

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Pólya Jenő: Közlemény a szt. István-kórház III. sebészeti osztályáról. Késő utóvérzések cholecystectomy után. 501. lap.

Jacobovics Béla: Közlemény a budapesti Stefánia-gyermekkorházzal kapcsolatos egyet. gyermekklinikáról. (Igazgató: Bókay János dr., udv. tanácsos, egyet. ny. rendes tanár.) A vörheny befolyása a Wassermann-reactióra. 502. lap.

Réthy Aurél: Közlemény a königsbergi kir. egyetem orr- és gégepoliklinikájáról. (Igazgató: Gerber dr., egyetemi tanár.) A nyálkövek pathológiája és diagnóisa. 506. lap.

Hücll Ernő: Az epeköbetegség kezelése chologennel.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Moynihan: Das Ulcus duodeni. — *Bier, Braun und Kümmel:* Chirurgische Operationslehre. — *Lapszemle. Belorvostan. Mandelbaum:* Meningitis tuberculosaának érdekes postmortalis tünete. — *Schoenborn:* A központi

idegrendszer syphilisének operatív kezelése. — *Sebészet. J. S. Haynes:* A vesézületett hydrocephalus műtéti gyógyítása. — *Sweet és Allen:* A hypophysiskirtás következményei. — *Haberer:* Basedow-kór eseteiben végzett thymectomy. — *Idegkörtan. P. Marie és Foix:* A lueses természetű kisagyvelő-hemiplegia klinikai formái és körjelzése. *Gyermekorvostan. Moro:* A gyermekkorban előforduló végbélhyperthermia. — *Börkörtan. Gudzent és Winkler:* A psoriasisnak thorium x-szel való kezelése. — *Húgyszervi betegségek. Marcuse:* Prostata-atonia. — *Orr-, torok- és gégebajok. Brüggemann:* Az orrgaratmandula tuberculosisa felnőtteken. — *Fülörvostan. Grossmann:* Középfülgenyedés és amyloid degeneratio. — *Kisebb közlések az orvogyakorlatra. Werdnigg:* Nagyon feltűnő hegképződés eltüntetése. — *Winkler:* Sulfidal. — *Johannesson:* Elbon. 510-512. l. *Magyar orvosi irodalom. Magyar orvosi archívum. — Klinikai füzetek. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 512. lap.*

Vegyes hírek. 512. lap.

Tudományos társulatok. 514-517. lap

Meléklet: *Gynaekologia.* 1. szám. Szerkeszti: Tóth István és Scipiades Elemér.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

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

Késő utóvérzések cholecystectomy után.

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

Az epehólyagon és epeutakon végzett műtétek után utóvérzésekre főleg akkor vagyunk elkészülve, ha elhúzódó sárgaságban szenvedő betegeket operálunk. Ezeknek vérzékenysége közismeretű. Elég gyakori tapasztalás, hogy az ilyen betegek a choledochusból, gyomorból, bélből, a műtét területéből elvéreznek, a nélkül, hogy a vérzés forrásául valamely nagyobb eret fel lehetne lelteni. Nem icterusos esetekben cholecystectomy után vérzéssel főleg az arteria cystica ligaturájának lecsúszása vagy átvágása fenyeget. Ez főleg akkor állhat elő, ha az arteria cysticát a ductus cysticusal együtt kötjük le s azért a cysticát mindig külön kell önállóan lekötöni vagy aláöltetni; én az aláöltés helye előtt a lument még egyszer külön le szoktam kötni. A ligatura átvágása a legtökéletesebb lekötés után is bekövetkezhetik, ha az arteria környezete s az arteria fala maga lobos, szakadékos. Ezek a cystica-ligatura lecsúszása vagy átvágása folytán létrejött vérzések, melyek pár órával, 1-2 nappal a műtét után jelentkeznek, bár ritkák, eléggé ismeretesek. Az is többszörösen le van írva, hogy az első néhány csíkváltás után vérzés keletkezett az arteria cysticából, mely azután tamponádra rendszerint elállt. Nem találtam azonban analogiáját az alább közlendő két esetben tett észleletnek, hogy a cholecystectomy utáni utóvérzés nem icterusos betegen majdnem teljesen begyógyult seb mellett egy, sőt több hónappal a műtét után állott volna be s azért bátorodom ezen esetekre a figyelmet felhívni.

Eseteim a következők:

1. F. D.-né, 53 éves, gazdálkodó neje. Felvétel a szt. István-kórházba 1912 június 19.-én.

Jelen bajáig egészséges volt, görcsei, fájdalmai sohasem

voltak. Folyó év április óta lázas, soványodik, időnként hidegrázásai voltak. 1912 május vége óta sárgasága van, ezen idő óta széke szürke, azonban mindig rendszeren van.

Felvételkor az erősen lesoványodott beteg jobb bordaíve alatt egy a légzészor leszálló, kemény, nyomásra érzékeny térfogatnagobbodást találunk. A felvételt követő napon 39-30-ig menő hőemelkedés, rázóhideg. Diagnózis: genyes cholecystitis.

Műtét 1912 június 22.-én.

Typusos behatolás a jobb rectuson át. A májban carcinomásnak imponáló fehéres göbök; vastagfalú epehólyag, mely erős összenövés közé van ágyazva s genyet és 3 nagy követ tartalmaz. Kiirtás, drainage vastag csikkal.

A lefolyás teljesen sima és láztalan. Első csíkváltás 11 nappal a műtét után. A seb bevarrt része per primam egyesül, a sebürege gyorsan húzódik össze, úgy hogy július 21.-én már csak egy kis lencsényi sipolyonyílás van; a beteg közérzete teljesen jó, sárgasága elmúlt és másnap akarunk hazabocsátani. E nap éjjelén hirtelen vérzés indul meg a sipolyból és az inspectió állítása szerint mintegy 150 cm³ vér ürült a sipolyon át, melynek tamponálására a vérzés megállt. A beteg azonban nem jól érzi magát, nyugtalan. Július 23.-án délben hirtelen vérhányás áll be, majd súlyos anaemia és profus melaena mutatkozik.

Július 24.-én reggel a beteg elhal.

Bonczolás (*Genersich* tanár) július 25.-én.

Diagnózis: Anaemia universalis maioris gradus ex arrosione rami dextri arteriae hepaticae. A műtét helyén a jobb remesehajlat, a gyomor pylorusos része és a duodenum a ligamentum hepatoduodenaleval és az epehólyag tájával szorosán összenőtt s ezen összenövés között az epehólyag táján egy olasz mogorónyi üreg van, a melyben megfelelő nagyságú réteges, részben elszínesedett, részben ellágyult véralvadékat találunk. A véralvadék máj felé tekintő részében két áttűnő kötés. Szétbontáskor szakadékos, hártás képle-

tek mellett még 3, összesen tehát 5 lekötést találunk. Ezen alvadék egy hasonló nagyságú folytatással a nyombélbe belédomborodik kis diónyi daganat alakjában és tetején a nyombél fala át van törve, úgy hogy az alvadék a tetején szabadon a bélüregbe lóg. A szétbontáskor pedig kitűnik, hogy amaz üregnek a máj felé tekintő végében egy tűszúrásnyi és egy másik mintegy 2 mm.-nyi nyílás van 2 mm.-nyi távolságban egymástól, a melyek az art. hepatica jobb ágába nyílnak. Másfelől ezen ür egy lencsényi nyílással a ductus hepaticus jobb ágával szabadon közlekedik.

A gyomorban vagy 50 gr. részben alvadé, a vékony- és vastagbelekben hol még vörös, hol pedig már elbarnult sűrűn folyó vér és laza alvadék, kb. $\frac{1}{2}$ liter. A máj nagy, petyhüdt, elég vörös, fakó, zsíros. A nagyobb epeutakban sok barnás epe. A vena lienalis és portae csak kevés folyékony vért tartalmaz. A szervek felette vérszegények, az arteria cor. cordis $\frac{1}{2}$ cm.-rel a billentyű széle fölött ered, különben tág. Az aortában kevés fakó folt. A vesék vérszegények, a lép kissé hosszú, lapos, vérszegény.

Cholecystectomy ante mortem XXXII dies facta propter cholecystitidem purulentam calculosam. Ráknak nyomát nem találtuk, de itt-ott a májállományban 1—1 kendermag-föttlencsényi folt genyes beszűrődéssel és 1—1 tűszúrás-daraszemnyi genynyel telt epeút. Cholangitis progressiva.

2. R. Gy.-né, 27 éves, asztalossegéd neje. Felvétetett 1912 szeptember 24.-én *Wenhardt* tanár osztályára. Három hét előtt betegedett meg, hasának jobb oldalában érzett fájdalmakat, a melyek azonban eleinte csak akkor jelentkeztek, ha erőlködött. Egyszersmind hányásingere is volt és hányt. Szept. 21.-én hirtelen erős fájdalmak keletkeztek hasában jobb oldalt, melyek kórházba való jöveteléig változatlanul fennállottak. Ekkor a pulsus igen szapora, 142, filiformis, hőmérsék 38.9°, a has egész jobb fele igen érzékeny. A következő napokban is 39.3—39.4° C-ig emelkedő temperatura. A pulsus 113—120 közt, leukocytosis 13.000. 1912 szeptember 29.-én áttették osztályomra. A has jobb felében a köldök alá érő igen érzékeny térfogatnagybodás. Diagnosis: cholecystitis acuta.

Műtét szeptember 30.-án. Behatolás a jobb rectuson át, az erősen megnagyobbodott, genynyel és kövekkel telt epehólyagot kiirtottam. Bő tamponád. A műtét után a pulsus igen szapora, filiformis, azonban a hőmérsék az első két napon 37.6°—37.7° C-ra esik le. Október 2.-án 38.9° C esti temperatura. Október 3.-án 38.3°. Október 4.-étől kezdve időnkénti remissiókkal 39°-on felül mozgó esti hőemelkedések. Október 11.-én és 12.-én állandóan 39° felett van a hőmérsék. A hőemelkedést eleinte bronchitis okozta. A has általában, valamint a hasseb teljesen rendben volt és az október 12.-én végzett csikcsere alkalmával is ilyennek mutatkozott, azonban a hátton egy a keresztájon levő decubitusból kiindulólag orbáncz keletkezett, mely miatt az orbánczosztályra tettük át. Itt az orbáncz az alsó végtagokra, a mellkasra tevődött át, tályogok keletkeztek, melyek többszörös incisiót tettek szűkessé.

Az erysipelas lezajlása után jól volt egészen 1912 december 1.-éig. December 1.-jére virradó éjjel hirtelen erős vérzés indult meg a sebből, mely azonban tamponádra csillapult. A beteget extrem anaemia állapotában tették vissza hozzá, egy körülbelül 5 cm. mély, krajczárnyi nyílással bíró sipolyjárral, a mely azonban a további kezelés folyamán is igen lassan gyógyult. Egyébként a beteg állapota elég jó volt, a váladék kevés, úgy hogy a tamponádot el is hagytuk.

1913 január 6.-án délután 2 órakor hirtelen erős vérzés indul meg az immár lencsényire szűkült fistulából; körülbelül $\frac{1}{2}$ liternyi vér ömlött, tamponadera azonban a vérzés megszűnt. Január 8.-án délután 4 órakor a sipolyból a tamponade daczára újra bő profus vérzés indul meg, mely a tampon váltására eláll ugyan, azonban a beteg rendkívül kollabált, pulsusa alig tapintható, erős hányásinger és hányás, Infusio, autotransfusio, digalen, löserum-injectio. Január 9.-én a beteg nem vérzik, mindazonáltal nagyon anaemiás, a pulsus nem számlálható, filiformis, állandó hányás, a has nem

érezékeny. Január 10.-én folytonos analepticumok alkalmazására a pulsus kezd ismét tapinthatóvá válni. Most phlegmone képződött az infusio helyén, melyet január 13.-án megnyitottunk.

Ezután a beteg lassan kezdte magát összeszedni. Január 25.-én kihúztuk a csíkot a hassebből és a beteg kezdett ismét magához térni, midőn február 16.-án éjjel újabb profus vérzés állott be. A kötés vérral egészen átvődött és a beteg vértócsában feküdt. Ujólágos tamponadera a vérzés eláll, löserum-injectio, infusio.

Február 17.-én a szűk sipolyjáratot tágítva, azt tapasztaltam, hogy a szűk sipolyjárat mögött egy nagyobb üreg van, nyilván a májban, mely necrosisos czafatokkal van tele. Ezeket kikaparjuk, a mi minimalis vérzéssel jár, tamponade. Ezután a beteg láztalan, közérzete javul. Február 23.—25.-éig újra kisebb hőemelkedések mutatkoznak. Ekkor a csíkot eltávolítjuk és vastag drainnel cseréljük ki, a mikor is a hőmérsék leesik. Eleinte a drainen át bőven ürült geny necrosisos májczafatokkal, később azonban a váladék csökken, márczius 15.-étől kezdve már csak minimalis epés váladék ürül és április közepére a seb gyógyult. A beteg állapota ettől kezdve fokozatosan javult, fennjárt, jobb étvágyal evett, csak köhögéssről panaszkodott. Május 4.-én jobb oldali mellkasi empyemát konstataztunk nála, a melyet megpungáltunk, körülbelül 300 cm³ genyvet eresztve le belőle. Május 18.-án saját kívánságára elhagyta a kórházat, távozásakor teljesen láztalan, étvágya jó. Azonban sokat köhög s a jobb mellkasban még van exsudatum, melynek újabb csapolásába nem akar beleegyezni.

Áttekintve az eseteket, látjuk, hogy az elsőben 1 hóval, a másodikban 2 hóval a cholecystectomy után profus vérzés állott be, mely ezután 35 nappal, majd ezt követőleg 2, majd 39 nappal újra és újra megismétlődött, úgy hogy a negyedik utóvérzés 4 $\frac{1}{2}$ hóval a cholecystectomy után következett be.

Az I. számú esetben a vérzést a hepatica arrosiója idézte elő, a vérzés kifelé csak kicsiny volt, mert a szűk fistulanyílást eltömte a véralvadék, a vér azonban utat tört magának a duodenum felé s gyomor- és bélvérzés által a beteg halálára vezetett.

A II. esetben a vérzés mindig kifelé tört és tamponád által csillapítható volt s nyilván a májsequestereknek leválása folytán magából a májból keletkezett. A májsequesterek kikaparása a vérzések tartós megszűnésére vezetett s úgy látszik ezek akadályozták a seb gyógyulását is, mert azok eltávolítása után ez is bekövetkezett.

Az esetek közös vonása, hogy a késői utóvérzés mindkét esetben súlyos genyedő cholecystitis miatt végzett cholecystectomy után jött létre s ily módon a phlegmonék kapcsán létrejött utóvérzésekkel hozható analógiába.

Közlemény a budapesti „Stefánia“ gyermekkórházzal kapcsolatos egyetemi gyermekklinikáról. (Igazgató: Bókay János dr., udvari tanácsos, egyet. ny. r. tanár.)

A vörheny befolyása a Wassermann-reactióra.*

Közli: *Jacobovics Béla* dr., klinikai segédorvos.

A Wassermann-reactio a bujakóros megbetegedések körjelzésének tudvalevőleg igen fontos segédeszköze, specifikus voltát a luesre nézve azonban az utolsó 4—5 évben többen tették kritika tárgyává.

A vizsgálatok folyamán ugyanis kiderült, hogy a bujakóron kívül mástermészetű betegségek esetén is pozitív lehet a Wassermann-reactio. Így pozitív a Wassermann-reactio *Landsteiner*, *Müller* és *Pözl*, továbbá *Hartoch* és *Jakimoff* vizsgálatai szerint egyes trypanosomás megbetegedésekben is. *Bruck*, *Hoffmann* és *Blumenthal* framboesia, *Meier* lepra, *Elias*, *Neubauer*, *Porges* és *Salomon* tuberculosis, diabetes, *Much* és *Eichelberg* máliaria eseteiben találták posi-

* Minden fog fentartva.

tívnek a Wassermann-reactiót. Ezen tényeknek főleg gyermekorvosi szempontból gyakorlati jelentőséget nem kell tulajdonítanunk, annál is kevésbé, mert a fenti kórformák egy része nálunk nem is fordul elő.

Annál nagyobb fontosságot kell tulajdonítanunk azon vizsgálatoknak, melyek szerint a vörheny némely eseteiben is pozitív eredményt ad a Wassermann-reactio, mert így arra is következtethetnénk, hogy esetleg a vörheny aetiológiájában oly kórokozók szerepelnek, melyek a lues vírusához közeli vonatkozásban állanak s ez esetben a Wassermann-reactiót mint egy kórokozó csoport reactióját, a vörhenyt pedig mint protozoon okozta megbetegedést lehetne felfogni.

Much és *Eichelberg* voltak az elsők, kik e kérdéssel foglalkoztak s a kik vörheny-serumokkal végzett vizsgálataik alapján egyenesen kijelentik, hogy elvesztette talaját azon hit, mely a *Wassermann*-féle complementfixatiót a luesre nézve specifikusnak tartja. A szerzők 25 vörhenyes gyermek serumát vizsgálták s 10 esetben, tehát 40%-ban találták pozitívnek a Wassermann-reactiót, lueses magzatmáj vizes kivonatát használva antigen gyanánt.

Vizsgált eseteik a betegség 3. napjától a 72.-ig kerültek ki s feltűnő, hogy pozitív eredményt mindig csak az acut tünetek lezajlása után, körülbelül a megbetegedés 2.—3. hetében kaptak. A reactio eredménye s a betegség erőssége között azonban semminemű összefüggést sem találtak. *Much* és *Eichelberg* után többen foglalkoztak e kérdéssel, a kik általában a *Wassermann-Neisser-Bruck* által előírt eljárás szerint dolgoztak, némi eltérést az egyes szerzők között csupán az antigen minőségét s a serum mennyiségét illetőleg láthatunk. *Jochmann* és *Töpfer* hasonló irányban 33 esetet vizsgálva — több ízben a betegség különböző stadiumában — csak egy ízben találtak pozitív eredményt, mely 8 nap mulva azonban már negatívvá vált. *Harald*, *Boas* és *Hauge* 61 vörhenyes serumot vizsgáltak s ők is csak egy esetben, a betegség 50. napján kaptak mérsékelt haemolysisgátlást, a melyet a 14 nap mulva megismételt vizsgálat alkalmával már nem tudtak kimutatni.

Ugyancsak szembehelyezkedik *Much* és *Eichelberg* vizsgálati eredményeivel *Meier*, a ki 52 esetben végzett vizsgálatot, részben a reconvalescentia idejéből, részben az eruptiós szakból és sohasem kapott pozitív eredményt, miként *Hoehne* sem, a ki 37 vörhenyes egyéntől származó 53 serumot vizsgált s még nagyobb (0.30 cm³) serummennyiséggel dolgozva sem kapott egy ízben sem pozitív eredményt. *Seligmann* és *Klopstock* 14 esete mindig negatív eredményt mutatott, míg a 2 hónap mulva vizsgált 16 esetben — ugyanazon reagentiákat használva — mindig pozitív eredményt kaptak, mely körülményt ők azonban az antigen megromlásából magyarázták s így *Much* és *Eichelberg* eredményeit nem erősíthették meg. *Sommerfeld* 40 vizsgált esete közül 5 esetben kapott haemolysisgátlást, mely azonban a megismételt vizsgálat alkalmával már csak 2 esetben volt kimutatható. *Schleissner* 20 vörhenyes egyéneken 14 napos időközönként vizsgálta a vérsérumot, de egy esetben sem kapott pozitív Wassermann-reactiót. *Zeissler*-rel és *Seligmann*-nal és *Klopstock*-kal szemben nem az antigen romlottságával magyarázza a 42 vizsgált esete közül 3-ban elért pozitív eredményt, hanem szerinte az e téren elért ellentétes eredmények a vörhenyepidemiák befolyása alatt állanak, mert míg 1908-ban vizsgált fenti 42 esete közül csak 3 reagált pozitíven, addig előbb a vörhenyepidemia tetőpontján eseteinek 50%-a.

Igen lényegesek *Halberstaedter*, *Müller* s *Reiche* vizsgálati eredményei, a kik 10 vörhenyes serum közül 5-nél kaptak pozitív eredményt s azt találták, hogy ezen positivitás csak bizonyos időn belül áll fenn s egy esetet kivéve — a midőn már az exanthemás szakban is kaptak haemolysisgátlást —, az eredmény a pozitív esetekben is az első hetekben mindig negatív volt. A szerzők szerint az e téren elért eredmények különböző volta az antigenek különbözőségétől függ, mert két antigen annyiban különbözhetik egymástól, hogy míg az egyik csak lueses, a másik úgy lueses mint vörhenyes serummal is ad pozitív eredményt. *Bruck* és *Cohn*

megerősítették *Halberstaedter*, *Müller* s *Reiche* véleményét, minthogy 37 vörhenyes serumot 9 különböző antigennel vizsgálva azt találták, hogy míg egy vörhenyes serum az egyik antigennel pozitív, addig egy másikkal negatív eredményt adott, míg lueses serum mindegyikkel pozitíven reagált. *Holzmann* szerint, ki szintén végzett ez irányban vizsgálatokat, a vörhenyes serumok tényleg eredményezhetnek complementfixatiót, csak hogy lues eseteiben a pozitív eredmény sokkal állandóbb, mint vörhenyéiben, mely utóbbiakban a reactio rövid időn belül — 4—6 hét alatt — eltűnik. *Fua* és *Koch* 63 vörhenyes serumot vizsgáltak és sohasem kaptak pozitív eredményt. *Hecht*, *Lateiner* s *Wilenko* 119 vörhenyes serum közül 3 esetben találtak pozitív eredményt. *Lüdke*, a ki 15 serum közül kettőben találta bebizonyítottnak *Much* és *Eichelberg* adatait, hangsúlyozza, hogy bár a Wassermann-reactio nem mondható abszolút specifikusnak, de értéke megmarad, mert vörhenyes serumokban csak ritkán s rövid ideig pozitív a Wassermann-reactio. *Hauck* 131 vörhenyes serum közül kettőben, *Cziknawerow* 21 közül 3 esetben kapott pozitív eredményt.

Fenti ellentétes eredménnyel járó vizsgálatok arra indítottak, hogy kórházunk vörhenyes beteganyagán magunk is végezzünk hasonló irányú vizsgálatokat s ellentétben *Much* és *Eichelberg*-gel, kik fentemlített vizsgálataikkal a Wassermann-reactio körjelző értékének teljes megdöntésére törekedtek, a kérdés gyakorlati részére igyekeztünk megfelelni: arra t. i., hogy vajjon tényleg pozitív-e a vörheny némely eseteiben a Wassermann-reactio s ha igen, a betegségnek főleg mely idejében jelentkezik s meddig tart e positivitás s vajjon függ-e ezen positivitás a megbetegedés erősségétől s mennyiben befolyásolja a Wassermann-reactio értékét a lues körjelzésében?

Much és *Eichelberg* minden beteg egy ízben végezve vizsgálatot, azt találták, hogy a positivitás csak a heveny tünetek megszűntével jelentkezik. Ezért czélom volt mindegyik beteg az exanthemás szaktól körülbelül a hámlás befejezéseig átlag 3 vizsgálatot végezni, hogy a különböző eredményeket időközönként figyelhessem meg, a mi annál is inkább lehetséges volt, minthogy vörhenyes betegek mind egyikét átlag 6 hétig, sőt némelyikét még ez időn túl is megfigyelhettem. Vizsgálataim alkalmával — a *Wassermann-Bruck-Neisser*-féle eljárást követve — a következő rendszer szerint jártam el: az ujjbegyből vett vért félórai állás után centrifugáltam s az így nyert tiszta savót 1/2 óráig 56^o-os vízfürdőben inactiváltam. A vizsgált serumokból 0.30, 0.20, 0.10 cm³ mennyiséget használtam. Antigen gyanánt összes vizsgálataim alkalmával lueses magzatmáj alkoholos kivonatát használtam, a melynek abszolút megbízhatóságát vizsgálati eredményeim maguk erősítik meg, továbbá azon számos vizsgálat, melyeket kórházunk lues congenita s egyéb bajban szenvedő beteganyagán végeztem, a mikor is mindig megbízható eredményeket kaptam. Complement gyanánt tengeri malaczból frissen

A vizsgálati eljárást jelző táblázat.

	Antigen 1 : 5	Vizsgálendő serum	Comple- ment 1 : 10	Ambo- ceptor 1 : 1500	Úrűversejtek- nek 5% os emulsiója
1.	1.0	0.30	1.0	1.0	1.0
2.	1.0	0.20	1.0	1.0	1.0
3.	1.0	0.10	1.0	1.0	1.0
4.	—	0.40	1.0	1.0	1.0
5.	2.0	—	1.0	1.0	1.0
		Biztosan lueses serum			
6.	1.0	0.20	1.0	1.0	1.0
		Biztosan egészséges serum			
7.	1.0	0.20	1.0	1.0	1.0
8.	—	—	1.0	1.0	1.0
9.	—	—	—	1.0	1.0
10.	—	—	—	—	1.0

nyert vérsavó szolgált 1 : 10 hígításban, melynek titerét minden egyes vizsgálat előtt külön megállapítottam. Amboceptor gyanánt ürüvérséjtel kezelt házinyúl serumának kétszeres titermennyisége szolgált. Az amboceptor titere 1 : 1500 volt. A haemolysises rendszerhez tartozott még végül ürüvérséjteknek 5%-os emulsiója. Vizsgálataimnál mindig alkalmaztam kontrollképpen biztosan lueses s biztosan egészséges serumot, úgyszintén figyeltem arra is, hogy az antigen s a vizsgálandó serum magában véve nem hoz-e létre haemolysisgátlást. A midőn vizsgálataim alkalmával követett eljárásomat s vizsgálati eredményeimet a következő két táblázatban közlöm, csak azt tartom szükségesnek megjegyezni, hogy a betegség kezdetének azon napot tekintetem, a melyen a hozzátartozók állítása szerint a betegség tünetei (láz, hányás, torokfájás) először jelentkeztek.

Összesen tehát 55 egyéntől származó 178 vörhenyes serum közül 18 egyéntől származó 37 serumnál találtam positiv eredményt. Ezen 18 egyén közül 16-on csak a heveny tünetek megszűntével — a betegségnek kb. 20—23. napján — végzett reactio mutatott positiv eredményt, hasonlóan *Much* és *Eichelberg*, továbbá *Halberstaedter*, *Much* és *Reiche* eredményeihez, a kik hasonló irányú vizsgálataikról beszámolva hangsúlyozzák, hogy a positiv esetek közül egy sem került ki a heveny időszakból.

A positiv esetek megbízhatóságának mérlegelésekor felmerülhet az a kérdés, hogy nem az antigen romlottsága okozta-e a positiv eredményeket s vajon kizárható-e a positiv esetekben a lues congenita, vagy acquisita? Az antigen romlottságát egyrészt már a vizsgálati eljárás leírásakor említett módon ki tudtam zárni, másrészt elképzelhető-e, hogy éppen a sporadice kapott positiv eredmények időpontjában volt megbízhatatlan az antigen, a positiv eredményeket megelőző s követő nagyszámú negativ eredmények idejében pedig ugyanaz megbízható? A lues congenitát s acquisitát — az anamnesis s klinikai tünetek negativ voltától eltekintve — teljes biztonsággal azáltal is ki tudtam zárni, hogy ugyanazon egyénen egy bizonyos idővel a positiv eredményt adó vizsgálat előtt vagy után végzett vizsgálatkor mindig kaptam negativ eredményt is.

A positivitás megszűntét 16 esetben észlelhettem s pedig legkorábban a betegség 35., legkésőbbben a 48. napján. E 16 eset közül 13-ban még a hámlás befejezése előtt mutatott a még előbb positiv *Wassermann*-reactio negativ eredményt. Két esetben észlelésem utolsó napján, és pedig a betegség 42. és 44. napján végzett *Wassermann*-reactio még mindig positiv eredményt mutatott.

A betegség intenzitásának szempontjából mérlegelve a positiv eseteket, ezeknek kb. 83%-ában a torokban többé-kevésbé kiterjedt necrosist találtam s a 18 positiv eset közül csak 3-at sorolhattam az enyhe scarlatinához. Három egyénen nephritis postscarlatinosa esetében 9 ízben végezve vizsgálatot, mindig negativ eredményt kaptam, míg *Leede* a nephritisben szenvedő vörhenyes betegekben több mint kétszer oly gyakran találta positivnek a *Wassermann*-reactiót, mint nephritismenteseken, bár ő maga is hangsúlyozza, hogy ezeken sem a nephritis maga okozhatta a positiv eredményt, mert igen sok nephritisben szenvedő egyén serumát vizsgálta s sohasem kapott positiv eredményt lues, vagy lueses anamnesis nélkül.

A midőn pedig annak a magyarázatát keressük, hogy mi is okozza néhány vörhenyes egyén serumának *Wassermann*-reactiója esetén a haemolysisgátlást, legelfogadhatóbb *Leede*-nek azon nézete, hogy talán a vörhenyméreg erre hajlamos egyén valamely szervének anyagcseréjében hoz létre oly változást, a melynek eredményeképpen bizonyos anyagok képződve a szervezetben, ezek haemolysis-gátlást okoznak a *Wassermann*-reactio esetén. Hogy a positiv eredmények a heveny tünetek teljes lezajlása után észlelhetők, erre nézve is megkapjuk a magyarázatot, ha meggondoljuk azt, miszerint egy bizonyos idő szükséges ahhoz, hogy a toxinok a véráramba kerülve, a vörhenyes egyén szervezetében azon változást hozhassák létre, mely a *Wassermann*-reactio positiv-

A vizsgált eseteket jelző táblázat.

Szám	1. vizsgálat	2. vizsgálat	3. vizsgálat	4. vizsgálat	A megbetegedés intenzitása	Jegyzet
1. V. J. 12 é.	A betegség 3. napján negatív	A betegség 21. napján +++	A betegség 35. napján negatív	A betegség 45. napján negatív	Középsúlyos scarlatina	A betegség 35. napján a hámlás nem fejeződött be
2. M. B. 6 é.	A betegség 3. napján negatív	A betegség 21. napján negatív	A betegség 38. napján negatív	—	Enyhe scarlatina	—
3. K. M. 12 é.	A betegség 3. napján negatív	A betegség 21. napján ++	A betegség 42. napján ++	—	Középsúlyos scarlatina	—
4. G. L. 5 é.	A betegség 45. napján negatív	A betegség 66. napján negatív	A betegség 79. napján negatív	—	Nephritis postscarlatinosa	—
5. J. B. 12 é.	A betegség 4. napján negatív	A betegség 21. napján +++	A betegség 37. napján negatív	—	Középsúlyos scarlatina	A betegség 37. napján a hámlás nem fejeződött be
6. N. L. 11 é.	A betegség 3. napján negatív	A betegség 21. napján negatív	A betegség 40. napján negatív	—	Enyhe scarlatina	—
7. M. T. 7 é.	A betegség 9. napján negatív	A betegség 20. napján negatív	A betegség 38. napján negatív	—	Középsúlyos scarlatina	—
8. V. E. 5 é.	A betegség 11. napján negatív	A betegség 21. napján negatív	A betegség 39. napján negatív	—	Enyhe scarlatina	—
9. H. L. 3 é.	A betegség 4. napján negatív	A betegség 21. napján negatív	—	—	Enyhe scarlatina	—
10. P. F. 5 é.	A betegség 70. napján negatív	A betegség 84. napján negatív	A betegség 102. napján negatív	—	Nephritis postscarlatinosa	—
11. L. A. 4 é.	A betegség 23. napján negatív	A betegség 39. napján negatív	—	—	Középsúlyos scarlatina	—
12. K. E. 9 é.	A betegség 2. napján +++	A betegség 22. napján +++	A betegség 36. napján +++	A betegség 45. napján ++ A betegség 57. napján negatív	Középsúlyos scarlatina	A betegség 18. napján recidiváló scarlatinás exanthema. Az 57. napon a hámlás nem fejeződött be.
13. V. J. 8 é.	A betegség 2. napján negatív	A betegség 21. napján +++	A betegség 30. napján +++	A betegség 40. napján negatív	Súlyos scarlatina	A betegség 40. napján a hámlás nem fejeződött be
14. Sz. M. 13 é.	A betegség 4. napján negatív	A betegség 22. napján negatív	A betegség 41. napján negatív	—	Enyhe scarlatina	—
15. P. G. 13 é.	A betegség 3. napján negatív	A betegség 21. napján +++	A betegség 36. napján ++	A betegség 44. napján negatív	Enyhe scarlatina	A betegség 44. napján a hámlás nem fejeződött be
16. N. J. 2 é.	A betegség 2. napján negatív	A betegség 22. napján negatív	A betegség 33. napján negatív	—	Enyhe scarlatina	—
17. F. L. 7 é.	A betegség 2. napján negatív	A betegség 21. napján negatív	A betegség 38. napján negatív	—	Enyhe scarlatina	—

Szám	1. vizsgálat	2. vizsgálat	3. vizsgálat	4. vizsgálat	A megbetegedés intenzitása	Jegyzet
18. S. B. 12 é.	A betegség 5. napján negatív	A betegség 22. napján negatív	A betegség 39. napján negatív	—	Enyhe scarlatina	—
19. Sch. J. 8 é.	A betegség 3. napján negatív	A betegség 21. napján +++	A betegség 30. napján +++	A betegség 42. napján negatív	Középsúlyos scarlatina	A betegség 42. napján a hámlás nem fejeződött be
20. Sz. S. 17 hó	A betegség 3. napján negatív	A betegség 22. napján negatív	A betegség 45. napján negatív	—	Enyhe scarlatina	—
21. B. M. 5 é.	A betegség 3. napján negatív	A betegség 23. napján negatív	A betegség 41. napján negatív	—	Súlyos scarlatina	—
22. E. M. 7 é.	A betegség 4. napján negatív	A betegség 21. napján negatív	A betegség 42. napján negatív	—	Középsúlyos scarlatina	—
23. V. B. 7 é.	A betegség 3. napján negatív	A betegség 21. napján ++	A betegség 35. napján ++	A betegség 48. napján negatív	Középsúlyos scarlatina	—
24. V. M. 4 é.	A betegség 2. napján negatív	A betegség 21. napján negatív	A betegség 39. napján negatív	—	Enyhe scarlatina	—
25. Cz. S. 10 é.	A betegség 3. napján negatív	A betegség 21. napján ++	A betegség 36. napján ++	A betegség 46. napján negatív	Enyhe scarlatina	—
26. R. K. 3 1/2 é.	A betegség 6. napján negatív	A betegség 21. napján negatív	A betegség 40. napján negatív	—	Enyhe scarlatina	—
27. K. J. 12 é.	A betegség 2. napján negatív	A betegség 22. napján ++	A betegség 32. napján ++	A betegség 42. napján negatív	Középsúlyos scarlatina	A betegség 42. napján a hámlás nem fejeződött be
28. Cs. M. 3 é.	A betegség 29. napján negatív	A betegség 50. napján negatív	A betegség 71. napján negatív	—	Nephritis post-scarlatinosa	—
29. V. L. 4 é.	A betegség 2. napján negatív	A betegség 21. napján negatív	—	—	Enyhe scarlatina	—
30. M. J. 9 é.	A betegség 3. napján negatív	A betegség 20. napján +++	A betegség 29. napján ++	A betegség 39. napján negatív	Középsúlyos scarlatina	A betegség 39. napján a hámlás nem fejeződött be
31. P. Z. 6 é.	A betegség 4. napján negatív	A betegség 22. napján negatív	A betegség 39. napján negatív	—	Enyhe scarlatina	—
32. D. U. 8 é.	A betegség 3. napján negatív	A betegség 21. napján negatív	A betegség 40. napján negatív	—	Enyhe scarlatina	—
33. G. I. 6 é.	A betegség 47. napján negatív	A betegség 62. napján negatív	A betegség 83. napján negatív	—	Nephritis post-scarlatinosa	—
34. B. A. 6 é.	A betegség 3. napján negatív	A betegség 22. napján ++	A betegség 37. napján negatív	—	Középsúlyos scarlatina	A betegség 37. napján a hámlás nem fejeződött be
35. S. P. 5 é.	A betegség 4. napján negatív	A betegség 21. napján negatív	—	—	Középsúlyos scarlatina	—

Szám	1. vizsgálat	2. vizsgálat	3. vizsgálat	4. vizsgálat	A megbetegedés intenzitása	Jegyzet
36. P. M. 6 é.	A betegség 3. napján negatív	A betegség 22. napján ++	A betegség 32. napján ++	—	Középsúlyos scarlatina	A betegség 40. napján a hámlás nem fejeződött be
37. B. S. 8 é.	A betegség 15. napján negatív	A betegség 21. napján +++	A betegség 39. napján ++	A betegség 40. napján negatív	Középsúlyos scarlatina	—
38. H. A. 7 é.	A betegség 4. napján negatív	A betegség 22. napján negatív	A betegség 45. napján negatív	—	Középsúlyos scarlatina	—
39. T. M. 8 é.	A betegség 2. napján negatív	A betegség 21. napján negatív	A betegség 37. napján negatív	A betegség 46. napján negatív	Súlyos scarlatina	—
40. K. M. 8 é.	A betegség 3. napján +++	A betegség 21. napján +++	A betegség 37. napján negatív	A betegség 40. napján negatív	Középsúlyos scarlatina	A betegség 40. napján a hámlás nem fejeződött be
41. S. M. 9 é.	A betegség 4. napján negatív	A betegség 21. napján negatív	A betegség 39. napján negatív	A betegség 45. napján negatív	Középsúlyos scarlatina	—
42. V. T. 4 é.	A betegség 3. napján negatív	—	—	—	Súlyos scarlatina	A betegség 4. napján meghalt
43. V. O. 6 é.	A betegség 3. napján negatív	A betegség 22. napján negatív	A betegség 39. napján negatív	—	Enyhe scarlatina	—
44. H. A. 11 é.	A betegség 3. napján negatív	A betegség 21. napján negatív	A betegség 44. napján negatív	—	Enyhe scarlatina	—
45. K. P. 12 é.	A betegség 3. napján negatív	A betegség 21. napján negatív	A betegség 38. napján negatív	—	Enyhe scarlatina	—
46. N. B. 12 é.	A betegség 4. napján negatív	A betegség 19. napján ++	A betegség 32. napján ++	A betegség 44. napján +	Enyhe scarlatina	—
47. M. Gy. 8 é.	A betegség 2. napján negatív	A betegség 21. napján negatív	A betegség 41. napján negatív	—	Enyhe scarlatina	—
48. S. A. 9 é.	A betegség 5. napján negatív	A betegség 23. napján negatív	A betegség 41. napján negatív	—	Enyhe scarlatina	—
49. G. E. 13 hó	A betegség 2. napján negatív	—	—	—	Súlyos scarlatina	Betegségének 7. napján meghalt
50. H. P. 7 é.	A betegség 2. napján negatív	A betegség 21. napján ++	A betegség 34. napján ++	A betegség 40. napján negatív	Súlyos scarlatina	A betegség 40. napján a hámlás nem fejeződött be
51. A. M. 12 é.	A betegség 3. napján negatív	A betegség 22. napján ++	A betegség 32. napján ++	A betegség 39. napján negatív	Középsúlyos scarlatina	A betegség 39. napján a hámlás nem fejeződött be
52. D. L. 6 é.	A betegség 3. napján negatív	A betegség 21. napján negatív	A betegség 41. napján negatív	—	Enyhe scarlatina	—
53. W. L. 5 é.	A betegség 3. napján negatív	A betegség 21. napján negatív	A betegség 39. napján negatív	A betegség 55. napján negatív	Súlyos scarlatina	—

Szám	1. vizsgálat	2. vizsgálat	3. vizsgálat	4. vizsgálat	A megbetegedés intenzitása	Jegyzet
54. K. Á. 7 é.	A betegség 13. napján negatív	A betegség 20. napján negatív	A betegség 36. napján negatív	A betegség 46. napján negatív	Enyhe scarlatina	—
55. Cs. S. 6 é.	A betegség 2. napján negatív	A betegség 19. napján negatív	A betegség 35. napján negatív	A betegség 42. napján negatív	Enyhe scarlatina	—

tását okozza. Ezen magyarázatot azon körülmény is megerősíti, hogy a vesék részéről jelentkező szövődmények is átlag a betegség 3—4. hetére esnek, a mikor is a véráramba került toxinok lassanként — a vesék útján — elhagyják a szervezetet.

A vörheny némely esetében észlelt pozitív Wassermann-reactio alapján egyes szerzők némi kapcsolatot kerestek a vörheny és a bujakór kórokozói között. Ezen gondolat vezette azokat, a kik a vörheny gyógykezelésében a salvarsannal próbálkoztak meg. Így *Klemperer*, a ki 60 vörheny-esetnek salvarsannal való kezelésekor számolt be több-kevesebb eredményről s a ki szerint vörheny eseteiben a Wassermann-reactio esetleges pozitívítása is megszűnik salvarsann alkalmazása után. *Klemperer*-en kívül még *Lenzmann*, *Schreiber*, *Ehrlich*, *Reiss* és *Touton*, majd az ez évi wiesbadeni congressuson *Jochmann* számolt be a salvarsannak vörheny eseteiben észlelt előnyös hatásáról, míg *Menzer* a salvarsan-gyógykezelés ellen szólott, minthogy dacára a vörheny némely esetében észlelt pozitív Wassermann-reactiónak s a salvarsannal elért szörványos eredményeknek, a vörheny kórokozóját még nem sorolhatjuk a protozoonok közé.

Vizsgálati eredményeimet a következőkben foglalhatom össze:

1. *Kétségtelen, hogy vannak bizonyos anyagok némely vörhenyes egyén szervezetében, melyek pozitív Wassermann-reactiót eredményeznek, mely pozitívítás úgyszólván mindig az acut tünetek teljes megszűnte után jelentkezik.*

2. *A pozitívítást inkább súlyosabb megbetegedések esetén észleljük.*

3. *A pozitívítás a betegség időtartamát igen ritkán haladja túl s így a Wassermann-reactiónak a bujakórnál elismert körjelző fontosságát nem befolyásolja.*

4. *A pozitívítás alapján kóroktani következtetések a vörhenyre vonatkozólag nem vonhatók.*

Irodalom. *Landsteiner, Müller* nnd *Pözl*: Über Komplementbindungsreaktionen mit dem Serum von Dourinietieren. Wiener klin. Wochenschrift, 1907. 46. szám. — *Hartoch* und *Jakimoff*: Zur Frage der Komplementenbindung bei experimentellen Trypanosomen. Wiener klinische Wochenschrift, 1908, 21. szám. — *Bruck-Stern*: Die Wassermann-Neisser-Bruck'sche Reaktion bei Syphilis. Deutsche medizinische Wochenschrift, 1908, 11—12. szám. — *Hoffmann* und *Blumenthal*: Die Serodiagnostik der Syphilis und ihre Verwendbarkeit in der Praxis. Dermat. Zeitschrift, 1908, 1. szám. — *Much* und *Eichelberg*: Die Komplementenbindung mit wässrigem Luesextrakt bei nicht syphilitischen Krankheiten. Medizinische Klinik, 1908, 18. szám. — *Jochmann* und *Töpfer*: Zur Frage der Spezifität der Komplementbindungsmethode bei der Syphilis. Münchener medizinische Wochenschrift, 1908, 32. sz. — *Harald, Boas* und *C. Hauge*: Zur Frage der Komplementablenkung bei Scarlatina. Berliner klinische Wochenschrift, 1908, 34. szám. — *G. Meier*: Scharlach und Serodiagnostik auf Syphilis. Medizinische Klinik, 1908, 38. szám. — *Hoehne*: Über das Verhalten des Serums von Scharlachkranken bei der Wassermann'schen Reaktion auf Syphilis. Berliner klinische Wochenschrift, 1908, 38. szám. — *Seligmann* und *Klopstock*: Über Serumreaktionen bei Scharlachkranken. Berliner klin. Wochenschrift, 1908, 38. szám. — *Sommerfeld*: Über Komplementablenkung bei Scharlach. Archiv für Kinderheilkunde, 50. kötet, 1909, 38. oldal. — *Felix Schleissner*: Zur Frage der Komplementenbindung bei Scharlach. Wiener klinische Wochenschrift, 1908, 40. szám. — *L. Halberstaedter, Erich Müller* und *Reiche*: Ueber Komplementbindung bei Syphilis hereditaria, Scharlach und anderen Infektionskrankheiten. Berliner klinische Wochenschrift, 1908, 43. szám. — *Carl Bruck* und *Leo Cohn*: Scharlach und Serumreaktion auf Syphilis. Berliner klinische Wochenschrift, 1908, 51. sz. — *Willy Holzmann*: Scharlach und Wassermann'sche Syphilisreaktion. Münchener medizinische Wochenschrift, 1909, 14. szám. — *R. Fuá* und *H. Koch*: Zur Frage der Wassermann'schen Reaktion bei Scharlach. Wiener klinische Wochenschrift, 1909,

15. szám. — *Victor Hecht, Mathilde Lateiner, M. Wilenko*: Über Komplementbindungsreaktion bei Scharlach. Wiener klinische Wochenschrift, 1909, 15. szám. — *Hermann Lüdke*: Die praktische Verwertung der Komplementbindungsreaktion. Münchener medizinische Wochenschrift, 1909, 26. szám. — *L. Hauck*: Zur Frage des klinischen Wertes der Wassermann-Neisser-Bruck'schen Syphilisreaktion. Münchener mediz. Wochenschrift, 1909, 25. szám. — *L. G. Cziznawerow*: Die Wassermann'sche Reaktion bei Lues, Scharlach und Malaria. (Russky Wratsch, 1909, 26. sz.)

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

A nyálkövek pathológiája és diagnosisa.

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

Robert E. Davidsohn 1910-ig 242 nyálkőesetet talált feljegyezve az irodalomban. A szerző ebből azt következteti, hogy a nyálkövek a lehető legritkábban előforduló bántalmak közé tartoznak. Ha a sialolithiasis nem is tartozik a gyakori szájbetegségek közé, ez a szám mégse szolgáltatja képét az előfordulás gyakoriságának. A kövek egy részét nem diagnoskálják és spontán átfürödés vagy abscedálás után kilöketnek; a művileg eltávolítottak egy részét nem közlik és csak egy bizonyos hányadot publikálnak. Kétségkívűlinek tartom, hogy az első csoport nagyon jelentékeny procentuatióban szerepel. Különösen a kezdeti szakban, mikor az objectiv elváltozások elenyészően csekélyek, a subjectiv panaszok ideges, hysteriás alapon fennállóknak, avagy tonsillitisből, illetve pharyngitisből származóknak vétetnek föl.

Legutóbbi időből származó három érdekesebb esetem kórrajzát kívánom közölni; mind a három esetemben a submaxillaris mirigy kivezető csövében, a ductus Whartonianusban ült a kő.

1. Sch. B., 18 éves angodocki tanuló 1912 június 12.-én jelentkezik rendelésünkön. Előadása szerint több mint egy év óta a jobb-oldali torokfelben, de főleg a nyelvatti tájon időszakonként, rendszerint egy hónapi időközökben fájdalomrohamok jelentkeznek. A fájdalmak eleintén alig észrevehetőek voltak, később a rohamok mind súlyosabbak lettek, úgy hogy az utóbbi időben már rendkívül kínosá váltak. A rágás majdnem lehetetlen s az étkezésre való gondolat is hirtelen a fájdalmak vehemens növekedését vonja maga után. A roham két-három napig tart; ennek tartama alatt a nyálelválasztás csökkenését vette észre, míg a fájdalmak oldódása után intenzív salivatio indult meg, úgy hogy a nyál a beteg száján kicsorgott. A hypersecretio a roham után egy-két napig állott fenn. A beteg családjában hasonló bántalom nem fordult elő.

Status praesens: A középtermetű, gyengén fejlett betegen a mellkasi és a hasi szervek épek. A fogak egészségesek, rajtuk nagyon kevés kő. A mandulák teljesen normalisak. Minimalis garathurut. Inspectiókor a szájban semmi rendellenesség sem tapasztalható. Palpatiókor a beteg a jobboldali sulcus glosso-alveolarisban, az 1. molaris táján lencsényi területen feltűnő érzékenységet jelez. E helyütt csakugyan érzem némi resistenciát, mely azonban a környezettől alig volt megkülönböztethető. Kezdődő nyálkőbántalomra tettem a diagnosist. Az acupunctio negatív. A szondázástól, mely a ductus bemeneti nyílásának rendkívüli szűk volta miatt csupán annak felhasítása után lett volna végezhető, a beteg érzékenysége miatt elálltam. A Röntgen-filmfelvétel teljes mértékben megerősítette diagnosistomat. (Lásd az 1. ábrát.) Réametszve birtokunkba jut az alig kendermagnyi szürkés-sárga nyálkőecske (lásd a 2. ábrát). Nyolcz nap alatt teljes gyógyulás következett be.



1. ábra.



2. ábra.

II. G. L. 27 éves novo-alexandrowski lakos. Jelentkezik 1911 augusztus 11.-én. Előadja, hogy 3—4 év óta négy-öt hónapoként visszatérő és a jobb hátulsó sublingualis tájra lokalizálódó fájdalmak lépik fel, melyek 8—10 napig tartanak. A fájdalomtalan időközökben fokozott nyálelválasztás áll fenn, míg a rohamok alatt ez nagy mértékben csökkent s nyál helyett jobboldalt a nyelv alól sok genyes váladék tör elő. E mellett jobboldalt az állcsont alatt nyomásra nagyon fájdalmas daganatot vett észre.

Status praesens: A gyengén fejlett alacsony férfibeteg mellkasi és hasi szervei épek. Jobboldalt a mandibula szöglete előtt a legnagyobbodott és fájdalmas nyálalatti mirigy tapintjuk. A fogakon kife-

jezett fogköképződés. Chronikus pharyngitis. A ductus Whartonianusból bőséges mennyiségben szürkés-sárgás, genyes váladék ürül. A sulcus glosso-alveolaris nagy fokban gyuladt, rendkívül fájdalmas, erősen infiltrált, a mi főleg a hátsó részen konstatálható, hol egy nagy, diónyi, kőkemény tumort tapinthatunk. Az acupunctio alkalmával a tü követ ér. A ductus Whartonianusba vezetett szonda szintén kőhöz ütődik.

Diagnosis: a kivezető csőben ülő nagy nyálkő. Intraoralisan rámeteszünk a tumorra, mire a $2\frac{1}{2} \times 1\frac{1}{4}$ centimeter nagyságú, $3\frac{3}{4}$ gr. súlyú sötét barnás-sárga, szemcsés felületű kő jut felszínre. (Lásd a 3. ábrát.) Két heti további megfigyelés alatt a fájdalmak teljesen megszűnnek; az infiltrált állalatti mirigy azonban nem mutat visszafejlődést. A kivezető csőből egy ideig még genyes váladék ürül.

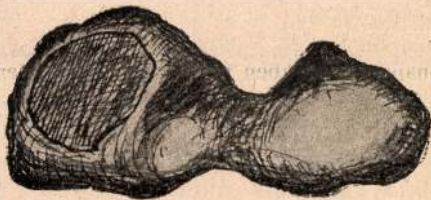


3. ábra.

III.¹ L. V. 40 éves kaposvári magánhivatalnok 1910 augusztusában azzal a panaszszal jön hozzám, hogy 6—7 éve négy-öt hónapoként a nyelv alatti tájra és a bal torokfelre lokalizálódó heves fájdalmak lepik meg, melyek 8—10 napig tartanak. A száj mozgata ilyenkor megnehezített, a táplálkozás akadályozva van, s már a fájdalmak tűrhetetlen megnövekedése miatt is alig kivihető. A minden roham esetében megejtett orvosi vizsgálat mindig negatív eredménnyel járt. Fogai rendbehozatalára is utasított, de ennek megtörténte sem javította meg helyzetét.

Status praesens: A jól fejlett és táplált egyénen, kinek mellkasi és hasi szervei épek, szájjárt találtam; kis erőszak alkalmazásával, a fogsor közötti rést tágitva, a vizsgálatot elvégezhettem. A fogak nyálkővel mérsékelten vannak fedve. A torokban elváltozást nem találtam, ellenben ujjal betapintva, egy nagy diónyi kőkemény tumort palpáltam s egy helyütt borsónyi érdes kőszertű képletet tapintottam.

A diagnosis kézen fekvő lévén, a tumoron hosszanti metszést ejtünk, mire a piskótaalakú világos-sárga kő előbukik (lásd a 4. ábrát), melynek hátsó feje $3 \times 2\frac{1}{2}$ cm., elülső feje $2\frac{1}{2} \times 2$ cm.



4. ábra.

nagyságú volt és 12 gr. súlylyal birt. A hátsó fejnek a mandibula felé néző felszínén simára csiszolt facette látható, mely a mandibulával való érintkezés eredménye volt. A ductus fala vastag, kérges. A gyuladós jelenségek csakhamar visszafejlődnek, a beteg teljesen jól érzi magát. A spontán perforationnak megfelelőleg állandó nyílás marad vissza, mely semminemű kellemetlenséget sem okoz.



5. ábra.



6. ábra.

Az 5. és 6. ábrán szintén nyálkővek láthatók, melyeket rendelésünkön megfigyeltünk. A nagyobbik kő által előidézett tumort más helyütt rossztermészetű daganatnak nézték.

Fenti 3 esetem kórtörténetét rögzítve, vázoltam egyúttal a ductusban ülő nyálkőmegbetegedés kezdetét, életének derekát és végkimenetét.

Első esetemben, hol a panaszok másfél évre nyúltak vissza, inkább a beteg panaszai alapján, mint az objectiv lelet basisán vettem fel a sialolithiasis diagnosisát. Különös fontossággal birt a fájdalmas rohamok periodusos jelente-

¹ Bemutattatt a Budapesti Kir. Orvosegyesület orr- és gége- szeti szakosztályában.

zése. Az inspectio és palpatio eredménye a diagnosisnak nem mondott ellent, sőt a circumscripct fájdalmasság, a tonsillák és a fogak épsége a felvételt támogatta. Diagnosisunkat a Röntgen-lelet tette kétségtelenné. A kő kicsiny, alig kendermagnyi, gyermekkorát éli, s így az általa okozott elváltozások alig számbavehetők. A ductus nyálkahártyáját ugyan belöveltnek találtam, de makroszkopice hegesedésnek, infiltrationnak semmi nyoma sem volt.

A második esetben a bántalom már 3—4 év óta állott fenn. Ennek megfelelőleg az anatómiai elváltozások is lényeges támpontot szolgáltatottak a már anamnesises alapon felvett diagnosis megerősítésére. Itt is megtaláljuk a fájdalmas gyuladós rohamok periodusos ismétlődését. A kő okozta *intraoralis* tumor itt már kisdiónyi, kemény, míg a tumor magvát alkotó kő mandulányi. A gyuladás eredményeként a tág szájadékon át szürkés-sárga geny ürül. Ugy a szondázás, mint az acupunctio positiv eredménnyel járván, a Röntgenfelvétel feleslegesnek látszott.

Harmadik esetem a sialolithiasis természetes gyógyulásának, a bántalom spontán kimenetelének képét tárja elénk. Mint a kórrajzból kitűnik, a beteg 6—7 éve szenved az ugyancsak periodusos fájdalmas jelenségekben. Az anatómiai elváltozások itt már olyannyira szembetűnők, hogy a diagnosis el nem volt téveszthető. Gyuladós szájjár. A sulcus alveolarisban nagydiónyi fájdalmas tumor, melynek legkiemelkedőbb pontján a kilöködni készülő kő egy borsónyi, kiemelkedő, csúcsos meztelen részébe ütközik. A ductus nyálkahártyája itt már hatalmas kéreggé alakult át.

A ductus Whartonianusban ülő sialolithiasis lefolyását tehát 3 stadiumra oszthatjuk.

I. stadium: A kis kő anatómiailag oly minimalis elváltozásokat okozott, hogy azok a vizsgálat alkalmával in vivo alig vehetők észre s a diagnosis az anamnesis szolgáltatott adatok alapján, s egyéb segédeszközök segítségével állapítható meg. A ductus nyálkahártyája belövelt, hurutos.

II. stadium: A megnagyobbodott kő kisebb-nagyobb, de a vizsgálat alkalmával könnyen szembetűnő kórbonczolástani elváltozásokat okozott. A ductus nagyobbfokú chronikus gyuladása, nyálkahártyájának kérges megvastagodása, a mirigy duzzadt volta (esetleg miliaris abscessusokkal), avagy heges kemény consistentiája tűnik szembe. Maga a kemény kő jól tapintható.

III. stadium: A folyton megnagyobbodó kő uzuráló hatása folytán a kérgeszerűen átalakult ductust a szájfenek felé áttöri, s lassanként kilököti. Másik módja a spontán eltávolításnak hatalmas phlegmonosus tályog képződése, mely utat törve, hirtelen szabadítja meg a szervezetet a nyálkőtől.

A mi a kövek *aetiologiáját* illeti, a sok theoria közül kettő érdemel figyelmet. Az egyik a Klebs és Galippe által védett álláspont, mely szerint a nyálkőveket mikroorganizmusok hatása alatt képződőknek kell tekintenünk. Klebs sok esetben a lepthotrix-fonalakat találta meg nagy számmal a kövek anyagában. A másik nézetnek Mareau és Czygan a szószólója. Szerintük a kő alapját mindig idegen test alkotja. Érdekes mindenesetre, hogy a ductus szűk nyílásán át, melyet néha kicsinységénél fogva csak nehézséggel találunk meg, idegen test bejuthat. Én úgy gondolom, hogy ez legfeljebb a nyálcsepp kiömlése után jelentkező szívóhatással lenne magyarázható, a szájadék rendesnél tágabb voltának előfeltételével.

Legvalószínűbbnek látszik, hogy a köképződésnek sokféle elsődleges oka lehet, de mindig ugyanazon másodlagos, de tulajdonképpen oka van. Eme másodlagos ok a *mechanikai akadály*. Ha bacterium- avagy lepthotrix-bevándorlás történik, akkor vagy ezek conglomeratum, vagy az általuk előidézett hurut okozta fokozottabb desquamatio s a hámszövetek csoportosulása alkotja a kő magvát, minthogy a nyál útjába egy bár kicsiny, de egyenetlen felszínű akadályt állít. Ha idegen test kerül a ductusba, akkor ez veszi át a kórokozó szerepét; ez is mechanikai akadályt okoz, a melyhez rendszerint infectio is járul, miáltal a helyzet még kedvezőbb a kő képződésére. Hasonló szempontok szerepelnek trauma

eseteiben is, a mikor még a ductus esetleges hegesedése is számba jön. Idegen testet eseteim egyikében sem találtam. Trauma az anamnesisben nem szerepel. Így maradna a lephthrix-, avagy a bacteriumbevándorlás. A szájban a lephthrixfonalnak a normalisnál nagyobb mennyiségben való jelenlétét nem észlelhettem, sőt még a ductus megnyitása után I. és II. esetemben lephthrixfonalakat e helyütt sem találtunk; ellenben az I. esetben diplococcusokat, a II. esetben streptococcusokat. (Kir. közegészségtani intézet.)

A histologiai, illetve pathologiai vizsgálat a königsbergi egyetemi kórbonczolástani intézetben történt (Viastat dr.). A decalcinatio után a maradékot beágyasztuk, majd metszeteket készítettünk. A haematoxylin-eosinnal megfestett metszetek szép jellegző, concentrikus rétegzettséget mutatnak. A methylenkékkel festett metszeteken diplococusszerű képletek voltak láthatók, melyek azonban nem voltak határozottan felismerhetők. Leptothrixfonalnak azonban e készítményekben nyoma sem volt.

A kémiai vizsgálat a kir. gyógyszerintézetben történt (Riesser dr.). A vizsgálat a már másutt is megfigyelt összetételt mutatta. Főleg phosphorsavas és szénsavas mészből állottak s e mellett magnesiumphosphat és carbonat, továbbá organikus anyagok voltak jelen.

A mi a kövek nagyságát illeti, az természetesen szoros összefüggésben van a megbetegedés tartamával. Így eseteimben is látható, hogy az 1 $\frac{1}{2}$ éves megbetegedésnek alig kendermagnyi, a 3 $\frac{1}{2}$ évesnek mandulányi és a 7 évesnek diónagyságú kő felelt meg.

II. és III. esetemben a betegek sok orvost kerestek fel, de bajuktól a diagnosis hiányában nem szabadultak meg, jóllehet a segédeszközök figyelembevételével az I. stadiumban is felállíthatjuk a biztos diagnosis.

A ductus Whartonianusban ülő nyálkő körjelzésekor szolgálatunkra áll: 1. az anamnesis, 2. az objectiv vizsgálat.

A körelőzményekből nyert adatok oly fontosak, hogy a mint már említettem, az I. stadiumban főleg erre támaszkodunk, míg a II. és III. stadiumban inkább az objectiv eltérések jutnak előtérbe.

Az anamnesisben a fentebb jelzett, periodusosan jelentkező rohamokat (coliques salivales) kell kiemelnünk. Ezeknek oka könnyen érthető, ha meggondoljuk, hogy a jelenlevő köre állandóan szilárd alkotórészek lerakódása következik be. A kő ily módon lassanként növekedve, a ductus lumenét kitölti; a nyálpangás stasissá fokozódik, a jelenlevő avagy bejutott bacteriumok okozta gyuladás a ductust még jobban szűkíti. A gyuladás s a nyálpangás vezetnek a fájdalomparoxysmusokhoz. A pangás következtében a nyálmirigy is megduzzad, a gyuladás ráterjed s így a fájdalom ez úton is lényegesen növekszik. A termelt nyál állandó nyomása végre mégis a ductus tágulásához vezet, a nyál lefolyhat, a pangás csökken, a gyuladás megszűnik s így a fájdalmak is eltűnnek. Egy idő múltán az ismételt megnagyobbodott kő a folyamat ismétlődésére vezet. A rohamok nagyjában azonos időközökben állanak be.

2. A nyálképződés a roham ideje alatt rendszerint csökkent, míg roham után néhány napig feltűnően intenzív, úgy hogy némelykor a nyál a szájzugból lecsurog (lásd az I. esetet).

3. A II. és III. stadiumban a rohamokkal kapcsolatban gyakran szájjár jelentkezik.

A mi az objectiv vizsgálati módszereket illeti:

1. *Inspectiókor*, a mennyiben rohammentes időben vizsgálunk, az I. stadiumban semmi feltűnőt, a II. stadiumban megvastagodott nyálkahártyától borított kiemelkedést látunk, míg a harmadik stadiumban a kő kisebb-nagyobb mezeten részlete is észlelhető. A ductus nyílásán át a II. és III. stadiumban nyomásra néha sötétebb, nyálnál sűrűbb genyes váladék ürül. Roham esetén az I. stadiumban, kisebb fokban a II. és III. stadiumban intenzív gyuladással tünetekre lelünk a megfelelő oldali glosso-alveolarisban. Esetleg szájjár. A gyuladás nem ritkán ráterjed a nyelvgyökre és a szájpadi-vekre s ilyenkor alkalmat adhat angina Ludovicivel, angina

phlegmonosával és alveolaris periostitissal való összetévesztésre.

2. *Palpatiókor* a beteg a gyanus helyen mind a három stadiumban fokozott érzékenységet jelez. Az I. stadiumban e helyen rendszerint alig észrevehető szövettömörülést észlelünk, míg a II. stadiumban már tapintható a kérges szövettől körülvevett kő, sőt a bimanualis, azaz egyidejű intra- és extroralis tapintás a kő nagyságára nézve is lényeges felvilágosítással szolgál. A III. stadiumban természetesen a kő érdes felületét suroljuk.

3. *Szondázás*: Kivitele gyakran nehézségekbe ütközik a ductusnyílás szűk volta miatt. Ha a szonda bevezethető, értékes felvilágosítást kaphatunk, bár megesik, hogy az I. stadiumban a kis kő egy redő mögött vagy egy kiöblösödésben elbujva, nem tapintható. A mennyiben szükséges, a szájadék felhasításával juthatunk célhoz, avagy a caruncula mellett egy haránt ollócsapás segítségével kapjuk meg a ductus lumenét. Be kell azonban látnunk, hogy magára a gyanus helyre rámetssze, sem végzünk sokkal nagyobb beavatkozást. A *Morelli*, *Beregszászi* és *R. C. Myles* által a ductusnak a kő extractiója után ajánlott szondázása főleg hegesedések és stenosisok esetén birhat jelentőséggel, a mennyiben a nyál lefolyásának zavartalanosságát biztosítja.

4. Az *acupunctura* látszólag a legegyszerűbb módja a diagnosis biztosításának. Az eljárás abban áll, hogy steril tűvel a gyanus helyre szúrunk. A II. és III. stadiumban, hol a diagnosis egyébként is könnyű, ez az eljárás biztos eredményre vezet. Az I. stadiumban azonban nem mindig, sőt legtöbbször nem sikerül, hacsak többszörös szúrás nem akarunk végezni, a mi mégsem teljesen közömbös.

5. A *Röntgen-vizsgálat* igen értékes adatokat juttat kezünkbe, ha positiv eredményű. A II. stadiumban nem mindig szükséges, az I. stadiumban azonban feltétlenül ajánlatos a röntgenogram készítése. Jelezni kívánom, hogy az üveglemez felvételek kevésbé sikerülnek és ezért a film használata ajánlatos, melyet tudvalevőleg intraoralisan helyezünk el. A fény- és vízmentesen csomagolt film fixálása a gyanus hely fölött nem könnyű. Az elhelyezés történhetik oly módon, hogy a sulcus glosso-alveolarishoz és az alveolushoz adaptáljuk a hajlékony filmet és végét a megfelelő oldali fogsorral fixáljuk. Kellemesebb a betegnek, ha a filmet nem a sulcusban helyezük el, hanem horizontalisan a nyelv fölött fektetjük le. Végül harmadik módja az elhelyezésnek az, hogy egész keskeny hosszú filmet készítve, a ductus lefutása mentén fektetjük le. Ezt azután vatta- vagy gazetamponnal fixáljuk, melyre a beteg ráharap.

A beteg fejét az asztal szélén nagy fokban megtörve löngatja le s így a majdnem horizontalisan álló submaxillaris tájra bocsátjuk a Röntgen-sugarakat. Az eredmény, mint az az 1. ábrán látható, kielégítő volt. A röntgenogrammon látható kő természetesen nagyobb, mint a mekkora a kő valóban (lásd a 2. ábrát).

* * *

Az elmondottak főleg a ductus Whartonianusban ülő köre vonatkoztak. Leggyakrabban eme kivezető csőben fordul elő a bántalom. Az előfordulás aránya a többi kivezető csőhöz képest a következő: ductus Whartonianus: 10, ductus Stenonianus: 1:5, ductus Rivini és Bartholinianus: 2:5.

A parotis kivezető csövében, a ductus Stenonianusban ülő kő hasonló, de kevésbé vehemens tüneteket okoz; maga a tumor természetesen a pofán ül. A 7. és 8. ábra két nálunk megfigyelt parotiskövet demonstrál.



7. ábra.



8. ábra.

A nyelvvalatti mirigy kivezető csövében ülő kő, a szerint, a mint egy kisebb (ductus Rivini) vagy a több kisebb ductus összefolyásából keletkező ductus Bartholionianusban ül, kisebb, illetve számottevőbb kellemetlenségeket okoz. A ductus sublingualisban kétszer észleltük e megbetegedést (l. a 9. és 10. ábrát).



9. ábra.



10. ábra.

Meg kell jegyeznünk, hogy a magában a mirigyben ülő kő természetesen nem szokta a periodusosan jelentkező tünetcsoportot előidézni, hanem a panaszok vagy hosszú ideig teljesen elmaradnak s csak nagyobb és igen különböző időben jelentkeznek, avagy állandó húzó, különösen rágáskor intenzívvé váló fájdalommal alakjában tűnik fel jelenléte.

Utóbbi esetekben a Röntgen-vizsgálat eminens fontosságú, különösen ha tekintetbe vesszük, hogy a mirigy chronikus gyuladása, a környezettel gyakran összkapaszkodott volta, utóbbinak infiltrációja, a daganat keménysége, de meg nem ritkán nagysága is rossztermészetű tumor gyanúját kelti. A sikerült Röntgen-felvétel ilyen esetekben lényegesen megkönnyíti helyzetünket.

Az epeköbetegség kezelése chologennel.

Közli: *Hücl Erő dr.*, az érsekújvári kórház igazgató-főorvosa.

Ha soraimmal az orvosok figyelmét az epeköbántalomnak chologennel való kezelésére vagyok bátor felhívni, úgy erre több ok is készítené ugyan, de a főök mégis az, hogy néhány esetben oly kedvező eredményt értem el a chologen-kezeléssel, hogy már ezt is elegendőnek tartom, hogy tapasztalataimat közöljem.

Ki nem volt már abban a helyzetben, hogy néha jobb meggyőződése ellenére is végig kellett kísérleteznie mindenel, a mit eddig az epekövek ellen harczba vitt az orvostudomány, kezdve a fájdalomcsillapítókon, a terpentin, olajon, salicylen át az otthon vagy a fürdőhelyen végzett karlsbadi kúráig? Nem tagadható, néha eredménynyel jár kezelésünk, de elég gyakran minden kísérlet meddő és kénytelenek vagyunk a betegnek mint ultima ratiót a műtétet ajánlani! De hogy különösen a vidéken, csekélyebb intelligenciájú körökben mily nehézséggel jár valakit a műtét szükségességéről meggyőzni, azt végig kell próbálni, leirással megérthetővé tenni nem lehet.

Ilyen helyzetbe elég gyakran jutunk ugyan más bántalmakban is, de a gyakoriság dolgában talán az epeköbántalom az, mely leggyakrabban állít ily dilemma elé, a minnek alighanem a főoka az, hogy közönségünk tudatába még nem ment át, hogy az idejében, avatott kezek által végzett „epekömütét” semmivel sem veszélyesebb, mint például a vakbéllob műtétje, mely azonban most divatba jövén, a közönség vele szemben alig tanúsít már félelmet.

Talán felesleges említenem, hogy éles különbséget kívánnék tenni a között, vajjon heveny epekökölíka-rohammal van-e dolgunk, vagy pedig évekre elhúzódó, kisebb-nagyobb mérvben jelentkező kellemetlenségekkel és szenvedésekkel járó epekö-bántalommal.

Magát a heveny rohamot ma is úgy kezelem, mint annakelőtte (morphium-injectio, kataplasma és egyéb symptomás jelentőségű szerek). De egyúttal haladéktalanul megkezdem magát a chologen-kúrát is.

Maga a chologen-kezelés lényege az, hogy igen kis calomel- és podophyllin-adagokat juttatunk a szervezetbe. A chologen I. tartalmaz calomelt, podophyllint (aa 0'005); a

chologen II. calomelt (0'005); a chologen III. calomelen és podophyllinen felül kámfort és mentholt (aa 0'0025).

A kezelést rendszerint azzal kezdjük, hogy a beteg reggel és délben a chologen I.-ből két-két pilulát vesz be; hasmenésre hajlandó egyéneknek egy-egy tablettára szorítokunk reggel és ebédkor; ezt az adagolást tíz napig folytatjuk. Ezután 40 napon át reggel és délben az I. tablettákból 2—2-t (esetleg 1—1-et) vesz be a beteg, este pedig a chologen II.-ből kettőt; végezetül pedig tíz napon át a chologen III.-ből reggel, délben és este adunk egy-egy tablettát.

Eseteimben az első napokban rendszerint bélbeli zavarokról panaszkodtak a betegek, volt, a kinek csökkent az étvágya, némi hascsikarás jelentkezett, de mindig gyakoribb volt a székelés ingere, néha megfelelő ürülés nélkül; ezek a zavarok azonban oly csekélyek voltak, hogy a betegek igen könnyen elviselték. Súlyban minden betegem veszített, de ezt mindegyikük nyereségnek tekintette.

A chologen-kezelést *Glaser* (Muriban) kezdte. Kiinduláspontja az a kísérleti tapasztalat volt, hogy emberi epekö kutyapében oldódik; ebből azt a következtetést vélte levonhatni, hogy a normális epe legjobb oldószere az epeköveknek, vagy az ezeket alkotó substratumoknak. Tehát az az igyekezet vezette, hogy az emberi epét lehetőleg olyanná alakítsa, hogy a kőképző anyagokat oldatban tartsa, illetőleg a concretiókat fel is oldja. *Rutherford* szerint a kéneső sűrű epe elválasztására készíti a májat és minthogy a kéneső maga is átmegy a májba, egyidejűleg bizonyos fertőtlenítő hatást is fejt ki ott; de mivel az epe mennyiségét kissé csökkent, kombinálta podophyllinnel, a melyről tudjuk, hogy az epeelválasztást tetemesen fokozza, e mellett hashajtó hatása az epe élénkebb eltávolítását is eredményezi. A beálló kellemetlen melléktünetek, hascsikarás megszüntetése és enyhítése céljából még kámfort és melissát kevert a chologenhez.

Mielőtt áttérnék chologennel kezelt néhány esetem felsorolására, a javalatokra vonatkozólag csak azt kívánom említeni, hogy a subacut, kisebb mérvű, nem szükségképpen kő távozásával járó, icterust alig okozó esetek azok, a melyekben a chologen-kúrától a legjobb sikert remélhetjük. Mert a súlyosabb kövek erős beékelődésével és genyes cholecystitissel járó esetek ezután is a sebész kezére bizandók.

1. A 60 éves magánzónőnek évek óta vannak typosos epekö-rohamai, a melyek az egyébként jól táplált és jó viszonyok között élő betegnek roppant sok kellemetlenséget okoztak. Három ízben volt icterusa. Az epehólyag tája a rohamok idején felette érzékeny. Négy éven át karlsbadi víz ivásával kezelte baját, de eredménytelenül, mert a rohamok hol enyhébben, hol erősebben mégis jelentkeztek. Most négy év óta rendszeresen végez évenként két chologen-kúrát és azóta nincsenek fájdalmai. Kövek beigazolhatólag nem távoztak.

2. A 30 éves, erős hizásnak indult nő, két gyermek anyja, a leghevesebb és legtypososabb epekö-rohamokat szenvedte végig; karlsbadi víz, olajkúra eredménytelen volt. Három évig használt chologent kielégítő eredménnyel, de a harmadik évben súlyos roham állott be magas lázzal. A megállapított genyes cholecystitis miatt cholecystostomiának vetette alá magát, a mikor is kisebb kövek távolítottak el. Azóta egészséges.

3. A 34 éves nő, hivatalnok felesége, több gyermek anyja, typosos epeköbajban szenved évek óta. A szokásos kezeléseket mind megkísérelte, de eredménytelenül. Végre chologen-kezelés alá vettem. A II. ciklus lefolyásában 5 egész borsónagyságú kő távolodott el. Azóta teljesen jól van, de óvatosságból évenként végez egy chologen-kúrát.

4. 30 éves, erős, kissé hizásnak indult nő, hivatalnok felesége. Négy év óta szenved epeköbajban. Ebben az esetben is eredménytelen volt minden kezelés, míg végre chologen-kezelésre két borsónyi kő távozott és azóta a beteg, a ki a kúra folyamán súlyban is tetemesen apadt, kifogástalanul egészségesnek örvend.

5. A 29 éves magánzónőt heveny gastralgia ellen eredménytelenül kezelték. A karlsbad kúra nem hozott javulást. A későbbi typosos rohamok mutatták, hogy a gastralgia tulajdonképpen cholelithiasis. A chologen-kezelés két éven át annyiban járt haszonnal, hogy a rohamok szűnteltek; egy igen rossz útviszonyok mellett végzett utazás után heves roham állott be, magas lázzal, rázóhideggel, úgy hogy a genyes cholecystitis miatt műtét beavatkozás vált szükségessé, a mikor is féldiónyi epekö távolítottak el a genynyel telt hólyagból. Teljes gyógyulás. Azóta az illető évenként végez chologen-kúrát.

6. A 45 éves vasúti munkást évek óta gyomorbántalom ellen kezelték és mint betegsegélyző pénztári tag már a „szimulálás” gyanújába keveredett, míg végre epeköbajt állapítottak meg. Egy chologen-kúra teljesen megszüntette fájdalmai. Kő nem távozott.

Megengedem, hogy csak néhány esetből formáltam meg véleményemet, több esetet a vidéki betegeknek szokásos elmaradása miatt nem sorolhatok fel; de a hat eset közül kettőben határozottan pozitív volt az eredmény, kövek távoztak el s a betegek azóta (négy éve) teljesen rohammentesek. Két esetben kőtávozás ugyan nem volt beigazolható, de rohammentességük mégis a kúra sikere mellett szól.

Hogy a hat eset közül kettőben műtét vált szükségessé, az nem a chologen-kezelés ellen hozható fel érvül, mert ilyen esetek mindig elő fognak fordulni, már csak azért is, mert akárhány epekő gazdája éveken keresztül nem is bir tudomással bajáról, míg nem valamelyes mellékkörülmény oly riasztó heveny tüneteket vált ki, hogy könnyelműség volna ilyeneket nem a műtő kezére bízni.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Moynihan: Das Ulcus duodeni. Deutsch von S. Kreuzfuchs. Verlag von Theodor Steinkopff. Dresden u. Leipzig, 1913.

Moynihan neve az ulcus duodeni kérdésével úgyszólván összeforrt, az ő fáradságos kutatásai hámozták ki a „gyomor-neurosisos“ panaszok szürke homályából az ulcus duodeni jellegzetes anamnesisét és sokban hozzájárultak az ulcus duodeni anatómiájának, helyes therapiájának tisztázásához. Az ő fáradhatatlan agitációja, irodalmi munkássága irányította az egész tudományos világ figyelmét ezen eddig oly kevésbé méltatott betegségre, nagy gyakorlati jelentőségére.

Nagy munkája, melyben összefoglalja a bántalom megismerésének történetére, az ulcus duodeni különböző formáinak és szövődésményeinek pathológiájára, klinikai tüneteire és therapiájára vonatkozó tudnivalókat és részletesen beszámol saját nagyarányú személyes tapasztalatairól, méltán keltheti fel az összes orvosok érdeklődését.

Nálunk, a hol az angol nyelv ismerete kevésbé terjedt el, mint a németé, a munka általánosabb megismerését lényegesen elő fogja mozdítani *Kreuzfuchs* hű és gördülékeny német fordítása, melyet a kiadó szép kiállításban és az eredeti mű összes ábráinak közlésével bocsátott a könyvpiacra. Melegen ajánljuk olvasóink figyelmébe. P.

Bier, Braun und Kümmel: Chirurgische Operationslehre. Leipzig, J. A. Barth. 1913.

Ezen valóban kiváló műtéttan második kötetét már volt alkalmam a múlt év folyamán ismertetni e lap hasábjain. Most a munka I. kötete I. és III. részének megjelenéséről számolhatok be. A munka imént megjelent részei az általános műtéttant, az orr, fül, torok és a nyak sebészetét tárgyalják. Az általános sebészetet *Braun* (Zwickau) írta s az aseptisre, anaesthesiára, műteti előkészítésre és utókezelésre, valamint a vérzéscsillapításra és vérkimélésre való általános tudnivalókat tárgyalja, azonfelül a bőrön és nyálkahártyákon, vérereken, izmokon, ínokon, peripher idegeken és csontokon végzett műtétekről nyújt áttekintést. A hallószerven, tonsillán és orrüregben végzett műtétek leírása *Passow* tollából származik, az oesophagoskopiát és bronchoskopiát *Killian* írja le, a thyreoida és thymus sebészetét *Rehn*, a nyakon végzett egyéb műtéteket pedig *Wilms*. Mint e nevek mutatják, az összes fejezetek legelsőrangú szerzők munkáját nyújtják és így szinte felesleges hangoztatni, hogy a munka maga is elsőrangú. Ha nem is nyújt minden részletében oly teljes áttekintést, a mint azt egy kézikönyvtől várnók, igen jó és hasznos útmutatással szolgál az összes fontosabb műtétek elvégzésére s a mondottakat számos szép és tanulságos ábrával érzékíti. Azt hisszük, hogy a munka egyik nélkülözhetetlen segédkönyve lesz a gyakorló sebésznek. P.

Lapszemle.

Belorvostan.

Meningitis tuberculosanak érdekes postmortalis tünetét ismerteti *M. Mandelbaum*. Egy meningitis tuberculosa-ban szenvedő nőbeteg, kinek lumbalis folyadékában sem lymphocytosist, sem tuberculosis-bacteriumot találni nem lehetett, a 24 órával a halál beállta után vett lumbalpunkciós folyadék igen sok nagy mononuclearis sejtet tartalmazott; a nagy sejtek magva a protoplasma szélén volt, a protoplasma igen dús, s tuberculosis-bacteriumot tömegesen tartalmazott. Ezenkívül lymphocyták s polynuclearis leukocyták is találtak, mely utóbbiak szintén tuberculosis-bacteriumokat phagocytáltak. Ezen esetben tehát a halál előtt nyert punkciós folyadék egészen tiszta, átlátszó volt s tuberculosis-bacteriumokat nem tartalmazott, míg a halál után nyert punkciós folyadék erősen zavaros volt, a mely zavarodás okát a nagy mennyiségű nagy, protoplasmadús mononuclearis sejtek jelenléte magyarázta meg, a mely sejtek protoplasmája, éppúgy mint a polynuclearis leukocytáké is, sok tuberculosis-bacteriumot tartalmazott. Ugyanezt a leletet találta a szerző meningitis tuberculosa 6 esetében, felnőtt egyéneken. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1913, 22. szám.)

Galambos dr.

A központi idegrendszer syphilisének operatív kezeléséről értekezik *S. Schoenborn*. Tapasztalása szerint különösen *Horsley* által ajánlott sebészi kezelését körülírt agyi s gerinczvelői lueses elváltozásoknak annál inkább ajánlhatja, mivel ez sem nyújt rosszabb gyógyulási lehetőséget, mint egyéb eredetű hasonló központi idegrendszerbeli elváltozások sebészi kezelése, sőt a halálozás kisebb, a gyógyulásra való kilátás legalább is oly jó, mint a nem lueses eredetű, hasonló megbetegedésekben. Előfeltételül szükséges, hogy az operatív beavatkozást egy legalább 6 heti erélyes antilueses kúra eredménytelenül előzte meg legyen. Csupán életveszély, vagy gyors megvakulás veszélye jogosít fel egy korábbi műtetre. Az nem tekinthető egyelőre bebizonyítottnak, hogy a műteti beavatkozás útján elért eredmények egy sikeres antilueses kúra eredményeit felülmúlják-e. A *Horsley* által ajánlott sebészi kezelésről diffus lueses folyamatok esetén (subduralis sublimatirrigatio) kellő tapasztalás híján nem nyilatkozhat. Az agy és a gerinczvelő sebészi kezelésének gyógyulási lehetőségei körülbelül azonosak. A központi idegrendszer lueses elváltozása eseteiben az antilueses kúra sikertelensége esetén a műteti beavatkozástól elállni nem szabad, főképp élet- és megvakulási veszély esetén. (Zentralblatt für die Grenzgebiete der Medizin und Chirurgie, 16. kötet, 4 füzet.) *Galambos*.

Sebészet.

A veleszületett hydrocephalus műteti gyógyításáról ír *J. S. Haynes*. 2 esetében a cisterna magnát drainerte egy cranialis gyűjtőeres öbölbe vékony ezüstkanül segítségével. Egy beteg rapid liquorvesztés folytán röviddel a műtét után elpusztult, a másik 3 hétre javult, azután eredeti állapota visszatért és fokozatosan növe marasmus következett be. (Annals of surgery, 1903, április.) P.

A hypophysiskirtás következményeiről ír *Sweet* és *Allen*. 22 felnőtt, részben öreg kutyán tettek kísérleteket, s arra a következtetésre jutnak, hogy a hypophysis az élet fentartásához nem okvetlen szükséges, azonban a hypophysis kiirtása után a herékben kifejezett atrophia következik be s a pankreasban és thyreoidában is sajátos elváltozások állnak be, melyek fiziologiás jelentőségének méltatására azonban nem térnek ki. (Annals of surgery, 1913, április.) P.

Basedow-kór eseteiben végzett thymektomiákról értekezik *Haberer*. A szerző Basedow-kór 4 esetében végzett thymektomiát. Az 5. esetben stenosis tünete miatt végezte a műtétet, minden esetben igen jó eredménnyel. Minthogy négy esetében a thymektomia mellett a pajzsmirigy megkisebbitését is végezte, csak egy esetéről számol be részlete-

sebben, a melyben a thymektomia eredménye a legmeglepőbb. 30 éves betegéről van szó, a kin acut megbetegedés kapcsán Basedow-kór keletkezett súlyos szívtünetekkel. Két évvel megbetegedése után egyoldali strumektomiát végeztek rajta, a midőn az azon oldali exophthalmus javult, a másik oldali megmaradt. Szívkellemetlenségei nem javulván, egy másik sebész az egyik ellenoldali art. thyreoideát lekötötte. Valamennyi kellemetlensége rosszabbodott. Ekkor kereste fel a szerzőt igen rossz állapotban. Már szívdilatatio is volt jelen, úgy hogy a szívcsúcs az axillaris vonalban volt; ezenkívül pangásos máj, lép mellett a pulsus alig volt tapintható. Csak a beteg erőltetésére végezte a szerző a műtétet: helyi érzéstelenítésben thymektomiát. Csodálkozására csak kis, involutióban levő thymust talált, a melyben sok Hassal-testecske volt látható. A műtét eredménye meglepő volt; ugyan nem rögtön, de gyorsan állott be. A szívdilatatio eltűnt, a szívcsúcs a bimbóvonalon belül érezhető, a pangás mindenütt megszűnt. Az ideges tünetek, nyugtalanság, remegés mind eltűntek. Mindezen kitűnő eredményt a szerző a thymektomiának tulajdonítja. (Berliner klin. Wochenschrift, 1913, 17. szám.)
Ifj. Hahn Dezső dr.

Idegkórtan.

A lueses természetű kisagyi hemiplegia klinikai formáiról és kórjelzéséről ír P. Marie és Foix több klinikai észlelet és két kórbonczati vizsgálat alapján. A lues gyakran okoz kis lágyulási góczokat a nyúltvelőben, hídban, az agykocsányok tájékán, mindazgn helyeken, melyekből a kisagyszárak (pedunculi cerebelli) erednek. Már ezen kisagyszárak sérülése elegendő kisagyi tünetek előidézésére; localisatiója folytán gyakran együttjár a pyramis-pálya, vagy a bulbus, vagy a thalamus sérülésével. Az így létrejövő kórképek nem állanak igen feltűnő, durva elváltozásokból; csak a finomabb részletezés teszi lehetővé a diagnosist. Azokat a kisagyi tüneteket, melyeket újabban francia szerzők, nevezetesen Babinski irtak le, keresni kell; nevezetesen az ú. n. asynergiát, hypotoniát, egyensúlyi zavarokat. A betegség, mint a közönséges apoplexia, hirtelen keletkezik, de az insultus nem súlyos, nem okoz eszméletlenséget. A localisatiós diagnosist ki kell, hogy egészítse a lumbal punctio, mely specifikus meningitis elváltozásokat derít fel a cerebrospinalis folyadékban: lymphocytosist s ennek megfelelő albumintartalmat, mik jellemzőbbek, mint a pozitív Wassermann-féle reactio. (La Semaine Medicale, 1913, 1. sz. 13.) L.

Gyermekorvostan.

A gyermekkorban előforduló végbélhyperthermiáról ír Moro (Heidelberg). Rövid idő leforgása alatt több ízben volt alkalmá nagyrészt orvosok gyermekeit észlelni, a kiket septicaemia, gümőkór gyanújával mutattak be neki hosszantartó, kimutatható ok nélkül fennálló s így aggasztó végbélhőmérsékek miatt. A szerző ezeknek tanulmányozása közben párhuzamos hőméréseket végeztetett a hónaljban és végbélben és akkor ezen esetekben legtöbbször igen nagy, nem egyszer 2^o-nyi különbséget talált a két hőmérsék közt. Így egy 10 éves leánykán nagyobb testmozgás után a végbélben 38^o3', a hónaljban 36^o3' volt a hőmérsék. Feltűnt, hogy ilyen nagy különbségek a kétféle mérés között főleg testi megerőltetés után mutatkoznak. Nyugalomban ezen különbségek meglehetősen kiegyenlítődnek. Járáskor, ugráláskor, futáskor ugyanis az altest sokkal nagyobb izommunkát fejt ki, mint a test felső része és innen magyarázható a végbélbeli aránytalanul nagyobb hőmérsék, míg a karok mozgásakor a végbélhőmérsék változatlan marad, ellenben a hónalj hő 1/2 fokkal emelkedik. Labdázáskor a felső és alsó test körülbelül egyformán van igénybevéve, s ilyenkor lényeges különbség a kétféle hőmérsék emelkedésében nincs. Hogy egyáltalán miért legnagyobb a hőmérsék a végbélben, az ezen szerv fekvésével magyarázható, mely a lehüléstől teljesen megóva, a már elért hőmérséket legtovább tartja meg. Éppen így

viselkedik a vaginalis hőmérsék is. Érdekes, hogy a végbélhyperthermia főleg orthotikus albuminuriában szenvedő gyermekeken fordul elő, a mi ezen „astheniás“ alkatnak relatív izomgyengeségével volna magyarázható. Lehetséges azonban, hogy az orthotikus albuminuria eseteiben szereplő egyik faktornak, t. i. a vena cava inf. táján levő pangásnak is van szerepe a végbélhő nagyobb fokú emelkedésében. (Monatschrift f. Kinderheilkunde, 1913, 9. sz.)
Vas dr.

Bőrkórtan.

A psoriasisnak thorium x-szel való kezeléséről ír F. Gudzent és Winkler (Berlin). Ismeretes, hogy a sugaras kezelés (Röntgen, Kromayer-lámpa, Finsen-készülék stb.) a psoriasis ellenében gyakran bizonyult hatásosnak. Minthogy azonkívül a radiummal is értek el már eredményt, közelfekvő volt az a gondolat, hogy a thorium x-szel is kísérletezzenek. Az első ilyen fajta kísérletek Wagner-től és Wichmann-tól erednek. Tanácsos a thorium x-et csak kisebb adagokban alkalmazni, mert a nagy adag veszedelmes lehet s idősült bajok esetén amúgy sem ad jobb eredményt. A szerzők ezért csak olyan adagokat fecskendeztek az izomba, melyek 0.02—0.08 mgr. radiumaktivitásúak voltak. A psoriasisos betegek hetenkint egyszer kaptak ilyen injectiót. Az aktivitás meghatározását a γ -sugárreljárással végezték. A kezelés 2—5 injectióra terjedt, egy ízben 10 befecskendésre. A thorium x-szel való kísérletezés 12 psoriasis- és 1 idősült eczema-esetre vonatkozott. Igazi eredményt, mely a lefolyás gyorsításában állott, csak 3 esetben lehetett észlelni, bár az eredmény ezekben az esetekben sem volt különösen jó. A többi beteg psoriasis a alig változott a thorium x hatása alatt. Mindezek alapján azt kell mondanunk, hogy a thorium x-et nem lehet a psoriasis különösen alkalmas szerének tekinteni, hanem a vele való kezelést csak oly eljárásnak tartjuk, mely megkísérélhető akkor, a mikor valamennyi többi eljárás hatástalan volt. (Deutsche mediz. Wochenschrift. 1913. 20. sz.)
Guszman.

Húgyszervi betegségek.

A prostata-atonia Marcuse szerint nem is olyan ritka betegség; leggyakrabban a 30, illetőleg a 60 éves férfiakban volt alkalmá észlelnie. A diagnosis a palpációs leletre támaszkodik; a rectumban ugyanis a gesztenyenagyságú, kemény, ruganyos tapintatú s meglehetősen élénken határolt prostatadaganat helyett vagy egy petyhüdt türes, összesett zacskót, vagy pedig egy teljesen lapos, puha domborulatot tapintunk ki, melynek határai elmosódottan vesznek el a szomszédos szövetekben. Ezek az elváltozások rendszeren az egész szervre vonatkoznak, de éppúgy esetleg csupán az egyes lebenyeket, sőt csak ezek egyes részeit is illethetik. Fiúkban természetesen jóval nehezebb a diagnosis, minthogy a prostata ezekben rendes körülmények között is alig érezhető; néha azonban mégis itt is sikerülhet a diagnosis s pedig éppen a megfelelő szövetrészletnek feltűnően laza és petyhüdt consistentiája alapján.

Az atoniás prostata általában kevésbé érzékeny, mint a normalis, de fokozott érzékenységet nyomásra avagy massagera a szerző sohasem észlelt. A felnőtteken az atoniás prostatából kiszorított váladék néha semmiben sem különbözik a normalistól, bár legtöbbször mégis úgy a leukocyták, mint a prostataszemcsék nagyobb számban találhatók benne, mint az egészséges dülmirigyváladékban. A legnagyobb fontosságot azon észlelésnek kell tulajdonítani, hogy atoniás prostatában a Rohleder-féle kísérlet vagy egyáltalán nem, vagy csak nagyon hiányosan fog sikerülni. A nevezett kísérlet, minthogy a legtöbb prostataatoniás egyén rendszerint egyúttal spermatorrhoeában is szenved, igen könnyen fogatosítható s nagyon tanulságos. A spermatorrhoeás váladék a mikroszkop alatt többnyire csak igen kevés s alig mozgó ondószálacsokát mutat; a prostatából kinyomott váladék hozzákeverése után az ondószálacsokák mozgékonyasága — ha kimondottan atoniás prostatából szereztük a váladékot — alig, egészséges dülmirigy esetében azonban lényegesen fokozódik.

Köztudomású, hogy a gonorrhoeás folyamat nagyon gyakran átterjed a prostatára; de a prostataaonia jóval ritkább következménye a kankónak, mint a prostatának catarrhalis avagy parenchymás gyuladása. A prostata-atonianak leggyakoribb s legjellemzőbb tünetei a kóros sexualis kifolyások, úgymint a spermatorrhoea, a prostatorrhoea s a pollutiók. Ugyanis ugyanolyan arányban, mint a mennyi része van a prostatának a húgyhólyag elzárásában, ugyanolyan befolyást gyakorol a dűlmirigy a ductus ejaculatoriikat körülvevő sima izomrostok útján az ondóhólyag elzáródására is; nagyon természetes tehát, hogy a prostataizomzat atoniája esetében az ondóhólyag nem fog olyan pontosan záródni, mint egészséges emberben. Ezen hiányos csukódásból viszont a nemi működésnek legkülönbözőbb zavarai származnak.

A prostata-atonia terapiáját általában véve igen hálásnak mondja a szerző. Az esetek főcontingensét alkotó prostata-atoniaival komplikált fiatal neurastheniásokon ugyanis atoniás prostata rendszeres belső kezelésével legtöbbször teljes sikert fogunk elérni. A szerző legtöbb betegén nem volt szükség másra, mint prostatamassagera és psychoporra. (Zeitschrift für urolog. Chirurgie, 1913, 2. sz.) *Drucker.*

Orr-, torok- és gégebjajok.

Az orrgaratmandula tuberculosisáról felnőtteken ír *Brüggemann* (Giessen), *Eicken* klinikájáról. Egy év alatt 3 esetben észlelték az orrgaratmandula tuberculosisát idősebb és erőteljes egyénekben, a kiknek panaszai és habitusa éppen-séggel nem szőlottak tuberculosis mellett. Az orrgarat izolált tuberculosis felnőtt egyéneken már magában véve is nagyon ritka s még érdekesebbé teszi az eseteket, hogy 2 betegben a leggondosabb vizsgálat, sőt az egyik esetben még a sectio alkalmával sem találtak tuberculosis elváltozásokat más szervekben, míg a harmadik esetben csekély tüdőcsúcsinfiltratio és gégeaffectio találtatott. Mind a három esetben az orrgaratmandula tuberculosis volt a gümőkór első kimutatható manifestatiója. Két esetben klinikailag primaer garatmandula-tuberculosisról volt szó, míg a harmadik esetben a garatmandula másodlagos infectiója latens tüdő- és gégeaffectio kapcsán jött létre. Az orrgaratmandulatuberculosis tünetei kevésbé jellegzetesek s ezért a szerző fontosnak tartja, hogy minden esetben, a mikor orrgaratpanaszok vannak jelen, a betegeket tüzetes postrhinoskopiás vizsgálatnak vessük alá, esetleg velotractor segítségével, hogy az orrgaratmandula korai elváltozásai ne kerüljék el figyelmünket, a melyek természetét a próbaexcisióval nyert részlet szövettani vizsgálata alapján dönthetjük el, a mint a szerző eseteiben is történt, a melyekben valóságos gümösödés találtatott a tuberculosisra jellegzetes összes tünetekkel. (Tuberculosisbacillusokat azonban nem találtak.) A szerző eseteiben a fekélyes alak volt jelen s a therapia tejsavas ecsetelésekkel állott. (Zeitschrift für Ohrenheilkunde stb., 1913, 68. köt., 1. füzet.)

Safranek János dr.

Fülervostan.

Középfülgyenedés és amyloid degeneratio című közleményében *Grossmann* (Berlin) *Lucae* klinikáján észlelt esete és az idevágó irodalom adatai alapján a következő következtetésekre jut: 1. Csont- és nyálkahártyagyenedések nem gümőkóros egyénekben is relative gyakran idéznek elő amyloid degeneratiót és sokszor már néhány hét multán. 2. Közölt esetében a lép, a máj és a vesék igen erős amyloid elfajulása heveny középfülgyenedés és következményei (sinusthrombosis, tovahaladó peribulbaris abscessus, letalis kimenetelű pyaemia) kapcsán extrem módon jelentkezett és felvehető, hogy középfülgyenedés kapcsán amyloidosis jön létre. 3. A szív amyloidját tárgyaló újabb munkák (*Hecht*) ezen feltevést megerősítik. 4. Kívánatos tehát, hogy úgy klinikailag, mint kórboncolások alkalmával az amyloid degeneratio jelenlétének eshetőségére ügyeltessek. 5. Klinikailag a fősúlyt az amyloid elfajulás elkerülésére kell helyezni, tehát az operatio

ügynevezett prophylaxisos indicatiója nagyobb jelentőséget nyer. 6. A boncolások alkalmával teljes autopsia végzendő, nem csupán a fejé s a pathologusok gondosan vizsgálják meg a hallószervet, a vena jugul. bulbosait és a sinusokat és mikroskopos vizsgálatot is végezzenek amyloidra, különösen a szíven. Az amyloid homályos aetiologiájú esetei akkor ritkábbak lesznek. 7. Megvan a lehetősége annak, hogy az amyloid ismét resorbeáltatik. (*Passow-Schaefer*: Beiträge zur Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Ohres etc., 1913, VI. kötet, 3. füzet.) *Safranek János dr.*

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Nagyon feltűnő hegképződés néhány esetében rendkívül jó eredménnyel használta *Werdnigg* a fibrolysin-tapaszt. A hatás 2—4 hét múlva kezdett mutatkozni. Megjegyzendő, hogy évek óta fennállott hegekről volt szó. (Klinisch-therapeutische Wochenschrift, 1913, 20. szám.)

A sulfidal nevű újabb készítményt *Winkler* scabies ellen ajánlja. Naponként egyszer alkalmazandó, 3—4 napon egymásután. Előnye, hogy nem izgat, szagtalan, a kezelése egyszerű és a hatása biztos. A sulfidal tulajdonképpen colloidalis kén 25% fehérjetartalommal. (Dermatol. Wochenschrift, 1913, 333. l.)

Az elbonnal (cinna:oylparaoxyphenylhúgyanyag) tüdőgümőkór eseteiben tett tapasztalatairól számol be *Johannes-sonn*. Az elbon megszorítja a leukocytákat; a hőmérséklet lassan csökkenti, nemkülönben a köpet mennyiségét és gümöbacillus-tartalmát is. Kezdődő esetekben elegendő hosszú kezeléssel mellett gyógyulás érhető el; a cavernás szakban levő esetekben is lényeges javulás áll be, ha nem nagyon magas a láz, jelölül annak, hogy a szétesésre hajlandóság nem nagy. Végül még felemlíti a szerző, hogy a tüdőgyuladásra is igen kedvező hatású az elbon. (Berliner klin. Wochenschrift, 1913, 20. szám.)

Kanyaró gyógyítására *Galli* az elektrargolt használja, mint a mely egyrészt bakteriumölő hatást fejt ki, másrészt katalysises hatású a bakteriumok termelte mérgekre és végül a szervezetnek védőanyagtermelését is fokozza. A bőr alá vagy intramuscularisan fecskendezi be 5 cm³-es adagban. Kicsiny gyermekeknek naponként 1—2 befecskendezést ad, de súlyos esetekben bátran szaporítható az injectiók száma akár 12-ig is 24 órában, mert a szer teljesen ártalmatlan. (Gazzetta degli ospedali, 1913, 14. sz.)

Gonorrhoea, főleg női gonorrhoea eseteiben *Janet* és *Lévy-Bing* nagyon jó eredménnyel használja a neosalvarsant 2%-os vizes oldattal öblítés vagy 10%-os kenőcs alakjában. A gonococcus-sepsis is kitűnően befolyásolható intravenás neosalvarsan-befecskendezésekkel. (Gaz. des hopitaux, 1913, 21. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Magyar orvosi archivum, 1913, 3. füzet. *Róna Péter* és *György Pál*: A natrium és carbonat-ion viselkedése a vérsérumban. *Némái József*: Anatómiai tanulmányok az emlősök gégejéről. *Schaffer Károly*: Az agyvelő mozgató működéséről. *Reich Ödön*: A módosított Porges-féle reactio értékéről. *Királyfi Géza*: Benzoltherapiás kísérletek carcinoma eseteiben. *Angyán János*: A vagusok hatása az atrioventricularis szívverésre.

Klinikai füzetek, 1913, 6. füzet. *Török Ödön*: Koponyakörfogat és szellemi fejlettség. *Budai (Bauer) Kálmán*: A gyermeklisztetkről.

Gyógyászat, 1913, 26. szám. *Hollaender Hugó*: Egy vérparasita, mely a scrophulás betegségek okozója. *Krausz Sámuel*: A ductus hepaticus átszakadása epekökólka alatt.

Orvosok lapja, 1913, 27. szám. *Obál Ferencz*: A gyomorrák sebészeti gyógykezelésénél elért eredmények 333 eset kapcsán.

Budapesti orvosi ujság, 1913, 27. szám. *Mahler Gyula*: A vérerek és a szív lueses megbetegedéséről. „Közegészségügyi és törvényeszkéi orvostudományi szemle” melléklet, 3. szám. *Szabó Sándor*: A nagyvárosi iskola építésének és berendezésének iskolaegészségügyi követelményei. *Székelly Dezső*: A budapesti lakáskérdésről.

Vegyes hírek.

Kitüntetés. A király Téry Ödön dr. közegészségügyi felügyelőnek a III. osztályú vaskorona-rendet adományozta.

Kinevezés. Vámosi Mór dr.-t Győrmegeye tiszti főorvosává, Miklós Endre dr.-t pusztai járásorvossá, Kisszel Dávid dr.-t a dési Rudolf-kórházhoz alorvossá nevezték ki.

Választás. Ormos Béla dr.-t Óhegyen, Lenk Rezső dr.-t Köveskúton, Darvas Géza dr.-t Farnadon körorvossá, Policzer Manó dr.-t Döbröközön községi orvossá választották.

Meghalt. Berger Hugó dr., Krassó-Szörény megye tiszteletbeli főorvosa. — Sir Jonathan Hutchinson, a sebészet nyugalmazott tanára a londoni Medical College-en, június 23-án, 85 éves korában. Az elhunyt nevét különösen a 60-as években kifejtett irodalmi működésével tette ismertté, mely a syphilidologia („Hutchinson-féle fogak”) és szemészet terén mozgott. Ő mutatta ki először, hogy az idősült parenchymás keratitis öröklött syphilis következménye. — S. Thirias, a sebészet tanára a brüsseli egyetemen, június 25.-én, 67 éves korában. — M. Kasowitz, a gyermekorvostan rendkívüli tanára a bécsi egyetemen, 71 éves korában. Az elhunyt nagyszabású irodalmi munkáját fejtett ki a gyermekorvostan terén, s az utóbbi időben az általános biológia s az anti-alkoholismus terén is.

„Szabadka város egészségügyi viszonyai az 1912. évben” címmel Günther József dr. tiszti főorvos tekintélyes füzet alakjában bocsátotta közre a közigazgatási bizottsághoz felterjesztett jelentését, a melyben a töle megszokott gondossággal ismerteti az elmúlt év adatait, felsorolva egyúttal az orvosi igénytől hiányokat is. Közegészségügyi közegünknek követendő például szolgálhatna e nem csupán statisztikai adatokra szorítkozó jelentés!

A „Beiträge zur klinischen Chirurgie” című elsőrangú szakfolyóirat, a melyet Garré, Küttner és Bruns tanárok szerkesztenek, egyik legutóbbi füzeté, a mely 300 lapra terjedő tartalmával már kötetszámba megy, Réczey Imre tanár fényes arczképével díszítve kizárólag azon dolgozatokat tartalmazza, a melyeket e jeles sebészünk 20 éves tanári működése alkalmából volt és jelenlegi tanítványai irtak s a melyek magyarul a mult év vége felé egyik ünnepi számunkban jelentek meg.

A XVII. nemzetközi orvosi congressusra eddig 250 magyar tag iratkozott be. A magyar nemzeti bizottság irodája (Budapest, VIII., Mária-utca 39) július hó 15.-éig még készségesen megadja írásbeli megkeresésekre a szükséges felvilágosítást. Augusztus hó 5—12.-éig az iroda Londonban a Royal Palace-hotelben, Kensington lesz, a hol reggel 8—9 óra között a bizottság titkárai hivatalos órát fognak tartani.

„Az egészségügyre vonatkozó törvények és rendeletek gyűjteménye” című munkának IV. kötete hagyta el nemrégiben a sajtót. A vaskos, közel 800 lapra terjedő kötet az 1905-től 1912-ig kiadott törvényeket és rendeleteket tartalmazza ugyanazon rendszer szerint csoportosítva, a melyet az előző három kötetben használt volt Chyzer Kornél dr., a ki e gyűjteményes munkát, a mely közegészségügyi közgazgatásunknak kétségtelenül leghitelesebb és legteljesebb összefoglalása, a m. kir. belügyminister megbízásából megindította. Az új kötetet Kampis János dr., a belügyministerium közegészségügyi közgazgatási osztályának vezetője állította össze. Ára fűzve 14 korona.

Lóránd Gyula dr. fürdőorvosi működését Szilácsfürdőn újból megkezdette.

Személyi hírek külföldről. A lipcei közegészségügyi tanszékre W. Kruse bonni tanárt hívták meg. — E. Centanni dr. sienai tanárt a modenai egyetemre helyezték át mint az általános kórtan tanárát. — Tanári címet kaptak a következő docensek: O. Dönitz (Berlin, sebészet), E. Joseph (Berlin, sebészet), F. Cohn (Greifswald, nőorvostan), G. Schöne (Greifswald, sebészet), E. Siefert (Halle, törvényszerű orvos-tan). — A groningeri egyetem szemészeti tanszékére S. van der Hoeve dr.-t nevezték ki Utrechtből. — Pawlow tanár, a hírneves szt.-pétervári physiologus, tanári állásáról leköszönt.

Hírek külföldről. Andrew Carnegie egy millió dollárt adományozott a tennesseei Vanderbilt-egyetem orvosi karának czéljaira. — Kocher tanár, a nagy hírű berlini sebész kilépett a svájci sebésztársaságból, mert a társaság az ő javaslata ellenére csak az egyik svájci orvosi lapban közli a tárgyalásait s nem mindkettőben.

Kisebbségi közlések az orvostudomány köréből. Az összehasonlító hőmérséklemeghatározásokról írt érdekes cikket Stäubli a Münchener medizinische Wochenschrift ez évi 19. és 20. számában. A cikkből mint gyakorlatilag nagyon fontosat kiemeljük, hogy a végbélhőmérséklet egészséges egyénekben már mérsékelt mozgás után is 38—38.10-ig emelkedhetik; e mellett azonban a hőmérséklet a szájban vagy a hónaljban rendes. — Polycythaemia egy esetében Müller (Nürnberg) megkísérelte a röntgenezést, de nem ért el vele számbevehető eredményt. (Berliner klin Wochenschrift, 1913, 23. szám, 1087. lap.) — A „prophylacticum Mallebrein”-t vizsgálták a hallei egyetem közegészségügyi intézetében. A nevezett szer nem más, mint chlorsavas aluminium 25%-os oldata. Olyan betegségekben, a melyekben az élő bacteriumok játszzák a főszerepet (pld. lépfene, typhus), hatástalannak bizonyult; gümőkór ellen sem mutatkozott hatásosnak; diphtheria eseteiben azonban, a hol a toxin-hatás a lényeges, kedvezők voltak az eredmények. (Berliner klin. Wochenschrift, 1912, 23. szám.) — Az asthma bronchiale és a tuberculosis között Frankfurter szerint okozati összefüggés áll fenn. Ennek megfelelően az elég hosszú ideig folytatott rendszeres tuberculinkúra az asthmarohamok megszűnésére vezethet. (Wiener klin. Wochenschrift, 1913, 24. szám.)

Nyilatkozat. Néhány bel- és külföldi műszergyár egyes urológiai eszközök forgalomba hozatalakor azokat engedelmem nélkül, jogtalanul nevémmel jelzi. Minthogy ezt a visszaélést eddig teljesen megszüntetnem nem sikerült, ez úton nyilvánítom azt a kérésemet, hogy ily eszközök kínálásakor az akaratom ellenére történt ezen névjelzést figyelembe venni ne méltóztassanak. Feleky Hugó dr.

Lapunk mai számához Dr. Th. Behrendt „Kurhaus Kainzenbad” című prospectusa van mellékelve.

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

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

WEISZ EDE INTÉZETE
PÖSTYÉN

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

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

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

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

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

Dr. Mátrai Gábor és Dr. Sas Bernát Orvosi labororiuma
VI., Andrásy-út 38. Telefon 26—96.

Dr. Grünwald sanatoriuma Budapest, Városligeti-fasor 13—15.
Férvételnek férfi- és nőbetegek négygyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal, valamint szülőknek. A betegek kezelőorvosukat maguk választhatják. — Vegyi és Röntgen-laboratorium.

Ótátrafüred magaslati gyógyhely (1020 m.).
Vízgyógyintézet az összes physikai gyógy módokkal ideg- s belbetegeknek. Vezetőorvos: Dr. Gelbe 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. belügyministerium 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. Turán Bódog május hó 1.-étől október hó 1.-éig
Franzensbad („Prinz Wales“).

MATTONI-FÉLE LAPKIVONATOK

fürdőkhoz.

:: LAPSÓ ::
száraz kivonat
ládákban á 1 kiló

LAPLUG
folyékony kivonat
üvegekben á 2 kiló

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Közkórházi Orvostársulat (IV. bemutató szakülés 1913 február 19.-én) 514. l. — Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya (II. ülés 1913 február 13.-án) 515. l. — A német nőorvosok XV. nagygyűlése (Halle a. S., 1913 május 14–17.) 516. l.

Közkórházi Orvostársulat.

(IV. bemutató szakülés 1913 február 19.-én.)

Elnök: Fauser Árpád.

Jegyző: Szinnyi József.

Ritka nagyságú appendicularis tályog.

Wilhelm Imre: Pólya főorvos osztályáról mutatja be a következő esetet: A 47 éves férfi 3 hét óta beteg. Baja gyomortáji fájdalokkal kezdődött, a melyek több ízben rövidebb-hosszabb tartammal megismétlődtek. Bejövetele előtt 3 nappal rendkívül heves görcsei voltak, melyek az epigastriális tájról kiindulva, főleg hasának jobb felébe sugároztak ki. Orvosa nyugalommal, jégtömlővel kezelte s miután állapota rosszabbodott, kórházba küldte s itt *Dieballa* főorvos osztályára került. Statusa ekkor a következő:

Kissé elesett beteg subicterusos sclerákkal. A has puffadt, különösen a jobb fele. A tüdők felett érdes légzés szörtyörejekkel. A szív rendes. A léptompulat nem mutat eltérést. A májtompulat feltölt. A has mindenütt fájdalmas. Az epigastriális tájon, főleg a has jobb felében dífense. Ugyanítt tompult dobos a kopogtatás hangja, s a hasfal ütögetésére kifejezett loccsanás hallható. Végbélvizsgálatkor a Douglas-t üresnek találják. A vizeletben, a bélsárban, a köpetben nem mutatható ki kóros alkotórész. A hőmérsék 38.5°. A pulsus elég telt, középhullámú, száma percenkint 100. A sensorium kissé zavart. Osztályunkra áthelyeztetve, a műtétet Pólya főorvos azonnal végrehajtotta. Jobboldalt *Kehr*-féle bajonett-metszéssel hatolnak be. A peritoneum megnyitása után rögtön nagy mennyiségben igen bűzös, gázhollyagokkal telt geny tör elő a hasüregből, s ekkor olyan nagy tályogüregegre bukkanak, mely appendicitisnél igen ritkán látható. Az egész csípőárok a kis medenczébe terjedőleg, továbbá a colon ascendens mögött fel egészen a rekeszig genynyel volt kitöltve, úgy hogy a has egész jobb fele nagy tályogüregt alkotott. A geny kitörlése után megtaláljuk a baj kútforrását, az erősen megvastagodott, átfúródott gangraenás appendixet, a mely a tályogürbe szabadon belóg. Ezt typososan reszekáljuk, majd csikokat vezetve be, a műtétet befejezzük. A beteget stimuláljuk s a bőr alá, valamint rectalisan konyhasós infúsiókat adunk. Naponként váltogatjuk a kötést. Szövődményként nagy kiterjedésű decubitus képződött és subphrenicus retentio, melynek megnyitása után a gyógyulás teljesen zavarlanul folyt le.

Madelung-féle kézdeformitás esete.

Vigyázó Gyula. (Eredeti közléseink során egész terjedelmében hoztuk.)

Nagy vesemedence-ureterkő okozta pyonephrosis miatt végzett nephrektómia esete.

Szili Jenő: A beteg egy év óta veszi észre, hogy hasa jobb oldalában daganata nő. Fájdalmi csekélyek voltak s csak az utóbbi időben növekedtek. Vizelete zavaros.

Vizsgálatkor a jobb bordaív alatt gyermekfőnyi, gömbölyű, alig érzékeny daganat. Cystoskopi vizsgálat: a jobb ureterből sűrű pépes geny, a bal vese rendes vizeletet választ el. Nephrektómia után sima gyógyulás. A kivett és felmetszett vese nagy tályogüregekből áll, a vesemedenczében az ureterbe belenyúló pipaalakú nagy kő van.

Révész Vidor: Egyáltalán nem csodálkozik azon, hogy a betegnek nem voltak nephrolithiasis rohamai. A szólo mint röntgenológus számtalanszor észlelt hasonló esetet. Sok olyan eset került hozzá vizsgálatra, melyben nagy vese volt tapintható, de a betegnek sohasem volt vesekőkólikája és csak a nagyobb fokú genyedés hívta fel az orvos figyelmét arra, hogy a vesében lehet a bántalom. A Röntgen-vizsgálat mutatta meg azután, hogy kő van a vesemedenczében, mely az uretért elzárván, elpusztította a vesét és így jött létre a pyonephrosis.

A felső légutak tuberculosisa.

Lénárt Zoltán: A tuberculosisa a felső légutakban klinikailag és lefolyás tekintetében két különböző formában: mint közönséges értelemben vett tuberculosisa és mint lupus jelenik meg. Az előadó csak a közönséges értelemben vett tuberculosissal foglalkozik.

A tuberculosisa a felső légutak minden részében elsődleges is lehet, de rendszeren másodlagosan, a tüdőtuberculosishoz csatlakozva látjuk megjelenni. A fertőző bacteriumok a köpet, a levegő vagy a táplálék közvetítésével, leggyakrabban a nyálkahártya-epithel hiányain keresztül, vagy a mirigyek kivezető csövein át, vagy a vér- és nyirokárám révén kerülnek a felső légutakba.

A fertőzés veszélyét fokozzák mindazon kóros folyamatok, a melyek a felső légutak normalis védekező képességét csökkentik. Ezek sorából kiemeli az orr- és orrgaratüregnek élettani rendeltetését, a mely a belégzett levegőt felmelegíteni, nedvessé tenni, a levegőben levő port visszatartani van hivatva. Ha az orrüreg nem felel meg rendeltetésének, akkor a szájon át való lélegzéskor a levegő minden ártalmával együtt közvetlenül kerül a mélyebb légutakba, a minek a nyálkahártya időszült hurutja és az epithelréteg természetes ellenállóképességének a csökkenése a következménye. Ez különösen tüdőbetegeknek igen káros, a kik már betegségük miatt nagyobb hajlammal bírnak a felső légutak hurutjaira s a tüdőbaj folytán nagyobb mértékben vannak kitéve a fertőzés veszélyének. Ezen esetekben törekedni kell a normalis orrlégzést, az orr- és orrgaratüreg káros elváltozásainak elávolításával, helyreállítani.

A fertőzést az atrophias hurutok is előmozdítják, a melyek tehát megfelelő gyógykezelést igényelnek.

A felső légutakban a tuberculosisa mint *infiltratio*, *fekély*, *tumor* és *perichondritis* jelentkezik, a mely formák önállóan vagy egymással szövődve észlelhetők.

Az orr tuberculosisa aránylag ritka, az összes orrbetegségeknek körülbelül 0.28%-a. Itt általában két typosát különböztethetjük meg: az egyik, a melyben a bántalom hosszú ideig helyi jelentőségű marad, s a másik, a mely súlyos tüdő- vagy gégetuberculosishoz csatlakozik szövődmény gyanánt. Az első forma kedvencz helye az orrsövény, a hol infiltratio és tuberculosus tumor alakjában jelentkezik. A másikban a fekélyek uralkodnak a kórképen, a melyek az orrból sokszor reáterjednek az arcra, a nyelvre és a garatra.

Az első forma sokszor meggyógyítható, a másik úgy szólván reménytelené teszi a beteg állapotát.

A *cavum pharyngonasale*-ban és a *pars oralis pharyngisben* a tuberculosisa legtöbbször szövődmény gyanánt jelentkezik a tüdőtuberculosisa utolsó szakában és leginkább kiterjedt fekélyeket okoz. A *cavum pharyngonasale* tuberculosus elváltozásai gyakrabban miliaris tuberculosisa esetében fejlődnek ki.

A gégetuberculosisa a tüdő megbetegedéséhez viszonyítva az eseteknek körülbelül 30%-ában fordul elő. A leggyakoribb kezdeti elváltozások: az egyoldali hangszalag-infiltratio, a hangszalagok kifeléyesedése és a gége hátulsó falának beszűrődése. A tuberculosus tumorok leginkább fiatal egyéneken fordulnak elő és sokáig fennállhatnak a nélkül, hogy másutt tuberculosus elváltozások volnának kimutathatók; sokszor a papillomától, a fibromától és a carcinomától csak szövettanilag különböztethetők meg.

A gégetuberculosisa előrehaladt szakában az infiltratio, a fekély, a tumor, a miliaris göbcsék és a perichondritis a legkülönbözőbb módon lehetnek egymással kombinálva.

A gégetuberculosisban is nagyjában két alakot lehet felismerni, a melyeket *Chiari* mint *hypertrophiás* és *fekélyes* alakot különböztet meg. Az előbbiben az infiltrációk uralkodnak a kórképen, a hajlam a fekélyes széjjelesésre kisebb, a folyamat lassan halad előre, évekig, sőt évtizedekig is változatlanul fennállhat, egészben jobb természetű. A fekélyes formában ellenben igen rövid idő alatt nagy és mély fekélyek jönnek létre, a bántalom csakhamar áterjed a perichondriumra s a beteg fulladás vagy kimerülés következtében aránylag rövid idő alatt tönkremegy.

A gégetuberculosis diagnosisa a kezdeti szakban igen nehéz lehet, különösen a syphilitól és carcinomától való megkülönböztetése okozhat nehézségeket. Ilyenkor a Wassermann-reactio, a probatorius jodkáli-adagolás, a mikroskopi vizsgálat és a diagnostikai tuberculin-befecskendezés adhat felvilágosítást.

A gégetuberculosis *therapiája* mindig három körülménytől függ: 1. a beteg erőbeli állapotától, 2. a tüdő állapotától és 3. a gégefolyamat alakjától és kiterjedésétől. A kezdődő szakban a gége teljes kimélése megfelelő általános kezelés mellett gyógyulást is eredményezhet. Jó hatással vannak a menthol- és coryfin-inhalatiók és befecskendezések.

Nem nagyon előrehaladt esetekben jó eredményeket nyújt a specifikus kezelés különböző tuberculinnokkal és serumokkal. A felületes fekélyek sokszor meglepő gyorsan gyógyulnak, de a kiterjedtebb fekélyek is nagyobb gyógyhajlamot mutatnak.

Előrehaladt tüdőfolyamat, rossz erőbeli állapot és kiterjedt gégetuberculosis mellett a kezelés palliatív. A nyelési fájdalmak ellen cocaint, anaesthesint, orthoformot használunk. Kitűnő hatással vannak az alkohol-injectiók a n. laryngeus superiorba, valamint a 2%-os novocain-injectiók; néha eredménynyel alkalmazható a gummipólya.

A sebészeti kezelés javalt, ha a tüdőbántalom nem nagyon előrehaladt, az erőbeli állapot jó és a gége-elváltozások körülírtak.

Diffus beszűrődések, nagyon kiterjedt fekélyek nem alkalmasak műtétre, valamint akkor sem szabad operálni, ha a gégeben perichondritis van.

A kóros részeket helyzetük és kiterjedésük szerint kivágjuk, vagy kikanalazzuk. Ha a beszűrődések gyökeres eltávolítása kivihetetlen, a *galvanokaustikás izzótűvel* operálunk, a mely a nagyfokú beszűrődéseknek egyetlen hatásos kezelésmódja.

A fekélyeket tejsavval vagy galvanokauterrel égetjük.

Igen értékes operatio a *tracheotomia*, a melyet nemcsak életmentés céljából, hanem gyógyítás céljából is végzünk. A légszömetszés a gége nyugalomba helyezését eredményezi és ha a tüdőbántalom nem nagyon előrehaladt, gyógyulást érhetünk el vele minden localis kezelés nélkül. Az előadó a tracheotomiától kitűnő eredményeket tapasztalt s olyan esetekben is ajánlja, a melyekben a beteget körülményei arra kényszerítik, hogy oly helyen tartózkodjék, a hol nincsen orvos, a ki a gégetuberculosis ellen helyi kezelést végezhetne.

Kevésbé kedvezők az eredmények, a melyeket laryngofissióval értek el. A *gége teljes exstirpációja* gégetuberculosis esetén nem bír jogosultsággal. Inkább jöhet szóba a *részleges gége-kiirtás*, de csak azon nagyon ritka esetekben, a melyekben a diffus elváltozások szigorúan csakis az egyik oldalra vannak korlátozva.

A *Röntgen-kezelés* értéke még kérdéses, noha *Brünings* és *Albrecht* házinyulak gégetuberculosisában klinikailag és kórszövettanilag pozitív gyógyulást állapított meg a Röntgen-sugarak behatására.

Figyelemreméltók a *diathermiával* elért eredmények (*Nagelschmidt*).

A *légszömetszés* leginkább fekélyek alakjában nyilvánul meg, a melyek néha igen kiterjedtek. A tuberculosis a légszömetszés csaknem mindig az utolsó szakban lévő gége- és tüdőtuberculosisnál fejlődik ki és ezért klinikai tüneteket alig okoz. Legtöbbször csak a bonczoláskor derülnek ki az elváltozások.

Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(II. ülés 1913 február 13.-án.)

Elnök: *Alapy Henrik*.

Jegyző: *Ádám Lajos*.

Tüdősérv operált és gyógyult esete.

Fischer Aladár: Tüdősérv alatt értjük egy tüdőrésztlet előnyomulását a mellkas lágyrészei alá a thorax falának valamely defectusán keresztül. Nem tévesztendő össze a tüdősérv a tüdőprolapsussal, ez utóbbinál a thoraxfal valamely áthatoló nyílt sebében találjuk az előlépett tüdőrésztletet, míg a tüdősérvnél ezt a mellkas lágyrészeinek több vagy kevesebb rétege fedi. A tüdősérv igen ritka megbetegedés; *Payr* szerint mindössze 65 eset ismeretes. A tüdősérv egy része congenitalis és a bordák vagy szegycsont világrahozott defectusain át a csecsemőkorban képződik. A másik csoportja a tüdősérvnek traumás eredetű. Itt azután többféle lehetősége van a tüdősérv keletkezésének. Így valamely súlyos subcutan sérüléskor a borda közötti izmok szétszakadása után, vagy súlyos szilánkos bordatörések után keletkezhetik, ha a szétzilánkolt bordadarab felszívódik (*Perthes*). A thoraxfal penetráló sérülése esetén is keletkezhetik secundaer hegtágulás folytán. A tüdősérv néha rövidesen a trauma után jelentkezik, néha csak évek múlva. Köhögés, erőltetett exspirium előmozdítja a keletkezését. Észlelték még tüdősérvet a mellkasfal genyedeése után, a mikor is az elpusztult izmrésztletnek megfelelőleg keletkezett, végül pedig emphysemás betegeken minden különösebb külső ok nélkül, csak a fokozott endothoracalis nyomás következtében fejlődött eseteket észlelték, midőn az előboltosulás a fossa supraclavicularisban, a scalenus és sternocleidomastoideus izmok között jelentkezett.

A mi a tüdősérv tüneteit illeti, a subjectiv jelek közül a fájdalmak, szúrások a légvételtörés és a hirtelen köhögéshozamok említendők. Vizsgálatkor a mellkasfal megfelelő helyén elmosódott határú elődomborodást találunk, mely kilégzéskor, főleg pedig köhögés alkalmával nagyobb lesz, belégzéskor pedig megkisebbedik vagy eltűnik. Tapintata puha és sajátságosan ropogó, mit a tüdősövet összenyomódása okoz. Nyomással a daganat sokszor visszahelyezhető a mellkasba, a mikor is a thoraxdefectus szélei, melyen át a tüdősérv kilép, néha jól érezhetők. Ezen jellemző tulajdonságait a tüdősérv az előesett tüdőrésztlet atelectasiája vagy induratiója folytán természetesen elveszítheti.

A mi a therapiát illeti, a tankönyvek pelottákat ajánlanak, melyek állítólag sérvkötőszerűleg zárják el a thoraxfaldefectust és megakadályozzák a sérv kilépését. Hogy ez milyen célszerűtlen dolog, felesleges fejtegetni. Az operatív eljárások közül kiemelendő *Vulpius*-é, ki a szomszéd bordákról vett periost-csontlemezek segítségével igyekezett a defectust zárni. *Payr* a sternumról vett nyeles csont-periostlebenyeket vagy szabadon áttűtetett csontperiostlemezeket ajánl.

Ezek előrebocsátása után saját esetét ismerteti.

A 3 éves fiúgyermeket 1913 január 3.-án vették fel a Bródy-kórház sebészeti osztályára. Az anamnesis homályos. Állítólag felvétele előtt 3 héttel megbetegedett és magas lázai voltak; ez a lázas állapot 8—10 napig tartott. Egy héttel felvétele előtt tyúktójsznyi daganata támadt, melyet kezelőorvosa megpungált, de a punctióra csak tiszta vér ürült.

Erőteljes, jól fejlett fiúgyermek. A mellkas jobb felén, a pectoralis majort maga elé emelve, tyúktójsznyi, egészben véve laposdad, elmosódott határú daganat konstatalható, mely a II.—IV. borda között fekszik; exspirium, sírás alkalmával nagyobbodik, inspirium alkalmával megkisebbedik; tapintata puha, a nyomó ujj alatt ropog, nyomásra megkisebbedik. A megejtett punctio tiszta vért ad; a Röntgen-lelet negatív.

A leírt tünetek alapján, daczára a homályos anamnesisnek, a tüdősérv diagnosisa biztosan meg volt állapítható.

A műtét 1913 január 25.-én következőképpen ment végbe:

Metszés a III. bordaköz lefutásának megfelelőleg jobb oldalt a szegycsont szélén kezdve, kb. 7 cm. hosszúságban kifelé. Átmetszi a bőrt, a bőralatti kötőszövetet, a fascia pec-

toralist és a pectoralis majort a rostok lefutásának megfelelően. A pectoralis major átmetszése után a III. bordaközben kb. a bimbóvonalban, a borda közti izomzatban defectust talál, mely mintegy 2 cm. széles és magassága az egész bordaköz szélességét elfoglalja; egészben rhombus alakú, a rhombus dőlése a külső bordaközötti izmok rostirányának felel meg. A defectus elülső széle $2\frac{1}{2}$ cm.-nyire van a szegycsont medialis szélétől, egyenetlennek, szakadozottnak látszik és a szélek körül régi véralvadékok nyomai látszanak. A defectusban szürkés-vöröses tüdőszövet van, a mely, minthogy nyomás-differentia nélkül operál, a pectoralis major átmetszése után gyorsan visszahúzódik. A tüdő teljes visszahúzódását úgy akadályozza meg, hogy a tüdőszövetet Museux-vel megfogja. A defectus elzárására a *Vulpus* ajánlotta módszer vékony gyermekbordák mellett csak nehezen volna keresztülvihető, tehát úgy jár el, hogy a pectoralis major alsó részéből egy az izom egész vastagságára kiterjedő, 2 cm. széles, 4 cm. hosszú lebenyt hasít le, ezt a defectusba befekteti és varratokkal a defectus széleihez erősíti. Mindezt — minthogy nyomás-differentia nélkül operált — természetesen igen gyorsan kellett végeznie. Az izomlebeny befektetésével a thoraxdefectus már légmentesen zárva volt; hogy a zárás szilárdságát fokozza, 4 cm. hosszú és $2\frac{1}{2}$ cm. széles darabot ültet át a fascia latából, melylyel a bevarrt izomlebenyt és az azt rögzítő varratokat befedi. E felé húzza még a pectoralis major szélét. Ezután a bőrt egyesíti.

A lefolyást csak egy felületen haematoma zavarta némileg; ezt a bőrseb két csücskénél kibocsátotta.

Jelenleg gyógyulva mutatja be a fiúcskát, a régebbi defectus helye teljesen szilárd, ellenálló.

Még néhány szót fűz esetéhez annak keletkezéséről. Az anamnesis ugyan teljesen homályos, azonban a thoraxdefectus széleinek, nevezetesen medialis szélének szakadozott volta és a régi vérömlenymaradékok a defectus szélei körül a mellett szólnak, hogy a tüdőszerv traumás eredetű volt, bár a trauma elkerülte a hozzátartozók figyelmét.

A kézhát és tenyér teljes décollementja, bőrplasztika, gyógyulás jó funcióval.

Fischer Aladár: A 14 éves fiút 1912 márczius 30.-án vették fel. Fölvétele előtt egy héttel jobb keze laskasodrógép hengerei közé került. Sérülését egy más kórház sebész osztályán látták el, a hol 1 hétig ambuláns kezelték. Fölvételekor a következőket találják:

A jobb kéznek úgy tenyér-, mint hátfelületén a bőr elhalt, úgy hogy sphacelusos tömeget alkot. Az elhalás a radiocarpalis ízület vonalától az interphalangealis redő-kig terjed; az ujjak bőre nincs elhalva. Az egész kéz és alkar duzzadt, valamint a felkar is egészen a felső harmadáig. Az alkaron a tenyéroltagon körülbelül 10 cm. hosszú varratokkal egyesített seb van, a mely a kézizület felett kezdődik és a flexor carpi radialis ina mentén húzódik felfelé. Az alkar dorsalis felületén 2 sebészileg készített drainnyílás van, melyekből híg genyes váladék ürül. A beteg elesett, nagy mértékben lázas.

Elsősorban eltávolították a sphacelusos bőrréteget és azt látták, hogy az elhalás a bőrre és a bőr alatti kötőszövetre, illetve a tenyéroltagon az aponeurosis palmarisra terjed ki, az inak és inahüvelyek ellenben megtartottak. Az alkaron levő phlegmonosus varrt sebet ugyancsak feltárják és a végtagot párákötésben az ujjak nyújtott tartása mellett sínre helyezik. Így elérik lassankint, hogy az alkaron levő sebek per secundam begyógyulnak és hogy a kézen levő bőrdefectus helyén tiszta sarjfelületeket kapnak. A kézen levő defectus magára hagyva, természetesen a kéz- és ujjizületek oly fokú heges contracturájával gyógyult volna, hogy a kéz teljesen hasznavehetetlenné vált volna. Ezen nagy defectusok pótlására és a heges zsugorodások megakadályozására a *Thiersch*-féle transplantatio nem elégséges, és még kevésbé felel meg annak a célnak, hogy ellenálló bőrfelületet adjon, mely alatt az inak szabadon mozoghatnak. Ez okból nagy bőrlebenyek átültetésére határozta el magát.

A kézen levő defectus fedését két ülésben végezte. Az első

műtét alkalmával, 1912 május 22.-én, a kézháton a granulatiókat éles kanállal eltávolították és a sebszéleket késsel egyenesre metszik. Azután a jobb regio hypogastricában egy körülbelül 10 cm. hosszú és 6 cm. széles lebenyt készítenek. A lebeny alapja a Poupert-szálag felezőpontja és a spina anterior superior között foglal helyet, szabad széle pedig a köldök felé néz. Ezen lebenyt varratokkal a kézhátra fixálják, úgy hogy az egész kézhát defectusát befödik. A hason levő bőrseb megkisebbitése után a kart pólyázással és gipsz-sínnel a hashoz fixálják. Június 2.-án a kötést felbontják, a lebeny a kézhátra van tapadva. A lebeny alapját körülmetszve, a kezét a hasfalról felszabadítják.

A második műtétet június 23.-án végezte. A tenyéren a hegedés már nagyon előrehaladt; a hegeket a tenyérrel kiirtják és a defectust a czomb felső harmadának külső oldaláról lepraeparált nyeles lebennyel fedik be. A lebenyt a defectus széleihez varrják és a kezét pólyákkal és gipsz-sínnel a czombhoz fixálják. Július 2.-án szabadítják fel a kezét a czombról és július 24.-én hagyja el a beteg teljesen begyógyult sebbel és megtapadt lebenyekkel az osztályt.

Azóta a kéz funkcióképessége folyton javul, írásra és rajzolásra az illető jelenleg teljesen jól használhatja a kezét.

(Folytatása következik.)

A német nőorvosok XV. nagygyűlése.

Halle a. S., 1913 május 14.—17.

Közli: *Scherer Sándor* dr., egyetemi tanársegéd.

(Folytatás.)

Kehrer (Dresden): A vér mésztartalmát vizsgálta sorozatos kísérletek alakjában; kiderítette, hogy a terhességben a vér calciumtartalma valamivel magasabb. Nephritis gravidarum esetében, valamint eklampsia eseteiben a mésztartalom jelentékenyen csökkent. A normális gyermekágy 9. és 10. napján a vér mésztartalmának jelentékeny csökkenése jön létre, a melyet a szüléskor való vérvesztésre, továbbá a tejelválasztásra és a gyermekágyasoknak kevésbé czélszerű táplálására (az első gyermekágyi napokon nyújtott táplálék rendszeren túlságosan mészszegény) vezethető vissza. A nephritikák és az eklampsiát kiállott betegek, illetőleg szülő nők vérében a gyermekágyban a mésztartalom hatalmas emelkedését lehet észlelni.

Mansfeld (Budapest): Egy a szülés kapcsán előállott halálos végű atoniás vérzést közöl, a hol a sectio az adrenalinrendszer hypoplasiáját derítette ki; a mellékvesékben az adrenalin tartalomnak feltűnő megkevesbedése volt észlelhető.

Schickele (Strassburg): Kimutatja, hogy a hypophysisen kívül az ovariumban, a corpus luteumban, a pajzsmirigyben, a méhizomzatban, sőt az emlőmirigyben és a placentában is vannak fájást előidéző anyagok. A köldökzsinór vérseruma, éppen úgy a terhesek seruma is tartalmaz ilyen anyagokat. A vesék, a máj és a lép talán kevesebb mértékben, de szintén tartalmaznak ilyen, még eddig ki nem derített összetételű substantiát.

Schröder (Rostock): 555 esetben tanulmányozta az összefüggést az ovulatio és menstruatio között.

II. rész. Eklampsia.

Lichtenstein (Leipzig): Az eklampsia kezeléséről tartott előadást. 94 esetben kezelte az eklampsiásokat vérvétellel és a *Stroganoff*-féle bódító eljárással. 94 beteg közül meghalt 5 = 5.3%. A magzati halálozás általában 37.3%-ot tett ki, ha csak az életképes magzatokat számítjuk, azoknak halálozása 21.6%. 74 eklampsiás betege egymásutáni sorozatban gyógyult meg és 16 hónap alatt egyetlen egy sem halt meg. Ezek alapján a várákos eljárást sokkal jobbnak találja.

R. Freund (Berlin): Szintén az eklampsia terapiájáról beszél. 1912 októbertől 1913 áprilisig 46 esetet kezeltek a berlini Charité női klinikán a leipzig eljárással (vérbochtás és narcoticumok). 4 anya meghalt eklampsiában. 1 terhességi eklampsia (6. hónapban) a várákos gyógyeljárás mellett erősen rosszabbodott és 48 óra múlva vitalis indica-

tióból hysterotomia anterior útján be kellett fejezni a szülést, mire felgyógyult. A magzatok mortalitása is jelentékenyen emelkedett; 41·9% volt szemben a 17·1%-kal, a mely magzati mortalitással dolgoztak a szülés rögtöni befejezése alkalmasakor.

III. rész. A terhesség serodiagnostikájáról.

Abderhalden (Halle a. S.): Részletesen elmondja az általa megállapított terhességi reactio theoreticumát. Szerinte a hamis eredményeket tisztára kísérleti és methodikai hibákra lehet visszavezetni. A következő hibaforrásokra figyelmeztet: 1. A vér, ha haemolysises vagy nincs elég jól centrifugálva, hamis eredményt ad. 2. Csak jól megvizsgált dialyzálós csövecskéket szabad használni. 3. Ügyelnünk kell arra, hogy a szervet jól kifőzzük és többször is átvizsgáljuk, hogy nem reagál-e ninhydrinnel. Absolut tiszta, asepsises és antisepsises eljárás előfeltétele a sikernek. A vöröses és barnás színárnyalatokat értékesíteni nem lehet, csak a violett és kékesbe játszó színezetet lehet értékesíteni.

R. Freund és Brahm (Berlin): 160 esetben vizsgálták terhesek és nem terhesek serumát az optikai, részben pedig a dialyzálós eljárással. A klinikai lelet a reactio eredményével az optikai eljárásban 152 eset közül 114-szer, azaz 75%-ban egyezett meg, míg a dialyzálós eljárásban 112 eset közül 18-szor azaz 69·6%-ban. 104 eset közül mind a két eljárást parallel végezték, a hol az eredmények 31 esetben nem voltak összeegyeztethetők. Nem terheseken a reactio 3 esetben positiv eredményt adott (adnextumorok és uterus infantililis). Az optikai eljárásban szükségesnek tartják a szerzők 2 különböző eredetű placentaris peptonnak az egyidejűleg való felhasználását. A rossz eredményeket nem lehet mindig a technikai hibákra visszavezetni, hanem egyes serumok különböző fermenttartalma is szerepet játszhat, valamint az is, hogy a serumokat különböző időben, különböző helyen veszszük, a normalis vagy esetleges lázas állapot pedig különösen figyelembe veendő.

Schiff (Halle a. S.): 49 esetet vizsgált meg. A klinikai diagnosit sohasem ismerte előre. Az esetek között korai és előrehaladt terhesség, klimakterium, abortus, eklampsia, puerperium, genitalis tumor, adnexdaganat fordult elő. Minden esetben, a melyben terhesség jelen volt, positiv reactiót kapott, továbbá mindig negativ volt a reactio azokban az esetekben, a melyekben terhesség nem volt jelen, kivéve két esetet, mikor is azonban a serumok nem voltak kifogástalanok (haemolysis, sokáig való állás szobahőmérsék mellett).

Rübsamen (Dresden): 100 esetről referál. Anaemiás és genyes megbetegedésekben szenvedőkön a dialyzálós eljárásban 1·0 serum legyen döntő a reactio végzésekor. Eklampsia 10 esetében mindkét methodussal végzett reactio gyengén positiv volt. Hyperemesis gravidarum esetében a reactio szintén csak gyengén positiv volt. Tubaris graviditas 4 esetében positiv reactiót kapott, a melyet később a műtét be is igazolt. Általában egyetlen egy hibás reactióról sem számol be.

P. Schaefer (Berlin): 62 terhes és 61 nem terhes asszonyt vizsgált a dialyzálós eljárással. A terhesek az elsőtől a tizedik hónapig csak két esetben adtak rossz eredményt; haematokele eseteiben változó eredményt kapott. Nem terheseken 11 hamis eredménye volt. A hamis eredmények legnagyobb része myomás és carcinomás betegekre esik. (23 tumoros betegre 9 hibás eredmény.)

Lichtenstein (Leipzig): 40 gyermekágyast és 34 nem gravidát vizsgált a dialyzálós eljárással. A terhesek és gyermekágyasok vére mindig, egy kivételével, positiv eredményt adott, a nem gravidák vére pedig negativot. Az az egy eset, a melyben a terhes savó a placentaris szövetet nem hasította, nem lehet ellenbizonyíték a methodussal szemben, t. i. a climacterumos korban levő asszonyról volt szó, a kinek 2 hónap előtt kimaradt a havibaja. A reactio negativ voltát kaparással akarták ellenőrizni és ekkor kiderült, hogy mégis terhesség forog fenn, azonban a foetus alig 1¼ cm. hosszú, macerált, laposra nyomott. Ez esetben tehát nem csodálhatni, hogy negativ reactiót kapott.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

Kör-, uradalmi és kerületi munkásbiztosító pénztári orvosi állás töltendő be e hó végén vagy a jövő hó elején bánáti vagyonos német községben. 5000 koronán felüli fixum, szép magánpraxis, 5 szobás természetbeni lakás. Nős uraknak különösen ajánlható. Bővebb felvilágosítás nyerhető **Végh István** gyógyszerésznél, Istvánvölgy (Tórontál vármegye).

3826. szám.

Aradvármegye kisjenői járásában a zarándi egészségügyi körben (melynek 6595 lakosa van) a **körorvosi állás** betöltendő lévén, arra ezennel pályázatot nyitok s felhívom a pályázni szándékozó orvostudorokat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket, valamint netalán eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám folyó évi **augusztus hó 1.-éig** nyujtsák be.

A kör áll Zaránd, Szineke és Köröscsente nagyközségekből. Székely-Zaránd.

Javadalmazás: Az államkincstártól 1600 korona törzsfizetés, négyszer ismétlődő ötödéves 200—200 korona korpótlék, természetben kivethető fuvar, vagy ennek megváltása fejében évi 300 korona úti-átalány.

400 korona laktér és szabályrendeletileg megállapított rendelési, látogatási, műteti, úgyszintén a székhelyen halottkémlési és húsvizsgálati díjak.

Kézigyógytár tartására megválasztott körorvos jogosított.

A választás határidejét később fogom kitűzni.

Kisjenő, 1913 évi július 1.

A főszolgabíró.

76/1913. a szám.

A vezetésem alatt álló szegedi állami szemkórháznál megüresedett **másodorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása: évi 1600 korona fizetés, lakás és I. osztályú élelmezés.

Folyamodókat felkérem, hogy a nagyméltóságú belügyminister úrhoz intézett kérvényeiket **legkésőbb július hó 25.-éig** nálam nyujtsák be. Az állás augusztus hó 1.-én elfoglalandó

Szeged, 1913 július 1.

Leitner Vilmos dr., igazgató-főorvos.

308/1913. V. sz.

Debreczen szabad királyi város közkórházánál megüresedett s kinevezésem útján betöltendő **igazgató-főorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Ez az állás évi 4000 korona fizetés és természetbeni lakásból álló javadalmazással van egybekötve.

Felhívom mindazokat, kik erre az állásra pályázni kívánnak s az 1883. évi I. t.-cz. II. pontjában körülírt minősítést s eddigi szolgálataikat igazoló okmányaikkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám folyó évi **július hó 10. napjának délelőtt 12 órájáig** annyival is inkább nyujtsák be, mert a későbbben érkező kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

Debreczen, 1913. évi június 23.

Domahidy Elemér, főispán.

2201. szám.

Aradvármegye kisjenői járásában a szapáryligeti körben (melynek 7753 lakosa van), a **körorvosi állás** betöltendő lévén, arra ezennel pályázatot nyitok s felhívom a pályázni szándékozó orvostudorokat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket, valamint eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám folyó évi **augusztus hó 1.-éig** nyujtsák be.

A kör áll Szapáryliget, Kerülos és Szinte nagyközségekből, melyek a kör székhelyétől 4—5 km.-nyire fekszenek. Székhely: Szapáryliget.

Javadalmazás: 1. 1600 korona törzsfizetés és négyszer ismétlődő 200—200 korona korpótlék.

2. 400 korona laktér.

3. Természetben kiszolgáltatandó fuvar, illetve ennek megváltására 400 korona úti átalány és

4. szabályrendeletileg megállapított rendelési, látogatási, műteti, úgyszintén a székhelyen a halottkémlési és húsvizsgálati díjak.

Kézi gyógyszertár tartására megválasztott körorvos engedélyt nyer.

Kisjenő, 1913 július 1.

A főszolgabíró.

103/1913. ig. szám.

A marosvásárhelyi m. kir. állami kórháznál megüresedett **egy másodorvosi állásra** a nagyméltóságú m. kir. belügyministerium 84296/1913. sz. rendelete alapján pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: 1600 korona évi fizetés, kötelező lakás a kórházban, fűtés, világítás és első osztályú ellátás. Alkalmazás két évre történik s esetleg meghosszabbítható. Felhívom az ezen állásra pályázni kívánó orvostudor urakat, hogy kellően felszerelt kérvényeiket a nagyméltóságú belügyministeriumhoz címezve, hozzám bezárólag **folyó évi július hó 19.-éig** küldjék be.

Marosvásárhely, 1913 június 28.

Kozma Jenő dr. igazgató.

5751/1913. sz.

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

Javadalmazás: évi 1200 korona fizetés, természetbeni lakás, fűtés, világítás és I. oszt. ételmezés, továbbá kiküldetés esetén napi 18 korona úti átalány.

Felkérem azon orvosokat, illetőleg orvosnőket, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy képzettségüket és eddigi működésüket igazoló okmányaik hiteles másolatával felszerelt és a belügyminister úrhoz címzett, egykoronás bélyeggel ellátott kérvényüket hozzám **1913. évi július hó 10.-éig** küldjék be.

Kecskemét, 1913 július 1.

Egressi Lajos dr. s. k., igazgató-főorvos.

1960/1913. szám.

Aradszentmárton községben megüresedett **községi orvosi állásra** pályázatot nyitok.

Az állás javadalmazása 1600 korona törzsfizetés, négy ötdéves korpótlék, 800 korona személyi pótlék, a kézi gyógytárból várható jövedelem és a szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak.

Pályázni szándékozók felhivatnak, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. értelmében felszerelt kérvényeiket **hozzám augusztus hó 15.-éig** küldjék be.

Végül figyelmeztetem a pályázókat, hogy ez egy jómódú német-ajkú község s az előző orvosok a magánpraxisból szép jövedelemre tettek szert.

Elek, 1913. évi július hó 1.

Mladin Miklós, főszolgabíró.

882/1913. szám.

A nagyági magy. kir. bányamű-igazgatóság Ferencz József altárhoz bányaosztályánál, felsőcsertés állomással, a X. fizetési osztály 3. fokozatába sorozott évi 1800 korona fizetéssel, az 1904. évi I. és 1906. évi IX. törvényzikk értelmében fizetés természetével bíró évi 400 korona személyi pótlékkal, természetben adott lakással, vagy ennek hiányában a törvényszerű lakpénzzel, 54 m³ tűzifajárandósággal, vagy ennek mindenkor megállapított megváltási árával, évi 231 korona utazási átalánnyal javadalmazott, házi gyógyszer-tartartási kötelezettséggel egybekötött **bányaorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Felhivatnak azok az orvostudorok, kik ez állást elnyerni óhajtják, hogy 1 koronás bélyeggel ellátott folyamódványukat előljáró hatóságuk, vagy ha állami szolgálatban nem állanak, azon törvényhatóság főispánja (Budapesten a polgármester) útján, melynek területén laknak, **1913. évi július hó 28.-áig** a magy. kir. pénzügyministeriumhoz címelve, alulírott bányai igazgatósághoz nyujtsák be.

Későbbben beérkező folyamódványok nem vétetnek tekintetbe.

Folyamódók kötelesek hiteles okmányokkal igazolni, illetőleg mindazon kellékeket kitüntetni, a melyek a kiírt állásra megköveteltettek, nevezetesen:

1. családi és utónevüket, honosságukat, születési helyüket és életkorukat, vallásukat és családi állapotukat;
2. megszakítás nélküli előéletüket (curriculum vitae);
3. nyelv- és szakismereteiket, netaláni klinikai vagy kórházi szolgálataikat;
4. erkölcsi magaviseletüket;
5. hogy katonai kötelezettségüknek miképpen feleltek meg;
6. hogy oly egészségi állapotban vannak, miszerint a szolgálattal egybekötött köteleességek teljesítésére képesek.

A kinevezés, ha az illető még nem állami alkalmazott, egy év tartamára ideiglenesen történik, s a véglegesítés csak egy évi próbaszolgálat után következik be, feltéve, hogy az illető a szolgálat teljesítésével járó kötelezettségeknek minden tekintetben megfelel.

Nagyágón, 1913. évi június hó 29.

M. kir. bányaműigazgatóság.

3246/1912. szám.

Az újonnan rendszeresített pusztamérgesi (Csongrád megye) **kör-orvosi állásra** pályázatot hirdetek. Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket igazoló okmányaikkal felszerelt pályázati kérvényüket **hozzám augusztus hó 10.-éig** nyujtsák be.

Az állás javadalmazása évi 1600 korona törzsfizetés, 1200 korona helyi pótlék és mindaz ideig, míg orvosi lakás rendelkezésre állani nem fog, évi 600 korona lakbér, melynél ideiglenes lakás jóval kisebb összegért bérelhető. A megválasztandó kézi gyógytár felállítására jogosultsággal bír.

A kör Öttömös és Pusztamérges kisközségekből áll s székhelye az utóbbi.

A választás napját a kérvények beérkezése után fogom kitűzni. Az állás azonnal el lesz foglalandó.

Kiskúndorozsma, 1913. évi június 28.

Gyárfás, főszolgabíró.

A „Kaláni bánya- és kohó-részvénytársaság“ **pusztakaláni** (Hunyad m.) gyártelepén **azonnal elfoglalható** és 3000 korona évi törzsfizetéssel, 1000 korona évi lótarási átalánnyal, a szabályszerű évi (körülbelül 1000 koronára rugó) jutalékban való részesedéssel, természetbeni lakással s rendszeresített fűtési illetményvel javadalmazott **gyári és bányaorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetünk.

Egyetemes orvostudori képesítéssel és kellő gyakorlattal bíró pályázók hiteles okmányokkal felszerelt folyamódványai folyó évi július hó 20.-áig alulírott hivatalhoz nyujtandók be.

Kaláni Bánya- és Kohó-Részvénytársaság
Budapest, V., Nádor-utca 36, II. emelet.

NEUROSINE PRUNIER

syrup alakjában

az idegrendszer
legkitűnőbb
erősítő szere.

Kapható valamennyi gyógytárban.

Ingyen minták és irodalom

az **AUSZTRIA-MAGYARORSZÁGI** vezérképviselő által:
ZOLTÁN BÉLA, Budapest, V., Szabadság-tér.



ELSŐRANGU GYÓGYVIZ ÉS DIAETETIKUS ITAL.

Vesebajoknál, húgyhólyag-bántalmaknál és köszvénynél, cukorbetegségnél, emésztési és lélegzési szervek hurutjainál a **Bór és Lithion tartalmu gyógyforrás**

SALVATOR

a kontinens legelső orvosi
szaktekintélyei által ki-
tűnő sikerrel használtatik.

Hugyhajtó hatásu.
Kellemes izü.

Könnyen emészthető.
Teljesen tiszta.

Állandó összetételü.
Vasmentes.

Kiváló óvszer a vörhenynél (scarlatina) fellépő vesebántalmaknál.

Különösen oly egyéneknek ajánlatos, kik ülő életmódjuk folytán aranyeres bántalmakban, hasi vérbőségben, máj- és veseizgalomban vagy húgysavas lerakódásokban, vesehomok és vesekövek képződésében szenvednek. Orvosi szakvélemények, gyógyeredményekről szóló bizonylatok és egyéb forrásleírások ingyen és bérmentve állnak rendelkezésre.

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

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hógyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Szontagh Félix: Túlerzékenységi reakciók. 519. lap.

Issekutz Béla: Közlemény a kolozsvári Ferencz József tudomány-egyetem gyógyszerzeti intézetéből. (Igazgató: Lóte József dr., ny. r. tanár.) Néhány új hazai gyógyszerrel. 523. l.

Réthy Aurél: Közlemény a königsbergi kir. egyetem orr- és gége-poliklinikájáról. (Igazgató: Gerber dr., egyetemi tanár.) Az alsó kagyló sebészete. 527. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Hofmeister: Der Kohlehydratstoffwechsel der Leber. — Lapszemle. Belorvostan. E. Schreiber: Belső vérzések csillapítása szőlőcukor-oldatnak gyűjtőérbe befecskendezésével. — Deutsch J. és Hoffmann O.: A vegetatív idegrendszer viselkedése tüdőtuberculosisban. — Sebészet. Ch. H. Frazier: A hypo-

physisnek az ellőső koponyagödrön át való feltárása. — Mühsam: Hügycsődefektosnak a vena saphenával való pótlása. — Gyermekorvostan. Pfersdorff és Stolte: A liszt- és darakása kihasználásáról a csecsemőkorbán. — Venerás betegségek. T. Ito: Az ulcus mollere és a Ducrey-féle streptococcusra vonatkozó klinikai, bakteriologiai és serologiai vizsgálatok. — Bőrkórta. A. Jungmann: A bőrtuberculosis prognosisa és terapiája. — Hügyszervi betegségek. P. Lecène: Vesemedence-leukoplakia esete. — Orthopaedia. A. Lorenz: Világrahozott csípőizületi ficzamosodás eseteiben a csontnyak mesterséges detorsiója. — Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Mandru: A pneumothorax felismerése. — P. Cohn: Iritis tuberculosa. — Aluminium lacticum. — Credé-Hörder: Liquor hydrastinini Bayer. 529–531. l.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 532. l. Vegyes hírek. 532. lap.

Tudományos társulatok. 533–534. lap

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Túlerzékenységi reakciók.*

Irtá: Szontagh Félix dr., egyetemi rk. tanár.

A vörhenyproblemával foglalkozó dolgozataim utolsójában ahhoz a következtetéshez jutottam el, hogy azok a jelenségek, a melyek a vörhenyt az anginától megkülönböztetik, változott avagy fokozott reakcióképesség nyilvánulásai gyanánt foghatók fel. Ennek a felfogásnak értelmében a vörheny tehát éppen a gyermekkorra jellegzetes túlerzékenységi reakciók egyike volna.

Ebben a cikkben megkísérlem a túlerzékenységi reakciók behatóbb analysise alapján a vörhenyproblemában kis lépéssel előbbrejutni.

Hogyha a genyedéses anginát valójában helyesen értelmezni akarjuk, kell hogy meglássuk benne azt, hogy az angina már egymagában is tulajdonképpen túlerzékenységi reactio. A túlerzékenység a csekélyfokú helyi elváltozások és a súlyos általános tünetek között mutatkozó aránytalanságban nyilvánul meg. Ez az aránytalanság már egymagában is ahhoz a suppositióhoz szorít bennünket, hogy az angina általános megbetegedés, a melyben localis s látható elváltozások csakis a mandulákon fejlődnek ki. Mindaz, a mit eddig tudunk az angináról, ennek a felfogásnak a helyessége mellett bizonyít. A látszat szerint egy szervnek, jobban mondva egy szerv-rendszernek a betegségét jelenti csak, valójában mégis enyhe bacteriaemia, enyhe sepsis, csakúgy mint pl. a fibrines tüdőgyulladás, mely betegségben a kórt előidéző bacteriumok hasonlóképpen a vérben is kimutathatók. Az angina az ő tiszta, szövödményektől mentes alakjában typosos lefolyást mutat; a hőcsökkenés legtöbbszörre krízis avagy gyors lysis képében következik be.

Felfogásom az angináról, mint túlerzékenységi reakcióról annak a föltételezéséből indul ki, hogy a mandulák

* Minden jog fentartva.

(+ garatmandula, illetve az egész Waldeyer-féle lymphás gyűrű), mielőtt megbetegednének, a fokozott dispositio = sensibilisatio állapotába kell hogy jutottak legyen.

Ennek a kimondása, egyszerűen így ideállítva, kissé meglepőnek hangzik, mindazonáltal megvan a teljes jogosultsága. Éppen ezért a túlerzékenységre visszavezetendő reakciókat kissé behatóbban kell hogy megbeszéljük.

Bár ismétlésekbe kell bocsátkoznom, e helyütt is azt kell mondanom, hogy éppen a gyermekkorra jellegzetes túlerzékenységi reakciók közül első helyen is a meningitis tuberculosa bizonyos esetei említendők. Hogyha egy gyermek 3–4 heti betegség után meningitis tuberculosa képében elpusztul s a bonczolóskor igen csekélyfokú, szerfelett enyhe elváltozásokkal találunk, pl. tuberculosist a kezdődő elmeszesedés stadiumában, csak egy hörgőkörűli mirigyben és csekélyke, minimalisnak minősítendő izzadmányt az agy alapján, a chiasma opticum táján és néhány apró, alig felfedezhető tuberculomot a Sylvius-féle árokban, előáll az a kérdés, hogy miben is halt meg tulajdonképpen ez a gyermek s miért kellett ennek a gyermeknek meghalnia?

Még ha a megtámadott szervnek nagy dignitását el is ismerjük, még így is okvetlenül feltűnő, hogy ennyire csekélyfokú elváltozások, még pedig nem is magában az agy állományában, hanem a lágyagyburkokban, halálra vezetnek, még pedig az össz-szervezetnek nagyfokú lesoványodása és a vitalis agyközpontok hűdése alakjában.

Ilyen esetek magyarázásában a szervi túlerzékenység feltételezéséhez kell folyamodnunk. Másképp nem boldogulunk.

Evvel a túlerzékenységi reakcióval igen szép analogiába hozhatók megint a laryngitis crouposa olyan esetei, melyek serumnak idejekorán történt befecskendezése és idejekorán végrehajtott intubatio vagy légcsőmetszés daczára rohamosan halálosan folynak le és a bonczolóasztalon szóra nem érdemes elváltozásokat mutatnak csakis. Ilyen eseteket részletesen leírtam s utaltam arra, hogy általuk elsősorban is a kísérleti állatok anaphylaxia-halálára (acut emphysema!) leszünk figyelmeztetve.

Felfogásom szerint az *eczema-halál* is túlérzékenységi reakciónak minősítendő.

Eczema eseteiben különben egy másik túlérzékenységi reakcióra is bukkanunk: *asthmára*, avagy *asthmás bronchitisre*. Kétségtelen érdeme Czerny-nek, hogy a diathesis exsudatívának körképét, illetve ennek tünetcomplexumát megállapította és bevezette a pathológiába. Czerny továbbá már azt is felismerte, hogy ez a diathesis, ha nem is kizárólagosan, nagyrészt azonban mégis *alimentaris* úton keletkezett ártalmakon épül föl. S Czerny-nek figyelmét nem kerülte el, hogy gyermekek, kik ennek a diathesisnek jelenségeit mutatják, feltűnő gyakran betegednek meg és könnyen pusztulnak el — *vörhenyben!*

Az eczema és asthma bronchiale közötti összefüggés valamennyi eddig általam látott avagy hosszú időn keresztül meg is figyelt asthma-esetben szembeötlött. Gyermekek, kik asthmás rohamokban szenvedtek, egyszersmind eczemában is szenvedtek, még pedig vagy súlyos arc- avagy általános eczemában, vagy pedig olyan bőrbántalmakban, melyek az eczemával közeli rokonságban vannak, pl. prurigo-szerű elváltozásokban stb. Azonkívül megnyilvánult minden eddig észlelt esetben az eczema és az asthma súlyossága között az arányosság is.

Az exsudatív diathesis eseteiben észlelhető túlérzékenységi reakciók a bőr, a nyálkahártyák (pseudocroup!), de a mandulák részéről is (anginák gyakorisága!) a gyermek szervezetének *sensibilisatioja* által tételeztetnek fel, a mely sensibilisatio végeredményben *alimentaris* ártalmakból tevődik össze.

Hogy a sensibilisator egy vagy több anyag alkotja-e, még ismeretlen, mint a hogyan eldöntetlen még az is, hogy vajjon a sensibilisator mint ilyen már készen vitetik-e be a szervezetbe, tehát *exogen természetű*, avagy pedig bizonyos anyagforgalmi anomáliák talaján csak a szervezetben keletkezik, vagyis *endogen úton* támad-e.

Az eczemahalállal legszebb analogiába hozható az *égési halál*. Különösen gyakran találkozunk vele megint éppen a zsenge gyermekkorban olyan égési sebek után is, melyeknek in- és extensitása látszólagosan nem is érdemelne nagyobb figyelmet. És mégis, minél fiatalabb a gyermek, annál inkább valószínű, hogy égési sebeibe belehal. Legújabbban Heyde és Vogt annak a felfogásnak hódol, hogy az égési halál túlérzékenységi reakciót jelent. Részemről az *égési vörhenyben is túlérzékenységi reakciót* pillantok meg.

Klasszikusnak mondható sensibilisációs betegséget állapotokon haematoporphyrinoldatnak bőr alá való fecskendezésével lehet előidézni. A haematoporphyrin *optikai sensibilisator* sensu strictiori, mert csak akkor fejti ki mérgező hatását, ha fény jelenlétében hat a megmérgezendő állatra. (Walther Hausmann). Ennek a sensibilisációs betegségnek a lefolyása szerfelett érdekes tünetsoportot mutat. Alig képzelné el az ember, hogy haematoporphyrinmérgezésből és napfényhatásból tevődik össze. Beható leírásától e helyütt azonban eltekintek és az olvasót Walther Hausmann különben is nagyon tanulságos cikkére utalom.

A következőket azonban ideiktatom: a haematoporphyrin az állatvilágban nem éppen ritkán előforduló pigment, mely még 1:80.000-hez való hígításban is infusoriumokat borús téli napon ölni bír. (Az eddig ismert legintenzívebben hatni tudó photobiológiai sensibilisator Willstätter jegeczes chlorophyllja — még 1:3.000.000 hígításban is hatékony.)

Acute lefolyó esetekben haematoporphyrinnal sensibilizált és a napfény hatásának kitétt egerek már néhány óra múlva meghalnak — *fényhalál*.

Abból a körülményből, hogy haematoporphyrin egeret halálosan sensibilizálni bír, ha sem a vérben és vizeletben, sem pedig az epében a pigment már ki nem mutatható, Walter Hausmann a legnagyobb valószínűséggel a pigmentnek a lekötését a bőrben gondolja föltételezhető.

Annál a kérdéssel, hogy az acute vagy subacute lefolyó esetekben az állatok tulajdonképpen miben is pusztulnak el, Walther Hausmann nyomatékosan utal arra az analogiára,

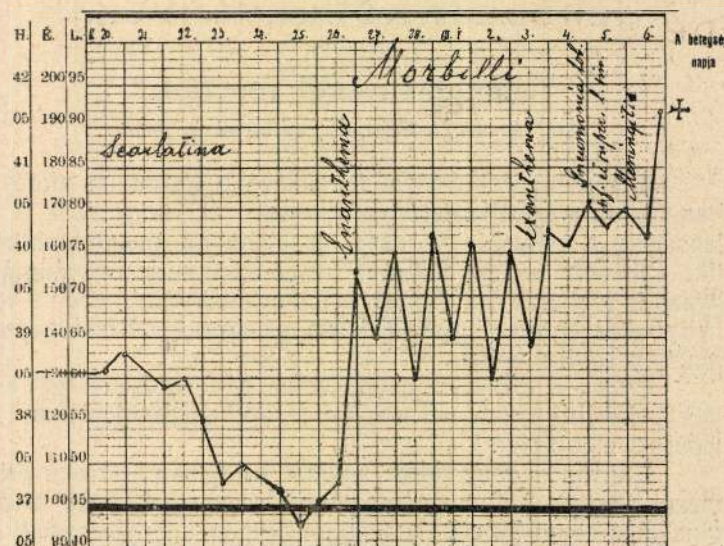
mely az *égési* és a *fényhalál* között fennáll és föltételezi, hogy mérgek azok, a melyek a fénynek kitétt melegvérű állat szervezetében a haematoporphyrin hatása alatt keletkeznek. Ezt a suppositiót főképpen Hermann Pfeiffer az égési halált illetőleg is mérlegette és újabb kísérletek alapján a sensibilizált állatok „fényhalálára“ is kiterjesztette. Ez a szerző a hő- és photodynamias károsodást lényegében egynek tartja.

Hogy egy betegségnek a lefolyása a szervezetet egy másik betegséggel szemben nemcsak érzékenyebbé, hanem túlérzékenyebbé is bírja tenni, eléggé ismeretes. Csak a kanyaróra vagyok figyelemmel; főképpen tuberculossal, diphtheriával, nomás folyamatokkal szemben bírja a szervezetet érzékenyebbé tenni.

Valóságos *túlérzékenység* jelenségei előállhatnak, ha a kanyaró azonnal követi a vörhenyt, jobban mondva, *ha a vörheny a kanyaró lappangási szakában zajlik le*. Tapasztalhatjuk, hogy a kanyaró olyan lefolyást mutat, mint a minővel máskülönben aligha találkozunk: rossztermészetű betegséggé fokozódhatik, melynek a szervezet áldozatul esik.

A rossztermészetűség a következő jelenségekben nyilvánul meg: a prodromalis szak igen magas kezdeti hőemelkedéssel köszönt be s az egész folyamatnak félelmetességét sejtetve, igen hosszú időre terjed feltűnően magas lázas mozgalmak kíséretében; végre megjelenik az exanthema, a mely hihetetlen intenzitásban fejlődik ki; a virágzás tetőfokán beállhat a halál. Avagy az exanthema csak olyan intenzitásban fejlődik ki, a mely a súlyos prodromalis jelenségekkel és az excessiv magas hőfokokkal nem áll arányban, olyan tünetmenny, a mely szövődmények (pneumonia, egyik nem régen észlelt esetben meningitissel) rohamos kifejlődését helyezi kilátásba. (Lásd az I. láztáblát.)

I. láztábla.



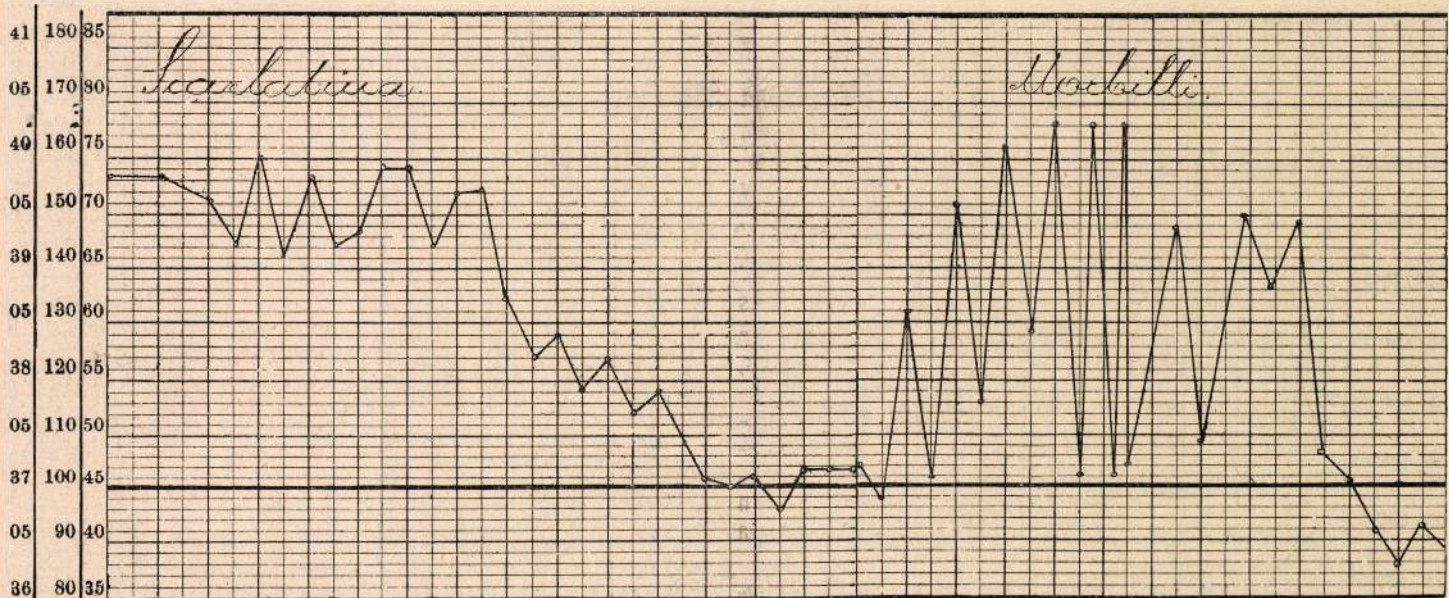
A szövődmények foudroyans alakban halálra vezetnek. Minél rövidebb az időköz a vörheny és a kanyaró között, annál kifejezettebben nyilvánulnak meg a túlérzékenység jelenségei. De még a vörheny után 4 hétre megjelent kanyaró is sensibilisációs tünetmennyeket mutathat. (Lásd a II. láztáblát.)

Foudroyans, sőt fulminans lefolyást igen sok fertőzőes betegség mutat; mindegy, endogen vagy exogen fertőzésből keletkezik a baj. Első sorban a meningitisre (akár simplex, akár cerebrospinalis) emlékeztetek.

A túlérzékenységi reakciónak minősíthető lefolyásra jellegzetes: a rapide felszökkenő, nem egyszer hyperpyresias, halál előtti hőemelkedés. Találkozunk vele meningitis tuberculosa, laryngitis crouposa, égési halál stb. eseteiben csakúgy, mint rossztermészetű typhus eseteiben, ezekben még a defervscentia szakában is. (Lásd III—VI. láztáblákat.)

Ezek után előáll most az a kérdés, hogyan volna az angina mint túlérzékenységi reactio helyesen magyarázandó?

II. láztábla.



Hogy angina eseteiben az egész szervrendszer, a mely a *Waldeyer*-féle lymphás gyűrűt alkotja, hirtelen, egyszerre betegszik meg, tulajdonképpen már egymagában is azt mondja — nekem legalább ez a fölfogásom —, hogy a megbetegedés csakis előzetes sensibilisatio föltételezésével érhető s fejthető meg; hogy a fertőzés haematogen úton következik-e be, vagy sem, itt tulajdonképpen másodrangú kérdés.

Egy szervrendszernek hirtelen egy időben, vagy egyes alkotórészeinek *coup à coup* gyors egymásutánban megbetegedése csakis előzetes sensibilisatio alapján következhetik be. Ez a hypothesis elvezet bennünket a vörhenyproblema helyes értelmezéséhez is.

Annál a kérdéknél, hogy angina esetében a sensibilisatio honnan is veszi eredetét, per analogiam vont következtetés alapján ahhoz a suppositióhoz jutunk el, hogy a tonsillák sensibilisatiója enterogen ártalomra vezetendő vissza. Az anginát megelőző tünetek: hirtelenül beköszöntő lázas roham, hányás, fejfájás, általános rosszullet, derékfájás, végtagfájdalmak stb. már egymagukban is ilyen suppositio mellett látszanak bizonyítani; csak később, ritkább esetekben csak napok mulva, köszöntenek be az anginára jellegzetes elváltozások.

Azt képzelhetni tehát, hogy angina eseteiben egy a gyomor- és béltractusba tápszereinkkel bevitt, avagy pedig az emésztés folyamata alatt, avagy végül az intermediaer anyagforgalomban keletkező sensibilisator a garatgyűrűt hirtelen a fokozott dispositio állapotába juttatja. A hirtelen aktívált és a kedvező talajon virulenssé vált pathogen csírák kifejtik hatásukat a follicularis avagy lacunaris angina körképében.

En azt tételezem föl, hogy a tonsillák haematogen úton betegíttetnek meg. Hogy megfelel-e ez a suppositio a valószínűségnek, bizonyára nehezen bizonyítható. De kétségtelen, hogy betegség esetén az előidéző csírák a vérben is kimutathatók, s hogy az általános tünetek a helybeli elváltozásokat 1—3 nappal is megelőzhetik.

Fölfogásom tehát abban csúcsosodik ki, hogy az angina valójában sensibilisatiós jelenség; s mint ilyen egy szervrendszernek, a garatgyűrűnek a túlérzékenységi reakcióját jelenti.

E helyütt mindjárt meg kell jegyezni, hogy egy másik betegség, a mely az anginával föltűnő analogiában van, az epityphlitis szintén egy szerv-sensibilisatió kell, hogy alapuljon. Az appendicitis kétségtelenül enterogen sensibilisatió alapul.

Ennek a két betegségnek a sensibilisatora bizonyára nem identikus anyag, de igen valószínű, hogy igen közeli rokonságban van egymással. Mert csak úgy vélem megfejt-

etni azt a feltűnő és tanulságos tapasztalatot, melyet egy ízben tettem, hogy t. i. egy családban egy gyermek, a fiú, anginában, a másik gyermek, a leány, epityphlitisben egyszerre betegedett meg. Figyelmet érdemel *Meyer* közlése is: egy esetében egy típusosan lymphás gyermek ismételt vörhenyben betegedett meg; mindkét ízben olyan jelenségek mutatkoztak az abdomen részéről, a melyek kétségtelenül epityphlitisre mutattak; egy másik esetében 24 órával a vörhenyexanthea jelentkezése előtt kifejezett epityphlitis tünetek voltak megállapíthatók.

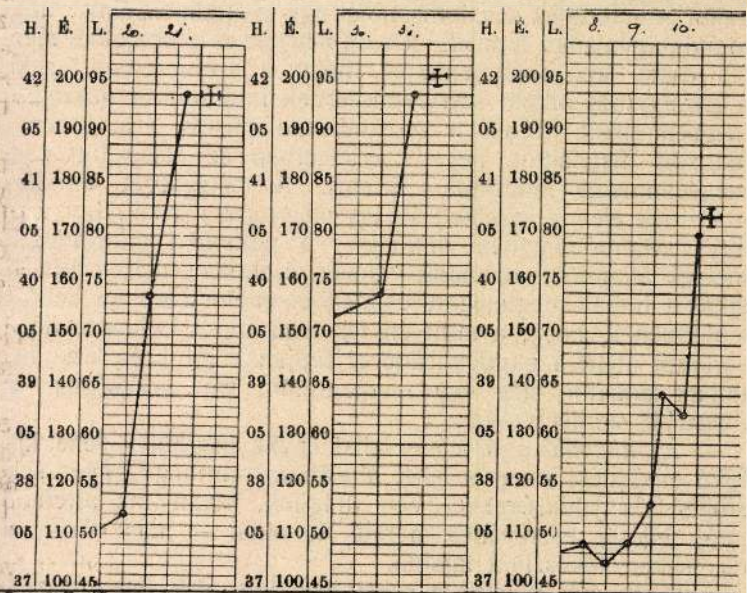
Egy szervrendszernek a sensibilisatióján alapul legnagyobb valószínűséggel a *parotitis epidemica* is; ebben a betegségben az egész nyálmirigyrendszer (parotis, sublingualis, pancreas), de a mi igen feltűnő, a herék is meggyuladhatnak. A gyuladás egészen specifikus folyamat, mert sohasem szövődik genyeddéssel; még a legsúlyosabb alakok is teljesen simán gyógyulnak.

Angina esetén előáll most már az a kérdés, hogy a szervrendszernek a sensibilisatiója egymagában elegendő-e ahhoz, hogy betegség támadjon, jobban mondva, hogy általa kiváltassék? Nagyon sok szól a mellett, hogy egymagában a sensibilisatio erre még nem képes. Hogy a haematoporphyriinnal sensibilizált erek megbetegedését és fényhalálát magyarázni

III. tábla.

IV. tábla.

V. tábla.

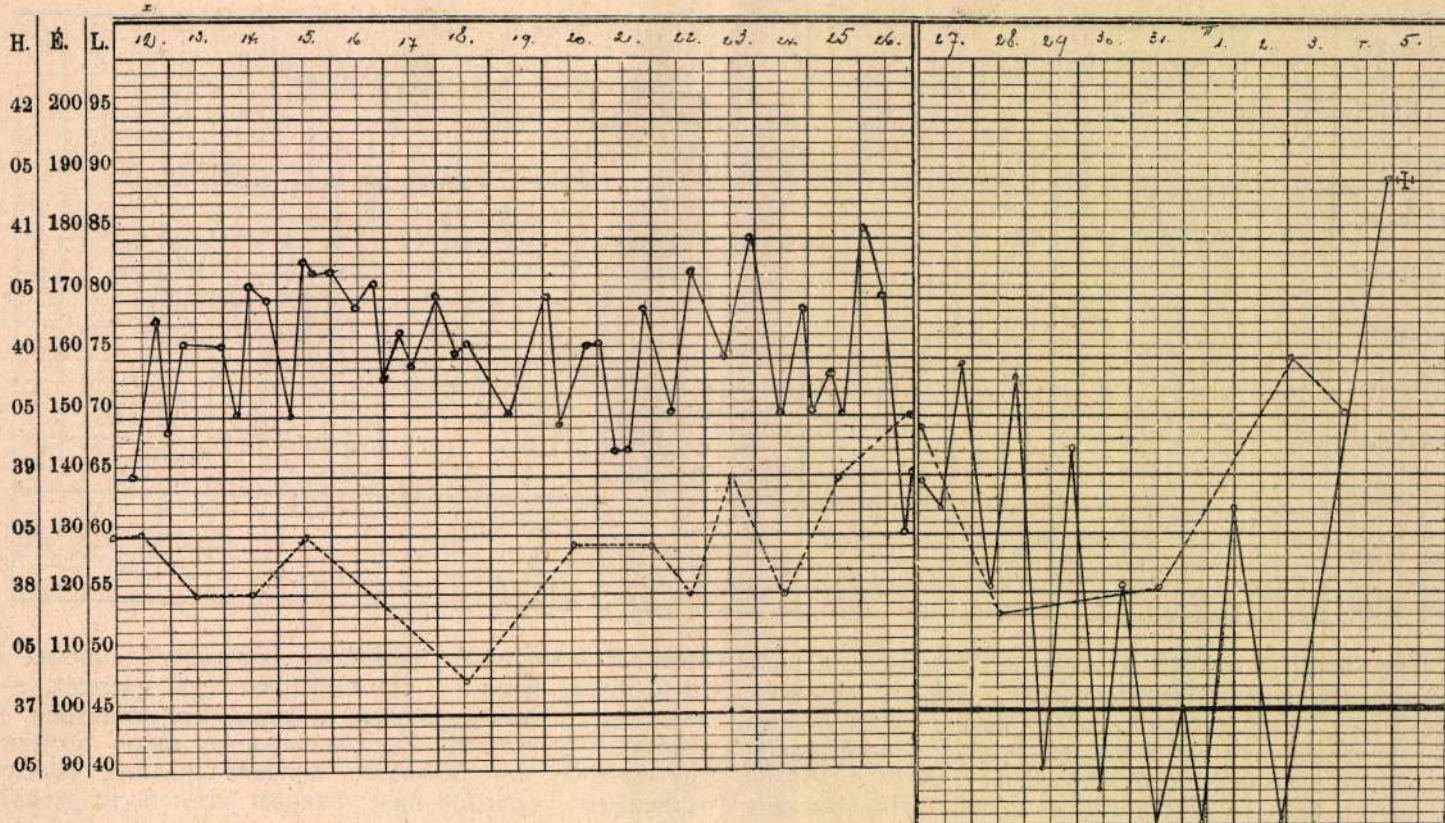


Meningitis.

Croup laryngis.

Égés I. és II. fokú kis terjedelmű.

VI. láztábla.



Typhus.

tudják, Hausmann és Pfeiffer föltételezik, hogy nem a fény mint ilyen, hanem a fényhatás idején keletkező mérgek azok, melyek a sensibilizált állatot, de csakis ezt, megbetegítik és megölik. A fényhatál lényegét tehát a fényhatás alatt támadt mérgezés alkotja.

Véleményem szerint ezt úgy is mondhatnánk, hogy a fényhatásnak csak mint activatornak jut szerep, és így a fényhatás az egész reactio aktiváló componensének volna minősíthető.

Angina esetében is tehát úgy képzelhetnők a dolgot, hogy a sensibilisatio csak azoknak a feltételeknek fontos alkotórészét képviseli, a mely fontos alkotórész elengedhetetlen követelménye annak, hogy betegség támadhasson. Vagyis: a pathogen mikrobák megtámadni és megbetegíteni csak a sensibilizált mandulákat tudják. Ha a mandulagyuladást enyhe sepsisnek avagy enyhe pyaemiának fogjuk fel, akkor a mandulák sensibilisatióját úgy is értelmezhetjük, hogy mandulagyuladás typosus szövödmények és utóbajoktól mentes esetei azt dokumentálják, hogy a szervezetben csakis a garatgyűrűt alkotó szervrendszernek immunitása alászállott, megsemmisült. Tehát a sensibilisatio positiv értelemben a fokozott dispositiót, negativ értelemben az alászállott vagy megsemmisült immunitást jelenti. A betegséget előidéző mikrobák electiv viselkedését így meg tudjuk érteni. Így vagy úgy, végeredményben mindegy; a pathogen mikrobák, a melyek állandóan bennünk vannak, csakis a sensibilizált tonsillákat tudják megtámadni és megbetegíteni. De hogy actióba léphessenek, hogy, a mint én feltételezem, a béltractusból a véráram útján a garatgyűrűbe el tudjanak jutni és ezt meg tudják támadni, még egy momentumra van szükségük: az aktiválás momentumára.

Az aktiváló componens lehet enyhe meghülés, lehet kisfokú emésztési zavar s lehet általában, minthogy éppen sensibilisatiós jelenségekkel van dolgunk, olyan kis alteratio, mely teljesen észrevétlen marad. Kis okok — nagy okozatok, de csakis előkészített talajon.

A mi már mostan a sensibilizáló testnek a természetét illeti, erre vonatkozólag semmit sem lehet mondani. De igen valószínű, hogy a tápszerekkel nem vitetik be kész, hatni tudó állapotban, hanem hogy csakis az emésztés folyamata

kapcsán (esetleg az intermediaer anyagforgalomban) fejlődik. Nincsen kizárva, hogy készítésében a bacteriumok is közrehatnak, avagy végeredményben bacteriumokból keletkezik. Ennek a feltételezésével az egész reactio anaphylaxiás színe-zete nyerne megvilágítást.

Hogy általában az összes sensibilisatiós tünetmények, az anaphylaxiás jelenségek és a túlérzékenységi reactiók esetén szerfelett subtilis dolgok, szerfelett érzékeny reactiók játszanak szerepet, még alább is látni fogjuk.

A dolgok felületes szemlélésekor úgy tetszik, hogy az angina nagyon egyszerűen megfejthető betegség. Megelég-szenek a szerv-dispositio feltételezésével; a szerv-dispositio lényegét pedig a szerv túltengésében vélik megláthatni; ennek a felfogásnak esik azután áldozatul annyi meg annyi kissé megnagyobbodott mandula. A tonsillitis halmozottabb jelentkezésének magyarázatakor természetes, hogy a contagiositas(?) lép egyszerre jogaiba, avagy annak a feltételezése, hogy streptococcusokkal fertőzött tej idéz elő anginaepidemiákat!

Ha a problémákba mélyebben akarunk behatolni, kell, hogy meglássuk, hogy a dolgok bonyolultabbak és nem éppen könnyen értelmezhetők. Úgy vagyunk az anginával, mint pl. a typhus abdominalissal.

A typhus abdominalissal behatóbban kell foglalkoznunk, mert ez a betegség nemcsak az anginával, hanem a vörheny-nel is a legszebb analogiába hozható. Szerzők, kik a typhus abdominalis terén nagy tapasztalatok felett rendelkeznek, pl. Korányi Frigyes, azt írják, hogy ahhoz, hogy valaki hagy-mázban megbetegedjék, dispositióra van szükség.

Modern epidemiológiai kutatások kiderítették, hogy vannak emberek, kik typhusbacillusokat magukban hordoznak és ezeket ki is ürítik anélkül, hogy valaha is typhusban szenvedtek volna.

Kétségtelen tehát, hogy a fertőzés typhusbacillusokkal egymagában még nem elegendő ahhoz, hogy valaki typhusban megbetegedjék. A typhus abdominalis pathogenesisét ma egészen másképpen értelmezzük, mint régebben. Jürgens teszem kerekén megírja, hogy sejtelmünk sincsen arról, hogy miképpen is jó létre a megbetegedés. Arra figyelmeztet, hogy a typhus abdominalis nem fertőzések bélhurut, hanem bacteriaemia, hogy a fertőzés elsődlegesen talán nem is a bél-

csatorna révén történik és hogy a typhusbacillus talán előzőleg a vérben kering. Fejes szerint a bacillusok a nyirokrendszerből bejutnak a vérbe; a bélfal nyirokrendszerének megbetegedése a typhusos folyamatnak egy praedilectiós localisatioja; a bacillusoknak a vérben állandó keringése azonban a betegségnek tulajdonképpeni substratuma. A bacillusok azonban a vérben nem szaporodnak el, hanem ellenkezőleg, nagy mennyiségben tönkremennek s épp az ilyen módon elpusztult bacillusok széteső testéből kiszabaduló endotoxinok okozzák a typhusnak inkább intoxicationnak tekinthető általános tüneteit. Ugyanilyen felfogást vall Wolf-Eisner és teszem *Hutinel* is, ki különösen a súlyos typhust a *septicémie éberthienne* elnevezésével illeti.

Gál, a ki kísérletes vizsgálatokat végzett a virulencia problémáját és az erjesztő gombák szerepét illetőleg a typhus aetiológiájában, resuméjében eljut ahhoz a következtetéshez is, hogy az emberi typhus létrejöttében a *saccharomycetesek* fontos szerepet játszanak.

Mindezeket jól meggondolva, azt kell mondanunk, hogyha tegyük fel egy intézetben, pl. árvaházban, typhus abdominalis esetei hirtelen jelentkeznek, a kutatásnak nem lehet és nem is szabad megelégednie avval, hogy az intézet személyzete közül teszem a szakácsnő „bacillushordozó”. Ennek a megállapításával megelégedni egyszerűen annyit jelent, mint a typhus abdominalist „contagiosus” betegségnek minősíteni. A typhus abdominalis nem contagiosus betegség, az Eberth-féle bacillus nem minősíthető „*volatilis contagiumnak*”. Ha pedig valaki egy explosive kitörő typhus abdominalis-endemiáért mégis egy esetleges bacillushordozót tesz felelőssé, annak a supponálásából kell hogy kiinduljon, hogy egy ilyen intézetben az egészség, a tisztaság ügye hihetetlen, egyenesen elképzelhetetlen alacsony niveau áll.

Az intézeti avagy családi typhus abdominalis-endemiák egyenesen arra látszanak praedestinálva lenni, hogy segítségük révén a typhus abdominalis aetiológiájának problémájába mélyebben behatolhassunk. Ne felejtjük el, hogy a fertőzés az Eberth-féle bacillussal még nem okoz typhus abdominalist. A bacillusnak még segítő momentumokra van szüksége. Az *explosive kitörő intézeti typhus abdominalis-endemiák közösen ható ártalmakra utalnak*. Ezeknek tanulmányozásától, ezeknek a kifürkészésétől a kutatás eddig eltekintett!

Különösen családi, de még intézeti endemiák is kitűnnek azzal, hogy az esetek feltűnően egyformán zajlanak le. *E tekintetben a typhus és a vörheny között félre nem ismerhető analogia van meg.*

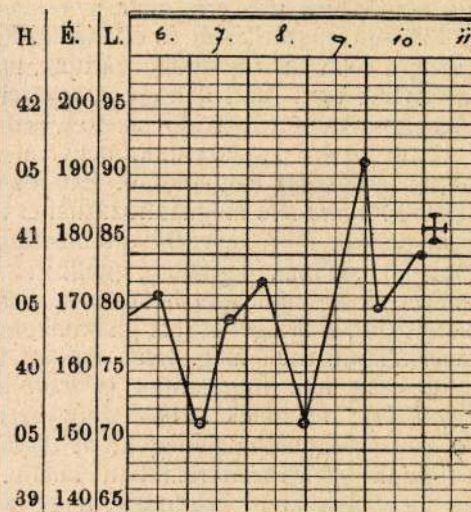
1904-ben augusztus 6.-án három fiútestvér vétetett fel osztályomra, kik a szülők bemondása szerint egyszerre betegedtek meg 10—12 nap előtt. A legidősebb fiú 9 éves volt. Rajta a betegség a bár eléggé súlyos, mégis regularis typhus alakjában zajlott le, mentesen szövődeményektől. 2 évvel fiatalabb, 7 éves öccsén a typhus már szerfelett súlyos alakban folyt le, igen profus bélvérzésekkel és recidívával; mégis gyógyulással.

A legfiatalabb testvér 4 éves volt; ő rajta tulajdonképpen a legenyhébb lefolyást lehetett volna várni. Ellenkezőleg történt; a legsúlyosabban zajlott le. Már felvételekor a typhus összes jellemző klinikai jelenségeit igen kifejezett alakban megtaláltuk. Ezekhez járultak legnagyobb fokú izgalmi tünetek, delirium és jactatio alakjában, miket nemsokára megtörtés, csendes apathia, teljes prostratio követett. Betegségének 17., kórházi tartózkodásának 6. napján meg is halt. A boncolás sem állapított meg szövődeményeket, csak szerfelett kiterjedt typhusos folyamatot. A láz menetét a VII. láztábla érzékíti.

Az 1907 decz. 27.-étől 1908 január 17.-éig terjedő időben (22 nap alatt) a protestans orsz. árvaházban, a hol évekre visszamenőleg typhus abdominalis nem fordult elő, 5 gyermek betegedett meg typhus abdominalisban, még pedig 1 december 27.-én, 1 január 10.-én, 1 január 11.-én, 1 január 16.-án és 1 január 17.-én.

Feltűnő volt, hogy mind az öt gyermekben a typhus mind-

VII. láztábla.



Typhus.

járt kezdetben egészen súlyos tünetekkel köszöntött be. Az első eset, egy 10 éves leányka, betegségének 30. napján bélvérzés következtében pusztult el. A másik esetben, 13 éves leánykán, már a betegség kezdetén (január 12) a tünetek szerfelett nyugtalanítóak voltak, az igen heves főfájás, nagyfokú izgatottság stb. rossz prognosisra utaltak. Február 7.-én halt meg. Az eset szövődemények nélkül folyt le (láztábláját fentebb közöltük, I. a II. láztáblát). 2 gyermekben, egy 8 éves leánykán és egy 10 éves fiún a betegség igen súlyos alakban, recidívával zajlott le s mindössze egyen zajlott le középsúlyosságú alakban.

Már ezek a példák is arra utalnak, hogy közösen ható ártalmak azok, a melyekért az egyforma lefolyás felelőssé teendő. Mondottuk, hogy a typhus mint sepsis legszebb analogiába hozható az anginával, de meg magával a vörhenyvel is. A kérdés tehát az, miben különbözik az egyszerű angina a vörhenytől?

(Folytatása következik.)

Közlemény a kolozsvári Ferencz József tudomány-egyetem gyógyszerintézetéből. (Igazgató; Löte József dr., ny. r. tanár.)

Néhány új hazai gyógyszeréről.

Irta: *Issekutz Béla* dr., egyet. tanársegéd.

Adigan Richter.

A sikeres digitalis-gyógykezelésnek legfontosabb feltétele az, hogy egy állandó hatóanyagtartalmú, pontosan adagolható digitaliskészítmény álljon az orvos rendelkezésére. Mert ha az orvos olyan digitalist használ, melynek erősségét nem ismeri, akkor két ismeretlennel kénytelen dolgozni: az egyik a digitalis hatékonysága, a másik a beteg szív, melyet a digitalis a szívizomzat állapota szerint nagyon különbözőképpen befolyásol: ha az izomzat már nagy mértékben elgyengült, elfajult, akkor a szív egészen refractaer viselkedhetik a digitalissal szemben, vagyis egyáltalán nem javul a működése.

Ilyen körülmények között az orvos nem döntheti el az adott esetben, hogy melyik ismeretlen okozza a hatás kimaradását. Könnyen jöhet olyankor is arra, a beteg sorsára esetleg végzetes következtetésre, hogy a szívizomzat már teljesen elgyengült, elfajult, a mikor a hatás kimaradásának oka egyszerűen a digitaliskészítmény rosszasága lehet. Ha pedig egy pár napon keresztül már a szokásos nagy adagokban alkalmazta a digitalist s a várt hatás még a negyedik-ötödik napon sem következett be, akkor nem kezdheti meg azonnal egy másik digitaliskészítmény adagolását, mert a beteget a mérgezés-cumulatio-veszélyének teszi ki.

Némelykor tehát egy-egy beteg felgyógyulása vagy elpusztulása a használt digitalis jóságától, hatóanyagtartalmától függ.

A digitalislevelek hatóanyagtartalma már most nagyon ingadozó: nagy befolyással van erre már a termelőhely, az időjárás; de különösen a szárítástól és eltartástól függ a dróg jóssága. Ha a drógot nem kellő gondal szárítják, ha a gyógyszerárban nem tartják úgy, mint a hogy gyógyszerkönyvünk előírja, akkor hatékonyságát rövid idő alatt elveszti.

Nincsen olyan vegyi módszerünk, melylyel a digitalis hatóanyagtartalmát, erősségét meg tudnók határozni, mert a használatos Keller-Fromme-féle meghatározásnál csakis a dróg digitoxintartalmát mérjük több-kevesebb pontossággal, pedig ezenkívül a többi glykosidának (digitalein, gitalin) is nagy része van a digitalislevél és készítményei hatásában. Ezért a digitalislevél hatékonyságát, erősségét csakis farmakologiai kísérletek segítségével állapíthatjuk meg. Ilyen módon titrált drógot több külföldi cég hoz forgalomba (Caesar és Loretz, Siebert és Ziegenbein); de ennek tartását gyógyszerkönyvünk nem kívánja s ezért farmakologiailag titrált digitalis-levelet vajmi ritkán fogunk gyógyszerárainkban találni. Azt sem szabad teljesen figyelmen kívül hagynunk, hogy még jó digitalislevélből is kaphatunk rossz infusumot, ha nem kellő gondal készítik.

De még a jó drógból készült, jó infusumnál is jobb, előnyösebb a jó digitaliskészítmény. Mert a dróg, az infusum sok *henye anyagot* tartalmaz, melyek az orvoslás szempontjából értéktelenek, sőt károsak, mivel a hatékony anyagok felszívódását gátolják és a gyomrot s béltractust feleslegesen izgatják, sőt ez az izgatás olyan nagyfokú lehet, hogy érzékenyebb egyéneken hányást okoz s ezzel a további belső adagolást lehetetlenné teszi. Ezen izgató anyagok között legfontosabbak a digitalislevélben lévő saponintestek (digitonin), a digitaliskészítményeket tehát elsősorban ezektől kell megtisztítani. Régebben azt hitték, hogy ezen saponinanyagok jelenléte fontos, mert ezek eredményezik azt, hogy a vízben oldhatatlan digitoxin a vizes oldatba átmegy: a levélből vízzel kivonható. Gottlieb és Tannbach¹ mutatta ki, hogy a digitalislevél a digitoxint nem tartalmazza szabadon, hanem csersavhoz kötve mint *digitoglykotannoidot* vagy *digitotannoidot*. Ez a csersavas vegyület pedig vízben könnyen oldódik. Tehát a régebbi nézet téves, nem a saponintestek érdeme az, hogy a vízzel a digitoxin kivonható, hanem az infusum ezt mint könnyen oldódó csersavas glykosidát tartalmazza oldva.

Ezzel meg van adva a lehetősége annak, hogy a digitaliskivonatot a saponintestektől megtisztítsuk, a nélkül, hogy a hatékonyságát, a vízben való oldékonyságát csökkentenők.

Tudomásom szerint eddig egyedül a digipuratum nevű készítmény olyan, a melyből a saponintestek nagyrészt elvannak távolítva. Ezt oly módon készítik, hogy a digitalislevelek alkoholos kivonatából aetherrel a digitoxint kicsapják. Az alkohol-aetheres oldatot bepárologatják, a chlorophylltől petroleumaetherrel megtisztítják s azután tejszukorral állandó hatékonyságra higitják.

Richter Gedeon, igen szellemesen, a digitaliskivonatok megtisztítására a saponinanyagok azon tulajdonságát használta fel, hogy a cholesterin megköti őket s különösen a digitonint, alkoholos oldatból quantitative kicsapja. Körülbelül a következő módon jár el: A digitalisleveleket alkohollal kivonja, a kivonatot vacuumban besűriti s vízben oldja, hogy a chlorophylltől megtisztítsa, a vizes oldatot besűriti és alkohollal felhigitja. A megsűrt alkoholos oldatból a digitoxint pontosan kiszámított mennyiségű cholesterinnel kicsapja; néhány óra múlva szűri, esetleg faszénnel szinteleníti. Végül vacuumban besűriti, s tabletták készítésére tejszukorral keveri. *Igy készül az adigan*, mely folyadékban és tablettákban kerül forgalomba.

A folyadék, melyet a cég megvizsgálás végett rendelkezésemre bocsátott, 1 cm³-es phiolákban van s a cég szerint 1 cm³ belőle 0.2 gr. digitalislevélnek felel meg. Teljesen tiszta, átlátszó, halvány sárga színű, erősen keserű ízű folyadék: A digitoxin reakcióit jól adja, de digitonint nem tartal-

maz; a Keller-féle kémlést nem mutatja. 5 cm³ folyadékban, mely 1 gr. digitalislevél hatóanyagát tartalmazza, száraz maradéka csak 0.172 gr. Ugyanennyi digitalislevélből készült 10%-os infusum száraz maradéka 0.377 gr.; 1 gr. drógnak megfelelő tincturáé pedig legkevesebb 0.35 gr. 10 cm³ „Digital“ Golaz 0.562 gr. száraz maradékot tartalmaz, holott körülbelül csak 1 gr. drog hatóanyaga van benne. Az adiganfolyadék tehát sokkal kevesebb *henye anyagot* tartalmaz, mint az infusum, tinctura digitalis, vagy a „Digital“ Golaz.

De az adigan tisztítása nem történik a hatékony anyagok rovására, azokból semmi sem vész el, sem nem bomlik el, mert az *adigan-folyadék teljesen egyenlő erős hatású a megfelelő koncentrációjú digitalis-infusummal*.

Az adigan összehasonlítására olyan digitalislevélből készült infusumot használtam, melynek erősségét a Caesar és Loretz cég vizsgálta és a Focke-féle eljárással 4-es valorúnak találta. Ebből a drogból Focke² előírása szerint készítettem 10%-os infusumot s az adigant is kétszeresen felhigitottam, hogy az is 10%-os oldat legyen.

A kísérlethez gyepi békákat használtam, melyeket kis békapadra kikötöttem s a mellkasukat felmetszve, a szívüket láthatóvá tettem. 10 percz múlva a két czombnyiroktömlőbe elosztva fecskendeztem az oldatokból 0.6—1 cm³-t s pontosan megfigyeltem a szív systolés megállásának idejét. Természetesen mindazokra a cautelákra, melyeket Focke megkíván, különösen a hőmérséklet állandóságára, pontosan figyeltem, mert csak ezek megtartásával lehet kielégítő eredményeket kapni. Ha a béka súlyát (*p*) elosztjuk a befecskendezés idejétől a szív megállásáig eltelt idő (*t*) és az adag (*d*) szorzatával, akkor egy számai kapunk, melyet Focke „valor“-nak nevez s a mely mutatja a digitaliskészítmény erősségét.

Béka súlya (p)	Vizsgált anyag	Dosis (d)	Idő (t)	Valor = $\frac{p}{d \cdot t}$	
37.5	Infus. digitalis 10%-os	0.6 cm ³	14.5'	4.27	Közép-értékben V = 4.16
45.5		0.6 "	17	Kiiktatom	
50.0		1.0 "		4.0	
36.0		0.6 "	12.5	4.28	
51.0		1.0 "	14	4.26	
40.0		1.0 "	12	4.0	
42.0	Adigan-folyadék kétszeresen higitva	1.0 cm ³	10	4.2	Közép-értékben V = 4.58
39.0		0.8 "	11	4.0	
32.0		0.6 "	11	4.8	
50.0		1.0 "	10	5.0	
36.0		0.8 "	9	4.7	

Tehát a vizsgált adiganfolyadék legalább éppen olyan erős hatású, mint a jóminőségű digitalislevél.

A következő feltétel már most az, hogy az adigan mindig egyenlő erős legyen, hatékonysága ne ingadozzon. Ez csak úgy érhető el, ha a cég a különböző alkalmakkor előállított folyadékot mindig egy bizonyos erősségre állítja be, a mi csakis farmakologiai titratio segítségével történhetik. Csak a Focke-féle valor meghatározása egyáltalán nem lehet elégséges, mert a különböző időszakokban végzett kísérletekben a békák digitalis iránti érzékenysége nagyon különböző lehet. Ezért szükséges, hogy a készítmény hatékonyságát mindig egy állandó erősségű oldattal hasonlítsuk össze. Focke ebből a célból olyan digitalislevélből készült infusumot használ, melynek erősségét egy régebbi alkalommal végzett vizsgálatkor megállapította. Eltekintve, hogy a hosszabb tartás alatt a digitalis hatékonysága csökkenhet, még az infusum erőssége is ingadozhatik az elkészítés módja, a szűrés stb. szerint. Ezért én sokkal czélszerűbbnek tartom azt, hogy a készítményt egy teljesen tiszta, kristályos állapotban kapható glykosidához, pl. a *strophantin* Thoms-hoz hasonlítsuk, mert ezen glykosida friss oldata mindig egyforma hatású.

A Focke-féle valor kiszámításának sok hibája van: a)

¹ Gottlieb und Tannbach: Ueber Digipuratum. Münchener mediz. Wochenschrift, 1911, 1. szám.

² C. Focke: Archiv d. Pharmacie 241. k., 128. l., 669. l.; 245. k., 646. l.; 247. k., 544. l.; 248. k., 345. l.; 249. k., 323. l.

Focke szerint csak azokat a kísérleteket használhatjuk a valor kiszámításához, a melyekben a szív legalább 15' alatt megáll, sőt újabban már csak 10—12'-et enged meg. Ilyen rövid idő pedig nem elegendő arra, hogy a befecskendezett oldatból a hatóanyag mind felszívódjon.

b) A béka súlyának, még inkább a szív megállás idejének nincs olyan döntő befolyása, mint a melyent a valor kiszámításakor feltételezünk, pl. ha egy 40 gr.-os béka szíve 1 cm³ oldattól 10 percz alatt áll meg, akkor $V = \frac{40}{1 \cdot 10} = 4$, de ha 11 percz alatt, akkor már csak $V = 3 \cdot 63$, ellenben ha 9 percz alatt, akkor $V = 4 \cdot 55$. Tehát 1 percz differentia 10% változást okoz a valor értékében.

Már pedig Schmièdeberg, Trendelenburg kísérleteiből kitűnik, hogy ugyanaz az oldat még a kimetszett, túlélő szíveken is 2—3 percz különbséggel okoz systolés megállást, pedig itt még a felszívódás gyorsaságának ingadozása is ki van zárva.

c) Bármilyen erős digitalisfolyadék a túlélő, kimetszett szívet is csak 7—10 percz alatt állítja meg systolében; ezt az időt az adag emelésével nem lehet megrövidíteni.

Természetesen ugyanez áll a bőr alá fecskendezett digitalis-folyadékra is, éppen ezért egy nagyon erős folyadékknak a valorja egyenlő lehet egy sokkal gyengébbével.

Ezeket a hibákat kiküszöbölhetjük egészen, ha lemondunk a Focke-féle valor kiszámításáról s megelégszünk annak a megállapításával, hogy a készítmény milyen strophantin-oldattal egyenlő erős hatású, mert akkor nem kell ragaszkodnunk ahhoz, hogy a szív 10—12 percz alatt álljon meg systolében, hanem az összehasonlítást végezhetjük olyan gyenge oldatok között, melyek 20—30 percz alatt okoznak systolés szív megállást.

A béka súlya	Vizsgált oldat	Adag	Idő	A béka súlya	Vizsgált oldat	Adag	Idő
46 gr.	Strophantin Thoms 1 : 5000 hígítás	0·8 cm ³	13 percz	38 gr.	Adigan-folyadék két-szeresen hígítva	0·6 cm ³	9½ perc
50 "		0·8 "	15 "	30 "		0·5 "	18 "
40 "		0·8 "	12 "	28 "		0·4 "	17 "
34 "		0·6 "	14 "	30 "		0·3 "	18 "
39 "		0·4 "	19 "	33 "		0·3 "	20 "
28 "		0·4 "	15 "	29 "		0·3 "	20 "
31 "		0·4 "	20 "	36 "		0·3 "	27½ "
35 "		0·3 "	20½ "	32 "		0·3 "	20 "
33 "		0·3 "	26 "	29 "		0·3 "	19 "
27 "		0·3 "	18½ "	36 "		0·3 "	21 "
34 "		0·3 "	21 "				
36 "		0·3 "	23 "				
30 "		0·3 "	20 "				

Tehát a kétszeresen hígított adigan-folyadék 0·3 cm³-e körülbelül egyenlő hatású 0·3 cm³ 1 : 5000 hígítású strophantin-oldattal, vagyis 1 cm³ adigan = 1 cm³ 1 : 2500 hígítású strophantinnal. Tehát 1 cm³ adigan olyan erős hatású, mint kb. 0·4 mgr. strophantin.

Ezzel a módszerrel nagyon könnyen és elég pontosan meg lehet határozni az előállított adigan-folyadék erősségét s azt azután a szükséghez képest lehet hígítani annyira, vagy vacuumban besűríteni, hogy 1 cm³ folyadék mindig 0·4 mgr. strophantin Thoms hatásával legyen egyenlő.

Ezek betartása mellett az adigan teljes mértékben megfelel mindazoknak a kívánalmaknak, melyeket egy idealisan jó digitalis-készítménytől várunk: mindig egyforma erős, pontosan adagolható s teljesen meg van tisztítva a gyomrot és belet erősen izgató saponin- (digitonin-) anyagoktól. Ebben a tekintetben az összes külföldi készítményeket felülmúlja, egyedül a digipuratum tartható vele egyenlő jónak.

Tannophen Richter.

Laubenheimer,³ ki igen behatóan foglalkozott a phenolnak és származékainak bacteriumölő képességével, azt tapasztalta,

hogy a chlormetakresol a phenolszármazékok között a legjobban használható, mert igen erőlyes desiniciens s csak nagyon kevésbé mérges. Szerinte a míg a staphylococcusokat 1%-os chlormetakresol már 10 másodpercz alatt elpusztítja, addig 1%-os phenol csak 90 percz alatt, 1/100-os sublimat csak 30 percz alatt, 2%-os lysol pedig 5 percz alatt. E mellett a chlormetakresol alig mérges; a tengeri malacot csak 8½ gr. (pro 1 kgr. testsúly) adagban öli meg.

A Richter-czég Laubenheimer kísérletei alapján kezdte meg az orvosi gyakorlatba ezt az ártalmatlan és erős desiniciens bevezetni. Külső használatra 50%-os szappanos oldatát *lysochlor* néven hozza forgalomba.

A czég ezzel nem elégedett meg, hanem igyekezett a chlormetakresolnak olyan vegyületét előállítani, hogy azt belsőleg lehessen adagolni. Ennek természetesen az a feltétele, hogy a chlormetakresol vegyülete a gyomorban ne változzon, azt ne izgassa, hanem csak az alkális bélnedvben bomoljon el, szabaduljon fel belőle a hatékony chlormetakresol, hogy így a bélben fejthesse ki erős desiniciáló hatását.

A priori ezt a czélt legkönnyebben a chlormetakresol salicylsavesterének előállításával lehet elérni, mert hiszen nagyon valószínű, hogy ez a vegyület éppen úgy, mint a salol (salicylsavas phenylester) a bélben elbomlik salicylsavra és chlormetakresolra. Fájdalom, ebben a vegyületben csalódunk; kísérleteim folyamán, melyeket részben kutyán, részben magamon tettem, kitűnt, hogy a bevett chlormetakresol-salicylsavester legnagyobb része a bélben nem hasad el. A vizeletben mindössze a beadott esternek megfelelő salicylsavnak csak 5—12%-át tudtam megtalálni, pedig, mint ismeretes, a salicylsav különben csaknem quantitative választatik ki a vizelettel.

Időközben a czég előállította a chlormetakresol, csersav és formaldehyd condensációs termékét: a *tannophent*. Ez sárgásbarna, könnyű por; szaga, íze nincsen; vízben nem oldódik, de lúgok könnyen oldják.

A kiváló adstringens hatású csersavat kiterjedten használják bélhurutok, diarrhoeák stb. gyógyítására. A tiszta csersav vizes oldatának kellemetlen összehúzó íze van és a nyálkahártyákat erősen izgatja, sőt edzi is. Régebben úgy segítettek ezen, hogy a csersavat colloidalis anyagokat bőven tartalmazó főzetekben adták, hogy ezek a colloidalis anyagok a nyálkahártyákat megvédjék. Újabban azonban olyan csersav-készítményeket állítanak elő, melyek vízben oldhatatlanok, ezért a gyomron változatlanul haladnak át, s csak a lúgos bélnedvben hasad le belőlük lassanként a csersav.

Ilyen vegyületek a *tannigen* (csersavas acetyl), a *tannophen* (a tannin és formaldehyd kondenzálásakor keletkező methylenitannin), a *tannalbin* (csersavas fehérje) stb. Mind-ezekben a külföldi készítményekben csakis a csersav hatékony, ezek antisepsiszes anyagokat nem tartalmaznak, pedig világos, hogy bélhurutok gyógyításakor nagyon hasznos lenne egy desiniciens, mely ha nem is pusztítaná el a bél bacteriumfloráját, legalább annak túlságos elszaporodását meggátolná.

Eppen ezért az előbbieket pótlására hivatott magyar *tannophent* határozottan az előbbieket fölé kell helyezni, mely egy nagyon erőlyes desiniciens, — chlormetakresolt — is tartalmaz. Az előbbi csersavvegyületeket — a tannigent, tannophent — külsőleg is kiterjedten használják mint hintőporokat fekélyekre, sebekre, bőrbetegség eseteiben, izzadáskor stb.; természetesen erre a célra is sokkal jobban megfelel a tannophen, mely összehúzó és szárító hatása mellett még fertőtleníti is a fekélyeket stb.⁴

Bátran ajánlhatom a tannophen mint beladstringensnek és desiniciensnek klinikai kipróbálását, mert meggyőződésem, hogy még hosszasan és nagy adagokban adva sem okoz mérgezés-tünetet.

2650 gr. súlyú nyúlunk folyó év márczius 14.-étől 30.-áig naponta 1 gr. tannophent adtam a gyomrába szondán keresztül. Tehát összesen 17 gr.-ot. Ezalatt az állat testsúlya 100 gr.-mal csökkent, de egészen egészséges maradt, étvágya

³ K. Laubenheimer: Phenol und seine Derivate als Desinfektionsmittel. Wien, 1909.

⁴ Klein Arthur: A tannophen. Gyógyászat, 1913, 21. szám.

nem romlott, vizeletében fehérjét, cukrot nyomokban sem találtam.

2500 gr.-os nyúl márczius 26.-ától 30.-áig naponként 6 gr. tannophent kapott gyomrába. Tehát öt nap alatt 30 gr.-ot. Mégis az állat teljesen egészséges maradt, csak az étvágya csökkent, ezért 150 gr.-ot lefogyott; vizeletében fehérjét, cukrot nem találtam. A tannophen kihagyása után étvágya csakhamar helyreállt és eredeti testsúlyát visszanyerte.

Tehát a tannophen nem mérges béladstringens és desin-ficiens, mely kiválóan alkalmas a külföldi hasonló készítmények (tannigen, tannoforn, tannalbin) pótlására, sőt ezeket abban a tekintetben felülmúlja, hogy az összehúzó hatása mellett chlormetakresol-tartalma miatt erősen fertőtleníti. Adaga, úgy mint a többié, 0.20, 0.50, 1.0 gr. lehet.

A glycobrom Richter.

A bromsók kísérleti állatokon nem fejtenek ki jellegzetes hatást, csak igen nagy adagban okoznak mérgezés-tüneteket, ezért egyszerű farmakológiai kísérletekkel nem lehet különböző bromkészítmények hatását összehasonlítani, nem lehet egy új bromkészítményről bírálatot mondani. Szerencsére azonban azok a vizsgálatok, melyekben a bromnak a szervezetben való viselkedését tanulmányozták, a legújabb időkben olyan eredményekre vezettek, annyira felderítették a bromhatás lényegét, hogy ma már biztos kísérleti eljárás áll rendelkezésünkre, melynek segítségével megállapíthatjuk egy új bromkészítménynek therapiás használhatóságát.

Már régebbi vizsgálatok kiderítették, hogy a beadott brom legnagyobb részét a szervezet visszatartja, felhalmozza, s hogy a felszívódott brom nagy része mint ion a vérben kering; természetesen ez az osmosis nyomás megváltozása nélkül csak a vér chloriontartalmának megfelelő csökkenésével lehetséges. Ránk nézve nagyon fontos az a tapasztalat, hogy a bromhatás foka s a bromionok vérben való koncentrációja között szoros összefüggés van, úgy hogy a brom akkor fejt ki teljes hatást, akkor tudja az epileptikus rohamokat meggátolni, a mikor a vér chlortartalmának $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ -át helyettesíti, vagyis mikor a vérben az összes halogen molekulák száma úgy aránylik a brommolekulák számához, mint 100 : 25—33. Hasonlóan változik meg a gyomornedv halogentartalma is, ezért ennek a vizsgálásából meg lehet a bromhatás fokát állapítani (Hoppe⁵). Ha a szervezetben a brom felhalmozódása fokozódik, a vérben az összes halogenbrom-arány emelkedik s akkor mérgezés-tünetek — bromismus — fejlődnek ki. Nyulakon Ellinger és Kotake,⁶ valamint saját kísérleteim szerint is akkor jelentkezik súlyos ataxia, mikor a vérben 100 molecula halogen között 40—45 molecula brom van. Ha ilyen nyúlnak nagymennyiségű chlort adunk, akkor a vér bromtartalma csökken s ezáltal a mérgezés-tünetek megszűnnek (Wyss⁷). Ha a brommal együtt sok chlort is adunk, akkor a vérben a brom nem halmozódik fel, mérgezés nem fejlődik ki; viszont ha chloreszegény táplálékot adunk, akkor a brom rohamosabban szaporodik a vérben, a brom hamarabb hat, de hamarabb is jelentkezik bromismus.

Frey⁸ mutatta ki, hogy a bromretenciónak az az oka, hogy a vese nem tesz különbséget a chlor- és bromionok között, hanem olyan arányban választja ki őket, mint a milyenben a vérben keringenek. Ha egy állatnak bromnatriumot adunk, akkor a vér halogentartalma növekedik. Legyen a rendes halogentartalom 100 molecula s ez a felszívódott brommal növekedjen 10-zel 110 molekulára. A vese azonban az eredeti halogentartalmat vissza igyekszik állítani s ezért 10 molecula halogent kiválaszt s mivel a chlor és brom között különbséget nem tesz, abban az arányban fogja a ket-

tőt kiválasztani, a milyenben a vérben voltak, tehát a chlorból $(110 : 100 = 10 : x ; x = \frac{100 \times 10}{110})$ 9.09 molekulát, a bromból pedig csak 0.91 molekulát; a vér tehát 90.91 mol. chlort s 9.09 bromot tartalmaz; ha most újból felszívódik 10 mol. brom, akkor a vese $(110 : 90.91 = 10 : x)$ 8.26 mol. chlort s 1.74 mol. bromot választ ki s a vérben 82.65 mol. chlor s 17.35 mol. brom marad s így tovább. Ily módon könnyen kiszámíthatjuk azt is, hogyan alakul a brom-és chlor együttes felszívódásakor a vér halogentartalma. Legyen a vér halogentartalma 100 és szívódjon fel először naponta 20 mol. chlor és 10 mol. brom (I.), másodsor 15 mol. chlor és 15 mol. brom (II.) s végül 20 mol. chlor és 10 mol. brom. (III.)

Nap	I. 20 m. Cl + 10 m. Br.			II. 15 m. Cl + 15 m. Br.			III. 10 m. Cl + 20 m. Br.		
	vize- letben brom	vérben		vize- letben brom	vérben		vize- letben brom	vérben	
		chlor	brom		chlor	brom		chlor	brom
1.	2.3	93.3	6.7	3.46	88.46	11.54	4.61	84.61	15.39
2.	3.85	87.15	12.85	6.12	79.58	20.42	8.16	62.77	37.23
3.	5.27	83.42	16.58	8.17	72.48	27.52	11.66	54.43	45.57
4.	6.13	79.55	20.45	9.75	67.5	32.5	15.13	49.56	50.44
5.	7.03	76.58	23.42	10.19	62.69	37.31			
6.	7.71	74.29	25.71	12.07	59.76	40.24			
7.	8.24	72.43	27.47	12.74	57.5	42.5			
10.	9.3	66.68	30.31						
15.	9.81	67.47	32.53						
17.	9.9	67.13	32.87						

Tehát minél nagyobb a brom adagja a chlorhoz viszonyítva, annál rohamosabban fokozódik a vér bromtartalma, pl. az I. esetben a vérben a szükséges therapiás koncentráció csak a 6. napon éretett el, a II. esetben a 3. napon, a III. esetben pedig már a 2.-on. A vér bromtartalma mindaddig növekszik, míg a vérben a chlor és brom közötti arány egyenlő a felszívódó chlor és brom közötti aránnyal. Ebből következik, hogy ha az utóbbi a mérgező arány (60 chlor és 40 brom) alatt van, akkor a mérgezés — bromismus — nem következhet be (I.). Tehát (a chlorbevitt egyenlőnek véve) kis adag brom használatának hátránya, hogy a gyógyító hatás később áll be, előnye, hogy bromismus nem jelentkezik, viszont nagy adag brom mellett a hatás gyors, de mérgezés is hamar következhet be.

A bromtherapiának tehát a feladata és célja a vér és szövetek halogentartalmának megváltoztatása: a bromionok felhalmozása s a chlorionok csökkentése.

Ezt a célt a legkönnyebben a bromsókval érhetjük el, mert ezek tartalmazzák a legtöbb bromot (a kaliumbromid 67%, a natriumbromid 77%, az ammoniumbromid 81% bromot tartalmaz), vízben könnyen oldódnak, gyorsan szívódnak fel, a vér bromion-tartalmát gyorsan növelik, de éppen ezért könnyen s hamar válik túlságos magassá a bromion-tartalom: hamar jelentkezik bromismus.

A betegnek heteken, esetleg hónapokon át kell bromot szedniök, pedig nagyon kellemetlen ezek kesernyés íze, melyet a betegek állandóan éreznek, sőt némelykor olyan erős ellenszenv keletkezik, hogy a további használatukat megnehezíti, sőt lehetetlenné is teheti; e mellett, különösen nagy adagban, a bromsók a gyomor nyálkahártyáját is izgatják s ezáltal étvágytalanságot okoznak.

Ezek a körülmények adják meg azoknak a szerves bromkészítményeknek a létjogosultságát, a melyek íztelenek és a gyomrot nem izgatják.

A fentebbiekből következik, hogy csak azok a szerves bromvegyületek használhatók a bromtherapiában, a melyekből a bromionok szabadulnak fel s hogy alkalmasságukról, jóságukról biztos felvilágosítást nyújt annak a megvizsgálása, hogy adagolásuk alatt a bromionok a vérben és szövetekben mennyire halmozódnak fel a chlorionok rovására.

Az eddig forgalomba került bromkészítmények aránylag kis %-ban tartalmazzák bromot. Ez magyarázza meg, hogy

⁵ Zentralblatt für Neurologie, 1906, 994. lap.

⁶ Archiv f. exp. Pathologie und Pharmakologie, 1911, 65. kötet, 87. lap.

⁷ Archiv für exp. Path. u. Pharm. 1906, 55. kötet, 282. lap és 1908, 59. kötet, 186. lap.

⁸ Frey: Zeitschrift für exper. Pathologie und Therapie, 1910, VIII. kötet, 29. lap.

Az állatok naponta 1 kg. testsúlyra számítva 0.40 gr. bromot kaptak.

A vérvétel napja	Natriumbromid			Sabromin			Glycobrom		
	100 gr. vér tartalmaz		Tehát az összes halogenmolekulák aránya a bromhoz	100 gr. vér tartalmaz		Tehát az összes halogenmolekulák aránya a bromhoz	100 gr. vér tartalmaz		Tehát az összes halogenmolekulák aránya a bromhoz
	chlor	brom		chlor	brom		chlor	brom	
A mérgezés 9. napja	0.2144	0.408	100 : 45.7	0.3722 0.3166	0.102 0.116	100 : 13.3 100 : 14	0.3087	0.158	100 : 18.4
18. napja							0.2269	0.3419	100 : 40*

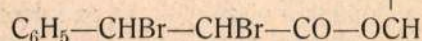
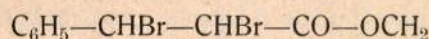
* Ez az állat 5 nap óta naponta 1 gr. bromot pro 1 kg. kapott.

velük teljes bromhatást csak nehezen lehet elérni, de viszont — éppen a kevés bromtartalmuk miatt — ritkán okoznak bromismust:

Bromeigon	11%	bromot tartalmaz
Bromokoll	20%	" "
Bromipin	10 és 33%	" "
Bromalin	32%	" "
Sabromin	30%	" "
Fahéjsavesterdibromid	48%	" "

A bromalkaliák bromtartalmát legjobban tehát a fahéjsavesterdibromid közelíti meg. Ezt a vegyületet a bromtherapiában jól lehetne használni, ha nem volna kellemetlen, fahéjsavesterre emlékeztető aromás utóíze. Ez azonban az értékét erősen leszállítja, mert hiszen a szerves bromvegyületek alkalmazásának talán legfontosabb indoka éppen az, hogy velük a beteget az orvosság kellemetlen ízétől akarjuk megkímélni.

Ezen a bajon Richter Gedeon vegyészeti gyára úgy segítette, hogy a vegyület triglyceridjét állította elő, mely teljesen és kb. 50% bromot tartalmaz.



Kísérleteimet⁹ nyulakon végeztem, mindegyiknek naponta a testsúly egy kg.-jára számítva 0.40 gr. bromot tartalmazó adagot adtam. A vizeletet két-két napon gyűjtöttem össze és határozta meg a halogen- és bromtartalmát. Rendesen a vizelet egyharmadát bepároltam és natrium carbonicummal elégettem, a maradékot vízben oldottam és egy részét az összes halogen meghatározására használtam, a melyet Volhard szerint rhodanammoniummal titráltam, a másik részében pedig a bromot a Hondo-Wyss-féle eljárással oly módon határozta meg, hogy a kénsavval és kaliumchromattal felszabadított bromot jodkalium-oldatban elnyeltem és az ebből kiváló jodot natriumthiosulfat-oldattal titráltam.

Időnként az állatokból vért vettem és ennek chlor- és bromtartalmát is, a vérnek káliummal és natrium carbonicummal való elégetése után, Volhard illetőleg Hondo-Wyss szerint állapítottam meg. Rendesen két-két meghatározást végeztem és ennek középértékét vettem.

Összehasonlításként két nyúlra natriumbromidot, kettőnek pedig sabromint adtam, szintén 1 kg. testsúlyra számítva, 0.40 gr. bromot tartalmazó adagban. Azért esett az utóbbira a választásom, mert a szerves bromvegyületek között ezt használják a legkiterjedtebben s erről a legkedvezőbbek a vélemények.

Ezekből a kísérletekből megállapíthatom, hogy a glycobrom nem mérgező; még igen nagy adagban adva is csak akkor okoz mérgezés-tüneteket, mikor a belőle leváló brom a vérben a toxikus koncentrációt eléri; a többi bomlástermék a gyakorlatban indifferensnek vehető.

A hexabromtricinnamylglycerin = glycobrom a szervezetben elbomlik, bromidok hasadnak le belőle, ezek a vérben felhalmozódnak s abból velük aequivalens mennyiségű chloriont szorítanak ki. Egy szóval az új készítmény adagolása alatt a vér halogentartalma éppen úgy változik meg, mint a bromnatriumtól. A kettő között csak fokozati különbség van, a mennyiben a bromionnak a vérben való felhalmozódását az előbbi — egyenlő idő alatt — kisebb mértékben idézi elő, mint az utóbbi s a brom a mérgező koncentrációt a vérben csak igen nagy adag mellett éri el.

De még ezt a látszólag hátrányos tulajdonságát is inkább az előnyére kell írunk, mert — a mint láttuk — mérsékelt bromfelszívódás mellett a vérben a brom csak a therapiás koncentrációt éri el, de nem a toxikus, tehát a készítmény hosszú adagolása mellett sem kell a bromismus veszélyétől tartanunk.

Sabromin adagolásakor még sokkal kisebb a vér bromtartalma. Ennek oka, a mint Ellinger és Kotake (l. c.) kimutatta, az, hogy a felszívódott sabromin legnagyobb része a test zsírszövetében rakódik le s ezáltal a hatás szempontjából elveszettnek tekinthető.

Különösen alkalmas az új gyógyszer olyan esetekben, a mikor a szervezetet lassan és fokozatosan akarjuk brommal telíteni, vagy pedig a már elért bromhatást akarjuk állandósítani, a nélkül, hogy bromismustól kellene félnünk s a beteget a bromsók kellemetlen ízétől, valamint az étvágytalanságtól meg akarjuk kímélni. Ha pedig gyors és erőlyes bromhatásra van szükségünk, akkor egy pár napig bromalkaliakkal támogathatjuk az új gyógyszert, s ezáltal a vérben a bromionok megfelelő koncentrációját hamar előidézük, azután a bromalkaliákat kihagyhatjuk, mert a hatás állandósítására a glycobromból felszívódó brom is elegendő.

Ezek alapján az új gyógyszernek beteg emberen való kipróbálását melegen ajánlhatom, mert legalább is olyan jó, mint a külföldi szerves bromkészítmények. Az indiciói ugyanazok, mint a bromalkaliáké és más szerves bromkészítményeké. Tekintve, hogy 50% bromot tartalmaz, az adagot csak kevéssel kell magasabbra venni, mint a kaliumbromidét, melyben 67% brom van.

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

Az alsó kagyló sebészete.

Irta: Réthi Aurél dr., operateur, egyetemi tanársegéd.

Ha tekintetbe vesszük, hogy az orrkagyló mily nagyfontosságú szerepet visz, úgy természetesnek fogjuk találni, hogy az orr nyálkahártyáját, a kagyló legfontosabb physiologiás részletét nem szívesen áldozzák fel. És mégis nem is oly régen a radicalis conchectomia még divatját járta. A beteg nem kap levegőt, tehát az egész akadályt minél tökéletesebben ki kell irtani. Ezután kapott már a beteg levegőt, csak-hogy többet a kelleténél. Hiszen ismeretes, hogy az ilyen radicalis beavatkozás után rhinitis sicca állhat be; s ha ozaena nem is szokott kifejlődni, mégis felemlítem, hogy Fränkel kifejezett ozaenát is látott ily esetekből kifolyólag.

⁹ Issekutz: Ueber Glycobrom, ein neues organisches Brompräparat. Therapeutische Monatshefte, 1913, 6. f.

A rhinitis sicca postoperativa élesen megkülönböztetendő az orroperációkat közvetlenül követő gyuladással állapotól, a mely pörkképződéssel jár és múlt következménye a műszerek által kiváltott irritációnak, a mely az operált, de nem kevésbé a nem operált nyálkahártyarészleteken is szokott mutatkozni. Hisz az természetes, hogy a bevezetett műszerek az orr gyengéd nyálkahártyáján erősebb nyomást és epithellaesiót okoznak. De ehhez társul még a cocain-adrenalin-hatás is.

A valódi postoperatív száraz hurut hosszabb-rövidebb idő után következik be, tehát jelentkezésének ideje és a műtét között intervallum van közébeiktatva, mely alatt a beteg teljesen jól érzi magát. De ez a hurut nem átmeneti jellegű s rendszerint ráterjed a garatra és a gége. Mindenesetre vannak szerzők, kik ezt a hurutot nem ismerik el. Érdekes szempontból *Preysing* véleménye, ki a magyar fordításban szintén megjelent *Wullstein-Wilms*-féle sebészeti tankönyvben írja: „Ha az alsó kagyló nemcsak lágyrészeiben, hanem csontos vázában is megnagyobbodott, oly fokban, hogy az orr üre felé bedomborodott s csupán a nyálkahártya kezelésével nem szerezhettünk elég levegőt, az egész kagylót reszekáljuk.“ Hogy ez az ajánlott conchectomia nem teljesen közömbös, arról magam is meggyőződhettem három esetben, melyekben kifejlődött a postoperatív rhinitis sicca seu atrophica. Be kell azonban vallanom, hogy ismét sok esetben még hosszabb idő múlva is, a legnagyobb nyálkahártyaveszteségek dacára sem objectiv, sem pedig subjectiv kellemetlen tünetek nem jelentkeztek, legfeljebb, hogy az orr túlságos átjárhatóságának érzete mutatkozott. Egy nőbetegemen, ki jobboldali pan-anthritiben szenvedett, kényszerítve voltam a bővített *Denker*-féle műtétet végezni. Megnyitottam a Highmor-üreget, innen eltávolítottam az üreg medialis falát, részben reszekáltam az alsó kagylót, eltávolítottam a processus frontalist, a megfelelő nyálkahártyarészlettel, eltávolítottam a középső kagylót, teljesen kiirtottam az elülső és hátulsó rostasejteket s végül megnyitottam az iköblöt. A betegnek elviselhetetlen kínzó főfájása egy csapásra megszűnt s a nagy sebfelület szépen behámosodott. Három héttel később pörkköszedésnek semmi nyoma sem volt már s az állapot ilyen is maradt.

Látható tehát, hogy a rhinitis atroph. postoperativa az eseteknek csak egy bizonyos százalékában jelentkezik. Lehetséges, hogy az ilyen egyénekben, dacára a nyálkahártya hypertrophiájának, bizonyos hajlam, mondjuk dispositio van a sorvadással orrhurutra.

Harmadik esetem ezt látszik bizonyítani. A betegnek kissé tág orrürege, de egyébként teljesen normalis nyálkahártyája volt. Erős főfájásokról panaszkodott, melyeket a jobb hátulsó rostasejtek genyedése okozott. A mucosát lehetőleg kimélve, a középső kagyló hátulsó végét elvettem, megnyitva a hátulsó rostasejteket s a szintén beteg iköblöt. A fejfájások elmaradtak; a beteg jól érezte magát s három héttel később pörkképződés nélkül gyógyultan elbocsáttattam. Fél év múlva újból jelentkezett. Az operált orrüreg tele volt pörkkökkel; jelen volt pharyngitis sicca s erősen kifejezett laryngitis sicca. Főfájás nincs; melléküreggenyedés nincs. Tehát dacára annak, hogy nagyon kevés nyálkahártyát áldoztam fel, mégis kiváltottam az atrophias rhinitist. Nagyon sok más esetben reszekáltam a középső kagylót, kiirtottam a rostasejteket a nélkül, hogy a legkisebb atrophias jelenség mutatkozott volna. De ha eme operatív esetekben bizonyos dispositiót veszünk fel, úgy utalhatunk arra, hogy sok szerző nézete szerint a spontán atrophias rhinitist is megelőzi egy hyperplasiás állapot. A legutóbbi időben *Baumgarten* és *Alexander* ezen állapotot úgy tekintik, mint a kagyló rövidebb-hosszabb ideig tartó megteleződését, mely idővel csekélyebb fokú s ritkább lesz. Kétségtelen azonban az, hogy a nyálkahártya atrophiaja nagyon kellemetlen következményekkel járhat. Ez bennünket arra utal, hogy a nyálkahártyával, a mennyiben ép, ne bánjunk könnyelműen. De különösen, ha tekintetbe vesszük, hogy a nyálkahártya az infectio ellen lényeges védelmet biztosít, hogy a meghűléses bántalmakkal szemben physiologiás működése által védi a szervezetet: örömmel üdvözlünk minden olyan eljárást, mely annak kimélését lehetővé teszi.

Normalis nyálkahártyával fedett kagylót tehát nem reszekáljuk ollóval, mert ezáltal az ép nyálkahártya egy részletét is eltávolítottuk. Természetesen egészen más megítélés alá esik a hypertrophiás rhinitis. Ez véleményem szerint főleg a gyermekkorban az esetek egy részében ugyan a szervezetnek infectio elleni védelmét szolgálja, mégis természetesen nagyrészt chronikusan gyuladt szövet. Többnyire tehát mégis a partialis eltávolítást kell igénybe vennünk ily esetekben, ha a beteg nem kap levegőt, kivéve, ha a hypertrophia nem nagyfokú, avagy conservatív úton is célt érhetünk.

A normalis nyálkahártyával fedett kagyló congenitalis avagy traumás alapon válhat az orr átjárhatóságának akadályává. A trauma természetesen többnyire a septumot éri. A mennyiben tehát a kagylón be kell avatkoznunk, a pathologiai lelethez képest képest két irányban történhetik az meg: 1. A nyálkahártya ép. 2. A nyálkahártya hypertrophiás. A normalis nyálkahártya konzerválása minden esetben lehetséges, jöllehet az akadály teljesen meg lesz szüntetve. Ezt az ideális eredményt két methodussal érhetjük el. Mindkét eljárásnak megvannak azonban az ő jól határolt indicatiói. Az egyik *Killian* eljárása, melyet 1910-ben ajánlott. Egy tompaszögben meghajolt elevatoriumot szerkesztett, melynek segítségével a kagyló egyszerűen lefelé lesz frakturálva. Az eljárás gyors hatása meglepő s egyszerűségénél fogva könnyen kivihető. Ezt az eljárást gyakran végeztem s megfelelő esetben mindig megfelelő eredménnyel. Főleg ama esetekben ajánlatos, hol septumdeviatio volt jelen s a deviatio concavitása az organismus compensatiós törekvésének eredményeként nagy, de különben normalis kagylóval van kitöltve. Az eljárás azonban csak abban az esetben lesz keresztülvihető, ha a kagylónak inkább horizontalis a kiterjedése s így a frakturáláshoz elegendő hely áll rendelkezésünkre. Ha az eljárás helyesen végeztetett el, akkor a kagyló nem tér vissza eredeti helyzetébe. *Killian* az eljárást főleg könnyebb hypertrophiák esetén ajánlja. Régebben az infractiót az ő ismert orrspeculumával, vagy a *Brünings*-féle fogóval hajtotta végre.

Másként alakulnak a viszonyok, ha az infractio a kagylónak nagysága és alakulata miatt nem vihető keresztül. Ez az eset áll fenn, ha a kagyló horizontalis lapja megtörve, hatalmas verticalis lapot alkot. Ily esetekben hiába próbáljuk a kagylót frakturálni, ez nem sikerül, mert a lehágó lap megakadályozza. Ilyenkor lép teljesen jogaiba a *Zarniko*, *Stuart*, *Löw* stb. által ajánlott *submucosus turbinotomia*. *Zarniko* ajánlatára az eljárás a következő módon hajtható végre: Harántmetszés az alsó kagyló elülső végén, melylyel a nyálkahártyát a csontig átvágjuk. Ezután a nyálkahártyát megfelelő raspatoriummal lefejtjük a kagyló convex oldalán s egy gombos késsel a nyálkahártyát belülről kifelé átmetszszük. Most leemeljük a nyálkahártyát a concav felszínről. A kagylócsontot lecsípjük, avagy letörjük, a mennyire szükséges. Végül a nyálkahártyalebenyeket reponáljuk.

E műtétet a fenn vázolt indicatiók mellett 10 esetben végeztem. A műtét alkalmával *Zarniko* leírását követtem. Tapasztalataim szerint nagyon fontos cocain-tonogen-kezeléssel a nyálkahártya minél tökéletesebb zsugorodását és anaemiáját előidézni s ennek megtörténte után 1%-os novocain-oldattal lehetőleg a csont és a periosteum között bő infiltrációt végezni. Ezzel elérjük azt, hogy a vérzés a minimumra redukálódik, másrészt, hogy a nyálkahártya leemelése könnyűvé válik. A két nyálkahártyalebeny simán egymásra fekszik s néhány nap múlva meggyógyul. 8—10 nap múlva rendszerint szép, simán gyógyult területet kapunk.

A mi a műtét eredményeit illeti, a légátjárhatóságot illetőleg teljesen kielégítő. A tíz eset közül 6 esetben a submucosus turbinotomiát septumresectióval kapcsolatban végeztem, még pedig 4 esetben közvetlenül a septumresectio után és két esetben 8 nappal a septumresectio előtt. Ha a septumresectio nem nagyon komplikált, a kettőt 20 perc alatt elvégezhetjük. Kellemetlen utóhatást nem észleltem. A kellemetlen pörkképződés teljesen elmaradt. Ez ellentmond *Friedrich* nézetének, a ki a rhinitis postoperativa sicca okát a csontszövet laesiójában véli megtalálni. Könycsorgás nem volt műtétim után.

Hangsúlyoznom kell, hogy a jelzett eljárás értékes útát jelöl meg a nagyon szűk orrüreg tágitására, a nélkül, hogy a nyálkahártyát fel kellene áldozni.

A submucosus turbinotomiától meg kell különböztetnünk a rhinitis hyperplastica submucosus kezelését, melyet *Linhart* és *Kyle* ajánlott. *Linhart* közvetlenül a túltengett kagylórészlet előtt metszést végez, vékony raspatoriumot vezet be lehetőleg közel a csonthoz s a csonttól leválasztja a lágyrészeket a nélkül, hogy a nyálkahártya felszínét megsértené. Némelykor szükséges a *Linhart* ajánlotta ékalakú késsel a periosteumot és a cavernosus plexust elroncsolni. A jelzett manipulációk következtében a szövetekben számos vérömleny keletkezik. Ezek és a consecutiv gyuladás a kagyló lágyrészeinek submucosus elhegesedésére vezetnek. *Rabotnow*, ki az eljárást 30 esetben kipróbálta, csak ama esetekben tudott kielégítő eredményt elérni, melyekben a kagyló cocainozása után annyira összehúzódott, hogy a levegő részére teljesen átjárhatóvá lett. A hol azonban valódi fibromaszerű (*Zarniko*) kagylótúltengés volt jelen, ott nem tudott eredményt elérni. Ezt a methodust gyakorlatilag még nem próbáltuk ki s így nem alkothattunk magunknak praktikus véleményt az értékéről.

De míg normalis nyálkahártya esetén a csonton s csak a csonton végzem a therapiás beavatkozást, addig rhinitis hypertrophica esetén a nyálkahártya s csakis a nyálkahártya a chirurgikus beavatkozásunk tárgya s legfeljebb egy keskeny csontsávot távolítunk el. A legideálisabb eljárásnak tartom az egyszerű olló-kacs-operatiót. A legutóbbi időben ajánlva lett a nyálkahártyából egy ékalakú szalag kivágása; de úgy tapasztaltam, hogy bár a műtét ezen alakja technikailag nagyon elegáns, mégis ollóval s kacsccsal a műtét sokkal gyorsabban elvégezhető s az eredmény semmi esetre sem rosszabb, sőt úgy gondolom, biztosabb.

A régiebb methodusok közül a galvanokaustika és az elektrolysis ismeretes. Az elektrolysisnek főleg *Bresgen* a szószólója. Ha az elektrolysiset használjuk, mindenesetre az ő eljárását ajánlatos követni. *Bresgen* négy tűt alkalmaz. Az első a kagyló concav oldalára jön, a második a kagyló szabad szélén applikáltatik oly módon, hogy a tű vége a kagyló hátulsó végét érje. A harmadik tű az alsó kagyló convex felszínén fut végig, míg a 4. tű a középső orrjáratban helyeztetik el. Két-két tűt egy híddal köt össze, azután az egyik pár az anoddal, a másik pár a kathoddal lesz összekötve. Eleinte 5 milliampèret ereszt a tűkön keresztül és azután 35—40 milliampèret. Növeli az áramot. 8—10 perc múlva az áram irányát megfordítja. Az ülés 15 perczig tart. De nem valószínű, hogy az eljárás túlságosan nagy elterjedést nyerhetne, bár maga az elektrolysis, mint olyan, kiváló methodus, de az orrban más eljárással sokkal gyorsabban végezhetünk; az utókezelés is elnyúlt és a beteg rendszerint addig, míg a demarcatio nem történt meg, nem kap elegendő levegőt. Ez okból az elektrolysis csak ama esetekben alkalmazom, a mikor a beteg a véres mütéttől degenkedik és conservativ eljárással nem érhetek célzt.

A mi a galvanokaustikát illeti, *Killian* a következőképen nyilatkozik róla: „Az edzésre és a galvanokaustikára visszatérni, tehát egy lépést hátrafelé tenni, arra nem tudtam magam rászánni.“ Ily elítélőleg nem tudok a galvanokaustikáról nyilatkozni. Ambulantiánkon alkalmaztuk néha rhinitis nervosa esetén, valamint a kagyló tiszta vasomotoros megduzzadásánál.

Trichlor-ecetsavval való edzést, avagy lapissal és chromsavval való maratást e czélből sohasem használunk. Ha kistokú túltengés esetén conservative akarunk eljárni, 3—5%-os arg. nitr.-oldattal, protargoltamponálással kezeltük a kagylót.

A jelzett indiciókat követve, a pathologiailag elváltozott, avagy hatásában pathologiai orrkagylóval szemben mindig kielégítő eredményeket értünk el.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Hofmeister: Der Kohlehydratstoffwechsel der Leber. Sammlung der von der Nothnagel-Stiftung veranstalteten Vorträge. No. 1. Wien, 1913, Urban und Schwarzenberg.

A szerző előadásának tárgya a májban folyó glykogenkészítés. *Ishimori* japáni tanárral együttesen a *Best*-féle karminfestéssel a glykogen elhelyeződését a máj sejtjeiben tanulmányozva azt találta, hogy a glykogen elosztódása szénhydratban bőséges táplálék használata után a májlebenszövetekben egyenletes; ha azonban lassan glykogenben szegénynek lesz a máj, a glykogen elsősorban a májlebenszövetek peripheriájáról tűnik el és csak a lebenszövet elválasztó kötőszövetes váz mentén, nemkülönben a lebenyke centralisan fekvő sejtjeiben marad meg. A dolog magyarázata egyszerű: a czukorban szegény vér árama először is a lebenyke peripheriáján fekvő sejteket éri és czukorszükségletét azok glykogen tartalmából fedezi; csak ha már a peripheriás zóna sejtjei glykogenben szegények, kerül a sor a központi fekvő sejtekre. A kötőszövetes váz mentén fekvő sejtek glykogen tartalma az interlobularis kötőszövet erekben szegény volta miatt szintén tovább tudja megőrizni glykogen tartalmát.

A mi a glykogen felhalmozódását illeti, az valószínűleg a lebenyke összes sejtjeiben egyidejűleg történik, mégis bőségesebb a centralis vena mentén, mint a lebenyke peripheriás övezetében. Igen érdekes az a kép, melyet a szerző szénhydratokkal bőven táplált tengeri malacz májából készült metszeteken a *Claude Bernard*-féle piquure után látott; ilyenkor a máj lebenykéjének túlságosan megtelt hajszálerei és gyűjtőerei, nemkülönben kitágult nyirokerei glykogenrögökkel teltek, a minnek megfelelőleg a sejtek glykogenjének jó része hiányzik. A sejtekből kilökött és a vér, nemkülönben a nyirok diastasisos erjesztő hatásának kitétt glykogen csakhamar czukorrá válik: innen a czukorvizelés. E folyamat leghomályosabb pontja a glykogennek a máj sejtjeiből való kilökése, és találónak látszik *Bernard* nézete, ki a májban folyó czukorkészítést a nyáleválasztással hasonlította össze; ugyanis szembeötlő az ú. n. belső elválasztás és a rendes mirigyműködés külső secretiója közötti hasonlatosság. A glykogen tartalomnak a halál után való viselkedéséből pedig az derül ki, hogy a glykogen eleinte nagy mértékben, később azután mind lassabban tűnik el a sejtekből, a mit a fenti mikroszkopos kép eléggé magyaráz és feleslegessé teszi, hogy a glykogennek két eltérő alakját különböztessük meg.

Bővebben fejtegeti a szerző az α -tejsavból való glykogenképződést és végül arra a következtetésre jut, hogy nemcsak czukorképződés, de czukorbontás a májon kívül más szervekben is folyik.

Halász Aladár.

Lapszemle.

Belorvostan.

Belső vérzések csillapítására szőlőcukoroldatnak gyűjtőérbe fecskendezését ajánlja *E. Schreiber*. *Stühmer* volt az első, a ki gyomorvérzés alkalmával sikerrel alkalmazta. E czélra szőlőcukornak 5—10%-os oldatából 200 cm³-t, sőt többet is lehet alkalmazni. A befecskendezésnek semmi nemű kellemetlen mellékhatása sincs, lázat nem okoz, a vizeletben czukor nem jelenik meg. A hatásmódja azonos lehet hypertoniás konyhasóoldatok intravenás alkalmazásának hatásmódjával. Mindkét eljárás a vér megalvadását elősegíti.

Nemcsak a legkülönfélébb belső vérzések esetén alkalmazható sikerrel, hanem haemophilia eseteiben is. Alkalmazása egyszerűbb, mint az állati savóké, s az anaphylaxia veszélyének hiánya miatt nyugodtabban alkalmazható. (*Die Therapie der Gegenwart*, 1913, 5. füzet.) *Galambos dr.*

A vegetativ idegrendszer viselkedését tüdőtuberculosisban vizsgálta *Deutsch J.* és *Hoffmann O.* Az találták az e czélből megvizsgált 41 esetben, hogy egészen kezdődő,

sőt enyhébb másodfokú esetekben is sympathicotonia mutatható ki, a betegség előrehaladásával a sympathicotonia csökken, míg a harmadik stadiumban vagotonia van tisztán vagy sympathicotoniával kombinált alakban.

A tuberculosis mérge kezdetben a sympathicus-idegrendszer izgató hormonokat produkál, a miben talán a szervezet védőberendezését ismerhetjük fel, később az autonóm idegrendszer tonusa a sympathicus tonuscsökkenése arányában nő.

A pharmacodynamikai hatás vizsgálatára pilocarpint (0.007), adrenalint (0.0007—0.001), atropint (0.0005) használtak a szerzők. (Wiener klin. Wochenschr., 1913, 15. sz.)
Galambos dr.

Sebészet.

A hypophysisnek az elülső koponyagödrön át való feltárásáról ír *Ch. H. Frazier*, a ki *Mc Arthur* eljárását módosította. Lógó fej. Osteoplastikus lebeny készítése után a homlokotáj jobb oldalán a margo supraorbitalist az orbitatető egy darabjával együtt egy darabban eltávolítja s a műtét befejeztével visszahelyezi, az orbita tetejét a for. opticumig eltávolítja. A proc. clinoideusok felett 1 cm.-rel behasítja a durát, az agyat fel, az orbita tartalmát lefelé huzatja s akkor előtte van a chiasma és a hypophysis. 2 esetében sikerrel operált ily módon hypophysiscystát. (Annals of surgery, 1913, január.)
P.

Húgycsődefectusnak a vena saphenával való pótlásáról értekezik *Mühsam*. A szerző által ismertetett eset impermeabilis húgycsőszűkület miatt operáltatott. A kórházba való felvétele alkalmával a beteg már 36 órája nem vizelt; először bougirozást, katheterismust kíséreltek meg, a mi azonban nem sikerült, miért is felsőhólyagmetszést végeztek és retrograd uton próbálták a kathetert bevezetni. Miután mindezzel nem jutott célhoz, urethrotomia externát végeztek s a gáton levő kb. 6 cm. hosszú szűkületet kimetszette. A húgycsőnek mindkét csonkját mobilizálván, összevarrni azt nem tudta. Ezért a vena saphenát kiproparálta s kb. 8 cm. hosszú darabját eltávolította. Finom gummikathetert vezetett az ureteren keresztül a gát sebjebe. A vena darabját a katheterre húzva, ezt a húgycső centralis csonkján át a hólyagba vezette. A vena mindkét végét *Carrel*-varrattal a húgycsőrésszel egyesítette és a sebet teljesen elzárta. A kathetert 3½ hétig hagyta bent, melynek eltávolításával a beteg spontan ürítette vizeletét. Egy év óta a betegnek semmiféle vizeleti kellemetlensége nincs. (Berl. klin. Wochenschr., 1913, 17. szám) *iff. Hahn Dezső* dr.

Gyermekorvostan.

A liszt- és darakása kihasználásáról a csecsemőkörben ír *Pfersdorff* és *Stolte* (Strassburg). Míg a fiatal és kizárólag emlőn táplált csecsemő körülbelül egyforma mennyiségű zsírt és szénhidratot vesz fel, addig a táplálék összetétele a vegyes táplálásra való áttérés alkalmával mindinkább a szénhidratok javára változik. Valószínű, hogy ezen fokozódó szénhidratszükséglet egyenes összefüggésben áll a fokozott izommunkával. Tisztán cukorral nem fedezhetjük ezen szükséges szénhidratmennyiséget, mert ez hasmenésre vezetne. Eppen ezért szorulunk magasabb vegyértékű szénhidratokra, melyeket jobban tűr a csecsemő. A gyakorlatban liszt- és darafőzetek vannak elterjedve; kérdés, hogy az így adagolt szénhidratok teljesen kihasználtnak-e avagy csak azért okoznak kevésbé zavarokat, mert celluloseba zárva részben nem szívódnak fel egészen és bacteriumos erjedésnek kevésbé vannak kitéve. A kérdés eldöntésére a kísérleti csecsemőknek egyetlen szénhidratot, egyszer csak búzalisztet, máskor csak búzadarát adtak. Az ezeken végzett pontos anyagcserevizsgálatokkal a következő eredményre jutottak: Liszt alkalmazásakor a táplálék kihasználása általában valamivel jobb mint dara használatakor, mert utóbbinál a széketétben a cellulose kiürülésével több caloria vész kárba, mint a lisztnél. Szóval

a darakása majdnem éppen úgy használtatik fel, mint a concentrált lisztkása, benne bő szénhidrattartalmú táplálékkal rendelkezünk, mely aránylag nem sok veszélylyel adható, legalább idősebb csecsemőknek. A betegágyánál tett tapasztalatok szerint a szénhidratok rendelkezésekor a kockázat annál kisebb, minél nagyobb az út, mely a hasadáskor a bevett szénhidrat-tól a cukorig vezet. Ha tekintetbe vesszük, hogy a rizsszel és darával való táplálás esetén, a mikor a keményítőmolecula még celluloseval is van körülvéve, a szénhidratok majdnem teljesen felhasználtnak, természetesnek fogjuk találni, hogy ezen tápanyagokat a csecsemők táplálása alkalmával sikeresen alkalmazhatjuk. (Monatsschrift für Kinderheilkunde, 1913, 10. sz.)
Vas J. dr.

Venereás betegségek.

Az ulcus mollere és a Ducrey-féle streptobacillusra vonatkozó klinikai, bakteriologiai és serologiai vizsgálatokat végzett *T. Ito* a breslauer dermatologiai klinikán. Kísérletei igen érdekes és tanulságos eredményt szolgáltatottak. A vizsgálatok elsőben kiderítették, hogy a *Ducrey*-féle streptobacillusokból készített vaccinával intracutan reactiót lehet létrehozni, mely specifikus jellegű s a klinikai diagnosis biztosítására alkalmasnak látszó segítő eljárásaként jöhet szóba. A bubóknak streptobacillusvaccinával való kezelése gyors és jó eredménnyel jár. Föltételezhető, hogy az ulcus mollé kapcsán keletkező bubónak heves tünetei nemcsak egyedül a streptobacillus közvetlen hatásán alapszanak, hanem a szervezetnek egyidejű anaphylaxiás reactióin is. A streptobacillusok tenyésztéséhez szolgáló táptalaj legjobban defibrinált vérrel készíthető. Az is kiderült, hogy a vér- és bouillonkeverék (1:2) jobb folyékony táptalaj, mint a nem hígított vér. A vizsgálatok során a szerző azt is tapasztalta, hogy a streptobacillusok még az 50. generatio után is életképesek, ha naponta új és friss táptalajra oltjuk át. A streptobacillusok mérge a bacillus testéhez van kötve (endotoxin). A szerző által készített streptobacillusemulsio 100 gr. állatsúlyra számított 1 cm³-nyi dosisban az egészséges tengeri malacot még nem öli meg, megöli azonban rövidesen, ha a dosis 2 cm³-nél magasabb. Előzetes vaccinakezelés nem hoz létre a szervezetben activ immunitást. Viszont passiv immunitás sem érhető el. Előzetes vaccinakezeléssel túlérzékenység produkálható. Az anaphylaxiának passiv átvitele nemcsak anaphylaxiás tengeri malacok serumával lehetséges, hanem bubós betegek serumával is. Sem a praecipitatio, sem az agglutinatio és complementtérítés nem nyújt használható eredményt, akár előzetesen kezelt állat serumával, akár betegek serumával dolgozunk. (Archiv für Dermatologie u. Syphilis, 116. k.)
Guszman.

Bőrkórtan.

A bőrtuberculosis prognosist és therapiáját tárgyalja *A. Jungmann* (Wien). Kétségtelen, hogy a modern lupuskezelés a tuberculosisellenes mozgalomnak egyik leg-sikeresebb tényezője. Tekintve azt, hogy a legtöbb esetben a bőrtuberculosis már a gyermekkorban veszi kezdetét, csak természetes, hogy a küzdelmet főként ebben a korban álló egyéneknek kell megindítani, mert a korai kezelés kecséget a legnagyobb sikerrel. Az esetek gyógyulóképessége sok tényezőtől függ. A legfontosabb kétségtelenül a beteg általános állapota. Ezt nem lehet egyszerűen csak roboráló szerrel megjavítani, hanem módot kell adni arra, hogy a beteg külön e célra szolgáló gyógyító intézetekben tápláló kosztot, levegőt és napon megerősödjék. Ha súlyos tüdőtuberculosis, mirigy- vagy csontgümősődéssel van a bőrtuberculosis szövődve, akkor a bőrbaj kezelése természetesen csak másodsorban fog következni. Fontos ezért, hogy főként a bőrtuberculosisban szenvedő gyermekeket időnként tetőtől talpig megvizsgáljuk. Különösen fontos azonban, hogy az orr nyálkahártyájának állapotára figyelemmel legyünk. A lupusnak ugyanis igen gyakran az orr a kiindulási pontja. *Jungmann*-nak 1809 lupusbetege közül 775 nyálkahártyalupusban is

szenvedett. A therapiára vonatkozóan *Jungmann* a tuberculin használatára is súlyt helyez, bár megjegyzi, hogy egyedül ezzel alig lehet a bőrtuberculosis meggyógyítani. A tuberculinkezelés menete és adagolása még nincsen ezideig tökéletesen megállapítva s inkább empirián alapszik. A helybeli kezelésmódok közül meg kell különböztetnünk *radicalis* és *segítő* eljárásokat. *Radicalis* módot kettőt ismerünk ezidő-szerint: a plastikai sebészetit és a *Finsen*-eljárást. A gyökeres sebészeti kezelés a körülírt gócnak kiirtásából és plastikai úton való fődéséből áll. Legnagyobb művelője után *Lang-féle* eljárásnak is nevezik. A bőrhiány fedése *Thiersch*-sel vagy lebenyplastikával történhetik. Az eljárás első és legfontosabb föltétele mindenkor az, hogy a betegnek gümös gócza körülírt legyen és hogy azt ép bőrből lehessen kimetszeni. *Jungmann* 535 operált esetről számol be s ezek közül 400 többszörös, hosszabb ideig tartó ellenőrzésnek volt alávethető. Vannak ezek között esetek, melyek immár 17 év óta gyógyultak. Inoperabilis recidiva csak 10 esetben fordult elő. A másik *radicalis* kezelés a *Finsen*-féle fénygyógyítás. A gyógyító tényező a fénykezelésben a nap vagy a mesterséges fényforrás fény spektrumának kémiai része. *Finsen* az első gyógsíkereit napkészülékével aratta. A fénykezelés azonban csak azóta áll igazán a gyakorlat szolgálatában, a mióta a fényforrást az ívlámpa szolgáltatja.

A *Finsen*-kezelés igen hosszadalmas eljárás. Egyszerre csak kis, átlag $1\frac{1}{2}$ cm. átmérőjű terület világítható meg s ugyanazt a helyet is többszörösen kell kezelni. Egy-egy ülés tartama átlagosan $\frac{3}{4}$ óra. A reactiv gyuladás rendszerint már az első 24 óra után beáll. A gyuladás folyamán nemcsak átívódik a szövet s tágulnak az erek, hanem a hám-, epitheloid- és óriási sejtek is degenerálódnak. Ellenállást csakis a collagen szövet fejt ki. Ennek az electiv hatásnak tulajdonítható az is, hogy a *Finsen*-kezelés nyomán rendkívül sima, szép hegek keletkeznek. A lupusos gócz csak ritkán alkalmas az azonnal való *Finsen*-kezelésre, legtöbbször elő kell készíteni a góczot más eljárással. A *Finsen*-kezelés nyomán igen jó az észlelt eredmény, a mennyiben tartós gyógyulás 30—60%-ban tapasztalható. A Röntgen-therapia csak segítő-eljárás lehet, melyet a *Finsen*-kezelés folyamán közbeiktathatunk. Tartós gyógyulás egyedül a Röntgentől alig várható. Igen szép eredmény érhető el a *Kromayer*-féle quarzlámpával is, a melynek demonstrálásául photographiákat is közöl. A kémiai szerek közül a legtöbbet ér a pyrogallus-sav. Ezt 10%-os kenőcs alakjában használjuk. Nagy előnye, hogy electiv hatású, vagyis főként csak a kóros szövetrészeket pusztítja el. A Paquelin-nel való égetésről sok jó nem mondható, mert válogatás nélkül pusztítja az ép és kóros szövetet. Ugyanez áll a kikanalazásról is, azzal a különbséggel, hogy ez az eljárás sokszor még ront is, mert a folyamat akárhányszor még inkább továbbterjed. (Strahlentherapie, I. k., 1. és 2. f.)

Guszman.

Húgyszervi betegségek.

Vesemedencze-leukoplakia esetéről ír *P. Lecène*.

A felső húgyutak leukoplakiája rendkívül ritka jelenség, a mit az is bizonyít, hogy az irodalomban eddig csak 5 biztosan körjelzett esetet közöltek; ezekhez sorakozik most a szerző esete, mely egy jobboldali, nagyon kitágult s fertőzött vesemedencze leukoplakiájára vonatkozik. 28 éves, ezelőtt teljesen egészséges asszonyról van szó, a ki nehéz szülés után a jobb ágyéktájon igen vehemens fájdalommal betegetett meg, mely őt két hónapnál tovább ágyhoz kötötte. Ezen idő alatt pollakisuria, albuminuria, pyuria s időnként láz is jelentkezett, de tuberculosis-bacillust a vizeletében sohasem találtak; időközben a jobb veséje közel 3 ökölnyi daganattá nagyobbodott. A húgyivarszervek normalisak voltak, az ureterkatheterismus a bal vese kifogástalan működését állapította meg; a röntgenographia concrementumot nem mutatott; ezek alapján tehát a beteg jobboldali fertőzéses veseretentiót körjeleztek.

A vese feltárásakor a vesemedenczét strucztójás nagyságúnak találták; a jobb ureter helyenként czeruzavastag és

keményfalú volt; periureteritis is állott fenn; nephrectomia, gyógyulás. A kimetszett vese vizsgálatakor a vesemedenczét rendkívül kitágultnak találták; ezzel szemben a veseparenchyma lényegesen sorvadtnak mutatkozott. A kitágult vesemedencze nyálkahártyája teljesen szokatlan képet mutatott; a felső segmentum kivételével, a hol a nyálkahártya olyan volt, a milyen pyelitis eseteiben szokott lenni, a többi részen a nyálkahártya mintha vékony bonyéval lett volna bevonva, melyet legtalálódobban a praeputium avagy a kis ajkak bel-felületének macerált bőréhez hasonlíthatnánk. A mikroskopi vizsgálat határozott leukoplakiát állapított meg: a vesemedencze sokszögű felhámja enyhén elszarusodott laphámmá változott át. A vesemedenczében talált vizeletben tenyésztési eljárással colibacillusok voltak kimutathatók.

A vesemedencze-epithel ezen kóros elváltozásának az okát a legtöbb szerző, köztük *Halle* is, a nyálkahártya idő-sült gyuladásának tulajdonítja. Ez a magyarázat a szerzőt már azért sem elégti ki, mert akkor a vesemedencze-leukoplakiával igen gyakran kellene találkozunk. A szerző a leukoplakia pathogenesist inkább valamilyen fejlődési rendellenességéből származott sérülésből magyarázza (heterotopia ectodermica). (Journal d'urologie médicale et chirurgicale, 1913, III. kötet, 2. szám.)

Drucker.

Orthopaedia.

Világrahozott csípőizületi ficzamosodás eseteiben a csontnyak mesterséges detorsióját új módszer alkalmazásával ajánlja *A. Lorenz* (Wien). A czombnyak mérsékelt fokú anteversiója a repositio állandóságát nem veszélyezteti, azonban az oly nagyfokú anteversiójú czombnyak — midőn a térd haránt tengelyének a homloksíkba beállítása mellett a fejecs egyenesen előre, a trochanter pedig hátra tekint — nem maradhat a repositio után állandóan a helyén. A czombnyak ilyen deformitásai maguktól nem javulnak, ezek műtéti eljárással hozandók rendbe. *Reiner* már régebben ajánlotta ily esetekben mint előzetes műtétet a czomb supracondyloidealis osteoklasisát, mely után a czombcsont alsó vége megfelelő helyzetbe beállítva gyógyul össze s csak ezután végzendő a kificzamosodott fejecs repositiója. *Lorenz* ez eljárás hátrányát főleg abban látja, hogy a szülők idegenkednek a kétszeri műtéttől, a miért is ő mindkét műtétet egy ülésben végzi. Először a fejecset reponálja, majd egymásután többször relaxálja és ismét reponálja, a mi által, tapasztalása szerint, a beigazítás mind könnyebb lesz, ezután végzi a czombcsont középső harmadában faéken az osteoklasisát. A széjjel-választott törésvégek könnyű mozgathatósága után a fejecset ismét reponálja s most a térdet a szükséghez képest kifelé forgatja s a szokásos primaer állásban gipszkötéssel rögzíti. A törés a két hónapos első rögzítési szak alatt összegyógyul. (Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für orthop. Chirurgie, 1912.)

Kopits dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A pneumothorax felismerésére új módot ajánl *Mandru*: a punctiót; a fecskendő dugattyújának visszahúzása és eleresztése után ugyanis, ha nincs levegő a mellüregben, a dugattyú visszatér az eredeti helyére; ellenben ha levegő van a mellüregben, azon a helyen marad meg, a hová visszahúztuk. (La semaine médicale, 1913, 24. szám.)

Iritis tuberculosa néhány esetében *P. Cohn* (Mannheim) nagyon kedvező eredménnyel használta a hetolt. 2—5%-os oldatból fokozódó mennyiségben cseppentett másodnaponként a conjunctivába. Az oldatot 1% novocaint tartalmazó physiologiás konyhasó-oldattal készítette és a becseppentés előtt 1 csepp 3%-os cocain-oldatot is adott. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1913, 18. szám.)

Az aluminium lacticum a würzburgi bőrbeteg-klinikán szerzett tapasztalatok szerint nagyon jó pótlószere az aluminium aceticumnak. Előnye, hogy az oldata jól eltartható, tiszta marad változatlan concentrációban. (Münchener med. Wochenschrift, 1913, 23. szám.)

A liquor hydrastinini Bayer nevű synthesises hydrastinin-készítményt Credé-Hörder is nagyon dicséri mint olyan szert, a mely dysmenorrhoea, valamint túlerős vagy túlsoká tartó havi vérzés eseteiben egészen biztosan hat, még olyankor is, a mikor más szerek hatástalanok. Előnye az is, hogy állandó összetételű, jobb ízű és olcsóbb, mint a többi hasonló hatású szer. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1912, 39. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1913, 27. szám. *Milkó Vilmos:* Az epeköileusról. *Hollaender Hugó:* Egy vérparasita, mely a scrophulás betegségek okozója.

Orvosok lapja, 1913, 28. szám. *Obál Ferencz:* A gyomorrák sebészeti gyógykezelésénél elért eredmények 333 eset kapcsán.

Budapesti orvosi ujság, 1913, 28. szám. *Fischer Aladár:* A gyermekkori epigastralis sérvekről.

Vegyes hírek.

Kinevezés. Budapest székesfőváros főpolgármestere *Ángyán Béla* dr.-t a balparti kórházak igazgatójává, *Hasenfeld Arthur* dr.-t és *Szerb Zsigmond* dr.-t a balparti kórházak belgyógyászati osztályaihoz főorvossá, *Hudovernig Károly* dr.-t a jobbparti kórházak elmebeteg-osztályának főorvosává és *Gebhardt Ferencz* dr.-t a jobbparti kórházak tüdőbeteg-osztályának főorvosává nevezte ki. — *Stefán Kristóf* dr.-t a nagy-kikindai közkórházhoz igazgató-főorvossá, *Vragassy Lipót* dr.-t a kecskemeti kórházhoz sebész-főorvossá, *Balassa Árpád* dr.-t kékkői járás-orvossá, *Vidakovics Illés* dr.-t lugosi járásorvossá, *Szalai Dezső* dr.-t az aradi gyermekkórházhoz, *Weisz Aron* dr.-t és *Holics Ferencz* dr.-t a pécsi közkórházhoz másodorvossá, *Brassován Radoszláv* dr.-t a szabadtéri közkórházhoz alorvossá, *Szepesi Imre* dr.-t a szegedi állami szemkórházhoz másodorvossá nevezték ki.

Meghalt. *St. Parenski* dr., a belorvostan rendkívüli tanára Krakóban. — *C. G. Hällsten*, régebben az élettan és szövettan tanára Helzingforsban.

A budapesti egyetem I. számú női klinikáján június hóban 148 szülés folyt le, a született magzatok száma 151 volt. A nőgyógyászati osztályon 58 beteget ápoltak. A klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinikum segélyét 136 esetben vették igénybe; a műtétek száma 131 volt.

A budapesti egyetem II. sz. női klinikájával kapcsolatos szülészeti poliklinikum júniusban 133 esetben nyújtott segítséget; a műtétek száma 110 volt.

A budapesti önkéntes mentő-egyesület májusban 1534 esetben nyújtott első segítséget. Ezenkívül 1090 szállítást végzett, 142-szer mint mozgóórszolgálat szerepelt és 22 esetben vaklárma és téves jelentés folytán vonult ki. A május havi működés főösszege tehát 2788.

Tiszti orvosi vizsga. A júniusban Kolozsvárt tartott tiszti orvosi vizsgán a következő orvosok kaptak képesítést: *Belopotoczky György* (Szarvas), *György Lipót* (Tiszafüred), *Horváth Béla* (Tiszanána), *Kovács László* (Debreczen), *Lévai Lajos* (Losonc), *Somlyai Rezső* (Mócs), *Tőkés Imre* (Lippa), *Nappendruck Kálmán* (Torda).

A természetes ásványvizek palackjainak önkupakkal való elzárására vonatkozó rendelkezését a belügyminiszter június 14.-én kelt rendeletével hatályon kívül helyezte.

A IV. nemzetközi sebész-congressust New-Yorkban tartják 1914 április 14.-étől 16.-áig. Elnök *Depage* (Brüsszel) lesz. Tárgyalásra a következő kérdéseket tűzték ki: 1. Gyomor- és bélfékely (referensek: *de Quervain, Hartmann, Lecène, Mayo, Moynihan, Payr*). 2. Transplantációk (referensek: *Carrel, Lexer, Morestin, Ullmann, Villard*). 3. Az amputatiók technikája (referensek: *Binnie, Ceci, Durand, Kuzmik, Ranzi, Witzel*). A congressusra vonatkozó felvilágosítást *Ch. Villem*s (Gand, 6 Place St. Michel), vagy *L. Mayer* (Bruxelles, 72 Rue de la Loi) ad.

Baró Müller Kálmán dr. tanár lakását IV., Váczi-utca 8. sz. alá tette át.

Új folyóiratok. *British Journal of Surgery.* Kiadója *G. A. Moynihan*, szerkesztője *E. W. Hay, Groves*. Negyedévenként jelenik meg; előfizetési ára egy évre külföldre 26 sh. 6 d. — *Archives urologiques de la clinique de Necker.* Szerkeszti *Legueu* tanár.

Személyi hírek külföldről. *C. Coubet*, a belorvostan tanára a toulousi egyetemen, nyugalomba vonul. — A hallei egyetem sebészeti tanszékére *Bramann* tanár utódjává *V. Schmieden* berlini magántanárt nevezték ki. — *Noorden* tanár június 26.-án tartotta búcsúelőadását a bécsi egyetemen. Utódjává meghívták *His* tanárt, a berlini egyetemen a belorvostan tanárát, de az még nem nyilatkozott, hogy a meghívást elfogadja-e vagy nem. *Noorden* tanár egészen új, fényes klinikát hagy el, mely az ő tervei szerint készült, még pedig az ő kedvéért különös tekintettel az anyagcserebetegségek gyógyítására. *Noorden* tanár búcsúelőadásában kijelentette, hogy családi okok miatt megy vissza Frankfurtba. — Kopenhágában *V. Monrad* dr.-t a gyermekorvostan tanárává nevezték ki. — *Th. Petrina* (belorvostan), *A. Schenk*l (szemészet) és *K. Weil* (sebészet) dr.-ok, a prágai német egyetem rendkívüli tanárai, nyugalomba mennek. — *L. Lichtwitz* dr. magántanár Göttingában (belorvostan) tanári címet kapott. — *A. Lacassagne*, a törvénytudományi orvostan tanára a lyoni egyetemen, szakmájának elsőrendű irodalmi művelője,

nyugalomba vonul. — *Strümpell* tanár, a hirneves belklinikus június 28.-án ünnepelte 60. születésnapját. — *Gengou* dr.-t Bruxellesben a hygiene, *Batelli* dr.-t Genéveben a physiologia tanárává nevezték ki. — *G. Hirschel* dr. Heidelbergben a tanári címet kapta.

Kisebb közlések az orvostudomány köréből. *Fog-eredetű alopecia areata* esetét közli *Heuvelmans* és *Cleix*; a foghiány megszüntetése után az alopecia is hamarosan eltűnt. (Le scalpel, 1913, május 18.) — *Scrophulás és gümőkóros szembetegség* 53 esetének rövid történetét közli *Bock*. Gyógyításra a Spengler-féle immunanyag bedörzsölését használta. Eredményeivel nagyon meg van elégedve. (Wiener mediz. Wochenschrift, 1913, 19. és 20. szám.) — *Arthritis gonorrhoeica* eseteiben antimeningococcus-serummal kísérletezett *Lasserre* azon analogia alapján, a mely a gonococcus és a meningococcus között fennáll morfológiai, biológiai és festődési sajátosságok folytán. Az eredmények biztatók voltak. (Journ. de méd. de Bordeaux, 1913, 19. szám.) — A pseudo-cholecystitises tünetekről typhusban ír a jenai belklinikáról *Bennecke*. 7 idetartozó esetet észlelt; a cholecystitis tünetei az egyik esetben annyira kifejezettek voltak, hogy műtétet végeztek, a mikor is épenk találtak az epehólyagot. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1913, 23. sz.) — *Uraemia* bizonyos eseteiben újabban a lumbalis punctiót ajánlják. *Reusch* egy ilyen esetben azonban hirtelen halál következett be s azért óvatosságra int, főleg akkor, ha a vérnyomás túlságosan magas, a lumbalis nyomás pedig aránytalanul csekély. Ilyenkor szerinte rögtön be kell szüntetni a punctiót. (Medizinische Klinik, 1913, 26. szám.)

Mai számunkhoz az „Algocratin“ és „Topique anemor“ készítményekre vonatkozó prospectus van mellékelve.

Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet

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

WEISZ EDE Dr. INTÉZETE PÖSTYÉN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dr. Grünwald sanatoriuma Budapest, Városligeti-fásor 13-15. Felvétetnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal, valamint szülönők. A betegek kezelőorvosukat maguk választhatják. — Vegyi és Röntgen-laboratorium.

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., Bakács-tér 10. sz. Nőbetegek és szülönők részére.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: A német nőorvosok XV. nagygyűlése (Halle a. S., 1913 május 14—17.) 533. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből 534. l.

A német nőorvosok XV. nagygyűlése.

Halle a. S., 1913 május 14.—17.

Közli: *Scherer Sándor* dr., egyetemi tanársegéd.

(Vége.)

A. Mayer (Tübingen): Az *Abderhalden*-féle eljárás megbízhatóságát dicséri és különösen a belső elválasztás szempontjából nagy fontosságot tulajdonít neki.

Heymann (Breslau): Az *Abderhalden*-féle reactio terheseken állandóan positiv volt, de különben is, a mennyiben egészséges asszonyokról volt szó, soha hamis eredményt nem kapott. Hogy különböző tumorkok, tuberculosis, lues és genyedéses folyamatokban a reactio specifikusa beválik-e, kérdéses.

Gottschalk (Berlin): 33 terhes közül mind positiv reactiót adott, 8 nem terhes közül 6 negativ és 2 positiv reactiót. Az utóbbi kettőnél időnként a havi tisztulás szünetelt, a nélkül, hogy terhesség lett volna jelen.

Schlimpert (Freiburg i. B.): Utal a különböző hibaforrásokra. Figyelmeztet arra, hogy a placentaris szövetet jól kinyomkodjuk és kimosogassuk, továbbá, hogy csak olyan serumot használjunk, a melyet éhomra vettünk a betegtől. A ninhydrinnel végzett reactio quantitativ értékű. Kontrollvizsgálat gyanánt mindig egy nem gravidától és gravidától való serumot állítsunk be. A placentán kívül más szövetet vagy szervet (méhszövet, ovarium, myoma, carcinoma) nem talált, a melylyel a terhes serum reagált volna. Az állatok placéntájával és serumaival végzett kísérletei nem adtak valami különösebb eredményt; legtöbb esetben hasznavehetetlen volt a reactio.

Petri (München): A *Döderlein*-féle klinikáról 40 serumot vizsgált meg kielégítő eredménnyel.

Rosenthal (Budapest): Ajánlja, hogy az *Abderhalden*-féle dialyzáló eljárás mellett az antitrypsin-meghatározást is végezzük, mert a két eljárás, különösen diagnostikailag kétes esetekben, támogathatja egymást.*

A. Mayer (Tübingen): Az *Abderhalden*-féle reactio mellett foglal állást és hangsúlyozza a nagy fontosságát, különösen a belső elválasztás tanulmányozásakor.

Heimann (Breslau): Az *Abderhalden*-féle reactiót sok esetben végezte és terheseken minden esetben positiv eredményt kapott; különben is, a mennyiben egészséges asszonyokról volt szó, hibás reactioja nem volt. A reactio specifikus voltára és differential-diagnostikai szempontból való

* Igazán csodálkozni lehet azon heves vita fölött, a mely a budapesti orvosegyesület XVII. ülésén az *Abderhalden*-féle reactio tárgyalása kapcsán és az úgynevezett *Rosenthal*-féle serumreactio érdekében kipattant. Mindenekelőtt *Rosenthal* sohasem állította és nem is állíthatta, hogy ezt a reactiót ő fedezte fel. Az antitrypsines titer meghatározását (tulajdonképp *Brieger* szerint) *Rosenthal* előtt terheseken már többen végezték. *Rosenthal* csak az antitrypsines index emelkedésének különálló elméleti megokolását állította fel s gyakorlatilag is egy hosszabb sorozatban végzett ilyen antitrypsines titermeghatározást, a mely eljárásnak szintén több hibája van; így nevezetesen és főként, hogy az antitrypsines hatás igen thermolabilis (*Rosenthal* saját bevallása szerint is csak 65°-ig tarthatjuk thermostabilisnak az antitrypsines hatást kifejtő anyagot); azonkívül lázas betegségek, gümőkór, rejtett gümős góczok, adnexitumor, pyosalpinx, oophoritis stb. mind befolyásolják a reactiót. Előtte végezte már a reactiót *Graefenberg* (Münchener mediz. Wochenschrift, 56. évf., 14. füz., 1909), a ki *legelőször* írta le, hogy az antitrypsines titer a terhesség alatt mindig fokozott. Szerinte a terhesség beálltával a chorion bolyhaiból kiszabaduló fermentumok indítják meg az antitrypsin termelését s ez mindjárt a graviditas elején a rendes érték kétszeresére emelkedik. *Becker G.* (Münchener mediz. Wochenschrift, 1909, 56. évf., 27. füz.) csak a szülés alatt találta a titer emelkedését, a terhesség alatt nem. *Von der Heide és Krösing* (Zeitschr. f. Geburtshilfe und Gynaek., 1910, 67. évf., 113. lap) a graviditas alatt és a puerperium elején szintén ki tudta mutatni az index emelkedését több esetben.

használhatóságára vonatkozólag szemben a daganatokkal, tuberculosisal, luessel és genyedéses folyamatokkal, végleges véleményt mondani még nem lehet.

Pfeifer (Budapest): A discussióban felveti a kérdést, vajjon a természetes vagy a mesterségesen előidézett klimax eseteiben, tehát a mikor az ovariumok functiója szünetel, nem lehet-e az *Abderhalden*-féle eljárással a vérben bizonyos fermentumokat kimutatni, valamint kiderítendőnek tartja azt is, hogy az osteomalacia aetiologiájára is nem fognak-e útbaigazítást adni az ez irányban végzett kísérletek.

IV. rész. A Röntgen- és mesothorium-kezelésről.

Bumm (Berlin): A Röntgen- és mesothorium-kezeléssel méhrák eseteiben elért eredményeiről számol be. 12 esetet kezelt, a melyekben a fokozott Röntgen- és mesothorium-besugárással a carcinomás folyamatnak feltűnő javulását érte el. A rákos fekélyek felszínes része teljesen lelétködött és a helyén hegesedés jött létre. Hogy a besugárzásnak a hatása a mélyben mennyire terjed és hogy az előrehaladt esetekben állandó gyógyulásról lehet-e szó, azt a jövő fogja eldönteni. Az előadó hangsúlyozza, hogy a besugárzásokor óvatosak legyünk és a mesothoriumot feltétlenül 3—4 mm. vastag ólomszűrőbe helyezzük el, különben mélyreható necrosisok jöhetnek létre.

Krönig és Gauss (Freiburg): A ráknak műtét nélkül való gyógyításáról szólnak. A mesothoriummal való kezelés, különösen, ha Röntgen-sugarakkal támogatjuk, feltűnő eredményeket ad. Erről már az 1912-ben tartott internationalis (berlini) congressuson beszámoltak. Ujabban a technikájuk annyiban változott, hogy a mesothoriumot vastagabb ólomfilterbe helyezve, egyszerre sokkal nagyobb mennyiséget (pl. 800 mgr.) mesothoriumot adagolnak. A klinikai anyagot, a melyről referál, két csoportba oszthatja. 1. Olyan esetek, a melyekben a Röntgen- és mesothoriumsugarakat alig, vagy egyáltalában nem szűrték meg (régí methodus). 2. Olyanokra, a hol erősen filtrált Röntgen- és mesothoriumsugarakat alkalmaztak, igen erős dosisokban. Továbbá még két alcsoportba lehet az eseteket osztani: a) a hol a Röntgen- és mesothoriumsugarakat a megoperált carcinoma recidiválásának elkerülésére használták, b) a hol a Röntgen- vagy mesothorium-sugarakkal nem operált carcinomákat directe meggyógyítani igyekeztek. Az eredmények, a melyeket a régebben és újabban kezelt esetek összehasonlításából nyertek, bizonyítják, hogy az erősebb adagolás és kellő filtrálás a helyes methodus. 56 oly esetet közölnek, a melyek olyan carcinomásokról szólnak, kik nem hagyták operálni magukat. 5 ezek közül a kezelés alatt meghalt, 18 kezelés alatt áll, 17-en teljes jólét és tünetmentesség van jelen. A leghosszabb megfigyelési idő egy év és két hónap (a recidivamentességre vonatkozólag). Tehát, ha a carcinomát biztosan akarjuk gyógyítani, magas adagokat kell alkalmaznunk úgy a Röntgen-, mint a mesothorium-sugarakból; a bőrégések elkerülése céljából lehetőleg olyan filtert alkalmazunk, hogy azok lehetőleg az összes α - és β -sugarakat absorbeálják. A Röntgen- és mesothorium-sugaraknak a méhre való hatása kétségtelennek látszik, a metastasissal bíró carcinomás megbetegedésekben azonban nagyobb befolyást ezeknek a sugaraknak sem lehet tulajdonítani.

Doederlein (München): Szintén a carcinomák Röntgen- és mesothorium-sugarakkal való gyógyításáról referál. Szép szövettani ábrákon mutatja be azt a hatást, a melyet a sugarak a carcinomás szövetre gyakorolnak. (Vacuolaképződés, sejtszétérés, necrosis stb.).

Gauss és Krinski (Freiburg): A myomák és metropathia mesothoriumkezeléséről adnak elő. Külön instrumentariumot

mutatnak be a mesothorium filterezésére. A mesothorium-kezelés eredménye myoma és metropathia eseteiben rendkívül kedvező. 198 mesothoriummal kezelt beteg közül 102-n myoma és metropathia volt a kezelés indicatiója. Közülük 42 myomát és 38 metropathiát tisztán mesothoriummal kezeltek. A legnagyobb myomák a köldök fölé két harántujjal terjedtek. Két betegtől eltekintve, a kik a kezeléssel kivonták magukat, 50 még kezelés alatt áll, 30-on már befejezték a kezelést, mivel amenorrhoea állott be és a myomás daganat majd minden esetben teljesen eltűnt. 35—40 év közötti asszonyokon a kezelés átlag 8 hétig, 41—50 éves asszonyokon 7 hétig, 50 éven túl 6 hétig tartott. A betegek mind munkabírók maradtak és csak 3%-ban lehetett rajtuk feltűnőbb kiesési tüneteket észlelni. 53%-ban voltak melléktünetek az úgynevezett *mesothorium-kater* alakjában (hőemelkedések, szédülés, ájulás, a hólyag és a végbél tenesmus). A myomák kezelését legtöbbször intrauterinán elhelyezett mesothoriumcapsulákkal végezték.

Haendly (Berlin): A Berlinben Röntgen- és mesothorium-sugarakkal kezelt carcinomás esetekben észlelt szövettani elváltozásokról referál. Minden készítményben a kötőszövet sclerosisát és hyalin degenerációját lehetett kimutatni, a mely a kezelés időtartamával előbbrehaladt; később a carcinomás sejtek majd mind eltűntek s csak itt-ott lehetett egy-egy sejtet kimutatni. A sejtmag és a protoplasma megduzzadt, a sejt festődési képessége csökkent, vacuolák keletkeztek, különösen a sejtmagban. A protoplasma szemcsés lett, a mag is szétesett és végül az egész egy homogen festődő egynemű masszává alakult át.

Olyan méheket, a melyeket előzetes besugárzás után kiirtottak, szintén vizsgálat tárgyává tettek. Itt csak a felszínen lehetett necrosist, sarjszövetet és tönkremenő carcinoma-sejteket kimutatni, a méhben azonban még dúsan volt található burjánzó rákos szövet.

P. Kroemer (Greifswald): 9 collumcarcinomát kezelt, és pedig sikerült 7 esetben a már infiltrált, valószínűleg gyuladós folyamatokat visszafejleszteni, úgy hogy azután radicalis műtétet végezhetett a betegen. A mesothoriumkezelést, mint a Röntgen-kezelés kiegészítőjét, rendkívül dicséri, a melynek különösen a *portio vaginalis*, a *vagina* és *vulva rákjának kezelésében* fontos szerep jut. Az inoperabilis esetekben is t. i. a folyás, a szétesés és egyéb kellemetlen tünetek megszüntetésével a beteg subjectiv jólétét *eddig el nem ért módon befolyásolhatjuk*.

Franqué (Bonn): Ovarialis carcinomát operált, melynek már metastasisai voltak (ökölyi retroperitonealis és számos nyirokmirigy). Műtét után a beteg Röntgen-besugárzást kapott; a kívülről is jól tapintható mirigyek visszafeljődtek és a beteg most már egy éve teljesen recidivamentes és egészséges.

H. Voigts (Berlin): A berlini Bumm-klinikán kezelt mesothoriummal myomákat, adnextumorokat, climacteriumos vérzéseket igen jó eredménnyel.

Kiseb-nagyobb beteganyagban végzett sikeres Röntgen-kezelésről referált még: *G. Klein* (München), *E. Kehler* (Dresden), *Weitzel* (Dresden), *Heynemann* (Halle a. S.), *E. Runge* (Berlin), *Jung* (Göttingen), *Füth* (Köln).

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A soványításról beszélt *Brauer* tanár a hamburgi orvos-egylet február 25.-én tartott ülésén egy esete kapcsán, melyben a 39 éves, 170.5 kiló súlyú nő másfél évi kezelés alatt 98 kilót fogyott, úgy hogy jelenleg normalis súlyú és teljesen munkabíró. Az eljárás lényegében az volt, hogy ágynyugalommal kapcsolatos szigorú Karel-kúra után, a mely kb. 10 napot vett igénybe, állandó ellenőrzés mellett, fokozódó testmozgás kíséretében a caloria-szükséglet $\frac{2}{5}$ — $\frac{3}{5}$ -ét kapta csak a beteg, utóbb a soványodás előhaladásával $\frac{4}{5}$ -ét.

PÁLYÁZATOK.

2630/1913.

Aradvármegye borosjenői járásához tartozó Bokszeg község székhelyvel rendszeresített **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek és felhívom mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy orvostudori oklevéllel, eddigi szolgálatukat vagy gyakorlatukat igazoló bizonyítványokkal felszerelt kérvényüket — a közszolgálatban állók felettes hatóságuk útján — hozzám 1913. évi augusztus hó 12.-éig nyújtsák be.

Az állás javadalmazása:

1. Az 1908. évi XXXVIII. t. cz. 10. és 15. §-ában megállapított 1600 korona törzsfizetés, ötvenként négyszer ismétlődő 200—200 korona korpótlék, továbbá a m. kir. belügyminister úr 10035/913 VII/a számú intézkedésével az 1908. évi XXVIII. t. cz. 16. §-a alapján engedélyezett évi 1000 korona helyi pótlék.

2. Lakbér 400 korona.

3. Szabályrendeletileg megállapított látogatási és rendelési díjak, a kör székhelyén pedig a halottkémlési díjak. Hatóságilag igazolt szegények díjtalanul kezelendők.

Az orvosi körben lakó uradalmak hajlandók alkalmazottaik és cselédek gyógykezeléséért összesen 1000 korona évi díjat biztosítani.

A körhöz Bokszeg község székhelyvel Repszeg, Monyoró, továbbá a barzai körjegyzőséghez tartozó Barza, Áldófalva és Körösvajda községek tartoznak, melyeket hetenként egyszer meglátogatni köteles.

A választást a bokszegi körjegyzői irodában később meghatározandó napon fogom megtartani.

Borosjenő, 1913 június hó 28.

Borsos Géza, főszolgabíró.

103/1913. ig. szám.

A marosvásárhelyi m. kir. állami kórháznál megüresedett **egy másodorvosi állásra** a nagyméltóságú m. kir. belügyministerium 84296/1913. sz. rendelete alapján pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: 1600 korona évi fizetés, kötelező lakás a kórházban, fűtés, világítás és első osztályú ellátás. Alkalmazás két évre történik s esetleg meghosszabbítható. Felhívom az ezen állásra pályázni kívánó orvostudor urakat, hogy kellően felszerelt kérvényeiket a nagyméltóságú belügyministeriumhoz czímezve, hozzám bezárólag folyó évi július hó 19.-éig küldjék be.

Marosvásárhely, 1913 június 28.

Kozma Jenő dr. igazgató.

882/1913. szám.

A nagyági magy. kir. bányamű-igazgatóság Ferencz József altárho bányaosztályánál, Felsőcsertés állomással, a X. fizetési osztály 3. fokozatába sorozott évi 1600 korona fizetéssel, az 1904. évi I. és 1906. évi IX. törvénycikk értelmében fizetés természetével bíró évi 400 korona személyi pótlékkal, természetben adott lakással, vagy ennek hiányában a törvényszerű lakpénzzel, 54 m³ tűzifajárándósággal, vagy ennek mindenkor megállapított megváltási árával, évi 231 korona utazási általánnyal javadalmazott, házi gyógyszerártartási kötelezettséggel egybekötött **bányaorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Felhívhatnak azok az orvostudorok, kik ez állást elnyerni óhajtják, hogy I koronás bélyeggel ellátott folyamodványaikat előljáró hatóságuk, vagy ha állami szolgálatban nem állanak, azon törvényhatóság főispánja (Budapest) a polgármester útján, melynek területén laknak, 1913. évi július hó 28.-áig a magy. kir. pénzügyministeriumhoz czímezve, alulírott bányaispánsághoz nyújtsák be.

Későbbben beérkező folyamodványok nem vétetnek tekintetbe.

Folyamodók kötelesek hiteles okmányokkal igazolni, illetőleg mindazon kellékeket kitüntetni, a melyek a kiírt állásra megköveteltettek, nevezetesen:

1. családi és utónevüket, honosságukat, születési helyüket és életkorukat, vallásukat és családi állapotukat;
2. megszakítás nélküli előéletüket (curriculum vitae);
3. nyelv- és szakismereteiket, netalán klinikai vagy kórházi szolgálataikat;
4. erkölcsi magaviseletüket;
5. hogy katonai kötelezettségüknek miképpen feleltek meg;
6. hogy oly egészségi állapotban vannak, miszerint a szolgálattal egybekötött kötelezések teljesítésére képesek.

A kinevezés, ha az illető még nem állami alkalmazott, egy év tartamára ideiglenesen történik, s a véglegesítés csak egy évi próbaszolgálat után következik be, feltéve, hogy az illető a szolgálat teljesítésével járó kötelezettségeknek minden tekintetben megfelel.

Nagyágon, 1913. évi június hó 29.

M. kir. bányaműigazgatóság.

A „Kaláni bánya- és kohó-részvénytársaság“ **pusztakaláni** (Hunyad m.) gyártelepén **azonnal elfoglalható** és 3000 korona évi törzsfizetéssel, 1000 korona évi lótarási általánnyal, a szabályszerű évi (körülbelül 1000 koronára rugó) jutalékban való részesedéssel, természetbeni lakással s rendszeresített fűtési illetménnyel javadalmazott **gyári és bányászati állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Egytetemes orvostudori képesítéssel és kellő gyakorlattal bíró pályázók hiteles okmányokkal felszerelt folyamodványaikat folyó évi július hó 20.-áig alulírott hivatalhoz nyújtandók be.

Kaláni Bánya- és Kohó-Részvénytársaság
Budapest, V., Nádor-utca 36, II. emelet.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Flesch Ármin: A budapesti Stefánia-gyermekkorházzal kapcsolatos egyetemi gyermek-klinikáról. (Igazgató: Bókay János dr. udv. tanácsos, egyet. ny. r. tanár.) A fehérjé-táplálás gyakorlati és elméleti jelentősége. 535. lap.

Szedlák Ödön: Közlemény a székesfehérvári központi elmebeteg-osztályból. (Főorvos: Hudovernig Károly dr., egyetemi magántanár.) A dementia praecox „gyógyulása” esetek kapcsán. 538. lap.

Szontagh Félix: Túlérzékenységi reakciók. 540. lap.

Grünwald Béla: Németországi levél az új rákkezelésről. 544. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. N. Zuntz und A. Löwy: Lehrbuch der Physiologie des Menschen. — **Orlowski:** Die Schönheitspflege. — **Lapszemle. Belorvosan. Benedict Henrik:** Az epeköbetegség kör- és gyógytanának néhány kérdése. — **Sebészet. H. Finsterer:** Inoperabilis gyomorcarcinomának Röntgen-sugarakkal való kezelése. — **Gyermekorvoson. Koch:** A gümős agyhártyalob keletkezésének feltételei. — **Bőrkór-tan. Neisser:** Megjegyzések a lupusellenes küzdelemhez. — **Húgyszervi betegségek. Voelcker:** Az ureterkövek kezelése. — **Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Drews:** A narcophin használata a szülészetben. 545–548. l.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 548. l.

Vegyes hírek. 548. lap.

Tudományos társulatok. 549–550. lap

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A budapesti Stefánia-gyermekkorházzal kapcsolatos egyetemi gyermek-klinikáról. (Igazgató: Bókay János dr. udv. tanácsos, egyet. ny. r. tanár.)

A fehérjé-táplálás gyakorlati és elméleti jelentősége.*

Irta: *Flesch Ármin* dr., klinikai I. tanársegéd.

Az utolsó évtizedben a csecsemők táplálkozási zavarainak kóroktanára, körülményére és orvoslására vonatkozó ismereteink gyökeres átalakuláson mentek át. Köszönhetjük ezt azon sokirányú bűvárkodásnak és klinikai észlelésnek, melynek sikere érdekében minden rendelkezésre álló eszközzel, a kórboncolástan, a chemia, a biologia, stb. segítségével törekedtek minél nagyobb világosságot deríteni az addig homályos és tisztázatlan kérdésekre. Ha tagadhatatlan is, hogy ezen kutatások nagy része elsősorban elméleti jelentőségű, megelégedéssel tölthet el minket mégis azon körülmény, hogy a kóralakok lényegének kutatását nyomom követte azok orvoslásának felderítése is, s hogy ezen kutatások ismeretének birtokában a csecsemők táplálkozási zavarainak kezelésében céltudatosan járhatunk el. Ezen, a táplálkozási zavarok orvoslási módjára vonatkozó vizsgálatok egyik felette fontos eredményével, a fehérjé-táplálás, s ennek gyakorlati és elméleti jelentőségével óhajtok jelen előadásomban foglalkozni.

A csecsemők táplálkozási zavarainak gyógyításában egyes tápszerekkel a táplálkozási zavarok egyik vagy másik alakjában oly sikerdús eredményeket érünk el, hogy ezen tápszereket *gyógyító tápszerek* gyanánt ismerjük el. Hosszú időn át a legjobban érdemelte ki ezen gyógyító tápszer elnevezést a malátaleves, mint olyan, a mely kellő javalat mellett alkalmazva, főleg ú. n. tejártalom esetén, igen értékes szolgálatokat tesz.

* Magántanári próbaelőadás.

Finkelstein és *Meyer* kitartó vizsgálódásainak és észleléseinek köszönhetjük, hogy csecsemő-diaetetikánk a malátaleves mellett egy megbecsülhetetlen értékű tápszerrel gazdagodott s ez a fehérjé-táplálás. Míg ugyanis a malátaleves kitűnő eredményeket szolgáltat a tejártalom idősült alakja, az ú. n. egyensúlyzavar esetén, addig épp a gyakorlat szempontjából legfontosabb állapotokkal, a hasmenéssel járó alakokkal, tehát a dyspepsiával, intoxicatio alimentaris-szal és decompositionnal szemben ilyen aránylag biztos gyógyító eljárással nem rendelkezünk. Ez ideig épp ezért mindezen esetekben, ha csak a sikert s így a gyermek életét is kockáztatni nem akarunk, a mesterséges táplálást félbe kellett szakítanunk s a siker biztosítása érdekében női tej adagolására kellett áttérnünk. Ha azonban ez nem állott rendelkezésünkre, a gyógyulásra kilátás mesterséges táplálás mellett igen gyakran felette kétes volt. Ezen nagy hézagot akarja betölteni, ezt a hiányt kívánja pótolni a fehérjé-táplálás.

A fehérjé-táplálást azon klinikai tapasztalatokra kell visszavezetnünk, a melyek megmutatták, hogy a gyomor-béltünetek okát a hasmenéssel járó esetekben a kórosan fokozott erjedésben, illetőleg az erjedés termékeiben, a zsírsavakban kell keresnünk. Már *Bókay Árpád*-nak 1885-ben megjelent kísérletes vizsgálatai figyelmeztettek e savak ezen nagy jelentőségére. Ezen kísérletekből tudjuk, hogy már zavartalan lefolyású emésztéskor is a táplálékból képződött savak a normalis peristaltika kiváltásában, mint környéki ingerek, jelentős szerepet játszanak, nagyobb mennyiségben pedig kórosan fokozzák a bélmozgásokat és nemcsak hasmenést idéznek elő, de a béltractus hurutos, majd gyuladós állapotát, tehát bonczolástani elváltozásait is. A fokozott mértékben képződött savak erősen izgatják a gyomor- és bélfalat, ennek következménye a hányás, a fokozott bélnedv- és nyálka-elválasztás s az erős peristaltika. A további vizsgálatok azt mutatták, hogy a tápláléknak, nevezetesen a tejnek különböző alkotórészei mekkora mértékben és milyen módon befolyásolják ezen erjedést, s kiderült, hogy elsődlegesen csak a szénhidrát, illetőleg a tejcukor képes erjedésre, míg a zsír ezen erjedésben csak másodsorban, már meglévő szénhidrát-erjedés mellett

vesz részt, a casein jelentőségét illetőleg pedig a régi fel-fogással egész ellenkező eredményre jutottunk. Míg ugyanis régebben a dyspepsia keletkezéseért a nehezen emészthető caseint okolták, addig ma a klinikai tapasztalatok a casein-nek teljes ártatlanságát mutatják, sőt nagyobb mennyiségű casein azáltal, hogy a fehérje rothadási termékei révén alkáliássá teszi a béltartalmat és a savanyú erjedésnek ily módon ellene működik, egyenesen gyógyító hatású.

Ezen hasmenéssel járó táplálkozási zavarok gyógyításában tehát oda kellett törekednünk, hogy ezen kóros erjedést korlátozzuk. A klinikai tapasztalatok megjelölték azon utat is, a melyen haladnunk kell, hogy ezt elérhessük. Kiderült ugyanis, hogy a szénhidratok erjedése különösen két tényezőtől függ: a tejsavó koncentrációjától és — miként említettük — a casein mennyiségétől. Ugyanazon mennyiségű szénhidrat annál kevésbé erjed, minél kevésbé koncentrált a tejsavó, melyben nyújtjuk és ugyancsak kisebb az erjedés, ha a casein mennyiségét megnöveltük. Ha tehát gyógyító táplálékot akarunk előállítani, ezen most említett elveket kell érvényesíteni. Kevesbiteni kell a tejcukor mennyiségét, csökkenteni a savóconcentrációt és megnövelni a casein mennyiségét. Ezen elvek felhasználásával készült a *Finkelstein-Meyer-féle* fehérjetej.

A fehérjetej készítési módját nem óhajtom pontosan részletezni, csupán mint lényegeset említtem meg, hogy egy liter teljes tejből oltóval kicsapjuk a caseint és a zsírt, ezt fél liter víz segítségével fél liter íróhoz keverjük és 1% Soxhlet-tápcukor hozzátétele után az egészet folytonos kaválás közben felforraljuk. Az ilyen módon elkészített fehérjetej tartalmaz 3% fehérjét, 2.5% zsírt, 1.5% tejcukrot, 1% tápcukrot és kb. 0.5% hamu-alkotórészeket. Egy liter fehérjetej caloria-értéke: 450.

Az előállítására alkalmával azonban sok nehézséggel kell megküzdenünk. Különösen két irányban nyilvánul meg ez: a casein durva rögökben válik ki, továbbá a zsír kiköppülődik és a folyadék tetején úszik. A házi elkészítési mód ezen nehézségek miatt gyárilag állítják elő s a nagy gyári üzemmel csakugyan sikerült is e nehézségeket leküzdeni és — miként a pontos vegyi vizsgálatok mutatják — egyenletes, állandó összetételű és külsejű készítményt a forgalomba bocsátani. Ennek dacára is nagyban hátráltatja gyakorlati elterjedését drága volta, melynek folytán alkalmazása csak kórházi s klinikai osztályokra szorítkozhatik és nem rendelhetjük nagyobb arányokban külső betegek részére. Ezért irányul most oda a törekvés, hogy a házi elkészítési módot lehetőleg megkönnyítsék. Így módosította ezt *Heim* és *John* oly módon, hogy nem íróhoz, hanem tejhez keverik az oltóval kicsapott caseint és zsírt s így módosítja *Stoeltzner* még tovább, a midőn 2.5% CaO-t tartalmazó caseint „larosan“ elnevezés alatt hozat készen a forgalomba és ezt keverteti fél liter víz segítségével fél liter tejhez.

Miként már kiemeltük, a fehérjetej adagolása javalt a csecsemők hasmenéssel járó megbetegedései esetén, tehát a javalatot megadják dyspepsia, decompositio, intoxicatio alimentaris, enteritis follicularis, lisztártalom és parenteralis fertőzések. Ezen esetek azok, melyekben elsősorban megállapíthatjuk a fehérjetejnek mint kiválóan gyógyító tápszernek az értékét. S csakugyan azok a tapasztalatok, a melyeket a fehérjetejjel számos gyermekklinika és gyermekkórházban szereztek s a melyeket mi is igen nagy számú észleleteink alapján a legteljesebb mértékben megerősíthetünk, egybehangzóan beváltották a fehérjetejhez fűzött reményeinket. Nem általános panacea, nem csodaszer ugyan, de ha az adagolásában következetességgel haladunk előre, nevezetesen ha különös ügyellel vagyunk arra, hogy 1. a fehérjetej mennyiségét — a mennyire lehet (intoxicatio!), oly gyorsan — növeljük, míg csak 180—200 gr.-ot nem nyújtunk a testsúly kilogrammjára számítva és 2. hogy elegendő mennyiségű szénhidratot adjunk a fehérjetejhez, akkor az eredmények igazán szépek lesznek. Csakhamar megszűnnek a hasmenések, szappanszéketések jelentkeznek, normalis értékeket fog mutatni a hőmérsék és a súlygyarapodás is egyenletesen fog előrehaladni.

A fehérjetej azonban nem csupán mint gyógyító tápszer alkalmazhatjuk nagy eredménnyel, hanem tagadhatatlanul nagyon értékes szolgálatokat tesz azon esetekben is, a midőn *egészséges* csecsemők, újszülöttek mesterséges táplálására használjuk. Ha nem is fogadjuk el a maga teljességében a bár nagyon megbízható helyről közölt eredményeket, melyek szerint az újszülöttek 100%-át táplálhatjuk eredményesen fehérjetejjel, mindamellett tapasztalataink alapján is hangoztathatjuk, hogy a fehérjetej mint állandó táplálék is megfelel a kívánalmaknak. Számos esetben tápláltunk fiatal csecsemőket huzamos időn át fehérjetejjel és észlelhetjük, hogy ez fejlődésüket mily előnyösen befolyásolja, mennyire óvja azokat dyspepsiától s hogy a parenteralis fertőzések is általában milyen enyhén, minden súlyosabb zavar nélkül zajlanak le. Ezen körülmény, azaz hogy állandó tápszer gyanánt is nagyon alkalmas, gyakorlati értékét és jelentőségét még inkább növeli.

Áttekintve most a kiemelt eredményeket, határozottan mondhatjuk, hogy beigazolódta *Finkelstein* és *Meyer* szavai: „*Wir kennen zurzeit keine Art der künstlichen Ernährung, die auch in schweren Krankheitsfällen mit der gleichen Sicherheit, Schnelligkeit und Häufigkeit zur Heilung führt, wie die Eiweissmilch.*“

Bár valamely orvoslási eljárás értékének elbírálásában elsősorban és főleg a gyógyítási eredmény a döntő, minket klinikusokat fölötté érdekel minden esetben, így a fehérjetej-nél is, hogy beláthassunk a hatásmód mechanizmusába is. Miként már kiemeltük, *Finkelstein* és *Meyer* a kórosan fokozott erjedést akarták megakadályozni s a jó eredményeket arra vezetik vissza, hogy egyrészt a savó koncentrációjának csökkentésével megkevesbitik az erjedésre hajlamos tejcukor mennyiségét s másrészt a casein mennyiségének megszorításával a rothadás jut túlsúlyba, melynek termékei alkáliások lévén, a savanyú erjedésnek ellene fognak működni. Ezzel szemben *Stolte* a fehérjetej jó hatását más körülményekben keresi, s pedig főleg abban, hogy a zsírnak viszonya a fehérjetejben a calciumhoz nagyon előnyös: a zsír mennyisége a teljes tejének csak $\frac{2}{3}$ — $\frac{3}{5}$ -e, míg Ca-t körülbelül annyit tartalmaz a fehérjetej, mint a teljes tej. A zsírnak a calciumhoz való ezen előnyös viszonya eredményezi, hogy a széketétek szappanosak lesznek. A fehérjetejjel beviszünk a zsírt és bőséges meszet s így a zsírsavakat megkötjük. A klinikai tapasztalatok is igazolják, hogy a fehérjetejtáplálás mellett milyen fontos a szappanszéketétek jelentkezése. Mindaddig, míg a széketétek szárazak, kemények, szénhidratokat aránylag bőségesen adhatunk, de ha hasmenések kezdenek mutatkozni, a szénhidratokkal óvatossá kell lennünk.

Ha ezek után tapasztalataink alapján a fehérjetej hatásmódját illetőleg állást akarunk foglalni, azt a következőkben körvonalazhatjuk. Minthogy azon kísérletek, melyekben házilag készített fehérjetejet alkalmaztunk — $\frac{1}{2}$ liter tejhez adva a $\frac{1}{2}$ liter tejből kicsapott caseint, zsírt és a veleragadt calciumsókát —, semmivel sem mutattak fel rosszabb eredményeket, mint a minőkei a *Finkelstein-Meyer-féle* fehérjetej adagolása után láttunk, azon meggyőződésre kell jutnunk, hogy a fehérjetej hatásának magyarázásában ne a savó koncentrációjának csökkentésére helyezzük a súlyt. Nem tagadhatjuk ugyan a tejcukor megkevesbitésének fontosságát, de ezen tényezőnek semmi esetre sem lehet akkora jelentősége, mint a milyent *Finkelstein* és *Meyer* kezdetben felvett. Ezen házilag készült fehérjetej a felényire hígított tejtől a casein, zsír és calcium hozzátétele által különbözik, eredményei mégis teljesen mások; ezen körülményt tehát vagy ezen componens-többletek egyikére-másikára, vagy ezek összességére, vagy pedig a különböző szerves és szervetlen anyagok megváltozott relációjára kell visszavezetnünk. Fel kell vennünk, hogy a hatás létrejöttében több körülmény játszik szerepet. Mindenekelőtt súlyt kell helyezni a caseinre, mint a melynek rothadási termékei a savanyú erjedésnek ellene működnek. De tagadhatatlanul része van a kedvező hatásban *Stolte* magyarázatával egyezően a zsír és calcium előnyösen megváltozott viszonyának is a szappanszéketék kiváltása útján.

Hogy a casein nem jelentőség nélküli, mutatja az is, hogy tisztán mézszó-hozzáítéssel ilyen eredményeket elérni nem tudunk, másfelől, hogy más fehérjekészítmények is már kedvezően tudják a rothadás előidézése útján az erjedéseket korlátozni. A fehérjetej hatásához kell végül számítanunk a tolerancia növelését is, a mennyiben azt észleljük, hogy általában aránylag már rövid idő múlva (három hét, esetleg előbb is) olyan táplálékkeveréket értékesít haszonnal a csecsemő, a minő a fehérjetej alkalmazása előtt rossz eredményre vezetett volna, esetleg végzetesen hatott volna. Hogy ezt miként magyarázzuk, vita tárgya lehet, de mindenestre főszerepe van ebben azon körülménynek, hogy az erjedések megszűntek s így a bélepithel ezen erjedési termékek izgalma alól felszabadulva, működését jobban bírja teljesíteni, mint azelőtt.

A fehérjetej jó eredményeinek kifejtésében nem utolsó hely jut még egy másik — eléggé nem hangsúlyozott — körülménynek is, hogy t. i. olyan adagokban adagolhatjuk és mennyiségét oly gyorsan növelhetjük, a miként azt más tápszerek alkalmazásakor tennünk nem szabad. Ilyen módon meggátoljuk, hogy a súlyos táplálkozási zavarhoz még egy másik súlyos ártalom, az éhezésnek, az inanitióknak ártalma kapcsolódjék. Tudjuk, hogy a csecsemők táplálkozási zavarainak előidézésében a túltáplálásnak milyen nagy a jelentősége, különösen ezelőtt, míg a *Biedert* által első ízben követelt „minimális táplálás“ ezt mindinkább szűkebb térre szorította. Ámde másfelől a túlzott óvatosságnak nem ritkán az az eredménye, hogy a csecsemőnek olyankor sem nyújtunk elegendő táplálékot, s így partialis inanitióknak teszszük ki, a midőn erre kellő ok nem forog fenn. Még gyakrabban észlelhetjük, hogy a táplálkozási zavarok kezelésében megfelelő javulat nélkül is hosszú ideig éheztetnek, a helyett, hogy individualizálnának és az éheztetés fokát, tartamát a legszigorúbb pontossággal állapítanák meg.

Az utolsó évek vizsgálatai és klinikai tapasztalatai mutatták meg, hogy a milyen jótékony az észszerű, megfelelő ideig folytatott éheztetés bizonyos esetekben (dyspepsia, intoxicatio alimentaris), annyira veszélyes és végzetes lehet más esetekben. Már *egynapos* éheztetés következménye is nagy súlyvesztés lehet, különösen túltáplált gyermekeken, súlyos táplálkozási zavarban szenvedőkön pedig a táplálék elvonására nagy meredek súlycsökkenés, az érlökés gyérülése, collapsus jelentkezhetik, mely halálos kimenetelre is vezethet. A toleranciát pedig az éheztetés annyira alászállíthatja, hogy éheztetés után már kóros tüneteket láthatunk ugyanazon tápláléktól, a melyet a csecsemő az éheztetés előtt még jól eltűrt volna. Így mutatta ki *Meyer* és *Rietschel*, hogy a cukor iránti tolerancia csökken inanitió után, úgy hogy éheztetés után már kisebb cukormennyiségekre is alimentaris glykosuria jelentkezik, sőt *Rietschel* újabb észleletei szerint két-három napos éheztetés még egészséges, természetesen táplált csecsemőkön is alászállítja a cukor iránti assimilatióképességet. De rájöttünk ezen észleletek folyamán arra is, és különösen *Aron* vizsgálataiból tudjuk, hogy még azon esetben is, a midőn csak annyi energiát viszünk be, a mennyi a növekvő szervezet fentartására szükséges, de semmi fölöslegeset, a melyet azután a növekvés céljaira használhatna fel, tehát az ú. n. *fentartási étrend* (60—70 caloria pro kg.) mellett is a szervezetben igen nagy átalakulások zajlanak le. A csontrendszer ugyanis súlyában jelentősen gyarapodik (*Aron* egyik kísérleti kutyájában csaknem kétszeresére), míg a többi szerv, főleg az izomzat, e mellett sorvad, beolvad.

Mindezen most kiemelt körülmények eléggé mutatják, mennyire fontos, hogy az éheztetés fokát, tartamát esetenként individualizálva, szigorú pontossággal írjuk elő, továbbá, mivel a hosszú ideig nyújtott fentartási diéta sem közömbös a szervezetre, törekednünk kell a reparációs időszak tartamát is lehetőleg megrövidíteni. Ezen két most hangoztatott követelménynek pedig nagyon jól megfelel a fehérjetej, a mennyiben egyik főelőnye, hogy a különböző tápláló anyagokat olyan correlatióban tartalmazza, a mely mellett mind az elégtelen táplálás, mind a tápláló anyagok nyújtása folytán kelet-

kezhető ártalmakat elkerüljük. A nagy súlyvesztések is ily módon megállapodnak és azáltal, hogy a fehérjetej mennyiségét s a szénhidratokat gyorsan növelhetem, a reparációs időszak is jelentékenyen megrövidül. Azok a nem kielégítő eredmények, melyeket főleg kezdetben észleltek egyesek fehérjetej mellett, jórészt a táplálási technika be nem tartására és különösen a fehérjetej mennyiségének lassú növelésére s a hosszas szénhidrat-elvonásra voltak visszavezethetők.

S itt van helyén, hogy rámutassunk, minő érdekes és értékes tapasztalatokat szereztünk a fehérjetáplálás közben a szénhidratoknak, illetőleg a cukornak nagy jelentőségét illetőleg a csecsemők táplálásában. A csecsemők mesterséges táplálásában ugyanis már régi idő óta odairányul a törekvésünk, hogy a nyújtandó tápszerek lehetőleg olyan arányokban tartalmazza a különböző tápláló anyagokat, a melyek mellett a csecsemő gyarapodása, fejlődése a legegyszerűsebben, legtartósabban következik be. Tekintettel a zsírnak nagy caloria-értékére, már régebben, de újabban is, ismételtlen oda törekedtek, hogy a tejkeverékben a zsír mennyiségét növeljék. A klinikai észleletekből azonban kiderült, hogy a zsírdús táplálék mellett a csecsemőknek csupán egy igen kis része fog kifogástalanul fejlődni, egy másik kis részében mutatkozik ugyan súlygyarapodás, de csak nagy zsírmennyiségek és a tejártalom klinikai tüneteinek jelentkezése mellett (*Stolte, Rosenstern*), az esetek többségében pedig zsírdús táplálás mellett súlygyarapodás sem következik be, sőt gyakran testsúlycsökkenést észlelünk a tejártalom kóros tüneteinek kíséretében.

Ezen okok folytán a csecsemők táplálásában az egyszerű zsírdús tápszereket elhagytuk és arra törekedtünk, hogy a tápszerekben a szénhidratoknak, nevezetesen a cukornak mennyiségét növeljük. A cukornak a súlygyarapodást befolyásoló hatása valóban nagyon szembeötlő, a baj azonban az, hogy a cukordús tápszerek is könnyen vezethetnek táplálkozási zavarhoz, a mennyiben a cukor könnyen erjed, az erjedési termékek hasmenést okoznak s e mellett a legcsekélyebb fertőzés esetén rapid súlyvesztések következnek be. A cukroknak és különösen a tejcukornak ezen nagy szerepe a hasmenéssel járó táplálkozási zavarok keletkezésében vezetett minket arra, hogy a cukrot az ily módon előállított táplálkozási zavar kezelésében a táplálékból elhagyjuk, sőt a fehérjetejet is még nemrégiben az első napokban cukor nélkül adagoltuk. Kiderült azonban ezen észleletek folyamán is, hogy a szénhidratok oly nagy jelentőségűek a szervezetre, hogy azokat hosszabb időre a szervezettől elvonunk nem szabad; különösen pedig a csecsemőre nézve a szénhidratok nyújtását életkérdésnek kell tekintenünk. Épp a a fehérjetáplálás mutatja szembeötlően, hogy a súlygyarapodás s a hőmérsék menete szempontjából a cukroknak mekkora nagy a fontosságuk. Ha hosszabb időn át cukor nélkül adagolnók a fehérjetejet, súlyvesztések, alacsonyabb hőmérsékek mutatkoznak s ez előbb-utóbb végzetessé válnék a gyermekre nézve, másfelől meg súlygyarapodás is a fehérjetej mellett csak akkor következik be, ha a cukornak, illetőleg a szénhidratoknak mennyiségét bizonyos százalékra (általában 5—6%-ra) emeljük.

Már ezen észleletek is mutatják, hogy a szervezetnek a cukorra mily nagy szüksége van, de még élénkebben igazolták ezt *Rosenstern* kísérletei, melyekben a fehérjetejhez zsír kevert cukor helyett és ekkor nem isodynamiás, hanem csak nagyobb mennyiségű zsír bírta a cukrot helyettesíteni. Bizonyos cukorminimumra van ezek szerint a szervezetnek a gyarapodásához szüksége; a cukorminimum alatt pedig azon mennyiséget értjük, mely mellett egészséges csecsemők az esetek többségében normalis súlygyarapodást mutatnak. Ezen cukorminimum nagysága a különböző tápszerek szerint különböző: fehérjetejben 1.5%, féltejben 3.5% körül mozog az. Hogy milyen módon fejti ki a cukor hatását, pontos részleteiben nem ismerjük, de mivel egyik fő hatás módja a víz erősebb mértékű visszatartásán alapul s mivel a csecsemőnek, mint növekedő szervezetnek, nagy a víztartalma,

érthetővé válik előttünk már ezen alapon is a cukor nagy jelentősége.

Ha az elmondottakat röviden összegezzük, megállapíthatjuk, hogy a fehérjetejtáplálás nagy haladást jelent a csecsemők diaetetikájában. A jó eredményeket pedig nem csupán az általam hangoztatott erjedésellenes hatására kell visszavezetnünk, hanem azon körülményre is, hogy a fehérjetejtápláló anyagokat olyan correlációban tartalmazza, a mely megengedi azoknak nagyobb mennyiségben való bevitelét és ily módon mind a quantitativ, mind a qualitativ inanitaó ártalmának elkerülését. Sajnálatos, hogy elkészítési módjának körülményesebb volta miatt alkalmazása a nagy gyakorlatban nehezen vihető ki; az ennek megkönnyítésére irányult törekvések azonban remélni engedik, hogy ezen nehézségeket leküzdjük s ezzel a fehérjetejtáplálás általános gyakorlatban is az értékét megillető szerepet fogja majd betölthetni.

Közlemény a székesfővárosi közkórházi elmebeteg-osztályból.
(Főorvos: Hudovernig Károly dr., egyetemi magántanár.)

A dementia praecox „gyógyulása“ esetek kapcsán.

Irta: Szedlák Ödön dr., segédorvos.

Ha egyes elmeosztályok statisztikáját nézzük, azt látjuk, hogy az elmebetegségek legnagyobb százalékát a dementia paralytica és a psychosis epileptica után a dementia praecox teszi. Így nevezi a mai pszichiatria a régebben más kórfelművekbe sorozott elmebajt; jellemző ezen elmebetegségre, hogy túlnyomóan a fiatal korban keletkezik kaleidoskopszerűen váltakozó tünetekkel, de állandó demenciás alapvonással, hosszan elhúzódik, a gyógyulást illetőleg pedig vajmi kevés kilátással kecsegtet. Ezen kóralak számos és különféle tünete, a bántalom csekély gyógyulási % -a, valamint az a körülmény, hogy éppen ezen, a fiatal korban jelentkező bántalommal szemben vagyunk igen sokszor tehetetlenek, készítette az újabbkori pszichiaterket arra, hogy behatóan foglalkozzanak vele. Kraepelin dementia praecox hebephrenica eseteiben 8% gyógyulásról beszél, megjegyzi azonban, hogy ezen gyógyultak egy részén később ismét előfordulhat visszaesés. Szerinte a teljesen gyógyult esetek egynemelyikében is olykor-olykor mutatkoznak a lelki világ zavarai. Ezen zavarok igen sokszor észrevétlenek maradnak, mert a polgári munkaképességet kevésbé befolyásolják. A katatonias alakról megjegyzi Kraepelin, hogy ezen betegek 20% -ában a tartós javulást is időnként nyugtalanság, izgatottság zavarja meg, míg a paranoid alakoknak azon eseteiben, a melyekben a téveszmék eltűntek, a betegek tájékozottá lettek s a psyche feltisztulása észleltetett, bizonyos elmebeli gyengeség marad hátra. Végeredményben Kraepelin arra az álláspontra helyezkedik, hogy korainak tartja annak felvételét, hogy a dementia praecox tudományos értelemben gyógyulhat. Ugyanezen véleményen van Aschaffenburg, Klipstein és Bleuler; az utóbbi szerint gyógyulás a restitutio ad integrum értelmében egyáltalán nem létezik.

Pfersdorff 23 eset katamnesisében teljes gyógyulást nem tudott megállapítani.

Pilcz a prognosist komolyan veszi, de azért a gyógyulást nem tartja teljesen kizártnak.

Berze a dementia praecox gyógyulási eshetőségeiről meglehetősen tartózkodóan és skeptikusan nyilatkozik.

Urstein is kérdésesnek tartja, vajjon dementia praecox eseteiben végleges gyógyulás előfordulhat-e? De remissiók előfordulnak oly értelemben, hogy a betegek hosszú évekre (esetleg 30 évre is) munkaképesé válnak. Ilyen remissiót vagy ideiglenes restitutiót talált többek közt E. Meyer az esetek 1/6—1/4-ében, Flamm pedig 32 beteg közül 3-on. Meyer azonban csak „remissióról“ és nem gyógyulásról, Flamm ideiglenes gyógyulásról beszél.

Osztályunkon az utolsó 4 1/3 év leforgása alatt 138 dementia praecoxos beteget vettünk fel, ezek közül gyógyul-

tan csak hármat bocsátottunk el. A javultak közül pedig kettő az osztályról való elbocsátása után oly rövid idő alatt érte el a gyógyulást a családi körben, hogy ezeket bátran sorolhatjuk a gyógyult betegek közé. Az utolsó két eset megerősíti egyes pszichiaterket véleményét — a mit különben Hudovernig ismételt hangoztat —, hogy bizonyos elmezavarok egyes esetei zárt intézetben egyáltalán nem gyógyulnak teljesen, de a mint az ily betegek haza vagy más környezetbe kerülnek, természetesen távöltartva a betegőt minden ártalmas befolyást, rövid idő múlva beáll a teljes gyógyulás. A zárt intézeti kezelés csak arra jó ily esetekben, hogy a heveny elmebetegségi tünetek az intézetben lecsillapuljanak, a beteg psyche a gyógyulás medrébe mintegy beállítassék, de a teljes restitutio csak a család körében vagy egyáltalán szabadabb, de a gyógyulásra kedvező milieuban következik be. Ugyanezt tapasztaltuk olyan elmebetegeinken, a kik hosszú kórházi tartózkodás alatt lecsendesednek, de asocialisak maradnak, ellenben a családi ápolásban, ha nem is meggyógyulnak, de legalább is socialisak lesznek és munkaképességüket részben visszanyerik.

Eseteinknek rövid kórrajzát a következőkben adom:

I. L. A. 26 éves, hajadon szakácsné. Felvételt 1912 június 4.-én. Az anamnesist illetőleg fontosabb adat birtokába nem tudtuk jutni. Behozatalakor rendkívül nyugtalan, sír, jajgat; másnap lecsendesülvén, a status felvehető. Az ép csontrendszerű, jól táplált nőbetegben physicalis eltérés az élénk patellaris reflexeken és a lábszáronak lévő hyperaesthesia kívül nincs. Helyről és időről tájékozódik, a kérdéseket percipiálja, azokra halkan, röviden, egy-két szóval válaszol. Betegségébe belátása nincsen; igaz ugyan, hogy egy hét előtt még tudóbetegnek képzelte magát, de miután meggyőzték arról, hogy tüdejének semmi baja sincs, most már csak a szive és méhe fáj (sehol semmi eltérés). Ezen vizsgálat után három nap múlva psychice már nagy fokban kötött; a kérdéseket látszólag percipiálja, de azokra választ egyáltalán nem ad. Fejét oldalt hajtja, szomorú arc kifejezéssel tekint körül; tekintetében ekkor még némi érdeklődést tanúsít, felszólításra lassan, nehézkösen mozog. Később érzéketlen már minden iránt, a mi körülötte történik; nem érdeklődik beteg társnói, sem az ápolószemélyzet iránt, ételt önként nem vesz magához, csak az ápolónők hosszas nógatására eszik. Teljes hangulathány és e mellett nagyfokú álmatlanság.

Pár nap múlva álmatlansága múlik, azonban a hozzaintézett kérdésekre nem figyel, csak többszöri nógatás után ejt ki suttogva egyik-két szót. Tájékozatlan, merev, részvétlen arc kifejezés; a hová ültetik, ott marad órák hosszai. Ez a teljes mutacismus, zárkózottság fennáll két hónapig s ezután lassú, fokozatos feltisztulás észlelhető. A kérdésekre eleinte hosszas gondolkodás után válaszol; beszéde érthetőbb; önként kezd táplálkozni. Élénken tekint körül, bár sokszor aggodalmas arc kifejezéssel, de tekintete elárulja, hogy érdeklődik mindama dolgok iránt, a mik körülötte történnek. Kezd magával is törődni; öltözködésére, mint egyáltalán egész külsejére nagyobb gondot fordít.

Öt hónapi kezelés után egy napon a vizit alkalmával megszólításra nyugodtan, értelmesen beszél. Azon kérdéseinkre, miért hallgatott oly hosszú ideig, arczán élénk pír jelenik meg, küzködni látszik önmagával, szemei könnybe lábadnak és hosszú, körülbelül 1/4 óráig tartó zokogásba tör ki. Ettől a naptól kezdve határozott és gyors psychés feltisztulás észlelhető, a gátlási tünetek napról-napra kisebbednek.

Elbeszélget beteg társnőivel, az ápoló-személyzettel, szívesen segítkezik a házi teendőknél, majd kézimunkát kér, a mit meglepő gonddal és csinnal állít ki. Betegségének egyes mozzanataira tisztán emlékszik vissza, tudja, hogy nagybeteg volt, de nem érti, hogyan jött ez reá, mi történt vele. Boldog, hogy most már meggyógyult és kéri hazabocsátását. Minthogy állapotában visszaeséseket nem észleltünk, kezelésünk 8. hónapjában, 1913 január 16.-án mint gyógyultat bocsájtottuk el osztályunkról.

II. V. K. 34 éves, hajadon cseléd. 1911 május 16.-án került osztályunkra. A hozzátartozóitól nyert anamnesis adatok szerint családi terheltég nem mutatható ki. 3 hét előtt piszkosan jött haza nővérehez a szolgálatból, itt zavartan viselkedett, értelmetlen beszédet folytatott, majd hallgatag lett, mereven bámult maga elé s ha nem vigyáztak reá, mindig kiszórt a lakásból; szappant, kézkenőcsöt evett.

A jól fejlett és táplált nőbetegben physicalis eltérés nincsen. Lehorgasztott fővel ül egy helyen, a hozzaintézett kérdésekre csak többszöri felszólítás után felel. Helyről, időről tájékozódik, betegségébe belátása nincsen, teljesen egészségesnek tartja magát. Azt mondja, hogy nővére azért hozatta be, mert félrebeszélte, de ez még nem ok arra, hogy örültek tartásuk. Kéri az orvosokat, hogy bocsássák haza, ő nem idevaló. Pár hétig nyugodtan viselkedett, zárkózott, majd makacs, daczos magatartást kezdett tanúsítani az orvosokkal és az ápolószemélyzettel szemben. A kérdésekre gorombán válaszolt, daczosan hátat fordított, vállait vonogatta, közben nevetve ejtett ki egy-két badar szót. Voltak napok, a mikor ingerlékeny, kötekedő, sőt társnőit tettleg is bántalmazta. 11 hónapi kezelés után egy napon a vizit alkalmával hirtelen, udvarias hangon megszólal és kéri elbocsátását. Vizsgálat: normalis

hangulat, teljes tájékozottság, visszaemlékezés bajának minden mozzanatára, beszélni nem tudott, nem mert. Most szabadnak érzi magát minden lelkibetegségi akadálytól. Azért lett beteg, mert törvénytelen gyermeke sorsa felett aggódott. Ettől a naptól kezdve gyorsan halad a gyógyulás felé.

Illedelmes mindenki szemből, a házirendet pontosan betartja, szívesen segít a házi teendőkben, jól eszik és alszik. Visszaesés nem állván be, 1912 április 9.-én mint gyógyultat elbocsájtottuk.

III. K. G. 18 éves nőtlén pénzügyőrt 1912 május 16.-án kaptuk a szent László-kórházból, a hóvá négy nap előtt mint fertőző bántalomra gyanús vétetett fel. Az áttéti kórrajz szerint fertőző bántalomnak semmi nyoma, a beteg láztalan, a mell- és hasüri szervek épek; feltűnt azonban a kedély-élet kóros zavara, mely összefüggéstelen beszédben, nagyfokú nyugtalanságban, a táplálkozás megtagadásában nyilvánult. Az anamnesisben állítólag alkoholizmus szerepel, erre nézve azonban vizsgálatunk szerint semmiféle támpont sincs.

A közepesen fejlett és táplált beteg csont- és izomrendszere ép, a koponyaalakulat normalis, a pupillák reakciója jó, az összes reflexek rendben. Időről jól, helyről rosszul tájékozódik. A kérdéseket percipálja, azokra mogorván válaszol; szítja az orvosokat, a kik miatt most beteg, mert mindenféle rossz orvosságot itattak meg vele. Mihelyt a kórházból eltávozik, azonnal elmegy a törvény elé, hogy leszámoljon az orvosokkal. Szítja továbbá a falujabeli vén asszonyokat is, a kiket ellenségeinek tart, mert „titkát” ki akarják tőle csikarni. Hogy ez a titok kicsoda, arra nézve nem akar nyilatkozni. A felvétel napjától kezdve hat hónapon keresztül úgyszólván állandóan nyugtalan, izgatott, lármás. Az ápoló-személyzetet, betegársait inzultálja, kiáll a kórterem közepére és nagyhangon dicsekszik testi erejével; ne merjen hozzá közeledni senki, mert ő a Bali Mihály és elevenen megnyú mindenkit. Prolongált langyos fürdőkkel, pakkolásokkal csak ideig-óráig tartó nyugalom tudunk elérni, a mint ezeknek bágyasztó hatása elmul, a mint kissé kipihenete magát, újból agresszív, goromba volt mindenki szemből, az ételt a földhöz vágta, ruháját tépte, trágár beszédeket folytatott, káromkodott, közben szeméit vadul forgatta jobbra-balra, fogait csikorgatta, álmatlan volt, az altatók magas adagjaira is alig reagált.

Wassermann a vérben —, a cerebrospinalis liquorban —.

Hat hónap múltán észrevehető, hogy ez a nagy psychomotoros nyugtalanság fokozatosan múlik; a sensorium ugyan állandóan zavart, az éjjeli álmatlanság még fennáll, de napközben nyugodtabb, félre vonul társaitól, zárkózott, az ételt elfogadja. A kezelés hetedik hónapjában álma lassan visszatér; az altatók adagolását beszüntetjük. Mindinkább előtérbe lép a psyche feltisztulása, ezzel együtt a testi erősbödés is. A kérdésekre bántalanul ugyan, de válaszol, betegségebe belátása van, tudja, hogy „fejbaja” miatt került ide; érzi, hogy nemsokára meggyógyul. A nyolczadik hónapban úgy testileg, mint szellemileg is majdnem teljesen rendben. Értelmesen beszél, mindenki szemből illedelmes. Feljegyzéseink az akkor megejtett vizsgálatról: Behozatalának idejére határozottan nem emlékszik (május 16 helyett június 17), azt tudja, hogy előbb pár napig más kórházban volt. Tudja, hogy nagyon nyugtalan volt, feje állandóan fáj, a minek okát abban keresi, hogy pénzügyőri állásában sokat tanult (törvények, szabályok, csempészes stb.) Hangulata rendes, a tájékozódás jó, a memoria — kivéve a betegség idejét —, úgyszintén a perceptio rendben. A szópárvizsgálat alkalmával 100% ban prompt és helyes reproductio egyszeri olvasás után. Gyógyultan távozik.

IV. Sz. J. 24 éves nőtlén postatiszt. Felvétetett 1912 augusztus 22.-én. Anyjától nyert anamnesis szerint iskoláit jó eredménnyel végezte, magaviselete kifogástalan volt. Két év előtt vették észre, hogy túlvallásos lett, mindennap templomba járt, sokat gyónt és áldozott. Ha hivatalából hazajött, félre vonult és hosszan imádkozott. Kezelő orvosa bemondása szerint 5 év előtt luest acquirált; úgy akkor, valamint behozatala előtt is kezelés alatt állott, de minthogy napról-napra depresszívabb lett, Krisztus, sátán és angyalok jelentek meg előtte, kik szívet tépik és minthogy lemondott postatisztai állásáról, hogy kizárólag lelki üdvözülésének élhessen és beállt czipészinasnak, bekerült osztályunkra.

A jól fejlett, mérsékelt táplált férfibeteg pupillái reagálnak, facialis paresis nincs. Baloldalt fokozott patellaris reflex, a többi in-reflex rendben, a bőrreflexek renyhék. Helyről és időről jól tájékozódik, betegségébe belátása csak annyiban van, hogy főfájásról, szédülésről panaszkodik.

Elmondja, hogy gonosz szellem által van megszállva, hátán érzi szárnyait; ha imádkozik vagy Istenre gondol, mindig kiszakad testéből egy darab, hogy helyet adjon a másoknak. Öt hónappal ezelőtt a lelke egy éjjel ki lett ragadva testéből, az úr Jézus megjelent előtte, de nem szólt hozzá. Egy más alkalommal ismét megjelent előtte és kezével lefelé intett. Ezen aztán sokáig filozofált a „sátántól megszállott állapotban”.

1912 szeptember 11. Lumbal punctio és vérvétel. Wassermann a vérben \pm , a cerebrospinalis liquorban —. A beteg csendes, nyugodt; ha beszédbe ereszkedünk vele, téves eszméit fentartja, de ezekben semmi rendszer, semmi összefüggés sincsen. Később már kisfokú nyugtalanság észlelhető rajta; a visétek alkalmával izgatottan kéri hazabocsájtását. Anyjának levelet ír; ez a levél küszált beszédétől elütőleg meglepően értelmes, összefüggő. „Ma van 16. napja — írja —, hogy az élőhalottak e hajlékában nekem is hely jutott. Anyi bizonyos, hogy ha ismerős lettem volna a viszonyokkal, még megvizsgálás végett sem léptem volna át ennek az épületnek a küszöbét. Azt gondoltam, hogy fön az emeleten megvizsgálják és miután ép szellemi képességemről

meggyőződnek, azonnal vissza is megyek a mamával. Én nem voltam és nem is vagyok elmebeteg, hanem egy ellenállhatatlan erkölcsi kényszer hatása alatt cselekedtem, a mely erkölcsi kényszer nem az elmebeteg gyógyintézetében, hanem a szentségek és imádság által gyógyítható, a mit itt a Jézus szentséges szívéhez mondott rózsafüzér-imádság és a lelki szent áldozás révén el is nyertem”. Majd leírja levelében, miért mondott le állásáról és miért állott be czipészinasnak. Szerinte a hivatali eskü megtartása lehetetlen. Az eskü szent; a ki esküsző, elkarhózik; mivel ő érezte, hogy nem tudja azt szöszert betartani, inkább távozik. Belátja azonban, hogy túlszigorú volt önmagához, de akkor, a midőn erre az elhatározásra jutott, úgy érezte, ha a lemondást meg nem írja, meg kell halnia, oly erővel hatott reá az eskü valódi lényegének félremagyarázása. Most örül, hogy a vezérigazgatóság nem fogadta el a lemondást. A levél végén kéri az anyját, hogy jöjjön be érte, ő szolgálatba akar állani.

Még érdekesebb az a levél, a melyet három nap mulva irt az osztály főorvosának. Mintha nem is elmebeteg irta volna. Egészen helyes, nincs benne semmi rendszertelenség, logikai összefüggés mondatról mondatra.

„A zárt falak között, egyedül csak Nagyságos Úr igazságérzetében bízva, intézem e sorokat Nagyságodhoz.

Tisztelettel jelentem, hogy ép észszel, helyes erkölcsi és társadalmi felfogással, f. é. augusztus hó 22.-e óta, beleegyezésem nélkül, vagyok az intézet kezelése alatt, a törvény által nekem biztosított szabadság nyílt megvonásával.

Bár igaz, hogy az intézet küszöbét saját akaratomból léptem át, de azon feltevéssel, hogy az orvos urak által egyszerű vizsgálatnak vettem alá s legfőjebb egy óra alatt el is hagyom az intézetet.

Az intézetben maradni nem akartam s a mit tettem, hogy állásomat oly szokatlan viszonyok között elhagytam, annak én vallásom szerint elfogadható magyarázatát is megadtam s bár egy helytelen következtetés eredményeképpen beálló erkölcsi kényszer hatása alatt cselekedtem, de azzal sem a társadalomnak, sem egyeseknek kárára nem voltam, sőt természetem a világ, sokszor erkölcstelen zajától való visszavonultság.

Személyes szabadságomtól csakis abban az esetben foszthattak volna meg jogosan, ha embertársaimra nézve vesélyes magaviseletet tanúsítottam volna; de ilyet rajtam senki sem tapasztalt s vallásosságommal is, a dolog erkölcsi természeténél fogva sem voltam ártalmas, de nem is lehettem. 24 éves elmultam s így, mint épeszü ember, magammal teljesen szabadon rendelkezhetem törvényeink szerint.

Szabadságvesztéssel járó hatósági beavatkozásnak csakis az esetben van helye, ha én a társadalom ellen valamiképpen ártalmas magaviselet tanúsítok s mindaddig, a míg ez be nem következik, törvényeink nekem teljes cselekvési szabadságot biztosítanak.

A látomásokat illetőleg az teljesen magánügyem s arról erkölcsi és állami törvényeink értelmében is, szabadon nyilatkozhatom.

Ennek alapján tisztelettel kérem Nagyságodat, hogy nekem jogos szabadságomat visszaadni sziveskedjék.

Budapest, 1912 szeptember 9.-én”.

Miután ezen levelével elbocsájtását nem tudta elérni, zárkózott lett. Kérdéseinkre rövid, mogorva válaszokat adott; gyakori élnék vasomotoros zavarok. Apja, anyja látogatását közönyösen fogadta, tekintete sajátos merevséget öltött. Nem érdekelte semmi, a mi körülötte történik, félre vonult, újságba temetkezett, de csak látszólag olvasott. E mellett voltak napok, a midőn anxiosus volt. Egy hónapi kezelésünk után atyja, annak dacára, hogy hangsúlyoztuk előtte, hogy fia állapotában még nagyon csekély a javulás, 1912 szeptember 22.-én tértíveny ellenében hazavitte.

A beteg további sorsa érdekelvén bennünket, sikerült kezelő orvosától és egy kartársától a következőket megtudnunk:

Körülbelül még két hétig otthon tartózkodott, majd szolgálattételre jelentkezett. Hivatalában ma is fennakadás nélkül végzi munkáját; vallásosságát megtartotta, szabad idejében legtöbbször a templomba megy.

V. Sz. J. 30 éves hajadon, varrónő. Felvétetett 1911 október 13. Az anamnesis szerint atyját féltől hűdés érte, anyja többször szenved főfájásban. A beteg gyermekkorában súlyosabb betegségeken nem esett át, iskolás korában jó felfogású volt. Mensesét 16 éves korában kapta meg és ez mindig rendes lefolyású volt. Pár hónap előtt vették észre, hogy beszéde zavart, összefüggéstelen; munkáját minden ok nélkül félbehagyta, ha társaságban volt, beszélgetés közben hirtelen felugrott és szó nélkül otthagyta a társaságot. Családi terheltség nem mutatható ki.

A középtermű, jól fejlett és táplált nőbeteg koponyáján alaki eltérés nincs. A pupillák rendben, a térdreflexek fokozottak. A szivtom-pulat harántirányban megnagyobbodott, a szívcsúcshelyezett, rajta szipes zöreje hallható. Behozatala alkalmával rendszerint nyugtalan, lármás, ruháját, haját tépi, összefüggéstelenül beszél, álmatlan. Ez a nagy psychomotoros nyugtalanság, dacára a sűrűn alkalmazott hydrotherapiának, eltartott két hétig. Ezután nyugodtabb lett, de a sensorium állandóan zavart, a perceptio gátolt, tájékozatlanság, nyomott hangulat; önként nem táplálkozik, tisztátalan. Csakhamar beáll a katatonias, állandóan a szoba egyik sarkában áll, fejét beborítja ruhájával és halkan szipogja, hogy apáca. Megszólításokra nem reagál, napközben katatonias stupor, éjjel izgatottság és nagyfokú álmatlanság. Egy hónap múltán álmatlansága már múlik és a psyche feltisztulása észlelhető. Elbeszélget hozzátartozóival, érdeklődik otthona iránt, de hozzátartozói távozását után ismét zárkózott lesz, nem érintkezik beteg társnőivel, kérdéseinkre alig válaszol egy-két szóval.

Két hónapi kezelés után nővére hazavitte mint javultat.

Az osztályról való elbocsátás után egy hónapra nővére elhozta bemutatni. A beteg jó színben van, tekintete nyílt, a dementiaának semmi nyoma, bátran felel kérdéseinkre, teljes tájékozottság és visszaemlékezés betegségére. Tudja, hogy nagybeteg volt, tudja, hogy mily nyugtalanul viselte magát, hogyan kezeltük. Nem tudott beszélni, pedig sokat akart mondani nekünk; ha szólni akart, mindig fojtogatta a torkát valami, úgy hogy nem tudott kiejteni egy szót sem. Boldog, hogy meggyógyítottuk és visszaadtuk munkaképességét. Nővére szerint teljesen hasznavehető, munkáját folytatja, semminemű nyugtalanyságot sem észleltek rajta.

A vázlatosan ismertetett öt esetben a kórjelzés kétséget nem szenved; mind dementia praecox, a IV. paranoid, a III. hebephreniás színezettel, a többi katatonias jellegű. A három első beteg már az elbocsátás alkalmával volt gyógyultnak minősíthető, a másik kettő csak részben javultnak, de ezen két utóbbi esetben a gyógyulás az elbocsátás után, a szabadabb és megváltozott viszonyok között beállott.

Természetesen nyílt marad a kérdés, vajon ezt az öt beteget véglegesen, vagy időlegesen gyógyultnak tekintjük-e? Megválaszolása lehetetlen. A pillanatnyi szellemi status — talán a negyedik kivételével — gyógyulás mellett és fogyatékos gyógyulás (Defektheilung) felvétele ellen szól, mert betegekinken sem hiányt a régebbi intelligenciához képest, sem a munkaképesség csorbulását nem tapasztaltuk. De tekintettel arra, hogy a dementia praecox valójában időnkénti megjelenésekben (schubweise) folyhatik le és hogy a betegek betegségi dispositiója mellett egy későbbi újbóli megbetegedés lehetséges; tekintettel továbbá arra, hogy némely szerző szerint a dementia praecox ideiglenes restitúciói vagy remissiói hosszú évekre is terjedhetnek: a leírt esetek gyógyulását sem tekinthetjük véglegesnek, hanem számolnunk kell avval a lehetőséggel, sőt valószínűséggel, hogy később, talán rövid idő, talán hosszú évek múlva újólgy visszaesnek betegségükbe.

Eseteinkben nem tapasztaltunk oly közös vonást, a melyből a kedvező prognosira útmutatást vagy előjelt találhattunk volna.

Tapasztalataink szerint a kedvező kimenetelű, azaz akár véglegesen, akár ideiglenesen gyógyult dementia praecox esetek arányszámát nem találtuk oly kedvezőnek, mint a bevezetésben említett szerzők: 138 esetünk közül 5 gyógyult, tehát csak körülbelül 3.5%.

Irodalom. Kraepelin: Psychiatrie. — Pilcz: Spezielle Psychiatrie. — Pfersdorff: Monatschrift für Psychiatrie, XXX., 3. — Urstein: Die Dementia praecox, 1909. — Berze: Die hereditären Beziehungen der Dementia praecox. — Flamm: Festschrift z. 40. J. der Edel'schen Heilanstalt 1909. — E Meyer: Archiv f. Psych., 45.

Túlérzékenységi reakciók.

Irta: Szontagh Félix dr., egyetemi rk. tanár.

(Vége.)

A vörhenyt előző dolgozataimban úgy definiáltam, hogy a vörheny nem egyéb, mint olyan angina, melyen a szervezet változott avagy fokozott reakciója módosított. A vörheny lényegében tehát mindenkor angina; azok a jelenségek, melyek a vörhenyt az egyszerű anginától megkülönböztetik, nem egy ismeretlen „vörhenyméreg“ által idéztetnek elő, hanem a szervezet momentan állapotától.

Ha az az angina úgy jó létre, hogy egy enterogen eredésű avagy intermediaer anyagforgalomban keletkezett sensibilisator a garatgyűrűt előbb a fokozott dispositio állapotába juttatta, akkor vörheny esetén, abból a célból, hogy a vörheny cardinalis jelenségeit, elsősorban is az exanthemát, de meg az enanthemát is, magyarázni tudjuk, feltételezhetjük, hogy vörhenyben a sensibilisatio nemcsak intenzivebb, hanem kiterjedtebb is; kiterjed nemcsak a mandulákra, hanem az egész torokra, légyszájpadra, nyelvre, esetleg fogínyre, kiterjed továbbá a szem kötőhártyájára, esetleg az orrüreg nyálkahártyájára és kiterjed végül a köztakaróra, esetleg a vesékre is.

Hogy a sensibilisator angina és vörheny esetében azonos, könnyen elképzelhető; de nem okvetlenül szükséges ennek a föltételezése; lehetséges, hogy a vörhenyben a sensibilisator talán egy molekulájában, talán egy atomjában más, mint az anginában.

A sensibilisatiós tünetekben már a legminimalisabb qualitativ és quantitativ differentiaknak óriási jelentőségük lehet. Az összes sensibilisatiós és anaphylaxiás tüneteket jellegzi az aránytalanság az ok és okozat között. Ha a sensibilisatióban a köztakaró is részt vesz, előáll olyan kórkép, mely az alapbántalmon, az anginán lényegesen módosít, annyira, hogy eredeti jellegéből teljesen kivetkőzteti.

A köztakaró sensibilizálhatóságának megvannak a maga előfeltételei; e tekintetben úgy látszik nagy szerepet játszik a köztakaró pigmenttartalma. Erre igen tanulságos példát szolgáltat nekünk az az állatbetegség, melyet a *fagopyrismus* nevével illetnek. A fagopyrismus a tudomány mai állása értelmében *exogen természetű optikai sensibilisatiós betegség*.

Ha szarvasmarhák, disznók, juhok stb. tatárkát (németül *Buchweizen*, latinul *polygonum fagopyrum* s. *fagopyrum exulentum*), vagy pedig ennek a magvait eszik, típusos tünetek között betegednek meg, *hogyha a napfény hat rájuk, míglen ha sötét helyen maradnak, nem betegednek meg*.

Feltűnően érdekes jelenség, hogy a fagopyrismusban csak a világos szőrű, tehát a nem pigmentált állatok betegednek meg, a sötétszőrű állatok ellenben nem. Tarka állatokon a fagopyrismusos exanthea csak pigmentmentes testrészekben jelentkezik, míg a sötétszínű bőrterületek mentesek maradnak. Érdekes továbbá, hogy a fehér területeket a napfény káros hatása ellen már por és piszok is, bizonyos fokig legalább, meg bírja védeni. *Wedding* egy tatárkával etetett fehérszőrű tehenet félig kátránnyal kent be; a fehér bőrterület megbetegedett, a feketére mázolt bőrterület ép maradt.

A fagopyrismus, mely *Tappeiner* fölfogása szerint aképpen jó létre, hogy a takarmánnyal fluoreskáló anyagok vitetnek be a szervezetbe és azután a napfény hat az állatra, enyhe — pirtól, duzzanattól és viszketéstől kísért — bőrbetegség alakjában nyilvánul meg, de lehetséges, hogy halálra vezető általános jelenségek is beállnak. A súlyos affeciók esetében a bőr megbetegedése az orbánczos bőrgyulladás képét mutatja. Más esetekben megint az ajkakon pustulosus exanthea jelenik meg!

Nagyérdékű továbbá annak a ténynek az ismerete, hogy a sensibilisatio a takarmány elhagyása után is még hetekig fenmaradhat.

A tatárkában foglalt, még pedig alkoholban oldható festőanyag az a test, a mely az állatokat a napfényvel szemben sensibilizálni bírja (*Oehmke*).

Busk szerint a fluoreskáló festőanyag, a „fluorophyll“, melyet a tatárkából nyerhetni, *Hoppe-Seyler* chlorophyllomjához nagyon közel áll, de mégsem azonos vele.

„Mindenesetre igen figyelemreméltó és részben legalább resorptiós viszonyok által megmagyarázható, hogy egy a chlorophyllhoz közel álló test, a mely főképpen oldhatóság tekintetében nagyon hasonló hozzá, az állat szervezetébe selectiv képességénél fogva a köztakaró által felvéve, mint sensibilisator hatni tud, míg a chlorophyll maga, mely in vitro a legintenzivebben ható sensibilisatornak bizonyult, ezt a tulajdonságát — bizonyára mondhatni, hogy nagy szerencsénkre — nem fejt ki“ (*Walther Hausmann*).

Régebben föltételezték, hogy a fagopyrismust apró szervezetek idézik elő, melyek a növényen élősöknek!

Az optikai sensibilisatiós betegségek között is akadnak olyanok, a melyek csak egy szervnek vagy egy szervrendszernek a sensibilisatióján alapulnak. *Walther Hausmann* cikkében a következőket olvashatni:

„*Wyman*-nak érdekes észlelését közli *Darwin*:

Wyman Florida egynéhány farmeréhez intézett kérdésére, hogy a sertések miért mind feketék, azt a választ kapta, hogy a sertések a festékgyökeret (*Lachnanthes*) eszik, ez pedig csontjaikat rózsaszínűre festi és, kivéve a fekete válfajokat, megfosztja csülkeiktől; a farmerek tehát csak a fekete

állatokat tenyésztik, mert csak ezeknek van kilátásuk arra, hogy megmaradni és szaporodni tudjanak. Minden látszat szerint itt is sensibilisatióval volt dolgunk; szerfelett érdekes, hogy a photodynamiai hatás így, nyilvánvalóan selective a csontszövethez kötődő festőanyagban nyilvánult meg.

Finsen volt úgy látszik az első, a ki a fagopyrismusnál az optikai sensibilisatio valamelyes fajára gondolt. A fagopyrismusban szenvedő állatok bőrérzékenységét a fényhatás iránt analogiába hozta a variolabetegek ugyanilyen bőrérzékenységével.

Hogy a vörhenyexanthema kifejlődésében photodynamiai hatás közrejátszik-e vagy sem, jövő kutatásoknak van fentartva kideríteni.

Szemben az anginával, vörheny esetében a köztakaró sensibilizálhatósága vagy a sensibilizáló test kiterjedtebb és intenzivebb hatásától, vagy a bőr immunitásától (pigmentek? szerepe), vagy végül a sensibilizáló test valamelyes módosulásától lehet föltételezve.

Felfogásomnak értelmében tehát végeredményben a vörheny is sensibilisatiós betegségnek volna minősítendő. Annak a reakciónak tehát, a melyet a vörheny nevével illetnek, a következők volnának a componensei:

1. A sensibilizáló test vagy testek.
2. Azok a bacteriumok, a melyek az angina előidézői.
3. Azok a toxinok, a melyek a bacteriolysis alkalmával fölszabadulnak = a toxinhatás.

4. Aktiváló componens.

Ezeknek a componenseknek az együtt-találkozásából állana elő tehát az a kórkép, melyet a vörheny nevével illetnek.

A sensibilizáló testnek természetéről eddig sejtelmünk sincsen. Nincsen eddig semmi támpontunk, a miből természetére következtetni tudnánk. Lehetséges, hogy már tápszereinkben készen jut be szervezetünkbe, de lehetséges az is, hogy a tápszerekből készül, még pedig az emésztés actusa alatt, avagy az intermediaer anyagforgalomban. Minthogy éppen sensibilisatiós jelenségekkel van dolgunk, parányi, úgyszólván elképzelhetetlen kevés mennyiség is elegendő a szervezet sensibilisatiójához. Éppen ezért egyelőre legalább vajmi kevés reményünk lehet ahhoz, hogy reája adjunk. Anyagforgalmi vizsgálatok, minthogy éppen biológiai, még pedig rendkívül finom reakciókkal van dolgunk, aligha fognak a problema közelségébe férközhetni.

Az anyagforgalmi vizsgálatoknak természetesen nem akarok elébe vágni. Ellenkezőleg, én speciell csak örülni tudok annak, hogy a problemát erről az oldalról is próbálkozni megközelíteni. Legújában Tachau végzett vizsgálatokat, melyeknek értelmében *urobilinuria*, *alimentaris laevolusuria* és fokozott *aminosavkiválasztás a máj tevékenységének zavarára* utal a vörheny kezdetén. Megítélésem szerint figyelmet érdemel az a jelenség is, hogy vörheny akárhány esetében a leheletnek igen erős az acetonszaga.

Abból a körülményből, hogy csecsemők nem betegednek meg vörhenyben, arra lehet következtetni, hogy a sensibilizáló test nem keresendő és nem tételezhető fel első sorban is a tejben és azokban a tápszerekben, a melyek tejen kívül a csecsemőkörben alkalmazásba jönnek. A vörhenyben akkor betegednek meg a gyermekek, a mikor már vegyes diaetán vannak. Magyarországon a vörhenymortalitás legnagyobb része — 70% — a 3—6 éves korra esik.

Az sincs kizárva, hogy a vörheny sensibilizáló anyaga azok közül az alimentaris ártalmak közül való, vagy legalább rokon lehet velük, a melyekből az exsudativ diathesis alakul. Annyit azonban bátran lehet mondani, hogy az exsudativ diathesis talaján a sensibilizálhatóság könnyebben és intenzivebben megy végbe. Az exsudativ diathesis a szervezetet a vörhenyes reactio iránt érzékenyebbé teszi csakúgy, mint a hogyan a kanyaró lappangási szakában, de még előbb is lezajló vörhenyes reactio érzékenyebbé teszi a szervezetet a kanyaró iránt.

A vörheny Budapesten állandóan előfordul. Az általam szerkesztett görbe értelmében januártól augusztusig a morbiditás úgyszólván egyforma. Januártól májusig ugyan lassan

emelkedik a görbe, de feltűnőnek ez nem mondható. Hirtelen emelkedik azonban a görbe *augusztus havában*; a meredek emelkedés legmagasabb pontját eléri *októberben*, a mikor is a morbiditás majdnem kétszer akkora, mint július havában. A görbének ezen viselkedéséből azt kellene következtetni, hogy a sensibilizáló testet egy olyan tápszerben kell feltételeznünk, melynek élyezete nem idényhez kötött, hanem melylyel állandóan élünk, legkiterjedtebben az augusztus-november közötti időben. De még az is lehetséges, hogy a sensibilizáló test vagy testek ebben az időben keletkeznek a legnagyobb mennyiségben, avagy pedig ebben az időben érik el legintenzivebb hatásképességüket. Ez a suppositio főképpen akkor állhatna meg, ha növényi tápszerekről volna szó. Mielőtt bárki is találgatásokba bocsájtkozna, meggondolandó, hogy vajjon csak egy tápszerben fordul-e elő a sensibilizáló test, avagy nem többben is. Hogy az augusztussal kezdődő meredek emelkedése a görbének photodynamiai hatására engedne következtetést, nem valószínű. Ha a vörheny aetiológiájában fényhatás játszana szerepet, vagyis tehát, ha akár a sensibilisator készítésében venne részt, akár pedig az aktiváló componens alakjában fejtené ki hatását, úgy ennek a görbe menetében praegnansan kellene kifejezésre jutnia. Erről nincsen szó. De photodynamiai befolyást egészen a limine visszautasítani mégsem lehet. Az exogen természetű optikai sensibilisatorokon alapuló megbetegedésekben a fényhatás (megbetegedés és halál) mindenek szerint arra vezetendő vissza, hogy a fény behatására mérgek keletkeznek, a melyek a sensibilizált állatot megbetegítik. Pfeiffer és Walther Hausmann, mint feljebb mondtuk, ennek a fölfogásnak hódol. A fagopyrismusnál láttuk, hogy a fehérbőrű s nem a feketebőrű állatok betegednek meg. A pigmenttartalom ellene működik a sensibilizálhatóságnak. Viszont kétségtelen, hogy a fényhatás alatt keletkező mérgek csakis a sensibilizált köztakaróra veszélyesek.

Ismeretes, hogy combustio után vörheny fejlődhetik; majd alább látni fogjuk, hogy ezt a jelenséget hogyan is magyarázzuk.

A halálozás vörhenyben (100.000 lakosra számítva) Európa egyes államaiban a következő (*W. Vierhuff* után):

Európai Oroszország	168	Anglia és Wales	6·6
Magyarország	51	Irország	4·0
Ausztria	48·4	Norvégia	6·2
Románia	76·8	Hollandia	2·0
Spanyolország	8·3	Schweiz	2·7
Belgium	16·0	Dánia	10·9
Itália	7·9	Svédország	5·0
Németország	11·1	Franciaország	2·5

Első helyen áll tehát Oroszország, ezt mindjárt követi Románia, azután jön Magyarország és utána mindjárt Ausztria. Hogy faji tulajdonságok, klima stb. mennyire hatnak itt közre, nagyon nehezen ítélhető meg. Ha klimás befolyás érvényesül, akkor talán azt mondhatnók, hogy a continentalis klima (Oroszország első helyen) úgy látszik, kedvez a vörheny keletkezésének. Ennek azonban ellentmond Schweiz, a melynek a klimája maritim befolyástól bizonyára mentes. A vörhenymortalitás eme különböző viselkedése az egyes országokban bizonyára a különböző táplálkozásban leli magyarázatát.

Feltűnő jelenség, hogy a vörheny leginkább Észak-Amerikában és Európában fordul elő. Ritka a tropusok alatt.

Mindeddig senki sem volt figyelemmel arra, hogy a vörhenyért egy tápszert, vagy pedig tápszereket tegyen felelőssé. Éppen ezért nincsen kizárva, hogy az észlelés meg fogja találni azt a tápszert, a melyben a sensibilisator foglaltatik, avagy a melyből keletkezik, illetve a melynek hatása alatt a szervezetben támad.

Én részemről nem tartom kizártnak, hogy a vörheny rejtélyes problémája véglegesen az empiria útján fog megoldódni. Ez a kijelentés merésznek látszik a mai korban, a mikor a buvárokodás a laboratoriumi, illetve experimentalis irányba terelődött egészen.

A mi már most a vörhenyes reactio második componensét, az anginát előidéző bacteriumokat illeti: ismeretes, hogy az angina az ő aetiologiájában nem egységes. A streptococcusokon kívül staphylococcusok, de meg pneumococcusok is szerepelnek. A súlyos anginákért általában streptococcusokat tesznek felelőssé.

A mi a reactio harmadik componensét, a toxinhatást illeti, azt mondhatjuk, hogy úgy egyszerű angina, mint pedig vörheny esetében a tünetek — angina esetében a fejfájás, az általános rosszullét, a derék- s végtagfájdalmak, láz, vörheny esetén még az exanthema és enanthema is — a bacteriolysis révén felszabaduló endotoxinok által idéztetnek elő. Azonban itt nagyon nehéz annak az eldöntése, mi irandó a sensibilisatiós test vagy testek rovására, mi az endotoxinok rovására. Hiszen a kórkép a két-féle componensek együtthatásából áll elő.

A következő mérlegelés nagyon figyelemreméltó: Mondottuk, hogy a tonsillák sensibilisatióján alapul az angina; akárhány súlyos tünetekkel beköszöntő angina esetében a helyi elváltozások igen csekélyek, s csak napok mulva fejlődnek ki. A súlyos tünetek, intenzív fejfájás (kivételes esetekben a fejfájás igen heves lehet, úgy hogy meningitis gyanuját kelti), hányás (néha ismétlődik), az általános rosszullét olyanok tulajdonképpen, mint súlyos tünetekkel lefolyó gyomorhurut eseteiben, a mely súlyos tüneteket ma intoxicationnak minősítünk. Éppen ezért lehetséges, hogy a tünetek egy része a sensibilizáló test vagy testek rovására irandó csakis.

Ez a fölfogás megengedné tehát, hogy az anginát emésztési zavarnak minősítsük, melyben olyan toxin keletkezik, mely a tonsillákat sensibilizálja. Sensibilisatiós jelenségekkel lévén dolgunk, a jelenségek intenzitása és rapiditása könnyen érthető.

A látható szervi elváltozásokat follicularis avagy lacunaris angina képeben természetesen csakis bacteriumok idézik elő.

Azok a jelenségek, a melyek a vörhenyt az egyszerű anginától megkülönböztetik, tehát az exanthema és enanthema, kétségtelenül a bacteriolysis révén felszabadult endotoxinoknak és a sensibilizáló testnek vagy testeknek együttes hatásából erednek.

Az exanthema és enanthema sensibilizált területeken jelentkeznek. A malignus vörheny lényege: a leküzdhetetlen sepsis, a leküzdhetetlen intoxicatio. A védőfegyvereitől teljesen megfosztott, a túlérzékenység legsúlyosabb állapotába eljutott szervezet hihetetlen rapiditással összeroppan.

A malignus, a rapide lefolyó vörheny a sensibilisatio tünetményén alapuló megbetegedések paradigmája, igazi typusa.

Az enanthema és az exanthema azonban nem specifikus jelenségei a vörhenynek; az enanthema még inkább lehetne az, mint az exanthema. Ez utóbbi mint a „vörhenyszerű exanthema“ előfordul sok sepsisszerű, elsősorban is streptococcusok által előidéztetett megbetegedés esetében.

A vörhenyt jellegző exanthema előidézéséért mindenek szerint tehát a bacteriumok endotoxinjai teendők felelőssé. Sepsises jelentőségű exanthemát láthatunk tehát a vörheny-exanthemában. S ha hozzávesszük még azt is, hogy a sensibilisatio útján előkészített talajon a streptococcusok gátló akadályra nem találva, a torok lágyképleteit (nemcsak a mandulákat!) és az orrüreg nyálkahártyáját is megbetegíthetik, teljesen jogosult az a fölfogás, a melynek különben a vörheny serumtherapiája is meghódolt, hogy a súlyos és a legsúlyosabb, a malignus vörheny, lényegében nem egyéb, mint egy streptococcusok által előidéztetett sepsis. Ezen a fölfogáson nem módosít, nem módosíthat az a figyelemre alig érdemes ellenvetés, hogy vörheny nem minden esetében lehet streptococcusokat a vérben kimutatni, avagy a vérből kitenyészteni. Megcáfolt állítás az is, hogy a vörheny átszenvedése immunitást hagyja hátra.

Vörheny esetében éppen sensibilisatiós tünetményekkel van dolgunk. Ez mindent megmagyaráz.

Azoknak tehát, a kik a vörheny lényegét streptococcus-

sepsisnek minősítik, igazuk van. De hogyan köthetik akkor magukat ahhoz, hogy a vörheny „contagiosus“ megbetegedés? Hiszen megbetegedések, a melyeknek előidézői streptococcusok, pl. az osteomyelitis, nem contagiosusak olyan értelemben, mint a kanyaró.

A vörhenyt streptococcusbetegségnek minősíteni, de egyszerűszersmind a contagiositás attributumával is felruházni, contradictio in adjecto.

A vörheny contagiositásába vetett hit csak olyan, mint az ismeretlen, mystikus „vörhenyméreg“-be vetett hit.

A kik tehát a vörheny előidézéséért streptococcusokat tesznek felelőssé, kell hogy valami képzeletük, véleményük legyen a felől, hogy a vörheny pathogenesise miben is különbözik más streptococcusos megbetegedésektől. Viszont azoknak, kik egy ismeretlen vörhenyméregben hisznek s ezt az ismeretlen vörhenymérget valóban mystikus tulajdonságokkal ruházzák föl, mégis csak tudniok kellene megmondani, hogy „másodlagos“ fertőzéstől mentes, „tisza“ vörhenyesetekben a vörhenyes megbetegedés, a vörhenyfolyamat lényege miből áll tulajdonképpen? Erre a kérdésre én még sehol sem találtam választ. A dualisták közül még eddig egyetlen egy szerző sem írta meg, hogy a „vörhenyfolyamat“ mi is tulajdonképpen.

Az anginával szemben a vörheny jelenségei a változott, illetve fokozott reakcióképességéből a szervezetnek könnyen, erőltetett magyarázat nélkül levezethetők. A megváltozott reakcióképesség anyagi substratumát sensibilizáló test vagy testek alkotják, melyek ex alimentatione fejlődnek. Végeredményben rövidesen úgy is mondhatnók, hogy az angina és vörheny jelenségei alimentaris anaphylaxián alapulnak.

A mi már most a reactio 4. componensét, az aktiváló componenset illeti: kérdés, van-e szükség ennek feltételezésére, vagy nincs.

Az exogen természetű optikai sensibilisatiós betegségek analysise alkalmával azt láttuk, hogy az a reactio pl., a melyet a fagopyrismus névvel illetnek, lényegében két componensből tevődik össze: exogen természetű sensibilizáló testek (fluoreszkáló anyagok) és fényhatás, illetve a fény behatása alatt keletkező mérgek. A sensibilizáló anyagok tehát a szervezetet a túlérzékenység állapotába juttatják azokkal az anyagokkal szemben, a melyek fényhatás alatt keletkeznek. Ha nincsenek sensibilizálva, úgy a fényhatás közömbös reájuk; viszont megint a sensibilisatio a fluoreszkáló anyagokkal szemben közönyös reájuk — az ú. n. „feltételes mérgezettség“ állapotában megmaradnak —, ha állandóan sötétségben tartatnak.

Ha a vörhenyt az optikai sensibilisatiós betegségekkel analogiába hozzuk, akkor a vörhenyben is feltételezünk sensibilizált testet vagy testeket, míg a túlérzékenységet eredményezik, de egymagukban a szervezetet még nem betegíthetik meg. A sensibilisatio túlérzékenységet eredményez egy olyan ártalommal szemben, mely normalis viszonyok között nem idézne elő betegséget. Ez az ártalom az optikai sensibilisatiós betegségek esetében a fényhatás, vörheny esetében szóra nem érdemes meghülés, indigestio stb. Ezeknek az ártalmaknak normalis viszonyok között nincsen következtetésük, ezért nem vétetnek észre; ha azonban a szervezetet a sensibilisatio állapotában érik: erre a szervezet az angina, esetleg a vörheny képeben reagál.

Vörheny legtöbb esetében az ártalom észrevétlen marad — igaz, eddig nem is figyelte meg még senki sem rajtam kívül a vörhenyt ilyen irányban —, néha azonban nagyon evidens, szinte maga felkinálkozik, hogy figyelemben részesíttessék. Az ártalomnak, melyet az egész reactio kiváltó momentumának, aktiváló componensének lehetne minősíteni, okvetlenül van befolyása a betegség lefolyásának természetére, intenzitására is. Ma, a mikor én a vörhenyt más szemmel nézem, mint régen, vissza tudok emlékezni olyan ártalmakra, olyan kiváltó momentumokra, hogy a betegség rosszindulatú lefolyását felelőssé tudom tenni. Csak röviden két példa:

Egy patienssem, 17 éves fiú, labdarúgásversenyen vesz részt. Ambitiosus fiú volt minden téren, a sport terén

is. Halálosan fáradtan jött haza este. Másnap este torokfájdalmáról panaszkodik. Harmadnap ép torok mellett — mindössze egy tonsillán egy genyedéses folliculus volt látható, de enanthema nem — vörhenyexanthema volt megállapítható, mely magas lázak kíséretében 7 napig állott fenn, de nem abban az intenzitásban, mely a közérzet rosszasságának és a magas hőfokoknak megfelelt volna.

Nem is állott be teljes láztalanság; a közérzet is rossz maradt; sajátságos nyugtalanság és végtagfájdalmak járultak még hozzá. Egyszerre csak *ileuszerű tünetek* állanak elő; az ileus azonban magától oldódik; a bőven ürített székletében véres csíkok voltak láthatók. A torokfájdalom, mely sohasem enyhült, ismét fokozódik. Apró pustulák jelentkeznek a mandulákon, de a légyszájpadon is, nyelven, fogínyen is, a nyálkahártya alatt, mint áttetsző kénsárga kölesnyi göböcskék. Ezek a pustulák áttörnek, összefolynak. Végeredményben rettenetesen súlyos glossitis fejlődött ki; az egész fogíny üszkösen szétesett; a tonsillák, uvula stb. mind üszkösen szétmáztak. Az egész beteg területből állandó, csillapíthatatlan vérzés. A betegség 23. napján teljesen jó közérzet és ép öntudat mellett beállott a halál.

Ez az eset lényegében nem volt más, mint sepsis. Rossztermészetű, mindenek szerint streptococcus-sepsis. Az eset 2 év előtti október havára esett, a mely hóban a vörheny-morbiditás itt Budapesten a tetőfokára hág.

Semmi kétségem sincs az iránt, hogy a testi kifáradás ez esetben nemcsak kiváltotta a reakciót, de előidézte, természetesen egyéb, eddig még nem ismert tényezőknél kívül, a rossztermészetűséget is.

Egy másik példa: 12 éves fiú, ki csecsemőkorában kezdettől fogva tehéntejjel tápláltatott, csecsemő- és zsenge korában évekig tartó, igen súlyos általános eczemában és időről-időre asthmás bronchitisrohamekban szenvedett. Eczemájától később sem szabadult egészen; időről-időre, bár kis területeken, mindig megjelent. A hajlam az asthmára elmúlt, de az exsudatív diathesist kóros elhízás árulta el. Ez a fiú egy deczemberi hideg napon délelőtt másfél óráig úszott a Rudas-fürdőben. Fázva és fáradtan jött haza. Már este rázóhideg állott be; az 5. napon rossztermészetű vörhenyben elpusztult.

Itt is az ártalom nemcsak mint kiváló momentum szerepelt, de része volt a folyamat rossztermészetűségében is. Ez utóbbiért azonban természetesen az exsudatív diathesis is felelőssé teendő.

Mint kiváló momentumok szerepelnek trauma, sebzés, műtéti beavatkozások, szülés, égés, serumbefecskendezés. Serumbefecskendezésre előálló vörhenyexanthema esetében az injectio helyén, tehát a trauma helyén, az exanthema legintenzivebb és még itt is legintenzivebb a tapasz helyén!

Maga a serum, mint ilyen, azt hiszem, nem idéz elő vörhenyt; ezt csak akkor lehetne föltételeznünk, ha supponálnók, hogy a serummal egyszersmind a sensibilizáló testet is beviszszük.

Ezt ugyan el lehet képzelni, de nem valószínű. Nemrégén osztályomon egy epilepsiában szenvedő gyermekén magnesiumsulfat bőr alá való fecskendezése váltott ki vörhenyreakciót.

Az aktiváló componensnek a kiváló ártalomnak, legyen ez akár meghülés, akár indigestio, akár trauma, akár sebzés ideértve a szülést, operatiókat, serumbefecskendezést —, akár égés, kell hogy anyagi, mondjuk chemiai substratuma legyen. (Asepsises sebészi szövetszétesés és égés eseteikre vonatkozó vizsgálataik alapján *Heyde* és *Vogt* az égési mérgezésért elsősorban is *guanidin*-szerű testeket tesznek felelőssé.) A kiváló momentumot kitevő chemiai test vagy testek iránt tehát túlérzékeny a sensibilizált szervezet; *a sensibilizáló test vagy testek és a kiváló momentumot, az aktiváló componens kitevő test vagy testek találkozásából ered tehát a szervezetnek az a momentán állapota, mely föltétele annak, hogy angina, illetve vörheny fejlődhessék ki.*

Minthogy éppen sensibilisatiós jelenségekkel van dolgunk,

az aktiváló componens teljesen észrevétlen maradhat; de lehetséges, hogy az aktiváló componens is tápszereink révén kerül a szervezetbe. Családi és intézeti, nem ritkán explosive kitérő vörhenyendemiák esetei ezt valószínűvé teszik.

A szervezet állapota teszi azután lehetővé a vörhenynek a kifejlődését az ő összes változataiban; az úgynevezett *genius epidemicus* is ezáltal nyerne némileg megvilágítást.

A vörhenyproblema ezek szerint bonyolultabb problema, mintsem általában föltételezik. A lényeges benne a sensibilizáló test vagy testek. Ezek úgy látszik specifikus vegyületek; ők adják meg az egész reakciónak a specifikus színezetét.

Ha mindezek után most már visszatérünk a typhus abdominalishoz, azt kell mondanunk, hogy több-kevesebb változattal azokkal a jelenségekkel, a melyekkel vörheny esetén találkozunk, találkozunk typhus esetében is. A typhus abdominalis sepsis; itt is föltételezhetjük a disponáló ártalmat (a sensibilisatiót) és az aktiváló componens. Typhus csak erre disponált, súlyos lefolyás csak sensibilizált, túlérzékenynyé tett szervezetben fejlődhetik. S typhus esetében is találkozunk sensibilisatiós jelenségekkel, mik elsősorban s láthatóan a köztakaró részéről nyilvánulnak meg.

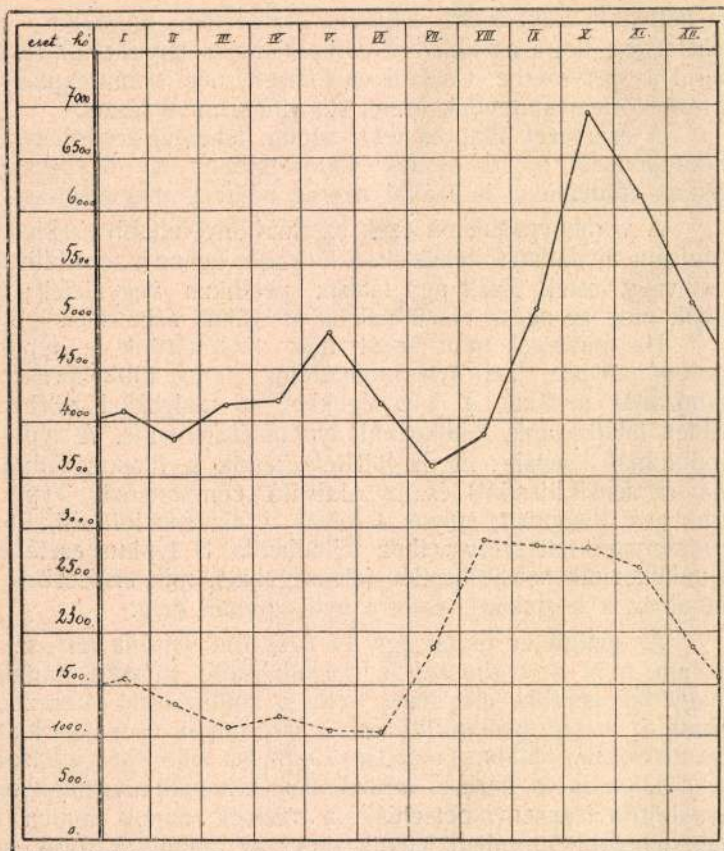
Az elmúlt év őszén egy 14 éves fiút vettünk fel osztályomra, a ki a typhussepsis legsúlyosabb tüneteit mutatta (nagyfokú apathia, elesettség, belövelt kötőhártyák, az arc kipirult, az orrszárnyak körüli rész, a fülcimpák és az ajk kissé cyanosisosak; hatalmas roseola-exanthema különösen a hason, de a háton is; a kórházi tartózkodás 5. napján a végtagokon, nyakbőrön lencsényi petechiák, a melyek napok múlva is még nagyobb számban jelentkeznek; az apathia később sorporba megy át s nagyfokú szívgyengeség áll be); ezen a betegen kórházi tartózkodásának harmadik hetében erős *bőrhámlás* indult meg különösen a czombokon, kevésbé a láb-szárakon. Ez a bőrhámlás később áterjedt a tenyerekre és talpakra; különösen az utóbbiakról a bőr hatalmas lemezekben vált le, akárcsak súlyos vörheny esetében. (Vörheny ki volt zárható — különben is a typhus diagnosisát elsősorban is a klasszikus typhustünetek tették kétségtelenné, de még affirmálta a kétizben is végrehajtott, erősen pozitív Widal-reactio.) A hámlás egészen olyan volt, mint súlyos vörheny esetében. Erős hámlás előző typhusra is, nemcsak vörhenyre enged következtetni! A bőr sensibilisatiója megnyilvánulhat tehát csakis hámlásban, mint a hogyan „kiütés nélküli“ vörhenyesetekben is találkozhatunk hámlással.

Ezek után még csak azzal a kérdéssel óhajtok foglalkozni, vajjon a typhus morbiditásának a menete mutat-e valami jellegzeteset az ő viselkedésében?

Budapesten 1882 óta, a mióta a fertőzéses betegségek bejelentését a hatóság kötelességünkké tette, 1912-ig, vagyis 31 év alatt, az orvosok 22.319 typhus abdominalis-beteget jelentettek be. Az idevaló statisztikai adatokat *Thirring Gusztáv*, a székesfővárosi statisztikai hivatal igazgatójának megbízásából *Pikler* h. igazgató volt szíves összeállíttatni és rendelkezésemre bocsájtani. Nevezett igazgató uraknak e helyütt is hálás köszönetemet nyilvánítom.

Évek szerint a morbiditás szerfelett ingadozó viselkedést tanusít. Ebben a tekintetben a typhus abdominalis kissé eltér a vörhenytől, a mely — mint ez abból a görbéből, melyet annak idején e lap hasábjain közzétettem, kiviláglott — állandóan, szinte törvényszerűen emelkedik fölfelé. Az ingadozás az egyes évek szerint valóban feltűnő s a legnagyobb figyelemre méltó. 1882-ben pl. bejelentettek 1121, 1885-ben ellenben csak 317 esetet; 1889-ben 3315, 1902-ben ellenben csak 235 esetet. Az 1882., 1886., 1888., 1889. évtől eltekintve, a bejelentett esetek száma azonban minden évben 1000-en alul maradt.

Ha a morbiditás menetét az egyes években *hónapok* szerint tekintjük, úgyszólván minden évben, szinte törvényszerűen megnyilvánul a *morbiditás hirtelen, meredek emelkedése a nyár kezdetével, június havában*. A mellékelt ábrán a görbe ezt igen kifejezetten szemlélteti. Szemlélteti ugyanis a 32 év alatt bejelentett 22.319 esetnek hónapok szerint való



4071, 3761, 4369, 4400, 4782, 4420, 3749, 3944, 5174, 6983, 6280, 5274, 1541, 1313, 1174, 1227, 1099, 1088, 1844, 2936, 2821, 2761, 2644, 1871.

Vörheny: ———
Typhus: - - - - -

elosztását. (Lásd a fenti ábrát.) Látjuk, hogy a görbe januártól júniusig úgyszólván vízszintes, feltűnően egyenletes; júniustól szeptemberig hirtelen emelkedik, szerfelett meredeken; augusztus havában majdnem háromszor olyan nagy a typhusmorbidityás, mint 2 hónappal előtte, június hóban. Ez csak nem lehet a véletlen dolga! E felett szemet hűnyini csakugyan nem lehet. Sajátságos, hogy a görbe az augusztusban elért magaslaton megmarad 3, sőt majdnem 4 hónapig, mert csak novemberben esik ismét, még pedig meredeken lefelé. A görbének ez a viselkedése igen feltűnő, egymaga is hangosan kiáltja felénk, hogy a typhus abdominalis aetiologiájában oly factoroknak van nagy szerepük, melyeket eddig nem ismerünk, a melyek után ma még csak nagyon kevesen kutatnak.

Ha pedig a typhus görbét összehasonlítjuk a vörheny görbéjével — ugyanazzal a görbével, melyet már egy ízben e lap hasábjain megjelentettem —, lehetetlen, hogy fel ne tűnjék, hogy e két görbe nagyon is hasonlóan viselkedik. Viselkedésük nagyjában véve úgyszólván egyező. A vörhenyben is, a május havára eső emelkedéstől eltekintve, a görbe augusztusig egyenletes. Augusztusban hirtelen emelkedik és októberben eléri emelkedésének a tetőfokát. A vörhenyben tehát 2 hónappal később következik be az, a mit a typhusban látunk, hogy t. i. egyszerre meredeken emelkedik felfelé és az emelkedés tart éppen 2 hónapig. A különbség abban áll, hogy a meredek emelkedése a görbének typhusban már június havában, vörheny esetében augusztus havában indul meg. De míg a vörhenyben 2 hó alatt a morbiditás a kétszeresére, 3944-től 6083-ig, typhusban 2 hó alatt úgyszólván háromszorosára — 1088-tól 2936-ig — emelkedik. A typhusgörbe ezen jellegzetes viselkedésének magyarázatát adni nem tudjuk; hiszen ma még ismeretlenek azok a feltételek, a melyek megengedik, hogy valaki typhusban megbetegedjék. De hogy itt is elsősorban az alimentaris ártalmak hatnak közre, aligha szenvedhet kétséget. Éppen ezért azt hiszem, hogy a typhusgörbének ez a typhos és a vörhenyéhez egészen hasonló viselkedése erősíti az én felfogásomat a vörhenyproblema lényegéről.

Ez a felfogás lényegében abban csúcsosodik ki, hogy a vörheny olyan sensibilisatiós megbetegedés, olyan túlérzékenységi reactio, mely végeredményben alimentaris ártalmakon alapul.

Ennek a felfogásnak az értelmében tehát a vörheny-reactiót is azok közé a bántalmak közé kell sorolnunk, a melyek alimentaer anaphylaxián alapulnak.

Alimentaer anaphylaxián alapul kétségtelen az egyszerű angina és a vele olyan sok tekintetben rokon és analog epi-typhlitis is.

Jövő kutatások feladata, tápszereinkben azokat az anyagokat, táplálkozásunkban azokat az ártalmakat kikutatni, kifürkészni, a melyek ezekben a betegségekben mint sensibilisatorok döntő szerepet játszanak. S minthogy a typhus abdominalis a vörhenyvel igen sok rokon és analog vonást enged felismerni, valószínűnek kell mondanunk, hogy typhus-megbetegedés esetében is mindenképpen elsősorban alimentaer ártalmak játszanak nagyon fontos szerepet.

Irodalom. Heyde und Vogt: Studien über die Wirkung des aseptischen chirurgischen Gewebszerfalles und Versuche über die Ursachen des Verbrennungstodes. Zeitschrift für die ges. experimentelle Medizin, I. köt. — Walther Hausmann: Ueber optische Sensibilisation im Tier- und Pflanzenreiche. Fortschritte der naturwissenschaftlichen Forschung (Herausgegeben von Abderhalden). VI. kötet. — Meyer: Berliner klin. Wochenschrift, 1913, 11. sz. — Korányi Frigyes: A belgyógyászat kézikönyve. I. köt. — Jürgens: Deutsche med. Wochenschrift, 1907, 2. sz. — Fejes: Orvosképzés, II. évfolyam, 10. sz. — V. Hutinel: Les Maladies des Enfants. I. köt. — Gál: Vizsgálatok a virulencia problémájáról. Eger, 1912, és Orvosi Hetilap, 1911. — Tachau: Leberinsuffizienz bei Scharlach. Jahrb. f. Kinderheilk., 77. köt.

Németországi levél az új rák-kezelésről.

A hallei nemzetközi gynaekologiai congressus óta az egész orvosi világ érdeklődéssel fordul München, Freiburg, Berlin felé, a honnan a rossztermészetű daganatoknak radioactiv anyagokkal való kezelésmódja kiindult. Krönig, Doederlein, Bumm kísérletei meglepő eredménnyel jártak. A közlemények olvasása után az optimista fellélegzik, hogy végre megvan az oly soká hiába keresett csodaszer, mely az emberiséget egyik legsúlyosabb betegségtől menti meg. A pessimista ellenben visszaemlékezik a tuberculin és a salvarsan felfedezése utáni örömmámort követő kijózanodásra és óvatossan bevárja a további fejleményeket.

Utazásom célja az volt, hogy meggyőződjem az eredmények kvalitásáról és hogy elsajátítsam a kezelés technikáját.

Münchenben az ósdi klinika most gyülekező helye külföldi betegeknek és orvosoknak. Különösen sok az osztrák beteg és a japán orvos. Doederlein, Seuffert és Baich a legkedvezőbbben nyilatkoztak eredményeikről. A kezelést Seuffert volt szíves megmutatni. A klinika 400 mgr. mesothoriumja állandó használatban van. A carcinoma kiterjedése szerint 50—200 mgr.-ot tesznek a daganatra és rajta hagyják 10—48 óráig. A változások meglepő gyorsan állnak be. Egy fiatal leány nyaki lymphosarcomáit 400 mgr. mesothoriummal két éjjelen át besugározva, a daganat nyomtalanul eltűnt. Méhcarcinoma eseteiben 2—3 nap alatt megszűnik a vérzés, a bűzös folyás és a fekély megtisztul. A mélyrehatás elérése természetesen csak hosszabb idő alatt lehetséges. A betegeket felváltva kezelik mesothoriummal és Röntgennel. Gauss-féle készülékkel, nagy Müller-csővel, 3 mm. vastag aluminiumfilteren keresztül, 25—30 cm. focus-távolságból 1½ óráig sugároznak vaginálisan és a hasfalat át felváltva. Egy ülésben 180—200 x-et adnak. Ugy a mesothorium-, mint a Röntgenkezelést turnusokra osztják. Minden series után a beteg 10—20 napot pazuál. A seriesek gyakoriságát és a szünetek hosszát a klinikai kép szabja meg. A mesothoriumot 10—50 mgr.-nyi mennyiségben, 0,05 cm. vastag ezüst-fiólákba beforsasztva, használják; szükség szerint még staniol-, ólom- vagy aranyfilterrel erősítik a szűrést. A kezelés megkezdése után feltűnően javul a beteg étvágya, meghízik. 2000 x és 6000 mgr. órányi besugárzás után 2—3 cm. mélységben mikroskopice ráksejt többé nem található. A rákos szövet vagy

e'folyósodik és felszívódik, vagy helyét kötőszövet foglalja el. A kezelést 5—6 hétig végzik. Ezen idő alatt az inoperabilis daganat operabilissá válik, a beteg meghízik, megerősödik. Kisebb daganat nyomtalanul eltűnik. Feltűnő a kezelés fájdalomcsillapító hatása, mely már az első időben beáll.

Doederlein a legnagyobb bizalommal van eltelve a módszer jövője iránt. Rejtett metastasisokat gyógyítani nem tudnak, de inoperabilis daganatokat operabilissá tudnak tenni, vagy legalább is a betegnek oly könnyebbülést szereznek, a melyet eddig semmiféle módon sem tudtunk elérni; radicalis műtét után prophylactice végzett besugárzásokkal a recidivamentességet talán biztosítják, de legalább is a recidiva esélyeit csökkentik.

Freiburgban a *Krönig*-klinikáról még fokozottabb mértékben áll mindaz, a mit Münchenben *Doederlein*-ről leírtam. Minthogy *Krönig* rendelkezik a legnagyobb mesothorium-quantum fölött, anyaga sokkal nagyobb és így látni való is sokkal több akadt. A kezelés menete nagyjában ugyanolyan, mint *Doederlein*-nél. Minden beteg tumoráról felvételtkor viasz-képmást készítenek, úgyszintén kibocsájtásakor is. E viasz-képek mutatják legszemléltetőbben az eredményeket.

Minden újabb adag mesothoriumnak, mielőtt kezelésre használják, megállapítják a physiologiai hatását, tehát az erythemadosist, mert minden adagnak, még ha a quantuma ugyanaz is, más a sugárzóképesége, illetőleg a sugarak összetétele. Az anyag quantuma, radioaktivitásának foka és a daganat mélysége szerint választják meg a filtert. Egyszeri erythema-dosis után a beteg 14 napig megfigyelés alatt áll, illetőleg csak Röntgennel kezelik. 14 nap után próbakimetszést végeznek; ha javulás mutatkozik, még egy hétig várnak az újabb radium-dosissal, nehogy a hatás kumulálódjék, a mit *Krönig* nem tart czélszerűnek.

Ha változások nem mutatkoznak, már 14 nap mulva újabb erythemadosist adnak. Thorium x-befecskendezést nem végeznek, mert a betegeket gyengíti. Ellenben a cholin-injectiókkal való kísérletek eredményesnek látszanak és ezért alkalmazzák is. A radium-besugárzásokról kevés tapasztalatuk van, mert kevés az anyaguk, de jobbnak tartják a mesothoriumnál, mivel több a hatásos γ -sugara. Röntgen-kezelésekhez mindig a 3 mm.-es aluminiumlemez használják. Különben a legradiuméhesebb klinika és *Krönig* maga kijelentette, hogy sajnálja, hogy publikálása előtt nem biztosította magának az egész, akkor még sokkal olcsóbb radium-mennyiséget.

Heidelbergben a „Samaritanerhaus“-ban *Werner*, a nyugalomba vonuló *Czerny* utóda kalauzolt. Ők annyira bevalták magukat a chemiai, injectiós therapiába és annyira exponálták magukat érdekében, hogy most, mikor vereségüket be kell látniok, nem mehetnek át minden átmenet nélkül az ellenkező táborba. Most tehát meglehetősen rendszertelenül laviroznak a két irány közt. A betegeket enzyttal, thorium x-szel, Röntgennel, kis adag radiummal stb. egyszerre kezelik és így nem ítéltető meg, hogy a mutatkozó, elég csekély eredmények melyik szernek javára irandók. Az enzyttal-injectiók mindenesetre megkísérlendőek, mert ezeket *Krönig* is hasznosnak tartja.

Berlinben először *Sticker* tanárt kerestem fel. Elpanaszolta, hogy bár ő volt Németországban az első, ki radiummal eredményeket ért el, mégis a közleményekben a gynaeologusok a prioritást maguknak vindikálják. *Krönig* érdeme szerinte csak az, hogy volt mersze igen nagy dosisok alkalmazásához. Ugy felfogása, mint technikája sokban különbözik a freiburgitól. Szerinte, és ebben megegyezik *Bumm*-mal és a berlini iskolával, az α - és β -sugarak sejtpusztító hatásúak; a γ -sugarak nem hatnak specifikusan a carcinoma-sejtekre, hanem főleg a vérereket, azok endothel-sejtjeit pusztítják el. E tulajdonságuk folytán a gyorsan növő, malignus daganatok vérellátását meggátolják és a daganat az anaemia miatt pusztul el. Helyét a kevesebb táplálékkal beérő kötőszövet foglalja el. Minthogy az α - és β -sugarak sejtpusztító hatását is ki akarja használni, kevesebbet filtrál és nem

törődik az erythemával, mely úgyszint nyomtalanul meggyógyul 3—4 hét alatt. A berliniek a freiburginál sokkal gracilisebb filterinstrumentariumot használnak, melylyel sokkal jobban kihasználják a radiumkészítmény aktivitását. A kezelésre nem lehet szigorú szabályokat felállítani, hanem esetről-esetre a körülmények pontos mérlegelése szabja meg a beavatkozás módját.

Grünwald Béla dr.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

N. Zuntz und A. Löwy: Lehrbuch der Physiologie des Menschen. 2. javított kiadás. Leipzig, F. C. W. Vogel, 1913. Ára 20 márka.

Azt a több oldalról hangoztatott véleményt, hogy jó tankönyvet nagyobb számú munkatárs közreműködésével írni nem lehet, az immár már második kiadásban megjelent munka teljes mértékben megczáfolja. Jeles tulajdonságait, főképp egyöntetűségét és nem túlságos nagy terjedelmét a szaksajtó már mintegy 4 évvel ezelőtt a munka első megjelenésekor kellően méltatta. Ez alkalommal csak arra kívánunk utalni, hogy az új kiadásban az utolsó évek kutatásainak eredményei mind helyet találtak, és azonkívül az összes fejezetek gondos átdolgozásban részesültek. A munkatársak sorában annyiban történt változás, hogy az elhunyt *Nagel* tanár helyett *Kries* heidelbergi tanár vette át az érzékszervek élettanának revisióját. A szépen kiállított tankönyvet különösen orvostanhallgatóknak melegen ajánlhatjuk.

V.

Orlowski: Die Schönheitspflege. Für Aerzte und gebildete Laien. Dritte verbesserte Auflage mit 30 Abbildungen im Text. Würzburg, Kurt Kabitzsch, 1913. Ára füzve 2 márka, kötve 3 márka.

Úgy hisszük, hogy mihelyt valamely orvosi munkát „orvosok és laikusok számára“ írnak: az olvasó közönség zöme nem az orvosok közül fog kikerülni. Különösen áll ez akkor, ha kozmetikáról van szó. De ez egymagában nem baj, csak ne essék az ilyen félig-meddig népszerű orvosi munka abba a leggyakoribb hibába, hogy az orvosnak túlkeveset, a nemorvosnak meg túlsokat nyújt. Az általános kozmetikai elvek népszerű tárgyalása és nyilvános hangoztatása nem árt, hiszen orvosi szempontból a helyesen felfogott kozmetika nem más, mint a test ápolása körül felmerülő tisztasági, hygienés és élettani szabályoknak a hirdetése. Ez pedig csak hasznos lehet. A szerző nagyrészt megfelelt ennek a követelésnek és élénk, könnyed modorban tárgyalja a kozmetika egyes fejezeit. Különösen áll ez az általános szabályokról. Más kérdés már, hogy helyes-e ilyen népszerű könyvben a therapiát, mely a kozmetikában is csak orvosi ténykedés lehet, aránylag oly nagy részletességgel tárgyalni (kozmetikai massage, szénsavhó, quarlámpa-kezelés). A gyakorló orvosnak mindenesetre sok jó szolgálatot tehet ez a kis mű, mely a tárgynak ügyes beosztása miatt gyors tájékozódást enged.

Guszman.

Lapszemle.

Belorvostan.

Az epeköbetegség kór- és gyógytanának néhány kérdéséről értekezik *Benedict Henrik*. E cikk beható ismeretése annál érdemesebb, mert benne — a legmodernebb kórtani kutatások, a cholelithiasis pathogenesisére vonatkozó kísérletes vizsgálatok eredményei az élesen megfigyelő betegágyi észlelő gazdag tapasztalatával párosulva — megtalálhatjuk röviden mindazt, a mit ma a cholelithiasis pathogenesisének, diagnostikájának, belgyógyászati kezelésének s a sebészi indicatiók felállításának kérdéséről tudunk.

Az epeköbántalom első felvonása a bacteriummentes epében játszódik le és legelőször tiszta, sugaras szerkezetű

cholesterinkövek képződésére vezet. A vízben oldhatatlan cholesterint az epesavas sók s a zsíradékok tartják colloidalis oldatban. Ezen védőcolloidok eltávolítása vezethet a cholesterin kiesésére és a cholesterinkövek képződésére. Az epesavas sók autolysises bomlás folytán tűnhetnek el, az epe neutralis zsirjai pedig az epehólyag hámsejtjei útján felszívódhatnak. A cholesterin mennyiségének megszorodása, ha egymagában nem is elegendő a cholesterinkőképződéshez, azonban a védőcolloidok csökkenése ily esetekben korábban vezethet a cholesterin kicsapódására.

Az epekőképződés második felvonása alatt a steril cholesterinkő köré főleg epefestékből és mészsókból álló rétegek rakodnak. Ehhez azonban az epe inficiált volta szükséges. Minthogy az első kő rendszerint a ductus cysticusba kezd beékelődni, az ily módon fokozott epepangás az epehólyag fertőzésének útját egyengeti.

Az epekő tehát nem a betegség oka, hanem inkább a betegség terméke. A betegség neve először cholesterinos diathesis és epepangás, terméke a cholesterinkő, később a betegség neve bacteriumos cholecystitis, terméke a vegyes kő.

Az infectio rendszerint a bél útján történik a bacterium colival, a melynek az epe különben is igen jó táptalaja, azonban történhetik a legkülönbözőbb bacteriumokkal, haematogen úton is.

A betegség prophylaxisának részben a cholesterin-diathesisnek kerülésében, részben az epepangás megakadályozásában kell állnia. Ez utóbbi czél elérésére fontos a gyakoribb, könnyebb étkezés betartása, a has-légzés rendszeres gyakorlása, a terhes anyák túlságos elhízásának meggátlása, az epe mennyiségének növelése és az epe kellő felhígítása, a mi főleg karlsbadi meleg víz ivása útján érhető el. Az epekőképződés ellen irányuló diatában a fehérjetartalmú anyagok korlátozásának előnyt kell nyújtani.

Az igazi epekőbetegség tulajdonképpen csak a köves epehólyag heveny gyuladással és a typosos epekőkolikával kezdődik. A kövekkel telt epehólyag heveny gyuladása létrejöhet olyképp, hogy a kőképző hurut bacillusai virulentiájukban fokozódnak, főleg akkor, ha a képződött kő a hólyagnyakba beékelődött, de előfordulhat infectio haematogen úton is. Az epekőkolika létrejöttéhez nem szükséges mindig epehólyagfalguladás. A fájdalmak általában annál hevesebbek, minél épebb a hólyagfal. Ugy látszik, hogy az első epekőkolikában, mely többnyire leghevesebb, inkább a görcsös összehúzódás, míg a későbbiekben a lobos fájdalom dominál.

Az epekőkolika — ha igen heves — csak morphiummal való csillapítás után engedi meg a fájdalom székhelyének és a kisugárzás irányának localisatióját. Döntő jelentősége lehet a 4. nyakcsigolya tövisnyújtványa fölött kimutatható kifejezett nyomási pontnak. A máj és epehólyag érzését közvetítő phrenicus-rostok a 4. cervicalis idegbe lépnek be; a fájdalmak innen néha a felsőbb nyakidegekre is kisugárzanak.

Idegés egyénekben a kisugárzás néha a szívcsúcs felé terjedhet s ilyenkor a fájdalmak angina pectorisra emlékeztetnek. Néha ilyenkor a szapora és kicsiny pulsuson kívül kifejezett szívtágulás, systolés csúcszörej, a második pulmonalis-hang ékeltsége mutatható ki s így az organikus alapon létrejött stenocardiától való megkülönböztetés nagy nehézségbe ütközhet.

A cholelithiasis kezelésében fontos, hogy a kólíka után a beteg az ágyban maradjon mindaddig, míg a helyi s kisugárzási fájdalmak teljesen megszűntek. Ez alatt és utána hosszabb időn át fehérjeszegény diatát rendelünk. A kólíka utáni időszak alatt, mikor a beteg még ágyban van, igen jó szolgálatot tehet a belladonna, mely nemcsak görcs-szüntető, hanem indirecte lobellenes hatást is fejt ki. A salicyltól, aspirintól nem várható siker. A második hó közepétől karlsbadi víz adható, napjában többször kis adagban, melegen.

Ha ezen eljárások nem vezetnek célra, megkísérelhetjük az olajkúrát. Minthogy az olaj hatékony része az olajsav, adhatjuk a Blum által ajánlott olajsavas natriumot, az eunatrolt is.

Ezt felválthatjuk a Glaser-féle chologennek vagy az epesavas fehérjének, az ovogalnak az alkalmazásával. Mint epedesinficiensek alig jöhet szóba a salicyl, az urotropin, a borovertin.

A sebészi beavatkozás fetétlenül indikált: valamennyi lobos folyamatban, mely olyan súlyos fertőzésre utal, hogy hashártyagyuladás, átfürödés és cholangitis fenyeget; valamennyi idősültebb lobos folyamatban sepsises jelenségekkel; idősült choledochus-elzáródás eseteiben; peritonitis, pericholecystitises tályog, rekesz alatti genyfelhalmozódás, epekő-ileus eseteiben s végül mindazon esetekben, a melyekben carcinomára való gyanu forog fenn.

A relativ javalat tárgyai az idősülten recidiváló, de voltaképpen jóindulatú cholelithiasis esetei. Műtétet kell ajánlani ott, a hol morphinismus fenyeget, a hol idősült hepatitis vagy pankreatitis fejlődik, a hol összenövések a gyomor rendes kiürülését gátolják. (Orvosképzés, 1913, 1.—2. f.)

G—s.

Sebészet.

Az inoperabilis gyomorcarcinómának Röntgen-sugarakkal való kezeléséről ír *H. Finsterer*. A gyomorcarcinómák aránylag csak csekély száma operálható gyökeresen (*Haudek* szerint 30%) és az operabilis esetek száma akkor sem emelhető lényegesen, ha a narcosissal járó shockot a helyi érzéstelenítéssel igyekezünk kikerülni. Azon esetekben, a melyekben radicalis műtétről már alig lehet szó, a szerző a *Czerny, Beck, Werner* és *Caan* és mások által ajánlott módszert alkalmazta, a mely a gyomornak a laparotomia sebjebe való előhúzásából és a carcinomás részleteknek Röntgen-sugarakkal való átsugározatásából áll. A szerző ezen eljárást annyiban módosította, hogy mindkét m. rectust 2—3 harántujjal a köldök felett a peritoneum parietaleval együtt harántul is átmetszi, a mi által az egész gyomrot előhúzhatja és annak esetleg a hátulsó falában lévő carcinomát is kezelheti Röntgen-sugarakkal. Hogy a máj a kis curvaturát el ne fedje, a máj mindkét lebenyét U alakú varratral a bordaívékhez erősíti. Adhaesiók előidézésére jodoformcsíkokat vezet a peritoneum parietale és duodenum, colon transversum és lép közé. A lig. gastrocolicumnak kihelyezése is ajánlatos a benne található számos mirigy miatt. Ugyancsak csíkot vezet a gyomor és máj közé. A csíkok 5—6 nap mulva távolíttatnak el, a midőn az adhaesiók már rendszerint létrejöttek. Minden esetben ajánlatos gastroenterostomia végzése, ha pylorusstenosis nincs is jelen, mert részben a tamponok, részben az adhaesiók a duodenumot összenyomhatják. A Röntgen-átsugárzást az első hét végén kezdi meg, a midőn a serosát borító granulatiók eléggé védik már a gyomrot a sugárzás következtében létrejövő necrosisoktól. Eleinte 3—4 naponként közepes dosisok alkalmazandók, későbbben mind erősebbek. A bőrt zinkpastával kell bekenni, bőrártalmak így nem igen jöhetnek létre. Ha a tumor már nem tapintható, a sugárzást azért még tovább kell folytatni, erősebb adagokban, különösen a májtájon eleinte hetenként, később kéthetenként.

A szerző 7 esete közül 4 esetben feltűnő javulást látott, a mely javulás már nem reszekálható gyomorcarcinoma eseteiben csupán gastroenterostomiák után nem szokott beállani. Két esetében különben is a pylorus átjárható volt. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1913, 16. sz.)

Ifj. Hahn Dezső dr.

Gyermekorvostan.

A gümös agyhártyalob keletkezésének feltételeit vizsgálta *Koch* 306 eset kapcsán, a melyek a bécsi gyermek-klinikán és a szt. Anna-gyermekkorházban 1903—1911-ben megfigyelés alá kerültek. Végső következtetéseiből a következőket emeljük ki:

1. Az egyes évek nem mutatnak feltűnő különbséget, míg az évszaknak jelentős a befolyása a betegség gyakoriságára: a halálozások 61%-a esett az év első felére s 13%-a áprilisra.

2. Különösen hajlamosít az első gyermekkor: az összes esetek 68%-a vonatkozott 4 évnél fiatalabb gyermekekre. 10—14 év közt csak az eseteknek 3·7%-a volt. A legnagyobb megbetegedési számot a második évben találjuk. Az első életévben a gümös megbetegedés még nem végződik túlnyomóan gümös agyhártyalobbal, mint a későbbi életkorban.

3. A természetes táplálás nem óv meg a gümös agyhártyalobtól.

4. Az esetek egy részében nyilvánvaló volt a megelőző fertőző betegségek befolyása. Igen nagy számban szerepelt a kórelőzményben a kanyaró, míg a többi gyermekkorai fertőző betegség közül csupán a szamárhuruttal lehetett gyakori összefüggést megállapítani.

5. Klinikailag kimutatható gümőkóros betegség csupán 49 esetben előzte meg a gümös agyhártyalobot.

6. Csaknem minden esetben megállapíthatták a bonczolás alkalmával az elsődleges gümös gócot a tüdőben a megfelelő nyirokmirigyelváltozással; 162 esetben e mellett még időszűlt activ folyamatokat is találtak. Egy esetben sem mutathatták ki bizonyossággal az elsődleges gócot a bélben.

7. Csupán két esetben nem találtak régebbi activ gümös gócot, hanem elmeszesedett területeket a tüdőben és nyirokmirigyekben, míg a többi összes bonczolt esetben activ folyamat jeleit állapíthatták meg. Ebből azon következtetést vonja le, hogy a gümös agyhártyalob nem fejlődik ki többé, ha az elsődleges gócot elmeszesedett. (Zeitschrift für Kinderheilkunde, 1912, 5. kötet, 5. füzet.) *Flesch.*

Bőrkiórtan.

Megjegyzések a lupusellenes küzdelemhez címen közli *Neisser* azokat a prophylaxisra vonatkozó nézeteit, melyek főként *socialis* szempontból fontosak. Bármily áldásos is a németországi lupus-bizottságnak (a tuberculosisellenes küzdelem központi bizottságának egyik sectiója) a működése, még mindig sokszor hajótörést szenved a jóakaraton azon a hiányon, hogy a lupus esetek nem kerülnek már a legkorábbi időben gyógyítás alá. A lupusos betegek legnagyobb része már a gyermekkorban betegedett meg s a statisztika, sajnos, mégis azt bizonyítja, hogy a kezelés alá kerülő betegeknek csak igen kis része van a gyermekkorban. Nyilvánvaló, hogy a nagyobb siker hiányát ebben a körülményben kell keresnünk. Viszont azonban az is igaz, hogy a kezdődő lupus felismerése, különösen ha a nyálkahártyákon veszi kiindulását, nem mindig könnyű. De nem is szükséges, hogy minden orvos felismerje a kezdődő lupust. Csupán csak az volna kívánatos, hogy az iskola-orvosok, nevelő-intézetek, sorozó-bizottságok, papok és tanítók mindazokat a gyermekeket és fiatal egyéneket specialistikusan vezetett gyógyító intézetekbe utasítsanak, a kik elsősorban *lupusra gyanusak*. És nincsen is könnyebb, mint a *lupusra gyanus* gyermekeket kiválogatni, illetőleg fölismerni, hiszen ezek főként az időszűlt orr- és garathurutokban, időszűlt arczczemákban szenvedő gyermekek közül rekrutálódnak. Sokat lendíthetne talán e tekintetben a különböző figyelmeztető és kioktató iratoknak és röpiratoknak a kibocsátása is. Kívánatos, hogy a *lupusra gyanus* egyének vizsgálata szükségképpen a dermatologiai és rhinolaryngologiai szakvizsgálatra is kiterjedjen, sőt tanácsos lesz helyi tuberculin-reactio után is kutatni. Egyáltalán nem lehet eléggé hangsúlyozni, hogy mily nélkülözhetetlen a tuberculin a kezdetleges gümös góczok földerítésében. Értékét e szernek csak az tudja kellően méltányolni, a kinek már sokszor volt alkalmá a látszólagosan ártatlan orrczemák gümös természetéről meggyőződni. A lupus-bizottság 1908-ban megállapította, hogy Németországban hivatalosan 11.453 lupusos beteg van. Kétségtelen azonban, hogy a betegek valódi száma jóval nagyobb. A betegeknek, sajnos, alig egy harmada szenvedett kezdeti lupusban. Mintegy 8000 betegen már súlyosabbak voltak az elváltozások. Egyedül ez az egy adat is föltárja a kérdés fontos *socialis* oldalát, hiszen közismert, hogy az arczlupus a *socialis* existenciát mennyire tönkretetheti. A

lupusos betegek kezelése dolgában *Neisser* az ú. n. etappe-kezelésnek a híve. Ennek alapján hosszabb klinikai kezelésre csakis kiterjedt, súlyosabb, de azért javulást ígérő eseteket vesz föl. Az esetek többségében azonban az olcsóbb megoldást keresi, a mikor a betegeket csak néhány napra veszi föl, hogy az éppen szükséges kezelést — leginkább kvarzlámpa-sugarazást — foganatosítsa. (Strahlentherapie, II. k., 1. füzet.) *Guszman.*

Húgyszervi betegségek.

Az ureterkövek kezeléséről ír *Voelcker* tanár. Mindenekelőtt megállapítja azt, hogy azok többnyire nem ott keletkeztek, hanem csak fennakadtak, s természetesen az ureternek 3 physiologiásan szűkült helye a legkedvezőbb a kő fennakadására. A kőjelzés bizony sokszor nagyon nehéz; fájdalom nem mindig mutatkozik s úgy állandóan, mint görcsös rohamokban jelentkezhetik. A tartós fájdalom szűró és kínzó jellegű, a medenczében vagy az ágyéktájon mélyen érződik, de gyakran a betegség helyétől távol, a keresztcsontra, vagy a nemi szervekre is kisugárzik. A görcs-szerű fájdalmat legtöbbször a vesemedence feszülése okozza s így mindig akkor jelentkezik, ha a kő valamilyen okból elzárja az uretert. A vizelet rendszeren fehérjét, kevés genyvet, epithelsejtet, esetleg bacteriumokat tartalmaz, de vért nem találunk mindig benne.

Az ureter nyomáspontja, mely a *Mac Burney*-pontnál valamivel lejjebb fekszik, nem bír teljesen biztos kőjelző jelentőséggel; a hólyagtükrözés egyes esetekben nagyon jó szolgálatot tehet, de ennél jóval jelentősebb az ureterkatheterismus különösen fémszondákkal, melyekkel a követ esetleg igen jól ki is tapinthatjuk. Legbiztosabb azonban a positiv Röntgen-lelet, mikor csak az úgynevezett medenczefoltok hatnak zavarólag, ilyenkor árnyékot vető fémszondákkal döntjük el a kőjelzést, melyekkel egyúttal a kő mozgékonyaságáról avagy rögzített voltáról is meggyőződhetünk.

A therapia a kő eltávolítása hólyagtükrökkel, avagy a műtét. A cystoskopia akkor lesz eredményes, ha a kő már részben a hólyagban van; ilyenkor elegendő az ureterkatheterrel való megpiszkálás, hogy a kő a hólyagba essék. Már nehezebb a művelet, ha a kő az ureternek úgynevezett juxta-vesicalis részében fekszik, ilyenkor az ureterbe olajbefecskendezéssel lehet megkísérelni a kő megmozdítását. A *Nitze*-féle occlusiós catheter is célra vezet néha. A szerző fonallakkal ellátott cathetert készítettett olyan számítással, hogy a catheter kihúzásakor a fonalak a kő körül csavarodva, azt kihúzzák, de ez az eljárás sem mindig sikerül, minthogy az az előfeltétele, hogy a catheter a kő fölé kerüljön. Sokszor nem segít más, mint az ureter fokozatos tágitása; ha ez is eredménytelen, akkor műtét válik szükségessé.

A műtetre sokféle eljárást ajánlottak már; a leggyakrabban a *Garré*-féle extraperitoneumos feltárást végzik, mikor az *Israel*-féle metszés a 12. bordától a spina ant. sup.-ig s innen a *Poupart*-szalaggal párhuzamosan a musc. rectus széléig halad. *Garré* szerint ezen eljárásnak részben az az előnye, hogy az egész ureter végigtapintását teszi lehetővé, másrészt egyéb szövödményekről is tájékoztat. A szerző nézete szerint azonban a diagnosist már a műtét előtt kell minden rendelkezésünkre álló módszerrel positiv megállapítani, még pedig annál inkább, mert annak javítása a műtét alatt csak a legkritikább esetben fog sikerülni.

Egyesek a nephrotomiát ajánlják azon célból, hogy az ureter a medence felől végigszondáztassák, de a szerző azt tapasztalta, hogy ez igen bizonytalan eljárás s sok esetben csak azt eredményezi, hogy a követ lejjebb tolja.

A transperitoneumos műtét csak akkor van helyén, ha a követ ezen műtét folyamán fedezzük fel vagy pedig ha komplikált plastikai műtétről, például a hólyagba való ureterimplantációról van szó. Mélyen ülő kő esetén nőknél a vaginalis, férfiakon pedig a perineumos és parasacralis műtét, esetleg a sectio alta jöhet számításba.

Az uretert mindig hosszirányban hasítsuk fel, mert a

harántsebek a peristaltikás mozgások által szünetlenül vonaglatván, rosszul gyógyulnak. A varratnak egyrétegűnek kell lennie és csak az izomréteget s a submucosát szabad átölelnie, mert ha a fonál az ureter-lumenbe ér, incrustatióra ad okot. Sok varrat nem jó, mert partialis elhalásra vezethet; kisebb sebeket egyáltalán szükségtelen összevarrni. A szerző a műtét után nem állandósít kathetert az ureterbe, bár ezt a francziák nagyon ajánlják.

Az uretero-lithotomia mortalitása nem kedvezőtlen és a sipolyképződés is elég ritka, úgy hogy ez a műtét kő esetében feltétlenül ajánlatos. Magasan ülő kövek esetén a szerző az extraperitoneumos eltávolítást, mélyen ülők esetén pedig különösen férfiakon az ischiorectummos vagy paracoccygeumos metszés által való feltárást ajánlja. (Zeitschrift für urologische Chirurgie, 1913, I. kötet.)

Drucker.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A narcophin használatáról a szülészetben ír *Drews* a charlottenburgi kórház szülészeti osztályán szerzett tapasztalatai alapján. Azt találta, hogy a narcophin többnyire tetemesen csökkentette a szülőfájásokat, a nélkül, hogy a méhösszehúzódások erejét befolyásolta volna. A befecskendezés (3%-os oldatból 1 cm³) a kitolási szakban végzendő, mert a szülés folyamatának kezdetén adva, a szülőtevékenységet teljesen megszünteti. Ha lehetőleg gyorsan kell befejezni a szülést, a pituitrinrel kombinálás ajánlható: először narcophin fecskendezendő be s utána 1/4—1/2 órával 1 cm³ pituitrin. A narcophin hatása mintegy 1/2 óra múlva áll be. Fenyegető abortus esetén is jó eredménnyel adható a narcophin naponként 3-szor 25 csepp mennyiségben. Narcophin használata esetén a magzat szívhangjai mindig gondosan ellenőrizendők. (Zentralblatt für Gynäkologie, 1913, 20. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1913, 28. szám. *Krausz Zsigmond*: A temesvári helyőrségi kórházban 26 hónapon át salvarsannal kezelt esetek. *Hollaender Hugó*: Egy vérparasita, mely a scrophulás betegségek okozója.

Orvosok lapja, 1913, 29. szám. *Réczey Imre* és *Borszéký Károly*: A peptikus gyomorfekély sebészeti kezelése.

Budapesti orvosi ujság, 1913, 29. szám. *Lénárt Zoltán*: A felső légutak tuberculosisa.

Vegyes hírek.

Az igazságügyi orvosi tanács elnökévé *Réczey Imre* dr.-t, alelnökévé pedig *Moravcsik Ernő Emil* dr.-t nevezte ki a király.

A törvényszéki orvosi vizsgáló-bizottság elnökévé *Genersich Antal* dr.-t nevezte ki az igazságügyminister

Kinevezés. *Klein Ferencz* dr.-t a zalamegyei közpórház elmebeteg-osztályának és tüdőbeteg dispensaire-jének főorvosává, *Miklós Endre* dr.-t Gyömrégye pusztai járásának orvosává nevezték ki.

Új tanárok. A király *Vámosy Zoltán* dr. címzetes rendkívüli tanárt a budapesti egyetemen a méregtan ülésjognélküli nyilvános rendkívüli tanárává nevezte ki, *Verebely Tibor* dr. és *Borszéký Károly* dr. budapesti egyetemi magántanároknak pedig a rendkívüli tanári címet adományozta.

Választás. *Paál Gyula* dr.-t Kiskőrösön másodtisztiorvossá, *Halmágyi Géza* dr.-t Nagyberkiben körorvossá, *Karay Gusztáv* dr.-t és *Berényi Károly* dr.-t Mezőberényben községi orvossá, *Stricker Péter* dr.-t Bácsgyulafalván községi orvossá választották.

Meghalt. *Horváth József* dr., a székelyhidi járás nyugalmazott orvosa, tiszteletbeli megyei főorvos, 76 éves korában július 10.-én. — *Weszeckzi Márk* dr., nyugalmazott szepesófalvi járásorvos 89 éves korában. — *Lehrmann Gyula* dr. szebenmegyei járásorvos. — *Fr. Samuety* dr., a belorvostan rendkívüli tanára Freiburgban.

Személyi hírek külföldről. A nyugalomba vonuló *Rosenthal* tanár utódja az erlangeni egyetem élettani tanszékén *E. F. Weinland* müncheni rendkívüli tanár lett. — A kölni orvosi akadémia sebész-tanárává a nyugalomba vonuló *Bardenheuer* helyébe *Fr. Voelcker* heidelbergi rendk. tanárt nevezték ki. — A tübingeni anatómiai intézet prosectori állását *K. Korff* kieli magántanár foglalja el. — A berlini császári egészségügyi hivatal bakteriologiai osztályának főnökévé *Lentz*

tanárt, a saarbrückeni bakteriologiai intézet igazgatóját nevezték ki. — A madridi egyetem sebészeti tanszékét *Cardenal* dr.-ral töltötték be.

Kisebb közlések az orvostudomány köréből. *Meningitis basilaris syphilitica* esetét ismertette *Nonne* a hamburgi orvosegyesület július 1.-én tartott ülésén; az agyvelőtünetek már 2³/₄ hónappal a fertőzés után jelentkeztek. — *Ibolya színű hányadék* esetét közli *Speck*. Az illető beteg belsőleg jodkaliumot szedett, a melynek jódja a száj-öblögetésre rendelt és részben lenyelt hidrogensuperoxyd által szabaddá vált és a gyomorban volt keményítőtartalmú ételrészeket ibolyaszínűre festette. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1913, 23. sz.) — *Epehiány* esetén *Ehrmann* és *Kruspe* szerint a lecithin kihatásának tetemes csökkenése; ennek folytán icterus eseteiben nem csupán a zsírokat, hanem a lecithint tartalmazó táplálékanyagokat is (tojás sárgája stb.) erősen redukálni kell. (Berliner klin. Wochenschrift, 1913, 24. szám.) — *A fehérje új reakcióját* írja le *Lewin* tanár. Triformoxim (trioximino-methylen) oldatának hozzáöntésére fehérjét tartalmazó folyadékban ibolyaszín áll elő. A reactio nagyon érzékeny, 0.02%-os fehérje-oldattal is sikerül. A reagens összetétele a következő: 0.1—0.15 triformoxim feloldandó 100 gr. nyers kénsavban; tiszta kénsavval készítve az oldatot, a reactio nem sikerül. (Medizinische Klinik, 1913, 28. szám.) — Rendkívül súlyos *actinomyces* egy esetében *Collie* feltűnő jó eredményt látott autogen vaccina használata után. (Brit. med. journal, 1913, május 10.)

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

WEISZ EDE Dr.  **INTÉZETE PÖSTYÉN**
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. Alex. Ágoston Béla**, egyetemi magántanár

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

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

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

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

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

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

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

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 nagyméit. m. kir. belligyminiszterium előzetes engedélye alapján az országos betegápolási alap terhére vétetnek fel.

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

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya (II. ülés 1913 február 13.-án) 549. l. — Néhány megjegyzés az 1913. évi hallei gynaekologiai congressus referatumaéhoz. Rosenthal Jenő dr.-tól. 550. l. — Válasz a fenti megjegyzésekre. Scherer Sándor dr.-tól. 550 l.

Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(II. ülés 1913 február 13.-án.)

Elnök: Alapy Henrik.

Jegyző: Ádám Lajos.

(Folytatás.)

Kifelé áttört sinus frontalis-empyema gyökeresen operált esete.

Fischer Aladár: A sinus frontalis-empyemák áttörése nem gyakori dolog, azonban mindig igen komoly jelentőségű és sürgős beavatkozást igényel. Az áttörés a dura felé, az orbitába vagy a homlokcsont első felületén a periost alá történhet és a további lefolyásban meningitisre, súlyos orbitalis vagy külső phlegmonéra vezethet; ez okból a beavatkozás ily esetekben mindig sürgős.

Az alább leírandó esetben sinus frontalis-empyemának a homlokcsont elülső felületén a periost alá áttörésével álltak szemben.

Az eset a következő:

A 12 éves leány régebben szenved makacs náthában és időnkint főfájásban. Két hét óta heves főfájása van, orrának jobb oldalából sok geny ürül, a mellett lázas (38-as temperaturák). Néhány nap óta a homlok jobb fele duzzadni kezd.

A beteg vizsgálata a következőket mutatja:

Gracilis csontrendszerű, különben jól fejlett gyermek. A homlok jobb oldala duzzadt; a duzzanat legkifejezettebb a margo supraorbitalis külső harmada fölött a hol kifejezett fluctuatio érezhető. A margo suborbitalis fölött, tapintásra vagy kopogtatásra érzékenység nincs. A gyermek nagy fejfájásról panaszkodik, hőmérséklete 37,8, pulsusa 110.

Biztos volt, hogy a homlokcsont előtt a csonthártya alatt geny van; jóllehet a homloköböl tája nem volt érzékeny, mégis az előző genyes orrfolyás az empyema sinus frontalis diagnosisát tette valószínűvé, áttöréssel a homlokcsont periosteuma alá.

Mint hogy a műtétet sürgősnek tartotta, további megfigyeléssel nem vesztegette az időt, hanem a beteget fölvétele után, 1912 november 15.-én rögtön megoperálta.

A metszést a leborotvált szemöldöknek megfelelően vezető, később Killian szerint az orrgyökre meghosszabbítja. A periostig hatolva, kis genyfelhalmozódásra jutnak, a melyet törölve eltávolítanak, azután a Doyen-féle fúróval először a margo supraorbitalis közepének megfelelően végeznek próbafúrást, itt azonban sinus frontalisra még nem akadnak. Két cm.-rel beljebb végzett második fúrással a sinus frontalisba jutnak, melyből igen nagy nyomás mellett pulzálva geny ürül. Ezután a sinus frontalis elülső és alsó felét Killian szerint eltávolítja, meghagyva a margo supraorbitalisnak megfelelő 5—6 mm. széles, csonthártyával borított csontléczet.

Az os nasale, az os lacrymale és a rostacsont lamina perpendicularisa egy részének eltávolítása után az elülső rosta-sejtek kitakarításával széles közlekedést készítenek az orrüreggel. Feltűnő, hogy az orrcsontok és a sinus frontalis elülső fala igen vastagok, sclerosisosak. A sinus frontalisnak az orbita felé néző fala vékony. Természetesen a sinus frontalis nyálkahártyáját eltávolítják. Ezután az orron át, valamint a seb két zugába tampon vezetnek be, a seb többi részét varratokkal egyesítik. Láztalan lefolyás mellett a varratokat és tamponokat a 6. napon távolítják el; az orrüregen át még mintegy 2 hétig gazecsikot vezetnek fel.

A beteg a kórházat november 24.-én hagyta el, további 3 hét alatt a gazecsikok helyei is begyógyultak.

A kozmetikai eredmény igen jó, a homlok configurációja majdnem semmi változást sem mutat.

Coxa vara belső secretiós zavar esetében.

Báron Sándor: Esete dystrophia adiposo-genitalisban szenvedő egyénnel keletkezett coxa varára vonatkozik. Esete és az irodalom adatai alapján felveszi, hogy a belső secretio zavara és a csontelváltozás között szoros aetiologiai összefüggés van. A diagnostika szempontjából érdekes az esetben észlelt abductio contractura. A difformitas correctióját vértelen műtéttel (redressement és czombnyakinfractio) érte el.

(Folytatása következik.)

Néhány megjegyzés az 1913. évi hallei gynaekologiai congressus referatumaéhoz.

Rosenthal Jenő dr.-tól.

Az Orvosi Hetilap ez évi július 13.-i számában Scherer Sándor dr. egyetemi tanársegéd a hallei congressuson tartott egyik előadás referatumaéhoz fűzött csaknem félhasábnyi jegyzetben látja jónak kifejtetni, hogy az antitrypsin-reactio a terhesség megállapítására nem alkalmas és hogy a reactio ily irányú felhasználása nem tölem származik. A mint az alábbiakból ki fog tűnni, Scherer dr. ezen állítása teljesen téves. Mindenekelőtt felhívom figyelmét erre vonatkozó magyar vagy német közleményemre, a melyben megemlítve találja mindazon szerzőket, a kik előttem az antitrypsin-index emelkedésével foglalkoztak, sőt én több ilyen szerzőt említek meg, mint Scherer dr., a ki sajnos, a kérdés részleteibe nem hatolt be. Mindezen szerzők azonban diagnostikai szempontból nem használták fel a reactiót s eszükbe sem jutott velem szemben valamilyen prioritást vitatni. Graefenberg és Thaler dr.-okkal, a kik, mint munkámban olvasható, előttem foglalkoztak antitrypsin-vizsgálatokkal, az erre vonatkozó dolgokat megbeszéltem s egyikben sem támadt fel az a gondolat, hogy nekik ebben a kérdésben prioritásuk volna, sőt ellenkezőleg ösztönözölnek, hogy a dolgot praktikus irányban továbbfejleszttem. Erthetetlen tehát, hogy Graefenberg, a ki legelőször foglalkozott ily irányú vizsgálatokkal, nem gondol prioritásra, mert hisz erről nem is lehet szó, Scherer dr. pedig, a ki semmiképp sem járult hozzá a kérdés tisztázásához, más számára óhajit prioritást megállapítani. Graefenberg, Thaler és mások vizsgálataimról annak idején tudtak, miért nem vitatták ők, hogy övék a prioritás? Azon 2^{1/2} év óta, mely az első közleményem óta lefolyt, lett volna idő és alkalom bőven. Meg kell tehát állapítanom, hogy a terhességnek a vérsérum vizsgálata útján való megállapítását klinikailag kétes esetekben nemcsak nálunk, hanem Németországban is legelőször én végeztem, több mint egy évvel Abderhalden előtt. Előttem oly esetekben, a mikor a graviditás kérdése kétes volt, senki sem állapította meg serumvizsgálat útján, hogy terhes-e az illető egyén vagy sem, ilyen eseteket senki sem közölt. Hogy ez csakugyan így van, nem pedig úgy, a mint azt Scherer dr. állítja, bizonyítja az, hogy két igazán elfogulatlan szerző (Franz és Jarisch: Wiener klinische Wochenschrift, 1912, 39. szám.) egy dolgozat bevezetésében, melyben adataim helyessége tétetett vizsgálat tárgyává, következőképp ír vizsgálataimról: „Es mussten daher Rosenthal's Versuche, die in Bestätigung früherer Angaben von Graefenberg, Thaler, A.v.d. Heide und Krösing über ein Ansteigen des antitryptischen Serumtiters während der Schwangerschaft, der Geburt und Wochenbett berichtet, umso mehr unser Interesse erwecken, als E. Rosenthal gleichzeitig und als erster eine Methodik ausarbeitete, um auf dem in Rede stehenden Versuchsweg zu einer Serodiagnose der Schwangerschaft zu gelangen.“ Ezen sorokból látható, hogy az említett szerzők épp úgy ismerték az erre vonatkozó irodalmat, mint bárki más, a ki a dologgal foglalkozott s mindazonáltal azt találják, hogy én voltam az első, a ki a terhességnek serumvizsgálat útján való megállapítását lehetővé tettem. Hogy tehát kinek van kettőnk közül igazán, azt itélje meg ezek után minden elfogulatlan olvasó.

Azon ellenetésre vonatkozólag, hogy a reactiót különböző betegségek befolyásolhatják, ki kell emelnem, hogy myománál a reactio sohasem positiv s ilyképp terhesség és myoma differentaldiagnosissánál a reactio igen értékes, továbbá, hogy negativ reactio bármely betegség jelenlétében jelenti azt, hogy terhesség nem forog fenn; tumoroknál, ovarialis cystáknál, lázas betegségeknek, gümőkórknál, adnexitumoknál, endometritisnél tudvalevőleg a dialyzáló eljárás is positiv eredményt ad (Frank, Heimann, Schäfer, Freund és Brahm, Eder, Engelhorn, Behne, Franz, Petri stb.) és mégis használják; ha tehát ezen körülmény egy terhességi reactio gyakorlati értékét befolyásolná, akkor a dialyzáló eljárást értéktelennek kellene nyilvánítani, mivel a fentemlített betegségek ennél is kizárandók positiv reactio esetében. A mint azt legutóbb más helyütt (Berliner klin. Wochenschrift, 1913, 25. sz.) kiemelni alkalmam volt, az antitrypsin-methodus és a dialyzáló eljárás gyakorlati szempontból egyenértékű, a különbség köztük az, hogy az

egyiknek kivitele nagyon könnyű, a másiké pedig annyira bonyolult, hogy némelyeknek két-háromszor kellett miatta *Abderhalden*-hoz utazniok, míg megtanulták.

Hogy az antitrypsinhatás azon magyarázata, melyet én állapítottam meg „különálló”, abban *Scherer* dr.-nak valóban igaza van, vele egy nézetben van éppen *H. Pfeiffer* tanár (*Zeitschr. f. Immunitätforschung* 1913. Sitzungsber. des Aerztervereines Graz 1913), a ki az antitrypsinhatás okaira vonatkozó teoriákat sorra megbeszélve, az enyékre következőképpen tér át: „Alle diese unzulänglichen Anschauungen und Hypothesen wurden nun mit einem Schlage durch exakte Untersuchungen von *Rosenthal* über den Haufen geworfen, die zugleich eine für alle Fälle und Formen völlig ausreichende Erklärung des uns beschäftigenden Phänomens gaben.“

Scherer dr.-nak egy további ellenvetése a következő: „A methodus egyik hibája nevezetesen és főképp, hogy az antitrypsin hatás thermolabilis (*Rosenthal* saját bevallása szerint is csak 65^o-ig tarthatjuk thermostabilisnek az antitrypsin hatást kifejtő anyagot)“. Azt, hogy a reactio nevezetesen és főhibája az, hogy a hatás 65^o-on megszűnik, csak olyan mondhatja, a ki ilyenmü vizsgálatokkal sohasem foglalkozott; ugyanis mindenki, a ki az erre vonatkozó munkámat némi figyelemmel elolvassa, láthatja, hogy a *thermostabilitásnak* a *reactio használhatóságához semmi köze sincs*; különben is általánosan ismeretes, hogy valamely biológiai reactio használhatósága nem függ a thermostabilitástól, mert hisz ez esetben semmiféle serumreactiót sem lehetne használni, lévén minden anyag a serumban, mely biológiai methodusokkal kimutatható, thermolabilis a fenjelzett hőmérsékkel szemben. A thermolabilitás megállapítása elméleti szempontból volt fontos s a methodus gyakorlati alkalmazhatóságának szempontjából tökéletesen mindegy, vajjon 65^o-on megszűnik-e a hatás, vagy pedig nem.

Mindenesetre csodálatos, hogy más országokban, a hol szintén vannak irodalmi tájékozottsággal bíró szakemberek, soha senki sem vonta kétségbe methodusom eredetiségét. Ha *Scherer* dr. methodusomról véleményt akar magának alkotni, akkor annak módja nem az, hogy más értelmü irodalmi adatokat egyszerűen magának megfelelő világitásba helyez, hanem az, hogy laboratoriumban végez vizsgálatokat.

* * *

Válasz a fenti megjegyzésekre.

Scherer Sándor dr.-tól.

A fenti megjegyzésre ezúttal nem lehet hosszú a válaszom. A dolog tudományos részét illetőleg t. i. a kérdést az Orvosegyesület XVII. ülésén megtárgyaltuk; az ülés referatumból kiténik, hogy mi a mások és mi az én véleményem és hogy a laboratorium munkálataimban mi a jövőbeli szándékom. Az bizonyos, hogy a trypsinreactióval terhesség esetén mások is foglalkoztak; hogy nem követelik maguknak a prioritást, az semmit sem bizonyít, valamiképpen az sem, hogy ha egyik szerző a másik kísérleteire reflexiókat tesz. Szorosán laboratoriumi tudományos kérdés tisztázásához a vélemények kicserélése, viták útján lehet csak eljutni. Ilyen vitára a Orvosegyesületben, remélem, lesz idő és alkalom. Egyébként *Rosenthal* dr. prioritási igényét illetőleg nekem közömbös, hogy a trypsin-kérdésben prioritása fennáll.

PÁLYÁZATOK.

7300/912. szám.

Járásomhoz tartozó Tiszaistvánfalva nagyközségben megüresedett **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása 1600 korona törzsfizetés, a község által megszavazott 800 korona személyi pótlék, 500 korona lakbér, valamint szabályszerű rendelési, látogatási és húsvizsgálati díjak.

Felhívom a pályázókat, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényüket hozzám **f. évi augusztus hó 12.-éig** nyujtsák be.

Ujvidék, 1913 július 12.

A főszolgabíró.

1474/913. szám.

A vezetésemre bizott ugocsavármegyei „Perényi“-közkórházban augusztus hó 1.-jével megüresedő **alorvosi** és szeptember hó 15.-ével megüresedő **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

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

A állásra csakis az egyévi kórházi gyakorlatot igazoló orvosdoktorok pályázhatnak.

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

A pályázók kérvényeiket *Becsky Emil* főispán úr nevére (Nagyszöllös) czimezve, hozzám **1913. évi július hó 28.-áig** küldjék be, mert a később érkezőket figyelembe nem veszem.

Nagyszöllös, 1913 július 16.

Nagy Kálmán dr., operateur, igazgató-főorvos.

3100/1913. szám.

Torontálmegye bánlaki járásában, Istvánvölgy községbeni székhelyvel szervezett **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A kör közséjei: Istvánvölgy, Györgyháza, Szécsénfalva, Óléc, Ujfalu.

A körorvosi állás javadalmazása:

1. Kézpénzfizetés 1600 korona.
 2. Helyi pótlék iránt intézkedés folyamatban.
 3. Az orvosi körben lévő uradalmaktól 2000 korona.
 4. Húsvizsgálati díjban 300 korona.
 5. Kerületi betegsegélyző pénztártól 694 korona.
- Összesen 4594 korona.
- 5 szoba és mellékhelyiségekből álló lakás és házikertnek természetbeni élvezete.

Felhívom mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtnak, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előirt képesítésüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket hozzám **f. évi augusztus hó 10.-éig** nyujtsák be.

A választás napját később fogom kitűzni.

Bánlak, 1913. évi július hó 10.-én.

Ürményi dr., főszolgabíró.

882/1913. szám.

A nagygáji magy. kir. bányamü-igazgatóság Ferencz József altáró bányaosztályánál, Felsőcsertés állomással, a X. fizetési osztály 3. fokozatába sorozott évi 1600 korona fizetéssel, az 1904. évi I. és 1906. évi IX. törvényzikk értelmében fizetés természetével bíró évi 400 korona személyi pótlékkal, természetben adott lakással, vagy ennek hiányában a törvényszerű lakpénzzel, 54 m³ tűzifajárandósággal, vagy ennek mindenkor megállapított megváltási árával, évi 231 korona utazási általánnyal javadalmazott, házi gyógyszerártartási kötelezettséggel egybekötött **bányaorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdettek.

Felhívotnak azok az orvostudorok, kik ez állást elnyerni óhajtnak, hogy 1 koronás bélyeggel ellátott folyamodványaikat előljáró hatóságuk, vagy ha állami szolgálatban nem állanak, azon törvényhatóság főispánja (Budapestben a polgármester) útján, melynek területén laknak, **1913. évi július hó 28.-áig** a magy. kir. pénzügyministeriumhoz címelve, alulírott bányai igazgatósághoz nyujtsák be.

Későbbben beérkező folyamodványok nem vétetnek tekintetbe.

Folyamodók kötelesek hiteles okmányokkal igazolni, illetőleg mindazon kellékeket kitüntetni, a melyek a kiirt állásra megköveteltettek, nevezetesen:

1. családi és utónevüket, honosságukat, születési helyüket és életkorukat, vallásukat és családi állapotukat;
2. megszakítás nélküli előéletüket (curriculum vitae);
3. nyelv- és szakismereteiket, netaláni klinikai vagy kórházi szolgálataikat;
4. erkölcsi magaviseletüket;
5. hogy katonai kötelezettségüknek miképpen feleltek meg;
6. hogy oly egészségi állapotban vannak, miszerint a szolgálattal egybekötött kötelesek teljesítésére képesek.

A kinevezés, ha az illető még nem állami alkalmazott, egy év tartamára ideiglenesen történik, s a véglegesítés csak egy évi próbaszolgálat után következik be, feltéve, hogy az illető a szolgálat teljesítésével járó kötelezettségeknek minden tekintetben megfelel.

Nagyágon, 1913. évi június hó 29.

M. kir. bányamüigazgatóság.

A „Kaláni bányá- és kohó-részvénytársaság“ **pusztakaláni** (Hunyad m.) gyártelepén **azonnal elfoglalható** és 3000 korona évi törzsfizetéssel, 1000 korona évi lótarási általánnyal, a szabályszerű évi (körülbelül 1000 koronára rugó) jutalékban való részesedéssel, természetben lakással s rendszeresített fűtési illetménnyel javadalmazott **gyári és bányorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetünk.

Egyetemes orvostudori képesítéssel és kellő gyakorlattal bíró pályázók hiteles okmányokkal felszerelt folyamodványai **folyó évi július hó 20.-áig** alulírott hivatalhoz nyujtandók be.

Kaláni Bányá- és Kohó-Részvénytársaság
Budapest, V., Nádor-utca 36, II. emelet.

76/1913. e. szám.

A vezetésem alatt álló szegedi állami szemkórháznál megüresedett **másodorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása: évi 1600 korona fizetés, lakás és I. osztályú étellemezés.

Folyamodókat felkérem, hogy a nagyméltóságú belügyminister úrhoz intézett kérvényeiket **legkésőbb július hó 25.-éig** nálam nyujtsák be. Az állás augusztus hó 1.-én elfoglalandó.

Szeged, 1913 július 11.

Leitner Vilmos dr., igazgató-főorvos.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hógyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Scherer Sándor: Közlemény a budapesti egyetem I. számú női klinikájáról. (Igazgató: Bársony János dr. udv. tan., egyetemi tanár.) Epehólyagbántalom ritkább formái a gyermekágyban. 551. lap.

Kalledey Lajos: Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem I. számú női klinikájáról. (Igazgató: Bársony János dr., egyetemi tanár, udvari tanácsos.) Adatok a méhüri vérzések kóroktanához és organoterapiájához. 554. lap.

Kalledey Lajos: Közlemény a budapesti tud.-egyetem I. sz. női klinikájáról. (Igazgató: Bársony János dr., egyet. tanár, udvari tanácsos.) Akromegalia utáni terhesség. 558. lap.

Szénásy József: Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem I. számú női klinikájáról. (Igazgató: Bársony János dr., egyetemi tanár, udvari tanácsos.) Zueltzer peristaltikás hormonalja az operatív gynaekológiában. 559. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. A. Ónodi: Die Beziehungen der Tränenorgane zur Nasenhöhle und ihren Nebenhöhlen. — Új könyvek. — Lapszemle. Sebészet. Kotzenberg: A pajzsmirigynek a lépbe és a csontvelőbe való átültetése. — Gyermekorvosstan. Moro: A tej neutralvörös-reactiója. — Húgyszervi betegségek. H. Jocelyn Swan: Vese-tumorok. — Orr-, torok- és gégebajok. Berthold Müller: A gégeyalakárhártya múlt-köny irritatio okozta diffus duzzanata. — Venereás betegségek. E. Forster és E. Tomaszewski: Élő spirochaeta paralysises egyének agyvelőjében. — Idegkórtan. E. Moniz: A myoclonus és tic közti különbség. — Kisebbségi közlések az orvogyakorlatra. Franke: Elhízottság. — Seiler: Agobilin. — Pietrulla: Acitrin. — Oppenheim: Climacteriumos zavarok. 562—564. l.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 564. l. Vegyes hírek. 564. lap.

Tudományos társulatok. 565—569. lap

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti egyetem I. számú női klinikájáról.
(Igazgató: Bársony János dr. udv. tan., egyetemi tanár.)

Epehólyagbántalom ritkább formái a gyermekágyban.

Irta: Scherer Sándor dr., egyetemi tanársegéd.

Naunyn (Klinik der Cholelithiasis, 1892) úgy nyilatkozik, hogy az epehólyag és epeutak megbetegedéseiben a férfi- és női nem 1 : 2 arányban oszlik meg; oka pedig ennek, hogy nőknél a ruházatkodás (a szorosra fűzött derék), valamint a terhesség praedisponál cholelithiasisra. A terhesség lógó hasat eredményez; ennek következtében a hasi szervek tartása meglazul (vándorvese, vándormáj keletkezik). Az egyre nagyobbodó terhes méh a diaphragmának légző mozgásait megnehezíti; már pedig a rekesz a májra gyakorolt nyomásával nagyban elősegíti az epe lefolyását. A tér szűke, a mit a hasi szervek közé felurakodó terhes méh létrehoz, mindjobban akadályozza az epe szabad lefolyását és ezért aránylag sokszor találjuk, hogy egészséges asszonyok a terhesség alatt vagy röviddel a szülés után kapják meg első epekő-rohamukat.

Naunyn ezen régebbi írásában erősen hangsúlyozza, hogy a mechanikai okok játszanak legfőbb szerepet a különféle epehólyagbántalmak létrejöttében és még nem emlékezik meg arról, hogy bár a normalis epehólyag csíramentes, e bántalmak előidézésében a bacteriumos infekciónak is szerep juthat. Már az utóbbi évek irodalmában bőven találunk erre való utalást. S újabban sokan még a kőképződés megindulását is bacteriumoknak (főként bacterium coli, typhus, streptococcus, staphylococcus, influenza, diphtheria, cholera vibrio, pneumococcus) az epehólyagba való bejutásából magyarázzák. Szerintük a különféle bacteriumok a cholesterint kicsapják és ez a magja a concrementumképződésnek.

Arnsperger egy előadásában (Med. Klinik, 1908) hangsúlyozza, hogy az acut cholecystitis előidézésében az epekővek jelenlétén kívül vagy azok hiányában is feltétlenül van

szerepe a bacteriumos fertőzésnek és váladékpangásnak. Ugyanitt Arnsperger az acut cholecystitisnek serosus, genyes, eves, haemorrhagiás és súlyos gangraenosus formáját különbözteti meg. A diagnosis az első rohamok alkalmával könnyű: a körtealakú, megnagyobbodott, feszülő, fájdalmas epehólyag jól kitapintható. Hozzájárul többnyire epehányás, meteorismus, székrekedés, szapora pulsus, magas láz. Ha inkább diffus érzékenység jelzi a bántalmat, könnyű összetéveszteni acut appendicitissel. Ezzel szemben cholecystitisnél a fájdalommasság kiterjedt, a resistentia inkább a jobb epigastriumban lokalizálódik és ez alatt meg a Poupart-szalag közötti részen egy nem érzékeny, dobos kopogtatású hangot adó területet deríthet ki a gondos vizsgálat, a mi appendicitis jelenlétét kizárja. Icterus acut cholecystitis eseteiben majdnem mindig hiányzik. A gyógykezelés acut cholecystitis eseteiben elsősorban belgyógyászati legyen. Ágynyugalom, meleg borogatások. Morphium. Obstipatio ellen olajos vagy kamillás beöntések. Folyékony táplálék. Szomjuság ellen jéglabdacok, esetleg bõralatti infusiók. Arnsperger kétféle indicatiót állít fel a sebészi beavatkozásra a betegség további folyamán: 1. Ha a betegség oly rohamosan előrehaladó jellegű, hogy egyenesen életveszélyes (indicatio vitalis). 2. Ha a betegség elhúzódik, 4—6 napi belgyógyászati kezelésre a legcsekélyebbet sem javul (indicatio relativa). Sebészi beavatkozás esetén az egyetlen észszerű eljárás az epehólyag kiirtása: *cholecystectomy*.

A puerperiumban keletkezett cholecystitisekrõl röviden a következõ irodalmi feljegyzéseket közölhetem:

Meyer-Ruegg szerint (Winkel's Handbuch) az epehólyagbántalom a gyermekágyban háromszor gyakoribb, mint a terhesség alatt. Riedel 34 éves nõrõl referál, a ki első szülése után 3 héttel kapott cholecystitises rohamot, azután meggyógyult; a II. szüléssel kapcsolatban (1½ évvel késõbb) ismét 2½ napig tartó rohama volt. Bosse és E. Fabricius 24 éves primiparáról referál, kit terhessége 8. hónapjában az antrum Highmori empyemája miatt operálni kellett. Rendes idõre szült, ezután 6 héttel lázaskodni kezdett. Obstipatio, meteorismus, élénk fájdalmak és nyomási érzékenység a máj- és gyomortájon; az epehólyag helye kifejezetten érzékeny volt. Appendectomy, majd cholecystectomy. Az appendixen kevés elváltozás, az epehólyag körül pericystás összenõvések és gyula-

dásos adhaesiók. *Bosse* és *Fabricius* a felső állkapocs empyemájából metastasisos úton keletkezett megbetegedésnek tekinti az említett cholecystitis-esetet (és appendicitist), mely azért volt olyan enyhe lefolyású, mivel a metastasis a 10. héten állott be az empyema után, a mikorra a bacteriumok virulentiájukban már legyöngültek. *Eiermann* egy primipara esetét közli, kin fogóműtétet végzett elhúzódó kitolás inditioja alapján (gátvarrás). Már az első napokban kezdett lázaskodni bronchitis-tünetek közepette. Apomorphin, Priessnitz. A vizeletben fehérje nyomokban. Az ötödik napon hirtelen fájdalmak, hidegrázás; a fájdalmak különösen erősek a gyomortájon és májtájékon. Később a fájdalmak inkább a jobb oldalra lokalizálódnak. *Diagnosis: cholelithiasis. Therapia: morphium.* Másnap icterus, a bélsár szintelen, zsíros. 3 nap alatt a tünetek visszafejlődnek. Az 5. nap után kétoldali thrombosis kezdődik a betegen, mely még hetekig elhúzódott. *Rose* esetében az epehólyag empyemája és pericholecystitis volt jelen; a szülés alkalmával kifejtett erőlködéskor áttörés jött létre és kövek ürültek a hasfalra át. Laparotomia; a beteget nem sikerült megmenteni. *Sitzenfrey* V-para asszonyról referál. A IV. (előzetes) szülése rendes volt. Ötödik terhessége VII. hónapjában időnkint irtózatossá gőrcsős májtájéki fájdalmak; később az állapota javult. A szülés rendes időre, rendszeren folyt le; a gyermekágy elején már daganatot vett észre a hasában, mely 3 héttel utóbb igen fájdalmasá vált és a májtájékre lokalizálódott. Icterus nem volt. Étvágy alig volt. *Sitzenfrey* klinikai vizsgálatával egy a májtompulattal összefüggésbe nem hozható tumort derített ki és *diagnosis: a terhesség alatt torsiót szenvedett, a jobb mesogastrium-ban adhaesiók által rögzített jobboldali kocsányos cysta.* Műtét alkalmával kiderül, hogy az epehólyag empyemája a tumor, pericholecystitissel kombinálva. Az epehólyagot kivarták, sima gyógyulás. Még két esetet közöl *Sitzenfrey.* Az egyik 26 éves, negyedszer szülő nőről szól; plac. praevia miatt VII. hónapban került észlelésre. Vérzés, fordítás, extractio. A gyermekágy 5. napján jobb oldalon májtájéki fájdalmak, kólikás jelleggel. 37.5° hőmérsék, tovább nem ment a hőemelkedés. Icterus nem volt. A máj alatt ökölnyi resistentia. Cholecystitis acuta. Sima gyógyulás 10 nap alatt. A másik eset 23 éves I.-P.-ről szól. Rendes szülés. A gyermekágy 5. napján a jobb bordaív szélén fájdalmasság, az epehólyag körülírt resistentia alakjában 3 harántujjal meghaladja a májtompulatot. Icterus nincs. Maximalis hőemelkedés 37.4. 11 nap alatt a tünetek nyom nélkül elmúlnak. *Christiani* két esetet közöl. I. eset: primipara, kin 9 nap előtt fogóműtéttel fejezték be a szülést. A szülés utáni 4. napon kezdett lázaskodni, még pedig rázóhideg vezette be a folyamatot. Alhasi fájdalmak, hányás, obstipatio, meteorismus. A jobb epi- és hypogastriumban határozatlan határokkal bíró, érzékeny, diffus resistentia. A 11. napon a meteorismus enged és egy körtealakú, elastikus, nagyalmányi daganat alakjában ki lehet tapintani az epehólyagot. 4 nap alatt visszafejlődik a tumor, gyógyulás. II. eset: IX-para. Gravidá mens. X. A felvételt megelőzőleg 8 nappal már epigastrius fájdalmak, hányás, hidegrázás, láz, obstipatio. Felvételtkor mérsékelt meteorismus, a jobb bordaív alatt nagyfokú érzékenység. A következő napon normalis szülés. Az érzékenység a jobb epigastriumban továbbra is fennáll, a májtompulat két harántujjal megnagyobbodott. Ismét egy nappal később a bordaív alatt az epehólyag nagy almányi, elastikus daganat alakjában igen jól kitapintható. 3 hétig volt remissiókkal icterus, acholiás bélsár, az epehólyag majd kisebb lett, majd ismét megduzzadt; gyógyulás. *Christiani* szerint sebészi beavatkozásra nem került a sor, mivel a beteg pontos észlelése, a pulszusszám viselkedése garantálta, hogy a gyuladás a májutakra nem terjedt tovább.

Hasonló eseteket közölnek még *Riedel, Neuling, Pinard, Vineberg*; összesen tehát 12 szerző 14 esetet gyűjtött össze.*

* Időközben jelent meg a „Zentralblatt für die gesamte Gynäkologie und Geburtshilfe, sowie deren Grenzgebiete“ 1913, I. kötet 12. füzetében „Gallenblase und weibliches Genitale“ című (*R. Pollak*) összefoglaló szemle, a hol még *Lecène* 5 esetéről, *Strassmann, E. Vilard* és *A. Gélibert* egy-egy esetéről történik említés.

Ezekhez csatolom azt a két esetet, melyet az I. számú női klinikán észleltünk.

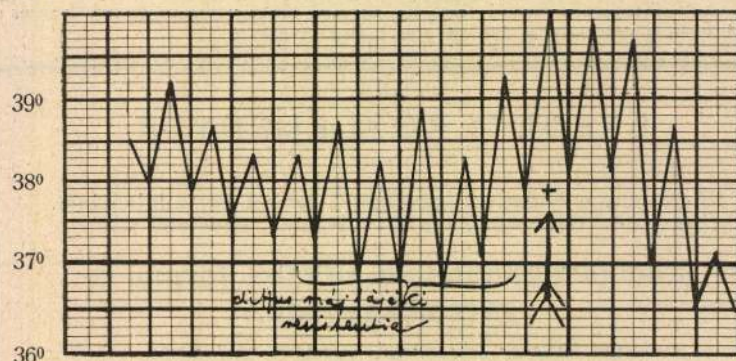
I. eset. 1912. évi 156. felv. szám. Január 20. Cs. J. 24 éves, lakik Budakalászon. Eddig két szülése volt. I. partus 3½ éve, fiú, él. II. partus 2 év előtt, leány, rendes időre született, él. Ugyanekkor mindkét alsó végtag thrombosisa, hosszú lázas gyermekágy. III. partus 1912. január 11.-én, 8 hónapos koraszülés. A fűmagzat 8 órával a szülés után meghalt. A szülés utáni második napon észlelték az asszonyon nagyobb hőemelkedést (38.6°), attól kezdve lázaskodik. A 8. napon, még odakinn, jobboldali (kb. májtájéki) tompa fájdalmakról panaszkodik környezetének. A 11. napon a gyermekágyast beszállítják klinikánkra.

Status praesens. Hő: 38.6°, pulsus 120. A hüvely tág, a portio 1 cm.-nyi, a méhszáj bőven ujjnyi, belőle burokczaftatok lógnak ki. A méhtest férfikölnyi, anteflektált, puha. Méhüregöblítés 50% jodos alkohollal, utána a fundusban és a bal tubaris sarokban tapadó szervült lepenyreszek és burokczaftatok leválasztása. A leválasztott kb. tenyérnyi cotyledotömeg bűzös. Méhüregöblítés, utána hüvelyöblítés kalium hypermangan-oddattal. A méh környékében nagyobb fokú érzékenység avagy resistentia nincsen. Az asszony subjectiv érzése jó; az általános vizsgálat alkalmával a májtájék kissé érzékeny. A lochiaoltás eredménye: staphylococcus aureus. A véroltas negatív.

A 11.—16. napig a reggel 8 órai hőmérsék átlag 36.5—37.3° volt, az estéli 38.6—39.2°. Tekintettel a májtájék érzékenységére, intravenás sublimat-injectiókat csak kétszer minimalis dosisban kapott betegünk; többször adtuk intravenás chinin-injectiót és chinin. sulfuricumot per os. A beteg közérzete a klinikai kezelés első napjaiban elég jó volt, eltekintve az állandó tompa fájdalomtól és diffus érzékeny resistentiától a máj tájékán. A 16. nap este ez az érzékenység borzongás közepette fokozódott (l. az I. sz. lázgörbét), az eddig alkalmazott jégtömlő nem igen csillapította már a fájdalmakat, a sklera gyöngye icterusos színeződ-

I. sz. Cotyledo-leválasztás. Beszállítva.

Jan. 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 1 2 3 febr.



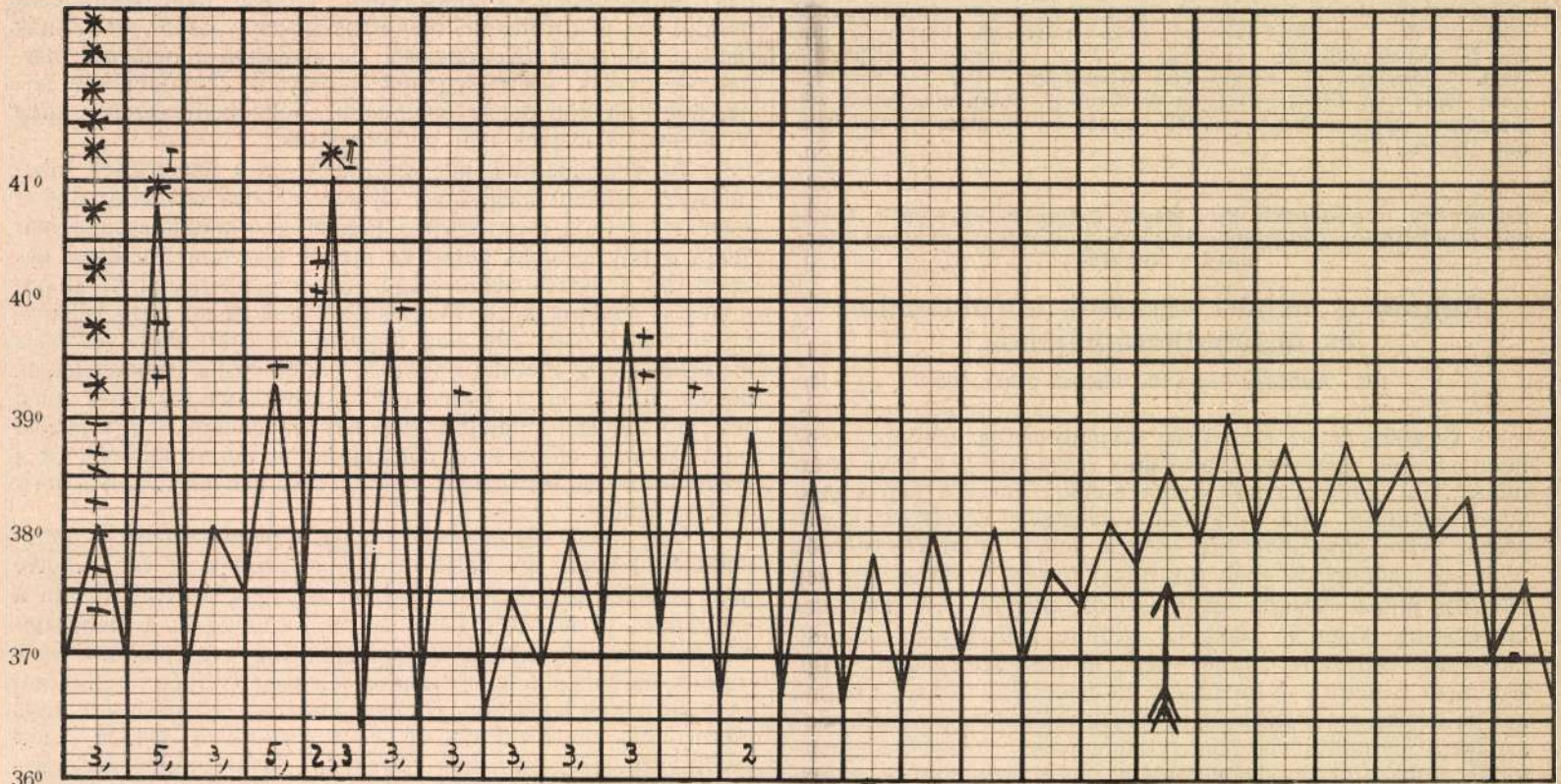
+ borzongás.

dése áll be. A jobb bordaív alatt, a bimbóvonal meghosszabbításában lúdtójsányi, elődudorodó, sima felületű, nyomásra érzékeny képlet volt tapintható, mely az epehólyagnak felelt meg; a belgyógyász szakértő véleménye szerint cholecystitis-cholangitis catarrh. (*Torday* dr.). Rendelés: Priessnitz, reggel éhomra 100 gr. ol. olivarum, fájdalom esetén ½ gr. aspirin. Olajkúrara a tünetek szépen visszafejlődtek. A beteg még 5 napig volt lázas; a 38. napon teljesen egészségesen hagyta el intézetünket, azzal az utasítással, hogy rendszeres karlsbadi kúrát tartson.

II. eset. Dr. J. F.-né, vidéki orvos neje, 38 éves. Előzőleg volt 3 rendes szülése. Jelen szülése 1912. január 10.-én. A szülés lefolyása rendes, a vidéki baba egyszer vizsgálta belsőleg. Január 10.-étől 15.-éig rendes gyermekágy. A gyermekágy 6. napján kezd subfebrilis lenni az asszony, 37.3—37.6°. A 7. napon 37.4—37.7°. A 8. napon este 39.6°. A 9. napon egy másik orvos, retentióra gondolván, méhüregöblítést végez. A méhüreget üresnek találja. Ugyanaz nap este hidegrázás, utána a hőmérsék 40.5°-ra szökik fel. A 11. napon újra méhüregöblítést végez. A 12. napon *Bársony* tanár megbízásából leutazom a beteghez; a belső vizsgálat semmi eredményt sem ad, a méhszáj zárt, a környezetben resistentia nincsen. A vizelet normalis. 3 milligramm sublimatot fecskendeztem be intravenásan, azonkívül digalant és chinint rendeltem. Ugyanaz nap este jelentkezett a második hidegrázás, utána a hőmérsék 40.1° volt. Még 2 napig maradtam a beteg mellett, 3 sublimatinjectiót adván; a hasra, bár kifejezett érzékenység nem volt, jégtömlőt adtunk s a lábakkal klinikai szokás szerint felpolcoltuk. A beteg állapota valamivel javult, úgy hogy visszautazhattam Budapestre. A 14. naptól a 19. napig a beteg maximalis hőemelkedése 38.5°-ot tett ki, feltűnőbb pulszusszaporulat nem volt. A 20. napon borzongás, majd hidegrázás s ennek nyomán 39.8 fokos hőemelkedés 120 pulszussal. A 21. napon ismét leutazom, ugyanazon nap még este egy borzongás, majd éjszaka hidegrázás áll be. Ezután nap-nap után volt borzongás és közbe hidegrázás (l. a II. sz. láztablát). A beteg összesen 9 hidegrázást és 18 borzongást állott ki; a pulszusszám viselkedését (átlagos számítás szerint) a mellékelt lázgörbe mutatja, melyen különben csak a február 9.-étől márczius első napjáig való lázmenet van feltüntetve, mivel az ezen időben kelet-

II. sz. Pyaemia.

Febr. 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 1 2 3 4 márc.



2, 3, 5, = 2-3-5 milligramm sublimat intravenásan.

I = dyspnoë II = dyspnoë *** előzőleg lefolyt hidegrázások +++ előzőleg lefolyt hidegborzongások.

kezett szövődményre akarok cikkem ben éppen kitérni. Február 10.-én a hidegrázással és február 14.-én a hidegborzongással kapcsolatban oly nagyfokú dyspnoë állott be, könnyen elnyomható arhythmias pulsussal, mely nemcsak a beteg körül álló collegákat, hanem magamat is súlyos aggodásba ejtett. Oxygen, coffein, kámforaether ismételt alkalmazása után sikerült csak a szívet erősebb munkára ösztökélni. Különben a betegség egész ideje alatt a gyógykezelés a következőkből állott: kapott összesen 78 milligramm sublimatot intravenásan befecskendezve, Locke-féle hypodermoklysis, honthin (kétszer napjában 0.25 gr. per os), digalen kétszer napjában 10-10 csepp, időnként chinin (intravenásan vagy intramuscularisan), proctoklysis.

A mellékelt lázgörbén graphice ábrázolva legjobban feltűnik, hogy az egész súlyos folyamat a 42., 43., 44., 45. napján a gyermekágyának mintegy megcsendesedni látszott (február 22., 23., 24., 25.), míg nem 26.-án estefelé a 38.2°-os láz jelezte, hogy valami dűl még a szervezetben. Ugyanekkor a beteg jobboldalt hasfájdalmáról kezdett panaszkodni, de ezeket pontosabban lokalizálni nem lehetett és eleinte appendicitis gyanuja forgott fenn. 27.-én a májtájéknak megfelelően diffus resistenciát lehetett kitapintani, mely igen érzékeny volt. Jégtömlő. A égtömlőt betegünk jól tűrte, a resistencia mind kisebb területre húzódot össze és 28.-án a jobboldali bordaív alatt a májtompulat folytatásában kb. a mamillaris vonal irányában jó ökölnyi, érzékeny, feszes tapintatú daganatot lehetett tapintani, mely az epehólyagnak felelt meg. Ezzel egyidejűleg menstruációs vérzés állott be. *Diagnosis: Cholecystitis acuta infectiosa (metastatica)*. Különösen az ezután következő két éjjel voltak még betegünknek kínzó májtájéki fájdalmái, úgy hogy több ízben pantopon-injectióra szorultunk. A jégtömlő állandóan alkalmazásban volt, a hashajtók adagolása után olajat itattam a beteggel. A resistencia elég gyorsan visszafejlődött, 5 napig volt még lázas emelkedés max. 38.9°-ig, s azután már csak subfebrilis hőemelkedések. A máj tájékán még jó ideig fennállott a jellegző tompa fájdalom, mely azonban nagyobb kellemetlenséget nem okozott. A beteg hosszú reconvalescentia után ma teljesen jól érzi magát.

Epikritice bírálva a két fennebb vázolt esetet, szinte magától adódik, hogy, ha az újabb vizsgálatokat tekintetbe vesszük, melyek epehólyag-bántalmak létrehozásában a bacteriumos fertőzésnek is szerepet juttatnak, a gyermekágyi lázas betegekben jelentkező cholecystitis okául secundaer fertőzést vegyünk fel. A gyermekágyban mindig vannak bacteriumok a szülőcsatornában; sepsises infectio esetén pedig e bacteriumok magasabb virulentiával agressívek is és ennek folytán az egész organismust inficiálják; ilyenkor akár a bélcsatornából, akár haematogen úton könnyen létrejöhet az epeutak fertőzése is, annál inkább, mert a beteg gyermekágyas hosszú

ideig mozdulatlanul a hátán fekvő, az epepangásra megvan az alkalom. Már megelőzőleg képződött epekő természetesen szintén kiválthat kólikás rohamot a gyermekágy alatt. Erre alkalmat ad a hasúri nyomás megváltozása; ennek hirtelen megváltozása következtében csúszik lejjebb és ékelődik bele az epeutakba az epekő. A fennebbi két esetben epekövet kimutatni nem lehetett. Vannak, akik azt tartják, hogy a nem szoptatás szintén hajlamosít a gyermekágyi epehólyagcomplicatiókra. E feltevésnek magyarázatát nem tudtam találni, azért csak megemlítem, hogy a mi két esetünk közül egyik sem szoptatott. Véleményem szerint ez csak accidentalis egybeesés lehet, mint a hogy a II. sz. esetemben sem lehet az epehólyag részéről felmerült complicatiót a menstruációs fluxióval összefüggésbe hozni. Nehéz a differentialis diagnosis néha az epeutak betegsége és az appendicitis között (mint a hogy a fennebbi idézett irodalmi esetek is igazolják); ezért gyermekágyi appendicitis gyanuja esetén mindig gondoljunk az epehólyag betegségeire is. Az nem tagadható, hogy a terhesség alatti cholecystitisek létrehozásában a has szerveinek a megnagyobbodott méh által okozott helyzetváltozása s az ennek folytán beállott epepangás szerepet játszik. A gyermekágyban azonban májcompressióról nem lehet szó s bár a nyomásváltozás folytán megcsúszott epekövek gyakrabban válhatnak ki itt is epekőrohamokat, de a tulajdonképpeni cholecystitis okául még inkább a metastasisos fertőzést lehet feltételezni. A gyógykezelés egyelőre a belgyógyászatban szokásos expectativ-antiphlogistikus legyen (jégtömlő, morphiom, karlsbadi kúra, oleum olivarum). Sebészi beavatkozásra szintén lehet szükség, gyermekágyi sepsis esetén azonban a gyógyulásra kevés kilátással, kiváltképpen akkor, ha a metastasis nem izolált és nem egyedülálló.

Irodalom. Naunyn: Klinik der Cholelithiase, 1892. Vortrag auf der Düsseldorfer Naturforscherversammlung. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., 4. — Arnsperger L.: Diagnose und Therapie der akuten Cholecystitis. Med. Klinik, 1908. — Riedel: Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. und Chir., 1899, 4. — B. Bosse és E. Fabricius: Ein Fall von metastatischer Appendicitis und Cholecystitis im Spätwochenbett etc. Wiener klin. Rundschau, 1910 szept., 38. sz., 591. l. — Christiani: Cholecystitis

im Wochenbett. Monatsschr. f. Geb. u. Gynaekol., 21. kötet. — *Eiermann*: Ueber puerperale Gallensteinkolik. Münchener med. Wochenschr., 1897. — *Meyer-Ruegg A.*: Winkel's Handb. f. Geburtsh., 1905. — *Pinard*: Compt. rend. de la Soc. d'obst., de gyn. et de ped. de Paris, 1902, julius 21. Ref. Zentralbl. f. Gynäk., 1903. Cholecystitis, Cholecystotomie am 11. Wochenbettstage. Heilung. — *Rose*: Zentralbl. f. Gynaekol., 1903. — *Sitzenfrey O.*: Prager med. Wochenschr., 1907. — *Vineberg*: Zwei Fälle von Cholecystitis im Wochenbett, puerperale Sepsis vor-täuschend. Geb. Ges. Newyork, 1905, január 10. Monatsschr. f. Geburtsh. und Gynäk., 22.

Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem I. számú női klinikájáról. (Igazgató: Bársony János dr., egyetemi tanár, udvari tanácsos.)

Adatok a méhüri vérzések kóroktanához és organotherapiájához.*

Irta: *Kalledey Lajos dr.*, klinikai gyakornok.

Ugyszólván az emberiség fennállása óta tekintik a nő nemi szervei egészségi állapotának fokmérőjéül a havi „tisztulást”. Az elnevezés már maga mutatja, hogy a nép a szervezet tisztulását látja a havonként jelentkező vérzésben. E vérzések ilyen elnevezése régi keletű lehet, mert *Hippokrates* népiesen „katarrhis“-nak (tisztulás) nevezi, tehát a nép már előtte is annak mondta. Ezen idő óta nagyon sok tapasztalat, észlelés, kísérlet, vizsgálat előbbre vitte ugyan tudásunkat a havi vérzésről, indító okát, természetét egészen azonban nem ismerjük. Nem fogom itt felsorolni azokat a régiebb keletű nézeteket, melyekkel a menstruációt magyarázták, csak azokat a legutóbbi vizsgálati eredményeket, melyek megvilágítják a menstruatio physiologiáját és a melyekkel a különböző pathologiái állapotokat akarjuk és részben tudjuk is magyarázni.

A havi vérzés a méh rhythmusos változásainak külső megnyilvánulása: kiürülése 100—230 gr. vérnek, melyet a megtermékenyített pete befogadására előkészített, megnagyobbodott, felpuhult méh és duzzadt nyálkahártyája meg nem termékenyülés esetén magából kibocsát. Ez a külső megjelenése azon állapotnak, a mit menstruációnak nevezünk, vagyis az a része, melyet napról-napra alkalmunk van látni. Azon körülmény folytán, hogy ezen vérzéssel az ideges jelenségek egész sora jár együtt, tagadhatatlan az az összefüggés, mely az idegrendszer és a menstruatio között fennáll és a melyre később még vissza fogok térni. Általánosan tudott dolog, hogy a menstruatio akkor jelentkezik, mikor a nő az ivarérettséghez közeledik, vagyis mikor a petefészek érett petét kezd termelni, hogy akkor szűnik meg, mikor a petetermelőképesség megszűnik, továbbá, hogy petefészkeiktől megfosztott asszonynak elmarad a vérzése és hogy olyan befolyásokra, melyek a petefészek petetermelőképességét megszüntetik, egyúttal a vérzés is megszűnik. E tényekből határozottsággal következtethetünk arra, hogy a havonként jelentkező vérzés a petefészeknek a szervezetre való befolyása folytán keletkezik. *Halban* legutóbb is azt állította, hogy nem a petefészek váltja ki a menstruációt, hanem csak szükséges ahhoz, hogy a havi tisztulás jelensége, melyet egy ismeretlen agens idéz elő, teljes mértékben kifejlődjék; így tehát a petefészeknek csak protectiv szerepe volna a menstruációban. Viszont *Schickele* kétségtelennek mondja, hogy ovarium nélkül nincs menstruatio. Normalis petefészekkel bíró asszonynak tehát körülbelül 4 hetenként megjelenik a menstruációja, mely rendes körülmények között 4—5 napig tart. Nagy ingadozások vannak az intermenstruationalis időre, a menstruatio tartamára, úgyszintén az eltávozott vér mennyiségére nézve, miért is szinte lehetetlen megállapítani azon határt, melyen innen physiologiásnak és a melyen túl pathologiásnak mondjuk a vérzést. Napról-napra tapasztaljuk, hogy némely nő olyan fokú vérzéssel, mely igazán alig több a physiologiásnál, környezetét és orvosát szinte megkínózza, míg mások nagy indolentiával tűrik el a nagyfokú vérzést is. Ennek magyaráza-

tát kereshetjük a sensibilis constitutióban, elég gyakran valószínűsítjük a neurastheniában, és főképpen a menstruációs moliminák minőségében és erősségében, melyek nem tekinthetők mindig a neurasthenia részjelenségének. Ezen moliminák rendszerint helyi fájdalmakból és általános tünetekből állnak. A tünetek sokféleségében és egyéni karakterében rejlik, hogy nagyon nehéz megtalálni, hogy mely érzések még élettaniak és melyek már pathologiásak.

Az elmondandók magyarázatáért és a félreértések elkerüléseért említtem meg, hogy dysmenorrhoea névvel azokat az eseteket illetjük, melyekben a menstruatio fájdalmassága már átlépi a physiologiás határt, és meno- illetve metrorrhagia névvel, ha a vérzés mennyisége, illetve gyakorisága kerül pathologiás határok közé. Megemlítem már itt is, hogy véleményem szerint ezen név alatt foglalandók össze azon vérzések, melyeket eddig metritis chronica, endometritis chronica haem. névvel illettek és a melyeknek hovatarozandóságáról még sok szó fog esni. Mielőtt ezeknek egyenkénti tárgyalásába bocsátkoznék, előbb a petefészekről, a menstruációról és a menstruationalis vérről leírt kísérleti eredményekről kell néhány szót szólnom.

Rég időtől fogva tudják, hogy a petefészeknek a petetermelésen kívül egy belső secretiós szerepe is van, illetve hogy a petefészek secernál valami anyagot, melyet directe a véráramba ad le. Ezen belső secretio váltaná ki a menstruációt is, a mit bizonyít a transplántált vagy reinplántált ovariumok utánbeálló menstruációs jelenség (vérzés, molimina) és a genitáliák fejlődése (*Halban, Pankow*). *Cramer* atrophias uterust 4 $\frac{1}{2}$ cm.-ről 7 cm.-re és 4 cm.-ről 8 cm.-re látott ovariumtransplantatio után növekedni. Ovariumuktól megfosztott egyénekben typosus, úgynevezett kiesési tüneteket (szédülés, szívdobogás, hevülés, bizsergés, nyilalás a végtagokban stb.) látunk; ha pedig ivarérettség előtt irtjuk ki a petefészeket, nem fejlődnek ki a nemi szervek és úgynevezett másodlagos nemi sajátságok, melyekről más helyen részletesen fogok beszélni.

Ujabbán *Schickele* tanulmányozta a petefészek histologiáját és pathologiáját. Kísérleteivel mindenekelőtt kimutatta a petefészeknek a vérmegalvadást hátráltató hatását, mely nagyobb fokú, mint a méhből készült kivonaté. Ugyancsak kimutatta, hogy az ovarium, a corpus luteum, a méh présnedve és kivonata az ereket tágítja és a vérnyomást csökkenti. Én szintén csináltam présnedv- és extractum-kísérleteket és a vérnyomáscsökkenés klasszikus példái között nem egy állatom, pusztult el, a vérnyomás hirtelen csökkenését és végül teljes megszűntét rajzolva a kormozott papírra. Az ovarium, a corpus luteum és a méh ezen értágító hatása nem áll elő, ha előzőleg hypophysiskivonatot fecskendezünk be; viszont a hypophysis és adrenalin hatása nem áll elő, ha előbb petefészek-, corpus luteum- vagy méhkivonatot fecskendezünk be. Menstruatio alatt sem az asszony vérnyomása (*Schmotkin*), sem a vérmegalvadási idő (*Keller*) nem változik. Nagyon érdekesnek és nagyjelentőségűnek tartom *Schickele* azon kísérletét, melylyel kimutatja, hogy az ovarium és méh extractuma különösen a genitális szervek ereit tágítja és a genitáliának tartós vérbőségét, felpuhulását hozza létre. Ha még most hozzáfűzzük a mondottakhoz, hogy a menstruációs vér rendes körülmények között folyékony állapotban folyik ki és néha órákig nem alvad meg és hogy különböző kémiai anyagok nagy mennyiségben vannak benne (*Ichmanitzky-Ries, Dienst*): elmondtuk röviden a physiologiás részből mindazt, a mire a következőkben szükségünk lesz.

A havi vérzés rendelkezései kb. a következők: annak korán való megjelenése, fájdalmassága, túlerős volta, gyakori jelentkezése, meg nem jelenése, kimaradása. Ezen rendelkezések közül most a fájdalmas havibajokat és a túlerős és gyakori vérzéseket akarom tárgyalni, vagyis a dysmenorrhoeát és a meno-, illetve metrorrhagiát.

A dysmenorrhoea az élettanilag jelenlevő általános és localis érzéseknek pathologiás mértékig való fokozódása. A localis panaszok egyrészt magának a méhnek és petevezetőknek görcse, másrészt az alhasba és a czombokba kisugárzó

* A német gynaekologiai társaság XV. congressusán Halleban tartott előadás.

fájdalom. Ezen fájdalmak rendszeren mechanikai akadályok legyőzését célzó, fokozott méh- és petevezető-összehúzódnások által okoztatnak. Ilyen mechanikai akadály elsősorban a fejlődésében visszamaradt méhtest, különösen a külső méhszájnak, a nyaknak és a belső méhszájnak a szűkülete, továbbá a méhnek megváltozott helyzete. Az ilyen dysmenorrhoeás betegek már maguk is azzal jönnek, hogy nagy kínjuk rövid félóráig vagy egy óráig szünetel, ha előbb egy darab alvadt vér távozik el. Bizonyára mások is tapasztalták, a mi nekem is feltűnt, hogy az ilyen dysmenorrhoeások menstruationalis vére alvadt, feketés színű és az állott vér benyomását teszi. A dysmenorrhoeás fájdalmakat ezek szerint kiváltaná a vér-alvadékoknak a hypoplasiás uterusból vagy a szűk nyakon keresztül való megszületése. Az ú. n. nervosus dysmenorrhoea (neuralgia uteri et ovarii, *Teilhafer*) egyáltalán nem elfogadott dolog, sőt mint azt később még részletesen kifejteni igyekszem, az is csak egy változás következménye, melyet megvilágítani szándéksom.

Ha már most az elmondattak nyomán igaz az, hogy az ovarium extractuma a vérmegalvadást hátráltatja és az ivarszervek vérbőségét és felpuhulását okozza, közelfekvő volt az a gondolat, hogy e tapasztalatokat a dysmenorrhoea gyógyítására fel fogom használni. Erre vonatkozólag felsorolom néhány esetem kórtörténetét.

Eseteim gyógyításához a Richter G. budapesti vegyészeti gyárral a marhaovariumból kivonatot készíttettem: egy gramm ovariumot egy cm³ oldatra. A készítési módról csak annyit említek fel, hogy ugyanúgy állítatik elő, mint a glanduitrin nevű hypophysis-készítménye. Így tehát az ovarium hormonja is állja a forralást, vízben oldható, dialyzálható.* Ezenkívül a Poehl-czég által már forgalomba hozott biovar, proprovar és luteovar nevű készítményeket is alkalmaztam. A vérzés csillapítására, illetve elállítására a hypophysis kivonatát használtam, a forgalomban levő hypophysis-készítmények közül leginkább Parker Davis pituitrinjét és a vele egyenlő értékű Richter G.-féle glanduitrint használtam, ritkábban a pituglandol La Roche-t. Úgy az ovarium-, mint a pituitrin-készítményeket, egy vagy két subcutan kísérlettel eltekintve, intra venam alkalmaztam. Belsőleg Richter tabl. ovarii, Knoll ovaraden-triferrin, Poehl tabl. ovarii és Parke Davis caps. corpor. lutei desicc.-t használtam.

I. 5002/1912. 1912 november 18. K. J.-né, 20 éves, 0-P. I. mensését 17 éves korában kapta. 3 napig tart, de igen nagy görcsei vannak. Vérzése idején gyomorérmélygés és fejfájás győtri. November 16.-án kapta vérzését, nagy görcsei vannak.

November 18. 1 cm³ ovarium Richter intra venam.

November 19. Görcsei az injectio óta nem voltak, émelygése, fejfájása még van. 1 cm³ ovarium intra venam.

November 20. Görcse egyáltalán nem volt, gyomorérmélygése, fejfájása megszűnt, ma reggel megszűnt a vérzése.

December 14. Semmi panasza sincs. Holnapra várja mensését. 2 cm³ proprovarium Poehl intra venam.

December 23. Havi vérzése teljesen görcs nélkül folyt le, 3 napig tartott.

II. 5149/1912. 1912 december 2. P. M.-né, 29 éves, 0-P. I. mensését 15 éves korában kapta egy heti tartammal. Utolsó mensese nov. 16.-án mult el, Mensese előtt és alatt nagy görcsök.

Status: Középtág hüvely, 1 cm.-es conusus portio, karcsú nyak, méhtest pubescens, szabad, anteflektált, méhszáj kölesnyi gödör. Diagnosis: Uterus pubescens, stenosis orif. ext. uteri et cervicis.

December 2. 1 cm³ ovarium intra venam.

December 3.-án megkapja vérzését, teljesen görcs nélkül.

December 4. 1 cm³ ovarium intra venam. Görcsei nincsenek.

December 8.-án a vérzése megszűnt, semmi görcse sem volt.

1913 április 5. Januárban menstruatioja görcs nélkül folyt le, februárban és márciusban ismét voltak görcsei. Mensese márczius 31.-én mult el. Rendelés 3-szor napjában tabl. ovarii sec. Richter.

III. 567/913. 1913 február 5. P. Gy.-né, 19 éves. I. mensését 13 éves korában kapta, 8 napig szokott tartani, igen nagy görcsössel és hányásingerrel. Két hónap óta asszony; mult hónapban 14 napig tartott a vérzése, igen nagy görcsökkel, sokkal nagyobbakkal, mint leánykorában. Most 3 napja vérzik, sok erős görcse van. Status: A bal ovarium helyén kis narancsnyi, nem érzékeny, szabad, sima, gömbölyű tumor. Diagnosis: Uterus pubescens, tumor (?) ovarii lateris sin.

Február 5. Dél előtt 11 órakor 2 cm³ biovar (*Poehl*) intra venam. Injectio után megszűntek a görcsei, de éjjel visszajöttek.

Február 6. 2 cm³ biovar intra venam, 4 tabl. ovarium Richter.

* A készítmény glanduovin néven került forgalomba.

Február 7. A második injectio óta nem voltak görcsei. 2 cm³ biovar intra venam. Vidékre utazik. Levélben jelenti, hogy minden hónap 5.-én jön meg a baja, mikor is még némi fájdalmakat érez.

Az itt felsorolt néhány esetben is, valamint a többiben, a III. számú esetet kivéve, az ovariumkészítmény szinte coupírozta a görcsös fájdalmakat. Ezen III. számú esetben talán a praeparatumot (biovar) lehet felelőssé tenni a néhány (10—12) óra múlva beállott visszaesésért, lehet, hogy túlgynge volt, vagy esetleg oly nagy mennyiségű corp. lut. hormon van a készítményben, a mennyi megakadályozta az ovariumnak többi eseteimben annyira feltűnő jó hatását. Eddig összesen 21 esetben megszűntek a helyi fájdalmakon kívül az ideges panaszok is. Egy 26 éves asszony pl. azt panaszolta, hogy győtrő főfájásával kínjai közt kénytelen ágyban feküdni, fetreng a kínoktól, fél a megőrüléstől. A petefészkek adagolására a kinok hirtelen eltűntek. Ezek szerint tehát a dysmenorrhoea oka az ovarium hypofunctioja volna.

Mielőtt e kezelésnek magyarázásába bocsájtkozom, célszerűnek gondolom a metrorrhagiák kezelésekor szerzett tapasztalataimat is ismertetni.

Azon menstruationalis anomaliát, melyben a vérzés az intermenstruationalis idő alatt ismétlődik, vagy melyben a vérzés abnormalisan hosszú ideig tart, meno-, illetve metrorrhagiának nevezzük. Ezen definitióba azonban beleesik az endometritis chronica haemorrhagica és a metritis chronica körképe is, csak a méh nagysági változásait kell hozzáfűznünk. *Teilhafer*, főleg *Pankow*, *Schickele* és *Keller* vizsgálatai és szövettani kutatásai után bebizonyítottak vehetjük, hogy ezen utóbbi körjelzéseknek egységes pathologiai elváltozás nem felel meg és hogy ezen körjelzések, ezen nevek pathologiailag nem állják meg helyüket. Részletesen nem tárgyalom fejtegetésüket, utalok az idézett munkákra; itt csak annyit jegyzek meg, hogy ezek vizsgálatakor sem az endometriumban, sem a myometriumban gyuladós jelenségek nem voltak találhatóak és végül a nem vérző és vérző uterusok között szövettanilag kimutatható olyan különbségeket, melyekből a vérzések megmagyarázhatóak lettek volna, nem találtak. Ennél világosabban bizonyítják, hogy nem az endometriumban van a vérzés oka, azok az eredmények, a melyeket az ilyen méh endometriumainak kikaparásával elértek. A vérzés újabb jelentkezését kaparás után *F. Jaeger* tanulmányozta és megállapította, hogy az endometritis-diagnosishál (explorativ szempontokból végzett kaparások alkalmával is) 80%-ban rendes időben jön meg a vérzés, egy részében még hamarabb és csak egy csekély részében később, mint a rendes menstruatio ideje, tekintet nélkül a kaparás idejére. Ilyenmódon tapasztalata minden nőorvosnak van. Ezek szerint a kaparást épp oly kevéssé lehet a metrorrhagiák terapiájának, mint az endometriumot a metrorrhagiák okának mondani. Nem a nyálkahártya regeneratioja, hanem a menstruatio idején előálló, eddig még lényegében ismeretlen változás — a correlatio megváltozása — tehát a menstruatio beállításának közvetlen oka. Minden szerző, ki e kérdéssel foglalkozott, arra a conclusióra jutott, hogy itt a belső secretió mirigyek correlatiós zavara lehet az egyedüli oka a vérzéseknek.

Rövid vázlatokban adom itt azt, a mit e belső secretió mirigyek feladatáról e szempontból ma tudni vélünk. Minden jel arra mutat, hogy a megszületés után a nő nemi éréseig a hypophysisnek van a csotfejlődésre, az egyén magasságára lényeges, legfontosabb szerepe és feladata, mely azután megcsökken akkor, a mikor az ovarium tevékenysége megkezdődik. Ezt itt röviden csak azon észleletekkel akarom bizonyítani, melyek szerint egyrészt a hypophysisétől megfosztott állat rövidebb csontú marad, a castrált állat csontrendszerre pedig jobban fejlődik, magasabb, erősebb lesz a rendesnél, másrészt a terhesség alatti fokozott hypophysis-functio és csökkent ovarialis secretio hatásának tudják be a növekedést és az egyes tagok (orr, száj) duzzadását, másrészt azon észleletet, hogy hypophysis-túlfunkciónál amenorrhoea, ovariumtúlfunkciónál metrorrhagia áll be. Az ovarium functiojának kezdetét jelzi a menstruatio megjelenése és a másodlagos nemi jellegek kifejlődése. Az

intermenstruationalis szakfentartása a corpus luteumnak feladata volna (Loeb L.). Így azután felállítható egyrészt az ovarium és hypophysis között az antagonismus e tekintetben, másrészt az ovarium és corpus luteum között, de itt is hangsúlyozva kell mondanunk, hogy e tekintetben. Az adrenalin és hypophysis körülbelül egyenlően viselkednek az ovariummal, illetve genitáliákkal szemben. Távlatosabb vonatkozás van a thyreoidea, parathyreoidea, pankreas és genitáliák között, de összefüggésüket már csak azért sem lehet tagadni, mert egyrészt nem ismerjük pontosan a funkciójukat, másrészt nem tudjuk, hogy az egyik rész kiesése a többi secretiójában minő változásokat okozhat. Készakarva nem vontam bele e vázolásomba a mammát és a gland. pinealist, mint a melyekről más helyen akarok beszélni.

Igy röviden vázoltam azt a gondolatmenetet, mely bennem az eszmét megérlette, hogy metrorrhagia eseteiben a correlatio befolyásával gyógyítsak. Kísérleteim néhány esetének kórrajza a következő:

4160/1912. 1912 szeptember 18. L. J.-né, 34 éves. I. mensesét 14 éves korában kapta, ezután menstruációja rendszeren 4 hetenként jött, 3—4 napig tartott. 7 rendes partusa és 2 abortusa volt, az utolsó abortus 8 hónap előtt. Azóta menstruációja 2 hetenként jön és 7—8 napig tart. Most 2 nappal korábban, 3 nap előtt kapta vérzését. Mióta ily nagy vérzései vannak, hátfájásról és nagy idegességről panaszkodik. Status: Valamivel nagyobb kemény méhtest, különben semmi rendellenesség.
Szeptember 18. 1 cm³ pituitrin intra venam.
Szeptember 19. Hátfájása megszűnt, idegessége csökken, vérzik. 1 cm³ pituitrin intra venam.
Szeptember 20. Még kicsit vérzik. 1 cm³ pituitrin intra venam.
Szeptember 21. 1 cm³ pituitrin, a vérzés megszűnik.
1913 április 8. Kérdezősködésünkre a vidéki beteg levélben jelenti: „Állapotom az ottani kezelés által lényegesen javult.“

3600/1912. 1912 szeptember 18. K. M.-né, 21 éves. I. mensesét 13 éves korában kapta. 8 napi tartammal bár, de nem nagy mértékben. Egy rendes partusa volt, utána szoptatott. Mióta visszakapta a havi vérzését (9 hónapja), az két heti pauzával jön, igen erősen 8 napig tart. Most két hete vérzik. Status: Retroflexio mobilis. Anteflexióba hozzuk és Hodge-pessariumot helyezünk be. Szeptember 18.-án 1 cm³ pituitrin intra venam.
Szeptember 19. Igen keveset vérzik. 1 cm³ pituitrin.
Szeptember 20. Valamivel erősebben vérzik. 1 cm³ pituitrin.
Szeptember 21. Semmit sem vérzik.
1913 február 21. Kérdezősködésünkre bejön és elmondja, hogy az injectiók óta mensese rendeződött, 4 hetenként jön, 8 napig tart, de nincs nagy mértékben. Pessariumát csak egy hétig tudta hordani, méhe retroflexióban van.

4195/1912. 1912 szeptember 20. W. J.-né, 19 éves. I. mensesét 15 éves korában kapta, 3 napi tartammal. 1911 decemberében rendes partus. Azóta mensese 2 hétig tart, most 23 napja vérzik. Status: Semmi rendellenesség.
Szeptember 20. 1 cm³ pituitrin intra venam.
Szeptember 21. Nem vérzik; 0.5 cm³ pituitrin intra venam.
1913 márczius 17. Menstruációja 4 hetenként jön és 8 napig tart.

A therapia értéke szempontjából különösen érdekes a következő eset:

4268/1912. 1912 szeptember 24. J. M.-né, 44 éves. I. mensesét 18 éves korában kapta, 4—5 napi tartammal. Egy rendes partus. Egy év előtt nagy vérzés miatt curette. 3 hónapi rendes menstruatio után 8—10 napig tartó vérzés 2—3 hetenként. Ezért klinikánkon Röntgenkezelés alá vesszük metrorrhagia körjelzéssel. A besugárzásokra javulás, sőt 2 hónapi menopausa. Most 3 hete vérzik.
Szeptember 24. 1 cm³ pituitrin intra venam.
Szeptember 25. Alig vérzik. 1 cm³ pituitrin intra venam.
Szeptember 26. Nem vérzik. Szeptember 27.-én nem vérzik. Legközelebbi menstruatió pituitrinre berendelve.
December 15. Előadja, hogy 4 hét előtt 3 napig tartó rendes menses volt. Most rendes időben érkező, 7 napja tartó vérzése van. 1 cm³ pituitrinre vérzés megszűnik.

4312/1912. 1912 szeptember 27. G. A.-né, 29 éves. I. mensesét 16 éves korában kapta. Egy rendes partus. Most 16 nap óta vérzik. Status: Semmi rendellenesség.
Szeptember 27. 1 cm³ pituitrin intra venam.
Szeptember 28. Egész délután nem vérezett, reggel ismét vérezni kezdett. 1 cm³ pituitrin intra venam.
Szeptember 30. Nem vérzik.
1913 április 7. 5 napig tart azóta a vérzése, 3 napig erősen van. Az utolsó márczius 10.-étől márczius 15.-éig volt.
1913 április 10. Április 5.-étől április 9.-éig volt a menses, teljesen görcs nélkül.

4829/1912. 1912 október 29. Sz. E. 15 éves virgo. 14 éves korában kapta a mensesét. Állandóan erős és bő vérzések. Az utóbbi időben havonta kétszer is vérzik, ez idő alatt igen nagy görcsei vannak. Rectalis vizsgálatkor diónyi méhtest.

Október 29. 3 nap óta vérzik. 1 cm³ glanduitrin.
Október 30. Alig vérzik. 1 cm³ glanduitrin.
Október 31. Még egy keveset vérzik. 1 cm³ glanduitrinre a vérzés megszűnik. A fejlődésükben visszamaradt genitáliák indicatiójából naponta 3-szor 2 tabl. ovarium Poehl.

1913 április 3. 4 hetenként 3—4 napig tartó menses van, nem túlságos erősen, görcsei egyáltalán nincsenek. 200 tablettát szedett. Folytatja.

4476/1912. 1912 október 7. H. J.-né, 32 éves. I. mensesét 14 éves korában kapta. 3 rendes partus, 2 abortus. Utolsó menstruatióját 4 hét előtt néhány napi késéssel kapta. Azóta rendetlenül vérzik. Status: Rendes nagyságú anteflektált méhtest, kemény, környezete szabad. Diagnosis: Metrorrhagia (v. s. post abortum?).

Október 7. 1 cm³ glanduitrin.
Október 8. A vérzés megszűnt.
1913 április 4. A menses 23—24 nap után jön meg és 3—4 napig tart.

4198/1912. 1912 szeptember 21. K. S.-né, 47 éves. I. mensesét 15 éves korában kapta 2—3 napi tartammal. 5 rendes partus, 1 abortus. Utóbbi időben 2—3 hetenként 10 napig tart a havi vérzése, nagy fájdalommal, most 12 napja vérzik. Status: Vagina tág, a portio 1/2 cm., directe átmegy kétököllyi kemény, sima, tömött, szabadon mozgatható tumorba. Diagnosis: Myoma corporis uteri.
Szeptember 21. 1 cm³ pituitrin intra venam.
Szeptember 23. Semmit sem vérzik. Injectio után sok görcsös összehúzódása volt. Röntgen-therapiára utasítjuk.

Az itt felsoroltakkal együtt összesen 41 esetben észleltem a vérzésnek megszűnését hypophysis-készítménynek injectiója után. Ezen esetekben a petefészek túlfunkcióját tartottam a vérzés okának és ezért az antagonista mirigy kivonatát adtam. A petefészek másik antagonistájával, az intermenstruationalis idő fentartójával, a corpus luteummal is tettem néhány kísérletet.

721/1913. 1913 február 13. D. B.-né, 18 éves. I. mensesét 16 éves korában kapta, ettől kezdve 2 heti pauza után 8 napi tartammal volt a vérzése. 8 hó előtt partus. 6 hónapig menopausa, 2 hónap óta 2—3 napi pausával folyton vérzik. Belső vizsgálatkor valamivel nagyobb méhtest, különben normalis genitalis lelet. Diagnosis: Endometritis haemorrhagica.

Február 13. 1 ph. luteovar Poehl.
Február 14. Nem vérzik. 1 ph. luteovar.
Február 15. Keveset ismét vérzik. 1 ph. luteovar. 6 napig naponta 2 szem caps. corp. lut. Parke Davis-t szed.
Márczius 1. Vérzése még nem jött.
Márczius 26. Márczius 15.-én jött meg a menses, márczius 20.-án elmúlt. Menses után corp. lut. capsulát szed 1 hétig.

4976/1912. 1913 február 14. M. J.-né, 34 éves. I. mensesét 13 éves korában kapta 6—7 napi tartammal. 1912 novemberében abortus, utána vérzés miatt felkeresi klinikánkat. Akkori lelet: „December 14. A méh a rendesnek kétszerese, anteflektált, szabad környezettel, méhszáj zárt. Vérzés. Diagnosis: Subinvolutio uteri post abortum. Therapia: Fekvés, secacornin.“ „1912 december 28. Még mindig vérzik, valamivel nagyobb méh. Therapia: Idem.“ „1913 január 10. Még állandóan vérzik, méh valamivel nagyobb, szabad. Therapia: Formalinmosások.“ 6 formalinmosásra a vérzés megszűnik. 3 napi pauza után február 8.-ától 12.-éig ismét vérezni kezd.

Február 14. Status: Valamivel nagyobb méh, különben rendes genitáliák. 1 ph. luteovar.
Február 15. 1 ph. luteovar.
Február 17. Alig néhány cseppet vérzik. 1 ph. luteovar.
Február 18. Nem vérzik semmit, 6 napig szed 2—2 corp. lut. caps. Parke Davis-t.

Márczius 19. Márczius 7.-én egy nappal később kapta a mensesét, 3 napig tartott. Február 12.-e óta corp. lut. tabl.-t szed.
Április 10. Április 6.-ától 9.-éig tartott a menses, erősen, görcs nélkül. Márczius 24.-éig szedett corp. luteumot, most 1 hétig szed naponta kettőt.

Felsorolván és ismertetvén néhány kórrajzot, a therapiának értelmezésére és magyarázatára térek. A mennyire hasznosak az elfogulatlan experimentalis therapiák kísérletek másokra nézve, ugyanannyira károsak lehetnek, ha a hypotesisekre épített kísérletekből az ember végleges törvényekkel, szabályokkal áll elő. A klinikai lefolyás mindenestre felette áll bizonyítás tekintetében a laboratoriumi állat- és in vitro kísérleteknek, azonban itt is oly sok beszámítandó momentum van, hogy csak hosszú megfigyelés, alapos és határozott pathologiai alap birtokában lehet és szabad abból következtetéseket vonni. A sok ellentmondó laboratoriumi és

állatkísérletnek és az azokból talán túlkorán levont következtetéseknek az eredménye az a bizonytalanság és ingadozás a belső secretiós mirigyek tanában. Hogy a sok közül példát említek, a legjobb helyekről, tehát a különböző technika eredményeként kerültek nyilvánosság elé a vérmegvaladási idő megváltozásáról oly különböző eredmények. Magam tartózkodó akarok lenni; a mennyire azonban nem szabad következtetésemmel túlságba menni, ugyanannyira kötelességem eredményeimet, kísérleteimet megmagyarázni, megindokolni.

Mint már említettem, közfelfogás szerint az ovarium nemcsak petét termel, hanem egy belső secretiója is van. Ezen ovarialis hormon hatása a genitáliák és a secundaer nemi jellegek kifejlődése, a genitáliák rhythmusos vérbősége, a menstruációs jelenségek. A corpus luteum hormonja úgy látszik a menstruációs vérzések és a genitalis vérbőség kifejlődését hátráltatja. Ezen ovarialis hormonok a vérmegvaladásra gátlólag folynak be. Ekként lehetne az ovarium befolyását a méhüri vérzések tekintetéből főbb vonásokban vázolni. További kérdés, hogy mely tényező okozza az uterus-contractionokat. Az eddigi vizsgálatok szerint a méh rendes körülmények között a menstruatio alatt végez contractionokat. Dysmenorrhoea eseteiben fájdalmat is okoznak e méhcontractionok. Kérdés, hogy ugyanazon működési anomalia, melynek következménye a vér megalvadása menstruatiókor, okozza-e a fájdalmas contractionokat is, vagy hogy mechanikai akadály következtében megnehezített a vérnek a méhből való eltávozása és az ovarialis hormon kis mennyisége vagy hiánya miatt megalvadó vér váltja-e ki a fájdalmas contractionokat. Akár az egyik, akár a másik az igazi, a lényeg a vérnek a megalvadása. Ezek szerint olyan beavatkozással, melylyel ovarium-hormont viszünk a szervezetbe, a mivel megnehezítjük a vér megalvadását, megszüntetjük úgy a localis, mint az általános dysmenorrhoeás panaszokat. Arra vonatkozólag, hogy ezen hatása az ovariumadagolásnak a szervezet egész vérmennyiségére vonatkozik-e, vagy csak a genitáliák, illetőleg menstruationalis vérre, fentartom a válasz jogát; ez majd külön vizsgálatnak lesz tárgya. Per analogiam az ovarialis hormonoknak a genitalis erekre való hatását tekintve, mit Schickele nyomán már említettem, egyáltalán nem lehetetlen, hogy az ovarium hormonjai csak a menstruationalis vért változtatják így meg.

Nagyobb mennyiségben, huzamosabban adva az ovariumot, azt hiszem, a következő esetben az ovarium hyperfunctiójának hatását észleltem.

Dr. V.-né, 21 éves, O-P., I. mensését 15 éves korában kapta 8–9 napig tartott, vérzése mindig nagy mértékben volt és kínzó nagy görcsei voltak. Igen sok alvadt fekete vér távozik el tőle minden alkalommal. 1 évvel ezelőtt férjhez ment, azóta panaszai fokozódtak. 1912 október 5. 3-szor naponta 2 szem ovaradentri-ferrint, majd tabl. ovarii Richtert szed. November 4. 24 napra jött meg a vérzése, minimalis és inkább ideges fájásokkal, 5 napig tartott. Tovább szed 3-szor 2 szem tabl. ovarii naponta. Ezen meglehetősen nagy mennyiségű ovarium szedése közben két hétre jött meg a vérzése (corp. lut. hatásának kimaradása) teljesen görcs nélkül, folyékony vér. Ezután összesen 300 ovariumtablettát vett be 10 hét alatt és november 20.-a óta alig 2–3 napi pauszával vérzik. Az ideges asszony 1913 január közepén más orvoshoz fordult, ki formalinmosásokkal kezelte vérzését teljesen eredmény nélkül. Márczius 3.-án még fennállván a vérzések, ismét kezelés alá vettem s felismerni vélvén az ovarium-túladagolást, 1 cm³ glanduitrint fecskendeztem be. Ugyanaz nap megkapta a vérzését, mely kis mértékben volt és 6 nap után megszűnt. Ekkor naponként 3 szem corp. lut. capsulát szedett. Egy hét után beszünttettem a corp. lut. szedést és egy glanduitrin-injectiót adtam. Áprilisban a mensese rendes időben jött meg, 3 napig tartott, teljesen görcs nélkül. Május 4.-i mensese 2 nappal később jött meg görcs nélkül.

Ez esetben az ovarium szedése és a beállott és fokozódó vérzések között oki összefüggést gondolok felvehetni, s ez demonstrálja, hogy a belső secretiónak azon része, mely a vérzéseket idézi elő, ovariumadagolással nemcsak rendes mértékére emelhető, hanem fokozható is.

Érdekesek azok a tapasztalataim, hogy a dysmenorrhoeások közül, a kik fájdalmukon kívül azt is panaszolták, hogy nem esnek teherbe, ovarium adagolása közben egy egész sorozat lett gravida. Aránylag csekély számú dysmenorrhoeás esetem (21) közül eddig 5 lett gravida ovariummal

való kezelés közben. Ezen körülmény egyrészt megerősíti azt a feltevésemet, hogy az ovarium hypofunctiója az oka a dysmenorrhoeának, másrészt arra vall, hogy a belső secretio ilyenmő megváltoztatása vagy az ovarium petetermelő képességét, vagy más oly momentumot befolyásol, mely a fogamzást elősegíti.

A hypophysis extractumának, illetve hormonjainak hatását a vérző méhekre nem tudom csupán csak a méhösszehúzódnak kiváltó hatásnak betudni; *Hirsch* legutóbb is felemelte szavát a mellett, hogy méhüri vérzések eseteiben a contractio fokozása az, a mi a vérzés megszünteti. Én az ú. n. idiopathiás vérzések közül kevés kivétellel mindegyiket, összesen 41-et meg tudtam szüntetni hypophysis-sel. Az abortus utáni residualis vérzések ellen azonban nem tudtam hypophysis-készítménnyel eredményt elérni. Az abortus utáni vérzéseket, melyeket ma endometritis haemorrhagica post abortum név alatt foglalnak össze, én két részre osztanám. Azokra, a melyekben decidua maradt vissza, ezekben, mint már említettem, hypophysiskészítményekkel nem tudtam eredményt elérni; az abortus utáni vérzéseknek egy más fajában a méh ürege biztosan teljesen kiürített és mégis megjelennek utána a rendetlen vérzések. Ezekben azonban már gyorsan hatott a hypophysis-készítmény. Összesen 4 abortus utáni residualis vérzéssel kísérleteztem, ezeket azután más kezelésre (curette) kellett utasítani. Ez tehát *Hirsch* felfogása ellen szól, mert hisz ha a contractionok hiánya volna a vérzések oka, akkor a residualis vérzés is megszűnt volna hypophysis-adagolásra.

A metritis chronica és endometritis chronica haemorrhagica elnevezésekről és az ezek alatt értett kórformák hovatartozandóságáról is szándékom néhány szót szólani. Kétségtelenül bebizonyítottak vehető, hogy nem gyuladás okozza e panaszokat, mert gyuladást eddig még senki sem mutatott ki ilyen méhen. Azon elfajulások, melyeket az ilyen megnagyobbodott méheken konstatáltak, egyrészt physiologiasak voltak, másrészt oly egyénekben is találtak, a kiknek soha e betegségre való panaszai nem voltak. Így tehát nem tehető sem az endometrium, sem pedig a myometrium felelőssé ezen panaszokért. Az endometrium nem, mert egyrészt abban az ok nem mutatható ki, másrészt, mert az endometrium kezelésére, pl. kikaparására az eseteknek csak csekély része javul. A myometriumot sem lehet a betegség székhelyének tekinteni, mert abban sem találtak semmi olyan pathologiás elváltozást, melyből akárcsak magyarázni is lehetett volna a panaszokat. A beteg szervnek, a pathologiás elváltozásnak a méhen kívül kell lennie. Habár azt hiszem, határozottsággal nem lehet állítani azt, a mit egy argumentummal én is megerősítettem, hogy az ilyen panaszok egyedüli okozója a belső secretiós mirigyek correlatiójának megváltozása; mégis korainak tartanám a kórformáknak e szerint való elnevezését. Az aetiologiai elnevezés helyett addig, a míg az határozottsággal, exact reakciókkal bizonyítva nincsen, symptomák szerint lehetne e betegséget nevezni. A már mások által ajánlott metro-pathia haemorrhagica név alatt foglalhatjuk össze a fenti két kórformát, melyhez azután a hyper- vagy hypoovarialis stb. jelző függesztendő hozzá, ha majd azt exacte bizonyítani lehet.

Ha összegezni akarom azt, a mi kísérleteimből eredményként leszűrhető, mondhatom, hogy az a gyanu, hogy a correlatiós zavar oka lehet vérzésnek a méh üregéből, az ellene irányított terapiával elért eredményeimmel istápot nyert. Hiszen az kétségtelen, hogy ha a correlatiós zavar okozza a vérzést, azt észszerűen a correlatio valami úton való helyrebillentésével kell gyógyítani. Erre én kevés kivétellel az intravenás gyógyítást kísértem meg. Az intravenás therapia, mely az utóbbi időben kezd nagyobb tért hódítani nálunk, a klinikán évtizedek óta használatos és ma már minden irányban a lehető mértékig kiterjesztett eljárás. Az elővigyázati szempontokat szem előtt tartva, az adagolás intravenás módja minden tekintetben, de legfőképpen — a mi pedig elsősorú kérdés — a hatás tekintetében a többit messze felülmúlja. A subcutan, intramuscularis vagy éppen per os nyújtott gyógy-

szerkészítmények bizonyára sok átalakulásnak, elváltozásnak vannak kitéve, míg a vérbe felszívódnak. Ezenfelül a bőr alá vagy izomba fecskendezett gyógyszer elég gyakran fájdalmat is okoz, a mi a jól végzett intravenás injectio után nem szokott beállni. Magam, kiváltképpen a belső secretiós kísérletekre, a szerelésnek ezt a módját tartom a legalkalmasabbnak. A belső secretiók az úgynevezett vérmirigyek nedveit alkotván, szintén direkte a véráramba jutnak. Legyen a készítmény fehérjementes és ha a vérnyomásra befolyással van, e hatását tartsuk evidentiában.

Az általam észlelt, méhvérezéseket okozó correlatiós zavarok az esetek többségében hypophysis-készítmények befolyása alatt jóra fordultak és a szer befolyása nemcsak ad hoc, hanem hosszabb időre is kiterjedt. A túlkorán visszatérő vagy az intermenstruationalis szakban ismétlődő vérezéseket a corpus luetum-kivonattal tudtam gyógyítani, sőt ellenük prophylactice is eredménynyel adtam. Vizsgálati eredményeim tanulságai szerint a dysmenorrhoea oka az ovarium hypofunctiója lévén, ovarium intravenás adagolásával a dysmenorrhoeás panaszokat eddig majdnem minden esetben meg tudtam szüntetni. Ezt a javulást véleményem szerint nemcsak az ovarium vérmegalvadást késleltető hatásának tulajdoníthatjuk. Eldöntendő kérdés marad azonban még, hogy a bevitt hormonmennyiség directe okozta-e a jobbrafordulást vagy pedig fokozásával csak közvetett úton, pl. a szervezet hormonproductiójának emelése által fejtette-e ki a megkívánt hatást.

Megkísértem még a correlatio zavarának mineműségét közelebbről meghatározni, ezirányú kísérleti sorozatom azonban végeredményben teljesen meddő volt. Erre a célra az adrenalinmydriasis teljesen megbízhatatlan és éppen ezért használhatatlan reakciónak találtam; nem számíthatunk e tekintetben a vérmegalvadási kísérletek által szolgáltatott eredményekre sem; nézetem szerint e téren a physiologiai chemiának a segítségét kell bevárnunk, mely azután egyszerre világot deríthet a correlatióra meg az ingásokra.

Irodalom. Halban: Zentralblatt für Gynäkologie, 1911, 46. — Pankow: Zeitschrift für Gynäkologie, LXV. 2. — Biedl: Innere Sekretion. — Cramer: Deutsche medizinische Wochenschrift, 1910. — Schickele: Archiv für Gynäkologie, 97, III. — Schmolkin: Ugyanott. — Keller: Ugyanott. — Theilhaber: Archiv für Gynäkologie, 62—66—70. — Schickele és Keller: Archiv für Gynäkologie 95. — F. Jaeger: Zentralblatt für Gynäkologie, 1911, 38. — L. Loeb: Deutsche med. Wochenschrift, 1911, 1. — Hirsch: Monatsschrift f. Geb. u. Gyn., 1913.

Közlemény a budapesti tud.-egyetem I. sz. női klinikájáról.
(Igazgató: Bársony János dr., egyetemi tanár, udvari tanácsos.)

Akromegalia utáni terhesség.*

Irtá: Kalledey Lajos dr., gyakornok.

Esetem, melyet ismertetni óhajtok, megjelenésében, ki-fejlődésében megfelel annak a képnek, melyet Marie leírása után akromegaliának nevezünk, habár a reá jellegzetes csont-elváltozások teljesen még nem fejlődtek volt ki. Azon körülmény, hogy a betegnek összes panaszait sikerült a később vázolandó kezeléssel visszafeljődesre bírni, késztetett arra, hogy körtörténetét már most ismertessem: Az illető, államvasúti tisztviselő neje, 1912 november havában kereste fel Bogdánovits dr.-t, a ki a beteget hozzám utasította. November 20.-án keresett fel S. K.-né 32 éves asszony, ki kérdéseimre előadja, hogy I. mensését 17 éves korában kapta meg. Vérézése ezután 4 hetenként jött meg, rendszeren igen kevés volt, ilyenkor fájdalmakat vagy görcsöket alig érzett. 20 éves korában férjhez ment; más állapotban sohasem volt. 22. évében, tehát 10 évvel ezelőtt, kimaradt a havi vérezése, majd lassanként hízni kezdett. 4 év óta bizonytalan lett a járása és megnagyobbodott a lábfeje. Többször, de különösen az utóbbi időben sűrűn megtámaszkodik, úgy hogy egyedül nem is mer járni. Feje

* Előadás a Budapesti Kir. Orvosegyesület gynaekologiai szakosztályának június 3.-i ülésén.

sokszor fáj, gyakran elszédül, mikor előnti a meleg és utána igen erős szívdobogást érez. Éjszakai álmatlanok. Szülei egészségesek volt; apja vízi betegségben, anyja 72 éves korában bélcsvarodásban halt meg. Neki 7 testvére volt, kik közül 6 fiatalon elhalt. Egy 42 éves nővére él, kinek 8 gyermeke volt. Ő azelőtt sohasem volt beteg, csak mint egészen kis leány, sokat fájta a szeme.

Status: Magasság 158 cm., súly 96.5 kg. Széles csontozatú. Különösen vastagok a csöves csontok és epiphysisek. Ajka, orra duzzadt, igen férfias vonások, az állon erősen kifejezett keményszőrű, rövidre borotvált szakáll. A bőr hűvös tapintatú, a bőr alatti kötőszövet mindenütt igen kifejezett. Az emlők jól fejlettek, főleg zsír- és kevésbé mirigytartalmúnak látszanak. A szív, a tüdő semmi rendellenességet sem mutat. A pulsus 84, telt, rhythmusos. Vizsgálat közben elszédül, ekkor a pulsus-szám 124-re szökkent. Be- és kilégzéskor palpitiatio nem észlelhető. Járása támoalgó, ataxiás, a tabeses járáshoz hasonló. Kifejezett Romberg-tünet. Röntgenfelvétel a koponya alapon semmi elváltozást sem mutat ki. A vizeletben cukor nincs. Genitalis vizsgálat: jól fejlett, dúsan szőrrel borított szeméremdomb és nagy ajkak, halvány vulva, középtág hüvely, karcsú, conusus portio, karcsú méhnyak, a vastag hasfalal veresztől pontosan nem körvonalozható méh-test, úgy látszik valamivel kisebb, szabad környezetű.

Ez esetben tehát fokozatosan fejlődött ki azon kórkép, melyet akromegalia eseteiben látni szoktunk. Az akromegalia aetiologiáját illetőleg, bár még nem egységesek a nézetek, azonban a legnagyobb valószínűség szerint a hypophysis túlfunctiója okozza. Az akromegalia hypophysaris teoriája ellen fel szokták említeni az anakromegaliás eseteket, a melyekben bonczoláskor hypophysiselváltozást nem találtak; ezekben figyelmen kívül hagyták az ú. n. garat-tető-hypophysist, melynek ugyanolyan a szöveti structurája és így valószínűleg a functiója is. Azon esetek pedig, a melyekben hypophysiselváltozások mellett az anakromegaliás tünetek nem fejlődtek ki, nemcsak hogy nem szólnak az akromegalia hypophysaris teoriája ellen, hanem még inkább bizonyítják azt. A correlatio annyira bonyolult, de mindenesetre tökéletes együttműködést mutató részei, az egyes belső secretiós mirigyek oly mértékben tudják egymás működését korigálni, helyettesíteni, mint a mily helyettesítést más szervekben nem látunk. A belső secretiós mirigyek pathologiájában eddig a legismertebb a thyreoidea pathologiája, hiszen e tekintetben e helyről is már sok tanulságosat hallottunk, és mégis már mind-egyikünk látott nagy strumát minden tünet nélkül, vagy kifejezett thyreosist struma nélkül. E különlegességeket csak az igen finom, a mi eddigi ismereteinkkel és vizsgálati eljárásainkkal még meg nem közelíthető összeköttetéssel és együttműködéssel lehet némiképp magyarázni.

Rég időtől fogva ismeretes és mindennapi tapasztalatokkal beigazolt a vikariáló, egymást felváltó és egymás működését ellensúlyozó antagonista hatás a hypophysis és ovarium functiója között. A megszületés után egészen a pubertásig az ivarmirigynek alig van némi functiója, ekkor a hypophysisnek van a szervezet kifejlődésére, a csontrendszerre nagy befolyása. Ez a functio megszűnik vagy legalább is nagyon megcsökken az ivarmirigyek működésének kezdetével. Példa erre, hogy az olyan egyének, népfajok, hol a menstruatio vagy az ivarérettség korán áll be, alacsony termetűek, szemben az észak magas növésű népeivel, hol az ivarérettség 5—10 évvel később áll be. Ugyancsak bizonyítják ezt a castrált állatok is, melyek nagyobbak és erősebbek, mint az ivarmirigygyel bíró egyedek. A terhességben az ovarium működése megszűnik vagy legalább is erősen megcsökken; ekkor a hypophysis túlfunctiójának tünetei — a terhességi elváltozások — állnak be, melyek néha oly mértékűek, hogy már pathológiának vehetjük. Nagyon finomak és előre meghatározhatatlanok az árnyalatok, vajjon az egyiknek fokozott, vagy a másiknak csökkent működése-e a kiváltó ok. Ilyen belső secretiós mirigyek zavara által okozott két betegségnek, a dysmenorrhoeának és a metropathia haemorrhagicának szervkivonattal való gyógyításáról a hallei congressuson számoltam be. Ezen kísérleteim

közben rájöttem arra, hogy gyakorlati szempontból nem is fontos meghatározni, hogy túlfunkcióról vagy az antagonistá csoport csökkent funkciójáról van-e szó, mert a kisebb mennyiségben jelenlevő secretumot a szerv kivonatának adagolásával pótolni lehet, a mi azután az esetleg jelenlevő túlfunkciót is paralyzálja.

Ezeknek tudatában analizálva betegem állapotát, az ovarium csökkent, vagy a hypophysis túlfunkcióját és annak következményeit véltem felfedezhetni. Ilyen alapon előállított oligomenorrhoea, dysmenorrhoea, amenorrhoea után fejlődött akromegáliának tartottam az esetet és ovarium kivonatának intravenás adagolásával szándékoztam az említett tünetcsoportot gyógyítani. Ovariumkivonatot Richter budapesti vegyészeti gyárral készítettem, ki egy fehérjementes oldatot állított elő steril phiolában, melynek egy cm^3 -e 1 gr. marhaovarium hatóanyagát tartalmazza.* Hetenként 3 intravenás injectiót adtam. November 21.-én kezdtem meg a kezelést.

December 2.-án, a hatodik injectio után jelenti, hogy könnyebben és biztosabban jár, szédülései, fejfájásai sokkal ritkábbak.

1913 január 6. A XVI. injectio után jelenti, hogy teljesen biztosan és egyedül jár. Minthogy a beteg injectióra nem járhat be családi körülményei folytán, kénytelen voltam a belső adagoláshoz fordulni. Naponta 3 szem ovariumtablettát (Richter) szed.

Január 22.-én levélelileg értesít, hogy mérsékelt molimina kíséretében néhány cseppnyi vérzése volt. A tabletták szedését folytatja.

Február 20.-án megjött a havivérzése középerősen.

Február 26.-án szűnt meg a vérzése; sok vért veszített menses alatt, némi molimina kíséretében. Összes ruháit és cipőit is ki kellett cserélni, oly bővekké lettek. Súlya 87.5 kg. Közérzete jó.

Márczius 2.-án és 5.-én 1—1 cm^3 ovarium intra venam.

Az asszony ekkor ágyban fekvő beteg lesz (kezelő orvosa szerint influenzában), úgy hogy kezelésünket meg kellett szakítani.

Márczius 30. Menstruációja nem jött meg. Genitalis status Bársony tanár vizsgálata szerint: Livid vulva, felpuhult, livid portio, nagyobb, szabad, anteflektált, puha méhtest. Graviditásra megfigyelendő. Az ovarium szedését beszüntetjük.

Április 30. Graviditas m. III. Ideges panaszok.

Május 23. Graviditas m. IV—V; idegességi panaszai fokozódtak.

Kezelésem tehát abban állott, hogy ovariumot vittem a szervezetbe, melylyel a túlságosan nagy mennyiségben jelenlevő hypophysis-hormont ellensúlyoztam. Az általam hozzáférhető irodalomban ilyen eset, a melyben az akromegáliás tünetek visszafejleszthetők lettek volna, nem ismeretes. A terhességi akromegáliák szülés után az ovarium funkciójának hatására tudtommal még mind visszafejlődtek minden különösebb kezelés nélkül. A természetnek ezen útmutatását követtem, a mikor ovariumot vittem a szervezetbe. Az akromegáliának eddigi kezelése úgyszólván kizárólag műtéti volt, mely egyértelmű a nemkezeléssel, a mennyiben igen nagy primaer műtéti halálozással szemben elenyészően csekély a gyógyulási szám. Az ideát, hogy ivarmirigyek kivonatával kellene az akromegáliát gyógyítani, többen felvetették, de tudtommal még senki sem kísérelte meg. Nem akarom ezen egy esetemből azt a következtetést levonni, hogy az akromegalia minden esetben gyógyítható lesz ivarmirigykivonattal, csak a figyelmet akartam felhívni arra, hogy van valamely módja a kezelésnek, a melylyel egy esetben már némi gyógyuláshoz lehetett elérni.

Esetem eddigi lefolyásánál érdekesebb és bizonyítóbb lesz az ezutáni lefolyás: vajjon kifejlődnek-e a terhességi akromegalia tünetei? Milyen lefolyású lesz a szülés, milyen a magzat és vajjon lesz-e recidiva a szülés után? Ezekről majd annak idején részletesen, fényképek bemutatásával fogok beszámolni.

* A készítmény glanduovin néven került forgalomba.

Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem I. számú női klinikájáról. (Igazgató: Bársony János dr., egyetemi tanár, udvari tanácsos.)

Zueltzer peristaltikás hormonalja az operatív gynaekológiában.

Irta: Szénásy József dr.

A mikor a vér a szervekben valami vegyi átalakulást szenved, a mikor valami váladék vagy bármely a vértől differens új vegyület képződik, így pl. nyál, epe, ondó stb. (secretio externa), akkor ezen átalakulásból származó vegyi melléktermékek a szervezetben maradnak és *Brown-Séguard* óta secretio interna néven ismeretesek.

A belső secretiók az életműködésekre rendkívül fontosak. Ezek azok, melyek kölcsönhatásukkal a szervek működését befolyásolják, egyensúlyban tartják, az anyagforgalom folyamán képződő toxikus termékeket ártalmatlanná teszik stb. Sok eddig ismeretlen genesisű betegség a belső secretio kóros megváltozásában leli magyarázatát. Egyes állati szervekből készült és a secretio internát tartalmazó extractumok pedig az organotherapiának alkotják manap már nélkülözhetetlen gyógyszerkincsét. Pajzsmirigy-, mellékvese-, ovarium-, pankreas-kivonat stb. Az organotherapia igyekezete odairányul, hogy a szervekben észlelt hiányos vagy kórosan megváltozott functiók helyreállítására a megfelelő belső secretiók terményeket megkeresse.

Starling az emlőmirigyek fejlődését kiváltó anyagot magzati részek extractumában találta meg. Ugyancsak *Starling* és *Bayliss* talált a duodenum nyálkahártyamirigyében oly anyagot, mely a pancreas secretiójára bir különös serkentő hatással.

Starling e serkentő anyagokat hormonoknak nevezi.

A glandula pituitariából készült extractumok méhcontractiókat kiváltó hatása ugyancsak hormonhatás.

G. Zueltzer a bélperistaltikát is hormonhatásnak tekinti. A bélmozgásokat kiváltó hormont a gyomor-nyálkahártya mirigyében kereste. És valóban, gyomornyálkahártya-extractumokat állati szervezetbe injiciálva, sikerült a bélperistaltikát kiváltania. *Zueltzer* további kísérleteiben az egyes szerveket peristaltikát kiváltó hormontartalmukra vizsgálván, úgy találta, hogy quantitative legtöbbet tartalmaz a lép, miért is a lépnek úgy tekinti, mint oly szervet, mely a szervezet bélműködését rendező hormonkészletet mintegy felraktározza. Azt a lehetőséget, hogy a lép maga termeli-e ezt a hormont, *Zueltzer* nem tartja valószínűnek. A therapia a gyakorlatban az állatkísérleteken alapuló feltevéseket fényesen igazolta. A szer nemcsak alkalmasnak bizonyult bélmozgások kiváltására, hanem egyszersmind tartós hatásúnak is mutatkozott. Már egyszeri injectio elégséges volt az idáig renyhe működésű beleket hosszú ideig eredeti tevékenységükre birni. *Zueltzer* chronikus obstipatio 26 esetében hormonkezelésre 71%-ban látott egy hótól fél évre is kiterjedő gyógyulást.

Ö e hormon hatásmódját következőképpen magyarázza. Vagy egyáltalában hiányzik a szervezetben a bélperistaltikát kiváltó hormonproductio, vagy ha meg is van, ez quantitative elégtelen. A szervezetbe bevitt hormon egyrészt pótolja a hiányzó hormonquantumot, másrészt a szervezetet magát további hormonkészítésre serkenti. A hatás pedig úgy képzelhető, hogy a vérpályában keringő hormon az idegpályákra, nevezetesen a hasi ganglionokra gyakorol specifikus izgató hatást. *Zueltzer* kísérletei szerint az intravenosusan adott hormon csaknem azonnal kiváltotta az aránylag elég hosszú ideig tartó bélmozgást, miért is acut bélhűdés eseteiben, főként ezek postoperationalis alakjaiban ajánlja a hormont. Másrészt a hormon állandó hatását tekintve, gyógyszerét a chronikus obstipatiók therapiájában nélkülözhetetlennek látja, annál is inkább, mivel ártalmas mellékhatásokat vagy kellemtelen kísérő tüneteket, csekély hőemelkedést vagy múló rosszullétet leszámítva, nem látott. A hormon dosisát felnőtteknek, akár intramuscularisan, akár intravenosusan, 15—20 cm^3 -ben, gyermeknek kisebb adagokban állapította meg.

Röviddel *Zueltzer* közlései után a *Schering*-féle vegyi gyár által forgalomba hozott „Peristaltic hormonal *Zueltzer*“-nek nevezett szerrel széles mederben indultak meg a további kísérletek.

Saar részletesen közölt 3 esetében, chronikus obstipatio eseteiben, 15—20 cm³ intramuscularisan adott hormonallal teljes és tartós gyógyulást ért el. Az injectiókat követő bélmozgások spontán székürülést nem eredményeztek, miért is a megindításra az általa „*Schiebemittel*“-nek nevezett valamely enyhe hashajtót szükségesnek tartja. Csekély hőemelkedést leszámítva, kellemetlen melléktüneteket nem észlelt. Éppen a hőemelkedésre való tekintettel az injectiókat a kora reggeli órákban tanácsolja, hogy a hormonal okozta alteratiók még a délelőtti órákban folyjanak le. A bélmozgások az intramuscularisan adott injectiók után 4—5 óra múlva következtek be. Egy esetében megismételt injectiók mellett sem látott gyógyulást.

Kauert chronikus obstipatio 9 esetében adott hormonalt. 5-ször felmutatható eredménnyel, 4-szer eredménytelenül. Az eredményesek közül is csak két esetben volt állandó a gyógyulás. Ugyancsak *Kauert* közli ama biztató eredményeket, melyeket acut bélhűdés eseteiben *A. Henle* sebészeti osztályán ért el. E sebészeti esetekről szóló rövid referatum különben *Henle*-nek tollából külön is megjelent. 7, többnyire genyes appendicitis kapcsán keletkezett peritonitis okozta paralysses ileus 6 esetében sikerült hormonallal a bélműködést megindítani. Végeredményben oda mutat, hogy sebészi esetekben, nevezetesen paralysses ileus eseteiben a hormonal minden esetben indikált. A belorvostani esetekre vonatkozólag felveti a már *Saar* által is érintett kérdést, vajjon a chronikus obstipatióknak mely alakjaiban adható eredménnyel a hormonal. A tolöszeret ő is mindenkor szükségesnek tartja. A hatás 2—20 óra között állott be.

R. Glitsch 16, legnagyobbbrészt eredményesen kezelt belorvostani esetet közöl. Felemlíti a már *Zueltzer* által is hangsúlyozott körülményt, hogy az injectiót néhány óra múlva követő erős bélperistaltikát béltumork diagnosizására is fel lehet használni.

Pfannmüller vizsgálatait a *Fleiner* által felállított spasmusos és atoniás obstipatiós theoria keretében találjuk beállítva. 21 esetéből leszűrt tanulságait röviden a következőkben összegezi: Eredménnyel adható a „peristaltikás hormonal“ a chronikus obstipatiók atoniás alakjaiban. Eredménnyel adható továbbá *Kauert* és *A. Henle* kísérleteinek alapján postoperatív bélhűdés eseteiben. Sikertelen a hormonal-kezelés az obstipatio spasmusos alakjaiban, súlyos chronikus ampullatágulás, úgyszintén minden mechanikai akadály által feltételezett obstipatio eseteiben.

A közölt biztató eredmények alapján a budapesti I. sz. női klinikán 1910 márcziusában kezdtünk foglalkozni a hormonalinjectiókkal. Feltevésünk a következő volt: Ha a hormonalnak csakugyan megvan az a hatása, hogy az injectiók után rövid néhány órával meg tudja indítani a bélperistaltikát, akkor a hormonalinjectio feltétlenül indokolt minden hasúri operatio után annál is inkább, mert ezzel a mindig fenyegető bélparesist szinte prophylactice elkerülhetjük, másrészt már kifejlődött paresis eseteiben a bélműködést biztosan megindíthatjuk. Egyben, ha számíthatunk a hormonal állandó, legalább hetekre kiterjedő hatására, ez esetben a gyakran makacs obstipatiókkal műtőasztalra kerülő betegnek bélműködését a gyógyulás ideje alatt rendezhetjük. Nem megvetendő előny ez, hiszen az amúgy is többnyire obstipatióban szenvedő asszony állapotára a műtét után sokszor horribilis mennyiségben adott hashajtó sem objectiv, sem subjectiv szempontból nem lehet indifferens. Az injectiók technikájában az eredeti utasítást követtük. Az intramuscularisan adott injectiók alkalmával egyenlő részben osztottuk el a két farpofa izmaiba az ajánlott 15—20 cm³ oldatot. A sokak által ajánlott tolöszeret (*Schiebemittel*), operációs esetekről lévén szó, természetesen nem kapcsolhattuk ki kísérleteinkből. A hormonallal kezelt betegeken végzett műtétek a legkülönbözőbbek voltak. Anyagunk legnagyobb részét a külön-

féle indicatiókból végzett laparotomiák, kisebb részét vaginalis totalexstirpációk alkotják. Néhány colpoperineorrhaphia és *Alexander-Adams*-műtét után is adtuk a hormonalt. Ez utóbbi esetekben természetesen csak azért, hogy a gyógyulás ideje alatt rendezett bélműködést biztosítsunk.

A hormonalinjectiókat az I. sz. női klinikán szokásos ante- és postoperationalis székrendezésbe illesztettük bele. E székrendezés a következő: A műtétet megelőző nap délutánján 20—25 gramm ricinus. A műtét napja kora reggelén egyszerű langyos vizes beöntés. A műtét a klinikák rendes szokása szerint a délelőtti órákban történik. Másnap kora reggel sennás beöntés. Ha ez eredménytelen, úgy még e nap délutánján glycerines klyma. Ha a sennás beöntés eredményes volt, akkor a glycerines klyma a második nap reggelére marad. A műtétet követő harmadik napon ricinus. Ha az operatív beavatkozás a bélre vagy a bélpéritoneumra is kiterjed, legalább 48 órai *absolut* bélnyugalomra törekszünk. A harmadik napon azután a bélműködést az előbb említett séma szerint indítjuk meg. A hol erre a bélnyugalomra szükségünk nem volt, ott a hormonalt a műtét napjának délutánján 4—5 óra között adtuk, de adtunk hormonalt olyan betegnek is, a kinek a bélnyugalomra szüksége volt, csak hogy akkor nem a műtét napjának délutánján, hanem a szükséges bélnyugalom idejének letelte után.

Az 1910. év márcziusától az 1912. év januárjáig 209 esetben adtunk hormonalinjectiót. A hormonalinjectiót rövidesen követő bélperistaltikát korai hatásnak, a postoperationalis idő alatt a székrendeződést illetőleg észlelt hatásokat késői hatásnak fogom nevezni. A 209 eset közül 50 esetben pontosan ellenőriztük a korai hatás bekövetkezésének idejét.

Az 50 eset közül a hormonal 5 betegen bizonyult a korai hatás szempontjából hatástalannak. Az 5 közül egy hamarabb halt meg, mint a mennyi idő a hormonal hatásának bekövetkezésére szükséges. Egy másik betegen az első injectio hatástalan volt, de a másodikra peristaltika következett be s így, ha az ekképp maradt 48 esetből szabad százalékot megállapítani, akkor a hormonalt 60%-ban találtuk hatástalannak. *Vagyis 94%-ban eredményt értünk el.* A hatás intenzitása egyének szerint rendkívül különböző volt. Egyes esetekben az enyhe bélmozgások a betegnek minden különösebb fájdalomérzése nélkül zajlottak le. Ritkábban a bélmozgások valószínűségi kólikaszerű fájdalmakká fokozódtak. Spontán székürülés a bélmozgásokat a legritkább esetben követte. A hatás, a mozgások tartama 1—2 óra között váltakozott. Postoperationalis peritonitis kapcsán beállott bélparesis két esetben adtunk hormonalt. Az egyik esetben a megismételt injectio ellenére eredményt nem kaptunk. A bélműködést eserin 1 mgr.-os adagjával indítottuk meg. A másik esetünkben a hormonal a kívánt bélműködést megindította. Mindkét betegünk végeredményben gyógyult, így peritonitis-diagnosizunk csak a kifejezett klinikai tünetekre támaszkodik. Ezzel szemben többször kaptunk enyhébb peritonealis izgalmi tünetek (fenyegető bélparesis) mellett kielégítő és teljes hormonalhatást.

Az 50 említett eset közül 46 esetben intramuscularisan adtuk az injectiót, 4 esetben intravenosusan. Az intramuscularis injectiók alkalmával a hatás leggyakrabban 6—7 óra múlva jelentkezett. Az intravenosusan adott injectiók alkalmával a hatás minden esetben 2 órán belül bekövetkezett.

Bár az intramuscularis hormonalinjectióinkat, ellentétben *Saar* ajánlatával, ki a kora reggeli órákat ajánlja, a délutáni órákban adtuk, csekély pár tizedfoknyi hőemelkedésnél többet nem észleltünk. Nem így az intravenosusan adott esetekben. Itt két ízben kaptunk pár perczzel az injectio után hatalmas hidegrázást, melyet habár rövid ideig tartó, de 40° C-t is elérő hőemelkedés követett. Másik két intravenosusan adott injectiónk után csekélyebb, de azért eléggé számbavehető hőemelkedés mellett e sensatiók kevésbé voltak kifejezettek. Csekély múlt rosszullét, hányásinger, mely hányásig sohasem fokozódott, voltak mindössze ama melléktünetek, melyeket aránylag ritkán észlelhetünk.

Tehát úgy az intravenás, mint az intramuscularis injec-

tióink, a tisztaság cautelái mellett adva, teljesen veszélytelenek és jóformán fájdalomtalanok voltak mondhatók.

Az összes 209 esetünkben összeállított statisztika tanulsága szerint a hormonálnak állandó, tartós bélműködést rendező hatása nyilvánvaló.

Minden megoperált betegnek adtunk hormonalt tekintet nélkül arra, hogy a betegnek volt-e obstipatioja vagy nem. Az eredmény mérlegelésekor azonban a betegeket három külön csoportba állítottuk össze, a szerint, a mint az operatio előtt:

1. chronikus obstipatióban szenvedtek,
2. rendetlen bélműködésük volt (értve ez alatt rendes bélműködést obstipatióval váltakozva),
3. bélműködésük rendes volt.

209 eset közül obstipatio szerepelt 77 esetben = 37%, rendetlen bélműködés 11 esetben = 5%, rendes bélműködés 121 esetben = 58%.

Ama 77 esetben, hol obstipatio szerepelt, a beállott exitus miatt nem jegyezhetek fel késői eredményt 3 esetről, maradt tehát 74 obstipatiós esetünk.

A rendetlen bélműködésű esetek közül nem veszítettünk el egy beteget sem.

A rendes bélműködésű esetek közül a beállott exitus miatt nem szólhatok késői eredményről 5 esetben. Maradt tehát e csoportban 116 esetünk.

A statisztikailag nem értékelhető esetek levonásával percentjeink így alakulnak: obstipatio 74 esetben = 36%, rendetlen bélműködés 11 esetben = 5 $\frac{1}{2}$ %, rendes bélműködés 116 esetben = 58 $\frac{1}{2}$ %. Statisztikailag értékelhető eseteink száma ezzel 209-ről 201-re olvadt le.

Az első csoport 74 betegén (chron. obst.) hormonal-injectióra a bélműködés rendeződött 56 esetben = 76%. Nem rendeződött 18 esetben = 24%.

A második csoport 11 esetében (rendetlen bélműködés) hormonal-injectióra mind a 11 esetben rendezett bélműködést kaptunk. Ez tehát = 100%.

A harmadik csoportba osztott 116 esetben (rendes bélműködés) hormonalkezelésre rendes bélműködést láttunk 98 esetben = 84 $\frac{1}{2}$ %. Rossz bélműködést láttunk, annak ellenére, hogy az anamnesisben rendes bélműködés volt jelentve, 18 esetben = 15 $\frac{1}{2}$ %.

Végül eseteinket összegezve, tekintet nélkül arra, hogy megelőzőleg milyen bélműködés szerepelt, műtőasztalra került 201 beteg közül a gyógyulási idő alatt rendezett bélműködést kaptunk 165 esetben = 82%. A bélműködés nem rendeződött 36 esetben = 18%.¹

Számadatainkat áttekinthető, okvetlenül szemünkbe ötlük, hogy az obstipatiós esetekre vonatkozó eredményeink nagyjából megegyeznek *Zueltzer*-éivel. *Zueltzer* 71%-ban talált egy hótól fél évig is terjedő gyógyulást. Ennek megfelelően mi 76%-ot kaptunk.

Mint megjegyzésre méltó körülményt említhetjük fel azt, hogy rendes bélműködésű eseteink csoportjában a hormonal-injectiók ellenére is csak 84 $\frac{1}{2}$ %-ban kaptunk rendezett bélműködést. Hogy mi ennek az oka, e kérdésre választ adni ma — a kísérletezések stadiumában — nehéz. Nem lehetetlen, hogy ez eseteinkben a szervezet peristaltikát kiváltó hormonkészlete elégséges volt. Ha most e meglévő hormonkészlethez még injectiókkal újabb hormonmennyiséget adtunk, akkor talán e hormonfelesleget a szervezet úgy paralyzálja, hogy directe ellenanyagokat termel, melyek azután a hatást idővel lerontják. Támogathatja e feltevésünket az is, hogy a rendetlen bélműködéssel szereplő esetek csoportjában a szervezetbe bevitt hormonallal mindenkor teljes eredményt értünk el. Feltehetjük, hogy ez esetekben a szervezetnek bizonyos peristaltikát kiváltó hormonquantumja megvan, de az quantitative a mindenkori teljes hatás kiváltására elégtelen. Ehhez még a szervezetbe bevitt idegen quantum is szükséges.

Mint már megjegyeztük, injectióinknak legnagyobb részét intramuscularisan alkalmaztuk. A négy ízben adott intraveno-

sus injectio után a szervezet súlyos hidegrázással és hőemelkedéssel reagált. Ezen kellemetlen tapasztalatokon okulva, a hormonalt intravenosusan tovább nem adagoltuk.

Annál kevésbé, mert nemrégien jelent meg *J. Kretschmer*-től egy intravenosusan adott hormonaleset rövid leírása. A beteg az injectio után rövidesen oly súlyosan collabált, hogy csak napokon keresztül állandóan adott excitansokkal sikerült lábra állítani. Hasonló súlyos collapsusokat láttak intravenosus hormonal-injectiók után *Dittler* és *Mohr* és újabban mások is.

A hormonalkérdéssel foglalkozva, nem hallgathatom el *A. Sabatowsky*-nak exact állat- és emberkísérletek alapján leosztott következtetéseit. *Sabatowsky* szerint a hormonal egy a vérereket tágító, nevezetesen a már *Popielsky* által felfedezett és vasodilatinnak nevezett anyagot tartalmazza. A vasodilatint minden állati szövetből előállítható ugyanazon methodussal, melylyel *Zueltzer* peristaltikás hormonáját nyeri. *Sabatowsky* szerint a hormonal csak mint vasodilatint hat. Ebben mindenestre magyarázatát találjuk ama hatalmas vérnyomássúlyedésnek, melyet intravenosus hormonal-injectiók után súlyos collapsusok képében többen is leirtak. Egyébiránt, hogy az elért peristaltikát kiváltó és bélműködést rendező hatás a *Popielsky* által felfedezett vasodilatintól vagy más chemiailag ismeretlen hormontól származik-e, az a gyakorlat szempontjából mellékes.

Vizsgálatainkat összefoglalva, a következő eredményre jutottunk:

1. *Laparotomiák után a hormonal intramuscularis alkalmazása indokolt, egyrészt prophylaxisból, hogy a fenyegető bélparesist elkerüljük, másrészt azért, hogy a gyógyulás ideje alatt a bélműködést rendezzük.*

2. *Az intramuscularisan adott hormonal teljesen veszélytelen.*

3. *A hormonal intravenosus alkalmazása lehetőleg kerülendő.*

Végeredményben a hormonalban igen értékes gyógyszerrel gazdagodtunk, melyet kedvező eredményeink után alig tudnánk nélkülözni.

Irodalom. *G. Zueltzer, M. Dorn und A. Marxer*: Spezifische Anregung der Darmperistaltik. Berliner klinische Wochenschrift, 1908, 46. szám. — *G. Zueltzer*: Über Heilungen der chronischen Obstipation und der akuten Darmlähmung durch das Peristaltikhormon. Medizinische Klinik, 1910, 11. szám. — *Saar*: Über das Peristaltikhormon *Zueltzer*. Medizinische Klinik, 1910, 11. szám. — *J. Kauert*: Erfahrungen mit Hormonal bei chronischer Obstipation und paralytischem Ileus. Münchener medizinische Wochenschrift, 1911, 17. szám. — *G. Zueltzer*: Das Peristaltikhormon Hormonal. Therapie der Gegenwart, 1911, 5. füzet. — *R. Glitsch*: Über die Wirkungsweise des Peristaltikhormons. Münchener medizinische Wochenschrift, 1911, 23. szám. — *A. Henle*: Die Verwendung des Peristaltikhormons in der Chirurgie. Zentralblatt für Chirurgie, 1910, 42. szám. — *Pfannmüller*: Versuche mit dem Peristaltikhormon Hormonal bei der chronisch-habituellen Obstipation. Münchener medizinische Wochenschrift, 1911, 43. szám. — *A. von Sabatowsky*: Über die Wirkung des Hormonals auf die Darmbewegung. Wiener klinische Wochenschrift, 1912, 3. szám. — *J. Kretschmer*: Zur Kenntnis der Hormonalwirkung. Münchener medizinische Wochenschrift, 1912, 9. szám. — *Dittler und Mohr*: Münchener medizinische Wochenschrift, 1911, 46. szám. — *Fleiner*: Über die Behandlung der Konstitution und einiger Dickdarmaffektionen mit grossen Ölklystieren. Berliner klinische Wochenschrift, 1893, 3. és 4. szám. — *Popielsky*: Die Wirkung der Organextrakte und die Theorie der Hormone. Münchener med. Wochenschrift, 1912, 10. sz. — *Georg Zueltzer*: Zur Kenntnis der Hormonalwirkung. Münchener med. Wochenschrift, 1912, 13. szám. — *Erich Rosenkranz*: Hormonalnebenwirkungen. Münchener med. Wochenschrift, 1912, 17. sz. — *Daniel Frischberg*: Über die Nebenerscheinungen bei Hormonal-Anwendung. Münch. med. Wochenschrift, 1912, 18. sz. — *Wilhelm Wolf*: Unerwünschte Nebenwirkungen der Hormonal-Therapie. Münchener medizinische Wochenschrift, 1912, 20. szám. — *Hermann Birrenbach*: Ein weiterer Beitrag zur Kenntnis der Hormonalwirkung. Münchener medizinische Wochenschrift, 1912, 21. szám. — *Bovermann*: Über unerwünschte Nebenwirkungen bei Hormonal und Pituitrininjektionen. Münchener medizinische Wochenschrift, 1912, 28. szám. — *Kleinberger*: Unangenehme Begleiterscheinungen nach intramuskulären Hormonalinjektionen. Münchener medizinische Wochenschrift, 1912, 29. szám.

¹ Könnyebb áttekinthetőség kedvéért százalékos számadatainkat kikerekítéssel adtuk.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

A. Ónodi: Die Beziehungen der Tränenorgane zur Nasenhöhle und ihren Nebenhöhlen. Urban u. Schwarzenberg, Berlin und Wien, 1913.

Ezen a rhinologus, szemész és sebész szempontjából egyaránt fontos tanulmány a könszerveknek az orral és annak melléküregeivel való topographiai relatióit tárgyalja 45 rendkívül instructiv praeparatum alapján, melyeknek rajzát gyönyörű kivitelben és természetes nagyságban közli; a szöveget, valamint az ábrák magyarázatát, tekintettel azon előrelátható nagy érdeklődésre, melylyel ezen valóban hézagpótló munkát világszerte fogadni fogják, a németen kívül angol és francia fordításban is adja. A könyv a legminutiosabb anatómiai részletek tisztázásán kívül a leírt syntopiás viszonyok klinikai méltatását is adja és különösen kiemeli a megállapított anatómiai tények pathologiai és műtéti jelentőségét, különösen a *Toti*-féle műtét s az ennek modificatiója, illetve pótlásaképp ajánlott műtétek szempontjából.

P.

Új könyvek:

A. Politzer: Geschichte der Ohrenheilkunde. Bd. II. Stuttgart, F. Enke. 24 m. — *C. Hart und O. Lessing: Der Skorbut der kleinen Kinder (Möller-Barlow'sche Krankheit.)* Stuttgart, F. Enke. 16 m. — *E. Schlesinger: Schwachbegabte Kinder.* Stuttgart, F. Enke. 480 m. — *H. Becker: Specielle Prognose der Geisteskrankheiten.* Halle, C. Marhold. 1 m. — *E. Ruge: Zur Pathogenese, Klinik und Therapie der erworbenen Mastdarmstrikturen.* Halle, C. Marhold. 150 m. — *H. Hinzelmann: Die angebliche physiologische Schwangerschaftsthrumbose von Gefäßen der uterinen Plazentastelle.* Stuttgart, F. Enke. 6 m. — *R. Bing: Lehrbuch der Nervenkrankheiten.* Wien, Urban und Schwarzenberg. 18 m. — *A. Cornelius: Die Nervenpunktlehre.* 2. (sebständiger) Band. Leipzig, G. Thieme. 7 m. — *W. Falta: Die Erkrankungen der Blutdrüsen.* Berlin, J. Springer. 22 m. — *M. Nonne: Diagnose und Therapie der syphiligen Erkrankungen des Zentralnervensystems.* Halle, C. Marhold. 150 m. — *H. Politzer: Ren juvenum. Beiträge zur Kenntniss der orthostatischen Albuminurie.* Wien, Urban und Schwarzenberg. 7 m. — *R. Rittershaus: Irrsinn und Presse.* Jena, G. Fischer. 5 m. — *Menge und Opitz: Handbuch der Frauenheilkunde.* Wiesbaden, J. F. Bergmann. 15 m. — *B. Heine: Operationen am Ohr.* 3. Auflage. Berlin, S. Karger. 880 m. — *Weinberg: Die Kinder der Tuberkulösen.* Leipzig, S. Hirzel. 5 m. — *E. Kraft: Analytisches Diagnosticum.* Leipzig, J. A. Barth. 10 m. — *L. Seitz: Innere Sekretion und Schwangerschaft.* Leipzig, A. J. Barth. 7 m. — *A. Baginsky: Diphtherie und diphtheritischer Croup.* 2. Auflage. Wien, A. Hölder. 13 m. — *W. Winternitz: Die Hydrotherapie.* Wien, H. Heller und Comp. 20 m. — *M. Hirschfeld und E. Burchard: Der sexuelle Infantilismus.* Halle, C. Marhold. 120 m. — *H. Lewis Jones: Ionic medication.* London, K. H. Lewis. 5 sh.

Lapszemle.

Sebészet.

A pajzsmirigynek a lépbe és csontvelőbe való átültetéséről értekezik *Kotzenberg*. A vérereknek, az idegeknek és a zsírszövetnek transzplantációja a sebészetnek kidolgozottabb fejezeteihez tartozik, a szerveknek átültetésével azonban inkább csak állatkísérletekben találkozunk. *Endlerlen* volt az első egyike, a ki állatokon a pajzsmirigynek a szabad hasürbe és a hasfalba való sikeres átültetését ismertette, később *Eiselsberg*, *Koher*, *Müller* annak a csontvelőbe való transzplantációját emberen is kipróbálta. *Payr* azon feltevése kiindulva, hogy az átültetett szövetrészek biztosan megmaradnak, ha oly szervbe kerülnek, melynek vérrrel való ellátása intenzívebb, a lépét választotta a transzplantatio helyéül és először 1906-ban ismertetett oly esetet, a melyben myxoedemában szenvedő gyermekben ezen műtétet sikerrel alkalmazta. A pajzsmirigy szépen begyógyult a lépbe és a gyermeknek intellectualitása határozottan javult. A lépbe való transzplantációt azonban veszélyes műtétnak tartották, éppen a lépnek vérzékenysége miatt. A szerző két esetben kísérlete meg a pajzsmirigy átültetését, még pedig congenitalis myxoedema két esetében. Az első esetben a műtétet úgy végezte, hogy a lép alsó pólusát a bordaívvel párhuzamosan vezetett sebbe hozta és a tokot felhasítva, néhány catgutöltéssel a

peritoneumhoz varrta; a sebet steril gaze-zel tamponálta. Két nap múlva ültette át az anyából vett pajzsmirigy egy részét a lépbe úgy, hogy ebben kétélű késsel egy tasakot készített, melybe a pajzsmirigyrészt bevarrta. Ugyancsak két ülésben végezte a csontvelőbe való átültetést is. Mindkét esetben a gyógyulás simán ment, a gyermekek szellemi képessége javult. (Med. Klinik, 1913, 12. szám.)

ifj. Hahn Dezső dr.

Gyermekorvostan.

A tej neutralvörös-reactiójáról ír *Moro*. E reactio segítségével könnyen és gyorsan lehet megkülönböztetni a női tejet a tehéntejtől. Azt tapasztalta ugyanis, hogy fedőüvegkészítményen a tehéntej savójában jelenlevő epithel vörösré, a női tejben levő pedig sárgára festődik neutralvörös hozzáadására. Ugyanez történik makroszkopice is: ha kis mennyiségű, kb. 5 cm³-nyi tejhez 2 csepp 1% neutral-vörös oldatot teszünk, a tehéntej vörös, a női tej sárga lesz. A reactiót értékesíteni lehet oly intézetekben, a melyekben a csecsemőket kifejt anyatejjel táplálják, mikor is mindig nagyobb mennyiségű összegyűjtött női tej van készletben. Ily esetekben ezen reactióval gyorsan lehet a női tejet felismerni, másrészt eldönteni, hogy a hosszabb idő óta tartott női tej alkalmas-e a csecsemőtáplálásra.

A reactio azonban csak friss, még nem savanyú női tejjel folyik le a fent leírt módon, s fennáll szobahőmérsék mellett kb. 30 órán belül; ezen idő után a reactiókor már vörös szín áll elő. A jégszekrényben tartott női tejben már 1 óra múlva is vörös szín jelentkezik neutralvörös hozzáadására: ez azonban a lehülés következménye, mert 30^o-ra való felmelegítéskor ismét sárga szín áll elő.

A reactio ezen érzékenységét tekintetbe véve, helyes lesz a következő eljárás: kávéskanalat megtöltünk a vizsgálandó női tejjel s a felszínére cseppentjük a neutralvörös-oldatot. Ha azonnal kifejezett vörös szín mutatkozik, a tej csecsemő táplálására nem használható. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1912, 47. szám.)

Ujj dr.

Húgyszervi betegségek.

A vesetumorokat *H. Jocelyn Svan* a következőképp osztályozza: A) A veseparenchyma daganatai lehetnek 1. rosszindulatúak, úgy mint a) hypernephroma, b) carcinoma, c) sarcoma; 2. jóindulatúak, vagyis a) angioma, b) adenoma, c) lipoma, d) fibroma; 3. ébrényiek, tehát a) dermoidok, b) rhabdomyoma, c) kevert tumorok. B) A vesemedencze-daganatok I. papillomák, II. bolyhos carcinomák és III. epitheliomák lehetnek.

A tünetek többnyire a daganat természete szerint változnak. A hypernephroma főbb tünetei a haematuria, a fájdalom s a daganat; leggyakoribb az ötven s hetvenedik életév között.

A sarcoma leggyakoribb a gyermekkorban, a daganat rendkívül gyorsan növekszik és korai cachexiát idéz elő. A carcinoma viszont a korosabb egyének betegsége és csaknem mindig haematuriával jár, míg sarcoma eseteiben ez utóbbi hiányozhatik is. A sarcoma s a carcinoma gyorsabban terjed át a szomszédos szövetekre, mint a hypernephroma.

Az ébrényi daganatok csaknem rendesen a minél fiatalabb korban keletkeznek, rendkívül gyorsan növekszenek és a szomszédos szervekben — ezek összenyomatása következtében — nedvkeringési zavarokat: oedemát a czombokon, ascitest, icterust idéznek elő.

A diagnosis tekintetében mindenekelőtt azt kell egész biztosan megállapítani, hogy a vérzés csakugyan a veséből ered s hogy a hasdaganat minden kétséget kizárólag a vesére vonatkozik. Egy vesedaganatnak minősített esetben a szerző a cystoskopiával bolyhos hólyagtumort állapított meg, mely az ureternyílást elzárta s ily módon hydronephrosist idézett elő.

A műtét előtt meg kell győződnünk arról, hogy vannak-e már metastasisok s milyen állapotban van a másik

vese. A vese működésének a vizsgálatára a szerző a methylenkék-próbát s utána az ureterkatheterismust fogatosítja. Ha a húgyanyagmennyiség megfelelő s a vizelet 30 percen belül megkékül, akkor az egészséges vese működését kielégítőnek mondhatjuk.

A műtét alkalmával a szerző a vesekörűli zsiradékból minél többet kimetsz és a vena renalist minél távolabb köti le. Egyik esetében a diaphragmán gyanus foltokat talált és betege 8 hónap mulva a tüdejében keletkezett recidiva következtében halt meg. 7 hypernephromás esete közül 2 jól érzi magát, még pedig 2 évvel, illetőleg 18 hónappal a műtét után és 2 recidivában halt meg 2 évvel, illetőleg 6 hónappal a nephrectomia után. Az 5. beteg él, de kiújulás miatt második műtétet kellett kiállania, míg az utolsó kettő a műtét következményeiben pusztult el. Carcinoma egy esetében a gyógyulás még most, 2 $\frac{1}{2}$ évvel a nephrectomia után is tökéletesnek mondható. (Journal d'urologie, 1913, 4. füzet.)

Drucker.

Orr-, torok- és gégebajok.

A gégenyálkahártya múlékony irritatio okozta diffus duzzanata gyermekeken igen súlyos és hosszantartó tünetekkel járhat, a mint ezt *Berthold Müller* esete mutatja, a melyben idegen test okozta múlékony irritatio következtében beállott diffus duzzanata a gégenyálkahártyának nagyon súlyos tüneteket okozott, a melyek a szükségessé vált műtéti beavatkozások dacára 7 hétig tartottak. Az ily esetek nem túlságosan ritkák és nemcsak a laryngologus, hanem az általános gyakorlattal foglalkozó és főleg a gyermekorvos szempontjából is érdekesek. A gyermekek gégejének nyálkahártyája kivált a regio subglotticában felettébb érzékeny és már igen csekély ingerekre sokkal intenzívebben reagál, mint a felnőtteké. Gyakran tapasztalható, hogy a bronchoskopia után csakhamar veszélyessé válható subglottis duzzanat áll be; hasonlóképpen a gégebe jutott, de spontán mindjárt kiköthető idegen test okozta múlékony irritatio is a gégenyálkahártya nagyfokú és súlyos tünetekkel járó diffus duzzanatot okozhatja. Ilyen volt *B. Müller* esete, a melyet a dortmundi közpórház gégeosztályán észlelt. A másfél éves fiúgyermek suffocatiós tünetekkel szállították a kórházba azzal, hogy a gyermek valószínűleg szilvamágot aspirált; a gyermek rögtön tracheotomiát végeztek; a gégeben a hangrést a subglottis duzzanat annyira szűkítette, hogy közelebbit felismerni benne nem lehetett; a tracheotomia után lélegzése szabadabbá vált, de a gégetükri kép nem változott s az autoszkopia sem nyújtott felvilágosítást; a valószínűségi diagnosis idegen test jelenléte volt, ezért laryngofissiót végeztek, a midőn a regio subglottica és a glottis környezetének igen erős duzzanatát találták, idegen test azonban nem volt fellelhető; e duzzanat még 2 hét multán is oly erős volt, hogy decanulement végezhető nem volt; a Luer-canule helyett utóbb T-canulet alkalmaztak és végre a 7. héten a canule eltávolítható volt. Differentialis diagnosis tekintetében hasonló esetekben elsősorban a pseudocroup jó számításba, továbbá status thymo-lymphaticus jelenléte is figyelembe veendő és éppen a szerzőnek volt egy esete, melyben egy 2 éves gyermek, kit diphtheriája miatt kellett tracheotomozni, de még 3 hónap multán sem volt dekanulözhető, hirtelen meghalt; a bonczolás kifejezett status thymo-lymphaticust állapított meg. Míg az utóbbi esetben nyirokmirigyduzzanat, a garatbeli nyirokcsomógyűrű hyperplasiája, a nyelvgyök tüszőinek túltengése van jelen, pseudocroup esetén a gégebeli duzzanat rendszerint csak a regio subglotticára szorítkozik, míg az idegen testek és hasonló behatások okozta duzzanat diffuse elterjedő, a glottis egész környezetében jelen van. Az említetteken kívül ily esetekben még diphtheriára is kell gondolni. (Zeitschrift für Ohrenheilkunde stb., 1913, 68. köt., 1. füz.)

Safranek János dr.

Venereás betegségek.

Élő spirochaetákat mutatott ki paralysses egyének agyvelejében *E. Forster* és *E. Tomaszewski* (Berlin).

Ismeretes, hogy ez év elején *Noguchi* és *Moore* beszámoltak azokról a spirochaetaleletekről, melyeket paralyssis progressivában szenvedő betegek agyvelőkergében találtak. *Noguchi* egy további munkájában arról számolt be, hogy spirochaetát 200 eset közül 48-ban tudott kimutatni. Ezt a leletet azóta *Marie*, *Levaditi* és *Bauchowski*, valamint *Marinesco* is megerősítette. Mindezeknek a szerzőknek a vizsgálatai — kevés kivétellel — hullaanyagra vonatkoznak s a spirochaeták kimutatása ezüstimpregnációs metszeteken történt. A szerzők a *Neisser-Pollak*-féle agyvelőpunctio methodusát alkalmazták s ez úton nyerték a friss agyvelőanyagot élő paralysses betegekéből. Összesen 6 esetben vizsgálták frissen a spirochaetákat (*Dunkelfeldbeleuchtung*), két esetben positiv eredménnyel. Az agyvelőpunctio mindkét esetben a jobboldali homloklebenyben történt. A jól mozgó spirochaeta pallidák nem nagy számban voltak jelen. Mindkét positiv vizsgálat eléggé kifejlődött és előrehaladott paralyssis progressiva-esetre vonatkozott. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1913, 26. sz.) *Guszman*.

Idegkórtan.

A myoclonus és tic közti különbséget tárgyalja *E. Moniz*. Van symptomás és essentialis myoclonus. Ez utóbbi önálló betegség és rendkívül gyorsan lefolyó, az egyik izomcsoportról a másikra ugró rángások alkotják a lényegét. Vajon ezen rángások látható helyzetváltozást is okoznak-e vagy nem (*peramyoclonus Friedreidi*), az nem lényeges. A mozgások az akarattól teljesen függetlenek s gyorsaságuk bizonyos szögletességet kölcsönöz nekik, a mi megkülönbözteti a lassúbb, „kerekebb“ choreás mozgástól. A betegség, ha localisan kezdődik is, mindig elterjed; teljesen gyógyíthatatlan. A tic mindig valamely czéltudatos mozgásra emlékeztet, ilyennek részlete vagy túlzása, „karrikaturája“; akarattal bizonyos fokig elnyomható és bizarr, degenerált egyéneken fordul elő. A két betegség megkülönböztetése igen nehézé válhatik, ha a tic nagy izomterületekre terjed (*maladie des tics convulsifs*), de ilyenkor is a beteg lelki tünetei és az anamnesis lehetővé teszik a kórjelzést, a mi a gyógyítás és a prognosis szempontjából fontos. (Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, 1913, 2. szám.) *L.*

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Elhízottság egy esetét közli *Franke*, a melyben belladonna használatával kedvező eredményt ért el. Azzal a célzattal adta e szert, hogy talán megszünteti vele a betegnek más módon le nem küzdhető rendkívüli étvágyát. 15 cseppet adott naponként 3-szor, 15—20 perczzel az étkezések előtt. (Medizinische Klinik, 1913, 25. szám.)

Az agobilin nevű epekőbaj elleni szer tabletták alakjában kerül forgalomba. Minden egyes tableta 0.12 gramm salicylsavat és cholsavat tartalmaz strontiumhoz kötve, ezenkívül 0.4 gramm phenolphtaleindiacetatot. Ujabban *Seiler* közli e szerrel tett kedvező tapasztalatait. A heveny roham lezajlása után adja, még pedig naponként 3-szor 1—3 tableta mennyiségben, $\frac{1}{4}$ órával az étkezések után. Savanyú ételek kerülendőek. (Medizinische Klinik, 1913, 25. szám.)

Az acitrin (phenylcinchoninsavaethylester) *Pietrulla* szerint, a ki a breslauer belklinikán végezte idetartozó vizsgálatait, ugyanúgy hat, mint az atophan, a mennyiben használata mellett a húgysavkiválasztás tetemesen fokozódik és purinban szegény diaeta mellett, hosszasabban adva a szert, állandóan magas értékű marad. A napi adag 3 gramm volt. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1913, 8. szám.)

Climacteriumos zavarok ellen *Oppenheim* nagyon kedvező eredménnyel használja az adamont. Könnyebb esetekben 3—4 tablettát ($1\frac{1}{2}$ —2 grammot) ad, súlyosabb esetekben naponként 3-szor 2—2 tablettát, tehát összesen 3 grammot. Legjobb a szert $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ órával az evés után adni és utána kevés meleg folyadékot (gyenge tea vagy czukros víz) itatni. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1913, 23. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1913, 29. szám. *Purjesz Béla*: A glanduitrin-tonogen klinikai alkalmazása, különös tekintettel az asthma bronchialera. *Glück Tibor*: Tonogen subcutan alkalmazása asthma-roham ellen.

Orvosok lapja, 1913, 30. szám. *Réczey Imre* és *Borszéký Károly*: A peptikus gyomorfekély sebészeti kezelése.

Budapesti orvosi ujság, 1913, 30. szám. *Hruby Ede*: A bel-orvosi röntgenológia. „Szemészeti lapok“ melléklet, 2. szám. *Goldzieher Vilmos*: 1. Adatok a galvanocaustikus eljárás technikájához és indikációihoz. 2. Atrophia n. optici és salvarsan.

Vegyes hírek.

Új egyetemi tanár. A király *Jakabházy Zsigmond* dr. egyetemi magántanárt a kolozsvári egyetemen a gyógyszerismeret tanárává nevezte ki.

Választás. Szekszárdon *Németh Károly* dr.-t városi ügyvezető orvossá, *Klein József* dr.-t pedig második orvossá; Balatonkenesén *Takács Béla* dr.-t községi orvossá választották.

Meghalt. *Rohacsék István* dr. községi orvos Katymáron. — *Horvitz Géza* dr. székesfővárosi orvos 41 éves korában. — *F. Gotch*, az élettan tanára az oxfordi egyetemen, ismert physiologus, 70 éves korában. — *M. Pineiro*, a belorvos tanára a spanyolországi santiagoi egyetemen. — *Fr. Hartley*, a sebészet tanára a new-yorki Columbia-egyetemen.

A budapesti önkéntes mentő-egyesület júniusban 1590 esetben nyújtott első segítséget; ezenkívül 1086 szállítást végzett, 139-szer mint mozgó-örség szerepelt és 28-szor vaklármá, illetve téves jelentés folytán vonult ki. A június havi működés főösszege tehát 2843.

Zemplésvármegye sátorajaujhelyi „Erzsébet“ kórházában *Chudovszky Móricz* dr. igazgató jelentése szerint 1912-ben 2973 betegét ápolták 122058 ápolási napon. Belbeteg volt 701, sebészeti beteg 1443, szemészeti 107, fülészeti 43, nőorvostani 165, szülészeti 65, ideg- és elmebeteg pedig 453. A halálozási százalék 5.6 volt (belső bajok: 9.4%; sebészeti bajok: 1.3%; elme- és idegbajok 15.6%). A műtétek száma 1449-et tett. A 130 lapra terjedő jelentés legnagyobb részét — úgy mint az előző esztendőben — a sebészeti esetek részletes ismertetése foglalja el.

Nyitra vármegye érsekújvári kórházában — a mint *Hückl Ernő* dr. igazgató-főorvos jelentésében olvassuk — az 1912. évben összesen 989 betegét (647 fi, 342 nő) ápolták 25906 ápolási napon. A halálozás százaléka 6.99 volt. Műtét 377 esetben történt. Az appendicitisre, a sérvműtétekre stb. vonatkozó néhány megjegyzést is találunk a füzetben több érdekesebb eset ismertetésével együtt.

Engel Károly dr. egyetemi magántanár lakását IV., Kigyó-utca 4. sz. alá tette át.

Congressus. Az október 6.-án Párisban tartandó 26. francia sebészcongressus a következő kérdéseket fogja tárgyalni: 1. Az ankylosisok véres kezelésmódja. 2. A sigmabél sebészete (a rák kivételével). 3. A koponya kiskaliberű lött sebeiről.

Az „Orvosi Szaklapok Nemzetközi Egyesülete“ folyó évi augusztus hó 5.-én, kedden nyitja meg Londonban 5. congressusát. Az ülések az Imperial Institute-ban, a londoni egyetem tanácsuléstermében fognak megtartatni, a nemzetközi egyesület elnökének, *Lucas Championnière*-nek elnöklése alatt. Az ülés a jelzett napon délelőtt 9¹/₂ órakor, a második ülés ugyanaz nap délután 2 órakor lesz. Szükség esetén további üléseket is tartanak augusztus 7.-én. Erre a congressusra a nemzetközi szakajtó-egyesület összes tagjai hivatalosak, ha megjelenésüket előzőleg *Blondel* dr.-nak, az egyesület főtitkárnak bejelentik (Páris, 103. boulevard Haussmann). Az orvosi lapok szerkesztőségi tagjai, a kik az egyesületnek nem tagjai, szintén megjelenhetnek és felszólalhatnak az üléseken, szavazati joguk azonban nincs. A congressus programja eddigelő a következő pontokat tartalmazza: 1. Az orvosi terminologia nemzetközi reformja. (Referálja *Blondel* dr.). 2. A nemzetközi szakajtó-egyesület évkönyvének kiadása. 3. Nemzetközi iroda szervezése a kölcsönös tudományos információk czéljából. 4. A szaklapok felelőssége a hirdetések körül. Az egyesületi tagoknak jogukban áll további kérdéseknek a napirendbe való felvételét kívánni. Ez irányú óhajakkal a főtitkárhoz kell fordulniok. A congressus végére tisztújítás és a pénztáros elszámolása tüzetett ki. Az egyesület tagjai részére a nemzetközi orvosi congressus irodája bizonyos számú jegyet tart rezerválva, melyeknek tulajdonosai ugyanazokat a kedvezményeket élvezik, mint az orvosi congressus tagjai. A magyar orvosi szaklapok egyesülete legutóbb tartott közgyűlésén *Schächter Miksa* dr. egyesületi tagot, a „Gyógyászat“ szerkesztőjét kérte fel a nemzetközi egyesület londoni congressusán való hivatalos képviselőtételére, a ki ezen megbízatást el is vállalta.

Élelmes orvos. Egy fiatal német orvos sorra frogatta a leveleket tudományos orvosi cikkek szerzőinek, melyben dolgozatuk egy különlenyomatát kéri. Mint *Cords* dr. bonni magántanár megállapította, pár hónap alatt 5000 példányt gyűjtött össze, a melyet azután jó pénzen eladott egy könyvkereskedőnek.

Személyi hírek külföldről. *J. Kollmann*, a hírneves anatomus és anthropologus a baseli egyetemen, 35 éve betöltött tanári állásáról hajlott korára való tekintettel leköszönt.

Kisebb közlések az orvostudomány köréből. A diabetes és a pankreas közötti összefüggésre vonatkozó tanulmányai alapján *Labbe* tagadja a diabetes súlyossága és a pankreas-elváltozások foka között fennálló párvonalosságot. Vannak nagyon súlyos diabetes-esetek csaknem normalis pankreas mellett és viszont a legkülönbözőbb pankreas-elváltozások észlelhetők néha nem diabetesben elhalt egyénekben. (La semaine médicale, 1913, április 30.) — A legkisebb placenta-defectusok is könnyen felismerhetők *Scherbak* szerint, ha a placentának anyai részét forró vízzel leöntjük. Ilyenkor ugyanis az odatapadt vérrészletek sokkal sötétebbé válnak, a placenta szövete világosabb lesz, a decidua pedig szürkés-sárgás, esetleg kékes vagy zöldes-szürke színt ölt és jól észrevehető. Ezenkívül a beálló zsugorodás folytán a lazán álló cotyledók a rendes helyzetükbe térnek vissza. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1913, 24. szám.) — A terhesség 5. hónapjában *salvarsannal* erélyesen kezelt nő gyermekének sorsáról számol be *Wolff*. A gyermek a rendes időre született meg, teljesen normalis fejlettségűnek és egészségesnek látszott, 1¹/₂ hónapos korában azon súlyos syphilises tünetek jelentkeztek, a melyek között 10 nap alatt elpusztult. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1913, 25. szám.) — A sebészeti gyakorlatban tisztogatóra sokat használt *benzin Roux* tanár tapasztalata szerint haematuria okozhat, a mely 5—10 nappal utóbb szokott bekövetkezni. (Korrespondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1913, 16. sz.)

Lapunkhoz a *Farbenfabriken vorm. Friedrich Bayer & Co. Elberfeld-Leverkusen* czég „Tannigen“ című prospectusa van csatolva.

Mai számunkhoz a *Chemische Fabrik von Heyden, A.-G. Radebeul bei Dresden* „Noviform“ készítményére vonatkozó prospectus van mellékelve.

Alorvos

alkalmaztatik a **Szent Lukácsfürdő**-gyógyfürdőben 1913 augusztus 10.-re. Ajánlatok a Szent-Lukácsfürdő részvénytársaság igazgatóságához intézendők.

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 Dr. PÖSTYÉN INTÉZETE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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 nagyméit. m. kir. belügyminiszterium előzetes engedélye alapján az országos betegápolási alap terhére vétetnek fel.

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (IX. rendes tudományos ülés 1913 márczius 8.-án) 565. lap. — Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya (II. ülés 1913 február 13.-án) 566. l. — Közkórházi Orvostársulat (V. bemutató szakülés 1913 márczius 5.-én) 568. l.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(IX. rendes tudományos ülés 1913. márczius 8.-án.)

Elnök: **Salgó Jakab.**

Jegyző: **Bence Gyula.**

Tentamen abortus provocandi praesente graviditate extrauterina.

Singer Hugó: A *Neugebauer* megkezdte sorozatba magángyakorlatából a violens módon megrepszett ectopikus terhességnek két esetét illeszti bele. Mindkettő laparotomia útján menekült meg.

Az első esetben 32 éves urinón a bába manipulációi folytán pár hetes tubaris pete lökődött ki a szabad hasürbe; a secundaer hasüri terhesség tovább fejlődött és bemetszéskor 2 $\frac{1}{2}$ hónapos élő ébrényt hozott ki a szabad hasürből. Gyógyulás.

A második esetben orvos vérzés miatt imperfect abortus diagnosisa alapján kürettezett. A méh lehúzása közben valószínűleg megrepszette a terhes tubát; emberfejnyi haematocela képződött, a melynek a beteg csaknem áldozatul esett. A hasmetszéskor az óriási haematocela zsákostul ki volt irtható. Gyógyulás. A genitáliák instrumentalis laesiója egyik esetben sem volt megállapítható.

Bő tanulságok folynak mindkét esetből a gyakorlat számára. Az elsőből, hogy minő rizikóba megy bele a nő a criminalis tentamen alkalmából; a másodikból pedig, hogy az orvos nagy vérzés esetén is lehetőleg manualisan igyekezzék kiüríteni a méhet és csak kényszerítő körülmények esetén instrumentalis. Kövér betegeken, érzékeny has mellett a narcosis kitünő szolgálatot tehet.

Ha instrumentummal megyünk be a méhürbe, igyekezzünk lehetőleg kizárni:

- az extrauterin graviditást, a melynek arányszáma az utolsó években hihetetlenül felszökött;
- a kis solitaer cystákat és adnextumorokat;
- az uterus bicornist egyik szarvban terhességgel és
- a lateroflexio uteri graviditást (*Olshausen*).

Földes Lajos: Az irodalomban ismertett számos esethez azért fűzi saját esetét, mert ritka complicatiók járultak a tentamenhez. 19 éves lányról van szó, kinek utolsó baja 1906 november 10.-én volt; annak kimaradása miatt december 21.-én bábához fordult, ki üvegkatheterrel szondázta meg az uterust; a katheter a manipulatio hevében beléért. A beteg ugyan azt mondotta, hogy sikerült a kathetert 2 darabban kivenni s összerakva hiánytalan is volt, mégis azon körülmény, hogy másnap, midőn hivatták, a legacutabb peritonitis jelei mutatkoztak, azon gyanút keltették benne, hogy az uterus perforatiója mellett vagy valami üvegszilánk maradt benn a hasürben, vagy egy az uterus felett elhúzódó bélkacs lett megsértve, melyen át a hasür fertőződött. Az óriási módon felfújt hasfalán át semmit sem lehetett kítapintani s csak a Douglas kissé ledomborított volta jelezte, hogy vérzés lehet a hasürben. Az esetet *Paunz Sándor* is látta, ki még az éjjel az István-kórházban megoperálta, de sem peritonitist, sem bélsértést nem találtak, hanem oly fokú vérzést egy perforált isthmikus extrauterin graviditásból, mely hatalmas massájával physikailag a mechanikai ileus összes tüneteit váltotta ki. A majdnem köldökig érő híg vérben úsztak a bélkacsok vörösen imbibálva. A szokott módon ellátva a tubát, gyorsan zárták a hasat, hogy a jóformán pulsus nélküli beteget a meleg ágyba vihessék. Három napig tartott, míg az óriási anaemiát leküzdötte a fiatal szervezet, mely után a reconvalescentia gyorsan állott be. Azóta az illető férjhez ment, két élő kiviselt gyermeket szült, de mint ritka complicatiót meg kell említeni, hogy két év előtt a jobb tubájában is extrauterin gravid lett és szintén műtét által gyógyult.

Az eset azért nagyon érdekes, mert a katheterrel való perforatio éppen az isthmusban kifejlődött graviditást érte.

Még egy 32 éves nulliparáról referál, kinek menstruációja két hónapig maradt volt ki s kin a rendelés alatt megejtett vizsgálat alatt repedt meg a terhes tubaris zsák. Mentőkkal lakására szállítva a beteget, a haematocela hamarosan felszívódott, de 6 hétre rá nehéz széklet után új rohamot kapott az előbbinél súlyosabb tünetekkel, mely miatt másnap megoperálta, midőn is a régi vérzés mellett az új friss vérzésben fekvő petét lehetett megtalálni. Így is állhat elő tehát minden rosszakarat nélkül abortus.

Szili Jenő: A bemutató esetéből, valamint saját tapasztalatából azt a következtetést vonja le, hogy a méhen kívüli terhességeknek kriminalis abortus előidézésére végzett manipulációkkal való „megpukkasztása” éppen nem ritka. Sőt bizonyos benne, hogy sokkal gyakoribb, semmint tudomásunkra jut. A közelmúltban volt esete, a melyben ugyancsak kriminalis abortust célzó „gőzfürdő és massage” volt az acut roham közvetlen előidézője. A beteg 1912 augusztusban szült, utána kétszer menstruált, utoljára november 12.-én. December 12.-én csekély vérzése mutatkozott, de csak rövid ideig. Január 4.-én, hogy „a megrekedt menstruatiót megindítsa”, gőzfürdőbe ment és masszáltni akarta magát. De állítólag még a massage előtt rosszul lett, elájult s eszméletlen állapotban szállított haza, a hol erős peritonealis tünetekkel, alig számlálható pulussal feküdt másnapig. Akkor látta s extrauterin diagnossissal gyógyintézetbe szállítatva, megoperálta. Az uterus jobb tubaris sarkából kiinduló, szélesen ülő, mogyorónyi interstitialis terhesség volt borsónyi rupturával. A beteg simán gyógyult. A szülő bizonyos benne, hogy ez esetben is a ruptura közvetlen oka a kriminalis abortus kísérlete volt.

Singer Hugó: Földes azon megjegyzésére, hogy orvossal is megtörténik, hogy megpukkaszt extrauterin graviditást, azt feleli, hogy az utóbbi időben neki is volt 3 esete, melyben más orvos hibáján kívül megpukkasztotta a petezsákot.

A glandula pinealis elsődleges daganata.

Goldzieher Miksa: A 16 éves fiú corpora quadrigemina tájékán tyúktojásnyi daganatgócot talált. A daganat összenyomta az aquaeductus Sylvii-t, a minek következtében nagy hydrocephalus internus állott volt be. Helyzeténél fogva a daganat a gl. pinealisnak felelt meg, vérzéses s minden bizonynyal malignus természetű volt, mert a tüdőknben nagyszámú metastasist létesített.

Mikroskoppal vizsgálva a daganat sarcomának felelt meg, melyben sajátságos syncytialis sejtcsoportok is láthatók, úgy hogy a daganat felette hasonlít a chorionepitheliomához. Mindazonáltal nem sorolható a chorionepitheliomák közé, a mint azt újabban egyes szerzők óhajtják; helyesebb az ilyen daganatokat a francia szerzők leírta angioplastikus sarcomákhoz sorozni.

Nevezetes, hogy a fiatal egyéneknél korán meghaladó ivarérettség, szokatlan nagyságú herék és különösen fejlett szőrzet voltak láthatók. A secundaer nemi jellegek túlságos kidomborodásának megfelelt a herék szövettani képe is: a *Leydig*-féle interstitialis sejtek nagyfokú hyperplasiája.

Az irodalomban kis számmal (24) közölt pinealis daganatok tekintélyes részében hasonló jelenségeket, kora ivarérettséget és hypertrichosist észleltek. Hogy e jelenség a glandula pinealis hypothesiseis működésének kiesésére, avagy a hypophysisnek befolyására vezetendő-e vissza, mai ismereteink alapján nem dönthető meg el.

Korányi Sándor: Pinealis daganat egy esetében, mely teratoma volt, *Claude* azt találta, hogy az illető gyermeknek korai ivarérettség volt jelen. Az a kérdés, hogy ez összefügg-e azzal, hogy az illetőben a mellékvese kéregállománya hyperplasiás volt, minthogy ez is korai ivarérettséget okoz. Valószínűnek látszik az a gondolat, hogy a gl. pinealis ezen korai ivarérettséget a mellékvese correlatiójával hozza létre. Azt kérdezi az előadótól, hogy a mellékvese kérgének a hyperplasiáját a jelen esetben lehetett-e kimutatni, vagy sem.

Józsa Jenő: A demonstratio anyagát szolgáltató beteg, 16 éves asztalostanoncz, a múlt év október 14.-én került *Ángyán* osztályára azzal, hogy 3 hó óta gyakori és erős főfájása, időnként kettős látása van és gyengül. Mindez azóta van — így jelezték a szülők —, a mióta a fiú rohamosan nő.

Felvétele alkalmával a korához képest igen fejlett fiú mellkasi és hasi szervein physicalisan eltérés nem állapítható meg. A psychét illetőleg feltünő a korát meghaladó érettség, komoly magaviselet. A járás, állás rendes. Az agyalapi idegek területén — a jobb m. rectus int. paresisén kívül — eltérés nincs. Az összes reflexek, érzésfajok, vegetativ functiók rendben. Vizelete normalis. A szemészeti vizsgálat pangásos papillát mutatott (*Goldzieher*).

December 27.-én a jobb testfélre lokalizált Jackson-typusú roham, mely után a jobb felső és alsó végtagnak múltó paresise áll be; az ugyanekkor jelentkezett jobb alsó facialis paresis azonban állandósult. Az ez idő alatt végzett antilueses kúra eredménytelen. Decompressio ajánlatik. A beteg azonban elhagyja a kórházat. Négy hét múlva újra felvételét magát, mert mindinkább gyengül, fejfájása állandó és súlyosabb, látása romlik, sokat köhög.

Ez alkalommal erős diffus bronchitis állapítható meg. Az idegrendszerrel illetőleg: járáskor mérsékelt ataxia, álláskor Romberg-tünet. A jobb m. rectus int. és jobb alsó facialis paresise fennáll. Az agy-alapi idegeken más eltérés nincs. A különböző reflexek és az érzés területén kiesés most sincs. Kóros reflexek nincsenek.

Igen feltűnő azonban ekkor, hogy a már azelőtt is jelentékeny szörzet rendkívül sokat nőtt, szinte vad burjánzásnak indult. A beteg arcán erős bajusz és szakáll növekedett, úgy hogy a különben is erősen fejlett fiú 26—27 éves férfi benyomását tette. Igen erős szörzete volt a végtagokon, a mellen, a hason és a genitális tájon. Ugyanez volt a figyelmessé a genitális nagyságára is.

A beteg felvétele után 3 nappal apoplectiform insulturnak képe fejlődött ki baloldali hemiplegiával s ez insulturnak tüneteinek közt meghalt.

Az általános tumortünetek mellett fennállott szemizomhűdés, ataxia, a betegnek korát meghaladó testi fejlettsége, fejlődésének rohamossága a tumortünetek jelentkezésével egyidejűleg, a genitálisnak s a szörzetnek hypertrophiája felhívták ugyan a figyelmet, de klinikailag biztos localisatióra mégsem vezettek. Hiszen már pubertásban levő egyénről volt szó, a hol pl. a genitális s a szörzet részéről észlelt tüneteket is nehéz volt értékesíteni. Az irodalomból eddig ismert idevonatkozó esetek ugyanis 3—7 éves gyermekekre vonatkoznak, a mikor a praecox genitalismus e tünete mindenestre sokkal szembeszökőbben pathológiás jellegűek.

Mіндеzen esetekben bizonyos klinikai tünetek meglehetősen állandósággal fordulnak elő, úgy hogy az eddig ismeretes casuistika kritikája alapján Frankl-Hochwart egy 1909-ben megjelent közleményében arra a conclusióra jut: ha igen fiatal egyénen az általános agygyomósos tünetek mellett szemizomhűdéseken, ataxián kívül abnormis hossz-növekedés, a genitális s ezzel a sexualitás korai és túlságos fejlődése, szokatlan erős szörzetfejlődés, esetleg szellemi koraérettség vagy elhárjásodás észlelhető, a gl. pinealis daganatára kell gondolni.

A szöveg által röviden vázolt eset — a localisatiós diagnoszt illetőleg — mindenestre a Frankl-Hochwart-féle felfogást erősíti meg.

Goldzieher Miksa: Korányi kérdésére megjegyzi, hogy a vizsgálat az összes belső secretiók szervekre nézve megtörtént, de semmiféle objectív elváltozás sem volt megállapítható.

(Folytatása következik.)

Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(II. ülés 1913 február 13.-án.)

Elnök: Alapy Henrik.

Jegyző: Ádám Lajos.

(Vége.)

Meningokele-esetek.

Fischer Aladár: Tágabb értelemben meningokelenek szokás nevezni a koponyaüreggel vagy a spinalis csatornával közlekedő előboltosulásokat, a melyek bőrrel fedettek. Sensu strictiori meningokele alatt csak azon e csoportba tartozó agy- vagy gerincvelő-sérveket értjük, a melyekben, legalább makroszkopice, idegállomány nem mutatható ki, bár Muscatello szerint az ily esetek legnagyobb részében is legalább ependyma-hám mutatható ki az agysérv belső felületén. Az általa bemutatott 3 agysérv egyike a Bergmann-féle nomenclatura szerint sensu strictiori meningokele, a második enkephalo-cystokele és a harmadik cystomeningokele. Nem lehet feladata itt a meningokelek anatómiai és fejlődéstani viszonyaira kiterjeszkedni, csak röviden ismertetni eseteit.

1. Az 5 hetes csecsemőt 1913 január 23.-án vették fel. Születése után rögtön észrevették, hogy az occipitalis tájon szilvamekkoraságú függeléke van, melvnek nagysága időnként változik, hol nagyobb, hol kisebb. A fejletlen a kiskutacsckának megfelelőleg jókora szilvanagyságú és alakú, 2 cm. hosszú és 1 cm. vastag kocsányon lógó daganat foglal helyet, mely sirásra megnagyobbodik, nyomásra pedig kisebb lesz. Tartalma a koponyaüreggel látszik közlekedni. Ez esetben tehát a Bergmann-féle nomenclatura szerint kephalokele occipitalis sup. volt jelen. A műtétet január 25.-én végezte. A daganat kocsányát félhold alakjában körülmetszi és visszapræparálja a bőrt. A bőr átmetszése után 4—5 mm. átmérőjű hártás csőre akad, mely egyrészt a koponyaüregbe, másrészt a daganat üregébe folytatódik. A cső fala vékony rostos hártás és Bergmann szerint megvastagodott arachnoideának tekintendő. Ezt a hártás csövet 1½ cm.-rel a koponyából való kilépése fölött bemetszi, többször összehajtva leköti és azután a meningokele alapján levő periosteumrétegek

alá sülyeszi catgut-varratokkal. Így a kis kutacsckán lévő nyílást megszünteti. Utána bőrvarrat. A lemetezett tumor zsákot alkot, melynek legnagyobb átmérője 2½ cm., belseje fényes, megvastagodott, mintegy 1 mm. vastag hártával van borítva. Tartalma kevés savó, a zsákot fedő bőr duzzadt, oedemás. Makroszkoposan idegállomány a kephalokele zsákjában nem volt található, úgy hogy szorosabb értelemben vett meningokele volt jelen.

2. A 4 napos csecsemőt 1913 február 3.-án vették fel. Az os occipitale alsó részén a protuberantia occipitalis ext. alatt kis almányi, élénken hullámzó, mérsékeltlen feszes daganat. A csontban a daganat alapján kb. fillérnyi lyuk tapintható. A tumort fedő bőr nagy része hegesen elvékonyodott, babnyi helyen kifekélyesedett és itt bezáradt sárgás pörk van rajta. Siráskor a daganat megduzzad, nyomásra megkisebbedik. Tekintettel arra, hogy a daganat felett a bőr meg volt vékonyodva és egy helyen kifekélyesedve, a műtét sürgős volt. A műtétet febr. 5.-én következőképpen végezte. Először az időközben nagyon feszessé lett enkephalokelét megpungálják és kb. 25 cm³ tiszta savót bocsátanak ki belőle. Az így összeesett zsákon azután 2 harántmetszést vezetnek és a zsákba hatolnak. Kiderült, hogy a kephalokele-zsák agyállományt is tartalmaz, ez az agyállomány össze van tapadva a zsák belső felületét alkotó fénylő hártával. Az agyállomány elülső része mogyorónyi tömött agyrészlet, a mely hátrafelé egy elvékonyodott, vérdús, tela chorioideára emlékeztető hártába folytatódik. Lefelé azután ismét vastagabb lesz az agyállomány. Ez esetben tehát kephalokele occipitalis inf.-ral volt dolguk, a mely anatómiai viszonyai szerint enkephalocystokelenek tekintendő. A továbbiakban a következőkre volt tekintettel: az előesett agyrészlet az anatómiai viszonyok szerint vagy az egyik occipitalis lebeny hátulsó polusa, vagy pedig, mint az szintén elő szokott fordulni, az egyik kisagy-lebeny hátulsó polusa és a IV. agykamara egy része lehetett. Eltávolítása tehát nagyon megfontolandó volt, mert első esetben vakságra, a második esetben rögtön halálra vezethetett volna. Bonyolult plastika a defectus fedésére 6 napos csecsemőn nem végezhető. Ez okból egyszerűen az agyrészleteket a zsák felső felületéről leválasztva, lehetőleg reponálta, azután a kephalokele zsákját lehetőleg megkisebbitve, belső lemezeit láncszerűleg egymásba fűződő catgut-matraczvarrattal egyesítette, ezen matraczvarrat felett még egyszer egyesítette a belső agyburok-lemezek széleit, végül zárta a bőrt. Mindkét gyermeket gyógyulva mutathatja be. Az első esetben a gyógyulás végleges, a másodikban azonban, ha a gyermek idősebb lesz, az os occipitalen lévő defectus plastikai zárása lesz szükséges.

3. A 6 hónapos csecsemőt 1912 augusztus 27.-én vették fel. Világrajtötte óta kb. kisdiónyi, homályosan hullámzó, széles alapú daganata van az orrgyöke felett. A daganat alapján kb. fillérnyi csontdefectus szélei tapinthatók. A műtétet augusztus 14.-én végezte a következő módon. A metszés a jobb szemöldök közepén kezdődik és a tumoron harántul áthaladva, a bal szemöldök közepéig ér. Átmetszi a rétegeket, a melyek a bőrből a metszés oldalsó részében a musculus frontalis rostjaiból, középen pedig a galea aponeurotica kisugárzásából állanak. Ezen rétegek átmetszése után a daganat felett a periosteumra folytatódó rostos szövetre jutnak, majd egy duzzadt, cystás, transzparens szövetből álló képletre akadnak, a mely a csontnak és durának mintegy fillérnyi defectusában ül. A defectus azon helynek felel meg, a hol a homlokcsont két felét egyesítő sutura frontalis az ossa nasalia varrataival összeütközik. Jelen esetben tehát kephalokele syncipitalis volt jelen, a mely közelebbi anatómiai viszonyait illetőleg enkephalocystomeningokelenek volt tekintendő a Bergmann-féle nomenclatura szerint, vagyis oly agysérvnek, a hol az arachnoidealis burok cystásan elfajult, az idegállomány pedig a sérvből viszszahúzódott.

A cystásan elfajult arachnoidea-részletet a csontdefectus nyílásából kimetszi; mögötte a defectus széléhez tapadva szürke, pulzáló tömeget, agyállományt talál. Mint-hogy már 6 hónapos gyermekről volt szó, a csontdefectust

plastikával zárták. Először a durát pótolták a fascia latából vett megfelelő nagyságú darabbal, azután a csontot a jobb tibia elülső felületéből vett, megfelelő nagyságú, csontthártyával borított csontlemezzel. A csontlemezt úgy helyezték el, hogy annak csontthártyás felülete a durát pótló fascia latalamezre volt fordítva. Mind a fascia latalamezt, mind pedig a periosteum-csontlemezt néhány catgut-öltéssel fixálták. Bőrvarrat.

A beteg kifogástalanul, per primam gyógyult és mikor az osztályról távozott, augusztus 20.-án, a csontban lévő nyílás már szilárdan kitöltöttnek mutatkozott.

Még csak azt óhajtja megjegyezni, hogy az enkephalokelék prognosisa operatio nélkül absolute rossz. *Reali* szerint 144 enkephalokelés gyermek közül csak 7 nőtt fel, *Miller* szerint pedig 39 kephalokelés csecsemő közül egy sem lett egyéves.

Bakay Lajos: Előadja, hogy 5 esztendő alatt 1 enkephalokele, 2 myelomeningokele, 2 enkephalo-meningokele, 10 meningokele, 5 myelocystokele, 2 hydrenkephalokele állott kezelése, illetve megfigyelése alatt. Ezek közül összesen 14 került műtetre. Nem akarja egyenként felsorolni a végzett műtetteket, csak megemlíti, hogy a dura zsákjának zárására *Foramitti* szerint praeparált érdarabokat, zsirszövetet, a koponya- és gerincoszlopdefectus pótlására celluloidlemezt, frissen átültetett csontthártyát, csontlebenyt, decalcinált csontot használt. A műtetek eredményeivel nagyon meg volt elégedve, mert kettő kivételével a többi gyógyult s az a két haláleset sem a műtét rovására esik. Nem volt azonban megelégedve a késői eredményekkel, mert a műteti seb gyógyulása még nem jelenti egyszersmind a gyermek gyógyulását. Az újabb vizsgálok közül csatlakozik *Exner* véleményéhez, a ki azt tartja, hogy az anatomiai elváltozásokon kívül kell, hogy legyen már az intrauterin életben funkcióbeli elváltozás, a mely a ventriculus-hydropsra vezet. Ez a túlságos liquorelválasztás vagy áteresztés, ha a születés után is tart, a hydrocephalus congenitus képét adja. A műtét után a műteti sebből a varratok közül hosszú időn át a legtöbb esetben igen nagy mennyiségű liquor ürül; ha azután a liquoripolyok záródnak, kitágul a gerinczvelő csatornája, úgy, hogy a szürke állomány elemei nyomtatnak, fejlődésük korlátolódik; kitágulnak a nyomás folytán éppúgy az agykamarák is. Ennek tulajdonítja, hogy az évekkal ezelőtt operált eseteket, ha újból látta, többnyire nem sok örömet okoztak sem neki, sem a szülőknak, mert a részleges bénulásokon kívül a szellemi fejlődés terén nagy hátramaradottságot mutattak. Mivel *Hertwig* vizsgálatai szerint az ismeretlen káros tényező befolyását az intrauterinális élet igen kezdeti szakára (4—5 m. h. embryo) kell tennünk, a mikor még a velőcső nem záródott be teljesen: azt hiszi, hogy az ependyma fejlődés-zavara szintén szerepet játszik; szöveti vizsgálatok bizonyítják ugyanis, hogy ez a hám, a nyitott velőrésszel át túlterjedve, kibéleli a kóros üregek egész felszínét. Több ritkább enkephalocystokele és myelocystokele fényképét bemutatja.

Fischer Aladár: Az anatomiai, embryologiai viszonyokra nem akart kiterjeszkedni. Való, hogy sok esetben hydrocephalus int. chronicus fejlődik ki, de sok eset van olyan, mely hydrocephalus nélkül meggyógyul. A hól meningokele vagy meningocystokele van, nem kell a hydrocephalustól tartani, mert ezekben az esetekben bizonyos regressiv folyamat szerepel. Ha a kephalokele nagyobb, mint az egész fej, vagy anenkephalia van jelen, nem operálunk.

Életveszélyes hólyagvérzés közben végzett daganatkiirtás.

Molnár Béla: A hólyagpapillomák által okozott vérzéseknek típusától elütő életveszélyes hólyagvérzés és e miatt végzett magas hólyagmetszés útján a daganat kiirtásának esetét mutatja be.

A 49 éves férfibeteg 1912 december 29.-én vették fel az izraelita kórház sebészeti osztályára, 20 órája tartó, igen súlyos hólyagvérzéssel. A pulsus 120. A beteg igen anaemiás, két-három percenként kevés véralvadékat és híg vért vizelet. Három év előtt egy ízben volt véres vizelete, azóta a vizelettel baja nem volt. Főnökének, *Alapy* főorvosnak távollétében rövid kísérletet végzett a hólyag kiürítésére kőmosó katherrel és aspiratorral, de az aggasztó helyzetre való tekintettel a meddőnek látszó kísérletet abbahagyta és a beteget megoperálta. Magas hólyagmetszést végzett helyi érzéstelenítésben, majd rövid aethernarcosisban eltávolította a jobb ureter mellett ülő diónyi papillomát. A vizelet két napig még kissé véres, valószínűleg a megégetett alap pörkjéből volt kis vérszivárgás. Tizennégy nap múlva a beteg gyógyultán távozott.

Régi nephrectomia.

Faragó Zsigmond: A 29 éves nőbetegen 5 év előtt jobboldali nephrectomiát végzett vesetuberculosis miatt, bár

ugyanakkor baloldali pyelitise is volt a betegnek. Körülbelül egy évig a műtét után jól érezte magát, de ekkor ismét görcsös-fájdalmas vizelet és haematuria állott be, bal vesetáji fájdalommal. A cystoskopi vizsgálat és ureterkatheterismus kimutatta, hogy a vérzés a bal veséből származik. Minthogy a hólyag állapota a kezelés dacára rosszabbodott, beszüntetett minden helybeli kezelést és csupán a beteg roborálására törekedett. Egy év óta a beteg teljesen jól van. Megszűnt a haematuria és a fájdalom, gyakori vizelet, 15 kilogrammot hizott. $1\frac{1}{2}$ —2 óránként vizelet, éjjel 1—2-szer. Valószínű, hogy a bal vesében fejlődött tuberculosus folyamat vagy meggyógyult vagy megállapodott és remélhető a beteg teljes meggyógyulása.

Farkas Ignác: Kérde, hogy a vesevizsgálat milyen functionalis kiesést mutatott a másik vesében? *Ilyés* osztályán azon esetekben, melyekben a másik vesében functionalis kiesés van, nem operálnak, kivéve, ha a kryoskopia nem mutat nagy eltérést, mert ilyen esetekben csak túlterhelési gyuladás van, mely később spontán megszűnik. A hólyag a nephrectomia után arg. nitr., protargol-, xeroform-, orthoform stb. kezelésre némi javulást mutat, de ha nyugalomba helyezük a hólyagot, meggyógyul magától is, mert a nephrectomia jó hatással van a hólyag állapotára.

Faragó Zsigmond: Fagyáspontmeghatározás nem történt, a cukorvizsgálat baloldalt negatív volt, jobboldalt rendes viszonyokat mutatott. A nephrectomia után a beteg évekkig jól érezte magát, csak azután kezdődtek újból nehézségei.

Gastro-coloptosis operált esetei.

Alapy Henrik: Az enteroptosis operálhatóságára vonatkozólag a sebészek és belorvosok felfogása élesen eltér. Míg a belorvosok csaknem kivétel nélkül noli me tangere-nek tekintik, addig egyik-másik sebész az enteroptosis összes kóros tüneteit pangásra vezeti vissza és a pangás mechanikai, operatív megoldásától várja a gyógyulást. Az operatív eredmények sem egybehangzóak. Nagyszámú sikertelen kísérlettel szemben állanak *Rovsing*, *Lane*, *Coffey*, *Bier* és mások kétségtelenül kedvező eredményei.

Az igazság a közepén mozog és attól függ, hogy a ptosis minő esete kerül kezelés alá. Még kell különböztetni az általános visceroptosist a lokalizált jobboldali vagy középvonalú ptosistól. A ptosisra való dispositio világrahozott állapot. Többnyire csak részjelensége a *Stiller* által megállapított és asthenia universalisnak elnevezett kórképnek. A bemutatató fejtegetései során arra a következtetésre jut, hogy a dispositio visszaesést jelent az ősi állapotba és a négylábú járásból a kétlábú járásba való átmenet következménye. Az esetek túlnyomó többségében a zsigerek összes függesztő készülékei, melyekkel a hátulsó falhoz vannak rögzítve, engednek és beáll az idők folyamán az általános visceroptosis, melynél a sebészeti beavatkozásnak semmi tere sincs. Ha ellenben pl. a haránt remese közepe lassanként lesüpped, ellenben rögzítve marad a két flexura, akkor e két helyen megtörtetés támad, mely alig leküzdhető székrekedésnek szokott lenni az oka. Ha a gyomornak csak középső, pylorusrésze süllyedt le, ellenben rögzítve maradt a cardiája és a duodenum első szöglete, akkor ez utóbbi helyen oly megtörtetés támad, mely a gyomorstasis legmakacsabb alakjainak lehet kiinduláspontja.

E lokalizált ptosisok gyógyítása csakis sebészi eljárásokkal észszerű és ez eljárásoknak ilyenkor fényes eredményük szokott lenni. Ennek bizonyosságául mutat be két gyógyult beteget. Az egyik 50 éves nullipara, kit $1\frac{1}{4}$ év előtt operált igen rossz állapotban. Akkor 3 év óta volt beteg, állandó étvágytalanságban szenvedett, minden étkezés után hányt, néha kávéaljszerűt, savanyú felbőfögése és a hátsó kisugárzó fájdalma volt. Mindenféle belső kezelésen átment. Úgy a felfúvás, mint a Röntgen azt mutatta, hogy a gyomor a symphysisig van lesüppedve vagy tágulva. A felső median laparotomia alkalmával a nagy curvaturát a symphysisnél találták, kistökű májptosis volt jelen. Sem tumor, sem heg, a pylorus tág. A lesüppedt gyomor annyira kinálkozott a gastroenterostomiára, hogy ezt a műtétet választotta, bár *Rovsing* és *Bier* nyitott pylorus mellett ellenjavaltnak tartja. A műtétet sima gyógyulás követte. A betegnek összes kellemetlenségei

megszűntek és ma, midőn 1 $\frac{1}{4}$ év múlva bemutathatja, a műtét előtt csonttá-bőrré aszott beteg viruló színben van, meghízott, semmi gyomorpanasza sincs, az anastomosis, mint a Röntgen mutatja, igen jól functionál.

A másik beteg 31 éves férfi, ki 1 év óta tapasztalja, hogy eleinte ritkábban, később naponként, most már minden nap számtalanszor savanyú felbőfögése van, továbbá éhség-fájdalma, a hátába sugárzik ki; ha jól lakik, fájdalom elmúlik, de hányásingere támad, gyakran hány is. Oly makacs székrekedésben szenved, hogy bár naponként használ hashajtókat, mégis csak 3—4 naponként van scybalákat tartalmazó híg széke. Fél év óta 8 kilót fogyott.

Sovány, sápadt férfi, hosszú mellkassal és lúdtalppal, de a *Stiller*-féle habitus más jele nélkül. A gyomor Röntgenvizsgálata tágulást mutat, az antrum pylori nem telik meg, de massage-zsal a bismuthos pép odanyomható. Másnap még ételmaradék van a gyomorban.

A laparotomia középvonalú ptosis-t mutatott. A pylorus-rész le van süppedve, mélyen a köldök alá. A harántremese a medenczébe lóg. Az omentum lemezei nem tapadtak össze egymással. A ptosis gyógyítása céljából először az omentum minus redőztetett, azután a cseplesz több redőző öltéssel felvarratott az elülső hasfalnak oly harántvonalához, mely középen fekszik a köldök és a kardnyúlvány között (*Coffey*), végül *Rovsing* ajánlata szerint tágitották a felső hasat.

A javulás már két-három nap múlva szembetűnő volt. Májig 10 kilót hízott, mindent eszik. Fájdalma nincs, felbőfögése megszűnt, hetenként 2—3-szor iszik ugyan keserűvizet, de naponként van formált széke. Szóval egyelőre legálább gyógyultnak látszik.

A bemutató meg van győződve arról, hogy efajta műtétekre csak ritkán van szükség, a sebészi beavatkozás az általános visceroptosisnál épp oly jogosulatlan, mint eredménytelen, ellenben azon ritkább esetekben, melyekben lokalizált, középvonalú vagy jobboldali ptosis-sal van dolgunk: a rögzítés különböző módjai jótékonyan hatnak.

Pólya Jenő: Teljesen osztja *Atapy* nézetét abban a tekintetben, hogy a gastroenteroptosis miatt végzett műtétek a haschirurgiának olyan terrenumát alkotják, melyre csak nagy óvatossággal szabad lépniük, legfeljebb akkor, ha szöglettörések folytán súlyos mechanikai akadályok vannak, melyek komoly functionalis zavarokat (makacs hányás, ileus-rohamok) idéznek elő; a *Lane*-féle obstipatioellenes műtéteket perhorreskálja. Gastroptosis esetén, ha a belső kezelésre, mosásokra nem szűnő makacs hányás és a Röntgen-lelet mechanikai akadályra vall, a műtét kétségtelenül javult, de kevesebbet vár a gyomrot fixáló műtétektől — melyek közül még legjobbnak tartja az omentum minus redőzését, melyet maga is végzett —, mint az anastomosis-műtéttől, mely a gyomor-nak mélyen a pylorus színvonalá alá süllyedt nagy görbülete táján pangó tartalom kiürüléséről gondoskodik. Az anastomosis-műtetre azonban nem a gastrojejunostomiát tartja alkalmasnak, mert ilyen esetekben a gyomor nagy fokban atoniás szokott lenni és a gastrojejunostomiát súlyos passagezavarok követhetik, a mint azt mások által operált esetekben és egy saját maga által operált esetben is látta, hanem a *Finney*-féle gastroduodenostomiát, mely a gyomor legmélyebb pontjának kiürülését is biztosítja a duodenum felé és a regurgitatio lehetőségét is kizárja. E műtétet eddig két esetben végezte, a hányás mindkét esetben megszűnt; egyik esetben a Röntgen is jó kiürülést mutatott a műtét után, a másikban nem. Azonban itt rövid idővel a műtét után történt a Röntgen-vizsgálat és az a tapasztalata, hogy oly esetekben, hol ilyen anastomosis-műtétek után rövid idővel végzett Röntgen-vizsgálat lassú kiürülést mutat, ez hetek múlva, mikor a gyomorizomzat összeszedi magát, teljesen megjavul.

Borszék Károly: A gastroenterostomia után nagy ritkaság az ilyen szép eredmény, mert a gyomorizomzat legtöbbször atoniás és így semmit sem lehet javítani a beteg állapotán, sőt ilyenkor szokott beállani a circulus vitiosus. Ilyen esetekben a II. sz. sebészeti klinikán gastropexia és gastrofixatio kombinálását végzik, a mi sokkal enyhébb beavatkozás. Adandó alkalommal meg lehet próbálni a *Finney*-féle műtét helyett is.

Közkórházi Orvostársulat.

(V. bemutató szakülés 1913 márczius 5.-én)

Elnök: **Körmöczy Emil.**

Jegyző: **Szinnyei József.**

Narkolepsia esete.

Keller Kálmán: A bemutatót 33 éves nős pinczér családjában ideges terheltség nem mutatható ki. 9 éves korában véletlenül fejbeütötték, mire $\frac{1}{2}$ évig tartó contractura jelent-

kezett jobb alsó végtagjában, melyet hirtelen kiegyenesítettek. Azóta állás, ülés vagy járás közben néha hirtelen elalszik, az elalvást megakadályozni nem tudja. Az alvás tartama 1—3 percz, közben arca elsápad, nyála folyik. Ha utczán éri a roham, bukdácsolva folytatja útját, nem esik össze. Mint pinczér, állását az alvás-rohamok miatt elveszítette.

Hirtelen meglepődés, örömhír, vagy különösen nevetés közben elgyengülve összerogy. Ezt 16 éves kora óta észlelték. Évek óta vannak hemicraniás jellegű fejfájás-rohamai, melyek után mély álomba merül.

A pupillák fényreakciója és az inreflexek hamar kimerülnek. A szív rendben. Mindkétoldali radialis rendellenes lefutású, az alkarok feszítő oldalára kerültek.

A rohamokban jelentkező elalvás, mely nem akadályozható meg, a közben beálló vasomotoros zavarok, elsápadás, nyálfolyás a bántalomnak epilepsiás természetére utalnak. A baj mint ritkán jelentkező epilepsiás aequivalens az irodalomban a narcolepsia nevet nyerte. Esetünkben a már mások által is megfigyelt összefüggés a nevetéssel szintén megvan.

Krepuska Géza: Volt alkalma fülbetegségek kapcsán hasonló tüneteket észlelni. Egy esetében az extraduralis tályog, rothadási gázokkal vegyest, nyomást fejtett ki az agyra. A betegnek gyakori epilepsiás rohamai voltak, melyek alatt néhány másodpercze eszméletét is elvesztette. A műtét alkalmával kiderült, hogy az extraduralis abscessus közlekedett a dobüreggel; a mint az extraduralis abscessus kiürült, megszűntek a jelenségek. Műtét közben szénkégre emlékeztető bűz volt érezhető.

Lenyelt idegen testet tartalmazó subhepatikus tályog.

Vigyázó Gyula: A 17 éves cselédet 1912 április 6.-án vették fel *Pólya* főorvos osztályára azzal, hogy előző este egy szájában tartott varrótűt véletlenségből lenyelt és azóta szűró jellegű fájdalmakat érez hasának jobb felében. Az objectiv vizsgálattal a felvételkor semminemű eltérést sem találtak. A beteg a köldök szomszédságában a has jobb oldalán jelzi a fájdalmakat. A Röntgen-felvétel türe utaló árnyékot a hasban nem mutatott. A beteg úgy a felvételkor, mint ezt követően 10 napon keresztül teljesen láztalan volt. Már gyanakodni kezdtünk, hogy a nő nem is nyelt tűt s csak a kórházba való felvétel kedvéért mondta ezt (a rendőrséghez volt szállítandó). Április 16.-án azonban lázas lett, 38°-os hőemelkedése volt s ezzel kapcsolatban a fájdalom is sokkal hevesebb lett. A köldök felett nagyon kifejezett nyomásérzékenység volt, ugyanitt a hasfal feszes. Peritonealis tünetek hiányoztak. Ettől kezdve a beteg állandóan lázas (maximalis hőemelkedés 39°) és április hó 26.-án az említett fájdalmas helyen a köldöktől felfelé és jobbra csekély elődomborodás volt észlelhető. Ugyanitt tompulat. A pulsus 120. Peritonealis tünet nincs.

Diagnosisunk most már határozottan az volt, hogy a nő által lenyelt tű a gyomrot átfúrta és körülötte intraperitonealis tályog képződött, mely a felület felé terjed. Megerősített eme feltevésünkben a megejtett leukocyta-vizsgálat, mely 18.100 fehér véresejtet mutatott.

Ezen alapon a beteg április hó 29.-én műtétre került. Aethernarcosisban a jobb bordaívvel párhuzamosan vezetjük a metszést az érzékeny elődomborodásnak megfelelőleg és a m. rectust átmetszve, belejutunk a tályogüregbe, melyből nagy mennyiségű, de nem bűzös geny ürül. A tályogüregben egy 2 $\frac{1}{2}$ cm. hosszú, oxydált, tompa végű varrótűt találunk, melyet eltávolítunk. A genyet kibocsátva, csíkokat vezetünk a tályogüregbe. A műtét után a beteg azonnal láztalan, a genyes váladék a következő napokban erősen csökken, május 15.-én a sebüreg tisztán granulál, s június 12.-én a nő gyógyultan hagyja el osztályunkat.

A bemutatót esetben lenyelt tűről van szó, mely a byomorba jutva, ott egynéhány napig majdnem tünet nélkül tartózkodott. Majd a felvételt követő 10. napon a gyomorfalat perforálva, tályogképződésre vezetett a subhepatikus tájékon.

A tűnyelés nem tartozik éppen a nagyon ritka dolgok közé. Véletlenül történhetik olyanokon, kik tűt szoktak a szájukban tartani (varrónők, gyermekek), de szándékossn is tör-

ténhetik a tü lenyelése, főleg a hysteriások vagy elmebetegek részéről, kik néha igen nagy mennyiségű tü nyelnek le. A szándékos tünyelés artistákon is előfordul mutatványképpen.

A lenyelt tü sorsa különböző. A gyomorban minden pünet nélkül maradhat hetekig, hónapokig, sőt évekig is. *Froriep* esetében a lenyelt tü 10 évig tartózkodott minden tünet nélkül a gyomorban, míg végül a gyomorfallal átfúrása folytán halálra vezetett. A tü a pharynxból, az oesophagusgól, a gyomorból, per vias naturales a tápcsatornán keresztül küszöbölödhethet ki, vagy ki is hányathatik. Legérdekesebb azon tüknek a sorsa, melyek a gyomor, illetve a bél falát átfúrják. Ezek, ha a perforatio a szabad hasír felé történik, intraperitonealis tályog képződésére vezethetnek, a mely az átfúródás helye szerint lehet ileocecalis, periproctitis, subphrenikus, subhepatikus stb. s nem egyszer halált okoz. E perforált tük a szervezetből eliminálódhatnak is a hólyag vagy vagina felé, továbbá úgynevezett vándorlásuk folytán a szervezet legkülönbözőbb helyeire juthatnak el, a bőr alá, az izmok közé, de még a szívbe is (*Sandberg*).

Wölfler és *Lieblein*, kik a gyomor és bél idegen testiről monographiát irtak, 151 esetét gyűjtötték össze a lenyelt tüknek, melyek közül $\frac{1}{3}$ -ban a tü per vias naturales távozott, 15 esetben a gyomorból, illetve bélből műtéttel lett eltávolítva, 13 esetben tályogképződésre vezetett, 11 esetben a hólyagba, illetve vaginába jutott, 28 esetben máshová vándorolt; 15 esetben diffus peritonitist okozott. 151 esetből 21-ben (tehát 15%) halálra vezetett.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

613/1913. ikt. sz.

A vezetésem alatt álló közkórházban lemondás folytán megüresedett két **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek. A segédorvosok javadalmazása 1200 korona, lakás, fűtés, élelmezés. A kinevezés 2 évre szól. Távozás 4 héttel előbb jelentendő.

Más pályázók hiányában orvosi gyakorlatra utasított orvosok is kinevezhetők. Magánygyakorlat nincs megengedve.

A folyamodványok méltóságos *Makfalvay Géza* úrhoz, Somogyvármegye főispánjához intézendők és a kórházigazgatóságnál nyújtandók be **augusztus hó 9.-éig**.

Kaposvár, 1913 július 21.

Szigethi-Gyula Sándor dr., igazgató-főorvos.

162/1913. eln. sz.

A pozsonyi m. kir. állami kórházban két **másodorvosi állás** megüresedvén, annak betöltésére pályázatot hirdetek.

Felhívom azon magyarhoni illetőségű orvos urakat, kik ezen 1600 korona fizetéssel, szabad lakással, fűtéssel, világítással és I. osztályú élelmezéssel javadalmazott ideiglenes jellegű, két évi időtartamra szóló állást elfoglalni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában megkivánt minősítést igazoló okmányokkal felszerelt és a vallás- és közoktatásügyi miniszter úrhoz címzett folyamodványaikat **1913. évi augusztus hó 12.-éig** alulírottához nyujtsák be.

Pozsony, 1913 július hó 22.-én.

Pantocsek József dr., igazgató-orvos.

1573/1913.

Az újvidéki járáshoz tartozó úrszentiváni orvosi körben betöltendő **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A kör Úrszentiván és Kölpény községekből áll összesen 5600 lélekszámmal.

Javadalmazás:

1. Törzsfizetés 1600 korona a törvényes korpótlékkal. 2. Lakbér 600 korona. 3. A halottkémlésért Úrszentiván községtől 1432 □öl szántóföld haszonélvezete, s esetenként 40 fillér. 4. Úrszentivánon szabályszerű díjazás a hússzmeléért. 5. Közegészségügyi teendők és járvány alkalmával természetbeni fuvar.

A megválasztandó körorvos tartozik a kézi gyógyszerár elnyerése iránt folyamodni.

Pályázati kérvények **hozzám augusztus hó 20.-áig** nyujtandók be. Újvidék, 1913. évi július hó 17.-én. *A főszolgabíró.*

7300/912. szám.

Járásomhoz tartozó Tiszaistvánfalva nagyközségben megüresedett **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása 1600 korona törzsfizetés, a község által megszavazott 800 korona személyi pótlék, 500 korona lakbér, valamint szabályszerű rendelési, látogatási és húsvizsgálati díjak.

Felhívom a pályázókat, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényüket **hozzám f. évi augusztus hó 12.-éig** nyujtsák be.

Újvidék, 1913 július 12.

A főszolgabíró.

7297/1913. sz.

Körmöcbánya szab. kir. r. t. főbányavárosnál lemondás folytán üresedésbe jutott **városi rendőrorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen élethossziglani megbízatással betöltendő orvosi állással egybekötött hatás- és kötelelességkör, nemkülönben a megkivánt 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 irányadóak.

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 gyógykezeltetni tartozik. Ezenkívül a városi rendőrorvos egyúttal a városi köztemetők felügyelője és halottkém. A városi rendőrorvos a hivatali köteleesség sérelme nélkül magánygyakorlatot a városon kívül is folytathat és hivatali területen 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, ötvenként 300—300 korona háromszor ismétlődő emelkedéssel,

évi 450 korona lakáspénz és

évi 32 ürköbméter keménytűzifa-illetmény. 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 1912. évi LVI. t.-cziknek megfelelőleg átalakítandó; miért is a megválasztott a bekövetkezendő módosításoknak, következtetés-képpen a javadalmazásnál beállható változásoknak, továbbá a változott hatás- és kötelezettségkörből eredő kötelezettségeknek magát alávetni tartozik.

Felhívom ennél fogva mindazokat, kik a jelzett állást elnyerni óhajtják, hogy a kellően felszerelt kérvényeiket Körmöcbánya szab. kir. r. t. főbányaváros polgármesterénél **1913. évi augusztus hó 8. napjának déli 12 órájáig** annál is inkább adják be, mert a későbbben érkezett vagy kellően fel nem szerelt kérvényeiket figyelembe venni nem fogom.

A választás 1913. évi augusztus hó 8.-án délután $\frac{1}{3}$ óraker Körmöcbánya város közgyűlési termében fog megtartatni.

Aranyosmarót, 1913 július 18.

Mailáth, alispán.



→→→ ELSŐRANGU GYÓGYVIZ ÉS DIAETETIKUS ITAL. ←←←

Vesebajoknál, húgyhólyag-bántalmaknál és köszvénynél, cukorbetegségnél, emésztési és lélegzési szervek hurutjainál a **Bór és Lithion tartalmu gyógyforrás**

SALVATOR

a kontinens legelső orvosi szaktekintélyei által ki-tűnő sikerrel használtatik.

Húgyhajtó hatása.

Könnyen emészthető.

Állandó összetételű.

Kellemes ízű.

Teljesen tiszta.

Vasmentes.

Kiváló óvszer a vörhenynél (scarlatina) fellépő vesebántalmaknál.

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

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

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

SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. D^r EGGER

Indicációi: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhachitis.
Kapható minden gyógyszerertárban.

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.

MEDIC. UNIV. DR. PETŐ JÁNOS

rheumás-, ízületi betegségek, gyógygymnastika, massage s szívbántalmak szakorvosa.

Nyáron:

Balatonfüred. ☐ Budapest, VI., Váci-körút 31. I. Télen:

„Bayer“ **CONTRATUSSIN** „Bayer“

Ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a

VÖRÖS-KERESZT GYÓGYSZERTÁR

Budapest, VI., Andrásy-út 84.

Minden gyógyszerertárban kapható.

Kívánatra próbaküldeményt kísérletezésre díjmentesen.

Budapesti Szanatóriumok és Gyógyító Intézetek Egyesülete

Intézet belakó betegeknek.

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

Bel, diaetetikai és sebészi osztályokkal. Röntgen, Radium, pöstyéni iszap, Pneumatikus kamara, Inhalatorium stb.

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

Intézet bejáró betegeknek.

Asthma-gyógyintézet Egyedüli Bulling-Inhalatorium
VI., Andrásy-út 87 (körönd). Pneumatikus-kamra, tüdőgymnastika stb.
Vezető orvos: Dr. Glück Tibor

Dr. JUSTUS Sugaras gyógyítás. Röntgen. bőrbajokat gyógyító és Radium. Forró légkészülék. szépségápoló intézete. Fürdők. Kosmetikai 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 modalitása), massage-, fény- és hőtherapia
VI., Váci-körút 51. sz.

MATTONI-FÉLE
GISSHÜBLER
természetes
égyényes
SAVANYÚVIZ.

„BAYERLAX”

egy modern enyhe biztos hashajtó
tabletta-alakban.

BAYER GYÓGYSZERTÁR

Orvos uraknak ☐
minta díjmentesen.

BUDAPEST, VI., Andrásy-út 84.

Főhercegi udvari
☐ szállító. ☐

Bad Homburg v. d. Höhe
Sanatorium Dr. Curt Pariser (Clara Emilia)

Különleges gyógyintézet gyomor-, bél- és anyagcsere-bajok számára.

Vezető orvosok: **Dr. Curt Pariser, Dr. Benno Latz.**

— A sanatorium ezentúl egész éven át nyitva marad. —

INDICÁLT: TUBERCULOSIS, EMPHYSEMA, ASTHMA, BRONCH. CHR. ELLEN.

IDEALIS GUAJACOLKÉSZÍTMÉNY

EGY ÜVEG ÁRA 2 KORONA 50 FILLÉR.

TARTALMA: KAL. SULFOGUAJACOL, NATR. TELLURIC, COGNAC, AQUA NAPHAE, SYRUP COFFEAEE. ☐ MEGBIZHATÓ ÉS OLCSO
GYÓGYSZERE A LÉGZŐSZERVEK BETEGSÉGEINEK MEGSZÜNTETI AZ ÉJJELI IZZADÁST (NATR. TELLURIC.)

KISÉRLETI ANYAG DÍJTALAN.

TUBERIN
ÖRKÉNY

FÖRÁKTÁR:
SENT-HERMINA GYÓGYSZERTÁR

BUDAPEST VII. THÖKÖLY-ÚT 28.