagy a bőrre egyébként alkalmatlan állatok néhány példányát összegyűjtsék és azokat lehetőleg aether acetikus-szal megölve, spiritusban a klinika múzeumának adják. A költségek szívesen megtéríttetnek.

XVII. nemzetközi orvosi congressus. A londoni nemzetközi orvosi congressus központi irodája arról értesíti a magyar nemzeti bizottságot, hogy sok beiratkozó magyar orvos hiányosan tölti ki jelentését. A magyar bizottság nagyon kéri a jelentkezőket, szíveskedjenek a postautalványt pontosan kitölteni (egy személy 1 font, 1 kísérel 1 1/2 font, 2 kísérel 2 font), a IV. körlevél végén található jelentkezési lapon a sectiót, melyhez tartozni óhajtanak, megjelölni s általában a tájékoztató második kiadásában foglaltakat figyelembe venni. Minden további felvilágosítást a magyar nemzeti bizottság irodája (Budapest, VIII., Mária-utca 39) készségesen megad.

Megjelent. Évkönyv a budapesti poliklinikai egyesület 1912. évi működéséről. Az ambulatorium 14 osztályán az elmúlt évben 53549 beteg jelentkezett s a rendelések száma 153519 volt. A kórházban 939 beteget ápoltak, a kiken 661 nagy műtétet hajtottak végre. Ezenkívül járóbetegeken még több mint 2000 kisebb műtétet végeztek. A radiológiai intézetben kezelés alatt állott 154 beteg, diagnosztikai vizsgálat pedig 839 esetben történt. A laboratóriumban 2784 vizsgálatot végeztek.

Kisebbségi közlések az orvostudomány köréből. Antimeningitis-serum intraduralis használata után beállott halál 6 esetéről számol be Kramer; valamennyi esetben hirtelen légzészűdés állott be; a kísérletek kimutatták, hogy a serum trikresol-tartalma okozta ezt a végzetes szövödményt. (Journal of the Amer. med. assoc., 1913, május 3) — A coma diabeticum diagnosztikája és prognosztikája újabban felhasználják a szemgolyók feszültségének vizsgálatát. Coma diabeticum fenforgása-akor ugyanis feltűnően csökkent a szemteke feszültsége, ellentétben a más okból eredő comával; ezt Hertel tanár is megerősíti. A mi azonban másoknak azt az állítását illeti, hogy a szem-hypotoniából teljesen rossz prognosztika kell következtetni, ezt nem tartja teljesen jogosultnak. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1913, 22. szám.) — Diabetes 4 esetében daganatok kiirtása után a cukor teljes eltűnését észlelte Manges. A daganatok közül kettő a méhben volt, kettő pedig a prosztatában. (Journal of the Amer. med. association, 1913, 9. szám.) — Az urotropin használatáról otogen meningitis esetében tartott előadást Zimmermann a hallei orvosegyetemen, kedvező eredményekről számolva be. Felemlítette azt is, hogy belső használat után házinyulak szeg-csarnokürében is ki lehetett mutatni az urotropint s fölvetette a kérdést, vajjon nem lehetne-e szembebeli fertőzés eseteiben is megkísérlni a használatát. (Münchener med. Wochenschrift, 1913, 1229. l.)

Személyi hírek külföldről. J. Rosenthal tanár, az ismert erlangeni physiologus és Th. Langhans, a berni egyetem nagyérdemű kórboncolóstan-professora, nyugalmába vonul. — A hamburg-eppendorfi kórházban élettani laboratóriumot szerveztek, nyilván már a felállítandó egyetemre való tekintettel, s vezetőjévé Cohnheim heidelbergi rendkívüli tanárt nevezték ki. — Rendkívüli tanár lett: Abadie (elmekórtan), Aubaret (szemészet) és Réchon (orvosi physika) Bordeaux-ban, Picqué (anatomia) és Escande (orvosi physika) Toulouse-ban és Delmas dr. (anatomia) Montpellier-ben. — A prágai német egyetem élettani tan-székére A. Tschermak tanárt nevezték ki a bécsi állatorvosi főiskoláról. — L. Merk, a bőrkórtan rendkívüli tanára az innsbrucki egyetemen, rendes tanár lett. — E. Raimann dr.-t, az idegkórtan címzetes rend-kívüli tanárát a bécsi egyetemen, valóságos rendkívüli tanárrá nevezték ki.

Hugo Stern dr. (a Kaiser Franz Josef-A.-J.-Sp. osztályvezetője), Wien, VIII., Langegasse 63, ismert beszédhibák gyógyintézetében, dádó-gás, hézagos kiejtés, orrból beszéd, némaság, aphasia, valamint minden más beszéd- és hangzavarok kezeltetnek. Nyáron a remek fekvésű Kattenleutgeben-ben („Sandhof”, kitűnő pensio, nagy erdei park). Jelent-kezők korlátolt számban elfogadtatnak. Kérdezősködések készséggel elintéztetnek.

Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet

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

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

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

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

Dr. Richard Fischel rend. Bad HALL, Felső-Ausztria, Budapest szállodában.

Dr. Grünwald sanatoriuma Budapest, Városligeti-fasor 13-15. Felpvételnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal, valamint szülönők. A betegek kezelőorvosukat maguk választhatják. — Vegyi és Röntgen-laboratórium.

Ótátrafüred magaslati gyógyhely (1020 m.). Vízgyógyintézet az összes physikai gyógymódokkal ideg- s belbetegeknek. Vezetőorvos: Dr. Groó Béla.

Dr. Weisz Rudolf, Pöstyén v. budapesti ált. poliklinikai tanársegéd. Physiko-mechano-therapia. Massage (Eisler-ház).

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.



ERDEY Dr. sanatoriuma. Budapest, IX., Bakácy-ter 10. sz. Nőbetegek és szülönők részére.

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

Dr. Weltmann Pöstyén. (Amália-udvar, Királysor 8.) A Szt. Lukács-fürdő ékeken át v. orvosa. A köszvény-, csúz- és neuralgiás (ischias) bántalmak szakorvosa.

Dr. Turán Bódog Franzensbad („Prinz Wales“). május hó 1.-étől október hó 1.-éig

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

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

Dr. Neumann M. vezetése mellett — 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 üvegcset és használati utasítást kívánatra vidékre is küldünk. Egy vérvizsgálat díja 20 korona.

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

MARIENBAD Dr. Glück Gyula volt klinikai orvos, a budapesti Glück-sanatorium volt igazgató-főorvosa, rend. Haus Aesculap (Ferdinandbrunnstrasse).

WEISZ EDE INTÉZETE PÖSTYÉN Dr. Röntgen. Zander. Modern kényelem. Mérsékelt árak. Diaetetikai és mechanikai gyógyintézet. 4258 Alapítva 1893.

Dr. Cukor curpensiója Franzensbad, Villa Heimdall. Modernül berendezve, kitűnő fekvéssel, fürdők, források közvetlen közelében. Teljes pensio 5-szöri étkezéssel, szobával, orvosi kezeléssel, napi 15 korona. Prospectus kívánatra.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Közkórházi Orvostársulat (III. bemutató szakülés 1913 február 5.-én) 465. l. — XXIII. országos balneológiai congressus (II. ülés május 3.-án délelőtt) 466. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 466. l.

Közkórházi Orvostársulat.

(III. bemutató szakülés 1913 február 5.-én.)

Elnök: Körmöczy Emil.

Jegyző: Szinnyei József.

Nagykiterjedésű lymphosarcoma pharyngisnek műtét után meggyógyult esete.

Wilhelm Imre: Pólya osztályáról mutatja be a következő esetet: L. F., 22 éves napszámos, múlt év december 6.-án jelentkezett felvételre azon panaszszal, hogy 1912 júliusa óta szájában daganat van, mely főképp légzési zavarokat okoz. Állandóan nyitott szájjal kell aludnia, a mi kellemetlen szárazság érzését okozza. Hozzá tartozói állítása szerint álmában szokatlanul hangosan horkol, hangja orrszínezetű lett. Utóbbi időben a daganat rohamos növekedésnek indult, nyelési nehézségei is jelentkeztek s főleg igen nagyfokú légszomja készítette őt arra, hogy a kórházat felkeresse.

A garatban egy azt egészen kitöltő, a légyszájpadot kb. kis almányi képlet alakjában erősen bedomborító, tömött tapintatú, mozgathatatlan, kissé fájdalmas, nem vérző daganat van. A nyakmirigyek baloldalt megnagyobbodottak.

Miután a klinikai diagnoszt garatsarcomára tették, Pólya gyökeres műtétre határozta el magát, s a műtétet múlt év december hó 14.-én végre is hajtotta, pharyngotomia lateralis végezvén *Langenbeck* szerint periodusos állkapocscsectóival. Előzőleg cricotracheotomiát készítettek, majd $\frac{1}{2}$ százalékos novocaint fecskendezve be a trigeminus II. és III. ágának a kilépési helyéhez, miután az anaesthesia beállt volt, ferde metszést vezettek a bal szájugtól a sternocleidomastoideus széléig, az itt fekvő nyakmirigyeket a szokott módon kiirtották s tartva a profus vérzéstől, a baloldali carotis communist lekötötték. Majd az alsó állkapcsot a masseter előtt harántul átfűrészelték, a mikor kitűnt, hogy a daganat a garat baloldali faláról indult ki s hogy közvetlenül az ér-
hüvelyen van; a garat egész hátulsó fala, a bal tonsilla, a légyszájpad nagy daganattömeget alkot, melyet körüljárva, részben tompán, részben élesen kiirtottak, úgy hogy csak a garat jobb oldalán maradt egy nyálkahártya-csík; a kiirtás után a gerincoszlop lig. long. ant.-a szabadon kiproaeparálva előttük feküdt. A kiirtás igen csekély vérzéssel járt. A nagy sebfelületet jodoformcsikkal tamponálták, melyet a nyakon vezettek ki. Az alsó állkapcsot drótsodronnyal egyesítették. A pofanyálkahártya sebet catguttal, a bőr sebeit silkkel bevarrták. Az orron át az oesophagusba Nelaton-kathetert vezettek, melyen át a beteg táplálása történt.

A beteg a műtétet igen jól állotta ki. Nyolcz nap elteltével eltávolították a pofa sebéből a silk-öltéseket, a seb per primam gyógyult. Miután az üreg lassan kitelődött, január 17.-én eltávolították a canulát s a cathetert. A tracheotomia sebe is begyógyult, jelenleg kis sipolynyílás van még.

A histológiai vizsgálatot *Entz* magántanár volt szíves végezni; lelete a következő: „A beküldött szövetdarabok finom reticularis vázba ágyazott, szerfelett sejtdús szövetből állanak; helyenként nagy öblöket is találunk a metszeteken, s ez az egyetlen változás, a mely a daganatos eredetre utal. Ha a beküldött szövet csakugyan daganat-szövet, a mit histologice nem lehet eldönteni, akkor csakis lymphosarcoma lehet.”

A felkarfejecsknek és a lapoczká izvápájának teljes felszívódása trauma után tabeszes betegen.

Fischer Ernő: Az 52 éves állatorvost, a kinek 7 év óta tabese van (a mely ataxián kívül egyéb kellemetlenséget nem okoz neki), ezelőtt 3 évvel egy kancza hirtelen erősen a földhöz nyomta; orvosai vállficzamodást diagnoskáltak, melyet azonban többszöri kísérletre sem sikerült reponálniok. Ennek daczára a vállizület mozgékonyasága 4 hónap elmúltával kez-

dett visszatérni és jelenleg elég jól használja felkarját. A bal vállizület ellazított izomzat mellett nem mutat feltűnő configuratio-
elváltozást; a felkar 3 cm.-rel rövidebb az ép oldalánál és a vállizületben kissé lötyög, ha azonban az izomzat megfeszül, akkor a felkar szilárdan áll. Oldalt elevált helyzetben a felkarcsont tengelye luxatiós irányt mutat, azaz a hónaljárok felé irányított; az activ elevatio előre és oldal felé csak a vízszintesig sikerül, a passiv 20°-kal magasabbra, a hátra elevatio normalis. A Röntgen-vizsgálat meglepő leletet ad: a felkarfejecsk teljesen hiányzik és a felkar a collum anatomicumnál sima lapban végződik. Hiányzik ezenkívül az egész cavitas glenoidalis scapulae is és a collum scapulae helyén lapos vájulat van, melynek alsó peremét lapos csontlemezek 4 cm.-rel meghosszabbítják. Elevatio alkalmával a felkar ezen lapos vájulathoz támaszkodik és abban óramutató-szerű elmozdulást végez $\frac{1}{4}$ körívnyi terjedelemben.

Érdekes az esetben a felkarfejecsknek és az izvápának teljes eltűnése, mely egyrészt ezen csontrészek letörésére vezethető vissza, másrészt a tabesre, mint olyan megbetegedésre, mely izületi deformációkat tud előidézni.

A gonorrhoea szövödményeinek vaccinás (arthigon) kezelése.

Lisznai Imre: *Bruck* polyvalens vaccinájával, az arthigon-nal kísérletezett *Havas* osztályán. Csakis láztalan eseteket kezelt. A kezdő dosis 0.5 volt, a mely után a csaknem mindig beállott, 2—3 napig tartott lázas retentio után emelkedett 1 cm³-re. Láz be nem következése esetén már a 2. nap injiciálható ezen utóbbi mennyiség. Ilyen módon 4—5 injectióra van szükség, a midőn 5—6 cm³ arthigon jut be a szervezetbe.

Húsz epididymitis-esetet és öt gonorrhoeás arthritis-esetet kezelt, melyeknek kórtörténetét részletesen közli.

Végső következtetései ezek: Az arthigon a gonorrhoeás szövödményeknek igen jó specifikus szere, a mely főként kankós mellékheregyulladás eseteiben kiváló eredménnyel adható, a gonorrhoeás arthritiseket pedig határozottan kedvezően befolyásolja.

E mellett ártalmatlan szer, mert rövid ideig tartó lázas állapoton kívül egyéb kellemetlenséget nem okoz és így bátran adható a gyakorló orvos kezébe is. Végül bizonytalan aetiologiájú mono- vagy polyarthritis eseteiben diagnostikai értékkel is bír, mert az injectio után beállott helybeli és hőemelkedésben nyilvánuló általános reactio többnyire a gyulladás kankós eredetére utal.

Höflich Lajos: *Hochhalt* főorvos megbízásából a szt. István-kórház VII. orvosi osztályán 8 esetben végeztem arthigonnal oltásokat. 6 esetben kankós izület-lob, 2 esetben kankós inthüvelygyulladás volt jelen. A 6 izületlob közül 4 heveny, 2 idősült volt.

Specifikusnak mondható hőemelkedést nem láttunk. Teljes gyógyulás csakis 1 esetben (hydrarthros gonorrhoeica) következett be.

Sötér Elek: Kitűnő hatást látott az arthigontól kankós izületi gyulladás eseteiben. Az ép izületekben és az ép mellékherében arthigon használata daczára gyulladás állhat be, de ez csakhamar meggyógyul. A szervezet reactioja fontos; ha nem áll be többé láz, az arthigon adagolása megszüntetendő.

A húgyivarszervi gümőkórrol.

Rihmer Béla: Két részre osztja a tárgyat: húgyszervi és ivarszervi gümőkór. Mai tudásunk szerint a vese gümőkórja ritka kivétellel haematogen eredésű; a fertőzés vagy a glomerulusokat éri, vagy a húgycsatornák választják ki a bacteriumokat. Az előbbi esetben az első elváltozások a kéreg- és velőállomány határán kezdődnek és a folyamat egy ideig zárt; az utóbbi esetben a folyamat a papillák csúcsán elkezdhet. Ez a ritkább alak korai feltűnő vérzéssel jár. A zárt gócz eleinte latens lehet. A gümőkór legkezdetibb szaka nehezen ismerhető fel. Rendszerint akkor ismerjük fel, a midőn a gócz már a medenczébe tört és akkor már nem korai az eset.

A vesegümőkór spontán gyógyulását ezen utóbbi esetekben többször észlelték, de ilyenkor mindig ureter-elzáródás és fibrosus letokolás eredménye volt. A gyógyulás rendszeren tökéletlen és mielőtt beáll, a hólyag fertőződik. A nem specifikus belső kezelés eredményei szomorúak, a betegek 50%-a 5 éven belül elpusztul, a továbbélők közel 70%-a manifeste gümőkóros, 30%-nak nincs feltűnő tünete. Ez azonban lehet remissio is, s a hónapokra, sőt évekre terjedő remissiót a baj végzetesre fordulása követheti. A műtéti eredmények 35 esetében a következők voltak: 37% radicalis gyógyulás $1\frac{1}{2}$ — $8\frac{3}{4}$ évi tartammal; 25.7% feltűnő javulás $1\frac{1}{2}$ — $6\frac{1}{2}$ évi tartammal; 11.4% $1\frac{1}{2}$ éven alul él; 25.4% a műtéti utó- és végmortalitás (6 hónapon túl) összege. A hólyagtünetek megszűntek a túlélők 65%-ában, javultak 19.2%-ban. Összesen 84.2% (Israel: 80—90%). Súlygyarapodás állott be 77%-ban (Israel: 94%).

A másik vese postoperatív gümőkóros megbetegedését 1 ízben észlelte.

A legszebb végső eredmények a klinice solitaer vesegümőkóra estek.

A specifikus kezelésre (tuberculin) főleg a zárt tuberculosis való, de ez ma még ritkán kerül orvos elé és nehéz felismerni. Az előrehaladottabb esetekben a tuberculin ma még nem versenyezhet a nephrectomiával.

Az ivarszervi gümőkór rendszerint szintén a véráram felől beálló fertőzés eredménye; az ivarmirigyek bármelyikében jelentkezhetik elsődlegesen és átterjedhet a többire. A mai felfogás oda hajlik, hogy a here a gümöbacillusokat a vérből ki tudja választani és onnan azok tovasodortatva, a mellékherében vagy az ondóhólyagokban hozhatnak létre gümőkört.

Úgy a mellékherében, mint a vesiculában lehet a baj stagnáló, sőt betokolásra hajló, máskor azonban gyors szétérés áll be.

Azután vázolja a gyógyítás módjait, melyek igen eltérők. Azt hiszi tapasztalatai alapján, hogy szemben a mutiláló műtétekkel, a conservativ sebészeti a jövő. Mellékhere-gümőkór eseteiben castratio akkor végzendő, ha a here maga is beteg, különben a mellékhere-resectio a deferens magas kimetszésével elegendő. A gümös vesiculák és a prostata műtéteit szorítsuk az abscedáló esetekre.

Genitalis gümőkór esetén is a legjobb eredményt a solitaer gümőkór adja, azaz, ha a szervezetben más activ gócz nincs. A specifikus kezelést adott esetekben utóként ajánlani lehet.

XXIII. országos balneologiai congressus.

(III. ülés május 3.-án délután.)

Elnök: Papp Samu.

Jegyző: Vámosy Zoltán.

Farkas Márton: Az álmatlanságról és vízgyógyászati kezeléséről.

A rendes alvás nem kifáradásos állapot. Nem magyarázható az agy hyperaemiás vagy araemiás állapotával. Külön centrumát kell feltételeznünk. Megkülönböztet elsődleges és másodlagos álmatlanságot, a szerint, hogy idiopathiás-e az agrypnia, avagy csak kísérő tünete más bántalomnak.

Saját észleleteit közli abban az irányban, hogy mily befolyással van az alvásra a pubertas, a menstruatio, a climacterium, a puerperium, a coitus interruptus, a psychés infectio, a nicotin, az obstipatio, illetve a meteorismus, a túlfárasztás, a klíma változtatása.

Tárgyalja a periodosus álmatlanságot, a pulsus és vérnyomás viszonyait.

A therapiát illetőleg közli tapasztalatait a vízgyógyeljárásokról, főleg a bepakolásról és az alacsony nyomású váltott zuhanyról, a villamozásról, massageról, psychotherapiáról.

Bókay Árpád: Véleménye szerint az álmatlanság és az álom megfejtése biochemiai alapon fog megtörténni.

Az álmatlanság egyik gyakori oka a hyperchlorhydria. Akármily fáradt vagyok és lefekszem, 3 óra múlva hyperchlorhydriám van, s nem tudok elaludni másként, hacsak nem szedek soda bicarbonát. Ha ezt megtettem, $\frac{1}{4}$ óra alatt elalszom és reggelig nyugodtan tudok aludni.

Az előadó azt mondta, hogy a dohány álmatlanságot okoz, főleg az a dohány, melynek füstjében sok a nikotin. Megfigyeltem, ha este csibukozom, álmatlan vagyok. A nikotinnak ugyanis pilocarpinszerű hatása van, a mi ismét közvetíti a hyperchlorhydriát.

Az alkoholtartalmú italoknak nem mindegyike okoz álmatlanságot. A sör és bor nekem nem okoz álmatlanságot, de ha erősebb alkoholtartalmú italt iszom, a mely gyomromban hyperchlorhydriát vált ki, nem tudok aludni.

Schulhof Vilmos (Hévíz): A csend és nyugalom intézményes biztosításáról fürdőhelyen.

A fürdőhely csendje és nyugalma érdekében a külföldön is többször kellett szélesebb mozgalmat indítani. Nálunk, hol a hangosabb mulatozásra és más zajongásra alkalmasabb a közönség temperamentuma, nem lehet eléggé hangsúlyozni, hogy a gyógyhelyeken a csendet mint gyógytényezőt orvosi szempontból okvetlenül meg kell követelnünk. Az érvényben levő szabályrendeletek nagy része igen jól megfelelő intézkedéseket tartalmaz. Az előadó azt ajánlja, hogy az egyesület írjon fel a belügyministerhez avval a kérelemmel: utasítsa a közigazgatási hatóságokat a szabályrendeleteknek a csendre vonatkozó pontjainak szigorú betartására és központi ellenőrzésnek vesse ezt alá. A csend érdekében maguk a fürdőtulajdonosok is sokat tehetnek, ha építkezéseik alkalmával és házirendjük megállapításakor megfelelően járnak el.

Winter Lajos (Pöstyén): A csend és nyugalom biztosításának kérdése.

Reámutat a nyugalom rendkívüli fontosságára, melyet gyógytényező gyanánt kell tekinteni, de a melyre a legkevésbé fektetnek súlyt. Igaz ugyan, hogy a közre rendre vonatkozó szabályrendeletek majdnem minden fürdőhelyen megvannak, de nem lesznek betartva, főleg mert az egyes vendéglősök létérdeke megkívánja, hogy zeneestély tartassék hetenkint többször is. Ennek meggátlására azon intézkedést tartja helyénvalónak, hogy az esti 10 órán túl zenélés csak egyetlen helyen legyen megengedve, a melynek építkezésekor előrelátóan gondoskodnunk kell arról, hogy az itt lefolyt éjjeli mulatságok a vendégek éjjeli nyugalomát ne zavarják; más vendéglőben az éjjeli zenét szigorúan be kell tiltani. Az utczai zaj elkerülésére aszfalt és makadam készítené. Gondoskodni kell minden fürdőhelyen jól szervezett éjjeli rendőrségről.

Általában véve már az építkezéskor gondolni kell sok apró-cseprő csendzavaró mementumra; így a folyosókon csaknem elkerülhetetlen lármák és társalgás zajától legjobban kettős ajtókkal, de még jobban oly módon lehet a vendéget megkímélni, ha minden szobának kis előszobát adunk; a választófalakkal ne takarékoskodjunk, gépezeteket szállodába ne helyezzünk, vízvezeték csöveket jól izoláljunk.

Végül hangsúlyozza, hogy a nyugalom kérdése is főleg pénzkérdés és annál jobban lesz megoldható, ha nagyobb befektetésekkel minél fejlettebb állapotokat tudunk valamely fürdőhelyen teremteni. Ezen szempontból is sürgeti a vajdó törvényjavaslat ügyét.

Az elnök ajánlja, hogy az igazgatótanács bizassék meg a miniszterhez intézendő felterjesztés szövegezésével és a tulajdonosok körlevél útján figyelmeztessenek a csend és nyugalom fontosságára, a cigányzene korlátozására. A congressus az indítványt elfogadja.

(Folytatása következik.)

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Fonabisit a neve egy új szernek, a melyről Volkmar tartott előadást a nürnbergi orvosegylet egyik utóbbi ülésén. Tulajdonképpen nem más, mint formaldehyd-natriumbisulfit oldata, a mely 5 cm³ mennyiségben fecskendezendő be intravenásan. A köszvényrohamot állítólag kupirozza, ezenkívül sok más betegség (arteriosclerosis, epeköbaj, fertőzések) ellen is nagyon jó hatású. A hozzászólók további vizsgálatokat kívánnak, mielőtt a szert az általános gyakorlatba beviszik, annál is inkább, mert a használata után mutatkozó némely jelenség azt bizonyítja, hogy nem nagyon indifferens. (Münchener med. Wochenschrift, 1913, 1067. l.)

A Zeller-féle rák-kezelésről (silicium és arsen) folyt a vita a leipzig-i orvosegyesület március 11.-én tartott ülésén. Többen kedvező eredményekről számoltak be, mások meg hangsúlyozták, hogy főleg csak bőrrák eseteiben érték el eredményt, a bőrrák pedig egyéb eljárásokkal is eléggé befolyásolható. Payr tanár 14 esetben használta a Zeller-féle eljárást, ezek közül 12 meghalt, a többi 2 pedig nagyon rosszul van. Zweifel tanár hangsúlyozza, hogy méhrák eseteiben, ha még operabilisak, vétek a Zeller-kezeléssel kísérletezni.

A belső secretiójú mirigyek szerepéről a diabetesben tartott előadást Georgijewski tanár a charkovi orvosegyletben. Abból kiindulva, hogy hypothyreoidismus mellett fokozódik a szervezetnek szénhydratbontó képessége, diabetes egy esetében Möbius-féle antithyreoidinnal tett kísérletet (10 cm³ pro die) és nagyon kedvező eredményt ért el. (Ref. Berliner klin. Wochenschrift, 1913, 1095. 1.)

PÁLYÁZATOK.

21487/1913. sz.

A pécsvárosi közkórház elmeosztályán és az anyakórházban lemondás folytán megüresedett **egy-egy másodorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Az elmeosztály másodorvosának javadalmazása 2000 K fizetés, természetbeni lakás és I. oszt. ételmezés. Az anyakórház másodorvosának javadalmazása 1200 K fizetés, természetbeni lakás és I. osztályú ételmezés.

Felhívom a pályázni kívánó orvosdoktorokat, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz.-ben előírt minősítésüket igazoló, valamint egészségi bizonyítvánnyal felszerelt pályázati kérvényüket méltóságos Visky László dr. úrhoz, Pécs sz. kir. város főispánjához címezve, alulírt kórház igazgatóságához **legkésőbb folyó évi június hó 25.-éig** nyújtsák be.

Megjegyeztetik, hogy kellő minősítésű pályázó hiánya esetén a másodorvosi állásokra ideiglenesen kötelező kórházi évet töltő orvosgyakornok is nyerhet alkalmazást.

A kinevezendő másodorvos helyét csak a lemondástól számított 4 hét letelte után hagyhatja el. Pécssett, 1913 június hó 11.

A pécsvárosi közkórház igazgatósága.

A temesvári m. kir. állami gyermekmenhelynél folyó évi július hó 1.-én megüresedő **másodorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása évi 1200 korona tiszteletdíj, természetbeni lakás, fűtés, világítás, I. oszt. ételmezés és kiküldetés esetén napi 18 korona utatartalány.

Felhívom azokat az orvosdoktorokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy képzettségüket és eddigi működésüket igazoló okmányaik hiteles másolatával felszerelt és a belügyminister úrhoz címzett, 1 koronás bélyeggel ellátott pályázati kérvényüket hozzám 1913. évi június hó 25.-éig küldjék be.

Temesvár, 1913. évi május hó 28.-án.

Schossberger Sándor s. k., igazgató-főorvos.

612/1913.

Az üresedésben lévő biharugrai **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek, felhívom a pályázni kívánókat, hogy kellően felszerelt pályázati kérvényüket hozzám **folyó évi június hó 20.-áig** terjesztsek be. A választást Biharugra községében f. évi június 22.-én d. e. 10 órakor fogom megtartani.

Az egészségügyi körhöz Biharugra, Körösnagyharsány, Vizesgyán, Körösszeg és Rojt község tartozik 8287 lélekszámmal. Az állás javadalmazása a következő:

Természetbeni új modern lakás 4 szoba, 1 váró-, 1 rendelőszobával és szükséges mellékhelyiségekkel, továbbá 400 □-öl házi kerttel.

2. 1600 korona készpénzfizetés a megfelelő korpóttel.

3. 1200 korona helyipótlék.

4. A székhely-községhez tartozó uradalmaktól 1350 korona tiszteletdíj.

5. Vármegyei szabályrendelettel megállapított látogatási és vényírási díjak.

6. Megjegyeztetik, hogy Rojt kivételével a körösi községek műút és vasút mentén fekszenek s könnyen beutazhatók; s a megválasztandó körorvos és körösi községek között a hivatalos látogatási napokra szükséges fuvar szabad egyezkedés tárgyát képezi; ellenesetben a körorvos természetbeni fuvar igényelhet.

A székhely a Körösszakáli állomástól 5 km. távol fekszik.

Cs é f f a, 1913 május 24.

Czeglédy Domokos, szolgabíró.

8926/1913. sz.

Szekszárd r. t. városnál üresedésben lévő **egy ügyvezetői t. orvosi és egy másodorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az ügyvezető tiszti orvosi állással 2600 korona kezdő fizetés és 600 korona lakbér (IX. fizetési osztály), a másodorvosi állással pedig 2000 korona kezdő fizetés és 540 korona lakbér (X. fizetési osztály) van egybekötve. A fizetési fokozatokban az előlépés háromévenként történik.

A látogatási díjak nappal 1 koronában, éjjel 3 koronában; a rendelő helyiségben nappal 80 fillérben, éjjel 2 koronában vannak megállapítva. A 7 éven aluli gyermekek gyógyításánál a díjnak csak a fele jár.

Felhívom pályázni óhajtókat, hogy az 1912. évi LVIII. t.-cz. 22. §-ában, az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a és az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában előírt alkalmazhatóságukat illetve képesítésüket igazoló okmányaikat Tolnavármegye alispáni hivatalánál Szekszárdon 1913. évi július hó 6.-áig annál is inkább nyújtsák be, mert a később beérkező pályázatok figyelembe vételét nem fogják.

A tisztújító szék kitűzése iránt a pályázati határidő lejártá után intézkedem.

Szekszárd, 1913. évi június hó 7.

Forster Zoltán, alispán.

8027/1913. sz.

A belényesi közkórháznál rendszeresített **alorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állás elnyeréséhez szükséges az egyetemes orvostudori oklevél. Az állással járó javadalmazás:

1200, azaz egyezerkettőszáz korona évi fizetés, lakás, fűtés, világítás és ételmezés bor nélkül.

Felhívom a pályázni kívánókat, hogy a kellőképpen felszerelt pályázati kérvényüket Biharvármegye főispánja, Miskolczy Ferencz dr. úrhoz címezve, hozzám 1913. évi július hó 15.-éig nyújtsák be.

Nagyvárad, 1913 június 4.

Fráter Barnabás, alispán.



Uj, pompás gyógyépület.

Rohitsch-Sauerbrunn
Stájer tartományi gyógyintézet. 600 szoba 2.-kor.-tól feljebb, villamos világítás, lift, hegyvidéki forrásvíz.

Ivó- és fürdőkurák
kiváló gyógyeredménnyel:
gyomor-, bél- és májbajoknál, epekö-
nél, cukros hugaránál, köszvénynél.

Május 15. - szeptember 30. - Enyhe, subalpin éghajlat. Szél- és pormentes. - Prospektusok.

Dr. LIPPÉ PENSIO a Belváros központján
Deák-tér sarok, Sütő-utca 6. sz. IV. emelet.
Modern komfort! Szabad lift
Telefon: 98-52. nappal és éjjel.
Orvosoknak kedvezmény.

SEMMERING Dr. Vécsei csász. tan. sanatoriuma

Bécsből 2 órányi távolságban, 900 m. a t. sz. f. Idegbetegek és anyagcserebántalmakban szenvedők, különösen diabetikusok részére.

Roboferrin Erényi

és **ROBOFERRIN C. ARSEN. ERÉNYI**
(Liqu. ferri peptonati conc. in gutt.)

a legtekélyesebben felszívódó és legolcsóbb, kellemes ízű **Vaspepton**-készítmény.
Feltűnő eredménnyel alkalmazva úgy felnőtteknél, mint gyermekeknél.
Egy üveg ára cseppentővel együtt 1.40 korona.

Orvos uraknak mintával és irodalommal szolgál:

Erényi László Fortuna gyógyszerháza Budapest, VII., Dob-utca 80. Telefon: József 13-34.

BOROSZNÓ-GYÓGYFÜRDŐ

Zólyomgyógyászat, mértföldekre terjedő fenyvesektől körülvett völgyben. — Vasúti állomás, posta, távirda, telefon a fürdőtelepen. — Por- és szérmes havasi levegő. — Gyógytényezői: Glaubersós források ivógyógyászati használatuk mindazon betegségeknek, melyeknél a karlsbadi kúra van javulva (gyomor-, máj-, epe-, vesebajok, cukorbetegség, elhízás). A források vegyi összetétele csaknem azonos a karlsbadiakéval. — Jól berendezett vizgyógyintézet; Kneipp kúrára alkalmas rét és patak. Szénsavas és fénnyűfürdők. Hízoló és fekvő gyógymódok. Dietetikus kúrák. — Száznál több tiszta, száraz szoba. Konyha házi kezelésben. — Olcsó árak. Állandó fürdőorvos. — Képes prospektust szívesen küld a fürdőigazgatóság Besztercebányáról.



Mily vaskészítmények alkalmasak hosszasan tartó használatra? Csak azok, melyek a fogakat nem támadják meg, a gyomrot nem terhelik, könnyen assimilálódnak, melyeket a betegek jól tűrik meg és szívesen veszik be. — Mindezen sajátosságokkal rendelkezik a HAEMATICUM GLAUSCH, mely ezért az összes vaskészítmények közt az első helyet foglalja el és e miatt az összes országok orvosai évek óta, mint a legracionálisabb, legolcsóbb vaskészítményt évtizedek óta, vérértelenség, chlorosis, neurasthenia és az összes gyengeségi állapotoknál, valamint súlyos bajok után üdülés idejére rendelik. Fél üveg ára 230 gr. tartalommal 1-50 korona, egész üveg 500 gr. 2-60 korona. A Haematicum Glausch minden gyógyszerárban, valamint az ausztria-magyarországi főraktárban:

Adler Apotheke S. E. Kleewein, Kremsb., Wien mellett beszerezhető.
Orvos uraknak kísérleti minták ingyen és díjmentesen állnak rendelkezésre.

TARCSA-GYÓGYFÜRDŐ

Vas megyében.

(A magyar Franzensbad.)

SPECIÁLIS NŐI ÉS SZIVGYÓGYFÜRDŐK.

Hidegvizgyógyintézet. Világhírű vaslánya a Franzensbadival egyenértékű, sőt a marienbadit is jóval felülmúlja és hazánkban a legjobb. Természetes szénsavas fürdők. Glaubersós-vasas és lithion-tartalmú alkalikus sós források. Radiuminhalatorium. Páratlan gyógyhatás: vérszegénység, csúsz, húgysavas diathesis, idegbajok, a vese, hólyag, emésztési és légzőszervek hurutos bántalmait ellen. Fürdőorvosok: dr. Bartha Kornél, v. tanársegéd és dr. Glück Gyula. Évad május 25.-től szeptember 15.-ig, esetleg végéig. Vasút-, posta-, távirda- és telefon-állomás. Közvetlen vasúti kocsiközlekedés „Tarcsa-fürdő” felirattal. Villanyvilágítás, fenyvesek. — Kívánatra prospectus.

Serravallo

Kina-bora vassal.

Üdülőknek és vérszegényeknek orvosi szaktekintélyek által legjobban ajánlva.

Kitűnő íze miatt főleg gyermekek és nők szívesen veszik.

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

Többszörösen kitüntetve. — Több mint 8000 szakvélemény.

Orvos urak kívánatra mintát ingyen és bérmentve kapnak.

J. Serravallo, cs. és kir. udv. szállító, Triest-Barcola.

Kuranstalt Sauerbrunn Radein

(STÁJERORSZÁG).

Posta-, vasút- és távirdaállomás BAD RADEIN.

Javalatok: A húgyszervek betegségei, rheuma, köszvény és húgysavas diathesis, gyomorbajok stb.

Ivóforrások: „Radeiner Heilquelle” stb. legdúsabb natron-lithion-savanyúvíz és több asztali vizek. Természetes szénsavfürdők, gőzfürdők, sudariumok.

☐ IDÉNY: JUNIUS 1.-TŐL SZEPTEMBER 15.-IG. ☐

Budapesti Szanatóriumok és Gyógyító Intézetek Egyesülete

Intézet benlakó betegeknek.

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

Bel, dietetikai és sebészeti osztályokkal. Röntgen, Radium, pöstyéni iszap, Pneumatikus kamara, Inhalatorium stb.

Dr. Batizfalvy-féle szanatorium Vizgyógykezelés, szénsavas fürdők, villanykezelés.
VI., Aréna-út 82. :: Bejáróknak is. ::

Intézet bejáró betegeknek.

Dr. JUSTUS Sugaras gyógyítás. Röntgen. Radium. Forró légkészülék. Fürdők. Kozmetikai műtétek.
bőrbajokat gyógyító és szépségápoló intézete IV., Ferencz J.-zsef-rakpart 26.

Dr. Hoffmann Jenő Röntgen-rádium-elektrotherapia (galvanizáció, faradizáció, sinusoidális áramok, Leduc-áram, magas feszültségű áramok, diathermia, ionizáció és az elektrotherapia többi összes modalitásai), massage, fény- és hőtherapia
Physiotherapiás intézete VI., Váci-körút 51. sz.

Asthma-gyógyintézet Egyedüli Bulling-Inhalatorium
VI., Andrássy-út 87 (körönd). Pneumatikus-kamra, tüdőgymnasztika stb. Vezető orvos: Dr. Glück Tibor

GUAJATIN JENCS Sulfo-Guajacol-készítmény, mely 100 részben 70% Kal. Sulf. Guaj. és a 0-50% Extr. Thymi és Extr. Tilliae-t tartalmaz.

Tuberculosis összes eseteiben, Pertussisnél, valamint influenzás tüdőgyulladásoknál, nemkülönben typhusos tüdőinfiltrációknál. Antithermikus hatású.

Gyermekek is rendkívül jól tűrik. Ára 2 korona 50 fillér.

Készítője: **JENCS VILMOS** gyógyszerész, 3748 Budapest, II., Fő-utca 27. szám.

MARGIT — (BEREGMEGYE) —

a gyomor, belek, húgyhólyag s különösen a légzőszervek hurutos bántalmainál igen jó hatású még akkor is, ha vérzések esete forog fenn.

Megrendelhető: Édeskúty L.-nál Budapesten és a forrás kezelőségénél Munkácson. 7065

BADGASTEIN

A világ legradioaktívabb hőforrása.

Salzburg, Ausztriai tartományban, a Tauernvasút főállomása, magas, szőlőtől védett fenyves (1012), dús konifererdősek közepén. Kijűnő hatású az aggkor bántalmainál, az idegrendszer, a hátságizom megbetegedéseinek, csúsz, rheumánál, vese-, hólyag- és női betegségeknél. Inhalatio a természetes radiumemanációból, közvetlenül a hőforrásoknál. A mechanikai, fizikális és villanytherapia legmodernebb gyógyszerközele. A leggyógyosabbtól a legelkényeztetetthez igényeknek megfelelő 100 szálloda és lakóház, melyek közül a legtöbb hőfürdővel bír. Tágas, ritka szép sétányok. Felvilágosítások és prospekt. a gyógykezelőség által. Bockstein klimatikus gyógyhely közvetlen közelében.

Végbél-bántalmak ellen és azok elkerülésére legalkalmasabb az eredeti

Prof. LENHOSSÉK-féle

ANICURE-fecskendő

Kapható kizárólag:

Fischer Péter és Tsa R.-T.-nál Budapest, IV., Kossuth Lajos-u. 6. Telefon 9-58.

Most megjelent **Betegápolási Értesítőnk**et kívánatra ingyen és bérmentve

Thurzó-Füred

A déli Szepeességnek egy remeke, ősi fenyvesek közepette. — Vasúti állomás Gölniczbánya. 572 m. Posta és távirda helyben.

Elsőrangú klimatikus gyógyhely.

Vizgyógyintézet, vízkúrák, inhalációk, diétás kúrák, nap- és szabad tőfürdők, villanyozás és massage. Mindennemű idegbajok, légzési, emésztési, vérkeringési anyagcsere- és más egyéb bajok ellen. Igen védett hely, állandóan enyhe, szép tavaszi időjárás. — Kijűnő konyha és olcsó ellátás. Elő- és utóidényben 30%, július elejétől 6 heti tartózkodás után 60% árengedmény. — Szobák egész időnyre olcsó átalányárban bérelhetők. — Állandó fürdőorvos: **Vladár József dr.**

= Prospektussal szolgál a fürdőigazgatóság. =

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 Scipiadés Elemér szerkesztésében.

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Deutsch Ernő: A gyermekkori gümőkórság leküzdésére szükséges socialis hygienés intézkedések. 467. lap.

Reisz Elek: Közlemény a budapesti Stefánia-gyermekkorházzal kapcsolatos egyetemi gyermekklinikáról. (Igazgató: Bókay János dr., udv. tanácsos, egyet. ny. rendes tanár.) Adatok a haemoglobinuria paroxysmalis therapiájához és kórtanához. 470. lap.

Orbán Rezső: Közlemény a kir. magy. tudományegyetem közegészségtani intézetéből. (Igazgató: Liebermann Leó egyetemi tanár, udvari tanácsos.) A vörös vérsejtek resistentiájának változása alkoholadagolás után. 473. lap.

Vigyázó Gyula: Közlemény a szt. István-kórház III. sz. sebészeti osztályáról. (Főorvos: Pólya Jenő dr., egyet. magántanár.) A Madelung-féle kézdeformitásról. 474. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Alexander: Die Untersuchungen der Nieren und der Harnwege mit X-Strahlen. — Högyes: Über den Nervenmechanismus der assoziierten Augenbewegungen. — Lapszemle. Belorvostan. H. Lüthje: Diabetes mellitus kezelése czukorklysmával. — Sebészet. Kümmel: A nephrektomizáltaknak késői sorsa. — Szülészet és nőorvostan. E. Bumm: A méhráknak kezelése Röntgen- és mesothoriumsugarakkal. — Gyermekorvostan. Pirquet: A kanyaró képe a köztakarón. — Orr-, torok- és gégebajok. Hermann Gutzmann: Habitualis hangszalaghűdés. — Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Loewenheim: Menthospirin. — Höhn: Veseköbetegettség. Buttersack: Diabetes. — Blühdorn: Csecsemők spásmophiliája. 477—479. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 479. lap.

Vegyes hírek. 479. lap.

Tudományos társulatok. 481—482. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A gyermekkori gümőkórság leküzdésére szükséges socialis hygienés intézkedések.

Irta: **Deutsch Ernő** dr., igazgató-főorvos.

„Magyarországon a szülések száma fogy és hazánk rossz szul gazdálkodik gyermekeivel. Ha élni akarunk, itt az ideje annak, hogy emberoekonomiára gondoljunk. Ezt pedig az a rendszer fogja leginkább kifejleszteni, a melynek főgondja az egészséges gyermeknek épségben tartására irányul.“ *Korányi Sándor* báró e szavaihoz fűzöm előadásomat, melynek célja mindazon intézkedéseket tárgyalni, melyeknek foganatosításával a gümőkór elleni küzdelmet a gyermekkorban eredményesen kezdeményezhetjük.

Természetesen tartom, hogy ez előadás keretében megemlékezem mindazon mozzanatokról is, melyek a gyermek legközvetlenebb környezetére, elsősorban a szülőkre vonatkoznak.

A férfi egészséges spermatozoonhoz tapadó bacillussal fertőzheti a petét, vagy a spermatozoon maga is beteg, midőn foetus képződésére alig kerül sor. A germinatív gümőkór gyakorlati szempontból alig kerül számításba, úgy hogy tekintetbe véve, hogy a férfiak java része 30. életévén túl nőstül, midőn a kóros folyamat aktivitása s malignitása rendes körülmények közt csökken, a házasság feltétlen eltiltása, mint az például Indianában dívik, igazságtalannak minősíthető.

A coitus révén a férfi csupán az esetben fertőzi házastársát, ha nemi szervei gümőkórosak (*Friedmann*); az együttélés egyéb veszélyei pedig kellő elővigyázat alkalmazása mellett elkerülhetők.

Igen érdekesek *Weinberg* stuttgarti adatai: Gümőkórban elhalálozott apa gyermeke születése előtt: 7—9 hóval 7, 4—6 hóval 38, 1—3 hóval 63, születése után: 1—3 hóval 71, 4—6 hóval 90, 7—9 hóval 100, 10—12 hóval 85.

Ezen összeállításból kiviláglik, hogy mily nagy mértékben van meg gümőkórosokban még életük legutolsó szakában is a potentia generandi s hogy ennek következtében feltétlenül helyesnek tartom a libidót lefokozó gyógyszerek adagolását s a condom használatát. Az apa által történő fertőzésnek a gümőkórral szemben oly csekély ellentállású csecsemők nagy mértékben vannak kitéve. A proletariátusnál az infectio lehetősége fokozott mértékben van meg, egyrészt a szűkös lakásviszonyok folytán, másrészt, mert sok esetben a beteg apa vállalja a háztartás könnyebb munkáját, különösen a gyermekek gondozását s az asszony kénytelen kenyérkereset után járni. Ily esetek az „Ingyentej“ rendelésén nap-nap után ismétlődnek s mivel hazánkban körülbelül 600 hely van sanatoriumokban, e betegek igen csekély hányada helyezhető el ez intézetekben. Ez alkalommal emlitem fel, a nélkül, hogy a sanatoriumok értékét le akarnám kicsinyelni, hogy az általuk elérhető eredmény a kiadásokkal arányban nem áll s hogy a sanatoriumból kikerülő, régi proletár „milieu“-jében helyét nem találja, elégedetlenné válik, eltekintve attól, hogy úgy családi, valamint kereseti szempontokból nem egyszer hiányzik a hajlandóság az internálásra. Franciaországban az „oeuvre Grancher“ évente átlag 500 gyermeket ragad ki gümőkórosan fertőzött környezetből s eredményeivel joggal van megelégedve; a magyar gyermekvédelmi törvény intézkedései alapján szintén meg van adva a lehetőség arra, hogy a gyermek érdekét tartva szem előtt, őt a beteg közvetlen környezetéből eltávolítva, falun, a családjá körében fenyegető fertőzésen kívül esve, jó levegőben, jól táplálva, orvos által kellőképpen ellenőrizve tölthesse gyermekkorát. De hány esetben tiltakozik a család a kitelepítés ellen, mert hasznát nem látja be, vagy mert gyermekét hosszú időre nélkülözni nem tudja vagy nem akarja, s végső esetben az összes ily irányú elhelyezésekre az anyagi eszközök sem kielégítőek. Stockholmban 1 házba telepítettek 24 családot, melyeknek egyik vagy másik felnőtt tagja gümőkóros. A beteget kitanítják, hogyan kell saját, valamint kör-

nyezetének érdekében viselkednie, a betegnek külön hálószobát biztosítanak, a gyermekek kellő táplálásáról gondoskodnak s az intézkedések ellenőrzésére megfelelő képzettségű ápolószemélyzetet rendelnek ki. Az 1904—1907-re vonatkozó idő alatt a gyermekek közül kettő halt meg meningitis basilárisban, a többi egészséges maradt. Ez egyszerű, de sokatmondó tapasztalatból azon igazságot szűrtem le, hogy legelőnyösebb, legtöbb eredménnyel kecsegtet, legolcsóbb s a családi érzésnek is leginkább felel meg, ha a beteget, illetőleg a gyermeket családja keretében különítjük el. Mindenekelőtt fontos a beteg kioktatása, hogy környezetével miképp bánjon el, zsebköpcésze ingyen álljon rendelkezésére. Napközben a beteg lehetőleg erdei üdülőhelyen tartózkodjék, a csecsemők s nagyobb gyermekek pedig napközi otthonban, úgy hogy a lakás nappal jól szellőzhető s az egészséges családfelek a kereset szempontjából a gyermekekkel nem kell bibelődnie. Nagyon fontos az az ténykedés, melyet a lakáshigiéne érdekében fejtünk ki. Razziák alkalmával jártam végig a főváros lebujait és saját tapasztalatomból számolhatok be a szükséglakásokról. Mint szegénygyám ismerem a pincze és padlásszobák rejtelmét s ezeknél fogva elismerem *Burkard* szavainak: „Der Kampf gegen diese Art des Wohnens ist der Kern des Kampfes gegen die Tuberkulose,“ továbbá *Gebhard* véleményének helyességét: „Jede Verbesserung der Lebenslage der breiten Masse des Volkes reiche Erfolge auch für die Einschränkung des Herrschaftsgebietes der Tuberkulose habe.“ Hogy mily borzalmasak Budapesten a proletárok lakásvizonyai, azt következő általam összeállított adatokkal bizonyítom:

Fehérsas-téri polgári iskola.

I. A lakásban levő szobák száma:

1 szobás lakásban lakik	133	növendék
2 „ „ „	101	„
3 „ „ „	34	„
4 „ „ „	11	„
5 „ „ „	2	„
6 „ „ „	1	„
9 „ „ „	1	„

II. Eloszlás családtagok és fekhelyek szerint:

26 kéttagú család közül:

7 családban 1 felnőttre és 1 gyermekre esik	1 fekhely
19 „ 1 „ „ 1 „ „	2 „

50 háromtagú család közül:

38 családban 1 gyermekre és 2 felnőttre esik	4-ben 1 fekhely
11 „ 2 „ „ 1 „ „	12 „ 2 „
	22 „ 3 „
	5-ben 2 fekhely
	7 „ 3 „

65 négytagú család közül:

3 családban 3 felnőttre és 1 gyermekre esik	1 fekhely
50 „ 2 „ „ 2 „ „	25-ben 2 „
	17 „ 3 „
	8-ban 4 „
12 „ 1 „ „ 3 „ „	4 „

49 öttagú család közül:

1 családban 1 gyermekre és 4 felnőttre esik	3 fekhely
12 „ 2 „ „ 3 „ „	3-ban 2 „
	9-ben 3 „
	12 „ 2 „
35 „ 3 „ „ 2 „ „	5 „ 3 „
	2 „ 4 „
	16-ban 5 „
1 „ 4 „ „ 1 „ „	5 „

43 hattagú család közül:

5 családban 2 gyermekre és 4 felnőttre esik	2-ben 2 fekhely
12 „ 3 „ „ 3 „ „	2 „ 3 „
	1 „ 4 „
	6-ban 3 „
25 „ 4 „ „ 2 „ „	5-ben 4 „
	1 „ 6 „
	13-ban 3 „
1 „ 5 „ „ 1 „ „	9-ben 4 „
	3-ban 6 „
	5 „

32 héttagú család közül:

3 családban 3 gyermekre és 4 felnőttre esik	1-ben 3 fekhely
3 „ 4 „ „ 3 „ „	1 „ 4 „
	1 „ 5 „
	2 „ 3 „
24 „ 5 „ „ 2 „ „	1 „ 6 „
	12 „ 3 „
2 „ 6 „ „ 1 „ „	8-ban 4 „
	4-ben 6 „
	6 „

10 nyolcztágú család közül:

3 családban 4 gyermekre és 4 felnőttre esik	2-ben 4 fekhely
1 „ 5 „ „ 3 „ „	1 „ 5 „
6 „ 6 „ „ 2 „ „	4 „
	4 „

3 kilencztágú család közül:

1 családban 4 gyermekre és 5 felnőttre esik	4 fekhely
1 „ 5 „ „ 4 „ „	3 „
1 „ 7 „ „ 2 „ „	5 „

5 tíztágú család közül:

2 családban 4 gyermekre és 6 felnőttre esik	6 fekhely
2 „ 6 „ „ 4 „ „	5 „
2 „ 8 „ „ 2 „ „	6 „

Miklós-téri elemi iskola.

I. A lakásban levő szobák száma:

1 szobás lakásban lakik	204	növendék
2 „ „ „	33	„
3 „ „ „	8	„
5 „ „ „	1	„

II. Elosztás családtagok s fekhelyek szerint:

19 háromtagú család közül:

14 családban 2 felnőttre és 1 gyermekre esik	9-ben 2 fekhely
5 „ 3 „ „ 2 „ „	5 „ 3 „
	4 „ 3 „
	1 „ 2 „

32 négytagú család közül:

30 családban 2 felnőttre és 2 gyermekre esik	22-ben 2 fekhely
2 „ 1 „ „ 3 „ „	4 „ 3 „
	4 „ 4 „
	2 fekhely

48 öttagú család közül:

1 családban 4 felnőttre és 1 gyermekre esik	3 fekhely
8 „ 3 „ „ 2 „ „	2-ben 2 „
	4 „ 3 „
	2 „ 4 „
36 „ 2 „ „ 3 „ „	13-ban 2 „
	22-ben 3 „
3 „ 1 „ „ 4 „ „	1 „ 4 „
	3 „

44 hattagú család közül:

2 családban 4 felnőttre és 2 gyermekre esik	---	---	4 fekhely
1 " 5 " " 1 " " "	---	---	4 "
8 " 3 " " 3 " " "	---	---	3 "
32 " 4 " " 2 " " "	4-ben	2 "	"
	14 "	3 "	"
	14 "	4 "	"
1 " 1 " " 5 " " "	---	---	2 "

45 héttagú család közül:

1 családban 6 felnőttre és 1 gyermekre esik	---	---	4 fekhely
2 " 4 " " 3 " " "	---	---	4 "
14 " 3 " " 4 " " "	4-ben	3 "	"
	10 "	4 "	"
	2 "	2 "	"
26 " 2 " " 8 " " "	8-ban	8 "	"
	10-ben	5 "	"
	1 "	4 "	"
2 " 6 " " 1 " " "	5 "	5 "	"

31 nyolcztágú család közül:

2 családban 2 gyermekre és 6 felnőttre esik	1-ben	5 fekhely
	1 "	4 "
5 " 4 " " 4 " " "	3-ban	4 "
	2-ben	5 "
4 " 5 " " 3 " " "	3-ban	2 "
	2-ben	5 "
	5 "	3 "
20 " 6 " " 2 " " "	6-ban	4 "
	9-ben	5 "

13 kilencztágú család közül:

1 családban 3 gyermekre és 6 felnőttre esik							---	---	5 fekhely			
4	"	5	"	"	4	"	"	{	3-ban	4	"	
									1-ben	3	"	
2	"	6	"	"	3	"	"		1	"	4	"
									1	"	5	"
6	"	7	"	"	2	"	"		---	---	4	"

11 tíztágú család közül:

1 családban 5 gyermekre és 5 felnőttre esik							4 fekhely					
3	"	6	"	"	4	"	"	{	2-ben	4	"	
									1	"	5	"
1	"	7	"	"	3	"	"	{			3	"
									3-ban	3	"	"
6	"	8	"	"	2	"	"	{	2-ben	1	"	
									1	"	5	"

3 tizenegytágú család közül:

1 családban 7 gyermekre és 4 felnőttre esik	---	---	5 fekhely
1 " 9 " " 2 " " "	1-ben	4 "	
	1 "	5 "	

Szt. László-úti iskola.

I. A lakásban levő szobák száma:

	Pinczében lakik	2 növendék
$\frac{1}{2}$ szobás lakásban	"	2 "
1 " " " " "	"	20 "
konyhában 1 " " " " "	"	310 "
" 2 " " " " "	"	47 "
" 3 " " " " "	"	8 "
" 4 " " " " "	"	1 "
" 5 " " " " "	"	1 "

II. Eloszlás családtagok és fekhelyek szerint:

6 kéttágú család közül:

2 családban 1 felnőttre és 1 gyermekre esik	1 fekhely
4 " 1 " " 1 " " "	2 "

35 háromtagú család közül:

9 családban 2 felnőttre és 1 gyermekre esik	1-ben	1 fekhely
	23-ban	2 "
	5-ben	3 "
6 " 1 " " 2 " " "	2 "	1 "
	4 "	2 "

64 négytagú család közül:

8 családban 3 felnőttre és 1 gyermekre esik	6-ban	2 fekhely
	2-ben	3 "
51 " 2 " " 2 " " "	30-ban	2 "
	15-ben	3 "
	6-ban	4 "
5 " 1 " " 3 " " "	2-ben	2 "
	2 "	3 "
	1 "	4 "

88 öttagú család közül:

8 családban 4 felnőttre és 1 gyermekre esik	4-ben	2 fekhely
	4 "	3 "
69 " 2 " " 3 " " "	17 "	2 "
	44 "	3 "
	8-ban	4 "
11 " 1 " " 4 " " "	4-ben	2 "
	4 "	3 "
	3-ban	4 "

83 hattagú család közül:

3 családban 4 felnőttre és 2 gyermekre esik							3 fekhely			
14	"	4	"	"	3	"	"	{	2-ben	2 fekhely
									10	3
									2	4
56	"	2	"	"	4	"	"	{	48-ban	3
									5-ben	4
									3-ban	5
10	"	1	"	"	5	"	"	{	4-ben	3
									6-ban	4

47 héttagú család közül:

1 családban 5 felnőttre és 2 gyermekre esik							4 fekhely		
4	"	4	"	"	3	"	"	3-ban	3 fekhely
							"	1	4
							"	1	2
13	"	3	"	"	4	"	"	5	3
							"	7	4
							"	1	2
28	"	2	"	"	5	"	"	15	3
							"	10	4
							"	2	5
1	"	1	"	"	6	"	"	3	fekhely

40 nyolcztágú család közül:

8 családban 4 felnőttre és 4 gyermekre esik	2-ben	3 fekhely
	6-ban	4 "
5 " 3 " " 5 " " "	3 "	3 "
	2-ben	4 "
	7 "	3 "
26 " 2 " " 6 " " "	13-ban	4 "
	6 "	5 "
14 " 1 " " 7 " " "	3 fekhely	

16 kilencztágú család közül:

4 családban 4 felnőttre és 5 gyermekre esik	3 fekhely
3 " 3 " " 6 " " "	1-ben 3 fekhely
	2 " 4 "
	2 " 3 "
9 " 2 " " 7 " " "	5 " 4 "
	2 " 5 "

8 tíztágú család közül:

8 családban 7 felnőttre és 4 gyermekre esik	6-ban	4 fekhely
	1-ben	5 "
	1 "	6 "

2 tizenegytagú család közül:

1 családban 7 felnőttre és 4 gyermekre esik	---	---	5 fekhely
1 " 2 " " 9 " "	---	---	5 "

2 tizenkéttagú család közül:

1 családban 4 felnőttre és 8 gyermekre esik	---	---	3 fekhely
1 " 4 " " 8 " "	---	---	8 "

III. kerületi kisegítő iskola.

I. A lakásban levő szobák száma;

1 szobás lakásban lakik	---	116 növendék
2 " " " "	---	12 "
3 " " " "	---	1 "

II. Eloszlás családtagok és fekhelyek szerint:

10 háromtagú család közül:

8 családban 2 felnőttre és 1 gyermekre esik	{	7-ben 2 fekhely
2 " 1 " " 2 " "	{	1 " 3 "
	{	1 " 1 "
	{	1 " 3 "

15 négytagú család közül:

3 családban 3 felnőttre és 1 gyermekre esik	{	2-ben 2 fekhely
10 " 2 " " 2 " "	{	1 " 4 "
	{	8 " 2 "
2 " 1 " " 3 " "	{	2 " 3 "
	{	2 " 2 "

22 öttagú család közül:

1 családban 4 felnőttre és 1 gyermekre esik	---	---	3 fekhely
3 " 3 " " 2 " "	---	---	3 "
18 " 2 " " 3 " "	{	7-ben 2 "	"
		9 " 3 "	"
		2 " 4 "	"

24 hattagú család közül:

1 családban 4 felnőttre és 2 gyermekre esik							---	---	3 fekhely	
18	3	3	3	3	3	3	{	1-ben	3	3
	2	2	2	2	2	2		2	4	4
	7	7	7	7	7	7		7	2	2
	9	9	9	9	9	9		9	3	3
	2	2	2	2	2	2	{	2	4	4
	1	1	1	1	1	1		1	3	3
2	1	1	1	1	1	1	{	1	4	4
	1	1	1	1	1	1		1	4	4

21 héttagú család közül:

2 családban 3 felnőttre és 4 gyermekre esik	{	1-ben 3 fekhely
15 " 2 " " 5 " "	{	1 " 4 "
	{	8-ban 3 "
	{	4-ben 4 "
4 " 1 " " 6 " "	{	3-ban 5 "
	{	2-ben 4 "
	{	2 " 5 "

22 nyolczttagú család közül:

3 családban 5 felnőttre és 3 gyermekre esik	---	---	3 fekhely
2 " 4 " " 4 " "	---	---	5 "
3 " 3 " " 5 " "	---	---	4 "
12 " 2 " " 6 " "	{	5-ben 3	"
		5 " 4	"
		2 " 5	"
2 " 1 " " 7 " "	---	---	4 "

8 kilenczttagú család közül:

3 családban 4 felnőttre és 5 gyermekre esik						---	---	4 fekhely	
3	"	3	"	"	6	"	"	{ 2-ben 4 "	
									1 " 5 "
									1 " 4 "
									1 " 5 "
2	"	2	"	"	7	"	"		

5 tíztagú család közül:

1 családban 4 felnőttre és 6 gyermekre esik	---	---	4 fekhely
2 " 3 " " 7 " "	{	1-ben 3 "	
		1 " 4 "	
2 " 2 " " 8 " "	---	---	5 "

1 tizenegytagú család közül:

1 családban 2 felnőttre és 9 gyermekre esik	---	---	3 fekhely
---	-----	-----	-----------

1 tizenhattagú család közül:

1 családban 4 felnőttre és 12 gyermekre esik	---	---	7 fekhely
--	-----	-----	-----------

E számadatok szomorú képet nyújtanak; alig van család, mely emberségesen hál! A kövér számokkal jelöltek azon kivételek, melyek megfelelő ágyszám felett rendelkeznek, a dőlthetűsök oly családok, melyekben egy ágyban kettőnél több egyén hál, a közönséges betűkkel nyomtatottak pedig kettesével alszanak.

Hogy ily viszonyok közt a gümőkóros fertőzésre bőségesen van alkalom, azt bizonyítani szükségtelen. *Prinzing* nézetét Budapestre is alkalmazhatónak vélem: „Der Verbreitung der Tuberkulose in Städten wird dadurch bedeutend Vorschub geleistet, dass in den unteren Volkskreisen grosse Neigung besteht, die Wohnung zu wechseln und dass dadurch von einem Kranken nacheinander mehrere Wohnungen infiziert werden können.“ Ugyanis a mi viszonyainkra is alkalmazhatónak vélem a gümőkór és a lakások ablaksűrűségei közti párisi arányszámot (*Marié-Davy*), a mely adatok különösen a gyermekek szempontjából fontosak.

A. Décès pour 1000 hab. may 1858—1902.

1,3 2,2 2,3 2,9 3,1 3,3 3,9 4,0 4,9 9,1 5,5 5,5 5,6 5,7 6,1 6,6 6,6 8,2

B. Fenêtres par arrondissement.

4,2 3,7 3,5 2,6 3,0 2,6 2,5 3,5 2,5 2,4 2,1 1,5 1,7 2,0 1,7 2,0 1,6 1,5 1,7 1,8.

Ismét saját tapasztalásomból tudom, hogy e kétségbejítő helyzet javítása az egészséges városi lakáspolitiká révén, a gümőkór elleni küzdelemben, s a gyermekvédelemben mily döntő fontossággal bír; a mióta az V. kerület peripheriájának proletár lakói például az újpesti rakparton épült városi házakba kerültek, azóta a helyzet némiképp javult. Csak mellesleg jegyzem meg, hogy a gümőkórosak kényszerbejelentése és lakásváltozás vagy elhalálozás esetén a desinfectio, továbbá a hivatalos lakásellenőrzés gyermekvédelmi szempontból óriási horderővel bírnak. A felemlített munkakör teljesítésére legalkalmasabb a „dispensaire“, mely nemcsak a nála jelentkezőkkel foglalkozzék, hanem keresse fel azokat, kik segélyre szorulnak s megfelelő környezet tanulmány alapján nyújtson segítséget s az eredményeket közgei („Tuberkulosenschwester, assistant ouvrier“) által ellenőriztesse.

(Folytatása következik.)

Közlés a budapesti „Stefánia“ gyermekkórházzal kapcsolatos egyetemi gyermekklinikáról. (Igazgató: Bókay János dr., egyet. ny. r. tanár, m. kir. udv. tan.)

Adatok a haemoglobinuria paroxysmalis therapiájához és kórtanához.*

Irta: *Reisz Elek* dr., klinikai segédorvos.

Mint minden ritkán előforduló, a pathológiát és therapiát illetőleg homályos megbetegedés, úgy a haemoglobinuria paroxysmalis is állandó érdeklődés központjában áll. Minden egyes klinikai észlelés alá jutó eset újabb és újabb kutatás tárgya. Keressük az okot, a mi e sajátzerű jelenséget előidézi és keressük a módot, a melylyel megszüntethetjük.

Az érdekes betegség létrejöttéről az első tapasztalatok még arra az időre esnek, a mikor gyógyító célból transfúziót alkalmaztak. Akkor konstatálták, hogy az idegen vér

* Minden jog fentartva.

transfúziója után a vizeletben haemoglobin jelenik meg. A vérbevitelt ugyanis haemolysinek termelése követi és a létrejött haemolysis következménye a vizeletben megjelenő haemoglobin. Mi az oka azonban azon haemoglobinuriának, a mely paroxysmusokban jelentkezik és a melyekben a közvetlen kiváltó mozzanat az esetek többségében a test vagy valamely testrész erős lehűlése. Tudjuk, hogy ilyenkor nagy hőemelkedés, erős hidegrázás, bágyadság, esetleg hányás és vesetáji húzó fájdalmak közepette jelenik meg a haemoglobinuria. Bár tehát a paroxysmus közvetlen előidézője gyanánt a hideg szerepel, szem előtt kell tartanunk azt is, hogy haemoglobinuria paroxysmalisban szenvedők körelőzményében legtöbbször megtaláljuk a luest. *Stempel* 77 pontosan leírt eset közül 29·8%-ban, *Donath*¹ az általa összegyűjtött esetekben 60%-ban kimutatta a lueses terheltséget. Nem szabad figyelmen kívül hagynunk, hogy a luest ma protozoon-megbetegedésnek tartjuk. Már pedig haemoglobinuria paroxysmalist más protozoon okozta betegségben is észlelünk, így pl. malaria eseteiben és a lovak ú. n. piroplasma-betegségében. Nagyon is valószínű tehát, hogy a haemoglobinuria a korábban kiállott luessel van összefüggésben.

Hogyan magyarázhatjuk azonban magukat a rohamokat, a lehűlés e sajátos hatását? Miért kapnak csak némelyek ilyen rohamot, a kik megelőzőleg luesen mentek keresztül? *Lichtschen*, *Ehrlich*, *Chvostek* fáradozott a kérdés tisztázásában, azonban eredmény nélkül. Először *Donath*-nak és *Landsteiner*-nek² sikerült a rohamok magyarázatát adni. Szerintük a rohamot egy haemolysin okozza, a mely a saját vörös vérszémekjeit is fel tudja oldani. Tehát autolysin. Ez a haemolysin is, mint minden más hasonlóan ható test, amboceptorból és complementből áll. Az amboceptor *Donath* és *Landsteiner* szerint csak a hideg behatása alatt kapcsolódik a vörös vérszémekjeihez. Ezt a folyamatot in vitro is igazolták. A vért, a melyet haemoglobinuria paroxysmalisban szenvedő egyénektől vettek, hideg behatásának tették ki, majd thermostatba való helyezéssel újra felmelegítették és ezen úgynevezett „Kälte-Wärmeversuch“-hal a vérszémekjei feloldását idézték elő. *Graefe* és *Müller*, *Moro* és *Noda*,³ *L. Meyer* és *Emmerich*, *Langstein*, *Kentzler* és *Fejes* stb. hasonló eredményeket közöltek.

A Stefánia-gyermekkorházzal kapcsolatos egyetemi gyermekklinika az utóbbi időben egyszerre két esetben volt alkalmunk haemoglobinuria paroxysmalisban szenvedő beteget észlelni. Mindkét esetben törekedtünk megfelelő kísérletekkel a körleányegre világosságot deríteni.

A két eset rövid története a következő:

I. T. Z. 7 éves fiúgyermeket 1913 január 17.-én vettük fel a klinikára. Atyja egészséges, anyja állítólag carcinoma uteriben, egy testvére agyhártyagyulladásban halt el. Anyjának egy abortusa volt. Négy év óta beteg. Állítólag erősen megfázott és azóta minden meghűlés után görcsök kíséretében véres vizelet jelentkezik.

Felvételkor a korához képest gyengén fejlett és táplált fiúgyermek csontrendszere ép. A mellkas pectus carinatum-alakú, az izomzat és zsírpárna térfogata csekély. A bőr és a látható nyálkahártyák halványak. A nyakon 1—2 borsónyi, fájdalommentes mirigy tapintható. Az orr- és fülnyílás szabad. A torok tiszta. Jól hall. A látás kifogástalan. A két felső belső incisívus *Hutchinson*-typusú. A tüdők felett kopogtatási és hallgatási eltérés nincs. A szívtompulat normalis. A szívhangok tiszták és kellően ékeltek. A máj- és léptompulat normalis. A hasban rendellenes resistencia nincsen. Az idegrendszerben eltérés nincs. A vizelet színe barnás-vörös, zavaros, pelyhes üledéke van. Vegyhatása: amphoter. Fajsúlya: 1017. *Esbach* szerint $\frac{1}{2}\%$ albument tartalmaz. Geny, csukor nem mutatható ki. Mikroszkop alatt sok amorph uratkris-

tályt látunk, vörös vérszémekjeit az üledékben nem találunk. A vérvizsgálatnál 4 millió vörös vérszémekje, 13,100 fehér vérszémekje, 60% Hgl-t (*Sahli*) találtunk. A qualitativ vérkép normalis. *Pirquet*: —, *Wassermann*: +. Másnap a vizelet színe szalmasárga, idegen alkotórészt nem tartalmaz. A negyedik napon 15 percig tartó 5%-os lábfürdőt kap. Egy óra múltán hányás, borzongás, alhasi fájások kíséretében a hőmérsék 38·3°-ra emelkedik fel. Az első portio vizelet lakkszerű, a melyet spektroszkoppal vizsgálva, a D. és E. *Fraunhofer*-féle vonalak között az oxy-haemoglobin elnyelési csíkjaait mutatja. A négy óra után ürített vizelet ismét tiszta.

II. P. M. 5½ éves fiúgyermek 1913 január 15.-én került észlelésünk alá. Harmadik gyermek, az első kettő 6 hónapos graviditás után halva született. Betegsége 2 év előtt kezdődött. Ha megfázik, véres a vizelete. Étvágytalan, soványodik, sápadt.

A korához képest elég jól fejlett és táplált fiúgyermek csontrendszere ép, alaki eltérést nem mutat. Az izomzat és zsírpárna térfogata közepes. A bőr és a látható nyálkahártyák halványak. A nyakon mindkét oldalt az áll alatt és az inguinális hajlásokban néhány borsónyi fájdalommentes mirigy tapintható.

Az orr- és fülnyílás szabad. A torok tiszta. A mellkas kissé lapos. A tüdők felett kopogtatási és hallgatási eltérés nincs. A szívtompulat normalis. A szívhangok tiszták és kellően ékeltek. A máj- és léptompulat rendes. A has puha. Benne rendellenes resistencia nincsen. Az idegrendszerben eltérés nincs. A vérvizsgálat eredménye: 3,400.000 vörös vérszémekje, 10,300 fehérvérszémekje, 59% Hgl (*Sahli*). A qualitativ vérkép normalis. *Wassermann*: +, *Pirquet*: —. A vizelet színe szalmasárga, vegyhatása savi. Fajsúlya: 1018, idegen alkotórészt nem tartalmaz. Tíz percig tartó hideg lábfürdő után körülbelül $\frac{1}{2}$ óra múltán általános rosszullét fogja el. Sápadt, alhasi fájdalomról panaszkodik, borzong, a hőmérsék 38·7°-ra emelkedik. Az egy óra múltán ürített vizelet burgundi-vörös. Spektroskopos vizsgálatkor a haemoglobin és a methaemoglobin elnyelési csíkjaait mutatja. Mikroszkopos vizsgálatkor vöröses-barna detritust találunk. Vörös vérszémekjeit kimutatni nem tudtunk. A roham alatt megejtett vérvizsgálat szerint a quantitativ vérkép nem változott, a qualitativ vérképben a fehér vérszémekjei viszonya szintén változatlan, a vörös vérszémekjei között 1—2 normoblastot találunk.

Mindkét körleírásból kitűnik, hogy typusos paroxysmalis haemoglobinuriával van dolgunk, a melyben a rohamokat a hideg váltotta ki. Mint fentebb is említettük, a roham alatt *Donath* és *Landsteiner* teoriája szerint haemolysis folyik le, a hol a lyses anyag egy autolysin. Eme feltevést ők az ú. n. Kälte-Wärme-Versuch-által in vitro is igazolták és mint fontos diagnosticumot írták le. Mindkét esetben vizsgálat tárgyává tettük e kérdést.

Mindkét betegről a roham alatt, a roham tetőfokán és a roham után vettünk vért. A roham előtt és után vett véré savója teljesen tiszta volt, a roham alatt vett savó pedig kissé vörhenyes. Kétségtelen tehát a lefolyt haemolysis. Magát a kérdéses reakciót következőképpen végeztük: $\frac{1}{2}$ cm³ vérsavót összehoztunk ugyancsak 0·5 cm³ birkavörösvérszémekje 5%-os emulsiójával. Egy órán keresztül jégén tartottuk, majd pedig négy órára thermostatba helyeztük. Mellette kontrollnak hasonló mennyiségű, haemoglobinuriás savót ugyancsak 0·5 cm³ 5%-os vörösvérszémekje-emulsióval hoztunk össze, a melyben azonban a vérsavót nem tettük jégre. A második kontroll alkalmával 0·5 cm³ physiologiás konyhasóoldathoz adtuk a vörös vérszémekjeit ama lehetőség ellenőrzésére, hogy magában az emulsióban nem jön-e létre haemolysis. Négy órai thermostatban való állás után az eredmény az volt, hogy az I. esetben haemolysis sohasem jött létre, akár rohammentes, akár a roham alatti időben vett vérsavót használtuk. A II. esetben a haemolysis bekövetkezett. Nem jött létre véroldódás a kontrollvegekben.

Minthogy az első esetben a *Donath-Landsteiner*-reactio a leírt egyszerű módon nem sikerült, megpróbáltuk a savót a saját vörös vérszémekjeinek 5%-os emulsiójával összehozni. Az eredmény ismét negatív volt. Az eddigi vizsgálatokból

¹ *Donath und Landsteiner*: Ueber paroxysmale Hämoglobinurie. Münchener med. Wochenschrift, 1904, 36. sz.

² *Donath und Landsteiner*: Zeitschrift für klinische Mediz., 1905, 54. kötet, 5.—6. füzet.

³ *Moro und Noda*: Münchener med. Wochenschrift, 1909.

tudjuk azonban, hogy a complement rendkívül thermolabil és a hideg behatására úgyszólván teljesen tönkremehet. E miatt a következő alkalommal úgy jártunk el, hogy a jégen való állás után egy esetben a sajátjából, más esetben pedig normalis ember friss complementet tartalmazó vérsavójából 0.2 cm³-t tettünk hozzá. A haemolysis azonban most sem következett be. Egy lehetőség még van, a mi miatt a véroldódás nem áll be, t. i. ha az amboceptor is tönkre megy. Ezt a lehetőséget Fejes és Kentzler⁴ bizonyította be. E célból a haemoglobinuriás savót 56°-on inaktiváltuk. Ha inaktiválás után a savót vörös vérséjtel hozzuk össze és ekkor adunk normalis complementet hozzá, az oldás beáll. De ismét elmarad, ha a complement hozzáadása előtt jégre helyezzük. Esetünkben ez a kísérlet is negatív maradt.

E kísérletekből annyi bizonyosan megállapítható, hogy a paroxysmalis haemoglobinuriában szenvedő egyén vérsavójában autohaemolysin van, a mely bizonyos körülmények között a saját vérséjtjeit feloldani tudja. Ugyanaz a jelenség azonban, a mely az élőben roham alatt mindig beáll, nem mindig mutatható ki kémlelőcsőben. A különböző szerzők, Donath és Landsteiner, Roger, Fejes és Kentzler stb., ennek az okát részben a complement, részben az amboceptor thermolabilitásában vélték megtalálni. Eseteinkben egyik lehetőséget sem tudtuk konstatálni.

Hogy a Donath-Landsteiner-reactio még az említett módosításokkal sem sikerül minden esetben, mutatja, hogy ez a magyarázat sem teljesen kielégítő. Hogy más irányban is kell kutatnunk, felhívja a figyelmet már Donath és Landsteiner-nek ama észlelete, hogy olyan emberek vérében is találtak autolysint, kik előzőleg luesen mentek keresztül, de a kiknek soha haemoglobinuriás rohamuk nem volt. És tudjuk azt is, hogy van paroxysmalis haemoglobinuria, a melyet nem a hideg, hanem az erős izommozgás, vasomotoros zavarok, esetleg psychés izgalma váltanak ki. Ismeretes az ú. n. „Marschhaemoglobinurie“ kórképe.

Tehát az egész kórfolyamatot nem magyarázza meg az a felvétel, hogy a hideg behatása alatt lett activvá az amboceptor. Más szempontot is tekintetbe kell vennünk, más lehetőség után is kell kutatnunk, hogy az egész kórfolyamat tisztázódjék előttünk. Hijman⁵ a vér CO₂-feszültségét vizsgálta és úgy találta, hogy fölös CO₂ jelenlétében a haemolysis képesség fokozódott. Hasonló eredményről számol be Krobievicz⁶ is.

Mint hogy nem minden esetben sikerült a haemoglobinuria jelentkezését oldó anyagok jelenlétére visszavezetni, többen kutatták azt, hogy a vörös vérséjtek resistenciájának megváltozása is szerepel-e. E. Meyer és Emmerich⁷ saponinnal, higított savakkal és változó temperaturával szemben csökkent resistenciát talált. Kentzler és Fejes szerint a vérséjtek rohammentes időben fokozottabb mértékben resistensek a véroldó anyagok iránt, a roham alatt azonban a fokozott resistencia csökkent. Vizsont Pringsheim⁸ szerint a haemoglobinuriás vörös vérséjtjeinek resistenciája saponinnal szemben úgy rohammentes időben, mint roham alatt úgy viselkedik, mint a normalis erythrocytáé. Minthogy e tekintetben a különböző szerzők között nagy a nézeteltérés, e kérdést beható vizsgálat tárgyává tettük.

Mint ismeretes, a vörös vérséjtek resistenciájának meghatározására számos methodus szolgál. Ilyenek egyike, a melylyel a fentebb említett szerzők is dolgoztak, a vörös vérséjtek viselkedése saponinnal szemben. Más eljárás, a mely Hamburger-től⁹ származik, azon sóoldatnak a megállá-

pítása, melyben még a leggyengébb vörös vérséjtek is megtartják festőanyagukat és megállapítása azon concentrációnak, a melyben még a legnagyobb resistenciával bíró vérséjtek is feloldódnak. Pontosabb és gyakorlatilag könnyebben kivihető a Liebermann-féle¹⁰ eljárás. Ha ugyanis egészséges embernek 0.05 cm³ friss, nem defibrinált vért 5 cm³ 1/2%-os konyhasóoldattal 2 percen keresztül rázogattuk, majd pedig ugyancsak 5 cm³ 1 1/2%-os konyhasóoldattal isotoniássá tesszük és erősen centrifugáljuk, akkor a vörös vérséjtek leülepednek és fölöttük a folyadék teljesen színtelen, vagy csak nyomokban mutat haemolysist. Tehát 0.5%-os konyhasóoldattal szemben az egészséges ember erythrocytái resistensek. Ha nem resistens vörös vérséjtek is vannak jelen, a lecentrifugált folyadék vörösen elszíneződött. Minél intenzívebb a vörös szín, annál több vörös vérséjt oldódott, annál nagyobb a nem resistens vörös vérséjtek száma, annál nagyobb a resistenciacsökkenés. Az eljárás alkalmas arra, hogy a resistens és nem resistens vérséjtek viszonyát, a resistenciaquotient (RQ) számokban fejezzük ki. E célból a lecentrifugált vörös vérséjtekről a folyadékot leöntjük és a visszamaradt resistens vörös vérséjteket destillált vízzel feloldjuk. A kész folyadékot, tehát a resistens és nem resistens vérséjtek oldatát colorimetriánál összehasonlítjuk. Alapszínnek vesszük a halványabb folyadékot, tehát rendesen a nem resistens vörös vérséjtek oldatát. A másik, a sötétebb folyadékból pedig az elszíneződés erősségéhez képest 1—2—3 cm³-t veszünk (ha halványabb, többet, ha vörösebb, kevesebbet) és destillált vízzel addig hígítjuk, míg a színe a másik oldattal megegyezik. A mikor a színegyenlőség beállott, megállapítjuk az előbb erősen festett folyadék jelenlegi térfogatát és elosztjuk az eredeti térfogattal. Ez a szám jelzi a resistenciaquotient. Minél nagyobb a resistenciaquotiens, annál kisebb a nem resistens vörös vérséjtek száma, annál kisebb a resistenciacsökkenés. Ha resistenciacsökkenés egyáltalán nincs jelen, vagyis ha csak resistens vörös vérséjteket találunk, akkor a RQ = ∞.

Vizsgálatainkban a vért a szokásos módon az ujjból vnttük. A bőrt aetherrel és acetonalkohollal desiniciáltuk és utóbb steril vízzel lemostuk. A vérvételhez egy 0.05 cm³-re beosztott üvegcsövet használtunk, a mely 1 mm. átmérőjű capillarisan végződik. Vizsgáltuk a vörös vérséjtek resistenciáját a roham előtt, a roham tetőfokán és a roham után. Különösen kiterjesztettük a figyelmünket ama kérdésre, hogy vajjon változik-e a resistencia az alkalmazott therapia mellett. Vizsgálataink eredményét a következő táblázat mutatja:

Datum	I. Resistenciaquotiens			II. Resistenciaquotiens		
	a roham előtt	a roham tetőfokán	a roham után	a roham előtt	a roham tetőfokán	a roham után
jan. 14.	4.0	2.6	3.8	—	—	—
jan. 28.	4.2	2.8	4.2	—	—	—
febr. 1.	—	—	—	2.0	1.2	1.8
febr. 9.	∞	3.6	∞	—	—	—
febr. 14.	—	—	—	∞	7.0	∞
febr. 21.	—	—	—	∞	7.0	∞
márc. 3.	∞	3.0	∞	—	—	—
márc. 16.	∞	∞	∞	∞	∞	∞

Kezdetben tehát mindkét esetben resistenciacsökkenést találtunk. Az első esetben kisebbet, a második esetben nagyobbat. A resistenciacsökkenés a kezelés folyamán mindinkább eltűnt. Előbb csak a roham alatt volt kimutatható, utóbb a roham tetőfokán is a RQ = ∞ volt. Ugyanekkor rohamot sem tudtunk kiváltani. Hogy tehát a kérdéses haemolysis létrejöhesse, a vörös vérséjtek ellenállóképességének csökkentenie kell lennie. A haemolysis lefolyik úgy, a mint azt Donath és Landsteiner leírták, ha az autolysin — minden valószínűség szerint egy lueses immun test — jelen van, de csak akkor, ha a vörös vérséjtek ellenállóképessége csökkent.

¹⁰ Liebermann-Fillinger: Orvosi Hetilap, 1912, 14.

⁴ Fejes és Kentzler: Adatok a paroxysmalis haemoglobinuria kortanához. Magyar Orvosi Archivum, 1910, 6. Zeitschrift f. klin. Med. 1910, 71.

⁵ Hijman: Berliner klin. Wochenschrift, 1909.

⁶ Krobievicz: Wiener klin. Wochenschrift, 1911, 14. sz.

⁷ Meyer u. Emmerich: Ueber paroxysm. Haemoglobinurie. Deutsches Arch. f. klin. Med. 1909.

⁸ Pringsheim: Münchener med. Wochenschrift, 1912, 32.

⁹ Hamburger: Osmotischer Druck u. Ionenlehre, 1912.

Ha a *Donath-Landsteiner*-elmélet közelebb is hozott bennünket a haemoglobinuria paroxysmalis mechanizmusának ismeretéhez, a kezelés tekintetében lényeges eredményt nem hozott. Az utóbbi évek alatt egyik ajánlat követte a másikat. *Widal* és *Rostaine*¹¹ 25—90 cm³ inaktivált tengerimalacz-serumot injiciált, a melyet megelőzőleg háromszor-négyszer emberserummal kezeltek. Azonban csak átmeneti eredményt értek el. *Mohr*¹² intravenásan konyhasóinfúziót, *Wolf*¹³ propepton-injectiókat ajánl, *Neilson* és *Terry*¹⁴ calciumchloriddal tudta megszüntetni a rohamot. *Glassner* és *Pick*¹⁵ normalis lóserum-injectiója után rövid ideig tartó eredményt látott. A legrationalisabbnak látszik a cholesterin adása, a melyet haemoglobinuria paroxysmalisnál *Pringsheim*¹⁶ alkalmazott először.

A cholesterin a szervezetben is előfordul, azonban a physiologiás hatásáról keveset tudunk és egyáltalán nem ismerjük a szerepét az anyagcserében. Nem tudjuk, hogy a szervezetben képződik-e, avagy a táplálékkal kerül be. Az intermediaer anyagcserében a sorsa ismeretlen. Azt tudjuk azonban, hogy a cholesterin a haemolysises mérgekkel szemben (cobraméreg, saponin, digitonin) in vitro erős gátló hatást fejt ki. E tapasztalat alapján *Morgenroth* és *Reicher*¹⁷ a haemolysises mérgek okozta anaemiák (botriocephalus latus) kezelésére ajánlottak. Később *Reicher*¹⁸ anaemia perniciosát sikerrel kezelt cholesterinnel. *Morgenroth* és *Reicher* szerint a per os adagolt cholesterin is felszívódik. Minthogy azonban ilyen módon nem ellenőrizhetjük, hogy vajon az egész mennyiség bekerül-e a véráramba, helyesebbnek látszott az intramuscularis adagoláshoz folyamodni, mert mint *Pringsheim* állatkísérletei mutatják, a tengeri malaczba injiciált 0.5 gramm 8 nap alatt teljesen felszívódott. A cholesterint oleum olivarumban oldottuk 2:20 arányban és sterilizáltuk. Minden egyes alkalommal felmelegítés után 0.5 cm³-t intraglutealisán injiciáltunk. Két napi időközökben összesen hat injectiót adtunk. Az eredmény az első esetben negatív volt. A második, a negyedik és a hatodik injectio után ki tudtunk váltani rohamot. Éppen az ellenkezőt láttuk a második esetben. Az első két injectio után a rohamot tökéletesen sikerült kiváltani; a vizelet csak kissé volt vörhenyes és a roham után 2 órával ürített második portio vizelet pedig már teljesen tiszta volt. A hatodik injectio után rohamot már egyáltalán nem tudtunk kiváltani. Ez a jó eredmény azonban csak múló volt. Egy héttel utána 1/4 óráig tartó 50-os lábfürdő után kífokú haemoglobinuria következett be.

A cholesterinnek tehát kétségtelenül megvan a haemolysist gátló hatása. Ugyanaz, a mit in vitro észlelhetünk, megvan az élő szervezetben is. Ez a hatás azonban múló. Mihelyt a szervezetből kiküszöbölődik, a haemoglobinuria ismét bekövetkezik. Hogy miért nem sikerült meggátolnia a haemolysist az egyik esetben és miért igen a másikban, eldönteni nem sikerült. Valamint nem sikerült tisztázni azt a kérdést sem, hogy a paroxysmalis haemoglobinuria mely pontján hat a cholesterin. Vajon csak a haemoglobinnak a vesék útján való kiválasztását akadályozza, avagy pedig már a haemolysis lefolyása alatt érvényesül a gátló hatása. A legvalószínűbb feltevés, hogy a complementkötést akadályozza meg.

Minthogy tehát a cholesterinnek az antihaemolysises hatása csak időleges volt, mint ultimum refugiumhoz, antilueses kezeléshez fordultunk. Rendszeres kenőkrát kezdtünk.

¹¹ *Widal* és *Rostaine*: C. r. soc. biol. 1905, 58. p. 397.

¹² *Mohr*: Berliner klin. Wochenschrift, 1908.

¹³ *Wolf*: Bulletin et Mem. de la Soc. med. des hop., 1909 november 26.

¹⁴ *Neilson* és *Terry*: Paroxysmal haemoglobinuria.

¹⁵ *Glassner* és *Pick*: Zeitschrift für exper. Path. u. Ther., 1911, 9. kötet.

¹⁶ *Pringsheim*: l. c.

¹⁷ *Morgenroth* és *Reicher*: Berliner klinische Wochenschrift, 1907, 38. szám.

¹⁸ *Reicher*: Berliner klin. Wochenschrift, 1908, 41. és 42. szám.

Az első esetben a harmadik turnus befejezése után a Wassermann-reactio negatív lett, a rohamkiváltás gyengén sikerült. Ugyanekkor a rohammentes időben a vörös vérszettek resistenciája normalis, a roham tetőfokán a resistenciacsökkenés csekély. (Lásd a táblázatot: márcz. 3.) Az ötödik turnus befejezése után rohamot kiváltani egyáltalán nem sikerült. A resistentiquoteiens a rohammentes időben és roham alatt is ∞. A második esetben három havi antilueses kezelés után a Wassermann-reactio negatív és rohamot csak igen kis mértékben sikerült kiváltani. A vizeletben a haemoglobinnak csak a nyoma volt meg. Ugyanekkor a resistentiquoteiens: ∞.

Hogy vajon ez a jó eredmény állandó lesz-e, nagyon kérdéses. Az bizonyos, hogy felnőtteken antilueses kezelés a legtöbb esetben eredménytelen. Viszont a gyermekkorban lues congenita mellett jelentkező haemoglobinuria paroxysmalis az észleletek szerint jobban reagál a specifikus kezelésre. Így *Henoch* egy kilencz hónapos, *Lesage* egy tízhónapos csecsemőn észlelt paroxysmusokban jelentkező haemoglobinuriát, a mely azután antilueses kezelésre meggyógyult. Hasonlóan jó eredményt ért el *Langstein* két lues hereditariában.

* * *

Ha már most vizsgálataink eredményét összefoglaljuk, állíthatjuk, hogy:

1. A paroxysmalis haemoglobinuriában szenvedő egyénen a roham alatt autohaemolysis folyik le.

2. Ez a jelenség azonban in vitro nem mindig mutatható ki. Még akkor sem, ha friss complementet teszünk hozzá.

3. A paroxysmalis haemoglobinuriában szenvedők vörös vérszettei csökkent resistenciájúak. A resistenciacsökkenés a roham alatt fokozódik.

4. A cholesterinnek antihaemolysises hatása van és a haemoglobinuriás rohamot meg tudja akadályozni. Ez a hatás azonban csak addig tart, míg a cholesterin a szervezetből el nem távozik.

5. Mindkét esetünkben antilueses kezeléssel eddigelé (öt hónapi észlelési idő!) jó eredményt értünk el.

Közlemény a királyi magyar tudományegyetem közegészségtani intézetéből. (Igazgató: Liebermann Leo egyetemi tanár, udvari tanácsos.)

A vörös vérszettek resistenciájának változása alkoholadagolás után.

Irta: Orbán Rezső dr.

— Előzetes közlemény. —

A vörös vérszettek egyszeri aethylalkoholadagolás után közvetlenül vagy néhány óra múlva vizsgálva, *Liebermann*¹ és *Fillinger*² szerint hypotoniás sóoldattal szemben gyakran resistenciacsökkenést mutatnak. Kíváncs volt ezen vizsgálatokat azon irányban folytatni, hogy miképp alakulnak a viszonyok ismételt alkoholadagolás után?

Jelen közleményben házinyulakon végzett azon kísérleti eredményeimről számolok be, melyek szerint az alkohol többszöri adagolása után a vörös vérszettek resistenciája nemcsak hogy visszatér a rendesre — a mint azt az említett szerzők találták —, hanem jelentékeny fokozódást is mutat.

A kísérleteket a *Liebermann*-féle módszerrel végeztem 0.45—0.50 és 0.55%-os konyhasó-oldatokkal, olyan házinyulakon, melyeknek vérszettei az alkoholadagolás előtt nem mutattak jelentékeny ingadozásokat. Az aethylalkohol 30%-os oldatából naponként 10 cm³-t szondával vittem az állatok gyomrába.

Szembevetve a 0.55-ös concentráción másodnap jelentkező ∞-ig emelkedő resistenciahányados; azaz, míg normalis állapotban, tehát kísérlet előtt ezen töménységnél a vérszettek tömegének jelentékeny része feloldódott, addig az alkoholadagolás után következő napon a haemolysisnek nyoma sem volt és folytatólagosan sem jelentkezett újra. A 0.50-es oldattal szemben a következő napon ugyancsak je-

lentkezik egy resistenciafokozódás, ez azonban távolról sem oly nagymérvű, mint az előbbi concentratióban; alkohol előtt a haemolysis teljes volt, a következő napon már kisebb a feloldott vörsejtek tömege és a további napokon mind kevesebb oldódik fel; így módon a resistencia fokozódásának tendenciája itt is világosan kidomborodik. Már a 0.45-ös töménységnél változást a vér viselkedésében meg nem állapíthattam; úgy kísérlet előtt, mint a további alkoholadagolás után is a haemolysis teljes volt és maradt.

Az állatok súlya gr.-ban	RQ értékei az alkohol adagolása								
	előtt			után 24 órával			8—10-szeri naponkénti megismétlése után		
1565	0	0	0.70	0	0.33	∞	0	1.0	∞
1705	0	0	0.50	0	0.50	∞	0	3.0	∞
1800	0	0.40	8.0	—	—	—	0	1.0	∞
	0.45	0.50	0.55	0.45	0.50	0.55	0.45	0.50	0.55
% -os konyhasó-oldattal vizsgálva									

A kísérletek alatt a testsúly lényegesen nem változott. A vér haemoglobin-tartalmát parallel vizsgáltam és némi csökkenést találtam.

Megállapítást nyert tehát, hogy a huzamosabb időn át való alkoholadagolás a vörös vörsejtek ellenállóképességének fokozását vonja maga után. Az alkohol szervezetbejutására létrejövő kezdeti resistenciacsökkenés után egy nagymérvű fokozódás fejlődik ki. E tekintetben az alkohol ugyanazon hatást fejt ki, a minőt bizonyos más mérgeknél — ólom, kéneső, phosphor — kimutattam.³

A vizsgálatok szolgáltatja összes adatokat azon ismertetésben fogom közzétenni, melyben további eredményeimről is beszámolok. Az állatokat ugyanis folytatólagosan egyéb mérgek hatásának vettem alá.

Irodalom. ¹ Liebermann: Ueber Resistenzänderungen der roten Blutkörperchen. Biologisches Zentralblatt, XXXII, 12. szám. — ² Fillinger: Az alkohol hatása a vörös vörsejtek ellenállóképességére. Magyar Orvosi Archivum, 1912, III. — ³ Orbán: Ipari mérgezésekről, vonatkozóan a Liebermann-féle vérpróbára. Orvosi Hetilap, 1912. L. IV.

Közlemény a szt. István-kórház III. számú sebészeti osztályáról. (Főorvos: Pólya Jenő dr., egyet. magántanár.)

A Madelung-féle kézdeformitásról.

Irta: Vigyázó Gyula dr., műtő-alorvos.

(Vége.)

Végigtekintettünk a különböző szerzők által felvett aetiológiai momentumok hosszú sorozatán s most már csak az van hátra, hogy kritice vegyük őket szemügyre s esetünk szemmeltekintésével egyik vagy másik nézethez csatlakozzunk. Midőn a Madelung-féle kézdeformitás anatómiai substratumával, klinikai megjelenésével s ezekkel kapcsolatosan azzal a kérdéssel foglalkoztunk, melyet Ewald és Gaugele vetett fel s mely a kettő között irodalmi polémiákra is vezetett, hogy t. i. a Madelung-féle deformitást csak symptomának vagy sui generis kórképnek fogjuk-e fel, teljes határozottsággal csatlakoztunk ahhoz az állásponthoz, melyet Ewald vall, t. i. hogy a Madelung-féle kézdeformitás sui generis bántalom, jól jellegzett kórkép s elvetettük Gaugele azon nézetét, hogy a Madelung-deformitás nem egységes kórkép s e külső morphologiai kép a különböző aetiológiájú (rachitises, arthritises, anomál fejlődésű) és pathogenesisissel bíró s különböző anatómiai substrattal bíró bántalmak egész sorozatát foglalná magában, melyek csak külső megjelenésre hasonlók. [Gaugele e különböző folyamatoknak hasonló külső kép alatt való megjelenését azzal akarja magyarázni, hogy minden ilyen trauma, professionalis laesio stb., mely a kéztőizületre hat, mint locus minoris resistentiae a leggyengébb szalagkészülékkel bíró radioulnaris illetve ulnocarpalis ízületet éri s innen volna az, hogy különböző okok folytán létrejövő különböző anatómiai elváltozások (csontlágyulás és lágyág folytán görbülés, szalagok lazulása stb.) hasonló deformitáshoz vezethetnek.] (Itt jegyezzük meg, hogy Springer is általánosabb szempontból tárgyalja a deformitást, s a különböző okok folytán létrejött bajonett-tartású kezeket „manus furca” összefoglaló néven szerepelteti. Ő azonban a Madelung-deformitást Gaugele-vel ellentétben mint jól jellegzett külön alcsoportot említi.) Ha tehát ezek után a Madelung-féle kézdeformitást mint egységes, jól karakterizált anatómiai substrattal bíró kórkép fogjuk fel, az egységes bántalomnak egységes okát kell találnunk. Azt kell tehát néznünk, hogy a felhozott különböző kórokozati momentumok közül melyik tudja leginkább magyarázni a kórképet a maga teljességében. A kórkép középpontjába a radius curvust állítottuk és pedig nemcsak a distalis rész volaris és ulnaris görbületét, hanem a radiusnak egész hosszában való görbületét, melyet számos típusos Madelungban észleltek, s mely a mi esetünkben is kifejezetten látható.

A Pels-Leusden-féle theoria magyarázni tudja az epiphysis volaris és ulnaris görbületét, a hosszsnövési zavarokat, az exostosisokat, az ulna dorsalis promineálását és luxatióját és azt, hogy a bántalom a növesi korban keletkezik; de nem tudja magyarázni a radiusnak egész hosszában való görbületét, melyet számos típusos Madelung-ban látunk. Ettől eltekintve, a theoriát csak akkor lehetne elfogadnunk (Brandes), ha a Pels-Leusden által említett elváltozások az epiphysistájékon a Röntgen-kepeken s sectióleletek alkalmával állandóan találhatók volnának, mi egyáltalában nem mindig van meg. A professionalis traumákat, melyek a növekedési korban a kéztőizületet érik, mint elsődleges aetiológiai momentumot el kell vetni, és pedig azért, mert ha ez volna a főok, nem volna érthető, hogy a bántalom a női nemben oly sokkal gyakoribb, mint a férfiakon, kiknek kéztőizülete professionalis traumáknak sokkal inkább ki van téve.

Hogy az egyszeri durva erőművi behatás sem lehet általában okozója a deformitásnak, a következő megfontolás alapján válik nyilvánvalóvá: a) sok esetben minden előzetes trauma nélkül fejlődik a deformitás; b) ha trauma szerepel is az anamnesisben, a trauma elszenvedése s a deformitás kifejlődése (mely lassú) között mindig hosszabb-rövidebb idő múlik el; c) a trauma nem magyarázza a Madelung-deformitást Röntgen-leletét; d) a „traumás Madelung-deformitás” radiogramjai egészen eltérnek a sui generis Madelung Röntgen-leletétől. A hereditás kérdését illetőleg meg kell jegyeznünk, hogy ez korántsem mutatható ki mindig s a bántalom congenitalis megalapozottsága is csak theoriás felvétel s Ewald szerint az exact klinikai gondolkodás helyett a metaphysikát vezeti be az orthopaediába. A congenitalis alapot csak annyiban fogadhatjuk el, a mennyiben azt Siegrist teszi, ki a normalis kéztőizületek között mutatózó nagy variációk közül egyesekben a radius ízfelszínének s az epiphysisnek részéről oly formatiókat talált, melyek talán anatómiailag disponálhatnak a deformitás kifejlődésére. Idevág Sauer és Féré észlelete is, kik normalis izületek nagy számában találták az ulna capitulumának erős promineálását, mit más szerzők Madelungos betegek családtagjain mint hereditásos momentumot hoznak fel. Poncet elméletére a továbbiakban fogunk rátérni.

Szándékosan utolsónak hagytam a legtöbb szerző által okolt rachitist, illetve rachitis tardát, mint a Madelung-deformitás kórokat, mert sok mással együtt ebben látom a bántalom magyarázatát. A rachitis felvétele a kórkép minden részletét (a radius-diaphysis elgörbülését, a radius distalis részének volaris concavitását, a hosszsnövés zavarait stb. stb.) meg tudja magyarázni. Ezenkívül a Madelung-deformitások egyé-

neken más rachitises, illetve késői rachitises elváltozást is találtak (genu valgum, pes valgus, scoliosis, cubitus valgus, tete carrée, rachitises rózsafüzér, epiphysisek duzzanata, csontok elgörbülése, növekedési zavarok stb.). Esetünkben a Madelungon kívül a késői rachitises elváltozások közül: cubitus valgust (mely a női physiologiás cubitus valgust messze meghaladja), kiskókú dorsalis scoliosist, kifejezett lumballordosist s a medence kiskókú rachitises elváltozásait találtuk.

Mindezek alapján tehát Levy-vel a gyermekkori Madelungot rachitisesnek, a pubertás korában keletkező Madelungot késői rachitisesnek tartjuk, tehát a felső végtag rachitises, illetve késői rachitises elváltozását látjuk benne.

A Madelung-féle deformitás ilyen felfogása azt a „megterhelési deformitások“ csoportjába osztja (Madelung is ide sorozta). Míg a gyermekkori rachitisesnek félreismerhetetlen anatómiai elváltozások felelnek meg, melyek többé-kevésbé az egész csontrendszert illetik, addig a pubertás korában keletkező megterhelési deformitás eseteiben, mint azt többek között Stieda hangsúlyozza, ilyen jellegű anatómiai és szövettani elváltozásokat nem találunk. Az elváltozások itten nem annyira az egész csontrendszert, mint inkább annak egyes részleteit, az epiphysisek tájékát illetik. Ezekben a rachitises alap kimutatása Recklinghausen érdeme. Virchow még merev különbséget tesz a rachitises és malaciás elváltozások között. A mióta azonban a Recklinghausen által minden részletében tisztázott szövettani elváltozásokat az osteomalacia eseteiben is megtalálták, azóta a merev válaszfal a rachitises és osteomalaciás elváltozások között megdőlt s a pubertás korában keletkező csontellágyulások folyamatos rachitises alapja is bebizonyosodott. Tehát a gyermekkori és pubertás korabeli rachitis között csakis a localisatióban s nem a kórfolyamat lényegében vannak különbségek. A Madelung-féle deformitás is e késői rachitises elváltozások közé tartozik, illetve helyesebb itt megterhelési deformitás helyett a „functionalis deformitás“ kitéltet használni, mert nem statikai, hanem kinetikai viszonyok hozzák létre (flexorok működése). Stieda a megterhelési deformitásokra a „Druckdeformitäten“, a functionalisokra a „Zugdeformitäten“ elnevezést ajánlja.

A megterhelési deformitások egyéneként rendszeresen vizsgálva, Stieda nagyon gyakran találta ezeken a Waldeyer-féle lymphás garatgyűrű hypertrophiáját: a torokmandulák túltengését, adenoid vegetatiókat és pharyngitis granulósát. A garatgyűrű e hypertrophiáját constitutionalis alapon magyarázzák s az ú. n. lymphás-chlorosisos alkat részjelenségének fogják fel. Hogy a lymphás szervek túltengésének a megterhelési deformitásokkal való szövődése nem véletlen, erre nézve Stieda hangsúlyozza azt a szoros kapcsolatot, mely a lymphás szervek s a csontok növekedése között különben is fennáll: felhozza nevezetesen a leukaemiát és a Körner-féle szájpaddformatiót. Körner szerint az orrlégzés gátolt volta a fejlődés korában magas szájpaddformatióhoz vezet. Ha az orrlégzés gátolt volta a fogváltás idején adenoid vegetatióktól van feltételezve, a szájpaddformatiója, mint Körner kimutatta, lényegesen eltér a más okból eredő gátolt orrlégzés (veleszületett choana-elzáródás) folytán létrejövő szájpaddformatiótól, t. i. ilyenkor a szájpadd magas csúcsíves boltozottságán kívül a processus alveolaris a medialis metszőfogak tájékán V alakban megtörik, míg a más okból eredő orrlégzési akadállyal kupolaszerű magas szájpadd jön létre, de a processus alveolaris V alakú megtörése hiányzik. E V alakú fogorsóbból később is arra lehet következtetni, hogy a fogváltás idején adenoid vegetatiók voltak jelen. (Esetünkben a garatmandulák hypertrophiája, pharyngitis granulosa van jelen, adenoid nincs, ellenben kifejezett Körner-féle szájpadd.) Csak közbevetőleg jegyzem meg, hogy e késői rachitises megterhelési deformitásoknak és a lymphaticus chlorosisos constitutio eme gyakori szövődése bizonyos tekintetben alapot nyújt Poncet első tekintetre abszurdnak látszó s tudományosan nem bizonyított teoriájának. Ugyancsak itt kell megemlíteni, hogy a megterhelési deformitás eseteiben gyakori lelet a struma. Erre, mint azt Stieda cikkében olvasom, Levrat figyelmeztetett, ki

10–15 éves gyermekeken scoliosis és struma szövődését találta, a mit Riedinger is gyakran észlelt. Ez a körülmény is Poncet malmára látszik hajtani a vizet, ki egyfelől a rheumatismus tuberculosus, másfelől a thyreoidea cirrhosisa, a struma, illetve Basedow között talált összefüggést, melyeket ő szinte tuberculosusnak tart. Levrat és Riedinger észleleteit tudományosan Eiselsberg alapozta meg, ki kísérleti állatokon a thyreoidea kiirtása után a hosszúnövés gátoltságát találta. A thyreoidea befolyása a csontnövésre a kretineken található epiphysisporc-elváltozásokban is dokumentálódik. (Itt még közbevetőleg megjegyezhetjük, hogy a megterhelési deformitás, coxa vara vagy genu valgum eseteiben gyakran észlelt másodlagos ízületi elváltozások, melyeket Stieda megemlíti s melyek a deformált ízületben, de akár más ízületekben is keletkezhetnek, talán szintén Poncet elméletét látszanak igazolni.)

A thyreoidea és a megterhelési deformitások kapcsolatával elérkeztünk a belső secretiós mirigyeknek a csontrendszerre való befolyásához s a rachitisesnek a belső secretióval való összefüggésére, mire legutóbb, a Madelung-féle deformitással kapcsolatban, különösen Homuth hívja fel a figyelmet szép és tanulságos dolgozatában s az ő gondolatmenetét reprodukáljuk a következőkben. A thyreoidea befolyását a csontok növekedésére az előbbieken láttuk. A hypophysis és a csontrendszer szoros összefüggését dokumentálja az akromegalia körképe s a hypophysis-eredetű infantilismus. A csontrendszer s a thymus szoros összefüggésére Klose szép vizsgálatai derítettek világosságot. Kutyákon a thymust eltávolítva a csontrendszeren typusos rachitises-osteomalaciás elváltozásokat talált, melyek szövettanilag is megfeleltek a Recklinghausen által talált viszonyoknak. Klose egyúttal a csontok mészszegénységét is konstataulta s mert a szénsavas, illetve phosphorsavas mész oldószerei közül a szervezetben egyedül savak szerepelnek, ezek oldóhatásának tulajdonította a csontok mészszegénységét. Ezekből arra következtet, hogy a thymus az a szerv, mely a szervezetben a savképződést gátolja, illetve a főlös savakat megköti s szerinte a kísérletes rachitis, illetve osteomalacia a szervezet lassú savmérgezése, oxypathiája által jön létre. Homuth az emberi rachitise, illetve osteomalaciára is hajlandó átvinni Klose ez állatkísérletek alkalmával nyert eredményeit s a gyermekkori rachitist a thymus functiozavaraként fogja fel. A pubertás korában keletkező malaciás folyamatok okát Homuth szerint oly belső secretiós mirigyekben kell keresni, melyek egyfelől a pubertás korában jutnak physiologiai fejlődésük tetőfokára, másfelől azonban a többi a csontképzést befolyásoló mirigygyel szoros correlációban vannak. E kellékeknek a csíramirigyek (here, ovarium) felelnek meg. Hogy ezek a csontok növekedésére befolyással bírnak, azt részben kísérletek, részben pedig castráltakon nyert tapasztalatok igazolják. Az osteomalacia s az ovarium szoros összefüggését bizonyítja, hogy a graviditás kapcsán jelentkezik és exacerbálódik a bántalom és hogy a Fehling által a betegségben inaugurált castratio a folyamatot megállítja.

E belső secretiós mirigyek szoros correlációban vannak egymással s ez nehezíti eldöntését annak, hogy melyik belső secretiós mirigy mily hatással van a csontfejlődésre. Homuth tanulságos fejtegetéseinek végén oda jut, hogy a szervezet rachitises osteomalaciás folyamatait a szervezetnek a belső secretiós mirigyek által feltételezett oxypathiája okozza. Felállítja azt a hypothesis, hogy a gyermekkori rachitis valószínűleg a thymus, a késői rachitises elváltozások (genu valgum, pes planus, coxa vara adolescentium, cubitus valgus, Madelung stb.) valószínűleg a csíramirigyek functiozavara által van feltételezve, azonban a többi secretiós mirigy szerepét sem vonja kétségbe.

Esetünket a mondottak (lymphás constitutio, belső secretiós zavarok) szempontjából vizsgálva, a tonsillák hypertrophiáját, pharyngitis granulósát és Körner-féle szájpaddot találunk nála. A lymphás constitutio egyéb jelei hiányoznak. A glandula thyreoidea a normalisnál nem nagyobb, de úgy két oldallebenye, mint isthmusa kemény, nem mirigytapintatú. (Cirrhosis?) A thymus vizsgálatainknak hozzá nem férhető;

a hypophysis, a mint azt a sella turcica Röntgen-felvétele mutatja, normalis nagyságú. Az ovariumok funkcióját illetően a nőn a menses 17 éves korában jelentkezett, tehát ugyanakkor, mikor a kéznek deformálódása kezdődött.

Ezek után még csak a Madelung-féle kézdeformitás terapiájával akarok egész röviden foglalkozni. Madelung kezdetben a luxatiót redressálva gipszkötésekkel próbálkozott, kevés eredménnyel. Később látván, hogy a bántalommal járó fájdalmak a pubertás korán túl megszűnnek s csak a kozmetikai szempont szerepel, elállt minden erőlesebb gyógymódtól s csak a kezek kimélését ajánlotta. Egyes esetekben börtök viselésétől látott jó eredményt. Busch a m. palmaris longus s flexor carpi radialis tenotomiáját végezte, azonban a bántalom csak fokozódott. Duplay végezte először a radius linearis osteotomiáját jó eredménnyel. Delbet az osteotomia után recidivát látott. Kirmisson az osteotomiát ékalakban végezte jó eredménnyel. Poulsen két esetben végzett radius-osteotomiát egyikben jó, másikban kevésbé jó eredménnyel. Estor a műtétet csak akkor tartja megengedhetőnek, ha mozgási zavarok vannak. Ha a radius görbült, Duplay-féle osteotomiát, ha nem görbült, az ulna osteotomiáját ajánlja. Mac Lennan a radius ékalakú osteotomiáját tartja célravezetőnek. A szerzők javarésze a műtéti terapiát illetően nagyon skeptikusan nyilatkozik (Sauer, Ewald, Siegrist). A legtöbb Madelung nyomán tisztán palliative járnak el (fixáló kötések, massage, villanyozás, a kezek kimélése stb.), Sokan minden terapiától tartózkodnak. Gasne a terapiát illetően a szerint, hogy milyen időpontban kerül az eset kezelésre, különbözőképp jár el. A míg a bántalom friss (florid rachitis tarda), csak konservatív eljárást ajánl (pihenés, az ízületek manchettenel való nyugalomba helyezése, massage, villanyozás). A műtétet csak akkor ajánlja, ha a rachitises folyamat már gyógyult s csak a deformitás maradt fenn. Esetünkben konservatív jártunk el. Több heti abszolút pihentetés után a fájdalmak majdnem teljesen megszűntek. A megajánlott műtétbe betegünk nem egyezik bele.

Összefoglalás.

1. A Madelung-féle kézdeformitás jól karakterizált, sui generis kórkép. Traumás, arthritises stb. alakok külön választandók.

2. Az elsődleges elváltozás a radius volaris elgörbülése, mi által a kéz a volaris oldalra jut, az ulna dorsalisán promineál. A radius elgörbülése nemcsak volaris, de ulnaris is és sok esetben nemcsak a csont első részére, de egész hosszára is vonatkozik. Az ulna a radioulnaris és ulnocarpalis ízületben luxált. A radius izfelszíne nemcsak volarisan, de ulnarisan is lejtős s a carpussal rendesen izesül. A carpus proximalis csontjai ékalakban összetolódottak.

3. A Madelung-féle deformitás a felső végtag késői rachitises elváltozása. Befolyással lehetnek reá a lymphás-chlorosisos constitutio és a belső secretio zavarai. Hereditás és professionalis trauma elősegítheti a bántalom létrejöttét.

4. Az operatív therapia nem jár biztos eredménnyel, de főlősleges is, mert a fájdalmak a pubertás korán túl megszűnnek. Fájdalmak esetén a kezek kimélése célra vezet.

Irodalom. Dupuytren: Leçons orales de clinique chirurgicale, I. kötet, 164. lap (Páris, 1832), cit. Madelung után. — Malgaigne: Traité des fractures et des luxations. 1855, II. kötet, 711. lap. — Weber C. O.: Chirurgische Erfahrungen und Untersuchungen. Berlin, 1859, 231. lap. Cit. Madelung nyomán. — Busch W.: Lehrbuch der Chirurgie. Berlin, 1864, II. kötet, 3. rész, 111. lap. Madelung nyomán. — Nélaton A.: Elements de pathologie chirurgicale. Paris, 1874, III. kötet, 195. l. Citálva Madelung nyomán. — Jean: Luxation incomplete congénitale du poignet. Bull. de la soc. anat., 1875, 28. sz. Siegrist nyomán. — Madelung: Die spontane Subluxation der Hand nach vorne. Archiv f. klin. Chirurgie, 1879, 23. kötet. — Félix: Étude sur la subluxation spontanée du poignet en avant. Thèse de Lyon, 1884—85, 246. sz. Idézte Siegrist nyomán. — Duplay S.: De l'ostéotomie linéaire du radius pour remédier les difformités du poignet soit spontanées, soit traumatiques. Arch. gén. de méd., 1855, 385 l. — Redard: Sur une deformation rare du poignet. Arch. gén. de médecine, 1892, II. kötet, 651. lap. Siegrist nyomán. — Guépin A.: Laxite congénitale de l'articulation radio-cubi-

tale inférieure et subluxation consécutive de la tête du cubitus en arrière. Revue de la société de biologie, 1892 júlus 2, 627 lap. Siegrist nyomán. — V. Bergmann: Deutsche mediz. Wochenschrift, 1888, 861. lap. Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. — Malfuson: Deformation du poignet d'origine probablement rachitique. Thèse de Paris, 1894, 543. szám. Siegrist nyomán. — Hoffa: Lehrbuch der orthopädischen Chirurgie. Fünfte Auflage, 1905. 510 lap. — Féré Ch.: Notes sur les difformités de développement du cubitus et de la clavicule. Revue de Chir., 1896, 398. l. — Jagot: Sur un vice hereditaire de conformation des deux poignets. Arch. méd. d'Angers, 1897, 4. szám 159. lap. Siegrist nyomán. Nélaton Ch.: Luxations. Duplay és Reclus „Traité de Chirurgie“-jából, 1001—1907, III. kötet, 124. oldal. (Siegrist nyomán.) — Guéry A.: Un cas de luxation progressive du poignet (subluxation spontanée de Madelung). Revue d'orthopédie, 1898 júlus 1, 4. szám, 247. lap. — Delbet: Carpus curvus. Leçons de clinique chirurgicale. Paris, 1899, 161. lap. Siegrist nyomán. — Custodio Cabeça: Subluxação espontanea del punho. Carpus curvus. Rev. port. méd. et chir. prat., 1899 május 30, 593. oldal. Siegrist nyomán. — Deckeysen C.: Subluxation spontanée du poignet. (Subluxation de Madelung.) Journal médical de Bruxelles, 1901, 42. szám, 593. oldal. Siegrist nyomán. — Kirmisson E.: Les difformités acquises de l'apppermeil locomoteur pendant l'enfance et l'adolescence. Paris, 1902, 363. lap. — Gevaert: Un cas de subluxation du poignet de Madelung. Luxations progressive des adolescent (Kirmisson). Revue de orthopédie, 1902 szeptember 1, 335. lap. — Ardonin: Un cas de luxation congénitale incomplète du poignet. Revue d'orthopédie. 1902 szeptember 1, 351. lap. Poulsen nyomán. — Abadie J.: De la luxation progressive du poignet chez l'adolescent. Revue d'orthopédie, 1903 november 1, 481. lap. — Cnopf: Ueber Madelung's spontane Subluxation des Handgelenks. Festschrift für Hofrat v. Göschel im Zentralblatt für Chirurgie, 1903, 21. szám. — Barthes L. Ch.: De la luxation progressive du poignet chez l'adolescent et chez l'adulte. Thèse de Paris, 1904, 495. sz. Siegrist nyomán. — Poulsen Kr.: Ueber die Madelung'sche Deformität der Hand. Archiv für. klin. Chir., 75. kötet, 2. füzet, 506. lap. Berlin, 1904. — Schulze H.: Ein Fall von spontaner Subluxation der Hand nach unten. (Dupuytren-Madelung'sche Subluxation.) Münchener med. Wochenschrift, 1905, 30. sz. — Volkmann Th.: Ueber Madelung'sche Subluxation der Hand nach unten. Diss. Leipzig. 1905. — Putti V.: La deformita de Madelung. Arch. internat. de Chir., III. kötet, 1. füzet. — Schade A.: Kasuistischer Beitrag zu den Luxationen im Handgelenk auf Grund pathologischer Zustände. Diss. Kiel, 1906. Siegrist nyomán. — Sauer F.: Die Madelung'sche Deformität des Handgelenks. Beiträge für klinische Chirurgie, 48. kötet, 1. füzet, 179. lap. — Siegrist Hans: Ueber manus valga oder sogenannte Madelung'sche Deformität des Handgelenks. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1908, 91. kötet, 524. lap. — Franke: Zur Anatomie der Madelung'schen Deformität. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 92. kötet, 156. lap. — Bennecke: Verhandlungen der Gesellschaft für Chirurgie, 1904. Pels Leusden nyomán. — Pels Leusden: Deutsche medizinische Wochenschrift, 1907: Ueber die Madelung'sche Deformität der Hand. — Ewald Paul: Zur Aetiologie der Madelung'schen Deformität. v. Langenbeck's Archiv, 84. kötet, 4. füzet. — Estor: De la subluxation congénitale du poignet. Revue de Chir., XXVII. kötet, 8. és 9. szám. — De Witt Stellen, New-York: Zur Frage der sogenannten Madelung'schen Deformität des Handgelenks mit besonderer Rücksicht auf eine umgekehrte Form derselben. Zentralblatt für Chirurgie, 1903, 31. sz. — Burnier et Neveux: Luxation bilatérale et symétrique de l'extrémité inférieure du cubitus en arrière avec radius curvus. Arch. gen. de Chir. 1909, IV. kötet, 8. sz. — Gaugele: Madelung'sche Handgelenksdeformität. v. Langenbeck's Archiv, 88. kötet, 4. füzet. — Ewald Paul: Die Madelung'sche Deformität als Symptom und Krankheit sui generis. Zeitschrift f. orth. Chir., 1908, 23. kötet. — Gaugele: Gibt es eine genuine Madelung'sche Handgelenksdeformität? Zeitschrift f. orth. Chirurgie, 1909, 24. kötet. — Marsan: Sur un nouveau cas de maladie de Madelung. Arch. gen. de chirurg., 1908. — Poncet et Leriche: La maladie de Madelung. (Gazettes des hôpitaux, 1909, 16. sz. — Springer Carl: Zur Kenntnis der Madelung'schen Deformität des Handgelenks. Zeitschrift für orth. Chirurgie, XXIX. kötet. — Brandes Max: Zur Madelung'schen Deformität des Handgelenks. Zeitschrift für orthopädische Chirurgie, XXVII. kötet, 3. és 4. füzet. — Stockes A. C.: Spontaneous forward dislocation of wrist joint. Arch. for surgery, 1910, 52. kötet. — Gasne: La maladie de Madelung. Revue d'orthopédie, 5. és 6. szám, 437. lap. — Homuth Ottó: Die Madelung'sche Deformität in ihrer Beziehung zur Rachitis. Beiträge zur klinischen Chirurgie. — Melchior Eduard: Ueber die Kombination von symmetrischer Madelung'schen Handgelenksdeformität mit doppelseitiger metakarpaler Brachydaktylie. Zeitschrift für orthopädische Chirurgie, 1912, XXX. kötet. — Levy: Ueber Madelung'sche Handgelenksdeformität. Berliner klinische Wochenschrift, 1909, 10. sz. — Magnus Georg: Ueber Madelung'sche Deformität. Medizinische Klinik, 1912, 51. szám. — Mc Lennan: Report of a case of Madelung's deformity. Brit. med. journ., 1909, sept. 18. (Ref.) — Stieda: Zur Aetiologie der Belastungsdeformitäten und über verwandte Gelenkserkrankungen. Deutsche Zeitschrift f. Chir., 1906, 88. kötet.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Alexander: Die Untersuchungen der Nieren und der Harnwege mit X-Strahlen. Otto Nemnich, Leipzig, 1912.

Az előttünk fekvő munka a vese, ureter és hólyag röntgenezésének monographiáját nyújtja. Megismertet azokkal a képekkel, melyeket a normalis és a megnagyobbodott vagy helyzetét változtatott, köveket vagy mészképződményeket tartalmazó vese nyújt s megismertet az ureterben és húgyhólyagban levő kövek Röntgen-képeivel. A szerző mindenütt saját tapasztalataira épít s azt, a mit mond, érdekes kórtörténetekkel és saját maga által készített felvételek alapján készített tanulságos skizmekkel illusztrálja. A könyv méltán tarthat számot nemcsak az urologusok és röntgenológusok, hanem mindazoknak az érdeklődésére, a kik a vesediagnostika haladása iránt érdeklődnek.

P.

Über den Nervenmechanismus der assoziierten Augenbewegungen. Von weil. Andreas Högyes. Übersetzt von Dr. Martin Sugár in Budapest. Urban und Schwarzenberg, Berlin-Wien, 1913 (XII + 216 lap).

Mindnyájan tudjuk, hogy Högyes Endre úttörő munkája az asszociált szemmozgások idegmechanismusáról csakis magyarul jelent meg teljes terjedelmében. Tudjuk és — sajnáljuk. Nyelvünk elszigeteltsége elvesztette teszi legértékesebb productionkat is a külföld részére. Csoda-e, ha ily módon prioritási viták keletkeznek, mint a hogy keletkeztek a Högyes által felfedezett kísérleti eredmények felett is?

A mit 1881 óta elmulasztottunk, azt most — post tot discrimina rerum — egy emberöltő leforgása után, megtette Sugár Márton. Köszönettel tartozik neki a magyar tudományosság, hogy Högyes munkáját kifogástalan német fordításban átadta a világliteratúrának, melynek hosszú időn át hiánya volt a Högyes munkájának nembirása. Elsőbbségi aspirációknak, jó- és kevésbé jóhiszemű félremagyarázásoknak egyszersmindenkorra útját vágta Sugár fordítása. Ez nagy érdem.

Örömmel kell, hogy eltöltsenek bennünket azok a visszhangok, melyek máris oly gyorsan verődtek vissza a külföldről. Fleischer tanár (Tübingen) azt írja a Münchener medizinische Wochenschrift 12. számában: „Die Arbeiten Högyes' sind auch heute noch von grösstem Werte und es ist daher die vorliegende einwandfreie Übersetzung von Sugár nur zu begrüßen.“ Salus magántanár: „Das Studium des nicht nur vom historischen Standpunkt bedeutenden Buches sei Allen, die sich für dieses so moderne und wichtige Forschungsgebiet interessieren, warm empfohlen“ (Prager med. Wochenschrift, 13. szám). Brunnings (Jena) azt írja: „Sugár hat der historischen Gerechtigkeit und der Wissenschaft seines Vaterlandes bleibenden Dienst erwiesen“, stb. stb.

Ime az első recenziók Sugár könyvéről. Bizonyára a következő többi referatum is ezen elismerés hangján fog csak írhatni, mert a munka megérdemli azt. Nem hallgathatom azonban el, hogy munkájának előszavában Sugár nagyon sokat ártott egy másik magyar ügynek. Hát nem vette észre Sugár, hogy mily hosszú viaskodásra volt szükség a külfölddel, a míg elhitték nekünk a bebizonyított tény, hogy Semmelweis-ünk, kimutathatólag a XVII. századig, magyar elődök leszármazottja volt? Hogy magyar volt érzelmeiben, hogy magyar volt nemcsak születése helye, de működésének súlypontja alapján is? Azt írja róla Sugár: „Während aber Semmelweis, wie schon sein Name zeigt, eine mächtige Eiche aus dem grossen deutschen Walde, lange an der Alma mater Vindobonnensis tätig, deutscher Kraft und deutschem Geiste entsprungen...“. Milyen nembánomsággal rugta karikára Sugár hosszas küzdelemünknek már-már consolidált eredményét. Ezt nem jól tette. Az igazságnak azonban tartozunk vele, hogy megismételjük az elismerés meleg szavait

azért a nagy fáradságáért, melylyel Högyes emlékének, azért a lelkesedésért, melylyel egy szintén szívünkhöz forrt másik magyar ügynek áldozott. Győry.

Lapszemle.

Belorvostan.

Diabetes mellitusnak cukorklysmával való kezelésével elért eredményeiről számol be H. Luthje. Arnheim volt az első, a ki kimutatta, hogy a diabeteses szervezet a végbélen át adott szőlőcukrot jobban értékesíti, mint a táplálék útján felvett cukrot. A szőlőcukornak rectalis alkalmazására legcélszerűbbek a cseppentő csőrök (Tropfklistiere), melyen át akár 2 liter folyadék is felszívódhat a rectum nyálkahártyáján. Az alkalmazott 5·4%-os szőlőcukoroldat esetén tehát akár 100 gr. tiszta szőlőcukor juthat felszívódásra. Az így alkalmazott szőlőcukor tényleg felszívódik s jobban oxydálódik, mint a per os felszívódásra jutó szőlőcukor; ezt bizonyítja egyrészt az, hogy 7—8 órával később a végbélből viszontnyert oldatban a szőlőcukor koncentrációja alig változott meg, ezenkívül az így felszívódásra jutott cukor hatása alatt az acidosis csökkent. A mi azonban közvetlen bizonyítékul szolgálhat, az az, hogy a vér cukortartalma jelentékeny emelkedést mutatott az ily csőrök alkalmazása esetén. Az ily módon felszívódott s a vérbe jutott cukor oxydatio-javulásának okául nem szolgálhat a cukor felszívódásának lassúsága, mert ha a per os adott cukrot kortyonként adagolta is, ez mitsem befolyásolta a cukor értékesíthetőségét. Úgy látszik, a cukor bekebelezésének a helye jelentősegteljes e tekintetben, mert ha ugyanolyan cukoroldatot fecskendezünk be a vena femoralisba, illetve a vena portaebe, akkor ez utóbbi esetben a cukorkiválasztás jelentékenyen fokozódni fog. (Die Therapie der Gegenwart, 1913, 5. füzet.) Galambos.

Sebészet.

A nephrektomizáltaknak késői sorsáról értekezik Kümmel. Különösen a vesetuberculosis nyújt e tekintetben igen érdekes képet. 150 eset közül 5 betegen volt mindkét oldali gümőkór, mért is csak nephrotomia végeztetett. A 145 nephrektomizált közül 30 meghalt az első 6 hónapban a műtét után, az életben maradt 115 közül egy meghalt egy év múlva, egy 1½ év, 4 két év múlva, egy 3 és 7 négy-öt év múlva, még pedig leggyakrabban a másik vese gümőkórjában vagy általános gümőkórban. Maradandó gyógyulást (2—25 év) az esetek 75—80%-a mutat, a daganatok miatt operáltak gyógyulási eredménye azonban sokkal rosszabb. Jobb a prognózis, ha a tumor a vese tokját még nem törte át. 58 rossztermészetű daganat miatt operált beteg közül az első 6 hónapban 19 halt meg. A többi 39 eset közül 11 beteget sorsáról nem tud, 10 esete 2—3 évvel a műtét után még recidivantes volt és 12 beteget 4—15 év óta; 6 patiente még kezelés alatt áll. A hydronephrosis (35 eset) és pyonephrosis (118 eset) miatt operáltak késői sorsa igen jó, ha a másik vese egészséges volt a műtét alkalmával. A szerző az egy vesével bírók terheességét is tanulmányozta 17 esetben. Egy beteget kivételével, a hol nephritis keletkezett a graviditas alatt, a szülés teljesen normalis volt, épp oly zavartalanul folyt le, mint teljesen egészséges nőknél. Vele született egy vese esetén trauma vagy kő a vesében igen rossz prognosztis nyújt. A szerző oly jó eredményeket látott a nephrektomiák után az egy vesével élőkön, hogy szerinte ez sem házassági akadály nem lehet, sem életbiztosítás alkalmával oka az elutasításnak.

Baetzner a Bier-klinika tapasztalatait ismerteti nephrektomiák után. Gümőkóros vesék esetén hasonlóképpen jók az eredmények (100 nephrektomizált közül életben van 60), míg daganatok esetén kevésbé.

Voelcker is a műtét beavatkozást tartja helyesnek vesegümőkór eseteiben, mert ha a sajtos gócz igen kicsiny is, annak magától gyógyulása nem valószínű.

Tietze lehetőleg a graviditás elkerülését ajánlja egy vesével bíró nőknél, mert uretercompressio jöhet létre. (Berl. klin. Wochenschr., 1913, 16. szám.) *iff. Hahn Dezső. dr.*

Szülészeti és nőorvostan.

A méhráknak Röntgen- és mesothoriumsugarakkal való kezeléséről ír *E. Bumm* tanár. 6 évvel azelőtt kiderítette már *Lassar*, hogy a bőr epitheliomáit Röntgen- és radiumsugarakkal való kezeléssel végeredményesen ki lehet gyógyítani. Ezeket a cancroidokat azonban azelőtt a különböző edzőszerekkel is elég eredményesen lehetett gyógyítani. Egész másként volt a dolog a lágy carcinomákkal, a melyek a nyálkahártyákból vagy mirigyekből vették eredetüket. Ezek gyors növekedésük következtében, továbbá, mivel már korán metastasisokat képeztek a közvetlen környékben és a nyirokmirigyekben, mindig nehezen voltak gyökeresen kigyógyíthatók. Bár itt is időnkint elég jó eredményeket értek el, a betegségnek közvetlen tüneteit illetőleg (a rákos csomók és infiltrációk visszafejlődése, a szétesési tünetek, ú. m. a vérzés és eves folyás megszűnése stb.) azonban a méhben az újképződés tovább terjedt és a betegek cachexiában elpusztultak. Már régebben közöltek (*Kaiserling, Bashford, Wickham és Degrais*) szövettani változásokat, a melyeket az ilyen besugárzás a mirigy- és nyálkahártyából kiinduló rákokban okozott. Nevezetesebb eredményt azonban nem sikerült elérni. *Bumm* jelen közleményében felhívja a figyelmet arra, hogy körülbelül egy-két év óta két irányban fejlesztette ez a besugárzási terapiát. Egyrészt kitapasztalta, hogy kemény csövek alkalmazása és a sugaraknak megfelelő szűrése által az ép szövetnek károsodása nélkül sokkal nagyobb mennyiségű Röntgen-sugaraknak lehet a test mélyébe irányítani. Ez a mélybesugárzás nem hasonlítható össze a régi eljárásokkal, a mikor a lágy sugaraknak kis mennyiségűt alkalmazták, melyeknek legnagyobb része már a legfelszínebb rétegekben resorbeálódott. Másrészt a mesothoriumnak ipari előállítására nagyobb mennyiségben lehetővé tette azt, hogy nagyobb mennyiségű és éppen ezért sokkal hatékonyabb radioactiv anyagokat a testüregekben olyan mélységeiben alkalmazhassunk, a hol a Röntgen-sugaraknak az applicatiója nehézkes. Itt emlékezik meg *Bumm*, hogy radiumkísérleteket ezelőtt 7 évvel is végeztek már, akkor azonban mindössze 1—2 milligramm radiumsója volt, míg jelenleg több száz milligramm mesothorium áll rendelkezésre. Már egy év előtt demonstrált 2 olyan esetet, a melyekben az intenzív besugárzás teljesen inoperabilis méhrák esetében a véres, eves folyás megszüntét és az egész processus összezsugorodását eredményezte. Ezek közül az egyik annyira javult, hogy a méh kiirtását is el lehetett végezni. *Franz* szintén közölt egy esetet, a melyben a javulás annyira szembeszökő volt, hogy a beteg magát teljesen kigyógyultnak tartotta és a műtétbe bele nem egyezett. *Bumm* 12 oly esetet közöl — portio- és collumcarinomákat —, a melyekben jó gyógyulási eredményeket ért el a rákos folyamatnak szinte hihetetlen mértékben való teljes eltűnésével. Minden esetre ezek az eredmények sokkal rövidebb időre vonatkoznak, semhogy végleges gyógyulásra merne következtetni.

Annyit azonban már most is lehet mondani, hogy a hol Röntgen-, radium- vagy mesothorium-sugarak a szöveteket bizonyos intenzitással érik, ott a rákos újképződés tönkremegy. Ez elsősorban érvényes a keményes rákokra, a bőr cancroidjaira és a bőséges stromával bíró laphámrákokra, azonban a mirigy- és nyálkahártyából kiinduló rákok, valamint az adenocarcinomák is reagálnak ezen sugarakra, a hol elég nagy sugármennyiséggel dolgozunk, ott a rákos sejtek vacuolakepződés és magoszlás közben tönkremennek. S ez az elváltozás sokszor elég hamar létrejön; egy esetben 9 napi besugárzás után már 1 cm.-nyi mélységben nem lehetett a szövetben carcinomás elváltozást találni.

Fontos azt tudnunk, hogy a sugarak nemcsak a felszínes részekben, hanem a genitális tractus mélyében mennyire hatnak, azután bírnak-e hatással az esetleg fennálló metastasisokra

és a környéki nyirokmirigyekre? Erre vonatkozólag még igen kevés vizsgálódás történt; *Bumm*-nak egyik (obdukált) esetében a méhben rákos gócot nem lehetett találni, de intact áttétel volt a vesébe; egy más esetben csak pár rákos csomót lehetett szövettanilag a vaginalisan kiirtott méhben találni.

A hüvely, a külső genitáliák és a húgycső rákja eseteiben az eljárásnak határozottan nagy jövője van. Ugyanez áll az idősebb asszonyok méhnyakrákja eseteiben is, a melyeknek lassúbb továbbterjedési hajlamuk van. Ezek a relative felszínesen fekvő újképződések jobban megközelíthetők a besugárzás számára és az eredmény is a besugárzás által tökéletesebb lesz klinikai szempontból, mint műtét után, a menyében az említett testrészeknek működése érintetlen marad.

Bizonyos az is, hogy inoperabilis méhrák eseteiben az eljárás mód fölötté áll minden eddigi kezelésnek és a műtét utáni recidiva esetén is sokkal többet érnek, mint a recidivaműtétek. Tekintettel arra, hogy az intenzív mélybesugárzási eljárásnak tanulmányozása még kezdeti stádiumban van, *Bumm* reméli, hogy a technikai rész tökéletesedésével még fontosabb újabb felfedezéseket fogunk megélni. (Berl. klin. Wochenschr., 1913, 22. sz.)

Scherer.

Gyermekorvostan.

A kanyaró képét a köztakarón tanulmányozta pontosan *Pirquet* (Wien). 46 esetről sémás rajzokat készített, hogy a kiütést minden egyes napon híven tüntesse fel. Ezen tanulmánya közben a következőket észlelte.

Kezdet: A kanyarós kiütés elszárt vörös göbcsék alakjában kezdődik a fejen és a törzsön a következő sorrendben: a fülek mögött, a hát felső részének közepén, a száj és az orr körül, az ajkakon és a fülek előtt, a homlokon, ritkán és elszártan a mellkason és a hason. Ezután átlagban három nap alatt az egész testen elterjed a kiütés.

A második nap kezdetén a fejen és törzsön a csipőtaréjig sűrű a kiütés, az arc felső és középső részében egész intenzív, gyéresebb a mellkason, hason, vállakon és a felkarok belfelületén. A karon, a czombon, a térdeken, a farpofákon és a lábszárak belfelületén a kiütés kezdetét látjuk csak elszárt göbcsék alakjában. A lábszárak hátulsó felülete, a lábak, a térdhajlás és a könyök még szabadok.

A harmadik nap kezdetén a kanyaró már teljesen kifejlődött, vagy még a most leírt állapotban van. Általában mégis a következő elterjedést észleljük ekkor: A fejen, a törzsön, a vállakon, a felkarok és a czombok elülső felületén a kiütés intenzív, kevésbé a felkarok háti felületén, az alkarokon és a czombok háti felületén, míg a térdeken, a lábszárakon, s a kezeken csak gyér kiütés mutatkozik.

A negyedik és ötödik napon a kiütés teljesen kifejlődött, csak a farpofák, lábfők és a könyök vannak gyakrabban visszamaradva.

A kiütés elhalványodása. A kiütés megjelenése alkalmával élénk vörös, 1—2 nap alatt a vérbőség csökken és egyidejűleg enyhe pigmentációt hagy hátra. Az elhalványodás rendszerint a homlokon kezdődik, a hol a kiütés már a második nap kezdetén veszít erősségéből. A harmadik nap kezdetén általában a homlok és a hajzatos fejbőr erősen elhalványodott, kezdődő elhalványodást észlelünk az arczon, a törzsön és a vállakon. A negyedik nap kezdetén a végtagokon is elhalványodik a kiütés, míg a homlokon és a hajzatos fejbőrön a gyöngye festékesség is eltűnt. Végül az ötödik napon a fejről a kiütésnek minden nyoma eltűnt, míg a test egyéb részein a festékesség még kifejezett.

Az egyes kivirágzások tartama és alakja. A kiütésnek teljes kifejlődéséhez a test minden egyes helyén három napra van szüksége. Az utoljára jelentkezett kivirágzások gyorsabb lefolyásúak, halványabbak és gyakran minden festékesség hátrahagyása nélkül tűnnek el. Az egyes efflorescentiák többnyire mint igen kis piros follicularis kiemelkedések kezdődnek, gyakran anaemiás udvartól körüvezettek, minden irányban nagyobbodnak, a szomszédos kivirágzásokkal összefolynak

és annyira bevonják a köztakarót, hogy csupán gyér világos szigetek maradnak vissza az ép köztakaróból.

A kiütést általános okok csak kevésbé befolyásolják. Nyáron látszólag valamivel gyorsabban fejlődik a kiütés, mint télen. Kis gyermekeken a kiütés gyakrabban tökéletlen, mint nagyobbakon. Testvérek kiütésének alakja rendkívül szokott hasonlítani egymáshoz, de ugyanazon vírussal történt egyidejű fertőzés folytán is hasonló a kiütés.

Igen erős a helybeli okok befolyása a kiütés lefolyására. Idősülten vérbő helyeken a kiütés korábban kezdődik, mint normalis köztakarón. Vérczegény helyeken gyérebb a kiütés, mint normalis helyeken. Bőrizgató szerekkel és pangással sikerült néhányszor a kiütést mesterségesen befolyásolni, feltéve, hogy ezen eljárásokat legkésőbb egy nappal a kiütés megjelenése előtt végezte. Mustáros borogatás következtében a kiütés összefolyt, míg a környezetben csak gyéren volt. Pangás késleltette a kiütés megjelenését.

Ezután a kanyarós kiütés törvényszerű lefolyásának magyarázatát keresve, a bőrdegek és bőrerek eloszlásával kísérlete meg azt összefüggésbe hozni. Ámde az érző idegek eloszlódása egészen más, s így ezt a magyarázat körébe vonni nem lehet, míg a bőrerek lefutásával sok a hasonlatosság. A kiütés elterjedése szerinte azon szabályt követi, hogy annál előbb jelentkezik, minél közelebb fekszik az illető bőrterület arteriális úton a szívhez és a nagy erekhez és minél élénkebb a keringése.

A kanyarós kiütés lényegét illetőleg elméletet állít fel, mely szerint a kiütés apotoxikus reakciók következménye. (Zeitschrift f. Kinderheilk., VI. köt. 1., 2., 3., füzet.) *Flesch.*

Orr-, torok- és gégebajok.

A **habitualis hangszalaghűdésről** ír *Hermann Gutzmann*. Szerinte ha oly gyermek, a kin hysteriás tüneteknek nyoma sincs, hosszabb tartó hevenyész gégehurut kapcsán, a hurutos jelenségek elmúltával hangszalaghűdést találunk, ennek valóságos okát nem a gégeizmok hűdésében kell keresnünk, hanem abban, hogy a gyermek a rekedt, érdes hangon való beszédet megszokta. Ilyen megszokásból eredő hűdés főképpen a gyermekkorban támadnak, mert a gyermekek mozgás-képzetei még nem consolidáltak; támogatja ezt az a tapasztalat, hogy 7—8 éves, de még jóval idősebb (14 éves) gyermekek is, ha megsüketülnek, meg is némulnak, a beszédmozgási képzetek igen rövid időn belül elvesznek; ily esetekben a szerző szerint e képzetek még igen lazák voltak s folytonos serkentésükre volt szükség adaequatus ingerek kiváltása útján, mint a milyenek a beszéd és hallás. A gyermekekkel ellentétben a felnőttek, ha meg is süketülnek, nem némulnak meg, beszédjük csupán csekély eltérést mutat érthetőség és zenei accentus tekintetében. A habitualis hangszalaghűdéshez hasonló jelenség az, a mikor kis gyermekek már rövid időn át betegágyban való fekvés után eltanulják a járást, a mikor nem gyöngeségük miatt nem tudnak járni, hanem azért, mert elvesztették a mozgásképzeteket.

Az **ínyvitorla megszokásos hűdése** gyakran akkor fejlődik ki, ha a velum musc. levatorja erősen előhúzatik, mint az orrgaratban történő egyes műtétek alkalmával. A levatornak habitualis hűdése rhinolalia apertában nyilvánul. Nem ritka az sem, hogy adenoid vegetatiók eltávolítása után, noha a velum jelentékenyen nem vongáltatott, az ínyvitorla működési kiesése áll fenn s a rhinolalia clausa helyébe teljes rhinolalia aperta lép. A gyermek ugyanis az adenoid vegetatióknak évek hosszú során át jelenléte ideje alatt az orrgaratnak a vegetatiók okozta elzárása folytán az ínyvitorla prompt mozgását nem tanulta meg vagy ismét elfelejtette. A gördülékeny beszédhez az ínyvitorla izomzatának váltakozó contractiója és elernyesztése szükséges, a mi az említett esetekben nem történik meg, az ínyvitorla beszéd közben petyhüdt helyzetben marad. Ezen esetekben tehát az ínyvitorla mozgásainak habitualis kirekesztése már a vegetatiók eltávolítása előtt történt és így érthető, hogy a műtét után a rhinolalia clausa rhinolalia apertává változott át. (Berliner klinische Wochenschrift, 1912, 47. sz.) *Safranek dr.*

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A **menthospirin** nevű új acetylsalicylsav-mentholkészítményt, a mely 0.25 grammos gelatinatokokban kerül forgalomba, *Loewenheim* jó eredménnyel használja gége- és légcsőhurut, valamint nátha eseteiben. Naponként 2—3-szor adandó 2—3 tok. (Med. Klinik, 1913, 19. szám.)

Vesekőbetegség eseteiben nagyon jó eredménnyel használta *Höhn* a natrium bicarbonicumot és lithiumot bőven tartalmazó *radeini* vizet nagy mennyiségben (naponként 4—5 liter). Ez a kúra természetesen nem ajánlható mindenkinek; elsősorban teljesen ép szívet és érrendszert feltételez; az emésztőszervek bizonyos betegségei, főleg a gyomortágulat, nemkülönben a vesebajok szintén ellenjavallják a használatát. (Oesterreichische Aerzte-Zeitung, 1913, 7. és 8. sz.)

Diabetes némely esetében *Buttersack* kedvező eredményt ért el magnesiumperhydrollal, a melyből 0.5 grammos adagot adott naponként 5—6-szor. A vizelet cukortartalma tetemesen csökkent és az általános állapot is javult. A szer használatának abbahagyásakor azonban ismét növekedett a vizelet cukortartalma. (Fortschritte der Medizin, 1913, 19. szám.)

Csecsemők spasmophiliája ellen *Blühdorn* (göttingeni gyermekklinika) a következő összetételben ajánlja a calciumchloridot: Rp. Calcii chlorati (sicci) 10.0; Liqu. ammonii anisati 2.0; Gummi arabici 1.0; Saccharini qu. s.; Aquae ad 200.0. M. D. S. 10 cm³-t naponként többször. Klysma alakjában is adható a calciumchlorid 2 1/2%-os oldatban. (Berliner klin. Wochenschrift, 1913, 23. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1913, 24. szám. *Révész Victor*: Ritka Röntgen-leletek. *Szántó Manó*: A kiterjedt psoriasis kezelése kérdéséhez. *Herzog Avigdor*: Védekezés a cholera ellen a határállomásokon.

Orvosok lapja, 1913, 25. szám. *Fáykiss Ferencz*: Adatok a subcutan májsérülésekhez.

Budapesti orvosi ujság, 1913, 25. szám. *Turán Géza*: Laboratóriumi vizsgálatok ipari mérgezésekkel és baleseti sérülésekkel. „Urologia” mellékletében: *Remete Jenő*: A Bassini-féle műtét jelentősége a prostatahypertrophia terápiájában. *Vajda Miklós*: Egy újabb összetételű bactericid szer (a choleval) a gonorrhoea terápiájában.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Kaiser Károly* dr. közegészségügyi felügyelőt a király a központi bakteriologiai és közegészségügyi vizsgálóállomás vezetőjévé a VI. fizetési osztályba kinevezte. — *Stranc Gyula* dr.-t a vásárhelyi kórházhoz belorvossá, *Látrányi Sándor* dr. büdsszentmihályi községi orvost a mizsérfa bányorvosává, *Sándor László* dr.-t a székesfehérvári szent György-kórházhoz és *Kiszely József* dr.-t a losonci kórházhoz alorvossá nevezték ki.

Választás. Mosonbátfalun *Klug Alajos* dr.-t körorvossá választották meg. — A fő- és székvárosnál üresedésben lévő tisztiorvosi állásokra a közgyűlés *Baintner Imre*, *Barta Gábor*, *Hollós Gábor*, *Pauer Károly* és *Tóth Zsigmond* dr.-okat választotta meg.

Liebermann Leó dr. egyetemi tanárt az országos közegészségügyi tanács másodelnökévé nevezte ki a belügyminister.

A **közegészségügyi felügyelők szolgálatának újjászervezése** tárgyában a belügyminister rendeletet bocsátott ki, mely szerint az ország nyolcz közegészségügyi felügyelői kerületre lett beosztva. A kerületek székhelyei és felügyelői a következők: 1. Budapest — *Téry Ödön* dr.; 2. Pozsony — *Fáy Aladár* dr.; 3. Szombathely — *Posztyán Lajos* dr.; 4. Kassa — *Neuwirth Elek* dr.; 5. Debreczen — *Blum Ödön* dr.; 6. Szeged — *Kerekes Pál* dr.; 7. Temesvár — *Hollaender Hugó* dr.; 8. Kolozsvár — *Sörös Miklós* dr. A főfelügyelői teendők végzésével a belügyminister *Hajós Béla* dr.-t bízta meg és mellé szolgálat-tételre *Hajdu Imre* dr. egészségügyi felügyelőt rendelte ki.

A „**Stefánia**” gyermekkórház-egyesület június hó 15.-én tartotta meg 74. évi rendes közgyűlését gróf *Zichy Agost* v. b. t. t. elnöke alatt. A lefolyt 1912. évben a kórház 160 ágyán 1841 gyermeket kezeltek, a kórházzal szerves kapcsolatban levő egyetemi gyermek-klinika helyiségében pedig 22.297 beteg részesült poliklinikai ellátásban. Eredményesen működött a csecsemőosztály és a közel jövőre egy önálló tuberculosis-osztály létesítése van tervbe véve.

Meghalt. *Rosler Henrik* dr. brassói orvos 48 éves korában. — *Láng Frigyes* dr. soproni főorvos. — *Th. Weyl* tanár, a közegészség-tan magántanára a charlottenburgi műegyetemen, a közegészség-tan

nak ismert irodalmi munkása, június 6.-án, 62 éves korában. — A. Mavro, az elmekörtan rendkívüli tanára a torinói egyetemen. — G. H. Powers, régebben a szemészet tanára a san-franciscoi California-egyetemen.

Kisebbségi közlések az orvostudomány köréből. A kötelező fertőtlenítést valamennyi halálesetben ajánlotta Landouzy a párisi „Académie de médecine” május 13.-án tartott ülésén. — A leukocytolysis (a fehér vérszövetek oldódása) Manoukhine szerint legfőbb védője szervezetünknek a különböző fertőzések és mérgezések ellen. Ebből kiindulva, a lép aktivitásának fokozására törekszik, mert ezen szerv termeli a leukocytolysint. Ezen célra a röntgenkezelést ajánlja és néhány esetet ismertet (influenza pneumonia, előrehaladt tüdőgyümökör), a melyben ezen eljárás jó eredményre vezetett. (La semaine médicale, 1913, 21. szám.) — Hydrocele gyógyítására Moresin a folyadék teljes kibocsátása után kétannyi vízzel hígított formolból 2–3 cm³-t fecskendez be a tunica vaginalisba. (Soc. de chirurgie, 1913, május 14.) — A neosalvarsan Wolff és Mulzer szerint még kisebb adagokban is sokkal mérgezőbb, mint a salvarsan; ambulans használatától óva intenek. (Berliner klin. Wochenschrift, 1913, 19. szám.) — Heveny otitis media egy esetében a betegség tetőfokán erős glykosuria állott be, a mely a fülgyulladás javulásával csökkent és végül teljesen eltűnt. (Zeitschrift für Ohrenheilkunde, 67. kötet, 3. és 4. füzet.)

Személyi hírek külföldről. Egy névtelen adakozó 600.000 frankot és 10.000 négyzetmetert területet ajándékozott a párisi Collège de France-nek „tropusi orvostani” tanszék (pathologie exotique) szervezésére. A tanszéket felállították s arra Natan-Larsier dr.-t nevezték ki.

Hírek külföldről. Seegen dr., az 1904-ben elhunyt ismert bécsi tanár 1 1/2 millió koronányi összeget hagyományozott a bécsi császári tudományos akadémiának azzal a rendelkezéssel, hogy ezen a pénzen az akadémia állítson fel egy az anyagcsere élettanának vizsgálatára szolgáló tudományos intézetet. Az akadémia most, Seegen tanár özvegyének halálával, birtokába jutott az alapítványnak s az intézetet létesíteni fogja. — A bécsi orvoskari tanártestület dékánja, H. Mayer tanár Schauta (nőorvos) és Riehl (bőrkórtan) tanárokkal együtt személyesen járt a ministerium tagjainál avval a kérelemmel, hogy az orvosi fakultásnak egy gramm radiumot bocsássonak rendelkezésére gyógykísérletek céljaira, különös tekintettel azokra a sokat ígérő eredményekre, a melyeket Németországban a radiumból készült mesothorium-mal a rák gyógyításában értek el. Hír szerint a ministerium teljesíteni fogja a tanárok kérését. Riehl tanár bőrkórtani klinikája mellett van ugyan már egy cs. k. radiumállomás létesítve, ez azonban csak 1/2 gr. radiummal rendelkezik s azt is 15 részre osztották fel s e 15 részt bizonyos — nem is igen olcsó — áron kikölcsönzik 1/2–1 napra gyakorló orvosoknak. — Berlinben e hó 11.-én leplezték le a Charité-kórház kertjében Leyden tanár emléksobrát.

A budapesti orvosi kör országos segélyegyletbe befizettek: Steiner Ignác, Venczel József, Ziller Dávid, Köszter József, Gobbi Gyula, Barta Vilmos, Bernhard János, Gerő Károly, Iberer János, Jakócs Lajos, Faith Alfréd, Lautner Ferenc, Steiner József, László Jakab, Schulhof Sándor, Khindl Barna, Tartoll János, Vándor Ödön, Gerő Adolf, Marschall Imre, Mester Attila, Balog Jenő, Mitticzky Géza, László Gyula, János Gyula, Kovács Henrik, Kelemen Mihály, Kovács Emil, Lobmayer Géza, Propper Miksa, Reisz Samu, Szelecsényi Zsiga, Krámer Cyrrill, Bogdanovics Milos, Celler Nándor, Kovács Bálint, Lendvai Mór, Horváth József, Varga Gábor, Maly Antal, Firiczky János, László Adolf, Angyán Béla, Balkányi Vilmos, Bergsmann Ignác, Boytha József, Büchler Antal, Donogány Zakariás, Fábry Agost, Fejér Sándor, Finály György, Fischer N., Földi Emil, Friedl Samu, Fuchs Sándor, Gmellin Ottó, Göllner Aladár, Hegedüs Pál, Illyés Géza, Káldor Bertalan, Kanitz Ignác, Kelemen Joel, Kéty László, Kiss Gyula, Körmöczy Zoltán, Kubinyi Pál, Nádory Béla, Papp Károly, Polgár Emil, Purjesz Ignác, Reiter Mór, Scholtz Kornél, Schrod Antal, Schwarcz N., Stáhl Ignác, Udránszky László, Vas B., Wenczel Tivadar, Wenhardt János, Wiesinger Frigyes, Winternitz Arnold, Zsigmondy Zoltán, Baumhorn Armin, Binet Manó, Demkó Béla, Deutsch N., Dégen Árpád, Farkas Elemér, Fábrián Béla, Fejér Gyula, Groák Ernő, Hammer Dezső, Jakobi József, Mayer Árpád, Márkus Jenő, Nádas Lipót, Nobel Róbert, Ofner Oszkár, Patek Ignác, Répás Mór, Rosenberg Jenő, Spitzer István, Spitz Gyula, Schreiber Kálmán, Szöcs Elek, Szerb Zsigmond, Unterberg N., Weisz Jakab, Weisz Ferenc, Weiszhaus Samu, Ofner Károly, Szirmay Kálmán, Stern Ignác, Krausz Zsigmond, Lőte Lajos, Petrászkó Illés, Katona Zoltán, Hörli Péter, Heinrich Adolf, Markovich Sándor, Maibaum Henrik, Aczél Béla, Perlusz József, Dóczi Imre, Halász Lajos, Rosenthal Farkas 4–4 koronát. Katona József dr., pénztáros.

Mai számunkhoz a F. Hoffmann-La Roche & Co. czég „Thigenol Roche” című prospectusa van csatolva.

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 gyár prospectusa van mellékelve.

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

WEISZ EDE INTÉZETE
Dr. Röntgen. Zander. Modern kényelem. Mérsékelt árak.
Diätetikai és mechanikai gyógyintézet. 4258 Alapítva 1893.

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

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

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

Dr. Richard Fischel rend. Bad HALL, Felső-Ausztria, Budapest szállodában.

Dr. Grünwald sanatoriuma Budapest, Városligeti-fasor 13-15.
Fejvételnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal, valamint szülők. A betegek kezelőorvosukat maguk választhatják. — Vegyi és Röntgen-laboratorium.

Ótátrafüred magaslati gyógyhely (1020 m.).
Vízgyógyintézet az összes physikai gyógymódokkal ideg- s belbetegeknek. Vezetőorvos: Dr. Groó Béla.

Dr. Weisz Rudolf, Pöstyén v. budapesti ált. poliklinikai tanársegéd. Physiko-mechanotherapy. Massage (Eisler-ház).

Dr. Mátrai Gábor és Dr. Sas Bernát Orvosi laboratoriuma
VI., Andrassy-út 38. Telefon 26—96.

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. MÜLLER
TÜDŐGYÓGYINTÉZETE
TÁTRAHÁZA

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

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

Dr. Weltmann Pöstyén. (Amália-udvar, Királysor 8.)
A Szt. Lukács-fürdő ékeken át v. orvosa.
A köszvény-, csúz- és neuralgiás (ischias) bántalmak szakorvosa.

Orvosi műszerek, kötszerek, villanygépek, leg-
jobb sárvakozók, has-
kötők, összes betegápolási tárgyak és gumiláruk elsőrendű
minőségben jutányosan kaphatók:

POLGÁR SÁNDOR, Budapest, VII. ker., Erzsébet-körút 50.
— Legújabb nagy képes főárjegyzék bérmentve. —
Javításokat elfogad. (Alapítva 1892.) Telefon 583.

MATTONI-FÉLE LÁPKIVONATOK
fürdőkhoz.
„LÁPSÓ” száraz kivonat
ládákban á 1 kiló
LÁPLUG folyékony kivonat
üvegekben á 2 kiló

Dr. Turán, Bódog május hó 1.-étől október hó 1.-éig
Franzensbad („Prinz Wales“).

Dr. Cukor curpensiója Franzensbad, Villa Heimdall.
Modernül berendezve, kitűnő
fekvéssel, fürdők, források
közvetlen közelében. Teljes
pensio 5-szöri étkezéssel, szo-
bával, orvosi kezeléssel, napi 15 korona.
Prospectus kívánatra.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: A német nőorvosok XV. nagygyűlése (Halle a. S., 1913 május 14—17.) 481. l. — XXIII. országos balneológiai congressus (II. ülés május 3.-án délelőtt) 481. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 482. l.

A német nőorvosok XV. nagygyűlése.

Halle a. S., 1913 május 14.—17.

Közli: *Scherer Sándor* dr., egyetemi tanársegéd.

Két évvel ezelőtt az impozáns Münchenben gyülekezett össze a német nőorvosok társasága. Az idénre egy aránylag jelentéktelen kis városra esett a választás. S míg az ember a müncheni congressustól többet remélt és némileg csalódott, addig a hallei elhalmozott bennünket tudományos érdekességekkel.

A congressus főthemáját („A szív- és vesebajoknak, valamint a belső secretio zavarainak a terhességhez való viszonya”) már előre alapos munkának vetették alá a referensek (*Fromme* [Berlin], *Zangemeister* [Marburg], *Seitz* [Erlangen]). Ezeknek az ismertetését is meg fogom kísérteni, de persze csak kivonatossan; fontosnak tartom azonban mégis a főbb megállapodásokat leköszölni, mivel a gyakorlatban úgy az esetek elbírálásában, valamint a therapia beállításában jó támogatás az ilyen nagy statisztikákból gyűjtött adathalmaz s a belőlük levont conclusio. Igazi érdekessége azonban a congressusnak nem ez a thema volt. Figyelmünket sokkal inkább lekötötte *Abderhalden* pompás előadása az ő terhességi reactiójáról. Az igazi tudós szigorúságával elemezte eljárását s kutatása eredményeit; különben fényesen igazolta methodusának helyességét a sok előadó és felszólaló, a kik azt felülvizsgálták. Ide sorolhatom még a *Zweifel*-féle eklampsia-kezelést a vérlebocsátással, a melynek tárgyalása szintén nagy érdeklődést keltett.

Kimagasló nevezetességűnek kell továbbá hogy mondjam *Bumm*, *Krönig-Gauss* és *Döderlein* előadásait, kik a rákgyógyítás terén radiummal elért sikereikről számoltak be pontos pathologiai és anatómiai bizonyítékok kapcsán. A jövő nagy titka, hogy mit fogunk még elérni e téren; de hacsak csekély része is beválik az ígéreteknek, úgy különösen az inoperabilis rákkezelés terén óriási haladunk. Ez volt az érdeklődés középpontja és ezt érezhette *Veit*, a congressus elnöke is, mikor kérte a congressus tagjait, hogy tekintettel a kezdőfélben lévő kísérletezésekre, tartózkodjanak attól, hogy a politikai lapok is tudomást véve a dologról, már előre a még ki nem forrott dologról piaci lármát üssenek.*

Jóleső érzéssel töltött el bennünket az a meleghangú megemlékezés, a melylyel az elnökség *Dirner Gusztáv*-ot parentálta el. Személyi ügyekben nevezetesebb esemény volt még *Frisch* tanárnak dísztaggá való avatása. A congressus 1915. évben Berlinben gyűlésezik; szavazásra került immár másodszor az az indítvány, hogy a congressust mindig állandóan egy helyen tartsuk, de végleges határozatra megint nem került a sor. Legvalószínűbb, hogy felváltva lesz Berlinben és Münchenben, s minden 12.—14. évben egyszer Wienben.

* * *

Fromme referatumanak főbb tételei: A szív- és vesebajoknak terhességgel való complicatióját kb. 1.5—2.5%-ban állapította meg, nagy statisztikák alapján. 200 terhesség közül, melyek szív- és vesebajjal szövődtek, csak 1 vezet halálra. A szív- és vesebajos terhes asszonyoknak 75—80%-a minden tünet nélkül marad; a szülés maga 100 eset közül 98-ban simán folyik le. A legsúlyosabb szív- és vesebaj prognosisa a stenosis mitralis és insufficiencia mitralis. Azonban a szív- és vesebaj fáján illetőleg súlyosságán kívül rendkívül fontos még a terhesség alatt folyamatban lévő vagy azalatt beálló complicatio:

* Sajnos, éppen magyar részről történt meg ennek a kérelemnek a megszegése, a mi azután külföldiek tudomására jutva, megérdemelt recensiót keltett.

endocarditis recurrens (16.6%-ban a halálos eseteknek kimutatható); acut és chronikus nephritis, zsugorvese (29.4%); tüdőbajok, nevezetesen pneumonia és tüdőtuberculosis (6.8—6.8%), emphysema, catarrhus bronchialis; kyphoscoliosis, abnormis kövérség, a vérérrendszer hypoplasziája. Minden esetben mértékadó a myocardium állapota is. A kisebb compensatiós zavarokban elsősorban mindig a medicamentosus therapia ajánlatos, éppen így súlyosabb zavarok esetén is, ha először szülő nő az illető beteg, a ki azonban terhesség előtt egészséges volt, vagy ha többször szülő nő, de a korábbi terhességek rendszeren folytak le és a szívizomzat nagyobb fokú megbetegedése ki nem mutatható.

(Folytatása következik.)

XXIII. országos balneológiai congressus.

(III. ülés május 3.-án délután.)

Elnök: *Papp Samu*.

Jegyző: *Vámossy Zoltán*.

(Vége.)

Bókay Árpád: Az anorganikus diéta egy elhanyagolt kérdéséről.

Az előadó mindenekelőtt kifejti az anorganikus diéta jelentőségét a therapiában és felhívja a congressus figyelmét arra, hogy éppen a balneotherapiában mily nagy fontossággal bír testünk anorganikus integrans alkotóelemeinek diétás befolyásolása. Előadásának célja éppen az, hogy felhívja a figyelmet szervezetünk egy ilyen anorganikus alkotórészének, a jodnak physiologiai és therapiai jelentőségére.

A pharmacologiai tapasztalatok arra engednek következtetni, hogy a jod, mely pajzsmirigyünkben mint jodthyreoglobulin halmozódik fel, e fontos belső secretiós mirigyünk működését fokozni tudja. A jodvegyületek hatásukat a pajzsmirigy ingerlése által fejtik ki és a jodhatások sok tekintetben hasonlítanak ahhoz, melyeket hyperthyreoidismus esetén észlelünk. Mindazon esetekben tehát, a mikor a pajzsmirigy működése csökkent (myxoedema, zsírkórság, renyhe anyagforgalom stb.), célunk az legyen, hogy minél több jodot juttassunk a szervezetbe. Ellenkezőleg a pajzsmirigy fokozott működése esetén, tehát elsősorban Basedow-kórban igekeznünk kell a táplálék jodtartalmát a minimumra redukálni. Hogy ezt az orvos keresztül is vihesse, ismernie kell tápanyagaink és általában egész környezetünk jodtartalmát. Érdekesebben ismertetni ezután azokat a kiterjedt vizsgálatokat, melyekkel főleg francia bűvárok összes tápanyagaink, a levegő és a folyóvizek jodtartalmát meghatározták és vázolja ezek alapján a jod körforgását a természetben, úgy hogy ezek ismerete mellett minden orvosnak módjában áll betegét egyszer jodmentes, másszor jodban gazdag diétán tartani.

Majd kiemeli annak a jelentőségét, hogy a bacteriumok közül a *gümöbacillus* teljesen jodmentes, talán azért, mert reá a jod erős mérge és fölveti a gondolatot, hogy talán a jod kitűnő hatása éppen a gümőkór bizonyos alakjaiban ebből magyarázható. Az elmondottak alapján rövid ismertetést adja annak, hogy mi módon kell az ételünket összeválogatni, a mikor jodmentes, és akkor, a mikor jodban gazdag diétát írunk elő a betegnek és ezzel kapcsolatban reámutat a jodtartalmú és jodmentes ásványvizek jelentőségére e diéták elrendelésekor.

Löw Sámuel: A magyarországi fürdők látogatottsága 1912-ben.

Az országos statisztikai hivatal kimutatásában 208 fürdő van felsorolva, de csak 202 helyről közöltetnek adatok.

Az 5 csoportba osztott fürdők látogatottsága a következő volt (zárójelben összehasonlítás az előző évvel):

35 hévízi fürdőben	94.121 vendég	(— 1232)
87 hideg ásványvíz fürdőben	82.394	„ (— 4257)
27 tóparti fürdőben	61.660	„ (— 19.389)
30 magaslati gyógyhelyen	29.478	„ (— 910)
23 vízgyógyintézetben	7.920	„ (+ 418)
Összesen 202 fürdőben	275.843 vendég	(— 25.370)

Ebből a látogatottságból volt 146.781 állandó vendég (— 10.957), 129.062 ideiglenes (— 14.413), 242.123 belföldi (— 21.041), 33.720 külföldi (— 4329).

Az 1912. évet tehát jelentékeny hiánnyal zárjuk le, mely különösen az előző év nagy többletéhez képest (+ 50.503) még jobban szembeötlő. Ezt a hiányt az előadó a múlt nyár rendkívüli kedvezőtlen időjárásának tulajdonítja, a mi abból is kitűnik, hogy a hiány túlnyomó része éppen a tóparti fürdőkre esik.

Löw Sámuel: Az ásványvízforgalom 1912-ben.

I. Természetes ásványvizek. Összes behozatal: 71.477 métermázsa 1,858.402 korona értékben (az előző évhez képest — 354 métermázsa 9204 korona értékben); **összes kivitel:** 207.475 métermázsa 4,979.400 korona értékben (+ 4822 métermázsa 115.728 korona értékben); tehát a **kivitt többlet** (aktivitás) 135.998 métermázsa 120.998 korona értékben (+ 5176 métermázsa 124.932 korona értékben).

Az osztrák relatio következőképpen alakult: **behozatal:** 65.745 métermázsa 1,709.370 korona értékben (+ 295 métermázsa 7670 korona értékben); **kivitel:** 27.895 métermázsa 669.480 korona értékben (+ 3455 métermázsa 82.920 korona értékben); **behozattal többlet** (passzivitás): 39.850 métermázsa 1,039.890 korona értékben (— 1160 métermázsa 20.160 korona értékben).

Jelentékenyebb kivitelünk a következő országokba volt:

Olaszország (31.862 métermázsa), Franciaország (27.815 métermázsa), Ausztria (27.895 métermázsa), Németország (26.078 métermázsa), Északamerikai Egyesült-Államok (25.233 métermázsa), Nagybritannia (21.874 métermázsa), Oroszország (10.572 métermázsa), Románia (7233 métermázsa).

II. Mesterséges, illetőleg szénsavval telített ásványvizek.

Igen jelentéktelen forgalom. **Behozatal:** 146 mm. 584 korona értékben; **kivitel:** 4735 métermázsa 94.700 korona értékben.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Igen súlyos morphiüm-mérgezés esetét ismertette *Brauer* a hamburgi orvosegyesület április 22.-én tartott ülésén. A beteg 0,6 gramm morphiümot és 3 centigramm scopolamint fecskendezett a bőre alá. A mesterséges légzés, az érvágás, a konyhasó-infusio, a lumbalis punctio mitsém változtatott a súlyos állapotban. Ekkor tracheotomiát végeztek, cathetert vezettek be a bifurcatióig és ezen át oxygent eresztettek be. 5 perc múlva már tetemesen javult az állapot. A beteg meggyógyult.

PÁLYÁZATOK.

5091/1913. szám.

A szegedi m. kir. állami gyermekmenhelynél megüresedett **másodorvosi állásra** pályázatot hirdetnek. Az állás javadalmazása: évi 1200 korona fizetés, természetbeni lakás, fűtés, világítás, I. osztályú ételmezés s kiküldetés esetén napi 18 korona útiátalány.

Felhívom azon orvosdoktorokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy képzettségüket és eddigi működésüket igazoló okmányuk hiteles másolatával felszerelt és a belügyminister úrhoz címzett, 1 koronás bélyeggel ellátott pályázati kérvényüket hozzám **1913. évi július hó 15.-éig** nyújtják be.

Szeged, 1913 június 15.

Turcsányi Imre dr., igazgató-főorvos.

2582/1913. szám.

Pest-Pilis-Solt-Kiskún vármegye kalocsai járásában levő Bogyiszló községben a **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

Az állás javadalmazása:

1. Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. értelmében 1600 korona törzsfizetés.

2. Természetbeni lakás.

3. Öt évenként 200 koronától 800 koronáig emelkedő korpótlék.

4. A 192.837/1911. B.-M. számú rendelettel engedélyezett 1200 koronára helyi pótlék.

5. A vármegyei szabályrendelettel megállapított halottkémlési díjak.

6. Műtétekért a 135.000/1900. B.-M. rendelet alapján megállapított díjak.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányaikkal felszerelt kérvényeiket hozzám **folyó évi július hó 29.-ének déli 12 órájáig** nyújtják be.

A választást *Bogyiszló* községhezánál a községi képviselőtestület elnökelem alatt folyó évi július hó 31. napján délelőtt 11 órakor fogja megejteni.

Kalocsán, 1913 június hó 17.

A főszolgabíró.

1409/1912. szám.

Csongrád vármegye tiszántúli járásához tartozó Szegvár községben üresedésben levő **községi második orvosi állásra**, melynek javadalma évi 1400 korona és 400 korona lakáspénz, pályázatot hirdetnek és felhívom mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában körülírt képesítésüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okiratokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám **folyó évi július hó 15.-éig** bezárólag nyújtják be.

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

Mindszent, 1913 június 10.-én.

A főszolgabíró.

10.927. szám.

Trencsén vármegye trencsényi közpörházánál lemondás folytán megüresedett **másodorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetnek és felhívom mindazokat, a kik ezen nyugdíj jogosultsággal és az alább részletezett javadalmazással egybekötött állást azonnali belépést mellett elnyerni óhajtják, hogy a főispán úrhoz címzett és az 1883. évi I. t.-cz. 9. § III. pontjának 2. bekezdésében előírt képesítésről tanuszkodó okmányokkal, valamint a V. Ü. Sz. 4. §-a értelmében születési, hatósági orvosi és erkölcsi bizonylattal is kiegészített kérvényeiket legkésőbb **folyó évi június hó 30.-áig** nyújtják be, mert a később beérkező folyamodványok figyelembe vételét nem fognak.

Ezen másodorvosi állás évi javadalmazása 2600 korona törzsfizetés, évi 800 korona lakáspénz és az ügyeleti napokon első osztályú ételmezés.

Kelt Trencsénben, 1913. évi június hó 9.-én.

Az alispán.

1112/1913. szám.

A Szabadka sz. kir. város tulajdonát képező Mária Valéria-közpörházban megüresedett **egy kórházi osztályfőorvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

Az állás az 1912. évi 58. t.-cz. B. mellékletének IX. rangosztályába beosztott tisztviselők illetményeivel egyenlően, tehát évi 2600, azaz kettőezerhat száz korona fizetéssel, évi 700, azaz hétszáz korona lakbérrel és ezenkívül évi 400, azaz négyszáz korona fuvardíj-átalánnyal van javadalmazva.

A pályázóktól a kórházi szervezeti szabályrendelet 11. §-a megkívánja, hogy a kellő elméleti és gyakorlati képzettséggel rendelkezzenek. (Az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a értelmében egyetemi orvostudori oklevél, legalább 2 évi lehetőleg kórházi vagy klinikai gyakorlatnak és lehetőleg az elmegyógyászatban való tudományos képzettségnek, illetve jártasságnak igazolása.)

Felhívom mindazokat, a kik ezt az állást elnyerni óhajtják, hogy a fenti képzettséget és egyéb személyi adatokat igazoló okmányokkal, valamint erkölcsi bizonyítvánnyal felszerelt pályázati kérvényüket legkésőbb **f. évi július hó 5. (ötödik) napjának déli 12 órájáig** Szabadka sz. kir. város főispánjához, *Purgly Sándor* dr. úrhoz (Szabadka, városi székház) annál is inkább nyújtják be, mert a később, vagy hiányosan felszerelt kérvények figyelembevételre nem számíthatnak.

Azok részéről, a kik közszolgálatban vannak, az erkölcsi bizonyítvány becsatolása nem szükséges.

Szabadkán, 1913 június hó 10.-én.

Bíró Károly dr., udv. tan., polgármester.

320/1913. szám.

A szekszárdi Ferencz-közpörház sebészeti osztályán **egy alorvosi állásra** pályázatot hirdetnek. Folyamodványok **folyó évi július hó 5.-éig** méltóságos *Simontits Elemér* főispán úrhoz címezve alulírott kórház-igazgatónál nyújtandók be.

Az alorvos javadalmazása 1400 korona évi fizetés, teljes ellátás, lakás a kórházban, fűtés és világítással. A kinevezés 3 évre történik. Szekszárd, 1913 június 18.-án.

Tanárky Árpád dr., igazgató-főorvos.

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 Scipiadés Elemér szerkesztésében.

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Hevesi Imre és Benedek László: Közlés a kolozsvári tudomány-egyetem sebészeti és ideg-elmegyógyászati klinikáiról. (Igazgatók: Makara Lajos dr. és Lechner Károly dr. egyetemi tanárok.) Foerster-műtétek gyermekkori spasmusos paraparesis és hemiplegia infantilis spastica eseteiben. 483. l.

Wachsmann Alvin: Közlemény a székesfevárosi szent János-kórház elmebetegosztályáról. (Főorvos: Hudovernig Károly dr., egyet. magántanár.) Tuberculinkúra eredményei paralysis progressiva eseteiben. 486. lap.

Deutsch Ernő: A gyermekkori gümőkóróság leküzdésére szükséges socialis hygienés intézkedések. 489. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Wilhelm Wechselmann: Über die Pathogenese der Salvarsantodesfälle. — **Lapszemle. Belorvostan. Rahel Hirsch:** Adrenalin és hőszabá-

lyozás. — **Sebészet. Lotsch:** A vérerek lövési sérülései. — **Gyermekegyetemen. R. Blanchard:** Az iskolásgyermek nagysága és ültetése. — **Bőrkór. K. Herxheimer:** Hajtörés sajátos esete. — **Venerás betegségek. E. Klausner:** A tertiär syphilisnek klinikailag alkalmazható bőrreakciója. — **Húgyászati betegségek. Leguen:** Hajtörés a húgyhólyagban. — **Kiseb közlések az orvosgyakorlatra. Pohl:** Idősült izületgyulladás és hideg tályog. — **Finkelstein:** Csecsemőkori laryngospasmus és tetania. — **Manché:** Artemidol. 492–494. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 494. lap.

Vegyes hírek. 494. lap.

Tudományos társulatok. 496–499. lap

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a kolozsvári tudomány-egyetem sebészeti és ideg-elmegyógyászati klinikáiról. (Igazgatók: Makara Lajos dr. és Lechner Károly dr., egyetemi tanárok.)

Foerster-műtétek gyermekkori spasmusos paraparesis és hemiplegia infantilis spastica eseteiben.

Irták: **Hevesi Imre** dr., egyet. cz. ny. rk. tanár és **Benedek László** dr., tanársegéd.

I. eset. Z. A. 14 éves, bérkocsis leánya, a ki 1913 január hó 2.-án vétetett fel a helybeli sebészeti klinikára. Jelen betegsége előtt, 8 éves korában kiállott pertussistól eltekintve, egészséges volt. Egy évvel a felvétele előtt egy reggel felkelés után szülői figyelmessé lettek bizonytalan, sántító járására, a mi azóta még fokozódott, majd járás közben térdét súrolni kezdte és hosszabb járás után különösen a jobb bokájában fájdalmakat érzett. A sebészetről ambulantiákra küldetett: 1913 január 6.-án, az idegstatus felvétele végett, mely akkor a következő volt:

A jobb alsó végtag egészében, különösen hosszúnövésében a balhoz képest visszamaradt, a mennyiben a spina iliaca ant. sup. és a malleolus lat. distalis pontja közti távolság jobboldalt 75.5, baloldalt 77.5 cm. Nagy tompor-külboka távolsága jobboldalt 71, baloldalt 73 cm. A lábszár közepkerülete jobboldalt 27 cm., baloldalt 28 cm. A csonk kerülete a canalis adduct. Hunteri proximalis nyílásának magasságában jobboldalt 37.5, baloldalt 38 cm. A spasmusos alapon előállott genu valgum a bal alsó végtagon kifejezettebb. Mindkét oldalt equinovarus lábtartás. A járás kifejezetten spastico-paresis és leginkább a csonkadductorok hypertonusa által zavart. Passiv mozgások alkalmával a rigiditás különösen a csonkadductorokban és triceps surae-ban szembetűnő. Aktiv mozgások alkalmával különösen a qua-

driceps femoris mutat mindkét oldalon paresist. A bal lábszár és a láb bőre hűvös, kissé cyanosisos, továbbá szárazabb. A patellaris, Achilles-inreflexek excessive fokozottak, a felső végtagok mély reflexei hasonlóképpen fokozottak. Az alsó végtagokban spasmusos remegések kísérik az intendált mozgásokat. *Babinski-, Mendel-, Bechterew-, Rossolimo-, Schäfer-féle* tünetek, valamint keresztezett adductor-tünet és lábclonus mindkét oldalon kiválthatók. Érzés-zavarok nincsenek. Az izomzat elektromos ingerlése normalis kvalitású reakciókra vezet. Az agyidegek innervációs területein eltérések nem találhatók. Egy későbbi vizsgálatkor a bal facialis innervációja activ mozgások alkalmával kissé csökkentnek látszik. Intelligenciája korának megfelelő; activ, passiv társítások promptak, tökéletesek. **Diagnosis:** Diplegia infantilis spastica. **Therapia:** Foerster-műtét ajánlva, utána physicalis utókezelés.

A Foerster-műtét 1913 január 13.-án végeztetett. Kimetstettek a 2. sacralis és a 2., 3. és 5. lumbalis érző gyökök.

Folyó év február hó 7.-én a beteg utókezelés végett az ideggyógyászati klinikára vétetett át. Az ekkor felvett statusból kiemelendőnek tartjuk a következőket:

Középnagyságú, szabályos koponya; a koponyafal ép, a gerincoszlop szabályos lefutású; percussióra sem a koponya, sem a gerinczlop érzékenységet nem mutat. A szemmozgások, a nyelés, a rágás, a nyelvmozgások, a fejmozgások, a hangképzés szabad; a bal facialis beidegzése gyengült; mindkét fül félig lengett, a bal fül scaphája keskenyebb. A beteg gyengébben táplált, anaemiás; a lábféjek hűvösek, cyanosisosak; a belső szervek épek; hólyagvégbélzavarok nincsenek; a csonkadductorokban és triceps surae-ban az állandó merevség csökkent, ennek következtében a járás könnyebb lett; intendált mozgásokat kísérő spasmusos tremorok alig jelentkeznek; az equinovarus lábtartás teljesen eltűnt, hogy helyet adjon a mindkét oldalt szembetűnő valgus-állásnak a térd- és lábtőizületekben, különösen baloldalt; a fentemlített spasmusos tünetek mindannyian jelen vannak. A quadriceps

femoris, tibialis anticus és triceps surae mindkét oldalt feltűnőbben paresises. A beteg jól hall, jól lát; a szemfenéki lelet a következő: „Mindkét szemén az ideghártya arteriái mélyebben fekszenek, mint az opticus széle mellett fekvő, tágabb és kanyargós lefutású vénák; a kettő között határozott niveau-differentia van. Az ideghártya az opticusok feje körül kissé szürkés; az opticusok teljesen épek; a szemfenéki elváltozás congenitalisnak mondható“ (*Vicas dr. tanársegéd lelete, melyet Imre tanár megerősített*). A bőrérzés a rendestől a következőkben mutat eltéréseket: 2 jobb lumbalis segmentumnak megfelelő innervációs terület a jobb alsó végtagon foltokban hyperaesthesiás; a 4. és 5. lumb. segmentumnak megfelelően ugyanezen a végtagon hypalgesia, baloldalt ugyanott hyperalgesia mutatható ki. Az izom-, izületérzések rendesek. A pupillák egyenlők, kerekdedek és minden tekintetben prompte reagálnak. (Az érzés-zavarok az operatio következtében jöttek létre és lassanként teljesen eltűntek.) A *Wassermann-reactio negativ*.

Differentialis diagnosis: Kérdés tárgya lehetne, hogy a fent leírt eset a gyermekkori görcsös bénulásnak cereбрalis vagy spinalis formájához tartozik-e? A fenti statusban kiemeltük az agyidegek beidegzéseiben a kiesési tünetek hiányát, a psyche szabad voltát és pótlólag e helyen szükségesnek tartjuk megjegyezni, hogy sem a spasmosus paraparesis jelentkezése előtt, sem azután a betegnek convulsiói nem voltak, jelen betegségének folyamán pedig motoros izgalmi tünetek (athetosis, chorea, epilepsia) egyáltalán nem jelentkeztek. A bal facialis-eltérés olyan kisméretű és annyira egyedülálló, hogy joggal a többi degenerációs jel (szemfenéki eltérés, fülek) mellé sorolható. Fontosnak látszik e kérdésben az anamnesisnek egy adata, hogy t. i. az ügyetlen, bizonytalan, sántító járás egy reggel, felkelés után jelentkezett az azelőtt teljesen egészséges egyénen. Ez utóbbi körülmény emlékeztet bennünket a *West-féle „paralysis in the morning“* formájára a poliomyelitis ant. acutának. Tudjuk továbbá, hogy *Medin, Strümpell, Marie, Benedikt* és mások felfogása szerint a polioencephalitis acuta infantilis a Heine-Medin-kórral közös aetiológiával bír. Mindez tehát a cereбрalis alak mellett szól. Ezenkívül utalunk *Long-Landry* monographiájára, melyben a sikerült kórboncolástani felosztás után a szerző abbéli véleményének ad kifejezést, hogy klinikailag a *Little-féle* betegség spinalis formáját a cereбрalistól nem áll módunkban megkülönböztetni. (*Long-Landry, 1911.*) És különösen áll ez a fenti esetre, a melyben a hiányos anamnesis miatt retrospective a központi akaratlagos impulsusoknak esetleges, mintegy transitorikus kieséseit nincs alkalmunk áttekinteni. Ugyancsak az anamnesisben nem nyerünk semmi biztos adatot a hereditásra nézve sem. Megfontolandó továbbá, hogy a spinalis forma kórboncolástani alapját alkotó folyamat természetűe olyan (sclerosis, atrophia), mely a máról-holnapra való keletkezést kizárja. Erre látszik célozni *Oppenheim* is, midőn a spasmosus spinalis paralysis (melynek címe alatt a gyermekkori görcsös bénulás gerinczvelői alakját is tárgyalja) és hysteriás spasmosus paraparesis között von párhuzamot, elsősorban említve az acut keletkezést, mint differentiát. (Lásd *Oppenheim's Handb.*, 1908, I., 205. lap.) És végül hivatkozunk *Freud* monographiájára, melyben a szerző a diplegia inf. spast. második jelentkezési alakjául (az eredeti felosztás szerint) a „paraplegische Starre“-t nevezi meg.

Mindezek miatt szándékosan használtuk esetünkre nézve úgy a „diplegia inf. spastica“, mint a „paraparesis inf. spastica“ elnevezéseket, ezzel is jelezve azoknak csak symptomatologiai értékét. A fentiekre való kitérés részben azért is történt, hogy az egyes részletkérdésekben mai nap is uralkodó nézeteltérések egy körülírt részébe betekintést nyújtsunk és ezáltal az adatgyűjtés szükségét nemcsak a *Foerster-műtét*ekre, hanem a gyermekkori görcsös bénulásokra nézve is kissé megvilágosítsuk.

A fentiek után feleslegesnek tartjuk a sclerosis multiplexről, hysteriáról vagy egyéb kóralakokról való elkülönítést.

A beteg a következő utókezelést rendeltük el:

1. Roborálás (ferrum, arsen, chininpillák; bő tej-táplálás).

2. *Frenkel-féle* járási gyakorlatok.

3. Az alsó végtagok massage-a (naponta 10—15'), 1/2 órai meleg ülőfürdővel kapcsolatban.

4. Galvános, illetve galvánofarádós elektromos kezelés a következő rendszer mellett:

A czombadductorokra és triceps suraeakra labilis anod-galvanisatio (10 milliampère áramerősséggel); a quadriceps femorisra kathod-galvanisatio (szintén labilisan, 20—25 milliampère), majd utóbbiakra galvanofarádós áram, massage-mángorlóval. A villanyozás tartama összesen naponta 25 perc (végezte *Matolcsi dr. és Lux dr.*).

A roborálás sikerrel halad előre; a járási gyakorlatokkal kapcsolatban a mozgások ügyesebbek, tökéletesebbek lettek; a massage, meleg fürdők, villamos kezelés rendszere-
sen keresztül vitt alkalmazása a contractióban részt nem vevő izmok lefokozott tonusát megjavította és őket az inaktivitási sorvadástól megmentette, másrészt azonban a hypertonusban levő izmok feszültségét tetemesen csökkentette, a mi a paresist az operatio előtt jóval túlszárnyalta. Ez a javulás számadatokkal is igazolható. Ugyanis a czombok kerülete operatio előtt f. év január 6.-án (l. fent) 38 és 37.5, a lábszáráké 28 és 27 cm. volt. F. év márczius 7.-én, vagyis az operatio + 4 hetes utókezelés után pedig ugyanazon magasságokban és sorrendben a czombokra nézve: 34 és 33.25, a lábszárakra nézve: 25 és 25 cm., vagyis 2—4.25 cm. fogyás észlelhető a kerületekben, a mintegy 1.5 kgr. testsúlygyarapodás mellett. Mondanunk sem kell, hogy a hypertonusban levő izmok nagyobb térfogattal bírnak a normalis feszültségi állapotban levőknél és ez adja magyarázatát a javulás kapcsán beállott kerületi különbségeknek.

Magának a *Foerster-féle* műtétnek ajánlásakor is az a körülmény vezetett, hogy az aránylag kisméretű és kiterjedésű paresis mellett a rigiditás és spasmosus innervatio szembe-
tűnően erős volt.

(A műtét lényegére és javalataira nézve lásd *O. Foerster: Mitt. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.*, 1909, XX. köt. és *Berliner klin. Wochenschr.*, 1911, 31. sz.) *Foerster*-en kívül jó eredményeket látott a *Little-féle* betegségben és gyermekkori hemiplegia eseteiben *Bornhaupt* (St. Petersburger med. Wochenschrift, 1911, 3. sz., 25. l.); *Helbing, Göbel-Hevesi* (Münchener med. Wochenschr., 1910, 554. és 1139. l.), *Hevesi* (Deutsche med. Wochenschr., 1911, 19. sz.), *Stiefler* etc. Csak végső esetben, muscularis izületi ankylosis eseteiben szánja rá magát a műtetre *Biesalski* (Münchener med. Wochenschr., 1910, 31. sz.). *Schaffer*-nek hemiplegia után, a bal felső végtagban kifejlődött hemispasmus-esetében a rigiditás még fokozódott a műtét után (Budapesti kir. orvosegyesület, 1911 márcz. 20.)

A rhizektomia sikere egyébként a kimetszett hátulsó gyökök számától is függ (l. *Codivilla*).

A fenti adatokkal, valamint az izomsensibilitás és contractura közti összefüggéssel e helyen nem kívánunk bővebben foglalkozni és még csak *Stoffel*-nek érdekes vállalkozását említjük (l. alább), aki cereбр. spast. gyermekhűdésnek 12 esetében állítólag sikerrel szakítja meg a reflex-ívnek motoros részét egy-egy motoros izomág átmetésével.

Az utókezelés megkezdése óta a beteg járása tetemesen javult. A beteg a kezelés tovább folyik és ha a kezelés idejével a siker továbbra is párhuzamosan fog haladni, úgy még mintegy két hónapi intézeti kezelésre van szükség.

2. eset. D. P., 6 éves leánygyermek 4 év előtt diphtheriát állott ki, mely után észrevették, hogy bal kezét és lábát alig tudja mozgatni. Minthogy több orvos által sikertelenül kezeltetett, 1912 október 31.-én a sebészeti klinikára vették fel. Még az év november 20.-án ambulantiánkra küldetett idegstatus felvétele céljából, mely akkor a következő volt:

Rendes nagyságú koponya, kiálló tuber frontale és parietalékkal; előemelkedő protuberantia occ. ext.-val. A fülek

egyenlőek, anthelixeik kiállóak; aláfélé ellaposodó congenitalis nyeregorr. A belső szervek épek. A beteg anaemiás. A bal alsó végtag izomzata rigid. Előbbi típusos térdizületben, nyújtott állásban, kissé befelé rotálva; a láb erősen plantar flectálva. Activ mozgások alkalmával „görcsös beidegzés” észlelhető. A járás kifejezetten spasmusos a bal alsó végtagra. Ugyanezen oldalt Babinski-tünet. A láb- és kézclonus nem válható ki. A térd- és Achilles-inreflexek excessive fokozottak. A bal felső végtag izomzata a jobboldalival szemben térfogatfogyást nem mutat. A bal csonb kerülete (a can. adduct. prox. nyílásának magasságában) a jobboldalival szemben 1.5 cm. fogyást mutat; a bal alsó végtag ezenkívül hosszsnövekedésében némileg visszamaradt (a spina iliaca a. s. és a malleolus lat. közti távolság jobboldalt 53.5, baloldalt 52.0 cm.). A bal oldalon Strümpell-féle együttmozgás található. Ugyancsak az Oppenheim által leírt együttmozgás felüléskor. A bal felső végtagon a rigiditás és paresis hátterbe szorult, helyette hemiathetosis állott be a kézben és ujjakban, melyek következtében a hüvelyknek hyperextensiója van jelen (lásd ugyanezt Oppenheim: Hb., II. köt. 964.). Villamos elfajulási reactio sehol sem található. A sensibilitás minden érzésféleségre megtartott. Hólyag-végbél-zavarok nincsenek. A pupillák és reactióik rendesek. A bal nasolabialis redő elsimult. (A beteg járáskor térdeit súrolja.)

Diagnosis: Hemiplegia infant. spast. post diphtheriam. Az alsó végtagra nézve Foerster ajánlva; a felső végtagra physicalis gyógymód (l. a fenti szempontokat, az athetosis ugyanis magában véve a műtétet nem contraindikálja Spiller szerint, de l. alább Foerster-t.)

Foerster-műtét 1912 november 29.-én (a 2., 3., 5. l. és 2. s. kimetszésével), utána „mély fejjel” elhelyezve. Az operatio reactiomentes. Deczember 7.-én a gyermek morbillit kap, a mely hét nap alatt szabályszerűen lefolyik. Deczember 14.-én az athetosisos mozgásokban résztvevő kézujjakban típusos hajlítási contractura jelentkezik átmenetileg.

Az 1913 február 28.-án felvett idegstatus szerint a bal csonb addukált és befelé rotált tartása lényegesen csökkent; a végtag izomzatának állandó rigiditása csekély; brüszk kísérletek alkalmával térdizületben való behajlításakor és a csonb abductiójakor reflectoros merevség az adductorokban és a quadricepsben még kiváltható. Könnyebbé vált a beteg járása is, a melyet jelenleg még ügyetlenné tesz a genu valgum-állás mellett a triceps surae secundaer contracturája, mely miatt operatív utókezelés (teno- vagy myotomia, vagy inátültetés, l. Hevesi: Deutsche med. Wochenschr., 1911, 19. sz.) válik szükségessé. Ezután pedig a fenti elvek szerint véghezvitt physicalis gyógymód.

Mindkét eset tanulságosnak látszik a Foerster-műtét kilátásaira nézve, melyek ezek szerint tényleg kedvezőnek látszanak akkor, midőn a spasmusos componens van előtérben.

* * *

A Foerster-féle műtét kivételére nézve az eddigi tapasztalatok alapján némi tanulságokat vonhatunk le. A német sebészársaság 1912. évi congressusán Foerster 131 esetben végzett műtétről tett említést, melyek közül 13 végződött halállal. Szerinte különösen azok a betegek állják ki rosszul a beavatkozást, a kiken a Little-féle kór vagy más spasmusos bénulások epilepsiával vannak kombinálva. (Küttner két operált beteg epilepsiás rohamban halt meg.) Nem tartja ajánlatosnak a műtétet progrediáló folyamatokban, minő pl. a sclerosis multiplex. Bizonyos tartózkodásra int lueses eredetű súlyos esetekben is, melyek néha minden kezelés ellenére is tovább haladnak. Teljesen hibásnak tartja a gyökérkimetszést athetosis eseteiben, a melyet az érző gyökök kimetszése nem befolyásol.

Hevesi 6 esetben végezte a műtétet: kétszer Little-kór, egyszer diplegia, egyszer hemiplegia spastica infantilis, egyszer a gerinczvelőt ért késszúrásból, egyszer spondylitis tuberculosából származó görcsös bénulás miatt. A hemiplegia infantilis-esetre vonatkozólag érdemes újra kiemelni, hogy

a műtét ennél is szembeszökő eredménnyel járt, a minek az a magyarázata, hogy a beteg alsó végtagon a hyperreflexia jelenségei voltak túlnyomók. Nem térünk el tehát Foerster intenciójától, ha a gyökérkimetszést olyan spasmusos bénulások esetén is ajánljuk, melyek athetosisal vannak ugyan kombinálva, de a melyekben a műtét által érdekelt végtagon az athetosis tünetei az izommerevség mögött háttérbe szorulnak.

A gyökérkimetszés indicatiójára nézve általában véve irrelevans az, hogy a spasmusos bénulás alapjául szolgáló anatómiai elváltozás a cortico-spinalis pályáknak melyik helyén keresendő. Az imént említett megszorításokkal a műtét végzésére mindenkor jogosítva vagyunk, a mikor a pyramispályák — beleértve a cortexet is — olyan laesiójával van dolgunk, a mely miatt az agykéregből de norma a gerinczvelő elülső szarvaiba állandóan lefolyni szokott gátló befolyásolás annyira meg van károsítva, hogy e miatt a gerinczvelő reflexingerlékenysége a motilitást zavaró mértékben fokozódott. A míg az izommerevséget okozó hyperreflexia ki nincs kapcsolva, addig a bénulás paresises componensét sem tudjuk megmérni s addig a gyakorlótherapia is mindig beleütközik az izmok rigiditásába, az együttmozgásokba stb. Nem szabad azonban szem előtt tévesztetni az utókezelés feltétlen szükségességét, a mely gyakorlásban és az esetleges contracturák orthopaediai, némelykor műteti kezelésében áll. A gyökérkimetszés csak bevezeti és lehetővé teszi a gyakorlótherapia sikeres folytatását.

A műtét technikáját illetőleg, mindenekelőtt elvileg az egyidejű operálást tartjuk követendőnek. A kétidejű műtét kifogásolható az a sepsis megóvása szempontjából is, valamint azért, mert a beteget aránylag rövid időközben két hosszadalmas narcosis esélyeinek teszi ki. Egyidejű operálás esetén sem nyúlunk el a műtét túlságosan. Utolsó műteteink alkalmával a gyökök kimetszéséig $\frac{3}{4}$ órára, a varrások befejeztéig 1 és $\frac{1}{4}$ órára volt szükségünk. Legtöbb időt vesz igénybe a gerinczsatorna feltárása kellő szélességben, a míg a dura mater még nincs felhasítva. A csigolyaíveket az izületi nyújtványokig ki kell szedni, hogy azután a gyökök kilépési helyeihez könnyen hozzáférhessünk. Az utólagos szélesítés hátránya az volna, hogy akkor kapnánk újabb vérzést, mikor már a durazsák nyitva van s a befolyó vér hátráltatna bennünket a gyökök fölkeresésében. Ha ellenben a csigolyaíveket előre kellően kiszedtük és rövid ideig taponáltunk, a vérzés igen kevés alkalmatlanságot okoz. Eddig nem alkalmaztunk előzőleg adrenalin, mint Braun ajánlja, sem ligatúrára nem volt szükségünk. A magasra emelt medenczével félig hason fekvő betegnél a proximalis sebzug van legmélyebben s az ideszivárgó vért könnyen felitathatjuk. A dura felhasítását a proximalis sebzugban kezdjük meg néhány mm.-nyi bemetszéssel, melyen át a liquort ki engedjük folyni, mielőtt a durát tovább kihalásitanánk. Ennek nemcsak az az előnye, hogy a medence emelt fektetésével egytében a liquor lefolyását lassítja és így a shock veszélyét csökkenti, hanem egyéb is. A gyökök, melyek a cauda equinát alkotják, a liquornál kisebb fajsúlyuk folytán ebben úsznak és a kezdeti dura-nyíláson prolábálni igyekeznek, mert az említett fekvésben a durának éppen a dorsalis falához simulnak hozzá. Ilyenkor nem célszerű bármily eszközt bevezetni a durazsákba, mert az a gyököket esetleg sértethetné. Ha ellenben a liquor már elfolyt, akkor a gyökök a durazsák ventralis falára fekszenek s a durát akár vajt szondán, akár bevezetett két kis tompa horog között, teljes bátorsággal hasítjuk fel. A cauda equina gyökérfonalaival való elbánáskor még egy körülményre kell figyelmeztetnünk. A mozgó gyökök megfogása, vagy éppen zúzása súlyos bénulásokat vonna maga után. Azért az érző gyökök kihalászására és a mozgóktól való elválasztására nem is használunk csipetűt vagy más fogó eszközt, hanem finom tompa kampókat. Mégis előfordult első műteteink alkalmával az, hogy napokig tartó hólyag- és végbélzavarok mutatkoztak. Utóbb végzett műteteink alkalmával ilyeneket nem láttunk. Az egyik esetben a 2. napon nehezen ment a vizezés, de katheterre nem

volt szükség. Az azelőtti és a mostani eljárásunk között az volt a különbség, hogy újabban a gyökerekkel még finomabban bántunk el, mint azelőtt. Nevezetesen vigyáztunk arra is, hogy a gyökereket burkoló és egymással összekötő arachnoideát mentől kevésbé bántalmazzuk. Ugyanez okból nem is vágtunk ki 1—1.5 cm.-nél hosszabb darabokat. Az arachnoidea fölösleges széjjeltévése a gyökerek vérkeringését zavarná és így közvetve szintén bénulások forrásává válhatnék. Ezért tartjuk fontosnak az arachnoidea sértését az elkerülhetetlen minimumra redukálni.

Fontos dolog a liquorfolyás kérdése. Intraduralis műtétek alkalmával már megtörtént, hogy a liquor cerebrospinalis hirtelen lefolyása halálos shockot idézett elő. A lassú leeresztéssel kis nyíláson át s a liquorvesztés csökkentésével a medence magasra fektetése által ezt akarjuk megelőzni. A műtét után régebben megszokott dolog volt, hogy a liquor a bőrseb fonálcatornáin és egyéb résein át hetekig is szivárgott, néha oly bőséggel, hogy akármilyen nagy kötések is minduntalan átáztak. Utóbb operált eseteinkben liquorfolyás egyáltalán nem volt. Ezt két körülménynek tulajdoníthatjuk. Elsősorban és főként a dura gondos bevarrásának. Hogy a duravarrat biztosan zárjon, nagyon finom selyemmel és finom, nem éles, hanem kerek átmetszetű, ú. n. béltűvel csináltunk folytonos varrást, kezdve és végezve a durának fel nem hasított részén, sűrű öltésekkel. Másodsorban hozzájárulhatott az operált beteg hasrafektetése, emelt medenczével 10 napon át. Ilyen fektetésben a liquor legkevesebb nyomást gyakorol a dura varrásvonalaira.

Tízze, a ki Foerster ösztönzésére először végzett ilyen műtéteket, a beteget előre elkészített gipszágyba fektette. Erről mi mostanában lemondunk az emelt medenczével való hasrafektetés javára, melynek az előbb említett mellett még az is előnye, hogy a seb és környéke könnyebben hozzáférhető és tisztán tartható. Mivel most a seb legmélyebben fekvő részévé annak proximalis vége lett, ide helyeztünk külön kis nyíláson át a duráig bedugott üvegdrain, melyet 2 nap múlva kivettünk. A drainezésről annál kevésbé van kedvünk lemondani, mert mikor egy régebbi esetünkben ezt megtettük, a beteg lázas lett és az egész sebet fel kellett bontanunk. A duravarrat szerencsére sufficiens maradt, de 10 hétig tartott, míg a nagy seb nyílt kezeléssel begyógyult. Ezzel szemben a drainezett sebek per primam és pedig a régebbiek több-kevesebb liquor-folyással, a 2 utolsó ellenben collodium-kötés alatt szárazon gyógyult.

A ma ismertetett 2 esetben a gyermekeket a műtét alig viselte meg. A 6 éves hemiplegiás gyermek a műtét 8. napján kanyaróba esett; 3 hét múlva mégis járni kezdett. A másik már 2 hét múlva kezdett felkelni.

Meggyőződésünk az, hogy a Foerster-féle műtét helyesen választott esetekben jogosult, mert a beteget nem veszélyezteteti jobban, mint bármely nagyobb műtéti beavatkozás, mert maradandó kárt nem okoz és mert haszna nyilvánvaló. Az alapjául szolgáló gondolatmenet pedig egészen physiologiai, a mit a Stoffel által ajánlott idegátmetszésekről nem mondhatni. Ezek inkább a spasmus mobilis némely alakjaiban volnának alkalmazandók.

Közlemény a székesfővárosi szt. János-kórház elmebetegosztályáról. (Főorvos: Hudovernig Károly dr., egyetemi magántanár.)

Tuberculinkúra eredményei paralysis progressiva eseteiben.

Irta: Wachsmann Alvin dr., segédorvos.

Daczára annak a nagy jelentőségnek, melylyel úgy a szerzett, mint az öröklött syphilis a paralysis progressiva előidézésében bír, nem vezetett a paralysis progressivának antilueses gyógykezelése mindig eredményre, sőt az esetek túlnyomó számában teljesen cserben hagyott. Természetes ezen eredménytelenség, ha tekintetbe vesszük egyrészt azt a körülményt, hogy a paralysis progressiva a jelenlegi

felfogás szerint nem direct lueses, hanem inkább post-vagy metalueses megbetegedése a központi idegrendszernek, másrészt azt a körülményt, hogy a paralysis progressiva előidézésében a syphilisen kívül más tényezőknek, mint veleszületett vagy szerzett dispositio, egyéb intoxicációk, az idegrendszernek működőképességéhez képest túlnagy igénybevétele, stb., is van, bár alárendeltebb szerepe. Mindenesetre hozzájárul a paralysis progressiva antilueses gyógykezelésének eredménytelenségéhez, hogy ezen gyógymód sokszor megfontoló kritika nélkül s az ilyen kezelésciklusnak elhanyagolásával történik.

Mindenesetre, tekintettel a paralysis progressiva óriási elterjedtségére és annak absolute infaust prognózisára, orvosi kötelességünk legalább az initialis esetekben gyógyító kísérleteket tenni.

Már régi tapasztalat, hogy a paralysis progressiva folyamán esetleg jelentkező intercurrentis lázas betegségek annyiban gyakorolnak kedvező behatást ezen elmebajok lefolyására, hogy a különben is spontán beálló remissiók lázas betegségek után gyakrabban és hosszabb tartammal jelentkeznek. Ebből a tapasztalatból fejlődött ki a paralysis progressivának az a gyógykezelési elve, mely mesterséges úton előidézett lázzal (hyperpyresissel) akarja azokat az eredményeket elérni, a melyekre a kórtani tapasztalat utalt. Ha eltekintünk *Mabille*, *de Forest* gyógykezelésétől, a tarkón áthúzott és mesterséges genyedést fentartó szalaggal, továbbá *Jacobi*, *Schnell* és *L. Meyer* gyógybeavatkozásától, a midőn *Autenrieth*-féle kenőccsel idézték elő és hónapokon át tartottak fenn mesterségesen genyedő sebfelületeket és így lázas mozgalmakat, akkor mondhatjuk, hogy a jelenlegi orvosi felfogásnak leginkább, sőt egyedül az ezen hyperpyresisen alapuló két gyógyeljárás felel meg: az egyik a *Donath*-féle kezelés natrium-nucleinicum-injectiókkal, a másik a *Wagner* v. *Jauregg* által kezdeményezett és *Pilcz* által folytatott és kidolgozott tuberculinkúra.

Mindez a két gyógyeljárás önmagában és egyedül csak csekélyebb eredményre vezetvén, úgy az egyiket mint a másikat jelenleg egyidejűleg alkalmazott antilueses gyógykezeléssel kombinálják (kéneső, jód, salvarsan), a melylyel úgy *Donath*, mint *Pilcz* az előbbieknél jobb eredményeket értek el. Evvel implicite visszatértek a régi antilueses gyógykezelésnek helyességére, a mely a hyperpyresissel kombinálva talán jobb eredményeket ad, mint a két gyógymód mindegyike külön-külön alkalmazva.

Osztályunkon ezidőszert mind a két gyógymóddal kísérleteztünk. Az alábbiakban az antilueses eljárással kombinált tuberculinkúra eredményeiről számolok be. Erről előzetes jelentést tett már *Hudovernig*, a midőn az orvosegyesület elme-idegkórtani szakosztályában (1912 április 22) a kezdeti eredményeket a következőkben foglalta össze: „Tuberculinkúrával eddig kilencz beteget kezeltünk; alkalmaztuk a *Wagner* és *Pilcz* által inaugurált kombinált antilueses és tuberculinkúrát: naponta kénesőbedörzsölés és 1—2 gr. jód-kali, azonkívül tuberculininjectiók, hogy a betegek állandó 38.0—39.0°-os lázban tartassanak. A kezdeti tuberculindag 0.01 gr., folytatólag felmentünk 1.0 gr.-ig. Helyi vagy általános reactiót nem tapasztaltunk soha; a legnagyobb lázat 0.15 és 0.30 között értük el; a maximum eddig 39.5°-os láz volt. Ugyanazon tuberculindag megismétlése nem okoz lázat még akkor sem, ha két nappal előbb ugyanazon adag elég tekintélyes hőemelkedést létesített. Bemutatok két paralysis progressivás beteget, mindkettő bénulások tünetekkel, nagyfokú zavartsággal, dementiával és aggressivitással került osztályomra s a kúra után oly fokú remissióban vannak, hogy socialisak és hivatásuknak ismét átadhatók. Hangsúlyozom, hogy a két eset nem gyógyult, hanem remissionált, hogy a két beteg ma is paralysses; nem akarom és nem tudom az elért eredményt kizárólag a tuberculinkúrának betudni, mert nem zárhatom ki az egyidejűleg végzett antilueses kúra jó hatását, sőt azt, hogy egyik betegen az előbb félig merev pupilla fényreactiója részben visszatért, csak a kénesőkúrának vagyok hajlandó betudni, mert erre a hyperpyresis befolyást nem gyakorolhat.”

A midőn az alábbiakban az eddigi 26 gyógykezelési eredményről referálok, nem akarok más szerzők eredményeinek ismertetésére kitérni, a mi azért sem volna czél szerű, mert minden osztály más és más beteganyaggal rendelkezik és a gyógyeljárás hol kezdő, hol előrehaladott esetekben, hol a betegek kiválogatása nélkül alkalmazták. Osztályunkon a tuberculinkúrát 2 sorozatban, mindenkor az egymás után felvett betegek kiválogatása nélkül csináltuk. A gyógy mód keresztülvitelére nézve ugyanazon elveket tartottuk szem előtt, melyeket legutóbb *Pilcz* leírt és melyeket osztályunk főorvosa, *Hudovernig*, már idézett bemutatásában vázolt.

Összesen 26 betegen végeztünk tuberculinkúrát és pedig 0·01 gr. *Koch*-féle altuberculinnal kezdtük, melyet injectiók alakjában az intrascapularis tájékba applikáltunk. (A formula: altuberculin *Koch* 1·0, glycerin 4·0, aqu. dest. 5·0 gr. Ebből az oldatból a kezdőadag $\frac{1}{10}$ Pravaz = 0·01 AT.) Másodnaponként adtuk az injectiókat, fokozatosan emelve az alapadagot és pedig olyképpen, hogy a beteget állandóan hyperpyresisben tarttuk (37·5—38·5° C). Voltak ugyan betegek, a kik a tuberculin nagyobb adagjaira is úgyszólván lázmentesek voltak, de átlagban mindegyikük elérte a 37·8—38·0° C-t.

Ezen tuberculinkúrát antilueses kúrával kombináltuk; naponta 3·0 gr.-os kénesőkenőcs-inunctiót rendeltünk és belsőleg naponta 2·0 gr. jodkalit. A betegek legnagyobb része (20 = 76·8%) a kezelést jól tűrte, semmi subjectív panaszuk nem volt.

Hat esetben (23·5%) azonban a kúrát félbe kellett szakítanunk, mivel a hőemelkedés igen tetemes volt és a kúra maga a betegeket rendkívül megviselte. Hat betegen pedig a tuberculinapplikálásnak helyén phlegmone keletkezett, melynek következtében 3 esetben (11·8%) a további kezelést be kellett szüntetnünk.

A kúrát akkor tekintettük befejezettnek, ha a maximális tuberculin-adag 1·0 gr. volt; átlagos tartama 30 nap. Másodnaponként adtuk az injectiókat, fokozatosan emelve; átlagos adagemelkedés 0·06 gr.

A 26 kezelt beteg közül kettőt (7·7%) mint munkaképest bocsátottunk haza; a kúra befejezése után a paralysis jelenségek annyira háttérbe szorultak, hogy előbbi foglalkozásukat újból megkezdheték. Két, jelenleg is osztályunkon levő betegen szintén tetemes javulást értünk el; psychéjük feltisztult, komponáltak, beidegzés és reflexek nagy fokban javultak.

További 8 betegen (30·8%) is észlelünk javulást, habár ez nem oly szembeötlő, mint az előbbi esetekben. A sensorium feltisztult, a reflexek jobbak, a pupillák reakciója is valamennyire javult.

A tuberculinnal kezelt betegek közül 5 (19·2%) halt el időközben, de ezeken is volt észlelhető némi psychés feltisztulás közvetlen a kúra befejezése után.

A tuberculin iránti tolerancia is nagyon változó, némelyiken a minimalis adag is magas lázt idéz elő, másikon pedig az adag kétszerese mellett sincsen láz. Általában mondhatjuk, hogy a reactio a kúra első harmadában (0·01—0·10 gr. tuberculin-adag) legintenzívebb, a hőemelkedés ilyenkor volt legmagasabb, míg 0·80—1·0 gr.-os dosisnál alig volt 37·5° C-nál magasabb.

Eddigi gyógykísérleteinkből tehát azt a tapasztalatot vonhattuk le, hogy a tuberculinkúra, ha azt egyidejűleg antilueses gyógy móddal kombináljuk, emeli a paralysis progressiva javulási kilátásait. Nem mulaszthatjuk el annak a hangsúlyozását, hogy az elért eredmények nagy részét, mint azt *Hudovernig* idézett jelentésében kiemelte, túlnyomóan az antilueses gyógykezelésnek tudhatjuk be. Eltekintve a már említett intolerantiától és phlegmonéktól, súlyosabb complicatiókat nem tapasztaltunk, a legtöbb betegünk a kezelést psychice és somatice jól tűrte.

A tuberculinkúrának kedvezőbb eredményeit az a körülmény is bizonyítja, hogy ennél az összes javulásoknak a száma 46·2%, míg osztályunknak statisztikája szerint a paralysis progressivás betegeknek 1909-ben 25·69%-a, 1910-ben 32·14%-a és 1911-ben 24·78%-a javult.

Tuberculinnal és antiluesesen kezelt betegeknek rövid kórrajzai a következők:

I. Munkaképesek lettek (2 = 7·7%).

1. B. Á. 32 éves gépkezelő, felvétetett 1911 október 4.-én. A pupillák egyenlőtlenek, a jobb tágabb, kerek, a jobb nem, a bal alig reagál. A facialis szabad, az ajkak remegnek; a nyelven és a kezeken durva tremor; a reflexek a talpreflex kivételével megvannak. Idiomuscularis dombképződés. Időre, helyre tájékozott, beszéde nem akadozó, némi betegségi belátás („búskomor”); csendes, nyugodt, illedelmes; későbbben izgatott, kötekedő, beteg társaival verekszik, keveset alszik.

1912 március 4.-én megkezdünk vele tuberculinkúrát, 0·01-del kezdve másodnaponként felhaladva 1·0-ig: a kúrát naponkénti 3·0 gr.-os Hg-inunctióval kombináljuk. A hőingadozás elég nagy, 36·8°—39·4° C között. A kúra tartama 33 nap.

Status 1912 május 26.-án: Nyugodt, csendes, psychéje feltisztult, pupillái egyenlőek, elég jól reagálnak, ajka, nyelve nem remeg, a reflexek élénkek, betegségi belátás; az osztályon dolgozik. Május 26.-án munkaképes állapotban hazabocsátjuk.

2. M. J. 30 éves szobafestő, felvétetett 1912 január 30.-án. A pupillák középtágak, a bal valamivel tágabb, szabályosak, alig reagálnak. A jobb oldali facialis paresis. A reflexek megvannak. A psychés vizsgálat a beteg dementiája és nyugtalansága miatt meg nem ejthető.

1912 március 4.-én tuberculinkúrának vetjük alá, 0·01-től másodnaponként fokozatosan felhaladva 1·0-ig és naponta 3·0 gr.-os Hg-inunctio. A hőingadozás 36·9—39·4° C között; a kúra tartama 33 nap.

Status 1912 május 28.-án: Nyugodt, csendes, értelmesen beszél. Munkaképes állapotban hazabocsátjuk.

II. Tetemes javulás (2 = 7·7%).

3. V. M. 41 éves állatorvos, felvétetett 1912 november 7.-én. A pupillák szűkek, szabályosak, fényre és alkalmazkodásra eléggé jól reagálnak. A térd- és Achilles-inreflex gyenge, a többi kiváltható. Nyelvé, kezén és testén durva remegés. Romberg, dysarthria; helyre, időre tájékozott, betegségi belátás nincs, intelligenciája nagyon szűk határok közé szorított, némi üldöztetési téveszmék. Wassermann-vizsgálat vérben ++, liquorban ++. A liquor vizsgálata: sejtszám 16, fehérje 0·05; forralási, Nonne-Apelt-, carbol- és sulfosalicylpróbák (az 1%-os kivételével) +.

1912 november 9.-étől kezdve tuberculinkúra (0·01-től—1·0-ig), 3·0 gr.-os Hg-inunctióval és 2 gr. KJ.-mal kombinálva. Magas hőemelkedés (maximum 38·0°) nincs, de mivel a beteg gyenge, gyakran fekszik. A kúra tartama 25 nap. Az applikálás helyén tenyéryi phlegmone, mely incisio után per primam gyógyul.

Status 1913 február 15.-én: Psychéje feltisztult, némi betegségi belátás; mindenről tájékozott; beszéde még kissé vontatott, de nem dysarthriás. A pupillák középtágak, fényre és alkalmazkodásra prompt reagálnak. Facialis-paresis nincs, a nyelv nem remeg, nem deviál. Értelmes, hibátlan leveleket ír, jól alszik.

4. G. L. 54 éves szikvízgyáros, felvétetett 1912 gúgusztus 5.-én. A pupillák középtágak, szabálytalanok, fényre nem, alkalmazkodásra alig reagálnak. Jobboldali facialis-paresis; a nyelv nem remeg, nem deviál. Csak a jobb térdreflex váltható ki; a bal térd-, Achilles-in- és talpreflex hiányzik, a többi megvan. Romberg. Helyre, időre tájékozott, nagyási téveszmék, üldöztetési színezettel; betegségi belátás nincs. Wassermann-vizsgálat vérben és liquorban ++. Liquorvizsgálatok: Sejtszám 16, fehérje 0·12, forralási, Nonne-Apelt-, a carbol- és az összes sulfosalicyl-próbák: +.

1912 november 3.-án megkezdünk vele tuberculinkúrát, Hg-inunctióval és KJ.-mal kombinálva; hőemelkedés alig észlelhető, 38·0°-ot is alig éri el; a kúra tartama 25 nap.

Status 1913 február 15.-én: A pupillák középtágak, fénymerevek, facialis-paresis alig van; dysarthria nincs, nyelv nem remeg, nem deviál. A reflexek elég jók. Mindenfelől tájékozott, betegségi belátás nincs; nagyási téveszmék még fennállanak.

III. Csekély javulás (8 = 30·8%).

5. H. S. 38 éves vendéglős, felvétetett 1912 október 5.-én. A pupillák egyenlőtlenek, a jobb tágabb, szabálytalanok, fényre és alkalmazkodásra igen renyhén reagálnak, oldalt nézéskor nystagmus. A nyelv bevont, remeg. A kezeken durva tremor. A térdreflex spasmusos, gyenge kilengésű, a többi inreflex alig váltható ki. A jobb lábón Babinski, a bőrreflexek hiányzanak. Romberg. Dysarthriás, demens, zavart; helyre, időre tájékozatlan, lábfájdalmakról panaszkodik. A Wassermann-vizsgálat a vérben +, a liquorban ++. A liquor vizsgálata: sejtszám 7·1, fehérje 0·05, az összes reakciók: +.

1912 november 3.-án tuberculinkúrának vetjük alá, 0·01-del kezdve másodnaponként felhaladva 1·0-ig és 3·0 gr.-os Hg-inunctióval és 2·0 gr. KJ. mal kombinálva. A kúra tartama 25 nap, a hőemelkedés igen tetemes (39·5—40·5° C). Az applikálás helyén tenyéryi phlegmone keletkezik, mely a beteget erősen megviseli, de incisio után per primam gyógyul.

Status 1913 február 15.-én: Szellemileg feltisztult, a dysarthria nem kifejezett. A pupillák egyenlőek, szabályosak, fényre és alkalmazkodásra a jobb jól, a bal valamivel renyhén reagál. A nyelv nem remeg, nem deviál. A bőr- és inreflexek elég jók; némi betegségi belátás, jól alszik.

6. H. S. 46 éves napszámos, felvétetett 1912 június 7.-én. A pupillák középtágak, egyenlőtlenek, a bal tágabb, a reactio renyhe. Baloldali facialis paresis. A nyelv remeg, balra deviál. A térdreflex alig, az Achilles-inreflex nem, a többi kiváltható. Romberg. Teljesen tájékozatlan, demens, némi betegségi belátás. Csendes, nyugodt, alszik. Wassermann-vizsgálat vérben és liquorban: ++++. Liquorvizsgálat: sejtszám 46, fehérje 0.006. Forralási, Nonne-Apelt-, carbol- és az összes sulfosalicyl-próbák: +.

1912 augusztus 30.-ától tuberculinkúra, 0.01-től másodnaponként 1.0-ig; tartama 31 nap. A hőemelkedés 37.4–39.2° C között ingadozik. A kúrát 3.0 gr.-os Hg-inunccióval kombinálva.

Status 1913 február 15.-én: Kis fokban demens, elég jól percipál és tájékozódik, betegségi belátás; a bal pupilla valamivel tágabb, mindkettő fénymerev. A reflexek rendesek; nyugodt, csendes, alszik.

7. Sz. E. 35 éves földművesnő, felvétetett 1912 július 6.-án. A pupillák egyenlőtlenek, a bal tágabb, ovalis, elég jól reagálnak. A jobboldali facialis paresis, a bal szájjug fogmutatásra lejjebb áll. A nyelv bevont, jobbra deviál. A jobb térdreflex rendes, a bal alig, úgyszintén a talpreflex, a többi nem váltható ki. Romberg. Tájékozatlan, nehezen percipál. Betegségi belátás nincs. Dysarthria, csendes, nyugodt, demens, alszik.

1912 július 30.-ától kezdődőleg tuberculinkúrának vetjük alá 0.01-del kezdve másodnaponként felhaladva 1.0-ig; kombinálva 3.0 gr.-os Hg-inunccióval. A kúra tartama 33 nap, a hőingadozás 36.9–40.0° C között.

Status 1912 október 20.-án: Időre, helyre hiányosan tájékozódik. A bal pupilla kissé tágabb és szabálytalan, a reactio jó. Az ajkak kisfokú tremor. A reflexek kissé spasmusosak. Kis fokban demens, csendes, nyugodt, alszik; elvétele tisztátalan. Javultan hazabocsátjuk.

8. K. S. 39 éves utazó, felvétetett 1912 október 28.-án. A pupillák középtágak, egyenlőek, fényre és alkalmazkodásra renyhén reagálnak. Jobboldali facialis paresis; a nyelv kissé remeg, nem deviál. A térdreflex alig váltható ki, az Achilles-in- és a cremaster-reflex hiányzik, a többi megvan. Romberg. Elég tájékozott, betegségi belátás nincs. Nagyzási téveszmék, aggressiv, lármás, az orvosokat szidja, durva hangon követeli elbocsátását. Altató daczára álmatlan.

1912 november 3.-án tuberculinkúrának vetjük alá, 0.01-től másodnaponként 1.0-ig, 3.0 gr.-os Hg-inunccióval és 2.0 gr. KJ-mal kombinálva. Nyugtalanosága már a 4. injectio után szünőfélben, némi betegségi belátás, alszik. A kúra tartama 25 nap, a hőmérsék 37.1–37.8° C között ingadozik.

Status 1913 január 19.-én: Teljesen nyugodt, csendes, illedelmes, az orvosokkal alázatosan beszél; tudja, hogy beteg és kéri ennek gyógykezelését. Nagyzási téveszméi megszűntek, komponált. Pupillák középtágak, fényre és alkalmazkodásra prompt reagálnak. Az in- és bőrreflexek elég jók; a nyelv nem deviál, nem remeg; facialis paresis korántsem oly kifejezett, mint felvételtkor; értelmes leveleket ír, alvása jó. Javultan hazabocsátjuk.

9. A. J. 43 éves, fakereskedő, felvétetett 1912 augusztus 29.-én. A pupillák szűkültek, a jobb valamivel tágabb, szabálytalanok, alig reagálnak. Jobboldali facialis-paresis; a nyelven durva remegés; a bal térdreflex gyenge, a jobb alig váltható ki, a többi reflex gyenge. Romberg. Helyre, időre tájékozatlan, demens, betegségi belátás nincs, zavart álmatlan, dysarthria.

1912 november 3.-ától kezdődőleg tuberculin (0.01-től 1.0-ig), Hg-inuncció és KJ-mal kombinálva. Hőemelkedés alig van, 38.0° C-t nem éri el. A kúra tartama 25 nap.

Status 1912 december 7.-én. Csendes, nyugodt, értelmesen beszél, minden irányban tájékozott, betegségi belátás; dysarthria nincs, a pupillák elég jól reagálnak. Javultan hazabocsátjuk.

10. K. J. 35 éves, péksegéd, felvétetett 1911 december 30.-án. A pupillák egyenlőtlenek, szabálytalanok, a bal tágabb, ovalis, fényre és alkalmazkodásra renyhén reagálnak. A baloldali facialis paresis. A nyelven és a kezeken durva tremor. A térdreflex spasmusos, fokozott, a többi reflex rendben. Romberg. Tájékozatlan, némi betegségi belátás. Beszéde lassú, vontatott, dysarthriás. Demens, euphoriás, csendes, nyugodt, alszik. A Wassermann-vizsgálat a vérben és a cerebrospinalis liquorban ++++. A liquor vizsgálata: sejtszám 88.6, fehérje 0.07, forralási, Nonne-Apelt-, carbol- és az összes sulfosalicyl-próbák: +.

1912 március 4.-étől tuberculin-kúra, melyet jól tűr, hőemelkedés 36.7–39.1° C között. A kúra tartama 33 nap.

Status 1912 május 25.-én. Csendes, nyugodt, demens, dysarthriája kissé javult. Javultan hazabocsátjuk.

11. P. K. 35 éves, géplakatos, felvétetett 1912 február 15.-én. A pupillák szűkek, egyenlőek, fényre és alkalmazkodásra renyhén reagálnak, a facialis szabad, az ajkak és a nyelv remegnek. A kezeken tremor. A jobb térdreflex kiváltható, a bal nem, a többi a cremaster-reflex kivételével megvan. Idiomaticus dombképződés. Időre, helyre tájékozatlan, beszéde akadozó, dysarthriás, demens. Gyenge, alig áll a lábán, magától nem eszik, tisztátalan. A Wassermann-vizsgálat a vérben és a cerebrospinalis liquorban: +. A liquor vizsgálata: sejtszám 16, fehérje 0.04, az összes reakciók: +.

1912 március 14.-én tuberculin-kúrának vetjük alá, 0.01-től 1.0-ig, másodnaponként; a kúra tartama 33 nap. A kúrát 3.0 gr.-os Hg-inunccióval kombináljuk. Hőemelkedés alig észlelhető, alig éri el a 38.0°-ot. A kúra befejezése után a beteg hízásnak indul.

Status 1912 október 28.-án. A dementia kisebb, a dysarthria nem oly kifejezett, kérdésekre odaillő feleleteket ad illedelmes hangon, de spontán alig beszél. Megerősödött, étvágya, alvása jó, tiszta. Családi ápolásba adjuk.

12. T. K. 37 éves, kéményseprősegéd, felvétetett 1911 március 21.-én. A pupillák egyenlőtlenek, a jobb tágabb, elég jól reagálnak. A facialisok szabadok, a nyelv remeg. A térd- és az Achilles-inreflex fokozott, a többi rendben. Egész testére kiterjedő durva remegés. Helyre, időre hiányosan tájékozott, némi betegségi belátás, igen bőbeszédű, demens, nyugodt, jól alszik, elvétele izgatott, lármás.

1912 március 4.-én tuberculinkúrának vetjük alá Hg-inunccióval kombinálva. A kúrát jól tűri, tartama 33 nap, maximalis hő 38.0° C.

Status 1912 október 28.-án. A pupillák szabálytalanok, a jobb valamivel tágabb, renyhén reagálnak. Demens ugyan, de az osztályon állandóan dolgozik, illedelmes, csendes, nyugodt, jól alszik. Javultan családi ápolásba szállítjuk.

IV. Semmi javulás (4 = 15.4%).

13. Sz. J. 55 éves, szénkereskedő, felvétetett 1912 november 2.-án. A pupillák középtágak, egyenlőek, fénymerevek. A baloldali facialis paresis, a nyelv bevont, remeg, jobbra deviál. A térdreflexek spasmusosak, az inreflexek élénkek, a bőrreflexek gyengék. Romberg. Demens, dysarthriás, tájékozatlan, nyugtalan, nem alszik. A Wassermann-vizsgálat a vérben és a cerebrospinalis liquorban: +. A liquor vizsgálata: sejtszám 60.6, fehérje 0.09, forralási, Nonne-Apelt-, carbol- és sulfosalicyl- (1%-os kivételével) próbák: +.

1912 november 9.-étől kezdve tuberculinkúra, másodnaponként 0.01-től kezdve felhaladva 1.0-ig, kombinálva naponta 3.0 gr.-os Hg-inunccióval és 2.0 gr. KJ-mal. A kúra tartama 25 nap, a hőemelkedés 36.7–38.1° C között ingadozik.

Status 1913 február 15.-én. Pupillák szűkek, egyenlőek, szabályosak, elég jól reagálnak. A reflexek rendesek. Elég tájékozott, némi betegségi belátás. Téveszmék nincsenek. Csendes, nyugodt, tiszta, alszik.

14. Sz. L. 43 éves, gyári munkás, felvétetett 1912 június 22.-én. A pupillák egyenlőtlenek, a jobb tágabb, alig reagálnak. A facialis szabad, a nyelv remeg. A jobb térdreflex gyengébb, a többi rendben. Romberg. Elég jól percipál és tájékozódik; némi betegségi belátás. Lop, gyújtogat. Csendes, nyugodt, alszik.

1912 augusztus 30.-ától tuberculinkúra + 3.0 gr.-os Hg-inuncció. A kúra tartama 31 nap, a hőingadozás 36.9–40.3° C között.

Status 1913 február 15.-én. Betegségi belátás nincs. Elég tájékozott, jól percipál, illedelmes. A pupillák egyenlőek, fényre keveset reagálnak. Csendes, nyugodt, kis fokban demens, jól alszik.

15. N. K. 48 éves, községyi jegyző, felvétetett 1911 június 18.-án. A pupillák egyenlőtlenek, a jobb tágabb, nem reagálnak. Az arcizmokban rángás, a nyelv remeg. A térdreflexek spasmusosan fokozódtak, a többi reflex is igen élénk; a kezeken tremor. Logorrhoeás, dysarthriás, némi betegségi belátás. Helyre tájékozatlan, időre hiányosan tájékozódik. Nyugodt, álmatlan, hazakívánczik. Néha nagyzási téveszméket hallat. A Wassermann-vizsgálat a vérben és a liquorban: +. A liquor vizsgálata: sejtszám 44.6, fehérje 0.04. Forralási, Nonne-Apelt-, carbol- és sulfosalicyl- (1 és 2%-os kivételével) próbák: +.

1912 március 4.-étől tuberculinkúra, 0.01-től fokozatosan felhaladva, másodnaponként 1.0-ig. A kúrát, melynek tartama 33 nap, 3.0 gr.-os Hg-inunccióval kombináljuk. Maximalis hőemelkedés 37.9° C.

Status 1912 október 28.-án. Demens, kis fokban dysarthriás, csendes, nyugodt, alszik, elvétele tisztátalan. Családi ápolásba adjuk.

16. K. N. 44 éves, szülésznő, felvétetett 1912 szeptember 19.-én. A pupillák egyenlőtlenek, szabálytalanok, renyhén reagálnak, a facialis szabad, a nyelv bevont, remeg. A jobb térdreflex spasmusos, a többi rendben, csak a hasfali reflex hiányzik. Tájékozatlan, demens, nagyzási téveszmék.

1912 november 3.-án megkezdjük a tuberculinkúrát 0.01-del másodnaponként felhaladva 1.0-ig és kombináljuk napenkénti 3.0 gr.-os Hg-inunccióval, és 2.0 gr. KJ-mal. A kúra tartama 25 nap, a hőingadozás 37.0–39.2° C között.

Status 1912 december 26.-án. Nyugodt, csendes, kis fokban demens, elvétele tisztátalan. Hazabocsátjuk.

V. Meghaltak (5 = 19.2%).

17. S. M. 44 éves, zenész, felvétetett 1911 november 23.-án. A pupillák egyenlőtlenek, a jobb tágabb, nem reagálnak. A nyelv remeg. A térdreflexek fokozottak, a többi a talpreflexek kivételével rendben. Tájékozatlan, euphoriás, demens, dysarthriás. Nagyzási téveszmék. A Wassermann (salvarsan után!) vérben és liquorban: —. A liquor vizsgálata: sejtszám 70.6, fehérje 0.03, forralási, Nonne-Apelt-, carbol- és sulfosalicyl- (1 és 2%-os kivételével) próbák: +.

1912 március 4.-étől tuberculinkúra, 0.01-del kezdve, felhaladva másodnaponként 1.0-ig 3.0 gr.-os Hg-inunccióval kombinálva. A kúra tartama 44 nap, a hőingadozás 37.0–38.3° C között. Nyugtalan, hallucinációk behatása alatt áll, álmatlan. A bal pupilla tágabb, mindkettő szabálytalan, fénymerev. Euphoriás, haladó dementia, dysarthria fokozódik, erősen gyengül. 1912 december 28.-án meghal.

18. F. K., 37 éves szakács, felvétetett 1911 november 30.-án. (Előzőleg 1911 szeptember 27.-étől november 23.-áig ápolatott osztályunkon.) A pupillák egyenlőtlenek, szabálytalanok, fényre nem, alkalmazkodásra renyhén reagálnak. Az ajkak és a nyelv remegnek; a kezeken tremor. A térd- és Achilles-inreflex nem, a többi alig váltható

ki. Romberg, ataxia. Helyre, időre tájékozott, betegségi belátás nincs; dysarthria; öngyilkosságra való hajlam. Rendkívül nyugtalan, izgatott, kötekedő. Álmatlan. Gyakori paralytiform roham.

1912 márczius 4.-étől kezdődőleg tuberculinkúra, melynek tartama 33 nap. Hőemelkedés alig van ($37^{\circ}9^{\circ}$ C). Állandóan izgatott, álmatlan; elvétel paralytiform rohamai vannak. Haladó dementia, fokozatos gyengülés. Fekszik, decubitus, mesterséges táplálás, katheterezés. 1912 szeptember 5.-én meghal.

19. G. G. 34 éves fűszerkereskedő, felvétel 1912 május 11.-én. A pupillák középtágak, szabálytalanok, fényre alig, alkalmazkodásra nem reagálnak. A jobb facialis paresis; az ajkak és a nyelv remegnek, a nyelv bevont, deviál; az uvula baloldalt lóg. A bal térdreflex alig váltható ki, jobboldalt fokozott, az Achilles-inreflex hiányzik, a többi megvan. Romberg. Helyre, időre tájékozatlan, demens, dysarthriás, álmatlan, nyugtalan.

1912 augusztus 30.-ától kezdve tuberculinkúra 0.01-del kezdve 1.0-ig, 3.0 gr.-os Hg-inunctióval kombinálva, a kúra tartama 33 nap. Hőemelkedés ($36^{\circ}8-39^{\circ}5^{\circ}$ C) csak a kúra elején észlelhető. Állandóan nyugtalan, altatóra (hyoscin magas adagjaira) sem alszik. Fokozatos és gyors testi és szellemi hanyatlás. 1912 november 6.-án exitus.

20. H. S. 57 éves, péksegéd, felvétel 1912 október 16.-án. A pupillák ad minimum szűkültek, nem reagálnak; a facialis szabad; a nyelv bevont, rajta durva remegés, deviál; a kezek tremor. Romberg idio-muscularis dombképződés. Helyre, időre tájékozatlan, demens, dysarthriás, zavart, gyenge, álmatlan.

1912 november 3.-ától tuberculinkúrának vetjük alá, 0.01-től másodnaponként felhaladva 1.0-ig, kombinálva 3.0 gr.-os Hg-inunctióval és 2.0 gr. KJ-mal. A kúra tartama 25 nap, a hőemelkedés $36^{\circ}8-37^{\circ}8^{\circ}$ C között ingadozik. Közvetlen a kúra befejezése után psychéje kissé feltisztult, de csakhamar visszaesik, rohamosan hanyatlak és 1913 január 2.-án meghal.

21. Sch. K., 37 éves, építési rajzoló, felvétel 1912 november 11.-én. Jobboldali facialis paresis, a jobb pupilla rendkívül szűkült, a bal ovalis, mindkettő fényre. A térdreflex élénk, spasmusos, a többi reflex kiváltható. A nyelv remeg, jobbra deviál. Hiányosan tájékozódik, némi nagyzási téveszmék, kisfokú betegségi belátás (idegesség). Csendes, nyugodt, dysarthriás. A Wassermann-vizsgálat a vérben és a cerebrospinalis liquorban: +. A liquor vizsgálata: sejtszám 10, fehérje: 0.006, forralási, Nonne-Apelt-, carbol- és sulfosalicyl- (1 és 2%-os kivételével) reakciók: +.

1912 december 10.-én tuberculinkúrának vetjük alá, melyet 3.0 gr.-os Hg-inunctióval és 2.0 gr. KJ-mal kombináljuk. Hőemelkedés alig van ($36^{\circ}9-37^{\circ}5^{\circ}$ C). A kúrát az 5. injectio után (10. napon) be kell szüntetnünk, mivel a beteg egyszerre gyengül és bronchopneumonia tünetei észlelhetők rajta. december 26.-án meghal.

VI. Félbenmaradt kúra (5 = 19.2%).

22. D. M. 41 éves, szabómester, felvétel 1912 augusztus 23.-án. A bal pupilla tágabb, mindkettő alig reagál. A jobb facialis paresis. A jobb térdreflex alig váltható ki, a bal pedig élénk, spasmusos. Romberg. Teljesen tájékozatlan, dysarthriás, demens, csendes, nyugodt, alszik.

1912 november 2.-ától tuberculinkúra, mely a beteget rendkívül megvisel, olyannyira, hogy a 8. napon a 4. injectio után a kúrát be kell szüntetnünk.

Status 1913 február 15.-én. Valamivel megerősödött, fentjár; a pupillák egyenlőek, fénymerevek. A dysarthria nem kifejezett; demens, csendes, nyugodt, alszik.

23. Cz. J. 55 éves, napszámosnő, felvétel 1912 augusztus 1.-én. A pupillák egyenlőtlenek, a bal tágabb, gyengén reagálnak; nystagmus. Baloldali facialis paresis. Romberg. A reflexek élénkek, kiválthatók. Tájékozatlan, betegségi belátás nincs. Csendes, nyugodt, demens, dysarthriás, euphoriás, alszik.

1912 november 3.-án megkezdjük vele a tuberculinkúrát, mely azonban erősen megtöri, úgy hogy az 5. injectio alkalmával (0.10) a kúrát félbe kell szakítanunk. Az applikálás helyén tenyérszűkítő phlegmone keletkezik, mely csak nagyon nehezen gyógyul.

Status 1913 február 15.-én. Komponált dysarthria nincs, hazakivánczik. A pupillák egyenlőtlenek, a bal tágabb, mindkettő renyhén reagál. A nyelv nem remeg, nem deviál. Csendes, nyugodt, alszik. Állandóan dolgozat és az osztály házteteendőiben segítkezik.

24. T. M. 33 éves, háztartásbeli, felvétel 1912 október 29.-én. A pupillák egyenlőtlenek, szabálytalanok, alig reagálnak. A jobboldali facialis paresis. A nyelv bevont, remeg. A térdreflex élénk, spasmusos, a többi rendben. Tájékozatlan, dysarthriás, demens, álmatlan és tisztátalan.

1912 november 3.-án tuberculinkúrának vetjük alá, 0.01-től felhaladva másodnaponként, Hg-inunctióval és 2.0 gr. KJ-mal kombinálva. A hőemelkedés $37^{\circ}0-39^{\circ}2^{\circ}$ C között ingadozik. A 16. napon (a 8. injectio után) a kúrát abbahagyjuk, mert az applikálás helyén phlegmone keletkezik, mely rendkívül nehezen gyógyul.

Status 1913 február 15.-én. Gyenge, demens, dysarthriás, több nyire fekszik, elvétel lármás és tisztátalan; hyoscin magas adagjaira sem alszik.

25. H. K. 40 éves, pincér neje, felvétel 1912 november 6.-án. A bal pupilla szűkebb ovalis, reactio alig van, a bal facialis paresis, a nyelv bevont, remeg, balra deviál. A térd- és Achilles-inreflex

nem, a többi kiváltható. Romberg. Csendes, nyugodt, demens, dysarthriás, tisztátalan.

1912 november 9.-étől alávetjük tuberculinkúrának, mely 3.0 gr. os Hg-inunctióval és 2.0 gr. KJ-mal kombináljuk. A hőemelkedés már kezdetben is elég tetemes: $37^{\circ}3-39^{\circ}3^{\circ}$ C. A 10. napon az 5. injectio után a kúrát félbeszakítjuk az applikálás helyén keletkezett nagy terjedelmű phlegmone miatt, mely a kezelésnek soká daczol.

Status 1913 február 15.-én. Fokozatos testi és szellemi hanyatlás, rendkívül gyenge, állandóan fekszik. Tisztátalan, dysarthriás, demens.

26. J. A. 45 éves, pincér, felvétel 1912 február 29.-én. A jobb pupilla tágabb, reactioja gyenge; a bal fénymerev. Az ajkak remegnek, a jobb facialis paresis. A térdreflexek nem, a többi kiváltható. Jobboldalt Babinski. Ataxia. Elég tájékozott, üldöztetési téveszmék, beszédű, gyenge, fekszik, álmatlan.

1912 márczius 4.-étől tuberculinkúrának vetjük alá, melyet 3.0 gr.-os Hg-inunctiókkal kombináljuk; a 10. napon (az 5. injectio után) a kúrát be kell szüntetnünk, mivel rendkívül megviseli, hőemelkedés $39^{\circ}5-39^{\circ}8^{\circ}$ C.

Status 1912 május 5.-én. Nyugodt, csendes, valamivel megerősödött, fentjár. Javult hazabocsátjuk.

A gyermekkori gümőkórság leküzdésére szükséges socialis hygienés intézkedések.

Irta: Deutsch Ernő dr., igazgató-főorvos.

(Vége.)

Azon álláspont, hogy a házasság a leányok gümőkórjának biztos gyógyszere, rég túl van haladva, ellenkezőleg, ma már köztudomású, hogy az anyaság a fogantatás pillanatától a gyermekágy befejezéséig állandó veszélyt rejt magában, egyrészt a meglévő folyamat rosszabbodása, másrészt a látzólag gyógyult bántalom kiújulása által. Koch s Rabinowitsch tyúkon végzett kísérletekkel bizonyították be a germinatív tuberculosis e matre létezését. Emberben a foetus ép placenta mellett is fertőzhető, természetesen gümőkórosan megtámadott placenta esetén a fertőzés lehetősége fokozott mértékben áll fenn. Szülés közben a placenta materna és foetalis közti nyomáskülönbség folytán nagyon könnyen kerülhetnek bacilusok az anya véráramából a gyermekébe (Gärtner).

Weinberg 369 stuttgarti asszonyra vonatkozólag kimutatta, hogy szülés után:

1—4 héttel	---	63-an	29—32 héttel	---	19-en
5—8	"	46 "	33—36	"	17 "
9—12	"	34-en	37—40	"	14 "
13—16	"	28-an	41—44	"	26-an
17—20	"	18 "	45—48	"	21-en
21—24	"	20 "	49—52	"	33-an
25—28	"	30 "	haltak meg	gümőkórban.	

A beteg apára vonatkozólag elmondottak fokozott mértékben alkalmazandók a nőre. Szem előtt tartva a veszélyt, melyet az anyaság minden phasisa magában rejt, s ha tekintetbe vesszük, hogy ha gyakorlati szempontból a veleszületett gümőkórnak fontossága nincs is, mégsem tekinthetünk el azon tényről, hogy gümőkórosoktól származók „locus minoris resistentiae“-t képviselnek: az anticonceptionalis szerek alkalmazását s a terhesség korai megszakítását socialis s tudományos szempontból helyeselnünk kell. Nem vagyok azonban híve a gyermek érdekében keresztülvitt mesterséges koraszülésnek.

A szoptatás nagy feladat elé állítja a szervezetet s bár sok igazság van Schlossmann azon feltevésében, hogy egyrészt az anyatej alig fertőzi a csecsemőt s mindenesetre kevésbé, mintha a nem kellőképpen óvatos anya a tehéntejjel manipulál, másrészt a szoptatás az asszonyra nézve csekélyebb veszélyeket rejt magában, mint egy új terhesség, melynek beállta ellen a szoptatás relatív biztonságot nyújt, de nem tapasztaltam azon számos esetben, melyben gümőkóros prolektaranyák a nyomor által készített szoptattak, hogy ezek állapota a fokozott anyagcsere folytán javult volna. Végeredményben a beteg apáról mondottakhoz csak még Grotjahn kijelentését akarom fűzni: „Die Bekämpfung der Kinder-tuberkulose steht und fällt eben auch mit der rechtzeitigen

und dauernden Asylierung der Tuberkulösen im vorgeschrittenen Stadium. Wenn uns im Laufe der Jahrzehnte die Lösung dieser schwierigen Aufgabe nicht gelingt, werden alle die übrigen unzähligen kleinen Mittel nichts anderes nützen, als dass sie oberflächliche Gemüter über unsere Ohnmacht hinwegtäuschen.“ Phantasmagoria számba megy *Reibmayr* kijelentése, hogy a gümőkórosok egybekeléséből származó utódok bizonyos fokig veleszületett ellentállási többlettel bírnak s így e házasságok socialhygienés szempontból kívánatosak volnának.

* * *

Tuberculosis congenitáról beszélünk, ha a foetus vagy újszülötten a gümőkór tényleg kimutatható, hereditáriáról, ha a virus, vagy *Baumgarten* szerint a bacillus „Larvenstadium“-a öröklődik át, a fertőzés latens marad, a tuberculinreactio még negativ, s csak az élet egy későbbi szakában nyilatkozik meg activan a kórság. *Küss* 40 emberen és 100 marhán tudott veleszületett gümőkórt kimutatni. *Lehmann* ismertet egy klaszikus esetet, midőn az anya három, az újszülött pedig egy nappal post partum halt meg tuberculosisban. *Birch-Hirschfeld* és *Schmerl* esetében anyán tuberculosis miliaris, császármetszéssel eltávolított gyermekben tuberculosis bacillusok placenta foetalisában és a májban. Felemlítem *Schlossmann*, *Epstein* és *Sitzenfreg* feljegyzéseit, melyek szerint az újszülöttn gümőkór volt kimutatható, bár rögtön a születés után a gümösen beteg anyától különválasztották s ez esetekkel szemben *Schlossmann* megfigyelése: az anya gümőkóros, szülés után 1 hóval meghal, a csecsemőt szoptatja s az mégis egészséges marad (közlés időpontjakor a gyermek hat éves.) Hasonló észleletek felett magam is rendelkezem. Csak elméleti értékkel bírnak a *Schmerl*, *Geipel* s *Sitzenfreg* által leírt placenta-s köldökzsinórtuberculosis-esetek.

* * *

Sée igen szellemesen jegyzi meg, hogy az ú. n. habitus phthisicus — lapos mellkas, izületi anomaliák a bordákon, szív kicsinysege stb. — feltevése nem egyéb, mint tudatlanságunk palástolása. Felette találó *Schlossmann* kijelentése: „Der für Tuberkulose disponierte Körper würde also einem wohl vorbereiteten Acker zu vergleichen sein, der für das Haften und Gedeihen einer bestimmten Saat gerichtet ist.“ *Epstein* az alkattfogalom helyett egy veleszületett „paratuberkulöse Minderwertigkeit“-et szerepeltet. Tény az, hogy gümőkórosan megbetegedett gyermekek szülei épp oly százalékbán tuberculosisak, mint olyanoké, a kik nem gümőkórosak (*Kuthri*) s hogy a familiaris s individualis alkati praedispositio mellett *Koch* véleménye szerint még egy időbeli dispositiót is kell feltételeznünk. Nézetem szerint mindezekhez még egy socialis dispositio létezését kell fűznünk.

Hogy a „paratuberkulöse Minderwertigkeit“ nem teoriás feltevés, ennek bizonyítékául szolgáljon a pesti izr. hitközség fiárvaházainak általam összeállított statisztikája, mely szerint 145 nem terhelt közül 20·6%-ban, 66 terheltben pedig 36·36%-ban észleltem habitus tuberculosisust.

* * *

„Die Tuberkulose“, mondja *Schlossmann*, „ist überhaupt eine Kinderkrankheit, in dem Sinne, dass die Krankheit im Kinderalter erworben wird“ s hozzáfűzi, hogy a ki a pubertásig nem lett gümőkóros, az később alig lesz e fertőzés áldozata. *Behring* azt hangoztatja, hogy a tüdővész utolsó akkordja egy dalnak, melynek első ütemeit a csecsemő bölcsőjénél énekelték. Mivel a veleszületett gümőkór kérdése gyakorlati szempontból alig jó számításba, elfogadhatjuk azon tételt, hogy az esetek javarésztében a gümőkóros gyermek betegségének forrását a környezetében élő tuberculosisus egyénben fogjuk megtalálni.

Gyakorlati szempontból, mint azt *Weber* s *Hohefeld* kimutatásai igazolják, a *Koch*-féle bacillus bovin typusa alig jó számításba, s *Behring* felfogása, hogy a tejben foglalt bacteriumok vagy azok termelte méreganyag volna a legtöbb fertőzés kiinduló pontja, csak oly szövegezésben fogadható el,

hogy a tej javarészt azon vehiculum, melynek segítségével a szájból lévő bacteriumok a szervezetbe kerülnek, vagyis alimentaris a fertőzés, akár a tejben magában foglalt, vagy a szájból más úton kerülő bacteriumok jutnak a tejjel a szervezetbe. Tagadhatatlan azonban, hogy nagyobb gyermekeken is észleltek tej révén beálló gümőkóros fertőzést. Utalok *Stang* esetére: Egészséges szülők öt éves gyermeke általános gümőkórban pusztul el; kiderül, hogy az a tehén, melynek tejét állandóan élvezte, gyöngykóros volt. *Ollivier* és *Bouley* egy internatusban hat, tej élvezete folytán létrejött gümös fertőzést írnak le.

Fertőzés szempontjából csak a nyílt tuberculosis jó számításba; a genyet nem ürítő ú. n. zárt mirigy-, agyhártya-, csont-, izület-gümőkór s a köpetürítéssel nem járó tüdőmegbetegedések nem fertőzők.

A gümőkóros anya teje csupán az emlők specifikus megbetegedése esetén fog fertőzni; természetesen az intim érintkezés nagy mértékben lehet infectio kiindulópontja. Végzetesek azon esetek, mint azt magam is észleltem, melyekben körülmetélés után a gümőkóros mütő a sebet kiszopja, ha oltás után a babonás s tüdővész anyja e sebzéssel hasonlóképp jár el, vagy ha a tuberculosis bába, mint azt *Reich* írja le, az újszülött szájából szájával szívja ki a nyálkát, ha a szoptató nő táplálás előtt emlőjét nyálkájával keni be, ha a csecsemő mesterséges táplálékát a szükséges tisztaság mellőzésével beteg ember készíti el, de leggyakrabban ha a köpettel fertőzött padlón mászkáló gyerek ujjával fertőzi magát. A fertőzés utóbbi módjának bizonyító illusztrálására szolgáljon *Cornet* kísérlete: Szőnyegen köpetet hagyott beszáradni, aztán végigsepertetett rajta s a szobában állandóan tartózkodó 36 tengeri malacz egy híján gümőkóros lett. *Jakob* és *Klopstock* 19 parasztházban összefogdosott s megvizsgált legyek közül hat esetben találtak tuberculosis-bacillust, melyek természetesen szerepet játszhattak a fertőzés terjesztésében. A fertőzés csirái a nyirokutakon át a mirigyekbe (bronchial, mesenterial) majd a mirigy tokjának repedése útján a környezetbe vagy a vér- vagy nyirokáramba kerülnek s így egy helyi vagy általános infectiót hoznak létre. Fertőzőképes bacteriumok hosszú ideig nyugodhatnak egy helyen mint valamely explosiv anyag s csak közvetett vagy közvetlen behatásra, legyen az egy trauma vagy egy intercurrens megbetegedés, fejtik ki kórokozó hatásukat.

Ha a gyermekkori gümőkór lefolyását táblázatosan állítjuk össze, *Hamburger* szerint az adatok következőképpen csoportosulnak:

	0-3 hó	9-6 hó	7-12 hó	2 év	3-4 év	5-6 év	7-10 év	11-14 év
Tuberculosis mint melléklelet olyanokon, kik nem gümőkórban haltak meg	—	—	4·5	17	30	34	35	55
Halálos kimenetelű gümőkór, az összes tuberculosis %-ához viszonyítva	100	100	80	70	67	60	68	50
Gyógyult tuberculosis az összes tuberculosis %-ához viszonyítva	—	—	—	—	7	10	17	33

Vagyis a 7. hótól kezdve emelkedik a fertőzöttek száma, az első életévben a gümőkór kimenetele majdnem mindig halálos, a gyógyult esetek száma pedig a 3. életévtől kezdve emelkedik. Az általános tuberculosis a csecsemők, a mirigy-tuberculosis az első gyermekkor, a tüdő specifikus megbetegedése pedig egy későbbi időszaknak felel meg. Ha egy tengeri malaczt tuberculosisfertőzésnek teszünk ki, rajta az általános tuberculosis tünetei mutatkoznak, ha azonban megelőzőleg immunizáljuk, a megbetegedés csupán a tüdő részé-

ről fog jelentkezni. Ezen tapasztalat indította Engel-t a következő kijelentés megtételére: „Es liegt daher nahe, auch für den Menschen eine verschieden hohe Tuberkulosefestigkeit als Ursache der generalisierten Säuglingserkrankung und der isolierten Lungentuberkulose der Erwachsenen aufzufassen.“

Ezen megfigyelésekkel egybevágóak saját, az „Ingyentej-egyesület“ rendelkezésén tett tapasztalataim. A csecsemőket rendelkezésemre javarészt az első élethehekben mutatják be s így beható orvos-higiénés irányításunk alatt állanak; a csecsemőkön évről-évre ritkábban észlelek gümőkórt s ha igen, úgy rendesen nagyon rossz kórjóslatú általános megbetegedéseket. A felügyeletem alatt álló két árvaházban és egy süketnéma-intézetben lévő 6—15 éves növendékek közül 16 éves ténykedésre visszamenőleg tudom megbetegedést 2, csontok, izületek specifikus bántalmazottságát 5, meningitis basilarist 2 esetben észleltem. Javarészt a 20. életév körül szedi a tuberculosis volt növendékeink körében tudom megbetegedés alakjában áldozatait.

Gastpar megfigyelésének helyességét el kell ismernem, mely szerint jó kinézésű gyermekek bizonyos hányada is gümőkóros. Utalok a *Pfaundler-Schlossmann* gyermekgyógyaszatában található ábrára, mely a *Traviata* szépségének csalóka s alapos orvosi vizsgálatra utaló képét adja.

* * *

Az iskolaorvosnak a beteg és egészséges gyermek szempontjából egyaránt fontos feladata a gyermekanyag lelkiismeretes átvizsgálása, a betegek elkülönítése, a gyanúsak állandó megfigyelése s a beteg tanszemélyzetnek felmentése. Ugyanis az iskolaorvos utaljon kórmelegelőző szempontból a felső légutak bántalmi kezelésének fontosságára s alkosson kapcsolatot az iskola és a különböző a gümőkór ellen közvetve s közvetlenül küzdő jóléti intézmények között.

Ezen intézmények közül az erdei iskoláról akarok első-sorban megemlékezni, melynek berendezését, működését s horderejét Charlottenburgban tanulmányoztam. Ez iskolába kerülnek *Neuffert* helyes jellemzése szerint: „... kränkliche und schwächliche Volksschüler, die nicht krank genug für des Krankenhaus, aber zu schwächlich für die Schule sind, aus Kindern, die ebenso wenig dem 4—5-stündigen Unterricht in den vollbesetzten Klassen aufmerksam zu folgen vermögen, als sie dem für Gesunde berechneten Arbeitsplan gewachsen sind“. Az elhelyezés időtartama bizonyos kereteken belül individualizáltassék, mert az egyes helyeken dívó 1—2 hónapos ellátás értéke valóban illusorius. Hogy átöröklött vagy socialis dispositio esetén az iskolából s a proletárlakásból a szabad ég alá kerülő gyermekek mily fényes eredmények érhetők el, ezt csak az tudja megítélni a ki mint én, a „Waldschule“ és az „école en plein-air“ és az „open air school“ ténykedését személyes tapasztalatból ismeri.

St. Moritz-Dorfban egy iskolás sanatoriumot látogattam meg, mely hosszas tartózkodásra van berendezve. Kimerítő, rendelkezésemre bocsájtott adatok alapján ismertem, becsültem meg a davosi, arosai s leysini ifjú tüdő- s izületcsontgümőkórban szenvedők számára berendezett ily intézeteket, melyeknek helyes elve: „Doppelte Ration Luft, doppelte Ration Nahrung, halbe Ration Arbeit.“

A gümőkór prophylaxisa szempontjából megbecsülhetetlen értékű a szünidei gyermektelep, de ez intézmény eredményesen csupán azon esetben működhetik, ha a kitelepítéskor kizárólag a gyermek szervezetének állapota s nem magaviselete vagy iskolai bizonyítványa a mérvadó. A kitelepítés nem lehet a szorgalom jutalma, hanem egyedüli feladata a gyengült ellenálló képességgel bíró szervezet erősítése s a gyermek ideiglenes kiragadása nyomorult környezetéből. Ez elvet követem mint a budapesti szünidei gyermektelep választmányi orvosa s ezen felfogás vezérelt a pesti izr. fiúárvaházakkal kapcsolatban a Duna mentén Tahi-Tótfalun működő nyáritelep szervezésekor. Felelté fontos, hogy a telepről kikerülő gyermekek a tél folyamán is orvosi felügyeletben s socialis támogatásban részesüljenek (a mit „fortgesetzte

Fürsorge“ czímen Hamburgban láttam szép eredménnyel keresztülvinni) s a mit szerény keretekben az „Ingyentej-egyesület“-tel kapcsolatosan léptettem életbe. Nagy horderejű a nyári napközi ellátás (Halbkolonien), midőn a gyermekek csupán nappal vannak a szülei háztól távol elhelyezve és ellátva; a gümőkór elleni küzdelemben különösen szép eredményekkel dicsekedhetik a *Becher* elvei szerint szervezett „Walderholungsstätte“, mely különösen olcsóságánál fogva képes nagyszámú gyermeket kellőképpen ellátni s ellentálló képességét fokozni.

A görvélykór leküzdésében kitűnő eredményekkel dicsekedhetnek a *Beneke* elvei szerint berendezett tengermelléki hospicek. Részemről a francia intézetek elvének hódolok, melyek a németek néhány heti kezelési időtartamával szemben individualizálva 6—8 hónapig látják el a gyermekeket. Mintaképe ez intézményeknek a francia „Hôpital de Berck“. Sebészeti szempontból mindez intézetek conservatív álláspontot foglalnak el. Hasonlóképpen szép gyógyulási statisztikát mutatnak fel nálunk a sós fürdők és a Balaton-tó melléke, mely gyógytényezők az országos gyermeksanatorium-egyesület munkakörébe kapcsolva, igen hathatós küzdő eszközt jelentenek a görvély- és gümőkór leküzdésében.

Mindezen intézményekkel s az iskolával kapcsolatban a torna és sport gyakorlásáról nem szabad megfeledkeznünk. Igen helyesnek tartom, ha a tanulók az óráközökben légzési gyakorlatokat végeznek, miáltal, ha szabad e kifejezéssel élnem, a tüdő kellő szellőztetéséről is történne gondoskodás.

* * *

Az *exsudativ diathesis* fogalmának alkotása a tuberculosis és *scrophulosis* kérdését, különösen gyermekorvosi szempontból, bizonyos fokig új világításba helyezte. *Czerny* a görvélykórban az exsudativ diathesis és gümőkór kombinációját látja, mit *Escherich* „Skrofulose ist die auf dem Boden der lymphatischen Konstitution entstandene Form der infantilen Tuberkulose“ szavakkal fejez ki. „A gazdag és civilizált népek diathesise, a városok lakói és az intellektuelek dyskrasiája, a gyomor és agy túlterhelése által kimerült fajok nagy elfajulása,“ *Comby* szellemes fejtegetése, mely egy ellentállásban gyengült fertőzésre jó talajként szereplő organismus hí képét adja. A görvélykór keretét a tuberculosis-bacillus kimutatásának lehetősége nagy mértékben szűkítette, sőt e körkép fentartásának szükségességét majdnem feleslegessé tette s ha eredeti formájában nem is, de végkövetkeztetésében elfogadhatóvá teszi *Soltmann* felfogását, mely szerint a placentán át a foetusba kerülhetnek a bacillusok produkálta toxinok, melyek a gyermekek görvélyes hajlam alakjában nyilatkoznak meg, mely hajlam jó talaja a gümőkóros fertőzésnek.

* * *

Nem lehet feladatomban az előadás keretében a *sebészi tuberculosis* kezelésének részleteire kitérni, csupán social-higiénés szempontból akarok hivatkozni egy valóban modern gondolkodó műtő — *Hans Spitzzy* — kijelentéseire. Az egyik a gümösen megbetegedett mirigyek, a másik csontok és izületek specifikus bántalmának kezelésére vonatkozik: „Das Verfahren ist der Natur abgelauscht, dem Stande der Erkenntnis der Allgemeinerkrankung der Funktionsnotwendigkeit der Drüsen entsprechend und dem kindlichen Organismus besser angepasst, als die totale Ausräumung, die unbegreiflicherweise auch in neueren Publikationen empfohlen wird, trotz der klärenden Lehren *Bier's* (die auch in dieser Frage wie eine Offenbarung wirkten)“ és „Die spontane Ausheilung besorgt also die Natur, wenn wir nur die nötigen Schutzvorrichtungen gegen schlechte Gelenksstellung ergreifen, mit den sparsamsten Mitteln, so wie wir es bei einer Operation unmöglich erreichen können. Ist der Organismus dauernd krank, so folgen auf die Ausheilungen eines Herdes doch immer wieder andere Herderkrankungen, die Operation kann also hier wenig nützen.“

* * *

Akár *Behring* elveinek hódolunk s nagy fontosságot tulajdonítunk a tej révén a szervezetbe kerülő *Koch*-féle bacillusoknak, akár azon nézetet valljuk, hogy a gyöngykóros tehén egészséges tőgyéből bacillusmentes tej kerül ki s az esetleg jelenlévő bacteriumok hő vagy vegyszerek révén elpusztíthatók: a gyermekek tuberculosiséval foglalkozó felolvasásban a tejkérdésről okvetlenül meg kell emlékeznünk.

Több mint egy évtizede, hogy az „Ingyentej“-intézménnyel kapcsolatban állandóan foglalkozom a „tej“-kérdéssel. E tanulmányaimból leszűrődő véleményem, mely a külföldi szakemberekével nagyjában egybevág, a következő: tej aseptikus nyérése tuberculinra nem reagáló tehenektől, rögtön szűrés és hűtés, gyors szállítás hűtőkannákban vagy kocskában a fogyasztás helyére, ott a rendeltetésnek megfelelően feldolgozás az aseptikus elvei szerint. Asepsis minden vonalon antisepsis helyett, kiterjedve egyaránt a személyzetre, mint az alkalmazásban lévő edények, szűrők, hűtőkészülékek stb.-re. A forgalomba hozott tej pedig következő követelményeknek feleljen meg: fajszáma 1030, 5–8° *Soxhlet* savfok, víztartalom 30%, 1 cm³-ben néhány száz — 10000 bacterium csíra, *Trommdorf* leukocytapróbája negatív, az *Oela Jensen*-féle „Gärreduktaseprobe“ folytán beálló színváltozás csak 6–7 óra múltán jelentkezzen, negatív pizsokpróba, 4–10° C. állandó hőmérsék, kellemes íz és teljes szagtalanság.

A táplálkozás kérdésénél még azon megjegyzést kell tennem, hogy az általános, de különösen a lakás- és tápszerdrágaság természetszerűen befolyásolja a táplálkozás minőségét, mi elsősorban a gyermek szervezetének a gümőkór elleni ellentállóképessége szempontjából felelté fontos. E kérdéssel kapcsolatban saját, 1011 családra vonatkozó adataimra utalok, melyek szerint az abstinens anyák nagyobb százalékban szoptatnak, mint a szeszélvezők. Alkoholista szülők gyermekei rosszabb fejlettségűek, mint az abstinenseké. A szülők szeszélvezete közvetve s közvetlenül befolyásolja a gyermekek morbiditását. Húsélvezet és alkoholismus egymással fordított arányban állanak.

E helyen emlékezem meg *Laitinen* alapvető vizsgálatairól, melyek szerint 0.1 cm³ szesz pro kilogramm állat húzamosabb időn át adagolva, az utódokon gümőkór ellen gyengült ellentállóképességet hoz létre.

Fejtegetéseimet *Grancher* szavaival végezem: „Ce médecin de campagne est un peu le roi du pays; ses clients l'aiment et lui obéissent, car ils sont ses obligés. Il est l'ami de tous, du maire, de l'instituteur, du curé, des conseillers municipaux, des notables. Il est tout-puissant, et quand il veut bien apporter son dévouement à une oeuvre, on peut être tranquille.“ *Grancher* e kijelentését szívleljük meg, valóban vidéken az orvos nagy horderejű socialis faktor, s ha megvan a jóakarát és tudás, ha csekélyebb mértékben is, de a városban is hatalmas munkát végezhet az orvos a socialis hygiene érdekében!

Összefoglalás.

1. A veleszületett gümőkórnak gyakorlati szempontból nincs hordereje.

2. A gyermek tuberculosiséának forrása elsősorban a környezetében élő felnőtt betegben keresendő. Az ú. n. alimmentaris infectiónak fontossága másodlagos.

3. A 2. alatt felállított tételből kifolyólag:

a) a munkaképtelen, gyógyíthatatlan felnőtt tuberculosus internáltassék;

b) a gyógyítható lehetőleg családja keretében izoláltassék (a beteg felnőtt és egészséges gyermekek napközi elhelyezése — erdei üdülőhely, erdei iskola, bölcsőde, gyermekkert, iskolai napközi otthon, télen és nyáron — azon szempontból, hogy az egészséges családfelelő gondtalanul járhasson a kenyérkereset után és napközben a lakás kellőképp szellőztethető legyen);

c) e feladatok keresztülvitelére leginkább alkalmas a dispensaire-intézmény, mely tág keretekben relativ olcsón ténykedhetik.

4. A terhelt gyermekek, mint azt az előadó saját statisztikájából is kimutatja, szervezetenleg gyengült ellentállóképességgel bírnak: ezek érdekében népkonyhák, tejkiosztók, szünidei gyermektelepek, erdei iskolák és üdülőhelyek karöltve ténykedjenek. Nagyfontosságú a folytatólagos gyámlítás, mi csupán a jóléti intézmények központosítása révén érhető el.

5. A már beteg gyermekek a dispensaire révén házilag vagy nem korlátozott kezelési tartammal, esetleg iskolával kapcsolatos sanatoriumokban legyenek ellátva.

6. Az exsudativ diathesis és scrophulosis kórmegelőző szempontból is beható kezelés tárgya legyen. A sebészi gümőkór kezelésében a conservativ elv győzedelmeskedjék.

7. A specifikus praeventiv és curativ eljárások technikája az orvosok közkincsévé váljék.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Wilhelm Wechselmann: Über die Pathogenese der Salvarsantodesfälle. Mit 7 Textabbildungen. Urban und Schwarzenberg, Berlin-Wien, 1913.

A hat ívre terjedő füzetben a salvarsan-therapiának egyik legagilisabb apostola, *Wechselmann* összegyűjti mindazokat az adatokat és érveket, melyekkel bizonyítani kívánja, hogy a salvarsan-kezelés nyomán beálló halálesetek csak a legkritikább esetben tudhatók be közvetlenül a salvarsan mérgező hatásának. A halálesetek legnagyobb száma véleménye szerint ugyanis egyéb körülményekben (lues, kénésös kezelés, hiányos technika stb.) leli magyarázatát. A füzet gondos áttanulmányozása sok érdekes megfigyelést és szempontot tár föl, de bizonyos, hogy az érdemes szerző helyenkint nagyobb objectivitással járhatna el. A szert ma már nem kell újra fölfedezni és tudjuk, hogy bizonyos syphilis-esetekben nagy szolgálatot tehet, de azért azt sem hallgathatja el senki sem, hogy a salvarsan minden cautela betartása mellett sem veszedelménélküli szer. A szerző véleménye szerint a „salvarsan-haláleseteket“ úgy kell fölfognunk, hogy a salvarsan csak a kiváltó körülmény szerepét viszi, nem pedig a valódi okozót. Szerinte a legtöbb haláleset kellő körültekintéssel és óvatossággal elkerülhető lett volna. A legfontosabb cautelek a veszedelem elhárításában a következők: 1. Pontos injectiós technika. 2. A salvarsannak pontos, az esethez mért adagolása. 3. A diuresisnek pontos megfigyelése, továbbá a vizeletnek vegyi és mikroskopi vizsgálata. Különösen fontos ez az utóbbi akkor, ha a salvarsan-kezelést kénésőkúrával kombinálják. 4. A salvarsan-kezelést általában veszedelmes erős kénésőkúrával kombinálni. 5. Minden hőmérsékemelkedésnek és reakciónak gondos megfigyelése. *Guszman.*

Lapszemle.

Belorvostan.

Adrenalin és hőszabályozás címen számol be *Rahel Hirsch* experimentalis vizsgálatainak eredményéről. Adrenalin vagy suprarenint különböző mirigyek szövétébe juttatott s így jelentékeny hypothermiát tudott létesíteni. Vizsgálatai szerint akár a racemikusan, akár a synthesisesen előállított adrenalin eklatáns hypothermiát létesít, főleg a mellékvesék, pankreas s máj, kevésbé kifejezetten a vese s a pajzsmirigy útján. Egészen hasonló hatás észlelhető adrenalinnak a hasi sympathikus ganglionba való injectiója után. Az adrenalin-hypothermia valószínűleg sympathicus-izgalmi hatás eredménye. Egyéb physiologiai anyagok, mint a pituitrin, thyreoidin hasonló hatással nem bírnak. A jodjodkalium a mellékvesék útján épp úgy hat, mint az adrenalin. Talán a jodnak sok betegségben észlelt jó hatása — leszámítva a lues-eseteket — ily sympathikus hatás útján magyarázható. Basedow-kór eseteiben alkalmazott hibás jodmedicatio esetén úgy a

jod, mint sympathicus-izgató szer szerepelhet. Adrenalininjectio csakis a pankreasban és a vesében hoz létre mészlerekódást. A többi mirigyek anatomiailag intactak maradnak. A vesében keletkező mészlerekódás csakis az injectio helyére lokalizálódik, nem terjed tovább. Glykosuria csakis a pankreasba, vagy a pajzsmirigybe történt fecskendezés után fejlődik ki. Az adrenalin itt is mint ideg-fermenthatás ingere szerepel. Adrenalinhypothermia alatt a hőproductio csökkent, a mi direct calorimetriás mérés útján határozott meg. Extrem esetekben a hőproductio úgyszólván teljesen megszűnt, éppúgy mint a szénsavproductio is. (Zeitschrift f. exp. Path. u. Ther. 1913, I. füzet.) Galambos dr.

Sebészet.

A vérerek lövési sérüléseiről számol be *Lotsch* és a következő conclusiókra jut: A modern, hegyes löveg gyakran okoz vérersérülést. Eltekintve az azonnal öltő lövésektől, a be- és kimeneteli nyílások kicsinyisége miatt az erős elsődleges vérzések nem gyakoriak. Gyakoriak az arteriák és vénák együttes sérülései. Néha nagyobb haematomák képződnek, a melyek pár nap múlva pulzálni kezdenek és aneurysma spuriummá lesznek. Az ilyen esetekben a beteg szállítható, csak ha ruptura veszedelme forog fenn, vagy gangraena, esetleg genyedés, kell a véreket azonnal felkeresni és lekötöni. A végtagoknak szakszerű nyugalomba helyezésével, esetleg compressióval sok vérersérülés műtét nélkül is meggyógyul, a mi annál inkább figyelembe veendő, a mennyiben gyakran a körülmények elég primitív volta a legegyszerűbb műtétet is igen megnehezíti. Mindenkor a vérér átvágása után a csonkokon kettős ligatura végzendő. Késői vérzések eseteiben 4–9 nap után mindenkor számíthatunk collateralisok képződésére; aneurysma eseteiben először a compressio kísérleendő meg. Az aneurysma-műtétek lehetőleg kórházakban végzendők. A vérér varrata igen ritkán válik szükségessé, ennek elvégzése a kötözési helyeken természetesen lehetetlen. (Berliner klin. Wochenschr., 1913, 18. szám.) ifj. Hahn Dezső dr.

Gyermekorvostan.

Az iskolásgyermek nagysága és ültetése címen értekezik *R. Blanchard*. Rámutat arra az anomáliára, a mely Franciaországban divik, hogy a középiskolák tanári személyzete nem törődik avval, hogy a gondjaira bízott növendékek mely helyre tartanak igényt, illetve az év elején mely helyét foglalják az osztálynak. Ennek következménye, hogy a tanulni vágyók előre és a lusták hátrafelé gravitálnak a padsorokban s így kis- és nagytermetű gyermekek össze-vissza ülve a padokban, a fegyelem és figyelem fentartása nehezen vihető keresztül.

A szerző felemlíti, hogy a turini kiállítás alkalmával alkalma volt az ottani *Rayneri*-féle városi iskola több osztályát meglátogatni és ott azt tapasztalta, hogy minden osztálynak négy különféle típusú padja van, a mennyiben az ülődeszka és padló közti távolság különböző. Az osztály ajtaja mellett fekete vonalzó-alakú mércze függ, a melyen négy beosztás látható a megfelelő padtypusnak megfelelő felirással. Minden egyes diákot megmérnek az év elején e mérczével úgy, hogy azt álló helyzetben a kis diák lába mellé állítván, összehasonlítják, hogy a kis diák alsó végtaghossza mely osztályzatnak felel meg s ezen osztályzatnak megfelelő padtypusba kerül a gyermek. Ezen egyszerű és célravezető módszerrel elérhető az, hogy a tanár minden egyes növendékének arcát látja, s így a fegyelem fentartása is igen könnyű. (L'Enfance, 1913, április.) Bókay Zoltán dr.

Bőrkórtan.

Hajtörés sajátos esetét észlelte *K. Herxheimer* (Frankfurt a. M.). A hajszálnak haránt tengelyében való törékenysége jóformán csak a trichorrhesis nodosa és az aplasia pilorum intermittens eseteiben fordul elő. Kivételesen azonban más alapon is keletkezhethet ez a törékenység. A szerző 46

éves nőt kezelt pityriasis capitis és hajhullás ellen. Egy idő múlva azután azzal a panaszával jelentkezett a beteg, hogy igen sok hajszála töredezik. Kiderült, hogy ez a nő egy párisi hajfestőszert használt (mixture bronze) az utóbbi időben. A szer két folyadékból állt. A vegyi vizsgálat kiderítette, hogy az első számú folyadék salétromsavas kobaltot és szabad ammoniumot tartalmaz. A második folyadék alkalisulfidból és pyrogallussav oldatából állott. *Herxheimer* úgy magyarázza a haj törékenységet, hogy a festőszer erős lúgos hatása okozná a hajállomány helyenkénti fellazulását. Az ilyen eset, melyhez hasonló egyébként még nincsen leírva, arra figyelmeztet, hogy az orvos tiltsa el a betegét minden olyan hajfestőszer használatától, mely erősebb lúgos reakciót ad. (Münchener med. Wochenschrift, 1913, 21. sz.) Guszman.

Venereás betegségek.

A tertiaer syphilisnek klinikailag alkalmazható bőrreakcióját ismerteti *E. Klausner* (Prága). A syphilisnek bőr-, illetőleg intracutan reakciójával már számos vizsgálgó foglalkozott. Az eredmény azonban általában nem volt kielégítő. Nagyobb jelentősége eddig csak a *Noguchi*-féle luetinreakciónak látszik lenni, mely előlt spirochaeták suspensiójának intracutan injectióján alapul. A szerző a *Fischer*-féle módosítással dolgozott. Ez utóbbi abban áll, hogy pneumonia albás tüdőrészekből nyert vizes kivonattal végzik a reakciót. *Klausner* az oltólándzsát ebbe a kivonatba mártja s néhány felületet karczólást ejt a vizsgált egyén bőrén. Positiv reactio esetén 48 óra múltán az oltás helye élénkpirossá válik s ugyanott papulaszerű kiütés támad. Különösen erős reactio alkalmával még necrosisos pustulák is keletkeznek. A szerző, a ki nagy kísérleti anyagon dolgozott, azt találta, hogy a positiv reactio csaknem mindig jól kifejezett s mindenkor csak oly egyéneken találkozott, a kik syphilisben szenvednek. Nem lueses egyének tapasztalása szerint nem adják a reakciót. *Klausner* szerint ez a positiv reactio csakis tertiaer és veleszületett syphilis-esetekben észlelhető, szintúgy még némely kései latens esetben. A primaer és secundaer syphilis-esetek ezzel szemben kivétel nélkül negativ reakciót adnak. A szerző úgy véli, hogy ez a bőrreactio klinikai és diagnostikai czélokra alkalmas lesz. (Wiener klinische Wochenschrift, 1913, 24. sz.) Guszman.

Húgyszervi betegségek.

Hajtük a húgyhólyagban. *Legueu* szerint leginkább fiatal leányokon elég gyakran találhatunk. A hólyagösszehúzódások következtében a bevezetett hajtú sokszor változtatja fekvését, míg a haránt átmérőben, a mely a legtágabb, végérvényesen elhelyezkedik. A hólyag az idegen testet elég sokáig tűri magában panasz nélkül, lassacskán azonban jelentkeznek a cystitis tünetei. Idővel a hajtú körül concrementumképződés következik be, de a hajtú hegye ilyenkor is szabad marad s a hólyagnyálkahártyát még ezentúl is sértheti. A szerző egyik esetében ilyen sérülés következtében ponsszerű hólyaghüvelysipoly keletkezett, melyet galvanokauterrel sikerült behegeszteni. A cystitishez később pericystitis is társulhat, melyből idővel hólyagkörüli phlegmone is kialakulhat.

A betegek sohasem vallják be, hogy masturbatio céljából idegen testet vezettek be a hólyagba és ezáltal a cystitis eredete tekintetében diagnosisos tévedésekre — albuminuria orthostatica, cystitis tuberculosa — adnak alkalmat. A helyes kórjelzést természetesen csakis a hólyagexploratio adhatja meg; a végbélvizsgálatnak rendszerint már az is nagy akadály, sőt legtöbbször azon okból kivihetetlen is, mert az idegen test többnyire fiatal leányokban fordul elő. Mielőtt még concrementum képződött volna, elég sokszor a katheterrel is megállapíthatjuk az idegen testet, de a legtöbb esetben mégis rá fogunk szorulni a cystoscopiára. Ha a hajtú már incrustálódott, akkor a kőszondával a concrementumot könnyen fogjuk kimutathatni, de hogy egy idegen testet állapíthassunk meg, mint a concrementum magját, ehhez még egyéb

támpontok is szükségesek. Nevezetesen ezen feltevésünk mellett szólnak: a beteg fiatal kora (15—17 életév, tehát azon kor, a mikor a leányok a nemi sphaera terén különösen sensibilisek s így masturbatióra nagyon hajlandók), a női nem, a concrementum rendellenes nagysága, különös alakja és fixálódása, valamint a pericystitis. Hogy azonban hajtű alkotja a concrementum alapját, ezt kizárólag a radioscopia fogja eldönteni. A míg a hajtű nem incrustálódott, meg lehet kísérelni azt az urethrán át kihúzni a hólyagból; ez természetesen feltétlenül a cystoskopiai ellenőrzés mellett fogantatandó, nehogy a kihúzás közben a hólyagot avagy az urethrát megsértsük. A mennyiben nem sikerül az extractio per vias naturales, akkor már elkerülhetetlen a hólyagmetzés, melyet azonban aesthetikai szempontból lehetőleg a symphysis alatt eszközöljünk. De a mikor a hajtű körül már vastag incrustatiók képződtek, akkor egyedül a sectio alta segít már a betegnek. (Journal des prat., 1913, 9. sz.) *Drucker.*

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Idősült izületgyulladás és hideg tályog eseteiben *Pohl* jó eredménynyel használta a phenolkámfort (acid. carbol. liquefact. 30:0, camphora trit. 60:0, alkohol 10:0), a melyből 2—4—8 napi időközökkel fecskendezendő be 2—5 cm³. Káros hatása e befecskendezéseknek nincsen, legfeljebb kisfokú carboluria jelentkezik. (Zentralblatt für Chirurgie, 1913, 21. szám.)

Csecsemőkori laryngospasmus és tetania eseteiben *Finkelstein* tanár intézetében kedvező hatást láttak a bromcalciumtól, a mint azt *Grünfelder* írja. Következő módon rendelkezhető: Rp. Calcii bromati 20:0; Aqu. destill. ad 300:0. S. 3-szor naponként 10 cm³ adandó a táplálékkal. (Therap. Monatshefte, 1913, 6. füzet.)

Az artemidol nem más, mint a régebben sokat használt artemisia abrotanum kivonata. Tablettalakban jön forgalomba. *Manché* szerint jó eredménynyel használható a légutak izgalmi állapota ellen, továbbá mint nyálkaoldó szer. (Zentralbl. f. d. ges. Therapie, 1913, 113. l.)

Aranyér ellen az *Athenstaedt* és *Redecker*-czég suppositoriumokat hoz forgalomba, a melyek 10% acetochloroformsalicylsavestert és 2% alsolt tartalmaznak. *Kastein* szerint nagyon kedvező a hatásuk. (Allg. med. Zentral-Zeitung, 1913, 201. l.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1913, 25. szám. *Steiner Pál*: A prostatahypertrophiáról. *Fischer Jakab*: Az arteriosclerosis okozta elmezsavar a törvényszék előtt.

Orvosok lapja, 1913, 26. szám. *Fáykiss Ferencz*: Adatok a subcutan májsérülésekhez. *Socialis egészségügy* mellékletben: *Lengyel Piroška*: Vizsgálatok csecsemők vasúti szállítása alkalmából keletkező ártalmakról. *Máthé Gábor*: Csecsemőkórház, mint a gyermekmenhely kisegítő intézménye. *Szana Sándor*: Szoptatás, csecsemőhalandóság, socialhygiene.

Budapesti orvosi ujság, 1913, 26. szám. *Okolicsányi-Kuthy Dezső*: A mellrezgés és bronchophonia dissociációjáról tüdőgümőkór-nál. *Frank Richárd*: Az általános sepsis terapiájáról. „Füld- és vízgógyászat” mellékletében *Farkas Márton*: Az álmatlanságról és vízgógykezelésről.

Vegyes hírek.

Kitüntetés. A király lászlófalvi *Velics Dezső* dr.-nak, a pozsonyi bábaképző-intézet igazgatójának a m. kir. udvari tanácsosi címet adományozta.

Kinevezés. *Pildner Félix* dr. segesvári városi orvost Nagyküküllő vármegye tisztí főorvosává, *Fodor Imre* dr.-t Balatonalmádiban fürdőorvossá, *Kürthy István* dr.-t a komáromi Emberszeretet-kórházhoz segédorvossá és *Schilling Mihály* dr.-t a szekszárdi kórházhoz alorvossá nevezték ki.

Választás. *Darvas Géza* dr.-t Farnadon körorvossá, *Weisz Adolf* dr.-t Köröstarcsán községi orvossá választották meg.

Meghalt. *Fáykiss Károly* dr. nyug. m. kir. I. oszt. honv.-főtörzsorvos, június 15.-én 72 éves korában, Budapesten. — *Tarczy Zoltán* dr. pozsonyi gyakorló orvos, 60 éves korában. — *N. H. Alcock*, az élettan tanára a montreali Mc Gill-egyetemen, 42 éves korában. — *E. Ferrantini*, a római egyetemen a gyermekorvostan cz. rk. tanára.

Személyi hírek külföldről. Tanári címet kaptak: *E. Joseph* (Berlin, sebész), *A. Dönitz* (Berlin, sebész), *M. Versé* (Lipscse, kórbonczolástan) magántanárok. — *Abderhalden* tanár Halleban nem fogadta el a bécsi egyetemre való meghívást. — *A. Broca* dr. agrégét a párisi orvosi fakultáson a sebészet tanárává nevezték ki.

Hírek külföldről. New-Yorkban egy 35 emeletes felhőkarczó építéséhez fogtak hozzá, mely kizárólag orvosi és fogorvosi rendelőhelyiségek céljaira készül. — A müncheni egyetem orvosi fakultását, mely eddig csak anatómiai és élettani intézetből áll, a klinikai tanszékekkel és intézetekkel is kiegészítik.

Kisebb közlések az orvostudomány köréből. A kétoldali vesegümőkór diagnosizáról írt cikkében *Casper* tanár — ellentétben régebbi felfogásával — kifejti, hogy ha a másik vese vízeletében találunk is gümöbacillusokat, ez nem ellenjavallja a műtétet; csak az esetben nem szabad operálni, ha a másik vesében is *actív* gümőkór van jelen. (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, 24. sz.) — Az *anaemia pernicioza* gyógyításáról *Byron Bramwell* azt írja, hogy az arsen kezdetben kedvezően befolyásolja a betegséget, később azonban már nem sokat használ. A vas inkább káros. Salvarsannal kezelt 11 eset közül 6-ban kedvező volt az eredmény. (British med. journal, 1913 május 24.) — Az *aethernarcosis* és *bronchitis közötti összefüggést* vizsgálta *Smith*. Azt találta, hogy a teljesen tiszta aether is levegő vagy világosság behatására gyorsan bomlik és ekkor képződnek peroxidszerű összeköttetések, a melyek a légutakat megkárosítják. Az aethert tehát kicsiny, egészen megtöltött és légmentesen záró fém- vagy üvegpalackokban kell tartani sötét helyen (Therap. Monatshefte, 1913, 6. füzet.) — *Genyesztő bacteriumok okozta fertőzés* eseteiben *Reynolds* jó eredménynyel használja a hígított kénsvavat belsőleg. Az angol gyógyszerkönyv hígított kénsvavából 1:2—1:8 cm³-t ad négyóránként 60 cm³ vízzel hígítva. (The Lancet, 1913, I., 749. l.)

Frigyes császár betegsége. A német császár negyedszázados uralkodói jubileuma alkalmával a német lapok felelevenítik édes apja és a trónon elődje, *Frigyes* császár betegségének és halálának szomorú történetét, mely orvosi szempontból is érdekes és tanulságos. A daliás königgrätzi, wörthi és sedani győző, a németek bálványa, 56 éves volt, midőn a súlyos kór megtámadta. 1887 januárjában egy udvari ünnepség alkalmával az akkor még trónörökös *Frigyes* hosszabb beszélgetésbe vonta a jelenlevő *Bergmann* tanárt s csak úgy melleleg említette neki, hogy ősz óta nem tud megszabadulni köhögésétől és rekedtségétől, a mit meghűlésnek tulajdonított. *Bergmann* ajánlatára *Gerhardt* tanár tanácsát kérték ki, a ki a beteget gégetükörrel megvizsgálva, a bal hangredő alatt egy fél-lencsényi, egyenletlen felszínű göböcskét talált. *Gerhardt* a kis csomót eleinte ártatlan polypusnak tartotta s galvanokaustikus úton igyekezett elpusztítani, de mikor a daganat erre nem javult s egy hosszabb emsi tartózkodás sem hozta meg a várt eredményt, rosszat sejtett s orvosi tanácskozás egybehívását tartotta szükségesnek.

A május 14.-én megtartott consiliumban résztvevő orvosok, *Gerhardt*, *Bergmann* és *Tobold* tanárok és *Lauer* főtörzsorvos egyhangúan ráknak ítélték a daganatot s a nyak felől való kiirtását, esetleg a fél gége eltávolítását elkerülhetetlenül szükségesnek és elodázhatatlannak jelentették ki.

S most kezdődik az eset igazi tragikuma, egy angol gégespecialista, *Morell Mackenzie* szereplésével. A trónörökösnek, a ki *Viktoria* angol királynő leánya volt, a műtét előtt még egy angol szakorvos véleményét akarta meghallgatni s *Frigyes*, a ki előtt a „rák”-diagnosztist elhallgatták, beleegyezett abba, hogy meghívják Londonból *Mackenzie*-t. Az angol orvos már az első vizsgálat alkalmával határozottan kijelentette, hogy meggyőződése szerint a daganat nem rák, hanem ártatlan burjánzás s hiba volna minden gyökeres műtét. Ebben nem volt igaza, de abban igaza volt, hogy mindenekelőtt a daganat kórszövettani vizsgálatát tartotta szükségesnek. Maga csipett ki belőle egy kis darabot, melyet *Virchow*-nak adott vizsgálatra. Az első darab nagyon kicsinynek bizonyult; a második próbakicsipés alkalmával *Mackenzie* olyan ügyetlenül járt el, hogy megsértette a jobb hangredőt, a minek az volt a következménye, hogy a beteg 6 hétre egészen elvesztette a hangját. Végre sikerült *Mackenzie*-nek két alkalmas darabkát felszínre hoznia.

A beteg további sorsára nagy és végtelen jelentőségű mozzanat volt, hogy *Virchow* véleménye, bármily diplomatikusan volt is megfogalmazva, mégis inkább kedvezően hangzott. „Pachydermia verrucosa” volt a kórszövettani diagnosis s ehhez még *Virchow* hozzátette, hogy „nem talált semmi olyat, a mi benne komolyabb betegség gyanúját kelthette volna”. Ezzel persze csak *Mackenzie* malmára hajtotta a vizet s csak megerősítette őt állásfoglalásában. Az angol orvos most még határozottabban hangzott, hogy a német orvosok tévedtek a diagnosisban s vállalkozott arra, hogy néhány hét alatt endolaryngealis kezeléssel meggyógyítja a beteget. Hiába volt a diagnosisukhoz ragaszkodó német orvosok intő szava és *Cassandra*-jóslata: *Frigyes* egészen *Mackenzie* kezelésére bízta magát s a német orvosok közül csak *Landgraf* dr. törzsorvost tartva meg maga mellett, a kinek azonban a kezelésbe beleszólása nem volt. Skócia egy kastélyába vonult vissza, hogy ott vesse magát alá *Mackenzie* kezelésének. Az eredmény látszólag jó volt, mert a betegnek rossz napok mellett egyes fájdalommentes napjai is voltak s *Mackenzie* már világgá kürtölte, hogy meggyógyította betegét, a miért az angol királynőtől bárói rangot is kapott. E közben *Landgraf* dr. a gégetükörrel a daganat folytonos növekedését s a bal hangredőről a gége hátulsó falára való áttérjedését állapította meg; erre fel is hívta *Mackenzie* figyelmét s újabb consilium összehívását követelte, de eredménytelenül.

A „sikerült“ kezelés után Mackenzie betegét üdülni küldte Velenczébe, Lavenóba, Toblachba s végül San Remóba. Ez utóbbi helyen fordult a beteg állapota hirtelen rosszabbra. Az angol orvos most már maga is belátta, hogy a baj komolyabb, mint hitte s most már beleegyezett abba, hogy más szakemberek tanácsát is kikérjék. M. Schmidt dr. frankfurti szakorvost és Schrötter bécsi tanárt hívták meg ezúttal.

A vizsgálat és tanácskozás 1887 november 11.-én volt, a lehető legrosszabb eredménnyel. A rák diagnózisában most már kételkedni nem lehetett; a daganat átterjedt a jobb hangredőre is s így már csak teljes gégekiirtásról lehetett szó, de tekintettel a baj előrehaladott voltára, ennek is nagyon kétségesnek látszott a haszna, a mit az orvosok nem hallgattak el. Schrötter tanár vállalta magára azt a szomorú feladatot, hogy a consilium eredményéről a beteget értesítse. A trónörökös a hirt nyugodtan, férfiasan fogadta s önuralmát akkor sem vesztette el, midőn arra a kérdésre, hogy baja csakugyan rák-e, igenlő feleletet kapott. A teljes gégekiirtást visszautasította. Tekintettel az előreláthatólag nemsokára szükségesnek mutakozó tracheotomiára, a beteg mellé Bergmann tanár akkori fiatal tanársegédét, Bramann dr.-t, a későbbi hallei sebésztanárt rendelték.

Már most mindenki előtt nyilvánvaló lehetett, hogy Mackenzie tévedett a kórjelzésben s hogy az ő végzetes tévedése volt az oka annak, hogy a baj az inoperabilitás fokáig fejlődhetett, csak maga az angol orvos nem akarta ezt nyilvánosan elismerni s még mindig azt hangoztatta, hogy a baj nem rák, hanem gégegyulladás és perichondritis laryngea s hogy a beteg a gyógyulás útján van.

Csakhamar elérkezett a tracheotomia szükségességének pillanata s Bramann azt február 9.-én sikeresen végre is hajtotta Mackenzie felszólítására.

Eppen egy hónappal reá, 1888 márczius 9.-én halt meg Vilmos császár. Frigyes, tekintet nélkül nyomorúságos állapotára s arra, hogy környezetével már csak nérszobán tudott érintkezni, késznek nyilatkozott a trón átvételére s zord korai tavaszi időben, kanüllel a gégejében, útnak indult Berlin felé, magával vive Mackenzie-t is, a kihez még mindig bizalommal viseltetett. A baj rohamos léptekkel haladt elő. Április 12.-én a burjánzó ráktömegek kiszorították a kanült a gégeből és Mackenzie nem tudta azt visszahelyezni. Bergmann-ért küldötték, a ki a beteget karosszékekben ülve, elkülült arccal, feldokolva, a legnagyobb életveszedelembe találta. Hogy megmentse a beteg életét, a segéde által széthúzott sebbe behatolt az ujjával és sikerült a daganatot félretolnia, úgy hogy a kanült beilleszthette, a mivel egyszerre megszűnt a beteg fuldoklását. Bár Bergmann ezzel nyilván az életét mentette meg a császárnak, Mackenzie mégis csakhamar azt a vádat emelte ellene, hogy durván és ügyetlenül járt el s a kanült nem a gége üregébe, hanem alútra tolta be, a minek állítólag hosszabb gyógyulás lett a következménye. A kanül kiszorulását pedig abból magyarázta, hogy Bramann dr. a tracheotomiánál a metszést nem a középvonalon, hanem kissé oldalt ejtette. Mindezen állításokat teljesen megcáfolt a későbbi boncolás. De Mackenzie e vádaskodásával, melynek a császár is hitelt adott, elérte azt, hogy Bergmann maga kérte a kezelésében való részvétel alól való felmentését, a mely kérését teljesítették is, helyébe Bardeleben tanárt bízva meg a sebészi ellenőrzéssel. De Bardeleben-nek már nem sok dolga akadt; június 15.-én meghalt a második német császár a tüdőgyulladás és marasmus tünetei közt, 1½ évi betegség, 3 hónapi uralkodás után.

A boncolás, a melyet Virchow és Waldeyer tanárok végeztek, azt mutatta, hogy típusos gégerák esete forgott fenn s ez okozta burjánzásával a beteg vesztét; Mackenzie összes felvételei és állításai alapatlannak bizonyultak. A trónra lépett II. Vilmos császár, a mikor a boncolás ezen eredményéről értesült, le akarta tartóztatni Mackenzie-t s csak a német orvosok kérésére állt el ettől. A szerencsétlen kezű angol orvos zavartalanul térhetett vissza Angliába, 1 millió márkával gazdagabban — ennyit szedett össze honorarium fejében s a magánpraxis révén —, de a nemes is mégis csak utolérte, mert odahaza nem tudták neki megbocsátani, hogy szegényt hozott az angol orvosi rendre; az angol társadalom és kartársai a szó szoros értelmében boykottálták őt s elhagyatva, szinte megbélyegezve halt meg három év múlva.

A budapesti orvosi kör országos segélyegyletéből befizettek: Molnár Elek, Gáspár Ignác, Weisz Jakab, Nettel Ottó, Hámorszky Oszkár, Kohn Ármán, Glücksthal Adolf, Wachsmann Oszkár, Kramer Béla, Székely Béla, Sztajits János, Neumann Jákó, Gellért Kálmán, Rajna Nándor, Gáll Ignác, Márton Ödön, Fischhoff Károly, Schönföld Mór, Reiniger Hermann, Veres Pál, Adler Zsigmond, Áldor Lajos, Dach Sándor, Engel Gusztáv, Fekete Gábor, Goldzieher Vilmos, Keményfi Gyula, Királyfi Ármán, Láng Ignác, Róth Alfréd, Salgó Jakab, Sággy Lajos, Schiff Kálmán, Schiller Károly, Stern Sámuel, Weisz G. L., Karos Adolf, mezőtelegrdi Róth Ferencz, Mosinszky T., Taub Ferencz, Donáth József, Mayer László, Ittész Zsigmond, Matolay Kálmán, Grünfeld Adolf, Gerő Mór, Fűrész Jenő, Sidlauer Ármán, Kutasi József, Széll Miksa, Steinfeld Frigyes, Láncai Géza, Brösztel János, Duschnitz Emil, Viola Ignác, Dóczi Imre, Hajós Béla, Székely László, Strömpel István, Klein Eberhardt, Platzer Sándor, Csermák Béla, Lányi Izsó, Feldmann Ignác, Horovitz Mihály, Gluzék Ferencz, Séllei Imre, Keppich Jakab, Székely Mór, Kovács Péter, Szény István, Kelemen Adolf, Murányi Károly, Papp Ernő, Friedrich Alajos, Márton Imre, Berkes Sándor, Venetianer Jakab, Széll Miksa, Zuckmann Mór, Melcher Károly, Fischer Lipót, Szegedy Kálmán, Ekei Antal, Smideg Zsigmond 4—4 koronát.

Katona József dr., pénztáros.

Mai számunkhoz a Farbenfabriken vorm. Friedrich Bayer & Co. Elberfeld-Leverkusen czég „Tannigen“ című prospectusa van csatolva.

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.

WEISZ EDE INTÉZETE PÖSTYÉN

Röntgen. Zander. Modern kényelem. Mérsékelt árak. Dietetikai és mechanikai gyógyintézet. 4258 Alapítva 1893.

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

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

Orvosi laboratórium: rendeli Bad HALL, Felső-Ausztria, Budapest szállodában.

Dr. Richard Fischel Budapest, Városligeti-fasor 13-15. Fejvételnek férfi- és nőbetegek

Dr. Grünwald sanatoriuma Budapest, Városligeti-fasor 13-15. Fejvételnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal, valamint szülők. A betegek kezelőorvosukat maguk választhatják. — Vegyi és Röntgen-laboratórium.

Ótátrafüred magaslati gyógyhely (1020 m.). Vízgyógyintézet az összes physikai gyógymódokkal ideg- s belbetegeknek. Vezetőorvos: Dr. Groó Béla.

Dr. Weisz Rudolf, Pöstyén v. budapesti ált. poliklinikai tanársegéd. Physiko-mechanotherapy. Massage (Eisler-ház).

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. belügyminisztérium előzetes engedélye alapján az országos betegápolási alap terhére vétetnek fel.

Dr. MÜLLER Tüdőgyógyintézete TÁTRAHÁZA

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

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

Dr. Weltmann Pöstyén. (Amália-udvar, Királysor 8.) A Szt. Lukács-fürdő ékeken át v. orvosa. A közhvény-, csúz- és neuralgiás (ischias) bántalmak szakorvosa.

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

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

Dr. Neumann M. vezetése mellett — a dajkák állandó orvosi vizsgálat és felügyelet alatt tartatnak. Az intézet minden egyes dajkán az eredeti Wassermann-féle vörzsvizsgálatot végezi. Dr. Neumann M. az eredeti — nem egyszerűített — Wassermann-féle vörzsvizsgálathoz szükséges vörvétel bárkifől lakásán (VII., Erzsébet-körút 14) d. u. 3—4 óra között veszi. A vörvételhez szükséges steril üvegcset és használati utasítást kívánatra vidékre is küldünk. Egy vörzsvizsgálat díja 20 korona.

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

MARIENBAD Dr. Glück Gyula volt klinikai orvos, a budapesti Glück-sanatorium volt igazgató-főorvosa, rendeli Haus Aesculap (Ferdinandbrunnstrasse).

Dr. Cukor curpensiója Franzensbad. Villa Heimdall. Modernül berendezve, kitűnő fekvéssel, fürdők, források közvetlen közelében. Teljes pensio 5-szöri étkezéssel, szopropectus kívánatra,

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (VIII. rendes tudományos ülés 1913 márczius 1.-én) 496. l. — A német nőorvosok XV. nagygyűlése (Halle a. S., 1913 május 14—17.) 498. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 500. l.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(VIII. rendes tudományos ülés 1913 márczius 1.-én.)

Elnök: Terray Pál.

Jegyző: Dollinger Béla.

Hadsebészeti tapasztalatok Bulgáriából.

Holzwarth Jenő: A hadsebészetet az utolsó évtizedek tapasztalásai a békesebészettel ellentétben conservatív irányban fejlesztették, még pedig conservatívvá lett két szempontból: egyrészt azért, mert a harczvonal közelében csak a sürgős, életet mentő műtétek végeztek, másrészt ezen conservativismus megnyilatkozik a csonkító műtétek terén, a mennyiben az asepsis és antisepsis kellő kihasználásával az amputációk indicatioja mind ritkább lett.

Az előadó a magyar Vöröskereszt-Egyesület Bulgáriába küldött különítményének consiliarius orvosaként működött a Szófiában lévő 350 ágyas kórházban, mely egy katonaiskola földszinti két szárnyában volt elhelyezve improvizált betegszobákkal, műtőhelyiségekkel stb. Fűtés, világítás, vízvezeték rendelkezésre állott s így a kórház improvizálása könnyen volt kivihető. A missio orvosi és betegápolószemélyzete szintén a kórházhelyiségekben nyert elhelyezést.

Tapasztalataikat az első sebellátásra nézve a beérkezett sebesültek sebzéseinek complicatioiból, a sebesültek kikérdezéséből és a fegyverszűnet alatt Drinápoly alá történt kimenettelük alkalmával az ott létesített egészségügyi intézetek látogatásából és a harczvonalban működő bolgár orvosokkal való személyes érintkezésből szerezték. A bolgár hadseregben a sebesültek bekötése, a sebek első ellátása nem volt kielégítő, a minnek fő okát az orvosi személyzet csekély számában — 658 orvos, ezek közül 10 sebész — kell keresni, s így az első sebellátást nem jól kiképzett egészségügyi segédszemélyzet (ú. n. felcserek) végezte, a mely a sebeket taponálta, rosszul kötözte. A legénység kötözőcsomagokkal hiányosan volt felszerelve és azok gyakorlati használatában sem volt jól kitanítva. Minőség és mennyiség tekintetében legjobban a szerbek voltak felszerelve, míg a bolgár kötözőcsomagok minőség szempontjából is silányabbak voltak. Az infectio előidézésében még más okok is szerepeltek; a sebzést okozó trauma szerint — kardvágás, szúrás, lövés —, a lövedék minősége szerint — gyalogsági löfegyver, tűzérési lövedék, illetve azok darabjai — változnak a sebviszonyok s ezek közül a roncsolásokkal járó sebzések infectióra hajlamosak. A török gyalogsági löfegyver hegyes lövedéke általában véve sima sebviszonyokat adott. Az időjárás befolyása az infectio előidézésére szintén megnyilvánul, mert nedves időben, esőben, mikor a seben száraz pörk nem képződhetik, az infectio könnyen jöhet létre. *Hildebrandt* tapasztalta, hogy ugyanazon egészségügyi anyaggal, egyazon módszer szerint ellátott sebesültek Transvaalban száraz időjárás mellett simán gyógyultak, míg Natalban esős időben feltűnő sok volt a genyedés. Ehhez járul még a szállítás okozta rázkódtatás, mely latens infectiók kitöréséhez vezethet. Fontos feltételnek tartja, hogy a seb felett lévő gazetörlő ragasztótapaszszal rögzítésék a sebre, hogy el ne csúszhassék, ne dörzsölhesse be a környezet szennyjét a sebbe. Ezt a célt szolgálná a mastisol is; azonban hogy miként válik be, arról tapasztalata nincsen, mert a bolgár sebesülteken alkalmazva nem látta.

Az első sebellátás alkalmával minél kevesebbet kell a sebet bolygatni. A mai viszonyok mellett legalkalmasabb a seb környékének bekenése jodtincturával és tiszta, csírátlantított kötőszerekkel való bekötése. E tekintetben igen czélszerű utasításokat ad a „Tájékoztató a harczmezőn végzendő sebészeti beavatkozásokról“ című utasítás. A sebesültek a sebesülésük után legnagyobbbrészt 3—6 órával be voltak kötve, 6—12 óra idő kisebb résznél telt el s legritkább volt a 12—24 óra között bekötözötték száma.

Sok sebesült érkezett phlegmonékkal, tályogokkal. Súlyosabb fertőzések az eseteknek kb. $\frac{1}{3}$ részében voltak. Ezek kezelése feltárásban és kötözésben állott. E kötözések eleintén gyakrabban történtek, később 3—4 napi időközben még a frissen feltárt esetekben is, mert tapasztalta, hogy ritkább kötözés mellett a láz jobban leszáll, a beteg gyorsabban gyógyul. Ugyanakkor *Exner* ajánlotta a kötések 14—16 napig való fenhagyását. Igen súlyos phlegmonék is a végtag megtartásával gyógyultak. A nedves kötések kezdődő phlegmone, lymphangoitis eseteiben tettek jó szolgálatokat.

Feltűnő volt a végtagsebesülések nagy száma: 1170 sebesült közül 520 felső és 374 alsó végtagsebesülés volt. Ezek között sok csonttörés. A törésalakok a szokottak voltak. A diaphysiseken a kiskaliberű hegyes lövedék is darabos törést okoz, az epiphysiseken előfordulnak az ú. n. liktörések, melyek azonban csak ritkák, mert a lik körül rendszeren repedések vannak, melyek a csont folytonosságát megszakítják. A shrapnell haránttöréseket okoz. Legsúlyosabbak és fertőzésre leghajlamosabbak a granát és a kézi granát okozta törések, melyek nagy roncsolásokkal járnak. A töréses sebesültek hiányosan rögzített törésekkel érkeztek; gipszkötéseket alig lehetett látni a beérkezett sérülteken. Pedig a törések rögzítésére még háborúban is a legalkalmasabb anyag a circularis gipszkötés, a járókötés és a gipszsin. A fertőzött töréseket is a legnagyobb conservativismussal kezelték, a mely mellett aránylag rövid idő alatt gyógyultak. Az utólagos műtétek csontszilánkok eltávolításában, sipolyok feltárásában állottak.

Ugyanígy a genyedő ízület törések is a szokásos arthrothomiás metszésekkel való feltárás utáni rögzítés mellett jól gyógyultak s ez okból csak egy amputatio vált szükségessé, az ízületi végek primaer resectióját még kisebb roncsolás mellett sem ajánlja. Az ízület körüli törések elsődleges varrata ellenjavalt a fertőzés veszedelme miatt.

Legsúlyosabbak a koponyaüreg sérülései. Ezek közül kb. 50% hal meg a harczterén. De még később is a sebesültek kb. fele meghal. Jól gyógyulnak a diametrisál áthatoló lövések és a lepattanó lövések. Ha a lövedék a koponyában benmarad, aránylag nagy százalékban áll be genyedés és secundaer és primaer trepanatio mellett is e betegek egy része meghal. A tangentialis koponyalövések conservatív kezelés mellett rossz prognosist adnak s ezért a primaer trepanatiót ajánlja.

A gerincvelősérülésekkel járó gerincoszloplövések igen súlyosak s rendszeren halálosan végződnek.

A mellkasi sérültek jól gyógyulnak; a haematothorax egyszeri punctióra vissza szokott fejlődni. Több ízben csak egy haematothoraxot kellett pungálni. Borda-resectio elgenyedt haematothorax mellett egy volt. Egy esetben törés után keletkezett intercostalis neuralgia miatt az idegág átmetszése történt.

A hason sebesültek a hadsebészetben szokásos conservatív eljárás mellett jól gyógyultak.

Elég gyakoriak voltak a vérerek sérülései után képződött aneurysma spuriumok. Öt esetet látott, háromban műtét történt. Ez utóbbiak közül egy a femoralis arteriája folytán az első műtét utáni 6. napon meghalt. Kettő gyógyult. Az aneurysma feltétlenül operálandó, mert ha nő, megrepedéssel fenyeget és tűrhetetlen fájásokat okoz. Ha sürgősségi indicatio nincs, jó 6 hétig — 2 hónapig várni, míg a collateralisok kifejlődnek.

Ideg-sérüléseknél elég gyakori a bénulás. Négy esetben végzett idegvarratot, 3 esetben a radialis, 1 esetben a medianus és ulnaris sérülése volt jelen. Három esetben a végtagokat áthatoló lövések gyógyulása után az idegnek hegbe növése következett be. Ezekben az ideg feltárása történt.

Tetanus 3 esetében megkísérelte a 25%-os magnesium sulf.-oldat bőr alá fecskendését, de siker nélkül. Ajánlja, hogy

lehetőség szerint a prophylaxisos antitoxinbeoltások oly sebzésekkor, melyek eleve felkelthetik a gyanút tetanusfertőzésre, már közel a harczvonalhoz, rövid idővel a sérülés elszenvedése után alkalmaztassanak. A bolgár sebesültek között a tetanus elég gyakori volt.

A magyar vörös kereszt működése Szófiában.

Pfann József: Minthogy előadása tárgyát, a magyar vörös kereszt szófiái működését hadsebészeti szempontból *Holzwarth* tagtárs már részletesen ismertette, a vezetése alatt állott tábori kötőhely működéséről külön e szempontból bővebben nem számol be; az idevágó számadatokat különben is *Holzwarth* tagtársnak az anyag összefoglalásának lehetősége czéljából rendelkezésére bocsátotta.

A magyar vörös kereszt bolgár missiója mint két önálló intézet, ú. m. egy 50 ágyas tábori kórház és egy kórházzá alakítható tábori kötőhely indult a bolgár sebesültek segítésére.

A missióhoz a Vörös kereszt részéről mint főmegbizott *Ibrányi Alice* főnöknasszony, mint titkár *Fényes László* dr. hírlapíró, azonkívül 8 ápolóné; a közös hadügyministerium részéről *Klein E. S.* dr. és *Lurtz H.* dr. ezredorvosok, továbbá 22 egészségügyi katona; a honvédelmi ministerium részéről pedig *Pfann J.* dr. és *Berkó A.* dr. ezredorvosok osztattak be.

A személyzet egyenlő megosztása mellett a parancsnoksága alatt álló tábori kötőhely lett az I. számú osztály, a *Klein* dr. parancsnoksága alatt álló tábori kórház pedig a II. számú osztály. Utóbbihoz később a kultusministerium a hadügy- és külügyministerium hozzájárulásával mint consiliarius orvost *Holzwarth* dr.-t küldötte ki.

A missio két osztálya a szófiái hadapród-iskola földszintjén rendezkedett be 175—175 ágygyal. Az épület első emeletén a máltai lovagrend, II. emeletén cseh és orosz missiók működtek. Az egész nagy épület, mely 1300 beteget fogadott be egyszerre, gazdasági és adminisztrációs tekintetben központi vezetés alatt állott.

Betegosztálya 7 nagy legénységi és 1 tisztiszobából állott. A legnagyobb kórterem, mely a hadapród-iskola díszterméből készült, 40 ágyat fogadott magába. A rögtönzött műtőszobát linoleum-burkolattal és három vízvezetékes mosdóval látták el. Sok hasznát vették az improvizált teakonyhának és fürdőszobának. Nagy kényelem volt a rendelkezésre álló központi fűtés és villanyvilágítás, valamint a pinczében elhelyezett gőzmosó.

A sebészeti működés központja a kötőszobaként is használt műtőszoba volt.

A betegszállítványok beérkezésekor feltűnt, hogy a sebesültek osztályozva nincsenek és így sok oly könnyű sebesült is hátraszállított, a kiknek a működő hadsereghez közelebb kellett volna felgyógyulniok, hogy csapatjukhoz mielőbb visszakerüljenek.

A bolgár tábori egészségügyi szervezet általában nagy hiányosságokat mutatott. Legnagyobb baj az orvoshiány volt. Felszerelésük hiányaira jellemző, hogy a harczosok nagy része sebkötöző csomaggal ellátva nem volt. Sebkötöző csomagjuk idejét múlta és nem felelt meg a czélnek. A katonák annak használatára kioktatva nem voltak.

A betegtovaszállítás hiányosságára jellemző, hogy nem rendelkeztek egyetlen kórházvonattal sem. A súlyos sebesültek is fűtetlen teherkocsikban továbbítottak. Személykocsikat sebesültek szállítására csak később használtak fel. Fontos újítás volt a sebesült-szállító automobilmek rendszeresítése és Szófiában a villamos vasútnak sebesült-szállításra való felhasználása.

Sebesültjeiket legnagyobbbrészt 5—10 nap mulva kapták, legtöbbször nem az első kötéssel. A kötések legnagyobb részét félrecsúszva, kibomolva, vértől, genyvtől átázva találták. A löcsatorna a sérülések $\frac{1}{3}$ -ában genyedt. Nem egy löcsatorna volt jodoformgaze-zal erősen kitömve. Több 7—8 napos csonttörést kaptak, minden rögzítő kötés nélkül, de a legtöbbet hiányos rögzítéssel.

Működésük első éjszakáján 4 orvos a megfelelő számú

segédszemélyzettel 10 órai megszakítás nélküli munka mellett 413 sebet látott el. Nagy könnyebbség volt az egyszerű jodtinctura-desinfectio, a könnyen letisztítható gummikeztyű, a kezeknek a kötözésből való kiiktatása, illetve steril eszközök közvetítésével való kötözés és végre a puha, simulékony és a segédszemélyzetre is rábízható mulle-pólya.

Szálfegyver okozta sérülésekkel mindössze négygyel találkoztak. A sérülések $\frac{2}{3}$ -át gyalogsági löfegyver és géppuska lövedéke okozta, $\frac{1}{3}$ -át a tüzérségi lövedékek hozták létre. A 7-6 mm. átmérőjű hegyes török lövedék a lágyrészekben nagyrészt körülírt, simán gyógyuló sérüléseket okozott kis bemeneti és kis kimeneti nyílással. Leggyakoribbak a felső végtagok és vállak sérülései voltak, de az alsó végtagok is gyakran sérültek. A lövedék a sérüléseknek több mint $\frac{1}{4}$ -ében bennrekedt. A puska lövedék a velőüreggel bíró csontokon kiterjedt szilánkos töréseket hozt létre, míg az izületek környékén azokat csak átlukasztja. Csonttörés mellett a kimeneti oldalon nagyobb szakított sebeket találtak.

Kis távolságoknál a lövedék explosiv hatása kifejezetten érvényesült, mint azt az agyvelősérüléseken látták. Utóbbiak közül legrosszabb természetűek voltak a bennrekedt lövések, mindjárt utánuk a tangentialis sérülések; sokkal jobb lefolyást mutattak az áthatoló lövések. Az erek és idegek a nagy sebességgel haladó lövedéknek nem térnek ki. Innen a nagy haematomák, az aneurysmák és az idegek elszakadása.

A mellkas sérülései elég jótérmetűek voltak. 24 közül csak egyet vesztek el a másik tüdőfél pneumoniája miatt.

Hassérülés osztályán 9 fordult meg. Valamennyi (három megfelelő műtéti beavatkozás után) meggyógyult. Ezeken kívül észlelt még egy hólyag-, egy gerincvelősérülést és három sérülést a nemi szerveken. Több könnyebb, 4 súlyos gránátsérülésük volt.

Legtöbb műtétjük az infectio elhárítására irányult. Hét koponyalékelést végzett, a lövedék eltávolítása 57 esetben vált szükségessé. Csak egyetlen amputatiót kellett végeznie.

Berendezésükről, működésükről és a török fegyverek hatásáról 60 saját felvételű vetített képet demonstrál.

Három hónapi munkájukat bolgár részről rokonszenvedés és elismerés kísérte.

Szepessy Sándor: A tábori egészségügyi szolgálat lebonyolítását ismerteti a hadműveleti, a hadtáptérületen és az anyaországban. Előadja, mely vezérelvek útmutatása mellett helyeztetnek el a betegek és a sebesültek a harczszíntéren és az ehhez közelebb vagy távolabb eső területen. Szól a sebesültek útjáról a rajvonalától végleges elhelyezésükig: segélyhely, kötőhely, tábori kórház, tábori gyengélkedő kórház, szétosztó állomás, anyaország-katonakórházak, vöröskeresztkórházak és végül polgári kórházak. Tájékoztatót nyújt egy jövő háborúban várható sebesültek és megbetegedések számát illetőleg.

A monarchia hadserege 1.000.000 emberből áll. Háború esetén megsebesül körülbelül 140—160.000 ember.

Ebből könnyű sebesülés	50%	= 70—80.000 ember
Súlyos sebesülés	25%	= 35—40.000 "
Halálos	25%	= 35—40.000 "

Több a belső megbetegedés: Az orosz-török háborúban 1 sebesülésre esett 20 megbetegedés. A francia-német háborúban 1:48. Az orosz-japán háborúban 1:23.

Szükséges volna 6000 orvos és 60.000 emberből álló egészségügyi személyzet. Van a hadseregben 2000 orvos, a többi a tartalékosokból és az 50 éven aluliakból kerül ki.

A sebesültek ellátása és a belső megbetegedések megelőzése és orvoslása a katonaorvos feladata.

Magyar Lajos: A harczvonal mögötti első segélynyújtás lefolyását egy diorámaszerű terepasztal bemutatása kapcsán vázolja. A terepasztal háttere a csatateret, a terepasztal pedig a működésben levő segélyhelyet ábrázolja.

Donath Gyula: Tanulságosnak tartja összehasonlítani a mostani balkán háborúban tett tapasztalatokat azokkal, melyeket 36 év előtt, az 1877—78. évi orosz-török háborúban török részen, mint tábori sebész szerzett. Sebész-működése Drinápolyban kezdődött, az ottani kórházakban 3 hétig tartott és azután Kazanlikban folytatódott, a Sipka-szoros déli oldalán. Itt folyt le működésének főrésze, mely 7 hónapig tartott és az oroszoknak a Baln kánon átnyomulása után nyert befejezést a Bosporus magaslatai Bujukderében és Therapiában. A hadsebészethet akkor csak kezdet volt a *Lister*-féle antisepsisnek, annak komplikált apparatusa a harczterén nem volt kivihető, meg kellett elégedni a tisztaság mellett, minijítással a *Bruns*-féle vattával, továbbá a carbol vizes és olajos olda-
taival és a Burow-oldattal. A sebesülteket, kik között kizsáiaiak,

arabok, egyiptomiak, arnauták (európai nevükön albánok), cserkeszek, kurdok és irregularisok (basibozukok) voltak, az eszkizárai és jenizárai ütközetek szolgáltatták, melyekben az egy ízben a Balkánon már átnyomult oroszok ismét visszaszorítottattak, továbbá a Sipka-szoros magaslatán fekvő San-Nikolaj-erődnek véres ostroma és az ott lefolyt csatározások. Ezen sebesültek, kik a Sipka-szorosi csatáról Kazanlikba, mint a legközelebbi tábori kórházakba kerültek, súlyos sérüléseket képviseltek, mert a könnyebben sérülteket csakhamar tovább szállították Konstantinápoly felé vagy visszaküldötték a csapatokhoz. Hozzászóló maga, ki akkor még behatóan foglalkozott a sebészettel, 200 nagyobb operációt végzett, köztük vállizületi enucleatiókat és magas czombamputatiókat. A mai előadóknak, úgyszintén *Makai*-nak Szerbiában többnyire csak könnyebb sérültekkel volt dolguk, mert a súlyosabbak a hosszú rossz utak közben elpusztultak, részben talán a kellő ellátás hiánya miatt. Azonkívül sokkal nagyobbak voltak az orosz-török háborúban a puska lövégek roncsolásai is, mert akkor azok még nagyobb kaliberűek voltak. Megható jelenség volt a számos kéz-, de különösen lábfagyás a Sipka-szorosban a rendkívül szigorú tél folyamán, mikor úgy a Sipka-szoros alján táborozó törökök, mint az annak magaslatait elfoglaló oroszok ki voltak téve az északi szeleknek, úgy, hogy az öröket végre negyedóránként kellett felváltani. Török részről 800, orosz részről 4000 ember volt a veszteség az elfagyások következtében. A török sebesültek egy részét a kórházakká átalakított jobb magánházakban szalmazsákokon kellett elhelyezni és az ezen szalmazsákokon fekvő gangraenás lábú betegeknek egy jelentékeny része tetanust kapott. A tetanus okát akkor még nem ismerték. Midőn az oroszok átjötte után a Balkánon orosz és török sebesültek vegyest voltak Kazanlikban, érdekes volt észlelni a chloroform különböző hatásait az alkoholtól tartózkodó törökökre és az erősen ivó oroszokra. Azokon 1–2 perc alatt, minden különösebb excitatio nélkül következett be a narcosis, míg az oroszokon gyakran csak $\frac{1}{2}$ és $\frac{3}{4}$ órai chloroformozással és erős excitatio után lehetett elérni a narcosist. És dacára annak, hogy a törökök nem voltak mindennel oly jól ellátva, sokkal kedvezőbb volt a sebesültek és megbetegedettek halálozási arányszáma és ez utóbbiak morbiditása is sokkal csekélyebb volt. Köszönhető volt ez főként a törökök abstinentiájának, valamint nagy mértékletességüknek az evésben is, míg az oroszok folytonos hűvességét még a melegebb évszak beálltával is folytatták és Konstantinápoly előtt rengeteg számban estek áldozatul a typhusnak és dysenterianak. Míg a törökök előtt az ittasság és a sereget követő prostituáltak ismeretlenek voltak, az oroszok között még a katonatisztek is itasan heverték Kazanlik utcáin és midőn e fölött magas katonatiszteknek csodálkozását fejezte ki, ők ebben semmi különösét sem találtak; a katonaságot követő prostituáltak pedig a Landsknechtek korszakára emlékeztető képet nyújtottak. Intő példa ez az ittasság, mely az orosz-japán háborúban megismétlődött, arra, hogy mily fontos az abstinentia a háboruszkodó hadseregben. Az oroszok között összehasonlíthatatlanul nagyobb volt a halálozás belső betegségek folytán, mint sebesülések következtében és egyáltalán nagyobbak voltak veszteségeik katonákban, mint a törökök részéről, és azért bármilyen fontos legyen a hadseregnek nézve a sebész, még fontosabb a tábori hygienikus és a belgyógyász.

A német nőorvosok XV. nagygyűlése.

Halle a. S., 1913 május 14.—17.

Közli: *Scherer Sándor* dr., egyetemi tanársegéd.

(Folytatás.)

Fromme referatumanak folytatása: A terhesség megszakítására többféle methodust választhatunk. Súlyosabb esetekben a szülés munkáját elkerülendő, a vaginalis incisio, vagy az abdominalis császármetszés (esetleg localis anaesthesiában) jöhet szóba. Azokban az esetekben, a melyekben az orvoságos gyógykezelés csődöt mondott és a terhességet megszakítottuk, az újabb terhességeket operatív sterilisatióval gátoljuk meg. Egyedül az a tény, hogy egy asszonynak vitiuma van, nem képezheti directe egy ilyen műtétnek az indicatióját. Szülés alatt való compensatiós zavarokat lehetőség szerint a magzat extractiójával, tehát a szülés siettetésével enyhítsük. A gyermekágyban előforduló zavarokat orvosággal rendszeren jól lehet csillapítani. Olyan fiatal leányoknál, a kiknél már házasság előtt súlyos incompensatiós zavarok voltak, a házasság határozottan megtiltandó. Ellenben semmi alapja nincs annak, hogy teljesen kompenzált szívbjánál, melynek semmi hajlandósága a decompensatiohoz nincsen, a házasságralépést és a terhességet ellenezzük.

Zangemeister referatuma: A vese és általában a vizeleti szervek megbetegedésének viszonya a terhességhez, szüléshez és a gyermekágyhoz.

A physiologiás albuminuria gyakorisága a terhesség utolsó heteiben 26%. Ez a vesék hiányos vérellátásának a

következménye. A fehérje a gyermekágyban gyorsan eltűnik. A pyelitis gyakorisága a terhességben 0.6%, a mortalitás 2%. A folyamatot rendszeren a bélből átvándorolt bacterium coli okozza. A nephropathia gravidarum (= nephritis gravidarum) 2%-ban fordul elő. Megjegyzendő, hogy első terhességben gyakoribb. Az eclampsia nephritis gravidarummal kapcsolatban 8%-ban lép fel. Az oka ennek a terhesség által előidézett transsudativ diathesisben leli magyarázatát, a melynek következtében veseduzzanat lép fel és ezáltal lesz hiányos a vérrel és oxygennel való ellátása a veséknek. A nephropathia-nál a magzatok prognosisa rosszabb, mivel gyakorta korábban lép fel a szülés és igen gyakori az intrauterin elhalása a magzatnak. A lepény időelőtti leválása különösen chronikus nephritisnél fordul elő (relative ritkán). A gyermekágy lefolyása rendszeren zavartalan. A chronikus nephritisnek terhességgel való együtt előfordulása rosszabb prognosist ad, mint a nephropathia. A mortalitás 12—14% között ingadozik. A myocarditisnek vesebajjal való szövődménye igen súlyosbítja a prognosist.

Seitz referatuma: A belső elválasztás zavarainak viszonya a terhességhez, a szüléshez és a gyermekágyhoz.

A pajzsmirigy, a chromaffin systema, hypophysis és ovarium a fehérjeanyagcserét fokozzák, a pankreas és az epitheltestek gátolják. A terhesség második felében a fehérje-visszatartás fokozódik. Kevesebb húgyanyag, de viszont több nitrogen választódik ki ammoniák, kreatin, aminosavak és polypeptidek alakjában. A máj insufficienciáját mindaddig nem sikerült biztosan megállapítani. A pajzsmirigy és a hypophysis a czukoranyagforgalomra mobilizálólag hatnak, míg a pankreas, az epitheltestek és az ovarium gátolják. A terhesség utolsó hat hónapjában hyperlipaemiát lehet kimutatni. A túltáplálásból keletkezett elhízás kivül van olyan elhízás, a melyet a pajzsmirigy funkciójának csökkenése, vagy a csírmirigyek eltávolítása idéz elő. A *pajzsmirigy* 65—90%-ában a terhesség alatt megnagyobbodik. A morbus Basedowii, a hyperthyreosis 60%-ában az eseteknek rosszabbodik a terhesség alatt és 6.4%-ban halálhoz vezet. Ha a rosszabbodás előrehaladó jellegű, *Seitz* nem a művi vetélést, hanem a strumectomiát javasolja. A házasságot csak nagyon súlyos esetekben tiltandó be, könnyebb esetekben teljes gyógyulás is jöhet létre. Az *epitheltesteken* kifejezett elváltozásokat nem sikerült megállapítani. A terhesség vége felé és különösen a szülés alatt az idegek galvanikus izgathatósága jelentékenyen fokozódott. A tipikus terhességi tetaniát *Seitz* az epitheltestek insufficienciájára vezeti vissza. A *hypophysis* mellső lebenye hypertrophizál, a sejtek t. i. megsaporodnak és megnagyobbodnak és részben terhességi sejtekké változnak át. Valószínűleg ebben leli magyarázatát a medencze fokozott növekedése és talán a terhes méh megnagyobbodása is. A terhességben alkalomadtán acromegaliához hasonló tünetek is előfordulnak. A hypophysis hátulsó lebenyéből készített pituitrin alkalmas fájások előidézésére. A *mellékvesék* kéregállománya szintén hypertrophizál és a terhesek lipoidaemiája legnagyobb részben valószínűleg ezzel van összefüggésben. A terhesek typusos pigmentációját is valószínűleg a mellékvesék megváltozott működésével lehet magyarázni. Az *ovariumok* hyperfunctiójára vezethető vissza az osteomalacia. Az osteomalacia kezelésében különben, mint azt *Seitz* kimutatja, a hosszú ideig tartó phosphoradagolás éppen olyan jó gyógyeredményeket ad, mint a castratio. Az *emlőmirigy* és az ovarium között egy kölcsönösen gátló hatás áll fenn. Az emlőmirigy növekedése és működése a hormonok befolyása alatt áll. A *lepényt* is a belső elválasztásos mirigyek közé kell sorolni.

Előadások.

I. rész. A főthemával összefüggésben álló előadások.

P. Schaefer (Berlin): Szülőnőknél a szülés előtt és röviddel utána végzett electrocardiographikus vizsgálatairól számol be.

H. Neu (Heidelberg): A terhességnek szívbjával való complicatioja esetén a szívnek digitalissal való kezeléséről

igen jó eredményeket látott. A legsúlyosabb decompensációs tüneteket is a *Fraenkel-féle intravenás strophantin-kezeléssel* nagyszerűen és eredményesen tudta legyőzni, miért is ezt a terapiát melegen ajánlja.

Jaschke (Giessen): A tisztán csak szívbillentyű-bántalmak szövödménye terhességgel kevésbé veszélyes, szemben ezzel a szívizomzat betegsége komoly következményekkel járhat. S még rosszabb lesz a myocardium megbetegedéseinek prognosisa, ha vesebaj is társul hozzája. Ezért e két szövödmény találkozásokor gondolkodás nélkül meg kell szakítani a terhességet.

Holzbach (Tübingen): A terhességi vesemegbetegedésnél a vese-insufficienciának meghatározását tartja fontosnak.

K. Baisch (München): A szív- és vesebajos szülők későbbi sorsáról számol be. A müncheni klinikán 110 nephritikát vizsgált meg utólag, melyek közül 9 a következő években meghalt (60 eklampsiás közül 6), azaz 10%. Munkaképtelen maradt szintén körülbelül 10%-a az asszonyoknak. 200 vitiumos asszony közül 5 asszony meghalt a szülés alatt, a következő években még 3 elhalt a szív- és vesebetegségben. Az utólag megvizsgáltak közül 50% egészséges volt, 45% beteges, 5% később meghalt.

Kreiss (Dresden): A drezdai szülészeti klinikán 26-szor (23.577 szülésre) indították meg művi szülést (a vetéléseket is beszámítva) decompenzált szív- és vesebetegség miatt. A 26 asszony közül meghalt 4; 2 sepsisben, tehát a vitium rovására marad 7.5%. A vaginalis műtétet életképes magzatnál lehetőleg kerüljük a vérzés veszélye miatt és inkább a klasszikus császármetszést végzik, magas extraduralis-sacralis anaesthesiában.

Krömer (Greifswald): Eklampsiásoknál phenolsulfo-phtalein-próbát végeztek; súlyos eklampsiás veséknél összesen csak 20–40% festék választódott ki, míg egészséges terheseknél 75, illetőleg 60%.

Heynemann (Halle a. S.): Terhességben a szív és diaphragma állásáról értekeznek. (Röntgen-kepek demonstrálása.)

Vogt (Dresden): A *morbus Addisoni és terhesség szövödményét* ismerteti. Csak két eset van az irodalomban; egyiket *Barlow* ismertette, melynek oka a mellékvesék luesa volt. A második esetet Drezdában észlelték pár év előtt, a hol a mellékvesék tuberculosisát lehetett kimutatni. A szülés, valamint a terhesség veszélyt nem rejt magában, ellenben a gyermekágy veszélyessé válhatik.

O. Frankl (Wien): *Morbus Basedowii* esetében a petefészek elváltozásáról értekezett. A petefészek működés-átalakulásai (pubertas, graviditas, puerperium, lactatio) praedisponálnak erre a megbetegedésre. A climacterium szintén. 23 asszonynál végzett észleléseket. 3 esetben ovarium-készítményektől igen jelentékeny javulást látott.

Landsberg (Halle a. S.): Kimutatja, hogy a petefészek kiirtása után a terhességben, ellentétben a normalissal, a fehérjeanyagcsere csekély gyorsulását lehet észlelni. Corpus luteum verum extractumának befecskendezése után a nitrogen-kiválasztás csökkenését lehet észlelni. Thyreoidea kiirtása után a terhességben csekélyebb a nitrogen-kiválasztás, mint rendesen.

J. Novak (Wien): 146 patkányon végzett kísérleteket, azt kutatva, miféle összefüggés van a genitáliák és a mellékvesék között. A mellékveséktől megfosztott patkányok genitáliái határozottan csökevényesen fejlődtek, szemben a kontrollállatokkal. Ez a visszamaradás annál feltűnőbb volt, minél fiatalabbak voltak a kísérleti állatok. A fogamzási hajlamoság a mellékveséktől megfosztott állatoknál határozottan csökkent.

J. Novak (Wien) (*O. Porges és R. Sacsower*): A terhesség alatt fellépő cukorvizezés eseteit ismerteti. 14 asszonyt vizsgált, azoknál dacára a jelentékeny glykosuriának normalis vércukor-mennyiséget tudott megállapítani. Ebből azt következteti, hogy a vércukor meghatározása és annak a mennyisége kell, hogy irányadó legyen akkor, a mikor a terhességi glykosuriát a valódi diabestől megkülönböztetni akarjuk.

Kalledey (Budapest): Értekeznek a méhvérzések aetiologiájáról és organotherapiájáról. Richter-féle ovarium-kivonattal 21 dysmenorrhoeás esetet kezelt (intravenásan). Majd minden esetben prompt hatás volt és teljes gyógyulást ért el; 5 asszonynál terhesség is fellépett. A dysmenorrhoea okát ezen gyogyeredményekből következtetve az ovariumok hypofunctiójára vezeti vissza. Kezelt továbbá 41 esetet (meno-, illetőleg metrorrhagiát) hypophysiskivonattal, jó eredménnyel. Corpus luteum-kivonattal 5 esetben tudta a rendellenes vérzéseket csillapítani, olyan eseteket kezelve, melyekben az egyéb szokásos kezelési módok már mind hiábavalónak bizonyultak.

Schlimpert (Freiburg): *Bissemski* eljárása szerint végzett vizsgálatokat és kiderítette, hogy terhes tehenek hypophysisben nincs több hypophysin, mint a nem terhes állatokéban. Továbbá, hogy hypophysin kizárólag csak a mirigy hátulso lebenyében található és sehol másutt az agyban.

Heimann (Breslau): A thymus a vérben a lymphocytosist emeli, a petefészek a lymphocytosist gátolja. Amenorrhoeás asszonyoknál, továbbá a climacterikus vérzésben szenvedőknél éppen ezen az alapon az ovariumoknak működése a lymphocytaszám procentualis csökkenésére vezet, a mint azt sorozatos vizsgálatokkal igazolja.

Schlayer (München): *Értekeznek a vesemegbetegedésekkel kapcsolatban végzett terhességmegszakításokról.* A terhességi vese és valódi nephritis egymástól való szoros megkülönböztetését *Schlayer* fölöslegesnek tartja. A terhesség megszakításának a javát a szerint állítja fel, hogy a vesebaj miféle hatással van az egész organismusra. A vesebaj behatása megnyilvánulhat uraemiában, szív-hypertrophiában, oedemákban és végül a víz, a sók kiválasztásának a megváltozásában. Fontosnak tartja a vese kiválasztásának ellenőrzését egy bizonyos étkezési próbával kapcsolatban. (Rövid ismertetésre nem alkalmas.)

Fetzer (Königsberg): A vese működését csak pontos észleléssel lehet megbírálani. Némely vese a terhességben a konyhasót csak lassacskán üríti ki, ilyeneknél konyhasódús diaeta alkalmával retentióra kerül a sor, ezeknek tehát lehetőleg kevés konyhasót kell adni. A tiszta tejkúra céltalan, mert kevés vasat és túlsok nitrogént tartalmaz.

Albrecht (München): Kísérleti úton fiatal bárányoknál kimutatta, hogy az emlőmirigyek korai operatív eltávolítása semmi különösebb befolyással az állatok fejlődésére, az egyes szervek, különösen a genitáliák növekedésére nincsen, továbbá, hogy a terhesülés, a szülés ideje szintén nem befolyásolható. Ugy hogy ha ezeket a vizsgálatokat értelmezzük, az emlőmirigyeket nem foghatjuk fel úgy, mint belső secretiós mirigyeket.

Kiömer (Greifswald): 38 pyelitis gravidarum esetéről referál. Recidivát úgy ugyanazon, mint későbbi ismételt terhességnél többször észlelt. A pyelitis sok esetben rendkívül hosszadalmas betegség, a melyet rendszeren valami fertőző betegségre vezethetni vissza. Minden esetben gondoljunk tuberculosisra is.

A. Mayer (Tübingen): Régi felfogás szerint a pyelitis ascendáló úton keletkezik egy elsődleges hólyaginfeció következtében, azonban ez nem fogadható el minden esetben. Legáltalában is a vesemedence primaer infectiójára utal az, hogy a pyelitis nem ritkán általános fertőzések (angina stb.) kapcsán lép fel. A bacterium coli rendszeren a vér- és nyirokpályákon át vándorolhat be a vesemedencébe; ehhez magyarázatul szolgálhatnak különben a legújabbban leírt nyirokpályák, a melyek a colontól a jobb vesemedencéhez vezetnek és így a jobboldali pyelitis gyakoriságát is megmagyarázzák. Normalis bélmikroorganismusok a normalis bél falon nem szoktak keresztülhatolni, de sokszor észlelhetni, hogy a pyelitist megelőzi egy heveny gyomor- és bélzavar. Az appendicitisnek a pyelitis aetiologiájában szintén fontos szerepet kell tulajdonítani. A pyelitisek egyharmadában az asszonyok terhessége korábban megszakad, a gyermekágyban a pyelitikus tünetek hamar visszafejlődnek.

(Folytatása következik.)

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Az agydaganatokról referált v. *Eiselsberg* a berlini sebész-társaság congressusán. Az osztályán operált 162 eset statisztikáját közli. 69 megdiagnoskált nagyagy-tumor közül 20 esetben csak trepanatio végeztetett; semmiféle elváltozás az agyban nem találtatott, ezek közül 7 meghalt. 40 esetben a nagyagy-daganat extirpáltatott, a melyek közül 9 meghalt, 5 esetben meningitis következében; ezek közül 2-n drainage is volt, 3-n a dura nyitva maradt, 9 betege pár hónap múlva a tumorban, egyesek recidivában pusztultak el. 3 esete diffus glioma miatt gyógyulatlan maradt, 9 meggyógyult, 6 javult. Jobb eredményt ért el hypophysisdaganat eseteiben. 16 eset közül 4 meghalt, 12 meggyógyult, illetve javult. 20 kisagy-daganat közül meghalt 9 a műtét után, 12 esetben semmit sem találtak, 8 esetben tumort, ellenben 17 acusticus-tumor-diagnosisa minden esetben helyes volt. 2 betege az első actus után elpusztult. 11 esetben a daganat tyuktojásnyi volt, melyek közül 10 beteget vesztett el. A jövőben a szerző a shock elkerülése végett a daganatot morcellement útján távolítja el, nem félve attól, hogy ezen relative jótermészetű daganatok után egyes tumorrészek visszamaradnak. Kétoldali acusticustumor egy esetében, a melyben teljes vakság és sükettség volt, de fejfájás nem, műtétet nem végeztek. Két esetben agykamara-drainezést végeztek, mindkét eset meghalt; minthogy a drainső gyuladást idézett elő, a jövőben „Balkenstich” műtétjét fogja megpróbálni. A szerző a vér alvadásának előmozdítása céljából műtét előtt calcium lacticumot és a liquor desinficiálásának céljából urotropint ad. 14 esetben végeztek dura-plastikát a fascia lataból vett lebenynyel, melyek közül 2 meghalt. Ezen eljárás a szerző szerint az infectio lehetőségét lényegesen alábbszállítja. A prognosis szempontjából fontos a műtét alatti zúzódás, tamponade, drainage és a beteg általános állapota. Magángyakorlatában operált esete egy sem halt meg meningitisben. Mindennél fontosabb a korai diagnosis. Ámbár az egyéb sebészi beavatkozásokhoz képest az agytumorkok műteti eredménye rossz, a kínzó fejfájások, a teljes megvakulás érthetővé teszik az operatív gyógyítást. (Berl. klin. Wochenschr. 1913, 16. szám.)

ifj. Hahn-Dezső dr.

PÁLYÁZATOK.

8027/1913. sz.

A belényesi közkórháznál rendszeresített alorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az állás elnyeréséhez szükséges az egyetemes orvostudori oklevél. Az állással járó javadalmazás:

1200, azaz egyezerkettőszáz korona évi fizetés, lakás, fűtés, világítás és élelmezés bor nélkül.

Felhívom a pályázni kívánókat, hogy a kellőképpen felszerelt pályázati kérvényüket Biharvármegye főispánja, *Miskolczy Ferencz* dr. úrhoz címelve, **hozzám 1913. évi július hó 15.-éig** nyujtsák be.

Nagyvárad, 1913 június 4.

Fráter Barnabás, alispán.

2582/1913. szám.

Pest-Pilis-Solt-Kiskún vármegye kalocsai járásában levő Bogyzsló községben a **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása:

1. Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. értelmében 1600 korona törzsfizetés.

2. Természetbeni lakás.

3. Öt évenként 200 koronától 800 koronáig emelkedő korpótlék.

4. A 192.837/1911. B.-M. számú rendelettel engedélyezett 1200 korona helyi pótlék.

5. A vármegyei szabályrendelettel megállapított halottkémlési díjak.

6. Műtétékért a 135.000/1900. B.-M. rendelet alapján megállapított díjak.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányaikkal felszerelt kérvényeiket **hozzám folyó évi július hó 29.-ének déli 12 órájáig** nyujtsák be.

A választást *Bogyzsló* község-házánál a községi képviselőtestület elnökletével folyó évi július hó 31. napján délelőtt 11 órakor fogja megejteni.

Kalocsán, 1913 június hó 17.

A főszolgabíró.

10.927. szám.

Trencsén vármegye trencsényi közkórházánál lemondás folytán megüresedett **másodorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek és felhívom mindazokat, a kik ezen nyugdíjogosultsággal és az alább részletezett javadalmazással egybekötött állást azonnali belépés mellett elnyerni óhajtják, hogy a főispán úrhoz címzett és az 1883. évi I. t.-cz. 9. § III. pontjának 2. bekezdésében előírt képesítésről tanuskodó okmányaikkal, valamint a V. Ü. Sz. 4. §-a értelmében születési, hatósági orvosi és erkölcsi bizonylattal is kiegészített kérvényeiket legkésőbb **folyó évi június hó 30.-áig** nyujtsák be, mert a később beérkező folyamodványok figyelembe vételét nem fogom.

Ezen másodorvosi állás évi javadalmazása 2600 korona törzsfizetés, évi 800 korona lakáspénz és az ügyeleti napokon első osztályú élelmezés.

Kelt Trencsénben, 1913. évi június hó 9.-én.

Az alispán.



Uj, pompás gyógyépület.

Stájer tartományi gyógyintézet. 600 szoba 2.-kor-
tól feljebb, villamos világítás, lift, hegyvidéki forrásvíz.

Sauerbrunn

Ivó- és fürdőkurák
kiváló gyógyeredménnyel:
gyomor-, bél- és májbajoknál, epekö-
nél, cukros húgyárnál, köszvénynél.

Május 15. — szeptember 30. — Enyhe, subalpin éghajlat. Szél- és pormentes. — Prospektusok.



ELSŐRANGU GYÓGYVIZ ÉS DIAETETIKUS ITAL.

Vesebajoknál, húgyhólyag-bántalmaknál és köszvénynél, cukorbetegségnél, emésztési és lélegzési szervek hurutjainál a **Bór és Lithion tartalmu gyógyforrás**

SALVATOR

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.