

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 Scipiadés Elemér szerkesztésében.

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Pollatschek Elemér: A gégegümőkór elektrochemolysises kezelése. 569. lap.

Hatiegan Gyula és Döri Béla: Közlemény a kolozsvári m. kir. Ferencz József tudományegyetem klinikájáról. (Igazgató: Jancsó Miklós tanár.) A Mintz- és az Ewald-Boas-féle próbareggeli gyakorlati összehasonlítása. 572. lap.

Halász Margit: Közlemény a kir. m. tud.-egyetem I. sz. sebészeti klinikájáról. (Igazgató Dollinger Gyula dr., magy. kir. udvari tanácsos, egyetemi ny. r. tanár.) Erőművi behatásra keletkezett epe-cysta kihámozással meggyógyított esete. 574. lap.

Róth Alfréd: A lipojodintról. 577. lap.

Lengyel Piroska: Közlemény a budapesti állami gyermekmenhely belorvostani osztályáról. (Főorvos: Szabó Mihály dr.) A tannismut csecsemők emésztési zavarairban. 576. lap.

Laub László: Közlés a Szent Margit-kórházból. (Főorvos: Irsay Artur dr., egyetemi tanár.) A noviform az orr-gégeorvostanban. 579. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Hermann Engel: Die Beurteilung von Unfallfolgen nach der Reichsversicherungsordnung. — Lapszemle. Belorvostan. Bromberg: Haemorenalis index. — Sebészet. Ranzi: A gerincvelő-daganat eseteiben elért műtéli eredmények. — Gyermekorvostan. Dufour és Thiers: Magzati gümőkór. — Szülészet és nőorvostan. Doederlein: A Röntgen- és mesothorium-sugarakkal való gyógykezelés. — Idegkórtan. Bychowski: Hydrocephalus acutus internus által okozott megvakulás gyógyult esete. — Húgyszervi betegségek. Boulanger: Az impotentia gyógyítása epidurális injekciókkal. — Orthopaedia. Lange: A poliomyelitis orthopaedial gyógyítása. — Fülorvostan. Dewatripont: Foglalkozásbeli baleseti dobhártyarepedések. — Venerás betegségek. J. Schereschewsky: A syphilispirochaeták tisztá tenyésztésének egyszerűsített módja. — Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. M. Schmid: Melubrin. — Zawacki: Per-rheumal. — Fuchs: Tabeszes gyomor-krízis. — Fraczkievicz: Algocratin. 579—582. l.

Magyar orvosi irodalom. Klinikai füzetek. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapest orvosi ujság. 582. l.

Vegyes hírek. 582. lap.

Tudományos társulatok. 565—569. lap

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A gégegümőkór elektrochemolysises kezelése.*

Irtta: Pollatschek Elemér dr., kórházi főorvos.

A gégegümőkór gyógykezelésében két tényező játszsza a főszerepet. Az első és legfontosabb az, hogy a beteget kedvező hygienés viszonyok közé hozva, teljesen eltiltsuk beszélni szerveinek használatától, megadva így a gégeének a gyógyulás lehetőségének legfőbb feltételét, az abszolút nyugalmat. Ezzel párhuzamosan gondoskodunk, hogy a beteg jó levegőben legyen és a szervezet erősítését túltáplálással és a testi munkának a legszükségesebbre való csökkentésével igyekezzünk elérni. Ilyen módon elérhetjük azt, hogy a tüdőbeli folyamat megnyugszik, az esetleges lázak csökkennek vagy elmúlnak, csökken a köhögés, a géget izgató váladék kevesebb lesz és így a gége gyógyulásának kilátásai javulnak. A második fontos tényező: a gégeének helybeli kezelése, ma tisztán a sebészet kezében van. Eltávolítani minden kórosat, az az elv, a mely bennünket vezet. Az említett két factornak természetesen csak tüdőbeteg-gyógyintézetekben tehetünk eleget, és csakugyan, a mint az eredmények mutatják, ha az irodalmat nézzük, a gégetuberculosis sebészeti kezelésében azoknak voltak legjobb eredményeik, a kik betegeiknek a leírt feltételeket meg tudták adni. Magam a budapesti és a washingtoni nemzetközi hygiene-congressuson számoltam be tapasztalataimról, a melyek az endolaryngealis műtétek kedvező hatását tárgyalták és ugyanilyen eredményekre jutottak többek között Besold és Gidionsen, Blumenfeld stb. Megoszlanak a vélemények a fölött, vajjon véres úton való eltávolítással vagy a szöveteknek villamos égővel való elpusztításával értünk-e el jobb eredményt (Grünwald, Siebenmann); az azonban bizonyos, hogy sem az egyik, sem a másik úton nem tudunk minden esetben minden kórosat eltávolítani és teljesen egész-

séges állapotot teremteni. Súlyos esetekben az is akadályozza a gyökeres beavatkozást, hogy a gége állapota nagyon kevés kivétellel párhuzamos a tüdő megbetegedésével és súlyos gégetuberculosisnál rendesen súlyos a tüdő állapota is. A nagyobb beavatkozás maga nagyon gyakran fokozza a hőmérséketet és volt alkalmam endolaryngealis műtét után a tüdőbeli elváltozás előhaladását észlelni. Így, azt hiszem, hogy gégegümőkór eseteiben a fél vagy egész gége eltávolításának indicatiója, minden körülményt tekintve véve, nagyon ritkán állhat fenn, még ha olyan technikával rendelkezünk is, mint Gluck. Önodi mutatott be nemrégén egy készítményt, a mely fiatal egyéntől származott, a kin Önodi a legkörültekintőbb vizsgálat alapján, meglehetősen jó tüdőállapot mellett felállította a súlyosan megbetegedett gégeének teljese eltávolítását. A műtétet Gluck végezte és daczára a kitünően sikerült műtétnek és relative kedvező tüdőbeli és általános viszonyoknak, a beteg néhány héttel a műtét után tuberculosis miliaris tünetei között elpusztult. Gluck eredményei mindenesetre figyelemreméltóak és kiváló technikáját dicsérik. 20 teljes gégekiirtás után 7 beteg volt olyan, a ki a műtét utáni első évet túlélte, ezek közül egy, most 12 évvel a műtét után jó állapotban van.

Ezzel szemben észlelésem alatt vannak olyan betegek, a kiknek súlyos gégeelváltozását 9—10 év óta figyelem, munkaképesek és ilyen állapotban voltak tarthatók kisebb endolaryngealis műtétekkel és conservativ eljárásokkal. Ugy hogy Chiari-nak a nézetéhez csatlakozom, a ki a fél vagy egész gégeének kiirtását gégetuberculosis esetén czéltalannak tartja.

Ha most tekintetbe vesszük, hogy sebészeti beavatkozások nem mindig vihetők keresztül kellő energiával, viszont a kedvező hygienés viszonyoknak gyakran socialis szempontból vannak akadályai: akkor gondolnunk kell olyan eljárásokra is, a melyek a leírt módon nem gyógyítható esetekben némi javulást, esetleg gyógyulást eredményeznek. Számos ilyen eljárás van, a melyeket részletezni nem óhajtók (napkúra, pangás [Polyák, Grabower], serumtherapia stb. stb.) és a melyektől sokan eredményeket láttak, mások pedig hatástalanságukról számolnak be.

* A német gégeorvosok ezidei stuttgarti gyűlésén tartott előadás.

1910-ben érdekes közlemények jelentek meg *Pfannenstiel*-től, a ki belsőleg adagolva jodnatriumot, az orr vagy gége gümös fekélyére vagy beszűrődésére helybelileg különféle módokon ozont vagy hidrogensuperoxydot alkalmazott és ilyen módon az érintkezés helyén jod vált szabaddá, a mely in statu nascendi sokkal erélyesebben fejti ki hatását. *Pfannenstiel* szerint (*Stangenberg* ref.) a lehasadt jod erős bactericid hatást fejt ki és ezen módon gyógyítja a gümös processust. Több esetet kezeltem ezen és egy más leírandó, hasonló hatást célzó módszer szerint és határozottan vannak számbavehető eredményeim, azonban az eredmény létrejöttek nem az a magyarázata, a melyet *Pfannenstiel* gondol.

Tappeiner említi és általánosan elfogadott nézet, hogy nem létezik olyan mérge, a mely a bacteriumot a szervezetben megölné, a nélkül, hogy az élő sejtet ne tenné tönkre. Igaz ugyan, hogy a concentrált jodoldatoknak határozott antisepsiszes hatásuk van. *Koch* kimutatta, hogy jodvizben az anthraxbacteriák spórái 24 óra alatt elpusztulnak. Ez azonban igen concentrált oldatokra vonatkozik és ilyen mennyiségben jodot a szövetekben kiválasztásra birni nem lehet. Ha pedig lehetne, az feltétlenül szövetroncsolást okozna, a mit viszont nem tapasztalunk. Míg tömény oldatokban a jodnak maró hatása van, addig híg oldatokban mint lobinger hat. Közvetett úton természetesen itt is érvényesül a bactericid hatás; a szövetekre gyakorolt inger bizonyos oedemát idéz elő, a phagocyták száma szaporodik és ezeken kívül a szövetnedvekben szaporodó antitestek azok, a melyek a bacteriumokat elpusztíthatják. Némileg hasonlítható e hatás a sublimat syphilisgyógyító hatásához, a melyre vonatkozólag *Neuber*-nek értékes kísérleteit említem. *Neuber* kimutatta, hogy a sublimat nem mint mérge hat közvetlenül a spirochaetákra, hanem hogy a sublimat a szervezet védőanyagait (Schutzstoffe) kedvezően befolyásolja. A complementum, a különféle immuntestek és phagocyták képesesnek a szervezetbe való bevezetése után jelentékeny szaporodást mutatnak.

Eltekintve azonban a hatás magyarázatától, *Pfannenstiel* eljárásában a jod az érintkezés helyén, tehát a felületen válik ki és mélyre való hatása nagyon csekély. Ilyen módon nagyobb beszűrődések gyógyulását elérni lehetetlen. Mőnkban van azonban a fekélyek felületén jodot in statu nascendi lehasadásra birni, a nélkül, hogy a betegnek belsőleg jodot kellene adagolni. *Mandel* állított elő egy készítményt, a mely vízzel vagy szövetnedvvel összekeverve, szabad jodot ad le. Készítményét *ulsanin*-nak nevezi. Alkalmam volt a szerrel dolgozni és eredményeim hasonlóak azokhoz, a melyeket a *Chiari*-klinikáról közöltek (*Ohmacht*). Felületes fekélyek határozottan kedvezően befolyásolhatók, mélyre való hatása azonban nincs. Ezen módon tehát ugyanazon eredményt érjük el, mintha a betegnek belsőleg adnánk 2—3 gramm jodot és a jodkiváltót a felületen alkalmaznók; ez annál fontosabb, mert gümőkóros betegekben a jod belső adagolása nem közömbös, a tüdők részéről kisebb-nagyobb reactiót válthat ki: előhaladott esetekben a hurutot fokozza és így hőemelkedéseket is okozhat. *Finsen* intézetében *Strandberg* dolgozott *Pfannenstiel* módszere szerint és felületes orrlupus eseteiben szép eredményt ért el, mélyre való hatást azonban ő sem tapasztalt. Közelfekvő volt a gondolat valamely módon a jodot a szövetek belsejében szabaddá tenni és erre a célra *Reyn* ugyanazon intézetben az electrolysist használta. Ismeretes, hogy az emberi test a villamos áram számára úgynevezett félvezetőt (Halbleiter, Mann) alkot, a mely ionokra hasadt molekulákat tartalmaz és a melyben a villamos áramlás a molekulák (ionok) eltolódása által jön létre. Az áramlás alatt az ionok közül a kationok a negatív polus és az anionok a pozitív polus felé vándorolnak. Jodkalium-oldaton állandó áramot vezetve keresztül, a jodkaliummolecula felbomlik kali-kationra és jod-anionra, az első a kathód felé, az utóbbi, a jod, pedig az anód felé áramlik. Ha az oldathoz kevés keményítőt teszünk, akkor az anód körül kék színeződést látunk, jeléül annak, hogy jod vált szabaddá. Vajjon ez a kiválás az élő szövetben is létrejön-e és a serumnak a kiválásra van-e gátló hatása, azt *Reyn* kísérleti

úton bizonyította be. Kísérleteinek eredményeit a következőkben foglalja össze:

1. Es ist möglich, auf elektrolytischem Wege Jod in statu nascendi im Organismus nach Eingabe von Jodnatrium per os zu erzeugen.

2. Die Dosis hat bei einem erwachsenen Menschen wenigstens in 3 Gr. in einer oder zwei kurz aufeinander folgenden Dosis zu bestehen.

3. Das Optimum für die Wirkung der Elektrolysis liegt zwischen 1—2 Stunden nach der Verabfolgung des Jodnatriums (bei leerem Magen).

A kísérletek bebizonyították, hogy 2—5 milliampère áramerősség mellett jod válik szabaddá. Ez olyan áramerősség, a mely mellett sem a negatív, sem a pozitív poluson rövid árambehatalási idő alatt lényeges szövetváltozás nem történik. Erősebb áramok esetén nagyobb mértékben a kathód, kisebbben az anód körül szövetroncsolás jeleit láthatjuk (*Kuttner*, *Lucas*, *Gellner*). A folyamat nagyjában az, hogy a kathód mellett natrium válik szabaddá, a mely a hydroxyl-csoporttal natronlúggá egyesül, míg az anód mellett szabaddá vált chlor, melynek jellegzetes szaga érezhető, sósavvá lesz. Természetesen, hogy ezen erősen maró szerek nagyobb szövetroncsolásokat okoznak. Így a villamárám hatása chemiai hatássá alakul át. Ha azonban azon foktól, a melyen roncsolás áll be, eltekintünk, a gyöngébb áramok hatását vizsgálatai mszerint analogiába lehet hozni a fémmérgek hatásával, a melyek, a mint az *Neuber*-nek említett kísérleteiből kitűnik, bár concentráltabb oldatokban méregként hatnak, hígabb oldatokban olyan szövetingert alkotnak, a mely az immuntestek productióját növeli, növeli a phagocytosist és így bactericid hatású.

Ezen gondolatmenet mellett kezdetem meg vizsgálataimat arra vonatkozólag, vajjon van-e electrolysises hatása a gyenge áramnak jodnak belső adagolása mellett, és ha van, fokozza-e a hatást az in statu nascendi kiváló jod. Az irodalomban vannak észleletek, a melyek azt mutatják, hogy sebészi tuberculosis különböző fajaiban jodnak belső adagolásával egyes esetekben hatást lehet elérni. *Wolters* jodkali belső adagolásával mikroszkoppal és állatkísérletekkel körjelzett nyálkahártyatuberculosis gyógyított meg, míg *Körner* klinikájáról *Grünberg* számolt be hasonló esetekről. A vizsgálatot tehát olyan irányban kellett kezdenem, vajjon maga a jod nem okoz-e a vizsgálat tárgyául szolgáló szövetben változást. Ennek kimutatására egy alkalmas férfibeteget választottam.

1. J. S. 25 éves hivatalnok. Másfél év óta beteg. Ekkor meghűlt és kisebb vérköpése volt. Orvosa néhány héttel ezután jobboldali csúcshurutot állapított meg. Status praesens: Jól fejlett, kissé lesóványodott beteg. A jobboldali kulcsfeletti és alatti árok kissé behúzódott, ugyanott rövidebb a kopogtatási hang a 2. bordáig; hátul a 3. hátcsigolyáig. Érdes be-, erősen megnyúlt kilégzés, kevés apró és középholyagú szörtyzörej. A bal kulcs felett és alatt érdes be-, megnyúlt kilégzés, néhány középholyagú szörtyzörej. Gége: infiltratio interarytaenoidea. A köpetben látóterenként 3—4 Kochbacteriák. A vizelet idegen alkotórészeket nem tartalmaz. A Wassermann-reactio negatív. A hőmérsék maximuma egy heti észlelés alatt 37.4°.

1911 december 3. Két gr. natrium jodatum belsőleg egy adagban. Esteli hőmérsék 37.3°.

1911 december 4. Kissé többet köhög. A tüdők felett a physikalís lelet alig változott, csupán a bal kulcscsont felett hallható valamivel több szörtyzörej. A gégeében változás nem látható.

1911 december 5. A gége változatlan. Az általános állapot olyan, mint a kísérlet előtt.

Tekintve azt, hogy a beteg hónapokig állott észlelésem alatt (mint járóbeteg), a jod adagolását egy heti időközökben három ízben ismételttem, utolsó alkalommal az adagolt jod mennyiségét 3 gr.-ra emelve fel. Egy hónapi észlelés alatt a gége állapota semmit sem változott, csupán az utolsó alkalommal beállott jodnátha után kapott kisebb fokú gégehurutot, a mely három nap alatt teljesen elmúlt, a nélkül, hogy a hátulsó fal infiltratumán bármilyen változást idézett volna elő.

Meg akartam ezek után kísérni ugyanezen egyénen az electrolysis hatását jod belső adagolása nélkül, olyan módon, hogy a később is alkalmazni akart + polust platin-iridiumtű alakjában vezettem a meglehetősen nagy hátulsó fali infiltratum szövetébe.

1912 január 7.-én. A gégeének cocainozása 20% cocainoldattal, adrenalin hozzáadása nélkül. A negatív polust a beteg jobb kezébe adva, a jól megerősített platin-iridiumtűt az infiltratumba szúrta és az árammal lassan emelkedtem 3 milliampèreig. Az ülés tartama három perc volt. A három perc letelte után az áramot lassan zárva, a tűt eltávolítottam. A szűrési csatorna helyén minimális vérzés. A beteg a cocainhatás lefolyása után, kis kellemetlen érzésen kívül, melyet gégetájára lokalizált, semmit sem érzett.

1912 január 8.-án. A szúrás helye alig látható. A beszűrődés sem változott.

Egy hét múlva ugyanezt ismételve, az áramot 7 milliampèreig erősítettem. A behatás tartama 5 perc. A következő napon a beszűrési helyének környéke kissé belövelt. A belöveltség kiterjed a beszűrődés nyálkahártya-borítékára.

1912 január 17. A szúrás helye nem látható. Az infiltratum semmi változást sem mutat.

Meggyőződve ezek után arról, hogy sem a jodnatrium egyedül, sem pedig a gyenge electrolysises áram a kóros szövetre hatást nem gyakorolt, ugyanazon egyénen akartam tulajdonképpen kísérletemet végezni. Minden zavaró momentum elkerülésére az utolsó beavatkozás után egy hónapot vártam. Ezen idő alatt a jó állapotban lévő betegen lényeges változás nem állott be. Az esti hőmérsék maximuma 37,2—37,5 között váltakozik. A tüdőbeli állapot nem mutat változást. A testsúly állandó.

1912 február hó 10.-én reggel éhgyomorra 2½ gr. jodnatriumot kap és pedig felét 8 órakor, másik felét ½9-kor. ¼10-kor a gége cocainozása 20% cocainoldattal. A szükséges érzéstelenség beállt ½10-kor. Ekkor a platin-iridiumtűt az infiltratumba mélyesztve, a nem activ polust a beteg jobb kezében tartja. Lassú áramemelkedés 5 milliampèreig. A második perc letelte után a beteg gégejében kellemetlen viszketést érez, kevés köhögés-ingert, a mely azonban nem olyan fokú, hogy a tűt el kellene távolítani. 5 percnyi áramhatás után az áramot lassan zárva, a tűt eltávolítjuk.

1912 február 10. Esti hőmérsék 37,2. A köhögés-inger kissé erősebb. Heroin per os.

1912 február 11. Az infiltratum láthatóan duzzadt. Különösen a beszűrési körül, a mely szándékosan kissé oldalt történt, a különbség felismerése végett. Kevés kellemetlen érzés nyeléskor.

1912 február. A duzzanat kissé fokozódott, a nyelés azonban teljesen szabad.

1912 február 13. A nyálkahártya halaványabb, a szúrás helyén kis behúzódást mutat.

A leírtakból kitűnik az, hogy az electrolysis kombinálása a joddal határozott hatást fejtett ki. Az ülést egy hét múlva ismételttem ugyanazon áramerősséggel és ugyanazon tartammal, azonban az infiltratum másik szélén. Ugyanazon reakciós jelenségek. A beteg a natrium jodatum belső adagolását nagyon jól tűrte.

1912 február 24. Harmadik ülés. Azon feltevésből kiindulva, hogy a serum a jod kiválására némileg gátló hatással lehet (Reyn experimentalisan kimutatta, hogy a serum ezen folyamatra határozottan gátló hatással van), feltételeztem, hogy a hátulsó fal anaemizálása után az áram erősségének fokozása és az ülés tartamának meghosszabbítása nélkül erősebb reakciót fogok elérni. Az ülés lefolyása ugyanaz.

1912 február 24.-én este. A nyelési fájdalom erősebb, mint a második ülés után.

1912 február 25. Az infiltratum szövege succulensebbnek látszik. A nyelési fájdalom este óta csökkent. Esti hőmérsék 38,1°. A beteg többet köhög. Mindkét csúcs felett valamivel több szörtyzöreje hallható. Ágyban marad. Keresztkötés a mellkasra.

1912 február 26. A reactio csökkent. A köhögés kevesebb. Esti hőmérsék 37,4°.

1912 február 27. Az infiltratum külseje mint tegnap. A tüdőbeli állapot az eredetihez hasonló. Esti hőmérsék 37,1°.

1912 márczius 20. A lefolyt időközben még egy ülés cocain-adrenalin-érintésével. Ugyanazon áramerősség és tartam. Az infiltratum lényegesen kisebb. A betegen 4 hónap lefolyása alatt összesen öt ülésben végeztem natrium jodatum belső adagolása mellett electrolysist és az eredmény az, hogy az eredetileg erősen kifejezett, egyenetlen felületű beszűrődés ezen idő alatt szép sima felületű, alig látható kiemelkedéssé alakult át. Ezen esettel párhuzamosan, látva a kielégítő eredményt, több beteget kezeltem, szándékosan úgy válogatva meg az eseteket, hogy az elváltozások különböző alakjait legyen alkalmam észlelni. Természetesen olyan eseteket választva most már, a melyek nem lehetnek műtéti beavatkozás tárgya. A fent leírt eset természetesen sokkal hamarabb gyógyult volna műtéti beavatkozásra, éppen az elváltozás körülírt voltánál fogva, azonban ugyanezen körülmény nagyon alkalmassá tette az egyes beavatkozások eredményeinek észlelésére.

A betegek még valamennyien kezelése alatt állanak. Az elváltozások, melyeket kezelek, a következőképpen oszlanak meg:

1. és 2. A hátulsó fal infiltratuma, az egyik egy év előtt, a másik 8 hónap előtt endolaryngealisán, direct úton operálva. Az infiltratum mindkét esetben szélesen, laposan ülő. Műtét után néhány hónappal ismét gümös sarjadzások.

3. Infiltratio chordae spuriae lat. sinistri. Arytaenoiditis lat. sinistri.

4. és 5. Infiltratio chordarum et chordae spuriae lat. sin. Arytaenoiditis lat. sin. Infiltratio plicae aryepiglotticae lat. sin. Dysphagia.

6., 7., 8. Epiglottitis tbc. non exulcerata. Arytaenoiditis l. utriusque. Infiltratio plicae aryepiglotticae l. sin. (8.). Arytaenoiditis l. utriusque, cum oedemate consec. (6. és 7.)

Nem akarom e helyen a kórtörténeteket részletezni, annál kevésbé, mert befejezett gyógyulásról már az idő rövidsége miatt sem számolhatok be. Egy esetet azonban, a mely a legelső beteggel egyidejűleg került kezelés alá, érdekességénél fogva jónak látok részletezni.

L. M. 35 éves munkásnő 4 év óta beteg. 1½ év óta rekedt, egy év óta hangtalan. Gégebaja miatt már egy ízben operálva lett. Alacsony termetű, erősen lesóványodott beteg. Mindkét kulcsfeletti és -alatti árok erősen behúzódott. Belgyógyászati lelet: Infiltratio lobi sup. l. d. usque ad costam III. Infiltratio l. sin. ad cost. IV. Köpetben bacillusok (Gaffky V.). Wassermann negativ. A vizelet kóros alkotórészeket nem tartalmaz. A hőmérsék normalis.

Gégelelet: Infiltratio interarytaenoidea exulcerata (az egész hátulsó falra kiterjedő). Infiltratio chordarum spurium l. utriusque. Arytaenoiditis l. sin. Infiltratio plicae aryepiglotticae l. sin.

1912 január 20. Érzéstelenítés 20%-os cocainnal. 3 milliampère áram (65 volt). Az ülés tartama 3 perc. Az ülés befejezése után a fekélyes terület beporozása ulsaninnal. A beszűrési helye a hátulsó fal bal fele. Tekintettel arra, hogy a beteg a beavatkozást nagyon jól tűrte, ugyanazon ülésben egy beszűrési a bal aryporc duzzadt nyálkahártyájába, a szúrás a perichondriumig vezetve. Második áramnyitás ugyanazon áramerősséggel és tartammal.

1912 január 21. Hőemelkedés nincs. A gége bal fele nyeléskor kissé fájdalmas. Ennek megfelelően a bal aryporc felülete belövelt, a belöveltség és duzzanat reáterjed a bal aryepiglottis-redőre.

Ezen betegen 14 hónap lefolyása alatt 11 ülésben végeztem a beavatkozást, a közbeeső időben a fekélyeket állandóan ulsaninnal kezelve. Az eredmény az, hogy márczius 14.-én, tehát körülbelül 2½ hónappal a kezelés után a hátulsó fal széles fekélye teljesen begyógyult, úgy hogy a Rosenberg-féle fluorescin-próbával sem lehet hámtól fosztott helyet látni. Az álhangeszalagok beszűrődése, valamint a há-

tulsó falé is lényegesen kisebb, a gége ürtere nagyobb. Ezen esetben tehát, a mely operatív beavatkozásra egyáltalában nem volt alkalmas, mert minden kórosat eltávolítani lehetetlen lett volna, a jódnak a felületen és a mélyben való egyidejű alkalmazásával objectív eredmény volt elérhető.

Eddig összesen 14 beteget kezeltem a legelső kísérleti beteggel együtt. Kettőn a kezelést az első ülés után abba kellett hagyni az erős általános jod-reactio miatt. Egyik betegen, kinek a hőmérséke a beavatkozást megelőző héten állandóan 38° alatt ingadozott, 2,5 gr. jodnatrium adadása után nagyon vehemens jodnátha állott be és 2 nappal az ülés után 38,5° és 39,3° között ingadozó hőmérsékkel erős bronchitis tünetei jelentkeztek, a melyek különösen a két felső lebezy területére korlátozódtak. A lázas jelenségek 3 hétig tartottak, azután a tüdő ismét megnyugodott, nem tartottam azonban tanácsosnak a beavatkozást megismételni. Két beteg az első ülés után eltűnt szemeim elől, egy pedig a második ülés után 6 héttel pneumoniában pusztult el.

Eredményeimet a következőkben összegezhetem:

1. Az electrolysises úton a gége kórosan elváltozott szöveteiben kiváló jod reactiót fejt ki, a mely a szövetnedvekre való hatása következtében gyógyító hatást tud kifejteni.

2. Az electrolysis és jodhatás között bizonyos mértékben párhuzam vonható. Erősebb áram és nagyobb mennyiségű jod szövetroncsolást idéz elő (jodalbumin), míg gyengébb áram a szövetekre ingerként hat, a phagocytosist fokozza és a serum bactericid hatását növeli.

Hangsúlyozom ismét, hogy az eljárást csak olyan esetekben ajánlom, a melyek sem intra-, sem extralaryngealis műtetre nem alkalmasak. *Reyn* említi munkájában, hogy *Strandberg* a *Finsen* intézetében nyálkahártyalupus eseteiben folytatott kísérleteket. Közlemény azonban nem jelent meg erről. Mindenesetre azt hiszem, hogy az eddigi észlelések elég biztatók arra, hogy az eljárás elbírálását folytassuk és hogy a gégetuberculosis bizonyos eseteiben szép eredményt fogunk vele elérni.

Irodalom. *Neuber*: Beeinflusst die Quecksilberbehandlung die Schutzstoffe des Organismus? Archiv für Dermatologie und Syphilis, 1910, 105. kötet. — *A. Kuttner*: Die Elektrolyse, ihre Anwendungsweise etc. Berliner klin. Wochenschrift, 1889. — *Axel Reyn*: Methode zur therapeutischen Anwendung von Jod in statu nascendi in den Geweben. Berliner klin. Wochenschrift, 1911, 42. szám. — *Wolters*: Die Heilung eines Falles von primärer Tuberkulose etc. durch Jod und Quecksilber. Dermatologische Zeitschrift, 1907. — *Grünberg*: Zur Jod- und Quecksilberbehandlung der Tuberkulose etc. Münchener medizin. Wochenschrift, 34. szám. — *Pfannenstiel*: Ein Fall von fortgeschrittener Tuberkulose des Schlundes und des Kehlkopfes, der durch Anwendung einer neuen Behandlungsmethode geheilt wurde. Hygiea, 1910, 5. szám. — *Pfannenstiel*: Demonstration von neuen Fällen. Ibidem. — *Pfannenstiel*: Demonstration von neuen Fällen. Ibidem. — *Arnoldson*: Eine Reflexion über die Pfannenstiel'sche Behandlung. Ref. Zentralblatt für Laryngologie, 1911. — *Stangenberg*: Hygiea, 1911. — *Pfannenstiel*: Zentralblatt f. d. ges. Therapie, 1911, 1. és 2. szám. — *Pfannenstiel*: Prager mediz. Wochenschrift, 1911, 6. szám. — *Ohmacht*: Beitrag zur Jodtherapie tuberkulöser Ulcerationen etc. Monatschrift f. Ohrenheilkunde, 1913. Festschrift. — *Neuber*: Befolyásolja-e a kéneső és az arsenkezelés a szervezet opsoninos erejét? Orvosi Hetilap, 1911, 11. szám.

Közlemény a kolozsvári m. kir. Ferencz József tudományegyetem belgyógyászati klinikájáról. (Igazgató: Jancsó Miklós tanár.)

A Mintz- és az Ewald-Boas-féle próbareggeli gyakorlati összehasonlítása.*

Hatiegán Gyula dr. és *Döri Béla* dr. klinikai gyakornokoktól.

A gyomorbetegségek kórjelzései legnagyobb részben olyanok, a melyeknek kivitele a gyakorló orvos részére hozzáférhető. Bármily leleményességgel igyekeznek is az újabb vizsgálatok a gyomorszonda alkalmazását mind szűkebb és szűkebb térre szorítani, mégis azt kell mondanunk, hogy a gyomorbeteg-

* Előadták részben a magyar orvosok és természetvizsgálók XXXVI. vándorgyűlésén, Veszprémben.

ségek kórjelzésekor az esetek legnagyobb részében a döntő szó a gyomorszondával elért eredményeket illeti. Bármennyire is kellemetlen vizsgálati eszköz, jobbnak híján, a beteg érdeke parancsolja ennek a vizsgálati eszköznek továbbra való alkalmazását. Minthogy kevés a kilátás arra, hogy a gyomorszonda souverain szerepét eltüntessük, minden igyekezetünket arra kell fordítanunk, hogy a szondával elért eredmények minél inkább megközelítsék a valóságot.

Mindnyájunk előtt ismeretesek a különböző próbareggelik, melyek mind arra törekednek, hogy a gyomorsecretióba a lehető legpontosabb betekintést nyújtsák. Azt is jól tudjuk, hogy ezek mindegyike több-kevesebb hibával rendelkezik. Ha végigtekintünk a különböző alkalmazott próbareggelik összeállításán, látjuk, hogy a tökélynek nem felelnek meg. El tudunk-e képzelni olyan próbareggelit, a mely összetételénél fogva kirekesztené a gyomor secretionalis életére is vonatkozó individualismust, avagy egyenletesnek tarthatunk-e olyan próbareggelit, a mely a gyomor secretionalis viszonyainak feltárását egyik vagy másik, de határozottan egyfajta táplálóanyag jelenlétével idézi elő?

A legutóbbi időkig alkalmazásban levő úgynevezett próbareggelik és ebédek több-kevesebb hibával járnak.

Most már csak az a kérdés, hogy ezen eljárások, melyeket mi eddig a klinikán és a gyakorlati életben alkalmaztunk, oly mértékben hibásak-e, hogy alkalmazásukat esetleg pontosabb adatokat nyújtó eljárással pótoljuk, és időszerű-e egy újabb próbareggelivel helyettesíteni a jobbnak híján eddig megfelelőnek találtakat.

Mindnyáján ismerjük az *Ewald-Boas*-féle próbareggeli alkalmazását, az elveket, melyeken felépült; tudjuk azt, hogy hosszú éveken át való alkalmazása oly gyakorlati eljárássá emelte, hogy az általa nyújtott eredmények a gyógykezelésben irányítóak.

Ismerve egyrészt ezen eljárás tökéletlenségét, úgy tudjuk, hogy elérkezett a klinikumban annak az ideje, hogy azokat az esetleges hátrányokat, melyeket az *Ewald-Boas*-féle próbareggeli nyújt, pótoljuk más, jobbnak tartott próbareggeli alkalmazásával.

Nem akarjuk ez alkalomból a különböző próbareggelik előnyeit és hátrányait felsorolni, az az egy körülmény azonban, hogy egyikük sem tudta a gyakorlatban a régi *Ewald-Boas*-féle eljárást kiszorítani, mutatja azt, hogy az alkalmazásuk egy vagy más ok folytán nem versenyezhet az *Ewald-Boas*-éval.

Jelen alkalommal egy olyan eljárásról akarunk beszámolni, mely alkalmazás módjának egyszerűségénél fogva számot tarthat arra, hogy az *Ewald-Boas*-éval felvehesse a versenyt, másrészt pedig az az előnye, hogy oly adatokat is szolgáltat, melyek a gyomor kémiai és finomabb secretionalis viszonyaira vonatkoznak.

Ez az eljárás a *Sahli* által alkalmazott próbareggeli révén alakult ki. Ő vitte be először a bouillont próbareggeli gyanánt a gyomor secretionalis viszonyainak tanulmányozásába.

Az ő eljárása kibővülést nyert *Mintz* eljárásával, a ki a leveles oly anyagot tett, mely a próbareggelinek a gyomorban tartózkodása alatt nem szívódik fel; ezen anyagnak meghatározására súlyt fektet.

Mintz próbareggelijében a ferrum ammoniacum-nitricum szerepel oly anyag gyanánt, mely, miután *Slowzow* észleletei szerint a gyomorból nem szívódik fel a kísérleti időn belül, alkalmasnak látszik arra, hogy a gyomornedv mennyiségéről is adjon felvilágosítást. Részletekre nem terjeszkedhetünk ki, minthogy ezekre vonatkozó vizsgálatainkat más alkalommal akarjuk ismertetni. Jelenleg csak a *Mintz*-féle próbareggeli gyakorlati használhatóságáról szólunk.

Maga a próbareggeli a következőképpen készül: 100 gr. angol Liebig-Kemmerich-féle húskivonatot felhígítunk 500 cm³ forró destillált vízzel. Az oldatot megsűrűjük, a szüredéket sterilizzük és steril kémlőcsövekben az egy próbareggelihez szükséges mennyiségben elosztjuk. Arra kell törekednünk, hogy törzsoldatunk 5 cm³-nek, aciditása 16—18 n/10 NaOH-nak feleljen meg. 5 cm³ törzsoldat 100 cm³ destillált vízzel

II. táblázat.

Név és kor	A kivétel ideje	A gyomor-tartalom mennyisége cm ³ -ekben	Relativ aciditas			100 rész gyomor-tartalom áll		Absolut aciditas ‰-ekben	Kivett gyomor-tartalom áll		Leves acidit.	Megjegyzés
			összacid.	össz-sósav	szabad HCl	gyomor-nedv	leves		gyomor-nedv	leves		
M. J. 45 é.	40'	80	43	34.2	17	41.5	58.5	82.4—3	46.8	33.2	15	
	45'	20	42	35.6	11	62.5	37.5	56.9—2.08	12.6	7.4	15	

III. táblázat.

Név és kor	A kivétel ideje	A gyomor-tartalom mennyisége cm ³ -ekben	Relativ aciditas			100 rész gyomor-tartalom áll		Absolut aciditas ‰-ekben	Kivett gyomor-tartalom áll		Leves acidit.	Megjegyzés
			összacid.	össz-sósav	szabad HCl	gyomor-nedv	leves		gyomor-nedv	leves		
Sz. Gy. 20 éves	35'	220	67	59.4	36	52.4	47.6	113.3—4.13	115.3	104.7	16	—
	40'	75	99	94	69	68.4	31.6	137.4—5.01	51.3	23.7	16	Epefest. nincs
	45'	125	95	89.3	65	64.4	35.6	138.6—5.03	86.5	44.5	16	" "
	55'	50	109	106.2	75	82.1	17.9	129.4—4.72	41.1	8.9	16	" "

tunk; összaciditas *Ewald-Boas* szerint 17, *Mintz* szerint 23, össz-sósav 16.4. A mi a tejsavpróbát illeti: a mikor *Ewald-Boas* szerint positiv, *Mintz* szerint is az. Kivéve egy esetet, midőn *Ewald-Boas* szerint positiv, *Mintz* szerint negativ volt. Megemlíthetjük azt a körülményt, hogy a *Mintz*-féle bouillon-levesek a ferriion miatt nem igen alkalmasak a tejsavpróba megejtésére, a mikor nyomokban van tejsav.

Ha csak ezen adatok után indulnánk, nyugodtan mondhatnók, hogy a *Mintz*-féle eljárás nem alkalmas az *Ewald-Boas*-féle próbareggeli kiszorítására, már csak amaz egy tapasztalatnál fogva sem, a mit carcinoma eseteiben tettünk. Azonban említettük, hogy a *Mintz*-féle próbareggeli tartalmaz olyan anyagot, mely a kísérleti időn belül a gyomorban nem szívódik fel és ez a ferrum ammoniaco-citricum.

Hogy miért adjuk ezen anyagot, már megmondottuk. Elsősorban azért, hogy a gyomornedv mennyiségéről nyerjünk felvilágosítást. Az igaz, hogy a hígításra kerülő ferriion meghatározása olyan eszközt igényel, a mely nem áll a gyakorló orvos rendelkezésére (*Kruss, Autenrieth*), úgy hogy az ezen irányú hasznót inkább a laboratóriummal rendelkező kórházak és klinikák élvezhetik.

Azon körülmény folytán, hogy, mint már említettük, a gyomornedvmennyiség meghatározása egyszerű, tájékozva vagyunk a gyomornedv elválasztásáról, figyelemmel követhetjük a hatóanyagokon kívül a gyomorfoliadék mennyiségét is, mint olyan tényezőt, mely a gyomor rhythmusos működésében szabályozó szerepet is játszhatik. Ezen úgynevezett hígító gyomornedv-elválasztás, melyet *Mintz*, ellentétben *Pavlov*-val, a gyomorműködés nivellálásának egyik fontos tényezőjeként állít oda, meglehetősen új fogalom a gyomorzvizsgálat alkalmával és nem tartjuk kizártnak azt, hogy a pathológiás gyomorműködések beállítása az úgynevezett „nivellálóképesség” figyelemmel kísérése mellett új szempontokat hozhat nemcsak a kóros jelenségek megismerésében, hanem még a kórforma megállapításában is szerepet játszhatik.

A nivellálóképesség hiányának könnyebb megértése végett két esetet állítunk szembe. (L. a II. táblázatot.)

Egyik esetünkben (II. táblázat), hol kétszer (40—45 perc) végeztük vizsgálatunkat, a gyomor 40 perc után is az optimumon tartja relativ aciditását, ezzel ellenkezőleg az erős hígulás miatt az absolut aciditas csökkenése észlelhető (nivellálóképesség).

A másik esetben (III. táblázat), hol a panaszok hyperaciditásra mutattak, négyszer végeztünk vizsgálatot. Ha azonban a gyomornedv elválasztási viszonyait a gyomor hatóanyagaival párhuzamosan nézzük, akkor paradox viselkedést állapíthatunk meg. A gyomornedv absolut aciditásának megkevesbedése nem következik be a gyomor nivelláló képességének hiánya miatt. A relativ aciditas 40 percen túl is nö-

vekszik, habár a gyomornedv mennyisége az 50%-ot meghaladja. (Nivelláló képtelenség.)

Ilyen eseteknek klinikailag is pontosabb követése hyperaciditas esetén feltétlenül szükséges.

A klinikum sürgős tisztázását követeli azon észleletnek, a melyet achylia és carcinoma ventriculi eseteiben tett *Mintz*.

Mintz ugyanis azt mondja, hogy diagnostikailag értékesíthető az a körülmény, hogy gyomorrák eseteiben a kivett próbareggeli aciditása kisebb, mint a bouillon standard-aciditása. Részünkről ezt biztos carcinoma-esetekben nem találtuk; úgy hogy ennek alapján az achylia és carcinoma ventriculi közötti differentialis diagnosis nem vihető keresztül. Vizsgálataink végeredményét a következőkben foglaljuk össze:

A gyakorló orvos a *Mintz*-féle próbareggelivel nem kap jobb eredményt, mint az *Ewald-Boas*-félével. A klinikum azonban sokat nyert vele, a mennyiben a gyomor nivelláló képessége nézetünk szerint is mint új fogalom vonul be a gyomorbetegségek körjelzésébe. Azok az előnyök, melyeket *Mintz* hangoztat, szerintünk nem oly nagyok, hogy a gyakorlati életben annyira bevált *Ewald-Boas*-t mellőzzük.

Ha a gyomor nivelláló képessége a *Mintz* által jelzett irányban felhasználható lesz, akkor részünkről ajánlani fogjuk a gyakorlati életben is.

Irodalom. *Mintz*: Zur Frage des Chemismus des Magens. Ein neues Probeführstück. Deutsches Archiv für klinische Medizin.

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

Erőművi behatásra keletkezett epecysta kihámozással meggyógyított esete.

Irta: *Halász Margit* dr., műtönövendék.

Az irodalomban közölt kevés traumás májcysta-esetek számának növelésére szolgálhat a következő érdekes eset.

1911 május 2.-án P. I. 44 éves férfit vettük fel a klinikára cysta mesenterii diagnosissal, tumorának megoperálása végett.

A beteg erős dohányos és alkoholista, azelőtt mindig egészséges volt, 1911 február 24.-én azonban hasára esett, az esés után 5 napig fekvő beteg volt, hasában nagy fájásokat érzett. Felkelve jól érezte magát, foglalkozását is végezte, egyszer volt csak újból 5 napig tartó fájdalma. Márczius 28.-án újra hirtelen beálló égető fájásokat kapott a bal inguinalis és lumbalis tájékán, daganata keletkezését innen származtatja.

A beteg hasának alsó része, különösen pedig a bal fele erősen előredomborodó. Tapintásra emberfej nagyságú, oldalra is átbájtálható, sima felületű, cystaszerű resistentia érezhető, mely nyomásra kissé érzékeny. A resistentia tompa kopogtatósi hangot ad, mely a köldök felett két harántujjal kezdődik, jobbfelé a linea albatól négy ujjal, lefelé a symphysisig terjed. Baloldalt a spin. ant. és post. előtt négy harántujra végződik. A tompulat a vastagbél felfúvásakor nem változik.

Próbapunctiókor zöld folyadék ürült, melyben igen sok epefesték, igen sok amorph bilirubin-mésztermék és kevés sejt volt. A folyadék fehérjetartalma magas, pankreasfermentumok hiányoztak. A symphysis felett kissé baloldalt tapintható tumort találtunk, tehát ezek szerint mesenterialis cystának lehetett tartani.

Május 6.-án *Dollinger* tanár a beteget megoperálta.

A köldök magasságában kezdődő, a köldököt balfelé megkerülő metszéssel megnyitotta a linea albanak 15 cm. hosszú területén a hasüreget. Kitünt, hogy közvetlenül az elülső hasfal alatt fekvő majdnem emberfő nagyságú cysta van jelen melynek fala vékony, zöldes-sárga. Ezt a tömlőt hajlított vastag trokárrel megnyitva, a tömlőből mintegy 150 cm³-nyi zöld epeszínű és consistentiájú folyadékot tudott eltávolítani. Hozzáfogva a tömlő kifejtéséhez, kitünt, hogy a mesenterium előtt fekszik, még pedig úgy, hogy a vékonybelek legnagyobb részét felfelé tolja. Ugyancsak felfelé van tolva a colon transversum is, míg a flex. sigmoidea kifelé és hátrafelé helyezkedett el. A tömlőtől a belekkel mindenhol, nem fibrinnel, hanem kötőszövettel nőtt össze, mindamellett ióluk könnyen leválasztható, lefelé a kis medence bemenetéig, fölfelé jóval a köldök fölé ér. A midőn a tömlőt kiválasztjuk, kitűnik, hogy abból czeruzavastagságú, mintegy 12 cm. hosszú kötőszöveti köteg indul ki, mely azt a colon ascendenshez rögzíti, azonkívül a tömlőtől a máj jobb lebenyének jobboldali legelső széléhez két czeruzavastagságú köteg meg. Az egyik a máj elülső, a másik a máj hátulsó felületére vezet, mind-egyik a májon, mintegy 8—10 cm. hosszúságban halad és ott seprűszerűleg elágazik. Az alsó hegyköteget egy darab májjal együtt távolította el *Dollinger* tanár, minthogy azzal igen szorosán tapadt össze, úgy hogy azt róla csak a májszövet összeszagatásával lehetett volna leválasztani. A májsebet mélybe terjedő szűcsvarrattal egyesítette és a hassebet zárta. Per primam egyesülés után a beteg gyógyultan hagyta el a klinikát.

A tömlő falazata 1½ cm. vastag, részint fibrinből, részint kötőszövetből állott, hámbélése nem volt. Azon májdarabból pedig, melyet a cystával együtt távolítottunk el, epeutak vezettek a cystába. Az epehólyag teljesen sértetlen volt. Tehát mindezek folytán diagnosisunkat cysta hepatitis traumaticára kellett felállítanunk. Ugyanis a májcysták közül a parasitaer eredetűek: az echinococcus-tömlők elég gyakoriak. A többi előforduló cysta valódi- és ál-cystákra osztható. A valódi cystákat *Hoffmann* után feloszthatjuk congenitalisakra, retentiós cystákra és cystadenomákra. A *congenitalis* — csíraszóródáson alapuló — cystákat a dermoid, a csillósörös hengerhámmal bélelt és a nyálkacysták alkotják. Inkább kórbonczolástani, mint sebészi jelentőséggel bírnak, mivel igen ritkán fordulnak elő. Dermoid cystát például csak egyet ismerünk, *Meckel* esetét, csillósörös cystát csak tizen-egyet gyűjtött össze *Zahn* és ezek rendszeren csak mogyorónyi nagyságúak.

Másik csoportját a valódi cystáknak a *retentiós cysták* alkotják, melyek tartalmuk szerint lymphá- és epecysták lehetnek. A lymphacysták többnyire többes számban fordulnak elő, a mennyiben több kisebb cysta is található egy nagyobb közelében. *Jenckel* esetében lassan fejlődő körteforma lymphacysta mellett még néhány kisebb is találtatott a máj szélén, mind tiszta lymphás tartalommal. Így találta ezt *Leppmann* is két esetében.

A retentiós cysták keletkezésének módja még nem tisztázott; arra például, hogy retentiós epecysta úgy keletkezik, hogy epekő elzárja az epeutat és a mögötte pangó epe alkot cystát, egy esetet írt le *North*. A heg elzárhatja

úgy az epeutat, hogy cysta képződhetik, mint *Marckwald* esete mutatja, hol a bal lebeny felületén 10 cm. hosszú heg futott végig; a jobb lebeny convex felülete a rekeszhez nőtt, belsejébe a rekesz mélyen behúzódott és itt a májban 1½ liter epét tartalmazó üregben kövek is voltak. Egy kitágult epeút alkotta a cystát, melynek kivezető részét a hegyköteg zárta el.

Congenitalis retentiós epecysták gyakrabban fordulnak elő, az irodalomban 25 esetet írtak le, ezek az epeutak tárgulásából keletkeztek.

Dreesmann például születése óta beteg nőt operált, kinek gyakori kólikás rohamai voltak icterussal. 24 éves korában icterusa igen makacsnak mutatkozott. Az operatio alkalmával kiderült, hogy az epehólyag megnagyobbodott, alatta ökölnyi cystás tumor, mely a májjal összenőtt; a cystát drainezte. A teljesen kimerült beteg nemsokára meghalt. A cysta a tágult ductus choledochusból keletkezett. *Giese* esetében szintén congenitalis obliteratioja állott fent az epekevezető utaknak és hólyagnak korcsképződés miatt. *Weltner* észlelt egy leányt, kinek 5 éves korától 12 éves koráig 2—4 hetenként gyomorgörcei voltak, 7 éves korában 1 hónapig tartó icterusa, 13 éves korában ¾ évig tartó. A bonczolás kiderítette, hogy 1—2 cm.-nyi lefutás után a ductus choledochus cystába megy át, peripheriás végén ugyanis heges szögben megtört és igen erősen megsűkül. *Weltner* 6 esetet gyűjtött össze *Douglas*, *Kisiczky*, *Seiffert*, *Hasel*, *Rostenzew*, *Arnold* közleményeiből. Ujabbán *Körte*, *Goldmark*, *Reuss*, *Broca*, *Ebner*, *Bakes*, *Weiss* észleltek ilyen congenitalis cystákat. Keletkezésük oka vitium, lues, gyuladás, korcsképződés.

A valódi májcysták harmadik csoportja, a *cystadenoma*, szintén igen ritkán kerül észlelés alá.

Jellemző a valódi cystákra, hogy hámb- vagy endothelbéléssel bírnak. A mi esetünkben végzett szövettani vizsgálat azt mutatta, hogy a cystának hámbélése nem volt, tehát a valódi májcysták közé nem sorozhattuk, hanem az álepecysták sorába.

A máj álcystái vér- és epecysták.

A májat érő különböző erős traumákra a véredek igen könnyen megrepednek — az epeutak sokkal ritkábban —, különösen a vékonyfalú venák, és gyakran halálos vérzés keletkezik.

Néha, mikor a vérzés spontán megáll, a vérömleny eltokolódhatik, úgyannyira, hogy cysta képét adja; ilyen álcysta keletkezett *Lexer* esetében. Eltokolt haematomákat többen észleltek. *Schuchardt* betege a 15. napon halt meg elvérzésben, az eltokolt almányi vérömlenynek megrepedése következtében, mely a máj bal lebenyében foglalt helyet. *Bier* 3 héttel a trauma után operált betegében a máj jobb lebenyében mély, vérrel telt, eltokolt üreget talált.

Subphrenikus eltokolt vérömlenyt operált a májat ért trauma után *Moor*, *Schorban*. *Thomas* 1 hónappal a trauma után eltokolt vérömlenyt talált a máj alatt, melyet a cseplesz zárt körül. *Tietze* abscessusnak tartott esetben 1½ hónappal a sérülés után operálva, eltokolt, májból származó vérömlenyre akadt. Ilyeneket észleltek még újabbán *Aldridge*, *Horovitz*, *O'Conor* és többen. Ezek az eltokolt haematomák azonban gyakran fertőződnek az epeutakon át és elgenyednek. *Lexer* eltokolt haematoma megrepedése után már 3 óra múlva peritonitis fejlődését látta. *Lähr* szintén halálos kimenetelűt észlelt. *Graser* esetében pedig 1 évi fennállás után genyedt el az eltokolt haematoma.

Esetünkben úgy a punctio, mint a mütét alkalmával epét nyertünk és mivel az eltávolított májdarabból epeutak vezettek a cystába, az anamnesisből pedig kitünt, hogy a beteg traumát állott ki, az álepecysták közé kellett azt soroznunk.

A traumás vércystákhoz hasonlóan keletkeznek a traumás epecysták; ugyanis az epeutak subcutan megrepednek és ha cholaemiában nem pusztul el a beteg, ha a kiömlő epe bacteriumtartalma nem elégséges sepsises peritonitis előidézésére, úgy lehetséges, hogy az epeömlenyt plastikus peritonitis eltokolja és cysta képe áll elő, mint esetünkben.

A képződött cysták vagy a hasüregben, vagy a máj és rekesz közt, vagy magában a májban foglalhatnak helyet. Izolált subcutan sérülése az epeutaknak elég ritka. *Lewerenz* 1691-ig visszamenőleg 60 oly esetet gyűjtött össze, hol az epeutak subcutan sérülése más sérüléssel nem szövődött, ezek közül 12 epeömleny tokolódott el és többnyire cysta képét adta; utóbbiakhoz járul még *Kramer*, *Hahn*, *Martens*, *Doran* újabban publikált esete és a fentemlített is. Az epeutak subcutan sérülésének ritka volta az extrahepatikus utak védett fekvésében keresendő. A kivezető utak mélyen fekszenek, körülveszik a hasi szervek és zsiradékok, a májban haladó epeutak sérülékenyebbek, éppen fekvésüknél fogva.

Lewerenz statisztikájából kitűnik, hogy a máj parenchymáján kívül eső epeutak közül az epehólyag sérül leggyakrabban, mi magyarázatát a trauma alkalmával keletkező nyomásemelkedésben és falzata gyakori kóros elváltozásában leli. 60 gyűjtött esete közül 23-szor sérült az epehólyag, intrahepatikus epeút 8-szor, 8 esetben kétséges volt, hogy a hólyag vagy májbeli epeút sérült. Az újabban közölt cystához vezető esetekben kétszer a ductus choledochus, kétszer intrahepatikus utak sérültek, valamint a mi esetünkben is az utóbbiak. A ductus choledochus 9-szer sérült, a ductus hepaticus 6-szor, főága 2-szer, bal ága 3-szor, a jobb 1-szer, 5 esetben pedig nem volt közelebbi adat a sérülés helyére nézve. Tehát körülbelül 50%-ban az epehólyag, 25%-ban az extrahepatikus utak, ebből 15% a ductus choledochusra, 10% a hepaticusra esett, 15%-ban intrahepatikus epeutak sérültek, 20%-ot a nem tisztázott esetek foglalnak le.

A máj- és epeútsérülést előidéző behatások különbözők lehetnek, hathatnak körülírt helyre, például rúgás, öklöcsapás, vagy a hasnak nagy felületére eséskor, elgázoltatáskor, vasúti ütközők okozta összenyomatás alkalmával. Hogy azonban ezen behatások pusztán csak az epeutak subcutan sérülését idézzék elő, igen kivételes dolog, mint azt *Lewerenz* statisztikája mutatja, mely csak 60 ilyen esetről számol be. Más sérülés többnyire halálos kimenetelű, nagy vérzést idéz elő, vagy a más sérülés a többi hasüregbeli szervek laesiójával szövődik. Általában a gyermekek elastikus mellkasuknál fogva könnyebben sérülnek. Igen nagy befolyással bír azonkívül az epeutak falának különböző elváltozása. Az újabb cystára vezető esetben az epeutak fala nem mutatott elváltozást.

Epeútrepedésre következtethetünk a traumát követő shock elmúltja után, ha vérzés jelei nincsenek és peritonealis izgalom mutatkozik. A has felfújt, fájdalmas, különösen a májtájon, a légzés, az érverés szapora, a temperatura normalis. Később epe megjelenése a vizeletben, színtelen szék, bélműködési zavarok, epefelszívódás következtében a 2—4. napon jelentkező icterus irányíthatják a kórjelzést. Ezek a jelek azonban hiányozhatnak, egyetlen állandó jel a tompulat, mit a növekedő epefelhalmozódás ad. Ez legtöbbször a has jobb felső felén foglal eleinte helyet és szerencsés kimenetelű esetekben, *Lewerenz* 60 esete közül 20%-ban, eltokolódhatik és álcysta képét adhatja. Hogy azonban ilyen eltokolódás létrejöhessen, a kiömlött epének csaknem sterilnek kell lennie. Ilyenkor subcutan peritonitis keletkezik, serofibrinosus izzadmánnyal, mely a hashártya mindkét lemezén lecsapódik, vagy egyik szervtől a másikig húzódva ezek a pseudomembránok, miután kötőszövvé átalakultak, üregeket zárnak körül, melyeket a kiömlött epe kitölt. Hogy az ilyen plastikus gyuladást kémiai inger vagy bacteriumok okozzák-e, eldöntetlen kérdés.

Ilyen álcystákhoz vezető, eltokoló epeömlenyek a következők:

Gibson 1750-ben észlelt esete: 12 éves fiú magasból darab fára esett. Kezdetben hasfájdalma volt, később dyspepsia, színtelen szék és oedema mutatkozott lábain, ezzel egy időben nagy daganat keletkezett hasa jobb felső felében. 1½ évvel később 1¾ liter zöldes folyadékot bocsájtott ki punctio útján. Halál ugyanaz nap. Bonczoláskor az epehólyag roppant kitágultnak látszott, körülbelül 1 liter epét tartalma-

zott. Tulajdonképen a hólyagból kiinduló cysta utánozta a megnagyobbodott epehólyagot. *Wainwright* betegében a kiömlő epe retroperitoneálisan helyezkedett el és így alkotott igen nagy cystaszerű tumort. *Jaucway* és *Dixon* esetében is retroperitoneálisan volt található cysta nélkül.

Wainwright férfibetege lóról leesve szenvedett zúzódást a májtájon. 8 hét múlva meghalt. Bonczoláskor a hasüregben nagy tumor látszott, mely a máj alsó felszínén kezdődött a tágult hepaticus folytatásaképpen, egyrészt a jobb mellürbe nyult a rekeszen levő hasadékon át, a bordákat felemelte és a tüdőt komprimálta, másrészt a colon ascendens hátulsó felszínén a medenczébe és a flexura sigmoidea és colon descendens mögött visszafordulva, a baloldali rekeszkúpig terjedt; a bal és jobb oldalon fekvő része a tömlőnek közlekedett egymással a medenczébe. A tömlő elülső falát a peritoneum hátulsó lemeze alkotta, melyet az előre nyomuló epe a retroperitonealis szövettől felemelt. A repedés helye az összenövés miatt nem volt megtalálható, valószínűleg a ductus choledochuson ült.

Drysdale esete: A 13 éves fiút kocsis falhoz szorította, minek következtében a máj tájékán zúzódást szenvedett. A shock elmúltja után hasfájdalmak, hányás, eleinte véres szék, később színtelen, sötétzöld vizelet, a 3. naptól icterus mutatkozott és a has lassan megpuffadt. 3 hét múlva punctióval 9 liter sötétzöld folyadék volt eltávolítható, epefesték és fehérjetartalommal, hasonlóan a mi esetünkhöz. A beteg belsőleg sűrített epét kapott, de 6 hét múlva mégis meghalt kimerülésben. A bonczolás kimutatta, hogy kiterjedt adhaesiók és peritonealis felrakódások tökéletes zsákokat alkottak, mely a májtól a medenczéig ért le és epés folyadékot tartalmazott. Az epehólyag telt és sértetlen volt. A choledochus 2 cm.-rel a cysticus alatt át volt szakadva, vége ½ cm. hosszúságban a cystába vezetett.

Uhde esete: 27 éves férfi vasúti ütközők közé kerülve, nagy zúzódást szenvedett. Collapsus, később peritonealis izgalom, a 10. naptól icterus; sokáig agyagszínű szék. Nagyobb epeútrepedést diagnosztizálva, kétszer végeztek punctiót a 23. és 37. napon, mely nagymennyiségű epés folyadékot adott. 13 év múlva a beteg gyomorrákban meghalt. Bonczoláskor a máj alsó felszíne és a belek között erős összenövés, a máj megkisebbedett, az epehólyag teljesen sértetlen volt.

Thirsch betege: 20 éves fiatal embert elgázoltak. 14 napig csekély panaszai voltak, ágyban fekvő beteg nem volt. Lassan puffadni kezdett a hasa, fájdalmak egyre növekedtek. Többször múlt icterusa volt. Háromszori punctióra 9, 6 és 5½ liter epés folyadék volt nyerhető. 7. héten halál. A jobb és bal lebeny határán nagyobb részt gyógyult szakadás, mely csak a bal lebeny concav felszínén tátongott még, itt egy nagy epeút átszakadt és nyitott lumene látszott, a hasüregben nagy, vastag felrakódással eltöltött üreg volt, serosus epés tartalommal.

Cohnheim esete hasonló az előbbihez. Betegétől többszöri punctióra epés folyadékot nyert. Hónapok múlva a beteg más baj miatt meghalt. Bonczoláskor a bal hepaticus át volt szakadva, a parietalis és visceralis peritoneumot vastag barna alhártya fedte és közte foglal helyet a kiömlött epe.

Bridson laparotómiával eltöltött epeömlenyt nyitott meg. Drainezés. Hónapokig tartó epeelválasztás után gyógyulás.

Arbuthnot Lane esete: 18 éves fiút jobb oldalán a köldöke felett megütötte egy szekérrúd. Kezdetben erős fájásai voltak, 2 hét múlva panaszai megszűntek, 4 hét alatt látszólag egészen összeszedte magát. Kevéssel azután hasa igen megpuffadt, hányt, feltűnően rosszszul volt. 5 hét múlva a trauma után laparotómiát végeztek rajta a köldök alatt, ekkor 12 liter tiszta epét ürítettek ki. Az epehólyag sértetlen volt, valamint a máj széle is. Drainezés.

Erre meggyűlt a most már el nem tokolt epeömleny a máj és köldök között, melyet egyszerű punctióval (3 liter epét adott) nem lehetett eltávolítani. Az első műtét után 4 hétre újra megoperálták a beteget, feltárták és drainezték

az epével töltött zsákok, melyet valószínűleg a kitágult epehólyag alkotott. A beteg meggyógyult.

Wipple betege: A 16 éves fiút ló rúgta meg a hasán. Peritonealis izgalom mellett a hasnak felső részét a lassan növekvő folyadékgyülem domborította ki. 4½ hét múlva végzett laparotomiánál eltokolt üregből 1 liter epés folyadék volt eltávolítható. Drainezés. Gyógyulás.

Spencer esete: 5 éves gyermeket elgázoltak, rögtön peritonealis izgalmi jelenségek mutatkoztak nála; a 3. napon icterusa keletkezett, széke sokáig agyagszínű volt és lassú folyadékszaporodás volt észlelhető hasában. A 13. napon az első laparotomia alkalmával a has jobb felső feléből epés folyadékot távolítottak el, a hólyag sértetlen volt. A második laparotomia a 18. napon hasztalannak bizonyult a nagy összenövések miatt; drainezés. A 33. napon a gyermek meghalt kimerülésben. Bonczoláskor a ductus choledochus át volt szakadva, a máj, a rekesz és a gyomor között eltokolt, epét tartalmazó üreg.

Hubbard kétszeri punctio után, mely mindig epét adott, laparotomiát végzett 34 éves asszonyon, kit kocsi gázolt el. A has felső bal felében eltokolt üreget nyitott meg, mely epét és vértesteket tartalmazott. Drainezés után javulás állott be, de az asszony 3½ hónap múlva tüdőbeli szövődmények miatt meghalt. Valószínű, hogy epehólyaga zúzódott.

Laffan 50 éves nőbetege lórúgást szenvedett el a hasán. A laparotomia alkalmával epét és genyet tartalmazó eltokolt üreg volt a has felső felében. Drainezés, gyógyulás.

Lewerenz ezen 12 gyűjtött esetében több mint a fele (7) meghalt a betegek közül. Az elhaltak közül 5 csupán punctióval volt kezelve, 1 laparotomizált beteg kimerülésben, 1 szintén operált más betegség folytán halt el. A gyógyult betegeket mind laparotomizálták. Ebből a statisztikából tehát világosan látszik a feltárás hasonlíthatatlan előnye a régi punctiók kezeléssel szemben. Ezt erősíti meg az összes 60 subcutan epeút-sérülésből levont tapasztalat és az újabb **Hahn**, **Martens**, **Doran**, **Kramer** közötti esetek is.

Hahn 4 éves gyermeket kezelte, kit 6 hét előtt kocsi gázolt el. Median laparotomia, a hasüregben nagy, eltokolt epeömleny. Úgy a choledochuson, mint a cysticuson repedés volt kimutatható. Tamponálta a hasüreget, 6 hét múlva a beteg meggyógyult.

Martens betegeiben 6 nappal a trauma után eltokolt hasüregbeli epeömlenyt nyitott meg, a 18. napon egy subphrenikusat; 6 hét múlva pedig subphrenikus abscessust.

Doran 3 évvel a trauma után nagy álcystát nyitott meg, mely a lobus quadratus és a jobb lebeny egész bal felét elfoglalta. Az üregben 1½ liter zöld epe volt, sem kövek, sem echinococcusrészek nem voltak benne. Drainezte az üreget, a beteg meggyógyult.

Kramer a trauma után 4 hónappal operált egy beteget, kinek icterusa volt és a hasüregben emberfőnyű álcystája epés tartalommal. Repedést az epeutakon nem tudott felfedezni, csak a choledochus körül összenövéseket. Drainezés után 7 hét múlva gyógyulás.

Az összes laparotomizált eseteket tekintve, hol eltokolt epeömleny volt, vagyis álcysta, azt látjuk, hogy azok mind egyikében feltárást és drainezést végeztek és így a gyógyulás hetek múlva következett be. Egyedül a mi esetünkben sikerült a kedvező körülmények miatt, a mennyiben csak csekély parenchymás vérzés volt a belekkel való összenövés helyén, az epeömleny kihámozása.

Végül nem mulaszthatom el hálás köszönetemet kifejezni **Dollinger** tanárnak az eset közlésének szíves átengedéseért.

Irodalom. *Langenbuch*: Chirurgie der Leber und Gallenwege. — *Hofmann*: Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie. 1902, 10. kötet. — *Fleischhauer*: Jahresbericht über die Fortschritte auf dem Gebiete der Chirurgie. Hildebrand, 1896, 2. k. — *Lewerenz*: Archiv für klinische Chirurgie, 71. kötet. — *Thöle*: Neue deutsche Chirurgie, 4. kötet.

A lipojodinról.

Irta: **Róth Alfréd** dr., szakorvos.

Mindaddig, a míg a salvarsan gyógykincsünket nem gyarapította, a kéneső mellett a jod volt a syphilis souverain szere. De a mióta a syphilidologusok legnagyobb része a tiszta salvarsan-, vagy a kombinált salvarsan-kéneső-kezelést ajánlja, a jodkészítmények használata mindinkább háttérbe szorult. Pedig kétségtelen, hogy a jod a lues bizonyos eseteiben kiváló hatást gyakorol. Ismeretes azonban, hogy vannak kellemetlen mellékhatásai, melyeket a jodismus gyűjtőnévvel szokás összefoglalni. A jodkezelés eme hátrányainak elkerülésére az utolsó években számos szerves jodvegyületet alkalmaztak, melyek a jodalkáliakkal (jodkalium, jodnatrium) szemben azzal a nagy előnnyel bírnak, hogy a gyomrot megkímélik és a felszívódásuk a belekben történik. Ezek a szerves jodvegyületek két főcsoportra oszlanak, ú. m.:

1. a jodfehérjékre és
2. a jodszírsav-származékokra.

A jodfehérjékre vonatkozólag sok szerző egyértelműleg kimutatta, hogy egyrészt a jodalkáliakkal teljesen azonos módon viselkednek, másrészt vagy igen kevés jodot tartalmaznak (maximalisan 20%-ot), vagy nagyobbára szerves joddal vannak keveredve. A jodszírsavszármazékok szintén két főcsoportra oszlanak, ú. m.:

1. a szabad jodszírsavakra és
2. az elszappanosított jodszírsavvegyületekre.

Az előbbieket közé tartozik a jodival (monojodizovalerianuretan 47% joddal), az utóbbiak közé tartoznak a jodipin, a sajodin és a lipojodin. A jodipin, mely zsírok és a sesamolaj zsírsavainak jodos productuma, 10 és 25% joddal, rendkívül rossz ize folytán nem tudott meghonosodni. A sajodin, mely mint a monojod-behen-sav calciumsója a nehéz szappanok (földfémszappan) közé tartozik, 24–26% jodtartalommal, az a hátránya, hogy a jodlehasadás belőle nehezen és késedelmesen történik. A lipojodin a dijodbrassidinsav aethylestere, 41·06% jodtartalommal bír. Ez utóbbit bocsátotta legutóbb rendelkezésemre a Gesellschaft für Chemische Industrie in Basel azon célból, hogy vele beteganyagomon kísérletezzek.

A lipojodin előállításához szükséges alapanyagot a repceolaj szolgáltatja. Ebből különböző eljárások szerint a brassidinsavat kristályos állapotban izolálják, a melyből az aethylgyök bevezetése és esterezés után két jod-atom bekapcsolásával létrejön a lipojodin.

Vegyképlete: $C_{19}H_{39}CJCJ-COOC_2H_5$.

A lipojodin a közönséges zsíroktól és olajoktól jodtartalmán kívül abban is különbözik, hogy kristályos és chemiailag tiszta vegyületet alkot, melynek állandó összetétele a könnyen megállapítható olvadáspont (36.5) által igen egyszerűen ellenőrizhető. Ezen tulajdonsága által különbözik a lipojodin valamennyi jodszírsavkészítménytől, melyek vagy oldhatatlan fémszappanokat, vagy szabad zsírsavakat, vagy laza vegyületeket alkotnak, a melyeknek chemiai összetételét néha igen nehéz ellenőrizni. A szerves jodvegyületeknek létjogosultságát az ad továbbá, hogy erősebb lipotropiát és neurotropiát tételezünk fel róluk, mint a jodalkáliákról. Midőn kísérleteimet a lipojodinnal megkezdtém, főleg az utóbbiakra voltam tekintettel s mint az alábbiakból kitűnik, a lipojodin hozzá fűzött ez irányú várakozásomnak csakugyan meg is felelt.

A lipojodint 18 betegemen alkalmaztam. A jodismus kérdése szempontjából 2 lues latensben szenvedő betegemmel szedtettem 3 héten át lipojodintablettákat. Mindketten már azelőtt is szedtek mindenféle jodkészítményt és a jodismus minden készítmény két-három napi használata után erős mértékben állott be rajtuk. Csak miután meggyőződtem arról, hogy csekély náthán kívül a lipojodin használata után más jodtünet nem mutatkozik, tértem át a lipojodin klinikai hatásának megvizsgálására.

Minthogy klinikai eredményeim majdnem teljesen egyformák, részletesebben csak négy kórtörténetet közlök:

1. B. A.-né márciusban inficiálódott. 30 kénesőbedörzsölés és 8 kéneső-salicyl-injectio után júliusban erős kephalalgia állott be. 0:30 intramuscularis salvarsan-injectio után múló javulás. Egy hét múlva a kephalalgia-rohamot sokkal erősebben ismét visszakapta, ekkor jodkalioldatot rendeltem neki. Két nap múlva erős jodismus. A jodkalioldatot felhagytam s most már lipojodint kapott nagyobb dosisban (naponta 4 szemet). Három napi lipojodinszedés után a beteg jobban érzi magát, az occipitalis tájon eleinte tompa nehéz érzése van, egy hét múlva ez is megszűnik. A második hét végén csekély nátha jelentkezik, mire a lipojodint napi 3 tablettára leszállítva, ez a jodtűnet is rövidesen elmaradt.

2. Cs. I., 26 éves ügyvéd, december havában keresett fel. A jobb lábszár felső harmadának külső oldalán forint nagyságú fekély és ugyancsak a bal lábszár felső harmadának külső oldalán fillérsnyi, vastag pörkkel fedett fekély. Az anamnesis teljesen negatív, a Wassermann-reactio (+++) pozitív. Minthogy a betegnek 14 napra vidékre kellett utaznia és így erősebb antilueses kezelésnek azonnal nem vehette alá magát, az említett 14 napra lipojodin-tablettákkal láttam el, még pedig az előírás szerinti magasabb adagokat szedtettem vele (naponta 4 tablettát). Két hét alatt a kisebb fekély teljesen behámosodott, a nagyobbik fekély pedig teljesen feltisztult és tiszta sarjakkal volt kitelődve. Hydrarg. salicylic-injectiókra pedig két hét alatt a nagyobbik fekély is behámosodott. Különösen kiemelem, hogy jodismusnak még csak legcsekélyebb jele sem mutatkozott az egész idő alatt.

3. K. L.-né szeptember közepén jelentkezett 3 felületes bőrgummával. Az egyik a jobb alkar feszítő oldalán a könyök alatt 20 filléres nagyságban, egy koronányi nagyságú a bal alkar feszítő oldalán a könyök alatt és egy 2 filléres nagyságú gümma a jobb scapula felett, azonkívül erős fejfájásról panaszkodott. A Wassermann-reactio erősen pozitív. A lipojodintól a beteg 14 napon át naponta 4 tablettát szedett, azután felváltva kapott egyik nap két, másik nap négy tablettát. 14 napi lipojodinhasználat után az összes gümme elváltozások visszajelődésben vannak. A lipojodin 6 hetes használata után az összes gümme meggyógyultak. Ezen idő alatt kellemetlen jodtűnet nem volt és a beteg 5 kilót hizott.

4. K. H.-né, 64 éves, házmesterné. A jobb arcus zygomaticus alatt és a jobb halánték táján 1-1 koronányi nagyságú fekélyes, piszkos barnás pörkkel fedett gummával jelentkezett rendelésem 1912 október 12.-én. Az anamnesis teljesen negatív. Lipojodint szed naponta felváltva négyet és kettőt. Öt hét lefolyása alatt a gümme fekélyek teljesen meggyógyultak. Jodismus nem mutatkozott.

Két betegem a lues másodlagos stadiumában szedte a lipojodint, mert külső körülmények folytán erősebb kéneső- vagy salvarsankezelés nem volt fogantatható. Az egyikben roseolák voltak, melyek egy héten belül teljesen eltűntek. A másikon plaque-ok a szájban; 4 heti lipojodinhasználat után lényegesebb javulást elérni nem tudtam.

Klinikai tapasztalataim szerint tehát nyugodtan állithatom, hogy a lipojodin terapiás hatása kétségtelen és lipotrop és neurotrop hatása tekintetében a jodkaliak felett áll a nélkül, hogy a jodkaliak kellemetlen mellékhatásai lipojodin használatakor mutatkoznának. Mert a jodkaliak rendkívül gyorsan szívódnak fel s így a jodhatás explosioszerűleg fejlődik ki, mert hirtelenül igen sok jod tódul a vérrendszerbe, és minthogy a jodkaliak szervetlen testek, távozásuk rendkívül gyorsan történik és ennél fogva a jodnak legnagyobb része felhasználás nélkül távozik. *Von Velden* düsseldorfi, *O. Loeb* göttingeni docensek vizsgálatai szerint a jodkaliakból csak 15-20% használódik fel, míg a többi változatlanul távozik el. (Lásd *Therap. Monatshefte*, 1911, 4. füzet.) Míg a lipojodinnal folytatott igen kiterjedt állatkísérletek szerint a resorptio állandóan és egyenletesen történik és a jodkihasználás csaknem tökéletes, ha a készítményt étkezés után adagoljuk. Tudniillik a lipojodin a szervezettel szemben tökéletesen úgy viselkedik, mint a közönséges zsír, például a vaj. Minthogy az olvadáspontja 36,5°, vagyis igen alacsony, a gyomorba jutva rögtön megolvad és minthogy savak és lúgok nem befolyásolják, teljesen változatlanul kerül át a pylorusra és belekbe és a vastagbélben egyéb zsírokkal emulgeálódva felszívódik. Kitűnő ízén kívül ezen körülmény is a készítmény nagy előnyére szolgál, mert a többi jodkészítmény csak bizonyos kémiai átalakulás folytán tud a bélben felszívódni, miért is a legtöbbször bizonyos részük felhasználás nélkül ürül ki a bélsárral. Ugyancsak *Loeb* és *von Velden* kísérletei szerint a lipojodin az eddig ismert jodkészítmények között a legerősebben kifejezett lipotropiát és neurotropiát mutatja,

úgy hogy összehasonlítva a monoiodbehensav calciúmsójával, a lipojodin lipotropiája 10-szeres. Ezen lipotropia igen kifejezett felraktározódással jár együtt. Sajátságos és feltűnő jelenség, hogy a lipojodin igen kis adagjaival ugyanolyan erőteljes hatást értem el, mint más nagyobb adag jodkészítménnyel. Például az említett 4. számú kóresetben a beteg minden 2 napban összesen 6 tablettát kapott, mely tabletták jodtartalma súlyra átszámítva megfelelt 72 centigramm jodnak. Tehát egy napra esett 36 centigramm. Ha ezt jodkaliára átszámítjuk, megfelel 0,5 gramm KJ-nak. Már pedig nem kell hangsúlyozni, hogy luesben pro die fél gramm jodkaliával eredményre nem számíthatunk. Nézetem szerint ennek az a magyarázata, hogy mivel a lipojodin zsírokkal minden arányban emulgeálódik, a bélből, a chilusban oldódva, a nyirokereken útján jut a szövetekbe, ahol a zsírok felhasználtnak és elégtetnek. A lipojodin a szövetekbe jutva a leginkább tekintetbe jövő beteges szövetekben (agyszövet, gerincvelő, zsírszövet, mirigy stb.) raktározódik fel. Itt a lipojodin zsírja is a többi zsírral elég, a tiszta fémjod pedig, miután a szövetnedveket befolyásolta, mint jodsó a kiválasztó factorok segítségével, de legnagyobb részét a vesékén át távozik és mint Naj a vizeletben kimutatható. Minthogy tehát a lipojodin jodtartalma a szervezetben a legerősebben kihasználtnak s minthogy a beteges helyeken mint fémjod jelenik meg, ez hozza magával azt, hogy kis adagokkal is nagy jodhatást kapunk, hogy alkalmazásakor a jodismustól félni nem kell és hogy végül olcsóbb számos más jodkészítménynél, s azért a szegényebb sorsú betegeknek is hozzáférhető.

Közlemény a budapesti állami gyermekmenhely belorvostani osztályáról. (Főorvos: Szabó Mihály dr.)

A tannismut a csecsemők emésztési zavaraiiban.

Irta: *Lengyel Piroška* dr., a budapesti állami gyermekmenhely másodorvosa.

Finkelstein a csecsemőkori emésztési zavarokat egyensúlyzavar, dyspepsia, decompositio és intoxicatio névvel jelöli az egyes stadiumok szerint a mutatkozó tünetek alapján. Az összes emésztési zavarok oka gyanánt a következőket fogadja el: éhezés, helytelen táplálás (akár mennyiségileg, akár minőségileg) és valamely, a szervezet bármely részét ért fertőzés. A megnevezett emésztési zavarok bármely alakjának gyógykezelése az előidéző okok szerint különböző, de főképp diaetás. Nem szándékom most ezeket tárgyalni. Több helyen mások már számos, tanulságos tapasztalatot közöltek a csecsemők emésztési zavarainak különböző stadiumaiban diaetás úton elért eredményekről. A diaetás eljárás az esetek legtöbbszörében a legcélszerűbb, mert causalis therapia. Azonban míg ennek eredménye jelentkezik, tekintettel a tünetek súlyos voltára, éppen úgy mint más betegségekben is, ahol szintén áll rendelkezésre kitűnő causalis therapia, a gyógyulás siettetése, a beteg közérzetének javítása céljából szívesen alkalmazzuk a tüneti kezelést is, a csecsemők emésztési zavarainak majdnem minden stadiumában, a mint azt maga *Finkelstein* is javálja és alkalmazza, indokolt a tüneti therapia (excitantia stb.) is.

Az emésztési zavaroknak dyspepsiás és a decompositió stadiumnak dyspepsiával komplikált alakjaiban már régi idő óta kiváló gyermekgyógyászok alkalmazzák az adstringenseket, még pedig főképp a tannin- és bismuth-készítményeket. Mint a legtöbb praeparatumnak, az eddig használt bismuth- és tannin-készítményeknek is számos kellemetlen mellékhatását észlelték és erre, valamint a diaetás therapia fejlődésére való tekintettel az utóbbi években sokan nem szívesen alkalmazták. Az észlelt káros hatások a következőkre vezethetők vissza: a leginkább használt bismuthum subnitricum már mérgezési tüneteket is okozott, úgyszintén a salicylvegyület is, azonkívül erősen izgatták a gyomor nyálkahártyáját, ezáltal étvágytalanságot idéztek elő.

Újában a *Heyden*-féle vegyi gyár tannismut név alatt (tulajdonképpen bismuthum bitannicum) oly vegyületet hozott

forgalomba, a mely a fenti két szer jó tulajdonságait magában foglalja, hátrányai azonban nagy mértékben kiküszöböltettek. A tannin a bélcsatornában levő erjedési folyamatot csökkenti, az ott levő bomló anyagokat fertőtleníti és összehúzóan hat; a bismuth szárítja a bélfalat és csökkenti a váladékot (*Schöller*). *Bókay* szerint a kénhydrogen azokhoz a gázokhoz tartozik, a melyek nagy mértékben fokozzák a bélmozgásokat. Ha már most oly emésztési zavarban, melyben az erjedési és rothadási folyamatok révén e gáz fokozott peristaltikát és így gyakori székletet idéz elő, bismuthot adagolunk, bismuthkéneg képződik, a fokozott peristaltika és így a hasmenésben nyilvánuló tünet is tetemesen csökkenhet. A bismuthum tannicum (molecularis vegyület) azonban nem vált be, mert a tannin lehasadása későn történt. A tannismut (*bismuthum bitannicum*) nagy előnye abban rejlik, hogy két molecula tannin van egy molecula bismuthoz kötve. Ennek folytán a leválás úgy történik, hogy előbb csak az egyik tanninrész hasad le és csak azután a másik. Ez azért fontos, mert nem az a célunk, hogy a fokozott váladékképződés egy helyen szűnjön meg, hanem lassúbb, fokozatos visszafejlődést óhajtunk a bélcsatorna egyéb részeiben is. A kettős lehasadás folytán a szer hatása egyenletes lesz és az egész béltractusra kiterjed, mert ha az egyik tanninrész a bélcsatorna felső részeiben le is válik, a másik a későbbi bomlás folytán az egész béltractuson áthajtatik és a vastagbélben jut érvényre. Tapasztalataink szerint és az alább közlendő kórtörténeti kivonatok alapján mondható, hogy a tannismutot jó ízénél fogva a csecsemők is szívesen veszik, hányást vagy hányásingert semmiképp sem idéz elő, sőt még csökkenti is azt, a mint eseteink legtöbbjében észleltük. Azt is érdemes megemlíteni, hogy étvágytalanságot nem okoz és hosszabb alkalmazása után sem áll elő makacs székrekedés. A levált tannin a vékonybél nyálkatartalmának mennyiségét leszállítja, a nyálka- és fehérjeanyagokat oldhatlanná változtatja át és mert így a bacteriumok táptalaját csökkenti, a mikroorganizmusok túlszaporodását meggátolja.

A tannin és bismuth e vegyülete igen finom por, mechanikai béligatást tehát nem okozhat, ellenben finoman és egyenletesen fedi a bélnyálkahártyát.

Mivel a tanismutról szóló irodalomban *Pickard*, *Polland* tanár, *Soucek* (Hamburger tanár osztályáról), *Schöller* (Heim tanár osztályáról), *Wohrizek* (Neumann tanár osztályáról) értekezéseikben már számos kórtörténetet közöltek: ezért csak néhány kórtörténet közlésére szorítkozom.

1. H. E. 10 hónapos. 1912 október 25. Súly 3800 gr., gyakori, híg, tenesmusos ürülék székletek. 3-szor 0.25 tannismut pro die. Október 31. A tenesmus csökkent. Még mindig híg székletek. Rp. 4-szer 0.25 gr. tannismut pro die. November 6. Pépes székletek. Súly 4130 gr.

2. Mesterségesen táplált E. S., 10, hónapos. 3900 gr. 1912 október 19. Gyakori hányásinger. 4-szer bõ, híg, nyálkás széklet. Rp. 2-szer 0.25 gr. tannismut pro die. Október 22. A hányásingerek csökkentek. Pépes székletek. Rp. 3-szor 0.25 gr. tannismut pro die. Október 25. 3990 gr. November 16. 4280 gr.

3. Sz. F. 9 hónapos, vegyesen táplált, 3450 gr. 1912 október 13. Gyakori vizes székletek, hányásingerek. Rp. Tannismut 3-szor 0.25 gr. pro die. Október 14.-én a hányásingerek szűntek, október 18.-án 2 pépes széklet, október 22.-én súly 3600 gr.

4. K. P., anyatejjel táplált, 11 hónapos, 4320 gr. 1912 november 18. Gyakori véres, nyálkás székletek. Rp. 3-szor 0.25 gr. tannismut pro die. November 22. A székletek még mindig gyakoriak, nyálkásak, de már nem véresek. November 28.-án a székletek száma kevesebb, pépesebb összeállításúak. 4-szer 0.25 gr. tannismut naponta. December 16.-án 2-3, csaknem teljesen pépes összeállítású széklet. Súly 4550 gr.

5. D. J., 7 hónapos, vegyesen táplált, azelőtt anyatejtáplálás mellett is gyakori dyspepsia. Rp. 4-szer 0.25 gr. tannismut pro die. 1912 október 29. 6950 gr. súly, gyakori bûzös, nyálkás székletek, gyakori hányás. Október 31.-én a hányásingerek csökkentek, súly 7100 gr. November 2.-án pépes székletek, súly 7150 gr. December 2.-án súly 7700 gr.

E kórtörténet-kivonatok egy-egy példáját adják a tannismut sikeres alkalmazásának anyatejjel és mesterségesen táplált csecsemők súlyos dyspepsiával komplikált decompositiós állapotában és anyatejjel táplált csecsemő dyspepsiájában is. Különben az összes fent már említett szerzők kiemelik gyors és biztos hatását, továbbá azt, hogy melléküneteket nem okoz, hogy mérgező hatást nem fejt ki, hogy ára az eddigieknél jelentősen olcsóbb és hogy az íze kellemes.

Közlés a Szent Margit-kórházról. (Főorvos: Irsay Artur dr., egyet. tanár.)

A noviform az orr-gégeorvostanban.

Irta: *Laub László* dr.

A jodoformnak új pótszerét, a *noviformot* a *Heyden*-féle chemiai gyár rendelkezésünkre bocsátotta kísérletezés céljából. Körülbelül egy év óta használjuk mindazon esetekben, a melyekben ezelőtt a jodoformot vagy annak pótszerét, a xeroformot alkalmaztuk. A noviform vegyi összetétele szerint tetrabrombrenzkatechinből és bismuthból áll. A tetrabrombrenzkatechin mint erős bromtartalmú antisepticum, a bismuth mint szárító és adstringens érvényesül.

A noviform igen finom sárgás por. Előnye, hogy áramló vízgőzben is könnyen sterilizálható. Bactericid hatására vonatkozólag *Bayer* végzett kísérleteket és kimutatta, hogy friss agarlemezen a *staphylococcus pyogenes aureus* kifejlődését megakadályozza, hogy a felületről $1\frac{1}{2}$ cm.-nyire a mélybe még bir gátló hatást kifejteni, míg a jodoform gátló hatást előidézni nem birt. *Hayek* a szer mérgező tulajdonságának megvizsgálása céljából állatkísérleteket végzett s azt találta, hogy a noviform egyáltalában nem mérgező.

Leggyakrabban poralakban használtuk. Még pedig különösen az orrban és az orr melléküregeiben végzett műtéti beavatkozások után porfúvóval a friss sebfelületre vagy üregbe fújtuk. A noviform igen finom por lévén, az orrnak minden részét egyformán vékonyan és egyenletesen vonja be s izgató hatást nem fejt ki. Gége-műtétek után elég gyakran és jó hatással alkalmaztuk.

A felső légutak úgy lueses, mint tuberculosus, valamint carcinomás fekélyes megbetegedéseiben is végeztünk noviform-befúvásokat.

Kedvezően befolyásolja a fekélyek gyógyulását antisepsises, sebeket befedő, tisztító és desodoráló tulajdonságainál fogva. Orrműtétek után, különösen ha a beteg kórházban marad, legtöbbnyire nem tömeszeljük be az orrt. Ilyenkor a gyógyulás gyorsabban következik be és a beteg is könnyebben érzi magát. De vannak esetek, a mikor a betömeszelés elkerülhetetlen. Ilyenkor gummiszivacs-tömeszt vagy gaze-t használunk. Készítettünk 2-3 és 4 cm. széles szegett szélű noviformgaze-t.

Orreczema eseteiben igen gyakran használtuk a noviformot 2-5 és 10%-os kenőcs alakjában. A noviform sűrű használata esetén sem tapasztaltunk kedvezőtlen hatást. Tekintettel arra, hogy teljesen szagtalan és nem izgató, hogy jó desiniciens és desodoráló szer, hogy összehúzó tulajdonságánál fogva a vérzés csillapítását is elősegíti, az orr-gégeorvostanban bizonyára kiterjedt alkalmazást fog találni.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Hermann Engel: Die Beurteilung von Unfallfolgen nach der Reichsversicherungsordnung. Urban und Schwarzenberg, Berlin und Wien, 1913.

A munkásbiztosító intézmények elterjedése, a nap-nap után szaporodó balesetből származó kártérítési igények mind szélesebb körökben keltik fel a gyakorló orvosok érdeklődését is a balesetből származó következményeknek biztosítási szempontból való megítélése iránt s ez okból tarthat széles körökben való érdeklődésre számot *Engel*-nek, a berlini főbiztosítási hivatal szakértőjének jelen könyve, melyben széleskörű tapasztalatai alapján igen tanulságos képét adja az idevágó tudnivalóknak. A munka első része a német balesetbiztosítás szervezetét és az idevágó törvényes intézkedéseket, jóval terjedelmesebb II. része a balesetkövetkezményekre való orvosi vizsgálat módját s a balesetkövetkezmények orvosi megítélését tárgyalja. A munka minden során meglátszik, hogy

tapasztalt szakember írta; számos apró fogással ismertet meg, melyeknek a diagnosisban, a simulatiók leleplezésében hasznát lehet venni és gazdag casuistikával szolgál saját tapasztalataiból, melyben a különböző sérüléseknek és balesettel összefüggésbe hozott belső megbetegedéseknek elbírálását s az általuk okozott munkaképességcsökkenés megállapítását demonstrálja. Fülészeti, szemészeti és egészen kivételes eseteket nem vett tekintetbe.

A jól megírt munkát, melyet kezdők tankönyv gyanánt használhatnak s melynek a gyakorlottabbak is hasznát vehetik, ha egy-egy kétes esetben tájékozni akarják magukat, melegen ajánljuk olvasóink figyelmébe. P.

Lapszemle.

Belorvostan.

A haemorenalis index — mely a vesefunctio fokának megállapítására alkalmas — a *Bromberg* által szerkesztett igen egyszerű eszköz segítségével könnyen meghatározható. A haemorenalis index a vizelet és vér anorganikus sóconcentrációjának az arányát fejezi ki s rendes viszonyok közt 2. Kóros körülmények közt (vesegyulladás, vesedaganat, vese-medencze-betegségek, vesekövek, prostata-betegségek), mikor a veseműködés csökkent, az index 2-n alul van. Az eljárás a vizsgálható folyadékknak villanyáram útján támasztott ellenállása mértékének meghatározásán alapszik. A vizsgálathoz 0.5 cm³ vizelet s ugyanannyi vérsavó elegendő. Ha a hólyagvizeletet használtuk a vizsgálathoz s az index 1.5-en alul van, akkor a betegség kétoldali s operálni nem lehet. Ha ureterkatheterizés útján nyert vizeletet használunk, akkor az index a kérdéses vese absolut functionalis értékét méri. Ha az index 1.8—2, akkor a kérdéses vese nyugodtan eltávolítható. (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1913, 28. sz.)

Galambos dr.

Sebészet.

A gerinczvelő-daganat eseteiben elért műtéti eredményekről értekeznek *Ranzi*. 5 extramedullaris daganat közül 3 meggyógyult, 1 javult, 1 meghalt. 2 intramedullaris tumorral operált közül mindkettő meggyógyult. Rossz a csigolya-tumorok prognosisa, carcinoma eseteiben reménytelen. 5 csigolya-tumor operált esete közül meghalt 3, javult 2. A diagnoskált tumor öt esetben nem találtatott; két esetben tumor helyett meningitis serosa circumscripta volt jelen. Csigolyatörésnek öt esete közül 3 esetben a legújabbban mind gyakrabban ajánlott korai műtét végeztetett igen csekély eredménnyel. Spondylitis 2 esetében eredménytelen volt a műtéti beavatkozás. Az alsó végtagok spasmusa miatt operált 6 eset közül 4 járt eredménnyel, kevesebb eredményt látott a felső végtagok spasmusa eseteiben, athetosis eseteiben igen rosszak voltak eredményei. Ugyancsak eredménytelen volt a *Foerster*-műtét gastrikus krízis egy esetében, a melyben már a vago-tomia is eredménytelennek bizonyult. *Foerster*-műtét 40 esetéből 13 halt el, 5 a műtét következtében, 2 meningitisben és incontinentia urinae következményeiben. A gyógyulás és javulás csak lassan következik be. Fontos, hogy a durát csak kis részletében nyissuk meg, mert a liquornak hirtelen elfolyása következtében az intramedullaris nyomás csökkenése nagy veszélyvel járhat. A gerinczvelő-műtétek eredményei általában jobbák, mint az agyműtétekéi. A szerzőnek 4 esete évek óta (2—5½) állandóan gyógyult. (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1913, 16. sz.) *Ifj. Hahn Dezső dr.*

Gyermekorvostan.

Magzati gümőkór egy esetét ismerteti *Dufour* és *Thiers*. Az anya gümőkórja a vérpályán keresztül vitetett át a magzatra, a nélkül, hogy a placentán bármely elváltozást lehetett volna látni.

Az eset története röviden a következő: A 19 éves nő vérvörös miatt vétetik fel; hat hét óta soványodik, köhög,

éjjel izzad, székrekedése van, az utóbbi időben véres köpetet ürít, harmadik hóban terhes.

Vizsgálatkor mindkét csúcs beszűrődése mellett baloldalt caverna-tünetek. A beteg elesett, nehezen beszél, kissé merev tarkó mellett a *Kernig*-tünetet és a *Trousseau*-féle jelet mutatja. Pupilla-különbség, fényre alkalmazkodás mellett; kissé arhythmiás pulsus. A lumbal punctio megerősítette a meningitis tuberculosa gyanúját, a mennyiben a vitziszta folyadék magas nyomás mellett ürül, mikroskop alatt számos lymphocytát tartalmaz s benne gümöbacillusok mufathatók ki. 12 napi kórházi ápolás után a meningealis tünetek folytonos fokozódása közben a beteg meghal.

Bonczolásakor gümös agyhártyalob mellett a bal tüdőben több kis caverna és számos friss gümös gócz látható. A méh bonczolásakor a magzatot félig a hüvelybe csúsztottnak találják. A magzat hasa kitérült és szalmasárga asciteses folyadékkal telt. A méhlepény teljesen ép.

Az asciteses folyadékkal végzett oltásra az egyik tengeri malacz lépében számos gümö képződött, a melyekben a *Koch*-féle bacillusokat könnyen ki lehetett mutatni.

Az eset tehát bizonyító erővel bír arra, hogy a méhlepény épsége mellett is átoltódhatik az anya gümőkórja a magzatra. (*La pédiatrie pratique*, 1913, 18. sz.)

Bókay Zoltán dr.

Szülészet és nőorvostan.

A Röntgen- és mesothorium-sugarakkal való gyógykezelésről, különösen méhrák eseteiben ír *Doederlein*. A müncheni női klinikán 21 myomás beteget kezeltek teljes sikerrel Röntgen-sugarak segítségével. Az eredmény sokkal tökéletesebb, mióta a *Krönig-Gauss* ajánlotta eljárást követik (nagy dosisok). A myomások Röntgen-kezelésének ellenjavallataként szerepelnek az ú. n. polyposus, a hüvelyben megszülető félben levő myomáknak carcinomával való kombinációi és a myomák rosszindulatú degenerációi. Olyan myomák, a melyek nagyfokú nyomási tüneteket okoznak, szintén röntgenezhetők; a szerző 3 esetében ilyeneken is jó eredményt ért el. A myomáknak ovarialis daganatokkal való kombinációi nem valók erre a kezelésre; a *friss* gyuladós adnexumdaganatok kombinációi myomával röntgenezhetők. A climacteriumos vérzés eseteiben kapott eredményei nagyon jók. Hasonlóképpen a dysmenorrhoea és pruritus vulvae eseteiben végzett gyógykezelései is eredményesek. Méhrák 6 esetében a Röntgen-sugarakat radiummal illetőleg mesothoriummal kombinálta; különösen klinikai szempontból véve, eredményei nagyon jók voltak, úgy hogy ezen a téren további kísérletezésre biztat. Hangsúlyozza azonban, hogy *ne válaszszunk ki nagyon előrehaladott eseteket*, mivel azok természetesen nehezebben befolyásolhatók. Carcinomarecidiva eseteiben (*Wertheim*-műtét után) eredményei kedvezőtlenek voltak. (*Monatschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie*, 37. kötet, 4. füzet.)

Scherer Sándor.

Idegkórtan.

Hydrocephalus acutus internus által okozott megvakulás gyógyult esetét közli *Bychowski*. A homályos eredetű papillitis okát többször kell keresni hydrocephalus ac. internusban, mint azt eddig tettük. Jellemző az ilyen eredetű papillitisre, hogy gyorsan, s eltekintve kisebb-nagyobb fejfájástól, minden kísérő idegrendszeri tünet nélkül támad s a harmadik agykamara punctiója által meggyógyítható (*Anton-Bramann*-féle Balkenstich). A 3. agykamara legalsóbb része, az infundibulum közvetlen a chiasma n. optici mögött fekszik s így érthető, hogy a folyadékknak megszorodásakor elsősorban a chiasma szenved. Lehetséges az is, hogy a hydrocephalus (meningitis serosa) nem általános, hanem a tela choroidea csak helyben választ el túlsok folyadékot. Minthogy a subarachnoidealis üregek s a kamarák nem mindig közlekednek egymással, a punctio ilyenkor hatásosabb, mint a széles trepanatio. (*Neurol. Zentralblatt*, 1913, 10. sz.)

L.

Húgyszervi betegségek.

Az impotentia gyógyítása epiduralis injectiókkal.

Boulanger az ő kísérleteiről a következőket írja:

A nagyközönség az impotentiát és a frigiditást nem tudja egymástól megkülönböztetni, pedig ez a két név egymástól teljesen eltérő állapotot jelez. Frigiditas alatt a sexualis kivánságnak csökkenését avagy teljes hiányát értjük; ebben a kóros állapotban a nemi vágyak ha csökkentek, sőt talán alusznak is, de valójában mégis léteznek; a merevedés rendes és a coitus akadály nélkül folyik le.

Ezzel ellentétben az impotentiánál a vágyakozás fennáll, de merevedés hiányában nem nyerhet kielégítést. Az impotentiát tehát az erectiók hiánya jellemzi.

Némelykor bizonyos szervek laesiója okozza az impotentiát, így például valamilyen localis betegség, a medullaris központ sérülése, a prostata-szövetnek — mely köztudat szerint a merevedést kiváltó reflexnek kiindulási pontja — teljes ablatiója, a külső avagy belső nemi szervek fogyatékosága avagy sérülése, avagy az egész szervezetnek valamilyen betegség (gümőkór, rák, alkoholismus, lues) által okozott általános elesettsége.

Máskor meg pusztán functionalis zavarok okozzák az impotentiát s ezek az esetek jóval gyakoribbak. Ilyenkor az *Eckhardt*-féle merevedési központban bizonyos gátló jelenségek érvényesülnek, de sem a központban, sem a prostatában anyagi sérülések nem állanak fenn. Ezt a kóros állapotot különösen kedvezően lehet befolyásolni az epiduralis injectiókkal, a melyekkel legközvetlenebbül tudunk hatni a gátolt központra és ennek újabb energiát juttatni.

Az epiduralis ürbe fecskendezett folyadék ugyanis az ott keresztveződő idegekkel találkozik, ezeket izgatja; ezen izgalom fokozatosan feljut az idegközpontokba, ezeket éleszti, energiát juttat nekik, az aktivitásukat növeli és megszünteti azon gátló mozzanatokot, melyek a működési képességüket csökkentették.

Ezen injectiók, bár egyébként teljesen ártalmatlanok, az impotentiára a legtöbb esetben rendkívül hatásosnak bizonyultak. A szerző rendkívül értékes gyógyeljárásnak mondja, melyet feltétlenül igénybe kell vennünk olyan gyengeségi állapot megszüntetésére, a mely azok részére, a kik ebben szenvednek, olyan lelki s erkölcsi depressiók kútforrása, melyek az illetők életét véglegesen meg tudják mérgezni. (*Journal des praticiens*, 1913, márczius 22.) *Drucker.*

Orthopaedia.

A poliomyelitis orthopaediai gyógyításáról referál

Lange tanár (München). A poliomyelitis lefolyását három szakra osztva, e szerint ajánlja a betegség különböző szakainak megfelelő teendőket. A betegség *heveny szakában* a nyugalom a fő; a hátfájással járó esetekben ajánlatos, a csigolyagyulladás eseteiben ismert módon, a törzs nyugalomba helyezése gipszágy segítségével. A heveny szak lefolyása után következő első évben, a *regeneratio szakában*, a gyógykezelésnek a regeneratio elősegítését és a contracturák megakadályozását kell szolgálnia. Az előbbi célra alkalmazandók: gyenge farados és galvános áram, enyhe massage, meleg légfürdők, kataplasmák, nap- és homokfürdők a tengerparton. A contracturák megelőzését könnyű, egyszerű készülékek segítségével érjük el, melyek alkalmazásakor szem előtt tartandó az izomzat selyesítő atrophijája, ezért bőrtokos Hessing-készülékek s gipszkötések kerülendők. Az egy év letelte után lényeges regeneratio már nem várható, a *bénulás nagysága kialakult*, ezért feladatunk, hogy egyes izomcsoportok működésének a hiányosságát pótoljuk a bénult testrészen. A pótlásra a legideálisabb módszer az idegplasztika volna, azonban az eddigi, a kísérletezés stadiumában levő, egyes megválasztott esetekben alkalmazott eljárástól gyakorlati eredmények még nem várhatók. Megfelelő esetekben functionalis jó eredmények érhetők el azonban az inátültetéssel. Az inátültetést a bénulásra következő négy éven belül nem ajánlatos végezni! Az átültetéskor főelv, hogy lehetőleg mindig teljes izomátülte-

tést végezzünk s kevésbé lényeges funkciójú, ép izommal pótoljuk a funkcióra lényeges, bénult izom működését. Hogy miként végezzük az átültetést — inat inra ültessünk át, vagy pedig a működő inat a végtag csontváza distalis részének a megfelelő helyén a csontthártyához varrjuk —, arról lehetnek nézeteltérések, *Lange* azonban tapasztalatai alapján az utóbbi módot ajánlja. A teljes bénulásos esetekben az arthrodesis inátültetéssel és mesterséges (selyemfonálköteg) szalagok alkalmazásával sokszor elkerülhetjük. (*Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie*, 1912.)

Kopits dr.

Fülorvostan.

A foglalkozásbeli baleseti dobhártyarepedések

Dewatripont szerint a következőképpen jönnek létre: 1. magasból fejezuhanás következtében, főleg kőműveseken és más, állványokon, létrákon dolgozó munkásokon; az ily módon létrejött dobhártyarepedések rendszerint egyoldaliak; 2. robanások következtében bányászokon, kőbányamunkásokon; ezek a rupturák úgy egy-, mint kétoldaliak lehetnek, de az utóbbi esetben is többnyire erősebben van bántalmazva az egyik fül; 3. caisson-munkásokon, a kik vízalatti, hidépítési munkálatok alkalmával sűrített levegőben, a bűvárharangszerű caissonban dolgoznak; e dobhártyarepedések rendszerint kétoldaliak, symmetriásak s többnyire az eszmélet elvesztésével társulnak. A traumás dobhártyarepedések prognosisa funkció tekintetben rossz; a nagyothallás rendszerint állandósul, sőt fokozódik s orvoslása sikertelen. A főfájás, szédülés, fülzúgás a baleset után hosszú ideig megmarad s a sérült sokszor neurastheniássá lesz, psychés depressiókkal. Súlyos későbbi complicatiók is bekövetkezhetnek, otitis med. purulenta meningitissel, agytályoggal. Az ily baleseti sérülések véleményezésében nagyon elővigyázatosnak és a későbbi eshetőségekre tekintettel kell lennünk; legcélszerűbb, ha mindjárt utalunk a későbbi utóvizsgálatok szükségességére. (*La Presse médicale*, 1913, 11. sz.) *Safranek dr.*

Venereás betegségek.

A syphilispirochaeták tiszta tenyésztésének egyszerűsített módját közli *J. Schereschewsky* (Paris).

A szerzőnek már azelőtt is sikerült a *Sowade*-féle eljárással löserumon a spirochaetákat tisztára kitenyésztenie. A loserumot csövecskékben óvatosan 65° mellett meg kell alvasztani, de csak oly fokig, hogy a beléje vitt syphilises anyag fölött a gyengén megmeredt serum ismét záruljon. Töredeznie tehát nem szabad az alvadéknak. Ez, valamint az a fogás, hogy a szerző a csövet nem vattával, hanem dugóval jól elzárja, az anaërob föltételeket szolgálja jobban. *Sowade* eljárásában azt az elvet vette kiindulásul, hogy a syphilises anyagból a spirochaeták más mikroorganizmusokkal szemben gyorsabb mozgásuk és anaërob szükségletük miatt előbb burjánoznak a táptalaj mélyébe. Ennek alapján egy idő múlva az oltási anyag alatt egyedül a spirochaeták vannak jelen. Ezt az eljárást, melyben a spirochaeták tiszta tenyésztésének a különválasztása még kissé nehézkes és körülményes, *Schereschewsky* most egyszerűsíteni iparkodott. Ez az egyszerűsítés abban áll, hogy bizonyos idő múlva a táptalajba bevitt syphilises anyag alatt a csövecskét levágja, s azt a kellő cautelák betartásával Petri-csészébe helyezi. Ily módon a spirochaeta-törzsoeknek egész sorát nyerte tiszta tenyészetben, a melyekkel azután további passageokat is végezhetett. A táptalajnak apró részletei tárgy- és fedőlemez között összenyomva és sötét látóteres eljárással vizsgálva, bőven tartalmazzák a spirochaeta pallidákat. A spirochaeták az első generációban rendszerint vastagabbak és gyorsabban mozgóak. A spirochaeták ugyanazon törzsének további passageai azután olyan spirochaetákat tartalmaznak, melyek a pallidának szokott képét mutatják. Kórokozó voltukat positiv eredményű állatkísérletek bizonyítják. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1913, 29. sz.) *Guszman.*

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A melubrin *M. Schmid* szerint napi 8 gramm mennyiségben is teljesen ártalmatlan szer, a mely heveny izületcsúsz eseteiben legalább is ugyanolyan jól hat, mint a salicyl. Szövődmények a szív részéről nem ellenjavallják a használatát. A melubrin csaknem íztelen, vízben könnyen oldódik s azért gyermekek is könnyen beveszik. (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, 23. sz.)

A perrheumal nevű, külsőleg alkalmazandó, kenőcs-szerű salicylkészítményt *Zawacki* nagyon jó eredménnyel használta heveny izületcsúsz és köszvényes izületfájdalom eseteiben; mérsékelt vastagságban kell a kóros terület bőrére kenni és enyhén elmasszálni naponként 3-szor. Izomcsúsz eseteiben is jó szolgálatokat tesz a perrheumallal végzett masszálás. (Mediz. Klinik, 1913, 28. sz.)

Tabeses gyomor-krízis egy igen súlyos esetében, a melyben minden szokásos kezelésmód teljesen eredménytelen volt, *Fuchs* novocain-suprarenin lumbalis befecskendezésével nagyon jó eredményt ért el, a mennyiben a néhány napi időközrel végzett két befecskendezés után most már öt hónap óta szünetelnek a fájdalmak. (Münchener med. Wochenschrift, 1913, 24. sz.)

Az algocratin nevű új fájdalomcsillapító szert *Fraczkiewicz*, a krakói Ferencz József-kórház belosztályának főorvosa jó és biztosan ható szernek találta ideg-eredetű fájdalmak megszüntetésére. Melléktüneteket nem észlelt. A napi adag 2—4 por volt; a közlés azonban nem említi, hogy egy pornak mennyi a súlya. Arra vonatkozólag, vajjon rheumás és arthritises fájdalmak ellen is hat-e az algocratin, további vizsgálatok szükségesek. (Aerztliche Standes-Zeitung, 1913, 8. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Klinikai füzetek, 1913, 7. füzet. *Sugár K. Márton*: Labyrinthus és nystagmus. *Turán Géza*: A laboratoriumi vizsgálatok szerepe a bal-eseti véleményezésnél. *Widder Bertalan*: A hátgerinczgörbületek újabb kezelésmódja.

Gyógyászat, 1913, 30. szám. *Jakobi József*: Az adigen, újabb digitális-készítmény klinikai értékéről. *Bakody Aurél*: Adat a fogságban levők atypikus psychosaisaihoz.

Orvosok lapja, 1913, 31. szám. *Réczey Imre* és *Borszékny Károly*: A peptikus gyomorfekély sebészeti kezelése.

Budapesti orvosi ujság, 1913, 31. szám. *Lichtenberger Béla*: A neuritis ascendensről. *Hruby Ede*: A belorvosi röntgenologia.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Rózsa Felix* dr.-t a székesfővárosi Erzsébet-szegény-házi kórház belgyógyászati osztályához rendelő orvossá, *Jakobovics Mór* dr.-t Stubnyafürdő orvosává, *Bujdos János* dr.-t a budapest-angyalföldi állami elmeegógyintézethez másodorvossá, *Schmölcz Mária* dr.-t a fehértemplomi közkórházhoz másodorvossá nevezték ki.

Új magántanárok a budapesti egyetemen. A vallás- és közoktatásügyi minster *Dalmady Zoltán* dr.-nak a physikai gyógyításmódot, *Gergő Imre* dr.-nak a sebészeti diagnostika és *Nagy László* dr.-nak a zsigertan című tárgykörből magántanárként történő képesítését tudomásul vette és a nevezetteket e minőségükben megerősítette.

Meghalt. *P. Coyne*, régebben a kórbonczolástan tanára Bordeauxban. — *S. Lachapelle*, a gyermekorvostan tanára Montrealban. — *J. M. Agular*, a nőorvostan tanára a granadai egyetemen, 49 éves korában.

A „Teleia“ (a nemi betegségek leküzdésére alakult egyesület) rendelő intézetében 1912-ben 5717 férfi- és 618 nőbeteg, azaz 6335 beteg jelentkezett, a kik 73.336-szor részesültek gyógykezelésben.

Személyi hírek külföldről. *N. Guleke* strassburgi magántanár (sebészeti) tanári címet kapott. — *A. Stumdorf* dr.-t a nőorvostan tanárává nevezték ki a newyorki Policlinic Medical School-on. — *His* tanár Berlinben nem fogadta el a bécsi egyetem belorvostani tanszékeére történő meghívást.

Hírek külföldről. A párisi Pasteur-intézet ez év november 14.-én ünnepli fennállásának 25 éves jubileumát. A franciaia senatus a kormányval egyetértőleg már most elhatározta, hogy ez alkalommal a becsületrend különböző fokozatait fogja — soron kívül — elismerésképpen szétosztani, még pedig egy kitüntetendőt grand-officier-vé, ötöt commandeur-ré, tizenkettőt officier-vé és harminckettőt chevalier-vé fog kinevezni. — A párisi közegészségügyi tanács javaslatára a párisi rendőrfőnök 500.000 példányban kinyomatott egy utasítást, mely taná-

csokat tartalmaz arra, hogy hogyan kell a házi légy ellen védekezni, elszaporodását s a házba való bejutását megakadályozni. Az utasítást párisi népiskolák és középiskolák növendékei közt osztják szét. Ugyancsak e tárgyra vonatkozó fali hirdetményt is nyomattak nagy számban Páris s a vidék számára. — Londonban június 24.-én nyílt meg az új orvostörténelmi múzeum, melynek kezdeményezője és szervezője *H. S. Wellcome*. Az új múzeum 54 Wigmore street, Cavendish square alatt van. — Franciaországban az orvostanhallgatók száma 8704; közöttük 1330 a külföldi (861 orosz, 87 török, 67 bolgár, 59 román, 36 görög, 11 német stb.). A 8704 medikus közül 4209 esik Párisra, 1055 Lyonra, 699 Montpellierrre és 689 Bordeauxra.

Kisebb közlések az orvostudomány köréből. *Typhus után heveny ataxiát* észlelt *Robinson* egy esetében. Az ataxia a reconvalescencia szakában jelentkezett a következő tünetekkel: nystagmus, vertigo, dysphasia, az alsó végtagok részleges sorvadása. Az eset teljes gyógyulással végződött. (Soc. méd. des hopitaux, 1913, júl. 4.-i ülés.) — *A gonococcus tenyésztésére* új talajt ajánl *Weil* és *Noiré*: tejsavót kiközömbösítése után félannyi pepton-vízzel (20%) összekeverve, 1% saccharoset és 0.35—0.40% húgyanyagot adunk hozzá és azután 1.60% agar-aggarral a szokásos módon főzzük-szűrjük, kémilöcsővekbe töltjük és sterilizzük. (Société de biologie, 1913, június 28.-i ülés.) — *Inoperabilis epithelioma* egy esetében *Morestin* feltűnő jó eredményt ért el a daganat körül levő részeknek formollal infiltrálásával. (Société de chirurgie, 1913 júl. 9.-i ülés.) — *Lábgangraena* eseteiben a még jól táplálkozó rész határának megállapítására *Sandrock* a bőrnek aetheralkohollal dörzsölését ajánlja; a még jól táplálkozó rész ilyenkor diffus pirosságával kifejezetten elüt a rosszul táplált rész haloványságától. Ezen módszer igénybevétele mellett végezve a műtétet, a reamputatio még sohasem vált szükségessé. (Zentralblatt für Chirurgie, 1913, 27. sz.) — *Az ulcus ventriculi és az ulcus duodeni megkülönböztető körjelzésében* *Plitek* szerint szolgálatot tehet a következő két jel: ulcus duodeni eseteiben mozgáskor csökken a fájdalom, a hőmérsék pedig alacsonyabb, mint gyomorfekély eseteiben. (Archiv für Verdauungskrankheiten, 19. kötet, 2. füzet.) — *Májcirrhosis* egy esetében *Bogoras* jó eredménnyel végezte a vena mesenterica superior implantációját a vena cava inferiorba. (Russky Wratsch, 1913, 2. szám.)

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

WEISZ EDE INTÉZETE PÖSTYÉN
Dr. Röntgen. Zander. Modern kényelem. Mérsékelt árak. Diätetikai és mechanikai gyógyintézet. 4258 Alapítva 1893.

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

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

Orvosi labororium: Dr. SZILISÁNDOR, 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-fasor 13-15.
Felvétetnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal, valamint szülőknek. A betegek kezelőorvosukat maguk választhatják. — Vegyi 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 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 szülők részére.

MATTONI-FÉLE LÁPKIVONATOK
fürdőkhoz.
:: LÁPSÓ :: száraz kivonat ládákban á 1 kilo
LÁPLUG folyékony kivonat üvegekben á 2 kilo

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (IX. rendes tudományos ülés 1913 márczius 8.-án) 583. lap. — Közkórházi Orvostársulat (V. bemutató szakülés 1913 márczius 5.-én) 585. l. — Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya (IX. és X. szakülés) 585. lap. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 586. lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(IX. rendes tudományos ülés 1913. márczius 8.-án.)

Elnök: **Salgó Jakab.**Jegyző: **Bence Gyula.**

(Vége.)

Anaemia és graviditas.

Korányi Sándor: 1912 december 23.-án súlyos anaemiában szenvedő nő kereste föl klinikánkat első terhességének VII. hónapjában. Bája a terhesség negyedik hónapjában kezdődött, fokozatosan súlyosbodott, végre lábszár-ocdemákkal ágyba került. Fölvételkor 995.000 vörös véresejtje volt, poikilo- és anisocytosisal, itt-ott polychromatophiliával. Magvas vörös véresejteket nem találtunk. A súlyos terhességi anaemiák lefolyása, a hogy azt már 1871-ben *Gusserow* leírta, a progressio, a koraszülés és a halálos vég. Azóta behatóbb haematologiai vizsgálatok azt mutatták, hogy ezen anaemiák legnagyobb része a *Biermer*-féle anaemia perniciososa vérképét mutatja. Közülük néhány gyógyul. *Nageli* három ilyen gyógyult esetet észlelt. Az ő esete azonban az aplasiás anaemia vérképét mutatta. Prognosisa, ha lehet, még rosszabb, mint az előbb említett formáé. A halál oka maga a szülés, megerőltetésével és vér- és nedvvesztésével. A belorvos feladata az anaemia megjavítása, ezzel a koraszülés megelőzése, a szülész a szülés munkájának és vérvesztésének kikerülése. Hogy a feladat kedvező esetben megfejtető, mutatja esete. A thorium X-nek, a melyet anaemia ellen *Plesch* ajánlott, 100.000 *Mache*-nyi napi dosisait alkalmazva, a vörösvérsejtszám 6 nap alatt 2,200.000-re emelkedett. A subjectiv érzés, az erőbeli állapot javult. 20 napi kezelés után a thorium X-et elhagyva, a vörös sejtek száma 3,000.000-ra emelkedett. A nő gyermekét végig kiviselte és jó állapotban adták át *Tauffer* tanár klinikájának. Ő lesz szives elmondani, hogyan óvta meg a beteget a szülés veszélyeitől. A gyermek jól fejlett, vére ép. A nő maga 3,000.000 vörös véresejttel még anaemiás, de a terhesség és a szülés rossz hatásának kikerülése után talán remélhetik teljes fölgyógyulását.

Tauffer Vilmos: Senki sincs, a ki anaemia perniciosának terhességgel való szövődményét gyakran észlelte, sőt olyan is van (*Ahlfeld*), a ki élete alkonyán mondja, hogy sohasem látta e nehéz betegséget. Szóló 35 évi szülési tapasztalása alatt most harmadszor találkozik vele. Az első közvetlen a szülés után meghalt, a második néhány heti kínos vergődés után végezte be életét. Ezen harmadik eset terhességének hatodik hónapjában került a vezetése alatt álló klinika körébe, hol a bajnak lényegét gyanítva, beható észlelés céljából azonnal összekötetésbe lépett a III. sz. belgyógyászati klinikával. A kórkép definitióját és a gyógyeljárást *Korányi* tanár behatóan előadta; feladata már most a követett szülészeti eljárást ismertetni.

A célta a következőkben tüzték ki: Az élő és kiviselt magzatot oly módon kell világra hozni, hogy a terhes ne veszítsen vért és utóbb a gyermekágy nedvvesztésétől biztosan megmentve legyen; a narcosis minden esetre mellőzendő, mert kiszámíthatatlan, hogy a narcosis minő hatással van a vérre.

Ebből világos volt, hogy a szülés a természet erőire nem bízható, továbbá, hogy a természetes szülőcsatornán át a magzat operatív úton sem hozható a világra, mert mindegyik esetben elkerülhetetlen vérzéssel kellene számolnunk. Az egyetlen lehetséges eljárás tehát az volt, hogy sectio caesarea módjára kigördítve a méhet a hasseb elé, mielőtt a méh bemetszethetné, lehetőleg minden odavezető verőeres vérforrás elzárandó. Az arteria spermaticát és a ligamentum rotundumot a verőérével így elzárni akadályba nem

ütközik, a nehézség az uterináknak két oldalon a mélyben ellátásában rejlett, mert a megindult szülés kapcsán a kitágított és megnyúlt méhnyak a benne fekvő koponyával úgy tölti ki a medenczebemenetet, hogy e mellett a mélybe hatolni és az uterinákhoz hozzáférni lehetetlen.

Előrelátván ezen nehézséget, két más téren nyert tapasztalás mutatta meg a követendő utat. Ugyanis nemrégiben a terhesség végén inficiált méhür és életjelenségek nélküli magzat mellett (tehát ennek intrauterin halálát feltételezve) a veszélyes sectio caesarea helyett az uterus supravaginalis amputatióját végezték, így véelve kizárhatni a septikus méh által való fertőzésnek veszélyét. Az eltávolított méhben mozgást észlelve, a hirtelen felnyitott méhürben a magzatot élve találták és sikerült azt életben tartani. Ez a tapasztalás tehát azt mutatta, hogy a fő érforrások lefogása után elég gyorsan végzett méhkiirtás ideje alatt az élő magzat nem hal el okvetlenül. A másik tapasztalás, a mely műteti tervük felépítésében vezette őket, az extraperitonealis császármetszések kapcsán észlelhető azon jelenség volt, hogy a tetemes mértékben kitágult és megnyúlt méh alsó szakasza és a cervix felvágható, a nélkül, hogy abból egyáltalában vérzés történnék, a mi csak onnan magyarázható, hogy a méh alsó részletének ezen tetemes kitágítása kapcsán az uterinák oly mértékben nyújtanak és comprimálnak, hogy a méhnek ezen részletében a verőeres vérkeringés, ha nem megszüntetve, de legalább is a minimális mértékre van leszállítva. Műteti tervének tehát azt a kényes részletét, hogy az art. uterinák miként láttassanak el, eme körülményben adva találta.

A műtét a következő módon történt: 2—3 órával a szülőfájdalmak kezdete után, 2 harántujnyira tágult méhszáj és állóburok mellett, a magzatnak kifogástalan szív működése idejében laparotomia a középvonalban. A méh kigördítése után a *Lumniczer*-csípőbe fogott lig. infundibulo-pelvicum mindkét oldalon átvágatván, a két spermatica máris el volt látva; a lig. rotundumok hasonló ellátása után a hólyag plicája harántul megnyitvatván, a hólyag letolása egy-két perc alatt megtörtént.

A szabadon előttük fekvő és erősen kinyújtott cervixet harántirányban félkörben megnyitva, akkora rést nyertek, hogy csak kismértékű tágítás a középvonalban felfelé volt szükséges, hogy azon át a magzat feje és törzse elég könnyen és gyorsan kiemeltessék. A nyomás alól felszabadult és átmetszett uterináknak lefogása egy perc műve volt, úgy hogy azokból a vesztett vér csak egy kanálnyi lehetett. Az élő magzat eltávolítása után a méhnek körkörös amputatiója akadálytalanul, jóformán teljesen vérzés nélkül mehetett végbe és a csonknak ellátása, az erek leköttése és a peritoneummal való beborítása úgy történt, mint az minden supravaginalis uterusamputatio esetén szokásos. A világrahozott fiúmagzat 2900 gr. nehéz, 47 cm. hosszúságú, fejkerülete 33 cm. Az újszülött kifogástalanul fejlődik, betegségnek semmi nyoma sem található rajta. Az anya minden reaction nélküli sebgyógyulással 12 nap mulva hagyta el az ágyat.

Hogy milyen mértékben sikerült műteti eljárásukkal az előzetesen felállított kívánalmaknak megfelelni, legjobban tanúsítja az, hogy a vékép a vörös véresejtek számát illetőleg még a műtétet követő első napon sem változott az előzőhöz képest és hogy az a gyermekágyának napjaiban sem ingadozott.

A csecsemőkori görcsök magnesiumkezelésének eredményei.

Berend Miklós: A csecsemőkori görcsök csak azóta váltak tudományos fogalomná, a mióta felismerték, hogy legtöbbször anyagcserezavar következményei s hogy a lapangó szakban is fel lehet ismerni a görcsre disponált csecsemőben a kathod szakítási rángásnak alacsony értékei-

ből. A spasmophiliára vonatkozó összes elméletek a calcium-anyagforgalom zavarában egyeznek meg; valószínűleg a magnesiummérték is negatív az anyagforgalomban akárhányszor. Ennek az adatnak nagy jelentőséget *Loeb* vizsgálatai adnak, a ki kimutatta, hogy vérünk calciumtartalmának köszönhetjük azt, hogy izmaink nem folytonosan rángatódnak; a calcium aránya a natriumhoz a szövetnedvekben szabályozza az idegizomrendszer-ingerlékenységet; a $\frac{Na}{Ca}$ arányszám minden fokozódása az ingerlékenység növekedésére, csökkenése az idegizomrendszer kisebb ingerlékenységére vezet, akár natriumnövekedés, akár calciumcsökkenés idézi elő az arányszám megváltozását. Minthogy angolkoros és görcsökre hajlamos csecsemőkben kétségtelenül vannak ilyen eltolódások a sóanyagforgalomban, s minthogy diatás eljárásainknak is a calciumretentio elősegítése a célja, fölhasználták a calciumsókot gyógyító kísérletekre is. Csak belsőleg adhatók, subcutan nem. A villamos ingerlékenység csökkentése sokszor sikerült, de a görcsös állapotok így módon csak mérsékelten befolyásolhatók. Az előadót arra, hogy magnesiummal kísérletezzék, *Meltzer* kísérletei birták. *Meltzer* kimutatta, hogy míg a calciumnak bizonyos körülmények közt izgató hatása is lehet, ilyen hatást a magnesiumtól nem észlelünk; hogy a magnesiummal, akár a bőr alá, akár intramuscularisan, akár a lumbalis csatornába viszzük be, az izmok teljes ellazulását, sőt megfelelő adagnál narcosist, teljes eszméletlenséget és bénulást lehet előidézni. Mindeme hatások pedig rögtön megszüntethetők calciummal. Az amerikaiak tetanusos görcsök megszüntetésére már sok esetben sikerrel alkalmazták az intraduralis magnesiumkezelést.

Az előadó ez alapon a csecsemőkori görcsök kezelését kísérte meg magnesium subcutan alkalmazásával, még pedig úgy, hogy a használt adag a gyermek testsúlyának minden kilogrammjára körülbelül 20 centigramm volt. E végből 8%-os oldatot használ, a melyből a gyermek súlya szerint 10—25 köbcentimétert fecskendez be. Helybeli tüneteket a befecskedés nem okoz, utólag pedig nem fájdalmas, mert a magnesium *érzéstelenít is*. Toxikus mellékhatásokat sohasem látott ilyen adagtól, ellenben sokszor észlelt sólátat. Ez azonban vagy elmarad, vagy redukálódik, ha frissen destillált vízzel készítettjük és azonkívül sterilizetjük az oldatot. Az eredmények igen jók voltak, a mennyiben semmiféle eljárással sem sikerül oly biztosan — habár csak rövid időre is — normalissá tenni a kathod szakítási rángást, mint magnesiumbefecskendezésekkel. A manifest tetania görcei gyorsabban oldódtak e kezelés mellett, mint eddig, igen előnyös a hatás főleg az eclampsiákra, a melyek akárhányszor már az első befecskendezés után végleg elmaradtak, akár spasmophil, akár nem spasmophil alapon fejlődtek. Legkevésbé biztos a gégegörccs befolyásolása, a mely a bántalomnak legmakacsabb jelensége. A narcoticumok használatát a kezelés nélkülözhetővé fogja tenni a legtöbb esetben és megkönnyíti a diatás kezelést, a mennyiben nem teszi szükségessé a tejelvonást; de igen nagy súlyt kell fektetni a minden tekintetben sószegény étrendre, mert a sós étrend (pl. leves) a magnesiumhatást akadályozza. Akár naponta is végezhető a befecskendezések. A phosphorcsukamájolaj indicatiója (a spasmophil gyermek anyagcseréjének megjavítása) továbbra is fennmarad.

Heim Pál: Szintén volt alkalmam a magnesium-injectióknak hatását tanulmányozni, mivel az előadó demonstrálta neki eseteit és felszólította, hogy kísérje meg beteganyagán eljárását. Ő is azt tapasztalta, hogy a magnesium úgyszólván minden esetben előnyösen befolyásolja a görcsöt, még pedig úgy a spasmophilián alapuló görcsöket, mint pedig a csecsemőkori nem spasmophiliás eclampsiát is. A villamos ingerlékenységet is előnyösen befolyásolta a magnesium, de esetekben 1—4 nap alatt úgy a kórosan fokozott villamos ingerlékenység, mint pedig a görcsök az esetek legnagyobb részében visszatértek. Ezért azt hiszi, hogy a magnesium nem gyógyítja a spasmophiliát, csak javítja a manifest tüneteit. Nézete szerint nem is alkalmazandó minden esetben, mivel nem kiméletes eljárás, fájdalmas is, azonfelül, ha nem készül frissen destillált vízzel, lázat is okoz, hanem csakis súlyos esetekben. Ilyenek elsősorban a laryngospasmusos esetek, különösen, a melyek görcsös rohamokkal járnak, a midőn a beteg elpusztulhat, a míg a specifikus hatású phosphoros csukamájolaj hat, és külö-

nösen a súlyos eclampsiák, a melyek ellen a magnesium eminens hatású. Minden esetben rögtön meg kell indítani spasmophiliás esetekben a phosphoros csukamájolaj-kezelést és ezenkívül a nélkülözhetetlen sedativumot, a brom-chloral is kell adni.

Bókay János: *Berend* kísérletei figyelemre méltók, bár nem egészen meggyőzők. Azt hiszi, hogy a spasmophilia kezelésében a sedativ szereket nélkülözni nem tudjuk és *Heim* nézetével teljesen egyetért. A sedativumok között vannak oly szerek, melyek veszélyessé nézve minden esetre előnyösebbek, mint az általában használt sedativ szerek. Spasmophilia esetében kísérletet kell tenni az urethanal. Az urethan nagy adagait a gyermekek jól tűrik és veszélyes mellékhatásai nincsenek.

Súlyos spasmophilia eseteiben a lumbalis punctio sokszor erősen fokozott nyomást mutat és ezért ilyenkor gyógyító lumbalis punctio végzett és figyelemreméltó eredményeket ért el vele.

Szontágh Félix: A spasmophilia éppen úgy, mint a laryngospasmus és az eclampsia, bizonyos localisatiója egy általános görcsös állapotnak. Mindezek aetiologiáját nem ismerjük. Volt egy nagyon súlyos eclampsiában és laryngospasmusban szenvedő betege, a ki magától meggyógyult, a nélkül, hogy valamit adott volna neki. *Szontágh* felhívja a figyelmet, hogy a gégebe lokalizált súlyos eclampsiában, a mit laryngospasmusnak nevezünk, a fulladás veszélyét intubatióval vagy tracheotomiával kell megelőzni.

John M. Károly: A magnesium-kezelést spasmophilia néhány esetében megkísérelte. E kísérleteket a következő megfontolás vezette be. A görcsök, a melyek nem a csecsemőkori, hanem egyes csecsemők sajátossága, vagy szervi elváltozás kapcsán támadnak, vagy functionálisak. Éles határvonal a két féleség között nincs, sőt a meglévő is inkább eltolódik a functionálisok rovására. Így a chorea már kikapcsolatott az utóbbiak sorából és ez lesz az epilepsia sorsa is.

Bár a még érvényben levő functionális eclampsiiform görcsök klinikuma ugyanaz: mechanizmusa más. Az egyik typos a spasmophil görcs, a másiknak alapja a neuropathia. Az előbbi reflexjelenség, az utóbbi centralis származású. A spasmophilia hibás constitutio, mely sokszor csatlakozik a rachitishoz. Latens formájában viharfelhő, mely bármikor leszakadhat. Paroxysmusa a görcs, sokszor kiváltó ok nélkül, máskor somatikus jelenségek kapcsán támad. A paroxysmusok után sokszor mintha szélcsend állana be, mintha egy ideig engedne a villamos feszültség; a typosos villamos ingerlékenység egy időre vesztit intenzitásából. A spasmophil diathesis a 2. év végén vesztit jelentőségéből, de felüti fejét a következő generációban, megint a csecsemőkori.

A másik csoport a neuropathiás csecsemők vagy gyermekek görcse. Ez magától sohasem áll elő: főleg lázas megbetegedések kapcsán jelentkezik mint toxikus reactio. A születésüktől nyugtalan, rosszul alvó és ijedős gyermekekre jellemző, hogy lázuk magas és makacs, antipyreticumokra nehezen vagy collapsussal reagálnak. Régen figyelt a görcsötypust és pontos vizsgálatok alapján állíthatja, hogy közülök akárhány semmiféle spasmophil tünetet sem mutat, még a görcs idejében sem. Csupán az in- és bórreflexek fokozottak.

A görcsöket eddig is kezeltük. A neuropathiás lázas csecsemők vagy gyermekek (kik akárhányszor már túl vannak a spasmophilia korán) görceit antipyreticumokkal és hydriaticus eljárások segítségével: többnyire sikerrel. A spasmophil görcsöket brommal és chlorallal; azután következett a spasmophil állapot kezelése phosphor-csukamájolajjal és diatával. A női tej kitűnő antispasmodicumnak és prophylacticumnak bizonyult. Sajnos, nem áll mindig rendelkezésünkre.

A magnesium-kezelésről értesülve, mindjárt tisztában volt azzal, hogy itt nem a spasmophilia gyógyításáról van szó, hanem a görcsöknek mielőbb való megszüntetéséről. A spasmophilia, mint chronikus állapot, chronikus kezelésre szorul és a magnesium-injectiók gyakori megismétlése a gyakorlatban sok az akadály. A magnesiumnak a szervezetből néhány nap alatt történő kiküszöbölődése miatt az egyszeri, sőt kétszeri magnesiuminjectiótól tartós hatás már eleve sem volt várható.

Nem nagyszámú esetének megfigyeléséből kiderült, hogy a magnesiumhatás már $\frac{1}{2}$ óra múlva mutatkozik. A pathologián fokozott villamos reactio-értékek közelednek a normalis értékek felé, különösen a manifest tetaniára jellemző kathod szakítási rángásai. Egy esetben ez az érték 2:40 M. A.-ról illetve 4 M. A.-ról (mert így változott ez spontán a görcs után 24 óra alatt minden kezelés és diataváltoztatás nélkül) 5 M. A. fölé, tehát a normalis értékre csökkent, a laryngospasmusos jelenségek egyidejű megszűnésével. A hatás 4 napig állott fenn. Ekkor a régi fokozott ingerlékenység ismét visszatért és a laryngospasmusra jellemző légzés-zörejek ismét hallhatóvá váltak. Phosphor-csukamájolaj, bromkezelés és vegetabilis diata (14 hónapos gyerek) ismét 5 M. A. fölé szöktette az értékeket.

Ajánlja a magnesiumtherapiát laryngospasmus és eclampsia súlyos eseteiben, mert olyan gyógyeljárás, mely 30' alatt hatna, eddig nem rendelkezünk. Nagyon buzdító különben az előadó megfigyelése méltó esetei is. A egyszeri injectio után az eddig szokásos diatás és gyógyszeres kezelést tartja kívánatosnak.

Id. Liebermann Leó: Több rachitises gyermekkel volt dolga. kiken felűnt, hogy sós ételt egyáltalán nem akartak enni; minthogy a spasmophilia a gyermekkorban gyakori, kérdezi, hogy a gyermekorvosok vettek-e ilyesmit észre.

Hudovernig Károly: Január hó eleje óta ismeri a $MgSO_4$ -kísérleteket, de csak epilepsziásokon próbálhatta ki a szert, kiken $NaCl$ - és Br -egyensúly zavart vélnek újabban felfedezni. Egy esetben azt érte

el, hogy 10 cgr. $MgSO_4$ pro kgr. befeckendezése után a rendes Br-adagnak csak a felére volt szüksége, mikor pedig a sószegény diatára tért át, a beteg minden Br-adag nélkül rohammentes maradt. Egy betege, a ki azelőtt 6 gr. napi Br.-adag mellett 4—5 naponként kapott rohamot, 1—2 $MgSO_4$ -injekcióra rohammentes maradt most már 20 nap óta.

Eddigi tapasztalatai a mellett szólnak, hogy az epilepsiában jogsult a $MgSO_4$ alkalmazása és kedvező eredményeket lehet vele elérni, de úgy látszik, hogy más spasmusos megbetegedésekben, mint a milyen a maladie de tic és a chorea, szintén tág tere nyílik a $MgSO_4$ alkalmazásának.

Vermes Mór: Esetről számol be, mely 3 éves gyermekre vonatkozik, a ki $1\frac{1}{2}$ évvel ezelőtt varicellában megbetegedett és a kin a szülők leírása szerint 4-ed napra jobboldali hemiparesis állott be. Később a hemiparesis elmúlt, de helyébe a spasmophilia képe lépett. A gyermeknek convulsiói voltak, felállításkor pedig paroxysmája volt. Kezdetben azt lehetett hinni, hogy agyvérzés történt és ennek kapcsán állott be a hemiparesis. Kezdetben hydriaticumokat, As-t, Br-ot alkalmazott, de nemcsak javulás nem következett be, de az állapot még rosszabbodott. 3 hónappal ezelőtt megvonta a gyermektől a tejet és a húst és azóta mintha elvágta volna, úgy elmaradtak a rohamok. Rachitise a gyermeknek nincsen, de az anya és a nagyanya részéről neuropathiás terhelt-ség kimutatható.

Berend Miklós: Köszöni az érdekes felszólalásokat, első sorban Liebermann-ét, a kinek észleletére figyelemmel fog lenni. Heim eredményei valószínűleg még jobbak lennének, ha a diatás kezelést is alkalmazta volna. Mindenesetre kiméletesebb eljárás a magnesiuminjekció a lumbalpunkciónál, a melyvel különben neki is vannak olyan tapasztalatai, mint Bókay-nak. A spontán gyógyulásokban nem igen hisz, az, hogy a kathodizációs rángás olykor éheztesse és lisztlevésre is normalissá válik, régen ismeretes dolog. A mi a chloral és többi narcoticumot illeti, haladásnak éppen azt tekintené, ha azok használatát ki lehetne küszöbölni; be van bizonyítva, hogy a chloral nem befolyásolja a kathodizációs rángást. Kétségtelenül vannak azonkívül olyan eclampsiák is, a melyekben a narcoticumok ellenjavaltak. Hogy a phosphor-csukamájolaj a tetaniát egy nap alatt meggyógyította, az nem képzelhető el, mert tudjuk, hogy a hatása a calciumanyagforgalom megjavításában áll és azt is tudjuk, hogy calciumot nem lehet olyan gyorsan bevinni az anyagcserebe, mint az alkáliákat. Nem fogadhatja el John elméletét, mely az eclampsiát mint egy villamos kisülést tünteti fel; ha így volna, a roham után a kathodizációk javulását kellene észlelnünk, a miről szó sincs. A további kísérlezés valószínűleg pontosabb indiciókra fog vezetni, hogy mikor használjuk és mikor ne a magnesium-kezelést, a melytől az előadó sokat vár; *Hudovernig* biztató kísérletei is megerősítik ezt a felfogását.

Közkórházi Orvostársulat.

(V. bemutató szakülés 1913 márczius 5.-én.)

Elnök: **Körmöczy Emil.**

Jegyző: **Szinnyei József.**

(Vége.)

Idegen test körül képződött húgykő.

Vigyázó Gyula: A 16 éves fiút 1913 január 8.-án tették át *Wenhardt* főorvos osztályáról *Pólya* főorvos osztályára azzal, hogy 9 hónappal azelőtt viaszdarabot dugott egyik pajtása a húgy-csővébe, mely beljebb csúszott. Kezdetben nem okozott kellemetlen tüneteket, de kb. 9 hét óta nagy fájdalmak vannak a vizeléskor, nagyon sűrűn kell vizelnie s a vizelete olyan, mint a tejfel. Álló helyzetben nem tud vizelni, lázas.

Objectiv vizsgálatkor a hólyagtáj nyomásra igen érzékeny. A betegnek 38 fokos hőmérséke van. A vizelet felülően zavaros, igen nagy mennyiségű genyet tartalmaz, lúgos kémhatású. A hólyag kapacitása alig 80 cm^3 , a vizelet erős zavarossága miatt nem lehet tisztára öblíteni a hólyagot s így a cystoskopiás vizsgálat alig végezhető. A bevezetett cystoskoppal csak súlyosan lobos hólyagnyálkahártyát látunk. A beteg rendkívüli érzékenysége miatt kénytelenek vagyunk a hólyagtükrözéstől elállni, ugyancsak elállunk a hólyagnak kutaszszal való vizsgálatától is. Bár az idegen test jelenlétét nem tudjuk megállapítani, az anamnesis és a jelenlévő súlyos cystitis kétségtelenné teszi, hogy a hólyagba jutott idegen test tartja fenn a gyuladást és így az idegen test eltávolítását határoztuk el. Tekintettel arra, hogy az idegen test már 9 hónapja volt a hólyagban s már 2 hónap óta állanak fenn súlyos tünetek, feltehető, hogy nagyfokú incrustatio képződött körülötte, úgy hogy a per vias naturales eltávolítás nehézségekre ütközött volna. *Lohnstein* eljárását a hólyagba jutott viasz- vagy zsírnemű anyagok eltávolítására, t. i. a hólyagba fecskendezett benzinnel való feloldást, részben az

előrelátható nagy incrustatio miatt, mely az idegen test feloldhatóságát illusoriussá tette volna, nem tartottuk célszerűnek. Ezért az epicystotomiával való eltávolítást vettük tervbe.

A műtétet január hó 13.-án hajtottam végre aethernarcosisban. A hólyagban megnyitása után kb. galambtojásnyi kő volt tapintható, melyet köfogóval megfogunk és kihúzzunk. A hólyagsebet 2 rétegben elvarrjuk. A hassebet csíkkal drainezzük. A lefolyást súlyos bronchitis zavarja, valamint egy gombostűfejnyi sipoly, mely utóbbi a beteg fekvéstartására és urotropin szedésére gyógyul. Jelenleg koronányi sarjadzó seb van a symphysis felett. A vizelet majdnem teljesen feltisztult, minimalis genyet tartalmaz.

Az eltávolított galambtojásnyi kő phosphat-kő, mely a masturbatio céljából bevezetett idegen test körül képződött. A követ felfűrészelve, a közepén U alakúlag meggyűrűlt kékszínű viasz-rudat találunk, mely az urethra öntvényének felel meg. A lelet mutatja, hogy helyes volt eljárásunk, midőn az idegen testet epicystotomiával távolítottuk el s nem kíséreltük meg *Lohnstein* eljárását.

A hallószerv tuberculosisa.

Krepuska Géza: Rövid történeti áttekintés után először a körjelzéssel foglalkozik. Kiemeli és magyarázza azon nehézségeket, melyek a gümős fülbántalmak szabatos körjelzése körül felmerülnek, egyrészt a nehezen kimutatható bacillusok miatt, másrészt a másfajta saválló bacillusok jelenléte miatt. Ezért az idevonatkozó statisztikai adatok sem lehetnek teljesen hibátlanok. 7 évre visszamenő, 15.063 fülbetegre vonatkozó észleletei alapján a gümős fülmegbetegedéseket 1.2%-ban találta, szemben *Bezold*-nak 17.087 fülbetegre vonatkozó statisztikájával, a ki gümős fülbajt 0.7%-ban talált.

Tárgyalja a hallószerv gümős fertőzésének módjait, a melyek közül leggyakoribb a légzőszervekből a fülkürtön át történő fertőzés, bár nagyon gyakori a véráram útján történő emboliaszerű fertőzés is, a mely lassú lefolyású gümős csont-lobok alakjában zajlik le, felnőtteken inkább a hallócsontokon, kisebbkorú egyéneken a csecsnyúlvány csontjában.

A gümős fülbántalmak igen változatos körképeket adnak, mert alig van fülbántalom-féleség, a mely ne lehetne gümőkóros.

Tárgyalja ezután az egyes gümős fülmegbetegedéseket a localisatio szerint, az egyszerű dobüreghuruttól az otophthisisig.

Különösen a labyrinthus gümős megbetegedésére hívja fel a figyelmet erre vonatkozó szövettani készítmények alapján, valamint a hallóidegnek és végkészülékének a gümős mérge okozta neuritiseire, a melyek sokszor dobüreg-bántalom nélkül fejlődnek.

A gyógykezelés tekintetében elsősorban a gümőkór elleni általános eljárásokat tartja fontosnak; a conservativ gyógy-eljárás, a hol a körülmények megengedik, megkísérélhető, azonban eddig a legtöbb és a legteljesebb sikert a gondos műtéti eljárásoktól látta.

Bemutatja végül gümős sinus-phlebitis operált és gyógyult esetét, bemutat továbbá egy neuritis toxica tuberculosa következtében teljesen megsüketült egyént, valamint a gyűjteményéből tanulságos kórboncolástani készítményeket demonstrál.

Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya.

(1913 április hó 5.-én tartott IX. szakülés.)

Elnök: **Dauid Leo.**

Jegyző: **Konrádi Dániel.**

(Vége.)

III. **Makara Lajos:** 1. *Ascaris* okozta ileus. Ileus verminosus. A 18 éves földmívest 1913 márczius 14.-én vették fel. Négy nappal azelőtt hasfájdalmak lepték meg, azóta széke nem volt, szelek nem mennek, időnként csuklik. A nyurga beteg nagy fokban elesett, halvány, szeméi beesettek. A has feszes, elődomborodó, mindenütt érzékeny. A májtompulat

kisebb, a léptompulat nagyobb. Az érverés 96, kis hullámú, könnyen elnyomható. A hőmérsék 36,5, A fehér véresejtek száma 14000. Műtét azonnal. A hasat megnyitva, tágult, belövelt vékonybélkacsok tűnnek elő, melyek közül sillerbor-színű, vörhenyes, véres savó ömlik. A véres savó mintegy két liter lehetett; a belek kissé vesztették fényüket, de fibrines felrakódások nincsenek rajtuk. A folyadék kiittatása után a kis medenczéből összeesett bélkacsok kerülnek elő. Ezeket követve, mintegy 20 cm. hosszú oly bélrészletre jutunk, mely ascarisokkal van kitöltve olyformán, hogy a bélfal szorul mintegy az ascarisokra, mert a bél ürtere inkább szűkült, mint tágult. Nyomkodással sikerül az összegomolyodott ascarisokat szétmozgatni annyira, hogy a bél átjárhatósága helyreállttnak látszott, azért is további beavatkozás nélkül a hasat bezártuk. Physostigmin után másnap híg székletét. Márczius 18. Santonin-calomel-porokra bő székürülés 2 ascarissal. Márczius 21. Újból 12 ascaris távozik. A fehér véresejtek száma április 2.-án 6000, ascaris-peték nem található. Jelenleg a beteg teljesen jól érzi magát és azért elbocsájtjuk.

2. **Cardiolysis Brauer szerint mediastino-pericarditis adhaesiva** miatt. A 22 éves napszámos baja 6 év előtt kezdődött, a mikor 6 hétig ágyban fekvő beteg volt, állítólag nagy lázak, mellkasi fájdalmak és fulladás voltak a gyengeség mellett betegségének kísérői. Ezóta mindig beteges, mert betegsége végén hasa dagadni kezdett; hasa azóta hol nagyobb, hol kisebb, de teljesen nem apad le. 5 év múlva, 1911 szeptemberben a belklinikára vétette föl magát, majd 4 hét múlva javultan hazament. 1912 október 14.-én vétette föl magát újból a belklinikára, mert most már járni sem tud, gyorsan elfárad, szívdobogása van, étvágya nincs, lélekezése nehéz, köhög, hasa nagy mértékben dagadt.

Fölvételkor a beteg halvány, cyanosissos. A mellkas domborad, a has jelentékenyen tágult. A tüdőhatárok egy bordaközszel feljebb végződnek, a hasban szabad folyadék. Hátra a tüdő teljes éles hangja a VIII. borda alsó szélén végződik, ezen alul tompult, gyengült légzéssel. A tüdő felett mindenütt apró hólyagú nedves szörtyözrejek hallhatók. Belélekezéskor a mellkas alsó része körkörösén behúzódik. A szív orthodiagrammos felvétel szerint minden irányban megnagyobbodott, hosszátmérője 15 cm., szélességi átmérője 10 cm. A szív fölött a 4. bordaközben a systolekor behúzóadás látható és tapintható, míg diastole alkalmával a mellkasfal előre löketik. Az érverés kissé szapora, kis hullámú, eléggé feszes, rhythmusos, paradox. A szív fölött diastolés zöreje.

A májtompulat a 6. borda felső szélén kezdődik s 2 harántujjal a bordaív alá ér, tömöttebb, sima felületű.

A has kerülete a köldökmagasságban 93, a proc. xiphoid. magasságában 98 cm. A vizelet fajsúlya 1022, fehérje- és cukormentes, az üledékben sok kilúgozott vörös véresejt van.

November 7.-én a hasból 9 liter 1017 fajsúlyú, 90% fehérjetartalmú savót bocsátottak ki, de az ascites csakhamar újból fokozódott a diureticumok daczára.

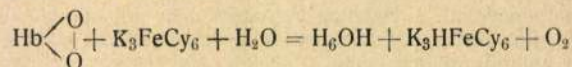
Műtét 1912 december 23.-án morphin-chloroform-aether-oxygen-bódításban; óvatosságból a *Tingl*-féle magasnyomású készülékkel. Lefelé domború lebenyes metszéssel szabadabb teszszük a szívtájékot, eltávolítjuk a 4., 5. és 6. bordát a sternumtól az elülső hónaljvonalig s a sternum jó részét is, a míg a szívburoknak a csontos falával összenőtt területe látszólag felszabadul. Óvatosan eltávolítjuk mindenütt a hátulsó csonthártyát is, azután a sebet teljesen elzárjuk.

A műtét után közvetlen megkönnyebbedés volt tapasztalható a lélegzésben és a szívműködésben, de a 3., 4. és 5. napon a tüdőhurut súlyosbodott s délutánonként 39,7—39,3 hőemelkedést okozott, a lélekezés újból nehezebb lett. A 6. naptól kezdve az állapot fokozatosan javult. A seb per primam gyógyult. Az ascites fogyása azonban a máj fokozatos kisebbedése és diuretin használata daczára csak lassan következett be.

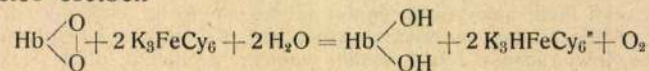
Mivel a has az utolsó hetekben változatlan, márczius 27.-én megcsapoljuk s 5 liter folyadékot tudunk még kibo-

csátani (novemberben 9 liter volt a lecsapolt savó). A beteg közérzete máig, tehát 3½ hónap alatt sokat javult, a cyanosis megszűnt, a beteg egész nap fenn jár, mája tetemesen megkisebbedett, hasa megapadt, a pulsus paradoxus elmúlt. Megvan azonban még az ascites, bár kisebb fokban, a tüdők felett a mérsékelt hurut s a beteg munkára még nem alkalmas. Hogy a továbbiakban fog-e még az állapot javulni s milyen fokban, azt az eddig közölt esetek eredményei alapján nem mondhatjuk meg. A csontos mellkason készített ablak jól látható és tapintható; e területen jól láthatjuk a szívcsúcs systolés behúzóadását és diastolekor a szív előrebolto-
sulását.

IV. **Reinbold Béla: Adatok a methaemoglobin szerkezetének ismeretéhez.** Az előadó az oxyhaemoglobin és ferricyanokálium között végbemenő reakciót abból a célból tanulmányozta, hogy a folyamat stöchiometriáját megállapítva, ebből a methaemoglobinnak chemiai szerkezetére következtethessen. Az eddig ismert adatok alapján a methaemoglobin moleculájában az oxyhaemoglobin „laza“ oxygen atomjának helyét két vagy egy OH csoport foglalja el. A fennebb említett reactio menete a második esetben:



az első esetben



kell hogy legyen. Az előadó részben spectrophotometerrel, részben gázmérési kísérletekkel megállapította, hogy 1 mol. oxyhaemoglobint 1 mol. O₂ felszabadulása közben 1 mol. ferricyanokálium alakít át aequivalens mennyiségű methaemoglobinná. Ebből következtethető, hogy a methaemoglobinnak az oxyhaemoglobin „laza“ oxygeniumának helyén egy OH csoport van. Ez a lelet *Körster* felfogásának helyességét bizonyítja. Arra nézve, hogy a Hb törzsnek a methaemoglobin keletkezése közben felszabaduló vegyértékével mi történik, további kísérletektől kell felvilágosítást várnunk.

(X. szakülés 1913 április 12.-én.)

I. **Veres Géza:** Két aránylag ritka *universalis syphilitis leukoderma*-esetet mutat be. Mindkettő típusos és talán a bőr különben természetes hyperpigmentációja miatt ilyen kifejezett formában ritkán látható. A baj főleg a fertőzés első felévében szokott jelentkezni, éppen ezért diagnostikai fontossággal bír, mely csak azóta csökkent, a mióta a Wassermann-reactio elhódította előle a teret, de azért most is biztos jele és fontos ismertetője a latens syphilitisnek. 5—8 hónapig, azonban évekig is fennállhat. Keletkezésének feltételeit nem ismerjük; valószínű, hogy a fény vagy a hő hatással van.

Hozzászól: *Veress Ferencz, Géber János.*

II. **Benedek László:** A *paralysis progressiva aetiologiájáról.* (Referáló előadás.)

Szemelvények külföldi tudományos tár. ulatok üléseiből.

Pseudo-coxalgia és appendicitis. A párisi „Société médicale des hopitaux“ július 18.-án tartott ülésén *Durand* fiatal nő esetét ismertette, a melyben a coxalgia klasszikus tünetei voltak meg, a négy hónapon át folytatott immobilisatio azonban teljesen eredménytelen maradt. A radiokopiás vizsgálat kimutatta azután, hogy tulajdonképpen idősült appendicitis van jelen. Az appendix resectiója után teljes gyógyulás következett be. — Ezzel kapcsolatosan *Guttman* felemlítette, hogy ő is már látott hasonló eseteket.

PÁLYÁZATOK.

Igen jó körorvosi állás betöltendő vagy helyettesítendő magyar vidéken. Bővebb felvilágosítást ad a gyógyszerész Álmosdon (Bihar-megye).

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 Scpiades Elemér szerkesztésében.

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Okolicsányi-Kuthy Dezső és Pektanovich István: A gümöbacillusnak Ziehl szerint nem festődő alakjáról. 587. lap.

Kalledey Lajos: Közlemény a budapesti kir. egyetem I. számú női klinikájáról. (Igazgató: Bársony János dr., udvari tanácsos.) Adatok a sublimat affinitásához. 588. lap.

Verzár István: Salvarsannal kezelt súlyos syphilis-esetek. 589. lap.

Morelli Gusztáv: Közlemény az Erzsébet-királyné sanatoriumból. (Igazgató-főorvos: Scharl Pál dr.) Adatok a stomatologia jelentőségéhez a tüdőgümőkór intézeti kezelésekor. 592. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Karl Sudhoff: Aus der Frühgeschichte der Syphilis. — *Lapszemle. Belorvosstan. Schern és Citron:* Trypanosomiasis eseteiben a máj működésének functionalis zavara. — *Gyermekorvosstan. Hecht:* A szívhangok physiologiás viszonyai a gyermekkorban. — *Szülészeti és nőorvosstan. Sippel:* A terhes méh masszagea. — *Húgyszervi betegségek. Cholow:* Az idősült veselobok sebészi gyógyításának kérdése. — *Orr-, torok- és gégebajok. A. Heindl:* A homloküblök syphilise. — *Veneréus betegségek. R. Polland:* Primaer affectio nélküli syphilis-eset. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Jacobi:* Rhinitis atrophica és ozaena. — *Guerchoune:* Börbajok. 596–598. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 598. l. *Vegyes hírek.* 598. lap.

Tudományos társulatok. 599–601. lap

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A gümöbacillusnak Ziehl szerint nem festődő alakjáról.

Irta: *Okolicsányi-Kuthy Dezső* dr. egyetemi magántanár és *Pektanovich István* dr., klinikai tanársegéd *

Tudvalevő, hogy *Much* vizsgálatai szerint¹ van a tuberculosis-bacillusnak egy a Ziehl-festéssel ki nem mutatható, szemcsés, granularis alakja, mely *Gram-positiv* granulákból áll és mint esetenként egyedüli, festés útján kimutatható alakja a kórokozó vírusnak fordulhat elő a tuberculosis szervekben. E granularis alak mellett jelen lehetnek Ziehl szerint szintén nem festődő, csak *Gram* szerint festhető finom bacillusok és átmenetek a *Gram-positiv* granuláktól a *Gram-positiv* vékony bacillushoz és a Ziehl-positiv bacillushoz és szemcsékhez. Utóbb *Wehrli* és *Knoll*² és mások is beigazolták, hogy van a tuberculosis-vírusnak egy csupán *Gram-positiv* alakja.

E felfedezés által a gümöbacillus kimutathatóvá vált számos olyan esetben, a melyben azelőtt nem lehetett festés útján ráakadnunk. *Weiss* pl. megtalálta gyermekek minden gyanus nyirokmirigyében a *Much*-bacillust, holott ezekben a *Ziehl-Neelsen*-festés többnyire negatív eredményt adott. *Schulz* egész sor esetben kimutatott *Much*-féle granulákat ott, a hol a Ziehl-festéssel a gümös vírus jelenlétét beigazolni nem sikerült. *Boas* és *Dietlevsen* lupus vulgaris 20 esete közül csak 4-ben tudtak Ziehl-bacillust találni, ellenben *Much*-bacillus és granula valamennyiben volt. *Wirths* mirigy-tuberculosis 3 esetében és hideg tályog 6 esetében kapott Ziehl szerint negatív eredményt s ezzel szemben pozitív *Gram*-szemcse-leletet. *Beyer* 18 tüdőgümőkór-esete közül 4-ben, a hol Ziehl-bacillus nem találtatott, a *Gram-positiv* bacillus jelenlétét beigazolhatta.

E rendkívül érdekes eredmények újból teljes erővel fölvetették a gümöbacillus *alaki* és *festődési* tulajdonságainak kérdését.

* Készítmények bemutatásával előadták a Magyar Orvosok Tuberculosis-Egyesületének első nagygyűlésén Budapesten, 1913 április 11.-én.

¹ Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, VIII., 1. 1907.

² Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, XIV., 2. 1909.

Az *alaki* viszonyok diagnostikai és prognostikai értékesíthetőségéről a francia *Straus* és *Albert Fraenkel* általában csekély véleménynyel volt. *Carl Spengler* azonban ráutalt, hogy eseteinek 14:30%-ában (tüdőgümőkór eseteiben) csupán ú. n. *bacillustörmelék* (*Splitter*) volt kimutatható a köpetben s ezek az esetek jóindulatúak voltak: objectív lelet mellett jelentősebb intoxicatiós tünetek hiányoztak. *Rumpf* szerint az esetek javulása közben, mielőtt a bacillus a köpetből eltűnnék, már csak annak törmelékeit találni. *Kitasato* és *Geipel* degeneratiós terméknek tartják a szemcsés bacillust és *Mircoli* ezen „streptococcizált” alaknak kedvező jelentőséget tulajdonít, mert szerinte olyankor fordul elő, a mikor a tüdőbeli folyamat nem gyors haladású, kevés általános tünettel jár és secundaer complicatiókat nem mutat. Ezt az álláspontot foglalja el *Ortner* is.

Ezek szerint a *granularis alak* megjelenése a fennálló kórfolyamatnak bizonyos *benignitására* vallana.

A tuberculosis-vírus *különböző viselkedéséről* a *tinctióval szemben* *Straus* és *Land* ugyancsak keveset tartott, pedig ez a kérdés a Ziehl-festésnél a *savállóság* közvetlen összefüggésben van s jó technikát feltételezve (*Berka*: gyöngye savoldat, rövid savhatás!) a *savállóság különböző fokából* bizonyos következtetéseket vonhatunk.

Czaplewsky már régen azt találta, hogy gyógyuló gümőkór-esetekben a savállóság s ezzel a fuchsin fixatiója a bacillus által csökken; *Betegh Lajos* szerint skrophulás mirigyekben s egyes állati szervek eltokolt specifikus necrosisos anyagában a régebbi festési eljárásokkal gümöbacillusnak nyomát sem találjuk, pedig biztos tuberculosisissal van dolgunk. Szerinte a negatív lelet oka ez esetekben az, hogy a resistensebb szervezet erős reactiv gyuladása a bacillusokat savállóságukban sérelmezi, úgy hogy a sav a már felvett festéket ismét kivonja belőlük. *Sewall* a nagyobb savállóságból nagyobb virulentiára következtet. *Wehrli* és *Knoll* összehasonlítva egy chronikus tüdőtuberculosis bacillus-leletét egy miliaris tuberculosiséval, az előbbiben sokkal kevesebb Ziehl-bacillust talált a *Much* szerint festődőkkel szemben, mint az utóbbi, a rossztermészetű kölesgümőkór esetében. *Terebinsky*-nek sikerült savállóságukat már elvesztett (tehát Ziehl szerint nem festődő) gümöbacillusokat tengeri malaczbába ojtva,

azaz kedvező tenyésztalajra vive, ismét savállóvá tenni és *Much* ugyancsak Ziehl-bacillust bírt kimutatni kedvezőbb tenyésztési viszonyok biztosítása mellett olyan gümős anyagban, melyben azelőtt egyetlen Ziehl szerint festődő pálczika sem volt. Rendkívül érdekes és meggyőző *Much*-nak az a kísérlete, a melynek alkalmával gümőkór ellen immunizált tehének csiramentes tejébe (perhydrase-tej) gyöngykór-kulturát hintett belé s azt hosszasan 37°-on tartotta. Ekkor eltűntek belőle a saválló bacillusok. Ellenben miután 2% glycerint tett hozzá s ezzel jobb tenyésztalajjává változtatta, azok ismét tömegesen előtűntek.

Ezek szerint a gümöbacillusnak Ziehl szerint való festődése bizonyos — mondhatni — *bacillus-euphoria* jelzője, jele annak, hogy a védekező szervezet támadó ereje a specifikus mikrobával szemben gyöngének bizonyul s az utóbbi sikeresen prosperálhat.

Ezen oldalról tehát — figyelmen kívül hagyva egyelőre *Bittrolff* és *Momose* legújabbán megjelen közleményét,¹ mely a *Much*-féle fölfedezés értékét merőben lebecsüli — a Gram-positív tuberculosis-virus jelentősége meglehetősen tisztázva volna és pedig abban az irányban, hogy azon gümőkór-*esetek*, melyekben a Ziehl-positív mikroba van túlsúlyban, a rosszabb természetűek, azok ellenben, a melyekben a Gram-positív alak praevaleál, a jobb természetűek.

Még ennyire sem egyszerű az alaki viszonyok jelentőségének pontos megítélése.

A *granularis* alakból ugyanis nézetünk szerint mindaddig nem vonhatók le egészen praecis következtetések, a míg az a kérdés nem lesz tisztázva, vajjon a szemcsés forma valószínű fejlődési *phasisa-e* a tuberculosis-bacillusnak, vagy pedig — mint azt *Behring* is hiszi — bacteriolysises úton, a szervezet sikeres védekezése közben előállott *szétesési termék-e*?

Itt azután előtérbe lép a *spóra-kérdés*, a mely ma még vitás.

Koch már spóráknak nézte a „vacuolákat”; *Eichhorst* 1887-ben a gümöbacillusnak Ziehl szerint nem festődő finom szemcséiről azt tartotta, hogy azok „valószínűleg spórák”; *Flügge* is megengedi, hogy azok; *Copper Jones* szerint elég sok kritériumuk megvan erre; *Much* a *granularis* alakot az anthrax-bacillus spórás alakjával állítja párvonalba, *Betegh Lajos* pedig a tolin-festéssel ibolyavörösré meg is festi az általa spóráknak tartott képleteket a gümöbacillusban. Ellenben *Wolff-Eisner* tagadja, hogy itt spórákról lehetne szó s hivatkozik arra, hogy idős kulturákban állandóan ott találjuk a szemcsés bacillust s $\frac{3}{4}$ —1 évi tenyészetek granuláson degenerált bacillusai az általa végzett állatkísérletek tanúsága szerint már elhaltak.

Tagadhatatlan, hogy *mindenképp kedvező* jelenségnek tekinthetjük a szemcsés alakot, akár a spóra-elméletet, akár a degenerációs szétesés elméletét fogadjuk el, mert nemcsak az utóbbi vall arra, hogy a bacillus a szervezetben kedvezőtlen táptalajra talált, hanem az is, ha spórákat volt kénytelen alkotni, mert a spóráképzésre a mikrobát ugyancsak a relative kedvezőtlen tenyésztési viszonyok indítják.

Mégis nagy különbség van a *granularis* alak jelentőségében a szerint, a mint spórák sorozatának tekintjük vagy szétesési formának, mert az *előbbi* esetben a *szemcsék jelenléte prognostice korántsem oly kedvező*, mint az utóbbi, a degeneratív szétesés esetében. A spórás bacterium ugyanis nem vallana a szervezet resistenciájának akkora fokára, mint a széteső bacillus; az csak az ideiglenesen meggyöngült, várakozó állápontra helyezkedő, magát egyelőre körülsáncolt ellenséget jelentené, emez pedig olyan ellenfél, mely a szervezettel szemben csatát veszített.

Ezért a spórákérdés végleges megoldása fogja meghozni a *Much*-féle granulák igazi értékelését; annyit azonban már ma is mondhatunk, hogy *tömeges jelenlétük a Ziehl-bacillusal szemben az illető gümőkóreset relatív benignitására* vall.

Közlemény a budapesti kir. egyetem I. számú női klinikájáról (Igazgató: Bársony János dr., udvari tanácsos.)

Adatok a sublimat affinitásához.*

Irta: *Kalledey Lajos* dr., gyakornok.

A vörös vérsejtek bizonyos ingerekre azzal reagálnak, hogy festéjküket, a haemoglobint, sejthártyájukon kibocsájtják. A vérsejtek ezen tulajdonsága igen kedvelt reactio, mely a biológiai vizsgálatok egész sorában nyert alkalmazást. Fontos reactio a haemolysis jelensége a serológiában, a hol lépten-nyomon találkozunk vele. A fizikai, physicochemiai, chemiai és biológiai hatásoknak egész sora előidézhetheti ezen jelenséget. Régebben azt hitték, hogy ezen haemolysis a sejt halálával jár; de újabban *Warburg* haemolyzált libavörösvérsejten légzést konstatált; viszont pedig a sejt elhalhat haemolysis nélkül.

Nem akarok itt a haemolysis mechanizmusának fejtegetésébe belemenni és nem is akarom elősorolni mindazon anyagokat és körülményeket, melyek haemolysist idéznek elő, csak felemlítem, hogy igen sok gyógyszer ilyen hatását ismerjük. *Detre* és *Sellei* (Orvosi Hetilap, 1904—1905) igen beható tanulmány tárgyává tették a sublimat vörösvérsejtoldó képességét és megállapították, hogy a sublimatnak igen erős higitású oldata is oldja még a vörös vérsejtet (3 : 1,000,000). A kéneső és ezen a réven a sublimat volt az első gyógyszer, a melyet nagyobb általánosságban injectio útján vittek a szervezetbe, sőt újabban directe a vénába visszük a sublimatoldatot. A klinikai vizsgálatok kétségtelenül, minden laboratoriumi vizsgálatot feleslegessé tevő módon bizonyítják a sublimatnak bizonyos fertőző betegségek lefolyására való előnyös hatását; viszont a laboratoriumi vizsgálatok bizonyítják, hogy a sublimat egyrészt szaporítja a védőanyagokat, másrészt gyöngíti a bacteriumokat.

Ha már most a sublimatnak fentemlített vörösvérsejtoldó, illetve mérgezőképességét tekintjük, szembeállítva az említett kétségtelen jó hatással, feltétlenül felmerül annak a kérdése, nincsen-e a sublimatnak a bacterium fehérjéjéhez — a vörös vérsejtekhez valónál — nagyobb affinitása, és ha van, kimutatható-e ezen nagyobb affinitás.

Detre tanár tanácsára és az ő vizsgálati alapján határoztam meg és hasonlítottam össze a sublimat affinitását egyrészt a vörös vérsejtekhez, másrészt a bacteriumokhoz.

Kísérleteim menete a következő volt:

I. meghatározni azon sublimathigitást, mely „A” vérsejteket „T” idő alatt meghatározott hőfokon annyira megmérgezi, hogy azok újabb „N” idő alatt physiologiás konyhasó-oldatban feloldódnak;

II. meghatározni azon sublimatmennyiséget, melyet „A” vörös vérsejt „T” idő alatt megköt, illetve a mely oldatot vörös vérsejtre semlegessé, vagyis nem oldóvá tesz;

III. meghatározni azon sublimatmennyiséget, melyet lehetőleg „A” mennyiségű bacteriumtömeg „T” idő alatt megköt, illetve vörös vérsejtre nézve semlegessé, vagyis nem oldóvá tesz.

IV. Ezen előzetes kísérletek után, mikor már ismerem a két határértéket, összehozni annak összegét „A” bacteriummal és „A” vörös vérsejttel.

Kísérleteimhez 0.9%-os konyhasó-oldatban oldott sublimatot használtam, még pedig 0.0001—0.003%-os oldatot. A vérsejteket egy és ugyanazon egyéntől, egy és ugyanazon időben vettem. 5%-os emulsiót készítettem, melynek egy részét nativ állapotban, másik részét háromszori mosás után használtam. A titráláshoz mindig mosott vérsejteket használtam. Az első kísérleti sorozathoz tehát 1 cm³ 5%-os vérsejtemulsiót parallel mosott illetve nem mosott vérsejtekből és 10—10 cm³ sublimatoldatot alaposan összeráztván, a 37° C-os thermostatba helyeztem. 20 perc múlva megcentrifugálván, lepipettáztam a folyadékot és a vérsejteket 0.9%-os konyhasó-

* A dolgozat német nyelven a *Pertik-émlékkönyvben* (Virchows Archiv) jelent meg.

¹ Veröffentl. der *Robert Koch-Stiftung*, Heft IV, 1913.

I. táblázat.

	0 0002	0 0003	0 0004	0 0005	0 0006	0 0007	0 0008	0 0009
	‰-os oldat							
Mosott vérsajt	nem oldotta	nem oldotta	oldotta	teljesen oldotta	teljesen oldotta	teljesen oldotta	teljesen oldotta	teljesen oldotta
Nem mosott vérsajt	nem oldotta	nem oldotta	nem oldotta	teljesen oldotta	teljesen oldotta	teljesen oldotta	teljesen oldotta	teljesen oldotta

II. táblázat.

	0 0002	0 0003	0 0004	0 0005	0 0006	0 0007	0 0008	0 0009
	‰-os oldat							
Mosott vérsajt	nem oldotta	nem oldotta	nem oldotta	nem oldotta	nem oldotta	nem oldotta	nem oldotta	teljesen oldotta
Nem mosott vérsajt	nem oldotta	nem oldotta	nem oldotta	nem oldotta	nem oldotta	nem oldotta	nem oldotta	oldotta

III. táblázat.

	0 0005	0 0006	0 0007	0 0008	0 0009	0 001	0 002	0 003
	‰-os oldat							
Staphylococcus albus	nem oldotta	nem oldotta	nem oldotta	nem oldotta	kissé oldotta	teljesen oldotta	teljesen oldotta	teljesen oldotta
Staphylococcus aureus	nem oldotta	nem oldotta	nem oldotta	nem oldotta	kissé oldotta	teljesen oldotta	teljesen oldotta	teljesen oldotta
Streptococcus brevis	nem oldotta	nem oldotta	nem oldotta	nem oldotta	kissé oldotta	teljesen oldotta	teljesen oldotta	teljesen oldotta

IV. táblázat.

	0 0005	0 0006	0 0007	0 0008	0 0009	0 001	0 002	0 003
	‰-os oldat 10—10 cm ³ -e							
Staphylococcus aureus	nem oldotta	nem oldotta	nem oldotta	nem oldotta	nem oldotta	teljesen oldotta	teljesen oldotta	teljesen oldotta
Staphylococcus albus	nem oldotta	nem oldotta	nem oldotta	nem oldotta	kissé oldotta	teljesen oldotta	teljesen oldotta	teljesen oldotta
Streptococcus brevis	nem oldotta	nem oldotta	nem oldotta	nem oldotta	kissé oldotta	teljesen oldotta	teljesen oldotta	teljesen oldotta

V. táblázat.

	0 0008	0 0009	0 001	0 002
	‰-os oldat			
Streptococcus longus anhaemolyticus	nem oldotta	kissé oldotta	teljesen oldotta	teljesen oldotta
Streptococcus longus haemolyticus	nem oldotta	kissé oldotta	teljesen oldotta	teljesen oldotta

oldattal megtitráltam, vagyis 4 órára a 37° C-os thermostatba helyeztem (I. táblázat).

Ezek szerint tehát a mosott vérsajt ily tömegére 20 perc alatt a mérgező concentratio 0 0004‰, míg a nem mosott vérsajtekére 0 0005‰. Körülbelül ugyanilyen eredményt kaptak *Detre* és *Sellei* fentemlített dolgozatukban.

A lepítettáztott folyadékot vörös vérsajtekkel titráltam, vajjon van-e bennük még szabad sublimat. Hozzáteve 1—1 cm³ 5‰-os mosott vörösvérsajtemulsiót, 20 percze a 37° C-os thermostatba helyeztem, azután lecentrifugálván, a folyadékot leszíttam róluk, feltöltöttem 0 9‰-os konyhasó-oldattal és 4 órára a thermostatba tettem be. Ennek eredménye (II. táblázat) szerint a 0 0009‰-os oldat oldott csak, vagyis több mint kétszeres eredeti töménység volt szükséges. Ebből az következik, hogy a vérsajt több sublimatot tud megkötni, mint a mennyi a megmérgezéséhez szükséges.

A harmadik kísérleti sorozatban *staphylococcus albus*, *staphylococcus aureus* és *streptococcus brevis* „A” mennyiségét emulgeáltam 1—1 cm³ 0 9‰-os konyhasó-oldatban és hoztam össze 10—10 cm³ sublimat-oldattal. 20 percze 37° C-os thermostat után lecentrifugáltam, lepítettáztam a folyadékot és megtitráltam 1—1 cm³ 5‰-os mosott vérsajtemulsióval. A bacteriumok tömegét illetőleg a következőképpen jártam el. 1 cm³ 5‰-os vérsajtemulsiót centrifugáltam és a vérsajteket felszívtam egy capillarisba, megjegyeztem a capillarist és ezt használtam egységként a bacteriumoknál. Ezt a bacteriumtömeget azután 1—1 cm³ 0 9‰-os konyhasó-oldatban a legmondosabban emulgeáltam és ehhez töltöttem hozzá a sublimat-oldatot. Nem akarom e bacterium-mennyiséget ugyanakkorának mondani, csak megközelítőleg hasonló mennyiséggel akartam dolgozni. E vizsgálati sorozat eredményét feltüntető III. táblázat szerint csak a 0 001‰-os oldott. Vagyis a bacteriumtömeg annyi sublimatot kötött meg, hogy csak a 0 001‰-os oldatban maradt meg „A” vérsajtre mérgező mennyiségű sublimat.

Megtéven ezen előzetes tájékoztató kísérleteket, rátértem a tulajdonképpeni kérdés vizsgálására, t. i. nagyobb-e a sublimat affinitása a bacteriumokhoz, mint az emberi vörös vérsajtekhez? Az előbbieken azt kaptam, hogy 1. 0 0004‰-os sublimat-oldat kell „A” mennyiségű vörös vérsajt feldolgozásához és 2. hogy „A” bacteriumtömeg annyi sublimatot köt meg 20 perc alatt, hogy 0 001‰-osnak kell lenni a sublimat-oldatnak, hogy azután még „A” vörös vérsajtre nézve mérgező mennyiség maradjon fenn. Összehoztam tehát „A” vérsajtet, „A” bacteriumtömeget és különböző hígítású sublimat-oldat 10—10 cm³-ét (IV. táblázat).

E táblából látjuk, hogy a sublimat fölös mennyiségben kötődött a bacteriumhoz és pedig ugyanolyan mennyiségben kötődött a bacteriumhoz, akár jelen volt vörös vérsajt, akár nem. Vagyis a bacteriumokhoz való kötődését nem befolyásolta a vörös vérsajt jelenléte, viszont a vörös vérsajthez való kötődését a bacterium jelenléte befolyásolta. Ebből a sublimatnak a bacterium fehérjéjéhez való nagyobb affinitására lehet következtetni. Semmi különbség sem mutatkozott akár *staphylococcus* egyik vagy másik fajával, akár *streptococcus*sal végeztem kísérleteimet.

Nem tartottam érdektelennek megvizsgálni, hogy miután az egyes bacteriumfajok között szembetűnő különbséget nem találtam, nincsen-e a sublimat megkötésére a virulentiának nagyobb befolyása. A *streptococcus haemolysiss* és *anahaemolysiss* kötődésének összehasonlítása után ezt a factort is ki kell zárnom, a mennyiben ezek között sem találtam semmi különbséget (V. táblázat).

Salvarsannal kezelt súlyos syphilis-esetek.

Irta: *Verzár István* dr., Bihar vármegye közokórháza tb. osztályos főorvosa.

A majdnem három évig tartó salvarsan-láz lezajlott. A míg az 1910/11. évben megjelent orvosi lapok tömve voltak a salvarsanról írott közleményekkel, addig a megelőző és jelen év orvosi irodalmában már csak itt-ott találkozunk egy-

egy erre vonatkozó munkával, a mely munkák vagy azért láttak napvilágot, hogy a most már általánosan ismert salvársanhatást még jobban megerősítsék, vagy azért, hogy a syphilisnek egy-egy ritkábban előforduló vagy súlyosabb esetében beszámoljanak a szernek hatásos vagy hatástalan voltáról. Nagyon jól ismert az orvosok előtt az a nagy harc, a mely a salvársan alkalmazásának indiciói körül fejlődött ki s a mely harc az objectiv szemekkel bíró syphilodologusok véleménye alapján azzal végződött, hogy bár a salvársan megengedett adagjainak egyszeri alkalmazására a sterilisatio magna nem is áll be s a syphilis nem is gyógyul meg, de a szernek többszöri alkalmazása, kéneső-joddal kombinálva, a syphilis gyógykezelésében határozott haladást jelent s annak tartamát jelentékenyen megrövidíti. Adagolható a salvársan a syphilis minden esetében, de feltétlen indikált ott, a hol prompt hatást akarunk elérni, továbbá, hol a kénesőnek erélyes alkalmazása mellett a tünetek makacsul persistálnak s végül azon esetekben, a melyekben a betegek a kénesővel szemben idioszinkrasiával viseltetnek, azt vagy egyáltalában nem, vagy felette rosszul tűrik.

A három évi megfigyelések és vizsgálatok rámutattak arra is, hogy azok a különböző kellemetlen tünetek, mint ideggyulladások, hűdések stb., a melyeket egy közös név alatt mint neurorecidivákat írtak le, legtöbb esetben nem vezetendők másra vissza, mint a salvársan túlnagy adagjaira, illetőleg arsenmérgezésre s épp ezért a legutóbb megjelent közleményekben már óva intenek a szerzők a nagy adagok alkalmazásától s a salvársannak, de különösen a neosalvarsannak, refracta dosi alkalmazását ajánlják. Sőt az a pár halállal végződő eset, a mely a salvársan értékét a helytelenül elbírálok szemében nullára redukálta s azt mint absolute veszélyes, alkalmazhatatlan mérget a syphilis terapiájából kiküszöbölendőnek tüntette fel, ezen esetekről is bebizonyította a bonczolás, hogy typosos arsenmérgezés volt az, a mi a halált előidézte, a mely mérgezés megint csak a túlnagy adagokra vezethető vissza. Emlékezetes még a Kassán kezelt és Kolozsvárt bonczolt salvársan okozta haláleset, a melynek bonczolásából és szövettani vizsgálatából *Marschalkó* és *Veszprémy* megállapította, hogy a halált az agyban beállott vérzések idézték elő, az agy véreinek erős hyalin thrombosisa következtében. E leletek teljesen megegyeztek más hasonló esetet bonczoló vizsgálatával, úgy hogy e vizsgálok szembeszállva *Kühnemann* és társai azon nézetével, hogy a súlyos agytünetek s az ezt követő halálesetek is tulajdonképpen fölülte erős „Herxheimer-reactió“-nak tekintendők, egyöntetűen kimondották, hogy e tüneteket és a halál okát tisztán az arsenmérgezésre kell visszavezetnünk. E vélemény helyessége mellett szóltak az állatkísérletek is, a hol túlnagy adagok teljesen hasonló megbetegedéseket, halált és ugyanazon szövettani elváltozásokat idézték elő, pedig ezekben — nem lévén a kísérleti állatoknak syphilisük — „Herxheimer-reactió“-ról szó sem lehetett. Ezek után tehát a salvársannak túlnagy adagolásakor a szernek organotrop hatását még a salvársan-imádóknak sem lehetett többé kétségbe vonniok.

Egy éve voltam szerencsés a mélyen tisztelt szakülés előtt a salvársan körül szerzett tapasztalataimról 247 befecskendezés kapcsán beszámolhatni s akkor a salvársanról, a megfelelő adagokban alkalmazva, saját eseteimre vonatkozólag, mint veszélytelen szerről nyilatkoztam. Eseteimnek száma 378-ra szaporodott, de még mindez ideig nincs okom nézetemet megváltoztatni, a mennyiben, eltekintve a befecskendezés után jelentkezni szokott jelentéktelen és rövidesen muló hőemelkedéstől, főfájástól, émelygéstől, illetőleg hányástól, egyetlen egy esetben sem észleltem olyan tünetet, a melyet a sokat emlegetett neurorecidivák csoportjába kellett volna beillesztenem. E véletlennel látszó szerencsét legfőképpen annak kívánom betudni, hogy sohasem alkalmaztam a szernek túlnagy adagait, a mennyiben férfiaknak legfeljebb 0.45—0.50 gr.-ot, nőknek pedig 0.30—0.40 gr.-ot fecskendeztem egyszerre a gyűjtőerbe.

Daczára mindazok véleményének, a kik a szert óvato-

san alkalmazva, azt veszélytelennek deklarálták, mégis helyet kellett adni a neurorecidivát és halált észlelők ama nézetének, hogy a szer különösen nagyobb adagok befecskendezése esetében mérgező, illetőleg organotrop hatása miatt életveszélylyel járhat. Ehhez járult még a salvársan oldatának komplikált, nehéz elkészítése, a mi a szer alkalmazásának az általános praxisban való elterjedését nagy részben szintén akadályozta.

Ehrlich a salvársan e két hibáján kívánt segíteni akkor, a mikor azt methanos — kénsavas — natronnal hozta összeköttetésbe. Az új szer neosalvarsan név alatt került forgalomba.

A kedvező állatkísérletek után átadták az új szert a praxisnak s ezidő óta a már szunnyadófélben levő salvársan-irodalom újból kissé fellendült. Én magam a neosalvarsant ezideig összesen 57 esetben alkalmaztam, vagyis aránylag kevés számban ahhoz, hogy hatását akár toxikológiai, akár más szempontból a salvársanéval összehasonlítva, arról kimerítő véleményt mondhatnék. Egy megfigyelésemet azonban felemlítendőnek tartom, azt ugyanis, hogy addig, a míg a régi salvársannal kezelt 378 eset közül egyetlen egy esetben sem észleltem úgynevezett neurorecidivát, addig az aránylag kevés, 57 neosalvarsannal kezelt betegem közül egyen a második 0.50 gr. befecskendezése utáni 7. héten mindkét oldali nervus acusticus-bénulás állott be, a mely azonban újabb kéneső-kezelésre igen szépen javult; egy másikban szintén 0.50 gr. neosalvarsan első adagolása után elég erős gastroenteritis keletkezett, a mely a legszigorúbb diatás étkezés és gyógyszeres kezelés mellett is csak két hónap múltán reparálódott. Hogy e kóros jelenségek valóban a neosalvarsannak tudandók-e be, avagy azok a salvársan után is beállottak volna, természetesen erre választ adni nem tudok, de mint objectiv észlelő, mindenestre kötelességemnek tartottam ezen esetekkel is beszámolni. A neosalvarsan oldatának 57 esetben való elkészítése azonban teljesen elegendő volt arra, hogy az új szernek akár vízben, akár 0.4—0.5%-os konyhasóoldatban való oldódó képességéről meggyőződhessen. Mondhatom, hogy e tekintetben *Ehrlich*-nek teljesen sikerült a hibát kiküszöbölnie, a mennyiben az új szer minden lúg hozzáadása nélkül pár pillanat alatt teljesen oldódik és hosszabb állás esetén is teljesen oldott állapotban marad. Nagy előnye az oldatnak, hogy közömbös kémhatású lévén, minden további praeparálás nélkül azonnal befecskendezhető a véráramba.

A neosalvarsanról a közelmúltban két igen érdekes közlemény jelent meg. *Wechselmann* „Ueber Neosalvarsan“ czímen, *Marschalkó* pedig „A neosalvarsanról és pár aphorisma a syphilis gyógyításáról“ czímű munkájában közölték le a javított *Ehrlich*-szerről tett megfigyeléseiket. Mindketten megegyeznek abban, hogy az új szer leghelyesebb alkalmazása az, hogy pár napi időközökben több kisebb, emelkedő dosisal kezeljük betegeinket, s határozottan elvetendőnek tartják *Schreiber* módszerét, a ki férfiakon 1.5, nőkön pedig 1.2 grammal vezette be a neosalvarsan-kezelést s hét nap alatt többször megismételve a befecskendezéseket, végeredményben 6.0 gr. neosalvarsant vitt be a szervezetbe, a mi 4.0 gr. salvársannak felel meg. A gyógyító hatását nem helyezik a salvársané mögé. Az új szernek organotrop hatását jelentékenyen kisebbnek tartják, mint a salvársanét, s ebből kifolyólag nagyobb dosisokat alkalmaznak. *Marschalkó* neurorecidivákat nem észlelt. *Wechselmann* munkája végén szigorúan felhívja figyelmünket *Duhot* azon észlelésére, hogy a neosalvarsan maximalis dosisa után jelentkeztek már peripheriás neuritisek, a melyek tisztán arsenmérgezés okozta ideggyulladásnak bizonyultak, a mennyiben *Steiner* vizsgálatai bebizonyították, hogy a míg a régi salvársan utáni neuritisek olyan idegeken állottak be, a melyeket már megelőzőleg maga a syphilis kórosan befolyásolt, addig a neosalvarsan utáni neuritisek tulajdonképpen ép idegszálakra vonatkoznak. *Wechselmann* mondja, hogy éppen ezen arsenneuritisek mutatják, hogy mennyire kevésbé volt a régi salvársan neurotrop, a mennyiben több mint egy millió salvársan-

infectio után alig észleltek arsenneuritiseket, ellenben az aránylag kevés neosalvarsanbefecskendezés után elég nagy százalékában állott be a megbetegedés. A percentek számokban nem adja s véleményéhez hozzáfűzi, hogy nem szabad azonban megfélekednünk arról sem, hogy maga a syphilis is idézhet elő peripheriás neuritiseket, a mely eseteket nem szabad a neosalvarsan rovására írunk. *Brandenburg* ír le egy a régi salvarsan alkalmazása után jelentkező arsenneuritist, a mely eset azonban súlyos anaemiában szenvedőre vonatkozik, a kinél nagy valószínűséggel az individualis dispositio is jelentékeny szerepet játszott.

A salvarsan és neosalvarsan toxikologiai különbségének eme rövid érintése után rátérek felolvasásom tulajdonképpen tárgyára. Két syphilis-esetet kívánok a mélyen tisztelt Orvosgyesület előtt ismertetni, a mely esetek két szempontból érdemelnek különösebb figyelmet; először azért, mert ritkán van alkalmunk a syphilis e súlyos formáit észlelni, másodszor pedig azért, mert a jelen esetekben alkalmazott salvarsan prompt hatása fényesen igazolja *Ehrlich* szerének oly sok oldalról kétségbevitelt értékét a lues therapiájában.

Eseteim a következők:

Sz. N. 34 éves nőbeteg. Syphilisét 1912 április végén acquirálta.

A beteget először június 9.-én láttam, a mikor az általános vérszegénység és neurasthenia mellett a tonsillákön levő papulák, a köztakarón, az arcon, a hajzatos fejbőrön, a mellen, a hason és a felső végtagokon lévő maculo-papulosus kivirágzás alapján kétséget nem szenvedő syphilisre tettem a körjelzést. A beteget rögtön kénesőkúra alá vettem és június 9.-étől június 25.-éig hydrarg. salicyl. 10%-os oldatából hatnaponként egy-egy cm³-t fecskendezve a glutuosokba, a különben teljesen ép tüdővel, szívvel és szemfenékekkel bíró beteg június 29.-én 0:30 gr. salvarsant kapott intravenásan. A salvarsan-befecskendezést igen jól tűrte, legmagasabb hőemelkedése 37,5, utána sem hányása, sem hidegrázása nem jelentkezett. A beteget a salvarsan-kezelés utáni ötödik napon láttam utoljára, a mikor is teljesen jó körézet mellett a tonsillákön volt papulák és roseolák teljesen visszafelődtek, míg a köztakarón volt papulosus kivirágzás nyomait még itt-ott barnás pigmentációk jelezték.

A beteget körülbelül hat heti távollét után augusztus 10.-én láttam megint. A status a következő: A mell- és hasüri szervek épek. A nyelv kissé bevont, Manifest luestünet nincs. A beteg elég erős és csak időnként jelentkező a bal temporalis és fül mögötti tájra lokalizálódó főfájásról panaszkodik. Állandó és oly erős szédülései vannak, hogy ágyában alig tud pár percze felülni. Teljes étvágytalanság, erős émelygések, majdnem mindent kihány. A hasban az alsó végtagokba kisugárzó vöngáló fájdalmak. A pupillák középtágak, egyenlők, alkalmazkodásra elég jól, fényre kissé renyhében reagálnak. A felületes reflexek jól kiválthatók, inkább fokozódtak. A pulsus középtelt, regularis, rhythmusos, a normalisnál valamivel gyéreb, percenként 58-64. A beteg bizonyos fokig demens, apathiás, gyakran öngyilkossági eszmékkel foglalkozik; láztalan. A kezelés pár napig tisztán tüneti volt, az émelygés, hányás ellen jéglabdacokat és per os cocain-oldatot, főfájása ellen 0:20 gr. pyramidont kapott.

Augusztus 15. A beteg állapota változatlan, szédülése, hányása csillapíthatatlan. 1 cm³ 10%-os hydrarg. salicyl. intramuscul. injectiót kap, belsőleg jodot szed.

Augusztus 17. Szédülése állandó, émelygése, hányása valamivel ritkábban jelentkezik. Baloldali facialis paresis állott be.

A diagnosis felállításakor elsősorban egy, a két hónappal ezelőtt kapott 0:30 gr. salvarsan okozta esetleges agyvelő-folyamatot kellett kizárnom.

Mint tudni méltóztatnak, a salvarsan okozta agytünetek nem hónapok múltán, hanem pár nappal a szer adagolása után szoktak jelentkezni. A folyamat rendszeres erős hidegrázással kezdődik, a mit magas, 39-40° hőemelkedés követ. Csakhamar beállanak az agy véreinek hyalin elfajulása következtében beálló thrombosisok, vérzések, az ezeket követő eszméletlenségi állapot, epileptiformis görcsök, a megfelelő mozgási és érzési kiesések, hemiplegiák stb. Ezen állapot tartat pár napig s rendszeres letális kimenetelű. Tekintettel a 67 kgr. testsúly mellett alkalmazott 0:30 gr. salvarsanra, a mi semmi esetre sem mondható túlmagasan, továbbá arra, hogy a beteg az elmúlt két hónap alatt teljesen jól érezte magát, végül pedig azon legfontosabb körülményre, hogy a fennebb vázolt status teljesen elüört a salvarsan okozta agyfolyamatoknál jelentkezni szokott tünetcsoporthól, a salvarsanmérgezés eshetőségét annyira biztosan kizárhattam, hogy mint később hallani méltóztatnak, a therapiát egy újabb salvarsanadaggal vezettem be.

Ezek után legközelebb fekvő volt egy az agyalapi meninxen székelő folyamatra gondolnom, a mely folyamat vagy tuberculosis, vagy a jelen esetben fennálló syphilis által lehet feltételezve. A tuberculosisot, tekintettel a beteg anamnesisére, a hol erre semmi támpontot sem találtam, továbbá arra, hogy a beteg a tuberculosisnak semmi gyanuja sem forgott fenn, jogosan elejthettem. Mindezek kizárásával, tudva azt, hogy betegemnek latens lues van, továbbá, hogy a tünetek egy az agyalapi agyhártyán székelő infectio okozta tüneteknek megfelelnek, a

diagnosis meningitis basilaris syphiliticára tettem. Azt, hogy az elvártások a meninxen ülő papulák avagy egy kezdődő gumma által vannak-e feltételezve, eldönteni természetesen felette nehéz, de ez különben is a therapiát illetően alig bir fontossággal, a mennyiben mindkét esetben kb. egy a gyógyszeres beavatkozás. Diagnosisom helyességét támogatni látszott az a körülmény is, hogy az egy hétig makacsul fennálló, sőt erősödő tünetek minimalis kéneső és jod adagolására mégis csak valamit enyhültek. Wassermann-reactiót, minthogy annak megejtése pár napot vett volna igénybe s az eset súlyossága lehetőleg gyors beavatkozást igényelt, nem végeztem; különben is a syphilis körjelzése a pár hónappal ezelőtti és a jelenleg fennálló tünetek mellett nem igen szorult más úton való megerősítésre.

A betegnek alapos szem- és fülvizsgálat után *Mayer László* főorvos jelenlétében, ki diagnosisommal teljesen egyetértett, augusztus 18.-án a bal kar egyik könyökhajlati vénájába újabb 0:25 gr. salvarsant fecskendeztem. A befecskendezés után 38:30 hőemelkedés mellett kb. 20-25 percig tartó hidegrázás volt, a mit a befecskendezés 10. órájában azonban megint teljesen láztalan status váltott fel; hőmérséke 36:7.

Másnap, azaz augusztus 19.-én láttam a beteget megint. Mondhatom, hogy a változás csodálatos volt. Az émelygés, főfájás, az alhas-tájra lokalizált vöngáló fájdalmak teljesen megszűntek; az addig apathiás, somnolens beteg kedélyállapota vidám, környezetével szívesen elbeszélget. Az összes előbb leirt tünetek közül csupán a szédülésről panaszokod, bár ez is jelentékenyen csökkent, úgy hogy reggelijét, ebédjét ágyában felülve költi el és napközben is többször felüldögél. A nervus facialis-bénulás változatlanul fennáll. A javulás napról-napra oly rohamosan haladt előre, hogy a salvarsanbefecskendezés ötödik napján, a facialisbénulástól eltekintve, az összes tünetek teljesen visszafelődtek; ekkor a beteget a syphilis e súlyos megnyilvánulására való tekintettel kéneső-jodkezelés alá vettem: 15 à 3 gr.-os unguent. hydr. ciner. c. resorbin. bekenése és 10%-os hydrarg. salicyl-oldatnak 3 intramuscularis befecskendezése mellett 4 heti jod-kúrára a n. facialis-bénulás is reparálódott s ezzel a meningitis basilaris syphilitica legutolsó tünete is teljesen gyógyult. Megemlítendőnek tartom, hogy ez év január 10.-én a beteg bal tonsilláján lencsényi plaque mutatkozott, a mely azonban minimalis kéneső adagolására pár nap alatt nyom nélkül visszafelődött.

A meningitis basilaris syphilitica s ezzel kapcsolatosan a syphilises és metasyphilises idegrendszerbeli bántalmaknak salvarsannal való modern gyógykezelése körül szerzett tapasztalatairól *Donáth* az „Orvosképzés“ 1912 április 15.-i számában foglalkozik részletesen. Munkájában számos eset kapcsán különösen hangsúlyoztatja, hogy a syphilis fennebb említett eseteiben, tehát éppen ott, a hol a gyors hatás kívánatos, a salvarsan feltétlen elébe helyezendő a többi antisiphilises gyógyszernek, természetesen nem mellőzve a kéneső és jod adagolását sem.

Jelen esetem szintén megerősíti *Donáth* e véleményét s magam is, a kinek a salvarsan-aera előtt 5 meningitis basilaris syphiliticát volt alkalmam észlelni, odanyilatkozhatom, hogy azt a gyors hatást, a melyet a jelen esetben a salvarsannak aránylag kis, 0:25 gr.-os adagjával sikerült elérni, kéneső és jod adagolása mellett a legkedvezőbb esetben is csak hosszabb idő, esetleg több hét elteltével észlelhetjük.

A második eset, a melyet közkörházunk belorvostani osztályán volt alkalmam kezelni, illetőleg észlelni, a következő:

B. S. 24 éves férfibeteg 1912 augusztus 1.-én vétette fel magát a kórházba azon panaszszal, hogy kb. egy hete munka közben hirtelen, minden előzmény nélkül a bal keze, illetőleg karja, másnap pedig a bal alsó végtagja is rángatózni, táncolni kezdett. Állapota napról-napra súlyosbodott, nem birt dolgozni.

Betegünk szülei és két testvére élnek, egészségesek. Kisfokú alkoholélvezet concedál. Gyermekkorában beteg sohasem volt. Két éve, 1910 márciusban kórházunk bujakeros osztályán a penisen levő primaer sclerosissal kezeltetett, a mikor is 30 bekenést végzett. A sclerosiss váladékában, a melyet annak idején magam vizsgáltam, a spirochaeta pallida-lelet positiv. 1910 áprilisban a kórházból begyógyult sclerosissal távozott; azóta semmi kúrát sem végzett s állítása szerint lueses tünete nem volt. En a beteget kórházi tartózkodásának 10. napján láttam, a mikor a már addig alkalmazott arsenkúrára s villanyozásokra a beteg állapota semmit sem javult. Az akkori status a következő volt: A közepesen fejlett csont- és izomrendszerrel bíró férfibeteg nyálkahártyái és köztakarója épek. Mell- és hasüri szervei semmi kóros eltérést sem mutatnak. A szívtompulat normalis, a szívhangok tiszták, jól hallhatók. A vizelet sem fehérjét, sem cukrot nem tartalmaz. A pupillák középtágak, egyenlők, jól reagálnak. Az inreflexek kissé fokozódtak. A bal váll és a felső végtag egyes izomcsoportjaiban erősebb, a bal alsó végtag izmaiban jelentékenyen kisebb mértékben jelentkező, a beteg akaratát által nem befolyásolható, összrendezetlen mozgások, mely mozgások a beteggel való foglalkozáskor még inkább erősödnek. E tünetek alváskor úgy az alsó, mint a felső végtag izmaiban teljesen szünetelnek.

A jelzett végtagokban lefokozott izomerő. A beszéd, a szavak alkotása elég rendes. A jobb kar és a láb mozgásai normalisak.

A tünetek összeségéből a hemichorea-diagnózis felállítása semmi nehézségbe sem ütközött.

A chorea okául a két évvel ezelőtt acquirált és a hanyag gyógykezelés miatt még két év múltán is fennálló luest kellett kiváltó ok gyanánt felvennem. A beteg tünetmentes lévén, *Wassermann*-reactiót végezve, azt erősen pozitívnak találtuk. Tekintettel a chorea ellen alkalmazni szokott terapia, mint arsen, villanyozás és fürdők eredménytelen használatára, továbbá a betegség lueses eredetére, augusztus 12.-én d. e. a jobb könyökhajlat egyik vénájába 0.40 gramm salvarsant fecskendeztem. A befecskendezés után pár percig tartó hidegrázás mellett 37.9° hőemelkedés jelentkezett, de estére lázmentes lett. A befecskendezést követő 5.—6. órában a choreás mozgások talán még valamit élenkültek, de másnap reggel úgy a felső, mint az alsó végtagban a rángások teljesen megszűntek s azokat a bal karban jelentkező kistokú paresis váltotta fel. A beteg kissé bágyadt, somnolens. E paresis 3—4 napi fennállása után a beteg bal karját jól mozgatja, a nélkül, hogy akár ezen, akár az alsó végtagon a choreának legkisebb jelei is mutatkoznának. A befecskendezés 10. napján a beteg gyógyultan hagyta el kórházunkat, azon szigorú meghagyásunkkal, hogy otthon négy-öt hétig tartó jodkúrát végezzen. Utóljára a beteget múlt év decemberében láttam teljesen egészséges állapotban, a nélkül, hogy choreája ismétlődött volna.

A mint tehát a beteg anamnesiséből és betegségének kórfolyásából hallani méltóztattak, a hemichorea azon ritka esetével állunk szemben, a hol szerzett lues szerepel kór-ok gyanánt s a hol a salvarsan 0.40 gr.-jának egyszeri intravenás befecskendezése a chorea tüneteit rapid gyorsasággal, mintegy 24 óra alatt teljesen megszüntette.

Bár jelen esetünkben a hemichoreát mint a lues egy tünetét kell felfognunk, s a diagnosist hemichorea luetica tesztjük, talán ez eset kapcsán helyénvaló lesz a syphilitikus alapon fennálló chorea minor irodalmát összefoglalva, annak terapiájáról pár szóval megemlékeznünk.

A szerzett syphilis után beálló chorea a legnagyobb ritkaságok közé tartozik, ugyannyira, hogy a chorea irodalmában csupán egyetlen eset van feljegyezve, a hol nem hereditaer, hanem szerzett lues volt a bántalom kiváltó oka. Ezen egy esetet *Zambaco* közölte; feljegyzései 20 éves varrónőre vonatkoznak, a kin choreája fennállásának 3. hetében typosus másodlagos luestünetek, ú. m. a torokban, a köztakarón papulák, a nyakon leukoderma jelentkeztek és ekkor az addig eredménytelenül alkalmazott choreaellenes gyógykezelést erélyes kénésőkúrával váltva fel, a syphilis tüneteinek gyógyulásával lépést tartva a chorea is megszűnt.

Kowalewsky, a ki a chorea lueticával talán legbehatóbban foglalkozott, a betegség aetiologiájában csak a hereditaer luesnek tulajdonít fontosságot s munkájában hangoztatja, hogy a szerzett syphilis alig játszik szerepet chorea esetekben. Észlelései kivétel nélkül veleszületett lues után jelentkező chorea-esetekre vonatkoznak. A gyermekkorban keletkező neurosisok s így a chorea okát is igen sok esetben éppen a szülők syphilisére vezeti vissza, a mikor így szól: „Wenn wir die Eltern beobachten, welche ihre Kinder mit einer Erbschaft belasten, die später in Chorea sich gestaltet, so bemerken wir, daß viele solche Eltern Syphilitiker sind und ihren Kindern die syphilitische Diathese übertragen haben; diese letztere offenbart sich in der einen oder anderen Neurose, wie Epilepsie, Hysterie, Chorea u. s. w.“ E véleményének helyességét az igen sok feljegyzett eset közül a következő látszik legfényesebben igazolni. Egy syphilisben szenvedő férj nejeinek 4 abortusa után 4 rendes szüléséből származó gyermekei közül az első 11 éves korában, a második 9, a harmadik 10 és a negyedik szintén 9 éves korában choreát állott ki. A choreák különböző erősségűek voltak, többször recidiváltak s végül is antilueses kúrára gyógyultak meg.

Az utóbbi években *Mayerhofer*, *Salinger*, *Bókay* és *Flatau* írt le syphilitikus alapon jelentkező choreákat, de ezekben is hereditaer lues szerepel az anamnesisben kiváltó ok gyanánt.

A különböző neurosisok s így a chorea gyógykezelésekor az arsen volt az, a mely szernek rövidebb vagy hosszabb adagolására — annak hatását más roboransokkal is segítve — a bántalom gyógyult. Természetesen, a mikor a

tapasztalat s legújában a *Wassermann*-reactio reávezette az észlelőket arra, hogy a chorea kóroktanában mily nagy szerepet játszik a syphilis, a gyógykezelésben az arsen adagolása mellett antilueses gyógyszereink, vagyis a kénéső és jod szintén alkalmazást nyertek. A chorea kóroktanának és terapiájának ezen állása mellett szinte természetszerű volt, hogy a salvarsannal is kísérletezni kezdettek a chorea gyógykezelésében; azon esetekben, a melyek nem lueses eredetűek voltak, a salvarsan arsentartalmára alapozva várták az eredményt, chorea luetica eseteiben pedig mint antilueticumtól jogosan remélték a bántalom gyógyulását.

A choreának salvarsannal való gyógykezelésében *Bókay* az elsők között volt, a ki nemcsak szorosán lueses, hanem más aetiologiai alapon fennálló chorea eseteiben is alkalmazta a salvarsankezelést. Az elért eredmények igen különbözők, a mennyiben a gyógyulás tartama napok, illetőleg több hét között ingadozott; a leggyorsabb hatást chorea luetica eseteiben érte el.

Egy másik észlelő *Hainiss*, a kinek 9, 11 és 13 éves gyermekeken a salvarsan 0.20 gr.-jának egyszeri bőr alá fecskendezésével 15—22 nap alatt sikerült a choreát teljesen elmulasztania. *Mayerhofer* és *Salinger* szintén dicsérőleg nyilatkozik a salvarsanról; feljegyzéseik azonban csak lueses chorea-esetekre vonatkoznak.

Daczára azon kedvező eredményeknek, a melyet a chorea illetőleg a hemichorea terapiájában a salvarsannal részint az eddig leírt esetekben s különösen jelen betegünkön sikerült elérnünk, szerény véleményem szerint mégis igen nagy hibát követnénk el, ha most már chorea minden esetében, tekintet nélkül a betegség aetiologiájára, avagy az addig már előzetes gyógykezelésre rögtön a salvarsanhoz nyúlnánk. Végezzünk kivétel nélkül minden choreás betegünkön *Wassermann*-reactiót, a mi a betegség kóroktanát illetőleg, ha az lueses, teljes útbaigazítást fog nyújtani. A nem lueses chorea-esetekben maradjunk meg az eddig használt és kipróbált terapiánál és ezen betegeinken legfeljebb azon esetekben alkalmazzuk a salvarsant, ha vagy a tünetek hosszú időn át fennálló makacs volta, vagy azoknak az életet veszélyeztető nagyfokú súlyossága javalttá teszi a szernek befecskendezését. Biztosan lueses chorea eseteiben a gyógyulás tartamának megrövidítése céljából erős kénéső- és jodkezelés mellett a salvarsan kis adagjait jogosan alkalmazhatjuk.

Közlemény az Erzsébet királyné-sanatoriumból. (Igazgató-főorvos: Scharl Pál dr.)

Adatok a stomatologia jelentőségéhez a tüdőgümőkór intézeti kezelésekor.*

Irta: *Morelli Gusztáv* dr., az Erzsébet királyné-sanatorium stomatologiai rendelő orvosa.

Az Erzsébet királyné-sanatoriumban 2 év alatt 535 szájbeteg kezeltetett heti 2 órai rendelésen *Scharl Pál* igazgató-főorvos megbízásából, melyért e helyen hálás köszönetet mondani kedves kötelességem.

A betegek a rendelést részben panaszaikkal, részben csak szájjálatuk megvizsgálása céljából keresték fel. E vizsgálatok eredményeképpen 4 esetben másodlagos szájjügmőkór volt kimutatható, melynek megvilágítása céljából ki kell térnem a gümőkór szerepére a szájjában.

A szájjügmőkór igen ritka megbetegedés.

*Heller*¹ 8000 gégebeteg között 4—5 szájjügmőkórosat talált és a sanatoriumban 535 tüdőgümőkóros között csak 4 volt. De minthogy itt csak hygienés-diaetás kezelésre alkalmas, tehát csakis nem komplikált és még nem előrehaladott állapotú betegek vannak, valószínű, hogy a másodlagos szájjügmőkór a nem válogatott betegek között sokkal nagyobb számmal szerepel.

A tüdőgümőkór rendkívüli gyakoriságát tekintve, mégis feltűnően ritka a szájjügmőkóros bántalma, a minek az oka

* Előadva az I. tuberculosis-nagygyűlésen.

egyrészt az, hogy a szájban nincsenek meg a gümőkór bacillusaának kedvező életfeltételek és a bacillusok a nyállal, továbbá étellel és itallal keveredve, gyorsan a tápcsatornába továbbítanak, vagy a sputummal kiürítetnek, másrészt a bacillus letelepedésének erősen útját állja az ép kövezethám, a mely főleg felnötteken a vegyi és erőművi állandó ingerek folytán meg van vastagodva. A nyálnak csakis a hígítás és az erőművi befolyás révén van védőszerpe, különös fertőtlenítő hatása nincsen (Miller²).

Hámfosztott, vagy nem ép hámmal fedett hely alkalmas a bacillusok letelepedésére és innen ered, hogy a gümőkóros elváltozás a száj bizonyos helyein előszeretettel szokott előfordulni. Így az ajkakon, a foghússzélén, a nyelv hegyén és a nyelv szélén a fogbenyomatoknak megfelelően, a nyálkahártyazugok mélyén, mindig ott, a hol a hám megsérült. Jaruntovszky³ a bölcsességfog helyének megfelelőleg írt le foghúsgümőkórt a cariosus fog izgatása következtében, melynek törmelékében bacillusok is voltak kimutathatók. Idősült kóros folyamatok, mint hurut, foghúslób, psoriasis, sőt bujakór, szintén adhatnak okot a szájgümőkór megindítására a hám fellazulása vagy horzsolása folytán. Agnanno⁴ leírja, hogy egy betegén a bujakóros fekélyek a lágy szájpadon gümőkóros fekélyekbe mentek át.

A sérülések szintén nyújthatnak alkalmi okot. Graser⁵ egy esetében a 63 éves egészséges egyén szivarral megégette a nyelvét és ott csakhamar tuberculum fejlődött ki az állalatti mirigyek gyuladásával. Máskor meg kihúzott fog helyéből indult ki a gümős fekély (Doutrelepont,⁶ Schlieferovitsch⁷). Ez esetek azonban nem biztos elsődleges szájgümőkór-esetek, mert előbb-utóbb mindben tüdőgümőkór is jelentkezett.

Biztos elsődleges esetet írt le Petit,⁸ ki szerint egy teljesen egészséges egyén szájalatti gümős mirigylobot kapott oly tollszár rágszálásától, mely előbb egy előrehaladott gümőkóros betegé volt. A nyelv és mandulák elsődleges gümős megbetegedésére számos példa van, de ezek ismétlése eltérítene a tárgytól, annál is inkább, minthogy ily eset eddig az intézetben nem észleltetett.

Sokkal fontosabb a stomatologia szempontjából a fogak szerepe a gümős megbetegedésekben. Köztudomású, hogy gümőkórosakon a caries igen gyakori és beható vizsgálatok (Miller²) arra a meglepő eredményre vezettek, hogy a fogcaries törmelékében bár gyakran található gümöbaccillus, de mégsem oly gyakran, mint azt gümős betegeken várni lehetne.

Ennek oka valószínűleg az, hogy a caries üregében előforduló nagyon nagyszámú és sokfajú bacteriumtelep elnyomja a lassabban fejlődő gümöbaccillust. Innen ered, hogy a cariesből kiinduló szájgümőkór aránylag ritka. De az ezután való fertőzésnek más akadályai is vannak. Ha ugyanis a caries már a pulpaig is eljutott, ez nem alkalmas a bacillusok tovavezetésére, mert hiányzanak a nyirokutak, melyeken a gümőkór leginkább terjed. Elhalt fogból esetében pedig a gangraena által előidézett foggyök-csúcstályog sarjduis lobgátja alkot hatalmas védőfalat a bacillusnak a mélyebb rétegekbe való behatolása ellen.

Természetes, hogy e sokszoros védelem ellenére is bejut néha a vírus a periodontiumba, továbbá a fogmedernyujtvány megfelelő alveolusába is és ilyenkor a fogon keresztül létrejött gümőkór esete forog fenn.

Minthogy a tüdőgümőkóros betegek szájában egyrészt állandóan több a bacillus, mint az egészségesekben, másrészt a caries is igen gyakori, mint az alábbi kimutatás jelzi, fokozottan fenyegeti őket a másodlagos szájgümőkór, mely rendszerint a köpettel való fertőzésből ered, de leirtak esetet a per continuitatem fertőzésre is, a hol különösen a garat-, mandula- és az ajak-gümőkór, illetve lupus terjedt át a száj képleteire, mely megbetegedések részletes leírása bőven található Baginsky,⁹ Bernheim,¹⁰ Hajek,¹¹ Hansemann,¹² Heller,¹³ Mendel,¹⁴ Morelli K.,¹⁵ Herhold,¹⁶ Paget Stephen,¹⁷ Stubenrauch,¹⁸ Ungar¹⁹ közleményeiben. Sőt Partsch²⁰ egy a tudomány legszigorúbb kritikájával megállapított elsődleges, a fog-

ból kiindult szájgümőkórt észlelt egy 17 éves leányon, kin állcsontelhalás és az állalatti mirigyek sajtos elváltozása jött létre egyetlen rossz fogból kiindulólág.

Zaudy²¹ 37 eset közül 3 lupussal, 29 más gümős megbetegedéssel kapcsolatos és 5 elsődleges szájgümőkórt közöl, hol egy-egy fogban fájdalom állott be és a kihúzás helyén gümős fekély, állcsontelhalás és a környező mirigyek sejtes elváltozása következett be.

Az intézetben észlelt négy eset a következő:

I. 20 éves férfi. Tüdőgümőkór a 3. stadiumban főleg a bal oldalon. A bal hangszalagon fekély. A bal alsó harmadik zápfogban, mely nemrégén tört elő, élénk fájdalmak, melyek az egész bal alsó állkapocsba kisugároznak. A fog hátulsó szélénél a foghúson borsónyi, egyenetlen szélű, csipkézett anyaghiány, melynek közepe 2—3 mm. mély, egyenetlen, dudorkás, könnyen vérző sarjszövet. A környék fájdalmas, kissé duzzadt, a foghús a fogtól mindkét oldalon az interdentális papilláig emelhető.

Therapia: A fog eltávolítása, midőn a fekély leterjedése az alveolusba jól látható és helyenkint tuberculumokkal van beszőrva. A nyálkahártya élénk piros, duzzadt, rajta szintén tuberculum. A pulpa élénk piros. A fekély koncentrált tejsavas kezelésre javul, de a beteg pár nap mulva elhagyja az intézetet.

II. 30 éves férfi. Kiterjedt tüdőfolyamat a jobb oldalon, jobboldali gégefekély.

Néhány nap óta a jobb alsó harmadik zápfog és az állkapocs igen fájdalmas, a mi miatt enni és aludni nem tud. Lázás. A fájdalmas fog körül $\frac{1}{2}$ —1 cm.-nyi körletben csipkés, egyenetlen szélű, élénk piros környezetű anyaghiány, melynek alapja piszkos, sárgás-szürke lepedékel van borítva. A fog erősen mozog.

Therapia: Extractio. Az egész gyökérhártya igen erősen belövelt és tuberculumokkal van beszőrva, melyekhez hasonlóak láthatók az alveolusban is. A fog erősen cariosus. A pulpa élt. A beteg hét nap mulva távozott.

III. 19 éves férfi. Kezdeti tüdőfolyamat. A bal alsó, első zápfog cariosus, néhány nap óta heves periodontitis, mely semmiféle kezelésre sem szűnik, majd kiskókú duzzanat jelentkezik az állcsonton és az állalatti, valamint a felső nyaki nyirokmirigyek tapinthatóvá válnak.

Therapia: Extractio, mely után az alveolus néhány kis nekrosis kitökődése után sima heggel gyógyul. Az állkapocs duzzanata azonban nem fejlődik vissza, hanem a duzzadt mirigyekkel együtt növekszik. Néhány hét mulva a mirigyek felpuhulnak és sebészileg eltávolíttatnak, mire az egész folyamat reactio nélkül teljesen gyógyul. A mirigyek sajtosak voltak.

A beteg a szájtünetek teljes gyógyulásával távozik.

IV. 38 éves férfi. Kiterjedt tüdő- és gégefolyamat. Lázás. A nyelven, a foghúson, a kemény- és lágyszájpadon számos lueses plaque, melyek helyenkint csipkés szélűek, néhány a felszínen félgömbszerűen alig kiemelkedő, piszkos sárga csomócskakkal beszőrtnek látszik. A nyelv hegyén és szélén hasonló, de nagyobb kiterjedésű több apró csomócskából összefolyt beszőrődés. A beteg egész szája rendkívül fájdalmas, mely miatt sem beszélni, sem táplálkozni nem tud. Az alkalmazott antilueses kezelés nem sokat használ a száj fájdalmassága ellen. Állapotának rohamos rosszabbodása miatt az intézetet elhagyja.

Ez esetek közül a két első hasonló a fentebb említett Jaruntovszky-féle³ esethez. Úgy látszik, a szájnak a 3. zápfog melletti része a nyálnak azon helyen való pangása miatt különösen alkalmas a gümöbaccillusok letelepedésére és fekélyek kifejlődésére, főleg, ha ott a fog áttörése folytán még sértült vagy horzsolta a foghús hámja.

Mindkét betegen súlyos egyoldali gégefertőzés is volt és a szájfekélyek az ezeknek megfelelő oldalon voltak, a mi a köpettel való fertőzés útja folytán könnyen érthető. Természetes, hogy ugyanez okból sokkal gyakoribb a gége, mint a száj gümős elváltozása. A mint a gége rendszeren a beteg tüdőnek megfelelő oldalon betegszik meg, úgy a száj a gége beteg oldalán fertőződik, mi egyúttal a két tüdőfél váladékának tökéletlen keveredésére mutat.

Hogy mindkét előrehaladott tüdő- és gégebajos betegen a szájtünetek aránylag egészen acutak voltak, arra látszik mutatni, hogy a szájban csak a szervezet ellenálló erejének nagyfokú csökkenése után tud a gümős bántalom különösen mint nyálkahártya- vagy foghúsfekély elterjedni.

A harmadik eset valószínűen fogból eredő fertőzés; a kifejlődött csonthártya-, valamint állalatti mirigylob már többszörösen leirt és felismert formája a mirigyek megbetegedésének. Ez esetek elbírálásakor azonban nagyon óvatosan kell eljárni, mert lehetséges, hogy a nyakmirigyek már előbb betegek voltak és a csonthártyalob csak növeli azok duzzadtóságát. Stark²⁶ szerint csak akkor vehető fel a sajátlagos

fogfertőzés, ha a fogbél már nem él, csakis a fogmeder-nyujtvány megfelelő alveolusához tartozó nyirokmirigyek mutatnak eleinte elváltozást és a nyakmirigyek még szabadok. E szempontok tekintetbevételével jelen eset fogfertőzésnek

tartandó, különösen az elhalt fog üregében kimutatott gümö-bacillusok miatt.

A tüdőgümőkóros betegek szájelelei táblázatba foglalva, a következő felemlítésre érdemes eredményeket adják:

A vizsgált betegek	kora	1—20 év		21—40 év		41—60 év		Összesen		Együtt	Összesen %-ban		Együtt %-ban		
	neme	fi	nő	fi	nő	fi	nő	fi	nő		fi	nő			
	száma	107	85	166	164	5	8	278	257	535	52	48	100		
A vizsgált betegek között	ép fogú	32	25	27	24	1	—	60	49	109	21	19	20·5		
	ezek között száje- elváltozás	14	16	10	10	—	—	24	19	43	8·6	7·5	8		
	teljesen ép szájú	36	40	17	14	1	—	36	30	66	13	12	12		
	ápolat szájú	18	16	57	66	2	2	95	118	213	34	45·5	40		
	hiányos fogú	összesen	54	42	141	125	4	6	199	173	372	72	67	69·5	
		hiányzó fog- szám	1	17	15	27	21	1	—	45	36	81	16	14	15
			2	16	12	29	22	—	—	45	34	79	16	13	15
			3	5	4	29	14	—	—	34	18	52	12	7	9·5
			több	16	11	56	68	3	6	75	85	160	27	33	30
	műfoga van	2	—	4	6	1	1	7	7	14	2·5	2·5	2·6		
A kórfolyamatok közül volt	caries	összesen	49	43	82	89	2	2	133	134	267	48	52	50	
		caries-szám	1	19	18	46	33	2	2	67	53	120	24	20·5	22·5
			2	12	7	21	18	—	—	33	25	58	12	10	11
			3	6	8	5	16	—	—	11	24	35	4	9·5	6·5
			több	12	10	10	22	—	—	22	32	54	8	12·5	10
	foghúslob és Fr.- Th.-tünet	38	15	54	55	3	2	92	72	164	33	28	31		
	csontthártyalob	8	7	13	15	—	1	21	23	44	7·5	8·5	8		
	ideglob	3	4	14	17	—	1	17	22	39	6	8·5	7		
	necrosis	3	1	10	9	—	1	13	11	24	4·5	4·5	4·5		
	fogkő	3	1	8	9	1	—	12	10	22	4·3	4	4·1		
pyorrhoea	—	—	7	5	2	2	9	7	16	2·5	3	2·9			
gümős szájelváltozás	2	—	2	—	—	—	4	—	4	1	—	0·75			
A causalis nexus meg- állapítva	3	5	6	14	—	—	9	19	28	3	7·5	5			
A kezelés	conservatív	62	54	104	112	3	5	169	171	340	60	66·5	63·5		
	operatív	12	6	20	20	1	2	33	28	61	12	11	11·5		
	összesen	74	60	124	132	4	7	202	199	401	72	77·5	75		

Mint látjuk, a nem tekintetében lényeges különbség nincs. Hogy kor tekintetében főleg a 18—24 évesek között fordult elő a legtöbb panasz, az leginkább az intézet betegeknek a gümös morbiditásból folyó korában leli magyarázatát. Ellenben az összes betegek közül, jóllehet az intézetben a szájaápolás elő van írva, ennek nyoma a felvételkor csak a betegek 40%-ában található meg. Értendő ez alatt a fogak és szájüreg rendszeres tisztítása, a cariesek tömése és a hiányok pótlása. A női nem fogékonysága nagyobb a stomatologia iránt, mint a férfinemé, mert míg a férfiak csak 34%-ban, addig a nők 45·5%-ban ápolják szájukat. Ennek eredménye meg is látszik, a mennyiben nőknél foghiány 67%-ban, férfiakon 72%-ban találtak. Megjegyzendő, hogy 1—3 fog a foghiány %-ának csak felerészében volt mindkét nemnél és a másik felerészben legalább 4 vagy ennél több fog hiányzott. Ezzel szemben a fogpótlás mindkét nemnél igen csekély számú volt (2·5%). A foghiányon kívül a betegek igen zavarták az ideg- és csontthártyalobok, mint az alább említendő cariesek eredménye.

Sokszor fordult elő, hogy új betegek az intézeti tartó-

zkodás első-második hetében kaptak csont- vagy ideglobot, neuralgiát, dentin-hyeraesthesiát, mert a szokatlan szabad, friss levegő beteg fogaikat reakcióra indította és ez napokon át táplálkozási képtelenséget, lázat, álmatlanságot okozott. E bántalmak, melyek közül csak az operatív beavatkozást igénylők kerültek észlelés alá, a csontthártyalob, mely 8%-kal, az ideglob, mely 7%-kal, a necrosis, mely 4·5%-kal szerepelt.

A fájdalmak ezeken kívül a cariesből eredtek, a mely 267 betegen 567-szer fordult elő. E rendkívüli nagy szám jelentősége különösen tüdőbetegeken igen fontos, mert míg egyrészt a fájdalmak és lobos következmények előbb-utóbb minden esetben előfordulnak és aláássák a beteg erejét, néha napokon át, sőt az intézeti kezelés egész ideje alatt lehetlenné téve a rendes táplálkozást, másrészt másodlagos száj- és nyakmirigy-gümőkört okozhatnak.

Mindezeket tekintetbe véve, bebizonyítottnak vehető, hogy minden egyes caries gyógyításával prophylactice hártatik el egészségeseken az elsődleges és különösen tüdőgümőkórosokon a másodlagos szájgümőkör.

Ha a caries gyakoribb is talán a tüdőgümőkórosokon,

mint a hasonló korú egészségeseken, ennek közvetlenül nem a gümőkór az oka, hanem a dispositio, mely a szervezet ellenállási képességének fogyatékosságával magyarázva, egyrészt gümőkórra, másrészt a fogak gyors szétesésére vezet. A két folyamat tehát rendszerint egymás mellé rendelt betegség, de néha megállapítható közöttük az okozati összefüggés is.

Igy az esetek 50%-a azt mutatta, hogy a tüdőgümőkór jelentkezése idején a fogak még teljesen cariesmentesek. Csakhamar azonban tömegesen jelentkeznek a cariesek, az ép fogak is érzékenyek, a cariesek gyorsan fokozódnak és alig néhány hó alatt az egész fogsor pusztulásnak indul, a miben a mész- és magnesium-sóknak a gümőkórosokon megállapított fokozott kiválasztása is részes.

A pyorrhoea alveolaris, melynek kórokai között a gümőkór is szerepel, aránylag kis számban fordult elő, ennek azonban csak a betegek átlagos ifjú kora adja a magyarázatát; de tekintve, hogy ez esetek mind csak a 33—64 éves betegek közül kerültek ki, az ily módon 20%-ot kitevő esetszám lényegesen nagyobb, mint az az ilykorú, nem gümős egyéneken lenni szokott.

A foghúson a leggyakoribb elváltozás volt a foghúslab (gingivitis), 31%. Kóroka gyanánt 41%-ban a fogkő volt kimutatható, a többi esetben, tehát 26%-ban semmi látható okot nem lehetett találni, úgy hogy ezeken, számszerint 142-n, a *Frédérique-Thompson-féle*²³ tünetet kellett megállapítani. Ennek lényege *Thompson* szerint, hogy acut gümőkór esetében a foghús széle kissé duzzadt, vörös, idősebb esetben kékes-vörös. Minél szélesebb és vörösebb a foghúszegély, annál floridabb a folyamat. *Sticker*²⁴ és *Andreesen*²⁵ hasonló eredményekről számol be és mindketten korai diagnostikai jelnek tekintik, sőt ez utóbbi prognostikai következtetéseket is von le.

Az itt észlelt 142 eset valóban leginkább a febrilis betegek közül került ki és feltűnő volt, hogy a betegek gyarapodásával, de különösen a lázak és éjjeli izzadás kimaradásával párhuzamosan halaványodott a foghúszél is. De viszont sok febrilis betegen egyáltalában nyoma sem volt, sőt az erősebb fokban vérszegényeken szabályszerűen hiányzott. Azokon, a kiken megvan, a lázakkal, tehát indirecte a folyamat intenzitásával való összefüggés ez esetek szerint megállapítható, de semmi esetre sincs meg minden esetben és hiánya mit sem bizonyít. Sokszor adott panaszra okot a vérzések miatt, mert a duzzadt foghús a legkisebb érintésre vérzett, a mi az önmegfigyelésben túlságig menő betegeket rendkívül izgatta.

E káros psychés hatáson kívül jelentősége klinikai szempontból legfeljebb csak annyiban volt, hogy a reggeli köpetben számos esetben talált vércsíkok és pontok forrása gyanánt a duzzadt vörös foghúson, különösen a hátulsó felső fogak belső oldalán, néha fellelhető kis vérző eróziók voltak megjelölhetők.

A *Frédérique-Thompson-féle* tünet oka kiderítve még nincsen, valószínű, hogy előidézésében a keringésbe kerülő proteinok szerepelnek és ily szempontból talán a folyamat intenzitása mértékéül szolgálhat.

Az 535 beteg közül 401-et kellett conservative vagy operative kezelni. Teljesen ép szájú beteg 66 volt. A 372 foghiányos betegen az intézet falain belül, az ehhez szükséges időbeli és anyagi feltételek hiányában segíteni nem lehetett, mert ha csak a 3 és ennél több hiányzó fogú beteget kellett volna ellátni műfoggal, ehhez is legalább 856 műfog lett volna szükséges. A cariesek és a többi kórfolyamat kezelése különböző szempont szerint történt. Ugyanis a fájdalmak minden esetben lege artis csillapítottak. Azokon, kik szájukat már előbb is rendszeresen ápolták, vagy a kiken az intézeti tartózkodás ideje alatt keletkezett hiány vagy caries, ez ha másképpen nem, ideiglenesen minden esetben el lett látva, hogy ha az intézetből otthonukba térnek, minden kár nélkül gondoztathassák tovább fogaikat. Megjegyzendő, hogy a kezelés a betegek állapotára igen gyakran volt befolyással, a mennyiben a legkíméletesebb beavatkozás is aznap, vagy

másnapra kis hőemelkedést váltott ki, nem is említve az extractiókat, melyek után néha pár napig is láz és az általános állapot visszaesése mutatkozott. Természetes, hogy e miatt csak a legconservatívabb kezelés és a legkíméletesebb operatív beavatkozás volt megengedhető. Ellenben azokon, a kik teljesen elhanyagolt szájjal kerültek az intézetbe, csak a fájdalmak megszüntetése volt a feladat, mert az összes bajok elhárítása és a száj rendbehozatala messze meghaladta volna úgy a lehetőséget, mint az intézet anyagi erejét.

És ebből támadt az a sajnálatos meggyőződés, hogy az intézeti stomatologus nem elégítheti ki sohasem az e téren mutatkozó óriási szükségletet, hanem csak arra szorítkozhatik, hogy az oda helyesen ápoló szájjal jövő betegek acut bajait orvosolja, a mely mindig akad úgyis szép számmal, különösen a legtöbb beteg részére szokatlan szabadban való fekvés következtében.

Tekintetbe véve a száj épségének fontosságát mindenkire nézve, de különösen akkor, midőn a már beteg szervezet kellene a jelenleg még egyedül célravezető hygienés-diaetás eljárással erősíteni, szinte fájdalmas látvány némelyek szájállapota, midőn oly fogazattal és szájjüreggel kerülnek a sanatoriumba, a mely nemcsak a megfelelő táplálkozást zárja ki, hanem a testi pihenést is lehetetlenné teszi a gyuladások és idegfájdalmak kínjai miatt. A legjobb hizláló és erősítő gyógymód csődöt mond a fájdalmak idején és ez idő a beteg kúrájából 1—10 napot tesz hiábavalóvá, de némelyeken úgyszólván az egész itt-tartózkodást megrontja, a mi tekintve a 401 kezelt beteget, közel az egész beteganyag háromnegyed-résznél, de minden bizonynyal a betegek felén előfordul.

E sok idő összegeződve, a betegeknek gyógyulásra szánt idejének és így a gyógyeredménynek is nem kis részét teszi meddővé és e hiányokon az intézeti orvos, mint láttuk, még abban az esetben sem segíthetne, ha kellő idő és anyagi eszköz állana rendelkezésre, mert az intézetben belül való stomatologiai kezelés izgalmai a gyógymód eredményét csökkentik. Épp ezért igen sajnálatos, hogy a betegek nagy része az intézetnek előzetes figyelmeztetését, melyet minden betegnek a felvétele előtt nyomtatásban megküld — hogy fogazatát a kúra megkezdése előtt hozassa rendbe —, teljesen figyelmen kívül hagyja, mikor ez irányban az összes bajok orvosolhatók és ezáltal sok súlyos szövődmény előzhető meg.

Bizonyos, hogy az ép és kellően ápoló fogazatú betegeknek az intézeti gyógykezeléshez fűzött reményeik sokkal könnyebben és nagyobb mértékben mennének teljesebbé.

Irodalom. ¹ *Heller*: Deutsche Medizinal-Zeitung, 1893, 44. szám. — ² *Miller*: Die relative Immunität der Mundhöhle. Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde, 1903. — ³ *v. Jaruntovszky*: Münchener medizinische Wochenschrift, 1895, 18. szám. — ⁴ *Agnanno de A.*: Des ulcerations du voile du palais. Ann. des mal. de l'or., du lar. etc. 1889. A. f. O. 1891. XXXI. kötet, 64. lap. — ⁵ *Graser*: Ueber einen Fall von Zungentuberculose. Sitz-Ber. d. med.-phys. Soc. zu Erlangen M. H. 1884, C. f. L. 1885, 15. lap. — ⁶ *Doutrelepoint*: Ueber Haut- und Schleimhauttuberculose. Deutsche medizinische Wochenschrift, 1892, 1033. lap. — ⁷ *Schlieferowitsch P.*: Ueber Tuberculose der Mundhöhle. Deutsches Zentralblatt für Chirurgie, 1887, XXVI. kötet, 527. lap. — ⁸ *L. H. Petit*: Revue de la Tuberculose. II. kötet, 229. lap. — ⁹ *Baginsky B.*: Tuberculose Ulceration des Zahnfleisches und der Tonsillen. Berliner klinische Wochenschrift, 1887, 57. szám, 891. lap. — ¹⁰ *Bernheim S.*: La tuberculose bucc. et dent. C. r. III. Congr. dent. int. Paris, 1900. III. kötet, 1903, 241. lap. — ¹¹ *Hajek*: Die Tuberculose des Zahnfleisches. Int. klinische Rundschau, 1892, 36. szám. Zentralblatt für Laryngologie, 1892, 437. lap. — ¹² *Hanseman*: Ueber Tuberculose der Mundschleimhaut. Virchow's Archiv, CIII. kötet, 264. lap. — ¹³ *Heller*: Tuberculose der Mundschleimhaut. Deutsche medizinische Zentralblatt, 1893, 494. lap. — ¹⁴ *Mendel*: Tuberculose linguale et glossite dentaire. Soc. franc. de derm. 1894, 13. Dec.; C. f. L. 1895, XI. kötet, 580. lap. — ¹⁵ *Morelli K.*: Odontoskop. 1892, 6. füzet. — ¹⁶ *Herbold*: Beiträge zur Kiefertuberculose. Zentralblatt für Chirurgie, 72. kötet, 3. és 4. füzet, 1904. — ¹⁷ *Paget Stephen*: Tuberculose des Zahnfleisches und der Lippen. Transact. of the med. Soc. 1890, 519. lap. Zentralblatt für Laryng. 1890, 557. lap. — ¹⁸ *Stubenrauch*: Unterkiefertuberculose. Deutsche medizinische Wochenschrift, 1898, 159. lap. — ¹⁹ *Ungar*: Ueber ein Fall von Zahnfleischtuberculose. In.-Diss. Bonn, 1887. — ²⁰ *Partsch*: Die Zähne als Eingangspforte der Tuberculose. Deutsche medizinische Wochenschrift, 1904, 39. szám. — ²¹ *Zandy C.*: Ueber die Tuberculose der Alveolarfortsätze. Archiv für klinische Chirurgie, 52. kötet, 1. füzet. Zentralblatt für Chirurgie, 1897, 262. lap. — ²² *A. Fredericq*: R. de

méd. M., 1850, Mars. — ²³ *Th. Thompson*: Clin. lectures on pulm. consumpt. London, 1854. — ²⁴ *Sticker G.*: Die semiotische Bedeutung des Fr.-Th.-schen Zahnfleischsaumes in der tuberkulösen Phthise. Münchener medizinische Wochenschrift, 1888, 37. szám. — ²⁵ *Andreesen*: Ueber die diagnostische und prognostische Bedeutung des Zahnfleischsaumes bei der Lungentuberkulose. Petersburger medizinische Wochenschrift, 1895. Deutsches medizinisches Zentralblatt, 1895. — ²⁶ *Stark*: Der Zusammenhang von Halsdrüsenanschwellung mit kariösen Zähnen. Bruns Beiträge, 16. kötet.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Karl Sudhoff: Aus der Frühgeschichte der Syphilis. Handschriften- und Inkunabelstudien, epidemiologische Untersuchungen und kritische Gänge. Leipzig, Joh. Ambr. Barth, 1912. (XVI + 175 nagy 8-adrét lap és 6 tábla.)

Sudhoff fáradhatatlan alaposágának köszönjük ezt a tekintélyes kötetet, melynek minden részlete a syphilis amerikai eredetét propagáló állítás ellen száll síkra. Az „amerikánusok“ mindent csak a nyomtatott anyagból merítettek, kéziratokba betekintést nem vettek. A mellett bizonyítékaik sorába sok olyan phrasist vettek fel, melyek, ha igazak volnának, csakugyan az ő feltevésük javára szólanának. *Sudhoff* ugyancsak redukálta ezeket az igazságokat ebben a munkában, melynek nagy értéke abban áll, hogy temérdek XV. és XVI. századbeli kéziratot publikál benne. A kéziratok tartalma pedig világosan demonstrálja előttünk azt, hogy éppen ezek az egykorú írók mitsen tudnak a syphilisnek azon eklatáns járványoszerű jelentkezéséről, mely az amerikánusoknak közismert argumentuma. Összességükben véve ezeket az írókat, kiderül az is, hogy az a még jobban kihasznált másik érv: „az orvosok tájékozatlansága és gyámoltalansága“ az „új“ betegséggel szemben, szintén a legendák közé utasítandó. *Sudhoff* anyagának áttekintése és mérlegelése után nem lesz többé lehetséges — még popularis publicatiókban sem — erről a gyámoltalanságról beszélni. Hiszen már a priori is magán hordta ez a kifejezés a valószínűtlenség bélyegét. A ki csak szórakozás céljából is foglalkozott kissé az orvosi tudomány történelmével, igen gyorsan rájöhethet arra, hogy az ismeretek mennyisége változott ugyan az idők folyamán, de a megértés és az ítélőképesség terén a tudományosan képzett orvosoknak a korhoz mért niveauja Hippokrates óta állandóan ugyanaz volt. *Sudhoff* munkája pedig gyönyörűen demonstrálja ezt. Adatonként összegyűjtött inductiós bizonyítékalmaz ez, melyet annak, a ki a syphilis történeteiről közlebből érdeklődik, eredetiben kell elolvasnia.

Györy.

Lapszemle.

Belorvostan.

Trypanosomiasis eseteiben a máj működésének functionalis zavarát, alimentaris laevulosuriát talált patkányban *Schern* és *Citron*. *Schern* szerint a mozdulatlaná vált trypanosoma (dourine, álomkór, nagana) mozgékony-ságát visszanyeri, mihelyt friss patkány- vagy lóvérsavót, vagy vért adunk hozzá. A trypanosomák élettartama az állati szervezetben kívül igen különböző. Ez elsősorban az infectio stadiumától függ. Ha a patkány infectioja után rövidesen történik a vérvizsgálat, akkor akár órákon át megtartja mozgékony-ságát a trypanosoma, míg az infectio után hosszabb idő múlva nyert vér trypanosomái rövidebb ideig mozgékonyak, a röviddel a halál előtt vett vér trypanosomái alig tudják 10—15 percig megtartani mozgékony-ságukat. Ebből patkányon a trypanosomiasis prognosisa is következtethetünk. A vérsavónak ezen a trypanosomák életét meghosszabbító hatása nem egészen elektív, mert a májból készült pép hasonló hatás kifejtésére alkalmas. Más szervből készült extractumok e szempontból hatástalanok. Ezen trypanosomát

éltető hatása a serumnak oly patkányokon, melyek súlyos dourineinfectióban szenvednek, nem mutatható ki. Az ilyen állatnak májkivonata sem hatásos oly értelemben, mint az ép patkány mája. Tehát a serumnak és májnak trypanosoma-éltető hatása a trypanosomainfectio tartama alatt mindinkább csökken. Ha atoxyl-kezeléssel a trypanosomiasist csökkentjük, akkor a savónak e hatása ismét észlelhető lesz. Valószínűnek látszott, hogy a patkány mája a trypanosoma-infectio alatt functio-csökkenést mutat. Ennek kimutatására az alimentaris laevulosuriát használták a szerzők. Megbetegedett máj mellett laevulose-táplálás után alimentaris laevulosuria áll be, míg ép májfunctio mellett a vizeletben laevulose nem jelenik meg. A trypanosoma-infectióban szenvedő patkány vizelete a betegség kezdeti s középső stadiumában czukormentes volt, míg a végstadiumban nyert vizelet laevulosét tartalmazott. (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, 28. szám.)

Galambos dr.

Gyermekorvostan.

A szívhangok physiologiás viszonyairól a gyermekkorban közöl értékes vizsgálatokat *Hecht*. Mint ismeretes, felnőtteken a szívcsúcstól az első, a nagy erek felett a második hang accentuáltabb. Az előbbin a rhythmus trocheusnak, az utóbbin jambusnak felel meg. *Hochsinger* „Die Auskultation des kindlichen Herzens“ című monographiájában azt állítja, hogy gyermekeken az első szívhang erősebb, mint a második a basison is. Eme tétel bizonyítására a szerző *Einhoven* módszere szerint kísérleteket végzett. Phonendoskopot húrgalvanometerrel kötött össze, a melynek kitéréseit graphikusan ábrázolta. Az így nyert phonogrammok élénken illusztrálják a szívhangok viszonyát a basison, míg a szívcsúcson az első hang adta kép elmosódása nem nyújt pozitív eredményt. A szív táj erős pulsatioja mellett ez a hibaforrás a nagy erek fölött is jelentkezik. Vizsgálatai igazolják *Hochsinger* állítását, a mennyiben a basis fölött az első szívhang amplitudéje a csecsemőkori és az első életevekben sokkal nagyobb, mint a második. Idősebb gyermekeken, különösen a pubertas felé, a második hang lesz ékeltebb. (Wiener med. Wochenschrift, 1913, 3. szám.)

Reisz dr.

Szülészet és nőorvostan.

A terhes méh massageáról ír *Sippel*. Esetet közöl, a hol mint szakértő szerepelt a törvényszék előtt egy magzat-üzési ügyből kifolyólag. Egy kuruzsló két hónapos terhes nőn massaget végzett, úgy hogy a méhet a hüvelyen át a hasfal felé emelgette, azonkívül vibratiós massaget alkalmazott a hasfalakra és a méhre. Ezt több napon át ismételte, állítólag, hogy a bélperistaltikát előmozdítsa és a közérzetet javítsa. Néhány napra rá vérzés állott be és a nő elvetélt. Tekintettel arra, hogy a massage előtt is már heves méhkólikák voltak jelen kevés véres folyással, a szerző nem tudta a törvényszék előtt egész pontosan beigazolni, hogy a kuruzsló munkája idézte-e elő, illetőleg mozdította-e elő a vetélést. Azt azonban hangsúlyozta, hogy a terhes méh masszálása a legtöbb esetben a vetélést elősegítheti; a jelen esetben pedig, a hol már uterus-összehúzódások voltak jelen, feltétlenül előidézett contractiókat. A védő erre hivatkozott *Hoffa* „Technik der Massage“ című könyvére (Referat. Zentralblatt für Gynäkologie, 1912, 1596. oldal), a melyben szóról-szóra az áll, hogy az óvatos massage a fenyegető vetélést fel tudja tartani. *Sippel* felhívja a figyelmet erre a körülményre. A fenti állítás teljesen ellentétben van mindazzal, a mi eddig a legtöbb gynaekologus felfogása volt. *Winckel* kézikönyvében is hangsúlyozza, hogy a massaget sokszor felhasználják vetelési kísérletekre, még pedig eredménynyel. Egyáltalában nincs tisztában *Sippel* azzal, hogy mire alapította *Hoffa* ezt az állítását. Sem az intervillusos rétegnek esetleges vérzése, sem pedig a decidua vera vérzése massage-zsal nem csillapítható és így teljesen indokolatlan-nak tartja *Hoffa* tételes állítását. (Zentralblatt für Gynäkologie, 1913, 28. sz.)

Scherer Sándor.

Húgszervi betegségek.

Az idősült veselobok sebészi gyógyításának kérdéséről ír *Cholow*. Mindenekelőtt az idevágó kísérleti és bonczolástani vizsgálatokat bírálja, melyek nagyjára eltérő eredményeket adtak, sőt az eddig az irodalomban közölt klinikai megfigyelésekből semmiképp sem ítéltünk végérvényesen a sebészi therapia értékéről. A kísérleti vizsgálatok és a klinikai megfigyelések azt bizonyítják, hogy a decapsulatio rendszeren annyiban befolyásolja kedvezően a betegség további lefolyását, hogy az oedemák eltűnnek, a szív működés javul, a diuresis fokozódik, a fehérje s a cylinderek kevesbednek, illetőleg eltűnnek a vizeletből, a húgyanyag s a chloridkiválás növekedik és a nagyon elgyengült betegek újra erőhöz jutnak.

De a *Guitera-* és *Edebohl-féle* statisztikák, melyek 33—48%-os halálozást és 16—32%-os gyógyulást mutatnak, kötelességünké teszik a sebészi indiciók határainak lehető megszorítását, még pedig annál is inkább, minthogy köztudomású, hogy a nephritisben szenvedők a narcosis s az operatio ártalmait iránt rendkívül érzékenyek. A lumbalis anaesthesia bevezetése és azon körülmény, hogy a leháncsolt vesének a csepleszszel történt bevonása által sikerült collateralis vérpályákat létesíteni, lehetővé tette azt, hogy a sebészi javalat határait azon esetekről, melyekben a renalis nyomás nagyon is erős — a mi anuriában, haematuriában s nagy fájdalmakban jelentkezik —, ki lehetett terjeszteni azon közepes súlyos nephritisekre is, a hol megfelelő vizeletváltozások mellett a közérzet is többé-kevésbé rosszabbodott volt.

De csak a legkritikább esetben — egyoldali haematuria, az illető vese biztosan megállapított fájdalomssága és nagyobbodása esetén — szabad unilateralis műtétet végezni. Haemorrhagiás nephritis azon esetében, a mikor újképletre gyanakodunk, a diagnosis biztosítására a decapsulatio helyén nephrotomiát is kell végeznünk. *Cholow* 3 beteget operált meg, az egyiket nephrotomiát, a másik kettőt pedig decapsulatiót végzett. Mind a három esetben elérte a műtét célját, a mi nem volt más, mint a fájdalom megszűnése, sőt a műtétek therapiás eredménye is kielégítette őt. Az egyik betegen a nagy fájdalom miatt később a másik vesét is decapsulálni kellett. Ebben az esetben a leháncsolt vesét a felmetszett hasüregből kihúzott csepleszbe burkolta be; 3 hó múlva azonban a folytonos vöngálásos fájdalom miatt a vesét az így képződött mesterséges cseplesztokból ismét ki kellett szabadítani. Egy ilyen, a csepleszszel összenőtt és kimetszett vesedarab szövettani vizsgálatából az derült ki, hogy a bőségesen erezett cseplesz-szövet és a vesekéreg között egy szintén dúsan erezett hegszövet keletkezett, a melyből érdús kötőszöveti kötegek hatoltak be a vesekéreg-állományba. Látható tehát, hogy a leháncsolt vesének csepleszszel való beburkolása által a vesében collateralis érhálózat képződését biztosíthatjuk. A később bekövetkező vöngálási kellemetlenségek miatt azonban czélszerűbb, ha a csepleszt laparotomiával közelítjük meg és azon a ponton, a hol a hashártyán átvonul, megasztjuk, mert ezzel elkerüljük azt, hogy a megismételt leháncsolás következtében a vesét a másodlagosan képződött collateralis érhálózattól meg kelljen fosztani. (*Zeitschrift für Urologie*, VI. kötet, 1. sz.) *Drucker.*

Orr-, torok- és gégebajok.

A homloköblök syphiliséről ír *A. Heindl* (Wien). Az orrmelléküregek syphilitikus megbetegedésével szaktudományunk alig egy évtizede foglalkozik behatóbban s a homloküregek lueses megbetegedésének és kivált azok izolált megbetegedésének észlelt esetei nem túlságosan nagyszámúak. A kórfolyamat mindig tertiarer jellegű, gummás folyamat, mely a csonthártyáról vagy csontról, ritkábban a nyálkahártyáról indul ki; hosszadalmas lefolyású és sokáig izolált lehet; a későbbi szakban a homlokcsont szétesése következhetik be. Gyakoriságát illetőleg az orr és melléküregeinek lueses megbetegedései között a szerző szerint a harmadik helyen áll; leggyakrabban az orrsövény, az orrbemenet, az orrfenék és az orr-

garat betegszik meg, második helyen áll a rostacsontnak és középső kagylónak megbetegedése. A homloköblök-syphilitikus az irodalomban ismertett eseteit összefoglalva, részletesen ismerteti a szerző a saját maga észlelte 10 esetet s ezek alapján a homloköblök-syphilitikus jellegzetes tüneteit a következőkben foglalja össze: 1. lassan fokozódó főfájás; 2. a fájdalom nem lokalizálódik a supraorbitalis tájakra, hanem a fejtető felé kisu-gárzik és tompa, sokszor alig elviselhető fájdalom jellegét mutatja; 3. a fájdalom rendszerint estefelé fokozódik és éjjel éri el intenzitásának maximumát; 4. már a korai szakban cerebralis jelenségek mutatkoznak, mint a fej kábultsága, szédülés, nehezített gondolkodás, ideges nyugtalanság; 5. a supraorbitalis tájon már a korai szakban periostalis vagy ostitis körülírt elődomborodás mutatkozik, gyakran centralis felpuhulást mutató téstázis tapintatú duzzanat; 6. aránylag kevés, inkább véres vagy zöldes morzsás váladék az orrban; 7. a környezetnek, nevezetesen a conjunctivának és a szem sugártestének igen csekély izgalmi tünetei, avagy ilyenek teljes hiánya; 8. a felső szemhéj oedemája vagy rendkívül heves nyomási fájdalom már igen korán mutatkozik; 9. csak igen csekély hőemelkedés vagy láztalan állapot; 10. mindezen tüneteknek jód adagolására igen gyorsan bekövetkező javulása. A legtöbb esetben ezen tünetek közül egynéhány együttesen van jelen; útbagazít a Wassermann-reactio, kétes esetekben a tüneteknek jód adagolására bekövetkező prompt reagálása. Nagyon találónak tartja *Kutner* leírását, mely szerint ha syphilitikus jelenlétének lehetősége eszünkbe jutott, a körelőzményi adatok combinatiója a subjectiv és objectiv tünetekkel annyira valószínűvé teszi a syphilitikus jelenlétét, hogy ennek megfelelő therapiára könnyen elhatározzuk magunkat; s ha nem is mindig, de legtöbbször „ex juvantibus“ meggyőződünk felvételünk helyességéről, a mikor specifikus kúra befolyására az acut fenyegető tünetek prompt visszaféjldnek, avagy régi torpid folyamatok, a melyek eddig minden therapiával dacoltak, határozott javulást mutatnak. Ezért, mielőtt a homloköblök gyökeres műtétére határoznók el magunkat, ne feledjük el a syphilitikus jelenlétének kizárását. (*Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc.*, 1913, XLVII. köt., 2. füz.)

Safranek János dr.

Venereás betegségek.

Primaer affectio nélküli syphilitikus esetet ír le *R. Polland* (Graz). Már többen, így legutóbb *Almkvist* is, azon nézetüknek adtak kifejezést, hogy az igazi syphilitikus d'emblee, vagyis oly syphilitikus, a melynek primaer affectioja teljesen hiányzik, alkalmasint nem is létezik. Nem szabad természetesen az operatiók és hasonló alkalmak útján való syphilitikus inoculatio eseteit e kérdéssel összekeverni, mert egészen más lapra tartoznak és akárhányszor elő is fordulhatnak. A syphilitikus d'emblee eseteit *Almkvist* inkább úgy magyarázza, hogy az infectio kapuja csak igen rejtett s azért látszik a primaer affectio hiányzani (az ő esetében a sklerosis a húgycső mélyében volt). *Polland* esete úgy látszik a mellett szól, hogy létezik valódi syphilitikus d'emblee. Betege fiatal ember volt, a ki friss syphilitikusban (confrontatio történt) szenvedő nővel néhány héten keresztül érintkezett. A férfi e fölfedezés idején teljesen épnek látszott, sehol sérülés nem volt rajta kimutatható. A fiatal ember ettől fogva *Polland*-nak állandó megfigyelése alatt állott, de primaer affectiojának nyoma sem mutatkozott az egész kritikus idő alatt. Egyedül a húgycső nyílásán mutatkozott körülbelül a harmadik héten valamilyen csekélyke pír, mely azonban a beszűrdöttségnek még nyomát sem mutatta. Ez csakhamar el is tűnt, úgy hogy a kutató szakember mindeddig semmi gyanus jelt sem talált. Mégis 4 héttel később a lágycmirigyek keményedni kezdtek. A vérvizsgálat ekkor még 2 ízben negativ Wassermann-reactiót adott. 6 héttel később typosus papulo-maculosus syphilitikus fejlődött ki s ettől kezdve a syphilitikus a szokott lefolyást mutatta. Szóval friss syphilitikus kórképe látszott, noha a primaer affectio létezéséről a szerző az egész idő alatt nem tudott meggyőződni. Azt a lehetőséget, hogy a beteg már régebben

volt syphiliticus, a szerző kizárja. Véleménye szerint valószínű, hogy a spirochaeták a lényegtelennek látszó „pír“ helyén hatoltak be, de úgy, hogy beszűrődést, primaer affectiót nem idéztek elő. Az eset tehát még ily magyarázat mellett is elég érdekes, mert arra figyelmeztet, hogy a prognosis még 4 héttel a coitus suspectus után sem lehet mindig absolute biztos. (Archiv für Dermatologie und Syphilis, 116. k., 3. f.)

Guzsman.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Rhinitis atrophica és ozaena eseteiben *Jacobi* jó eredménnyel használja a „Scharlach-Rot“-ot. Mindenekelőtt spray-vel erősen megtisztogatja az orrüregét, vatta-tampokkal eltávolítja a crustákat és azután „Scharlach-Rot“-emulsióba (5%-os emulsió gummi arabicum oldatával) mártott vattával erősen bedörzsöli az orr nyálkahártyáját. Eleinte 2-3 naponként, a javulás beálltával pedig nagyobb időközönként ismétlődő az eljárás. (Ref. La semaine médicale, 1913, 25. szám.)

Bőrbajokban *Guerchoune* jó eredményeket látott a vegetariánus diétától, a melyet főleg psoriasis ellen *Bulkley* ajánlott néhány év előtt. Így a többi között psoriasis generalisata egy esetében, a mely 15 év óta állott fenn és minden kezeléssel dacolt, már egy hónap alatt eltűntek a laesiók minden helyi kezelés nélkül. Eczema bizonyos eseteiben szintén nagyon jók voltak az eredmények. (Ref. La semaine médicale, 1913, 25. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1913, 31. szám. *Okolicsányi-Kuthy Dezső*: A tüdőgümőkór activ immunisatiós gyógyítása. *Hampel Ferencz*: Siketnémának felelőssége vonása.

Orvosok lapja, 1913, 32. szám. *Réczey Imre* és *Borszék Károly*: A peptikus gyomorfekély sebészeti kezelése.

Budapesti orvosi újság, 1913, 32. szám. *Kallós József*: A Herman-Perutz-féle syphilisreactióról. *Hruby Ede*: A belorvosi röntgenológia.

Vegyes hírek.

Uj magántanár. *Flesch Armin* dr.-nak a budapesti egyetem orvosi karán a csecsemők betegségeinek kór- és gyógytanából magántanárrá történt képesítését a vallás- és közoktatásügyi minister megerősítette.

Kinevezés. *Mansfeld Ottó* dr.-t és *Frigyesi József* dr.-t a székesfővárosi balparti kórházakhoz főorvossá, *Prokesch Géza* dr.-t a szabadkai kórházhoz főorvossá, *Horváth Gyula* dr.-t Nagyatádon vasúti orvossá, *Csernel Jenő* dr.-t a belügyministerium bakteriologiai és közegészségi vizsgáló állomásához szaksegéddé a VIII. fizetési osztályba, *Gillich János* dr.-t a nagybecskereki kórházhoz alorvossá, *Kenéz Lajos* dr.-t a nyiregyházi kórházhoz alorvossá, *Kozma Péter József* dr.-t a dévai kórházhoz segédorvossá nevezték ki.

Választás. *Russay Andor* dr.-t Csongrádon, *Janovich Gyula* dr.-t pedig Stájerlakon közszégi orvossá választották.

Meghalt. *Folberth Frigyes* dr., medgyesi járásorvos, tiszteletbeli megyei főorvos 54 éves korában augusztus 2-án. — *Papp Mihály* dr. makói orvos 77 éves korában. — *L. Bourget* tanár, a lausannei egyetem belorvostani klinikájának igazgatója, július 25-én, 57 éves korában. Az elhunyt főképpen a gyomorbetegségek terén volt tekintély.

Hírek külföldről. *Ehrlich* tanár elvállalta a *Friedmann*-féle tuberculosis-ellenes szernek tudományos megvizsgálását; a vizsgálat eredményét 9-12 hónap múlva reméli előterjeszhetni. — A svájci orvosi fakultások látogatottsága az elmúlt nyári félévben a következő volt: Basel 271 (20 nő), Bern 446 (84 nő), Genf 624 (237 nő), Lausanne 266 (63 nő), Zürich 422 (76 nő).

Személyi hírek külföldről. A Vilmos-császár-társaság által szervezett dahlemeri kísérleti intézet élére *Wassermann* tanárt állították. — A baseli anatómiai tanszéket, mely *Kollmann* tanár nyugalomba vonulásával ürrült meg, *C. Corning* eddigi professor és cz. rendkívüli tanár előléptetésével föltöltötték be. — A müncheni egyetemen rendszerezített bőrkórtani rendkívüli tanári állásra *L. Zumbusch* bécsi cz. rendkívüli tanárt hívták meg.

A közegészségügyi kerületi felügyelők szolgálata tárgyában a következő rendeletet bocsátotta ki a belügyminister: Hivatali elődóm a közegészségügyi felügyelők szolgálatának újjászervezése tárgyában 1913. évi június hó 3-án 75.000 B. M. szám alatt kelt körrendeletével az országot nyolcz közegészségügyi felügyelői kerületbe osztotta és minden egyes kerületben — megállapított székhelylyel — a közegészségügyi felügyelői szolgálatot egy-egy közegészségügyi kerületi felügye-

lőre bízta; a közegészségügyi kerületi felügyelők működésének irányítására és ellenőrzésére pedig Budapesten közegészségügyi országos főfelügyelőiséget szervezett. Ezt a rendelkezést lényegében a magamévá teszem. Minthogy azonban a közigazgatási és ezzel kapcsolatban az egészségügyi szolgálatnak tervbe vett reformját már a legközelebbi jövőben megvalósítani szándékozom, megfontolás tárgyává kell tennem a közegészségügyi felügyelői szolgálatnak a megállapítandó állami szervezetbe való beilleszkedését is. Ennélfogva hivatali elődóm fentidézett körrendeletét átmentileg úgy módosítom, hogy a közegészségügyi kerületi felügyelők — a személyi és kerületi beosztás változatlan megmaradása mellett — szolgálatukat egyelőre ne az idézett körrendeletben megállapított székhelyről, hanem Budapestről lássák el. Ennek megfelelően a közegészségügyi kerületi felügyelők működésének irányítása és ellenőrzésére a vezetésem alatt álló belügyministerium közegészségügyi főosztályában külön alosztályt szerveztem. Ezzel egyidejűleg a közegészségügyi kerületi felügyelők működése megkezdésének időpontjául 1913. évi október hó 1-ét állapítom meg. Minthogy pedig jelen rendelkezéssel a közegészségügyi felügyelői intézmény szervezeti változást szenvedett, a közegészségügyi kerületi felügyelők részére az alábbi új szolgálati utasítás kiadása vált szükségessé. Erről a Czimet további eljárás végett értesítem, egyszersmind a magam részéről is elvárom, hogy a törvényhatóság területére illetékes közegészségügyi kerületi felügyelő működésében minden rendelkezésére álló eszközzel hathatósan támogassa és erre közeget is kellő súlylyal utasítsa.

Andresen M. dr. „Fényudvarmentes és színérzékeny lemezek“ című füzetében azt említi, hogy a közönséges bromezüstlemezeknek sok hátrányuk van. A közönséges lemez színvaksága és fényudvara oly nagy hiba, hogy már alig létezik komoly amateur, ki ezzel tisztában ne volna. Csak az hiányzott, hogy bárki ingyen megkaphassa *Andresen* dr. brosuráját és tényleg az ismer! „Agfa“ (Actien Gesellschaft für Anilinfabrikation. Berlin SO 36) kívánatra díjmentesen küldi ezen munkát, mely különben kívánatra minden jobb photo-kereskedésben is kapható.

Mai számunkhoz *Dr. Erich F. Huth G. m. b. H., Berlin SO. 26* „Elektro-Kardiographen“ című prospectusa van mellékelve.

Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet

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

WEISZ EDE INTÉZETE
Dr. PÖSTYÉN

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 fasor 15. Az összes modern villamos gyógymódok. Röntgen-laboratorium Almatlanság, neurosisok, neuralgiák, arteriosclerosis stb. ellen

Therapia sanatorium r.-t. Budapest, VII., Városligeti fasor 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. Widder Bertalan operateur orthopaed-sebészeti intézetét Budapest, VII., Rákóczi-út 10. szám alá helyezte át.

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

Dr. Weisz Rudolf, Pöstyén

v. budapesti ált. poliklinikai tanársegéd.

Physiko-mechanotherapie. 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.

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (X. rendes tudományos ülés 1913 márczius 15.-én) 599. lap. — Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészi szakosztálya (III. ülés 1913 márczius 6.-án) 600. lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(X. rendes tudományos ülés 1913 márczius 15.-én.)

Elnök: Grósz Emil.

Jegyző: Bence Gyula.

A bal bronchusból eltávolított idegen test.

Réthy Aurél. (Eredeti közléseink során egész terjedelmében hozzuk.

Az egyik oldali valamennyi orrmelléküregre ráterjedő tuberculosis.

Dörner Dezső: A felettebb ritka eset 31 éves nőre vonatkozik, ki 5 hónappal ezelőtt azzal a panaszszal jelentkezett az orr- és gégegyógyászati klinikán, hogy orrán át nem kap levegőt, bal orrfele erősen eldugult, gyakran van orrvérzése és igen heves féoldali fejfájása; fájdalmait főképpen a homlokájára lokalizálja. Rhinoskopiás vizsgálattal az orrüreg bal felében szürkés-vöröses, dudorzos felületű tömeg volt látható, mely az orrüreg bal felét úgyszólván teljesen kitöltötte s az orrüreg lateralis falából látszott kiindulni. Szondával az orrfele felől körüljárható volt és az orrsövénynek hátulsó felére ráterjedt; consistentiája meglehetősen puha volt. A könnyömlőnek megfelelően a bőr kipirosodott, lobos s ennek közepén sipoly volt, melyből hígan folyó geny ürült. A Röntgen-kép a baloldali orrüreg és melléküregek kifejezett homályát mutatta. A Highmor-üreg punctiója alkalmával sajtos törmelék ürült. A belgyógyászati vizsgálat a bal tüdőcsúcsban régebben lezajlott, gyógyult folyamatot állapított meg. Lueses tünetek kimutathatók nem voltak, a Wassermann-reactio negativ volt. A próbaexcisióval nyert daganatrészlet szövettani vizsgálata typosus tuberculosisist állapított meg. A beteget Onodi tanár megbízásából megoperálta Moure eljárása szerint. A Killian-féle ívmetszést meghosszabbítva s vele az orrszárnyat megkerülve, a külső orr lágyrészeit oldalt csapva, mindenekelőtt a lobos könnyömlőt a felette levő gyuladt bőrterülettel együtt extirpálta; a processus frontalis maxillae superioris és os nasale reszekálása után az orrüreg bal felét kitöltő, részben sajtosan szétesett sarjszerű daganatot excochleálta s miután kiderült, hogy a folyamat a rostasejtekre is áterjedt és a Highmor-üreg nasalis falát kb. koronányi területen uzurálta s betejedte a Highmor-üregbe is, a rostasejteket is kitakarította s a Highmor-üreg medialis falát eltávolítva, ennek nyálkahártyáját is kikaparta; áterjedt a folyamat a sinus sphaenoidalisra is, melynek elülső falát szintén eltávolítva, a sinus is kitakarította, majd, minthogy a folyamat a sinus frontalis alsó falán keresztül ebbe is betejedte, Killian szerinti léczet hagyva, a homloköböl elülső falát is felvéste és az öböl megbetegedett nyálkahártyáját excochleálta. A porcós és csontos septum nagy részét is el kellett távolítani. Az előállott üreget jodoformgaze-zel tamponálva, a bőrsebet varratokkal egyesítette. A könnyömlő feletti gyuladt bőrterületnek megfelelően külön plastikát kellett alkalmaznia. A sebszék mindenütt összetapadtak, kivéve a gyuladt bőrterület helyének megfelelőleg, itt per secundam intentionem jött létre a gyógyulás.

Onodi Adolf: Az eset egyike a legkritábbaknak. A Highmor-üregben többször konstatáltak a tuberculosisist, de ezek közül is 9 esetben másodlagosak voltak a Highmor-üregbeli elváltozások, a maxilláról terjedtek át. A homloküregben 3-4 esetben ismeretes a tuberculosis, egy esetben a rostasejtekben és iköbölben is. Egy esetben a Highmor-üregben, rostasejtekben és iköbölben volt tuberculosis.

A bemutatott esethez Panse esete hasonlít, melyben a rostasejtekben, az iköbölben, a koponyacsontban volt tuberculosis; ez az eset halálosan végződött.

Előterjesztés a hazai fürdők ügyében.

Id. Liebermann Leo: A gondozásunkra bízott betegek gyógyításában ősidőktől fogva jelentékeny szerepet játszanak a gyógyfürdők. Jelentőségük a tudomány haladásával nemcsak

hogy nem csökkent, hanem ellenkezőleg emelkedett azon mértékben, a mint tudományosan megismerkedtünk a klímát alkotó tényezők, a hőmérsék, a légnyomás, a vízgőztartalom, az insolatío, a szelek hatásával az egészséges és beteg ember szervezetére.

A gyógyfürdők és gyógyhelyek értékeléséhez hozzájárultak, a mint tudjuk, régebben nem is sejtett agensek: a vizek emanatio-tartalma, a talajokban található radioactiv anyagok, a levegő ionisatioja; s ha ezek befolyásának tanulmányozásában csak a kezdet kezdetén vagyunk is, szinte fölösleges mondani, hogy immár kétségtelen, hogy néha éppenséggel csodálatra méltó hatásuk megvan s hogy a therapiában meglepő dolgokat várhatunk tőlük.

Mindez véleményem szerint elég ok arra, hogy figyelemmel legyünk fürdőink és gyógyhelyeink közegészségi viszonyaira, általában kulturális állapotára, mert hiszen mi orvosok nagyon jól tudjuk, hogy a leghatásosabb gyógyító tényezők is csak úgy értékesíthetők, ha lehetőleg mindent távol tartunk, a mi a kedvező hatást ellensúlyozhatná, nem is szólva arról, hogy óvakodni fogunk valakit valamely fürdő kedvező hatásának reményében egy másik oldalról fenyegető veszélynek kitenni.

Ha pl. valamely idegbajoson specialis gyógyhellyel akarunk segíteni, nem fogjuk olyan helyre küldeni, a hol mindennap bosszankodik az utak, járdák és sétányok rendetlen állapotán, a hol por vagy sár miatt ki sem mer menni a szobájából, a hol rosszul étkezik, a hol a lakások tisztátalanok vagy nedvesek.

Ha pedig éppen olyan fürdőhelyről van szó, a hol rendszer ivóvíz-ellátás és a közegészségi igényeknek megfelelő árnyékszék-rendszer nincs, a hol tehát eltekintve az ilyen állapotokkal járó apróbb kellemetlenségektől, még attól is kell félni, hogy betegeinket talán typhus-fészekbe küldjük: akkor az illető fürdőhely, bármilyen kiválóak is természetadta gyógytényezői, nem számíthat arra, hogy lelkiismeretes orvos oda utasítsa betegét.

A magyarországi fürdők és gyógyhelyek elmaradottsága ismeretes: mindössze egy pár van, mely kivétel, melyről elmondhatjuk, hogy európai színvonalra emelkedni igyekszik, roppant erőlködés, izgalmas munka és anyagi kockázat árán, senkitől sem támogatva, az államtól sem, melynek pedig úgy anyagi érdeke, mint reputatioja a külföldön — mely utóbbi végre szintén az állam hitelének emelkedésében, tehát előbb-utóbb anyagi előnyökben nyilvánul — a fejlődésképes fürdőhelyek leggondosabb istápolását igényelné.

Ha látjuk, hogy a mintegy magyar specialitást tevő hévízfürdőket 1911-ben 95.353 vendég látogatta, kik között 16.255 volt külföldi, a hideg ásványvizes fürdőket pedig 86.651, kik között külföldi volt 8417, hogy tehát csak ezen két fürdőkategóriában kerek számban 182.000 vendég, köztük 25.000 külföldi fordult meg, akkor bármennyire számolunk is azon nehézségekkel, melyekkel államunknak meg kell küzdeni, mégis azt kell mondanunk, hogy nem óvja meg eléggé fontos anyagi érdekeit, ha nem törődik azzal, hogy az a 182.000 vendég, ki véletlenségből, vagy kényszerűségből ott megfordult, meg lehetett-e minden tekintetben elégedve a talált viszonyokkal, annyira, hogy az illető helyeket újra szívesen felkeresse, s ha nem érdeklődik az iránt, hogy az a 25.000 külföldi, hazájába visszatérve, milyen híréf keltheti a fürdőhelynek s ezzel közvetve Magyarországnak, melyet éppen ezen fürdő révén ismert meg. Voltaképpen még több ilyen emberről van szó, mert az összes magyarországi gyógyító helyeket 1911-ben mintegy 300.000 vendég látogatta, kiknek körülbelül 10%-a volt külföldi.

Pénzben kifejezve ez hozzávetőleg következőt jelent: az összes fürdővendégek körülbelül fele állandó volt. Ha ezekről felveszszük, hogy átlag 2 hetet töltöttek az illető helyeken és naponként 10 koronát költöttek, ez annyi mint 21 millió korona, a miből külföldi vendégekre, körülbelül 19.000-re, esik kerek számban $2\frac{1}{2}$ millió korona.

Ha az ideiglenes vendégeknél csak 1 napi tartózkodást veszünk fel, ez ugyancsak 10 koronával számítva $1\frac{1}{2}$ millió koronát tesz ki, melyben az idegenek (kb. 15.000) 150.000 koronával szerepelnek. Az 1911. év fürdővendégei tehát összesen körülbelül $22\frac{1}{2}$ millió koronát, a külföldiek pedig a legalacsonyabb számítás szerint is 3 millió koronát vittek a magyar fürdőhelyekre.

Azt hiszem, hogy ilyen csírákat érdemes fejleszteni, támogatni, sőt melegen gondolni!

Nem akarok senkit sem vádolni, mert célom csak az, hogy indítsuk meg a javulást, hogy győzzük le az eddig uralkodott közönyt, ébreszszük fel egész társadalmunkat álmos tétlenségéből; de éppen ezért nyíltan meg kell mondani, hogy erre nem lehet reményünk, ha a viszonyok gyökeresen meg nem változnak, mert mi eddig mindannak ellenkezőjét tapasztaltuk, a mi a hazai fürdőügy támogatását jelentené.

Még a legkiválóbb gyógyfürdőink vezetőinek, bel- és külföldi látogatóinak panaszai is eredménytelenül hangoznak el azon sivatagban, melyet közigazgatásnak nevezünk. Ha arról van szó, hogy hozzák rendbe a közlekedési utakat, legfeljebb kimegy egy szelíd rendelet, mely az illető hatóságokat az utak jókarbantartására figyelmezteti, a nélkül, hogy a rendelet végrehajtásáról szigorúan gondoskodnának. Ha egy fürdőhely vízvezetékéről és csatornázásáról, szóval assanálásáról van szó, gyakran nem hathatós támogatással, hanem a legnehézkesebb hivatalos ügymenet kerékkötőjével találkozunk; ha valahol hídra volna égető szükség, mely lehetővé tenné egy fürdőhely modern fejlődését, megkezdődik a végnélküli huza-vona, az a minden érdeklődéstől mentes hivatalos ide-oda irogatás, melyet tárgyalásnak neveznek és mely vagy teljesen eredménytelen marad, vagy melynek eredményét a sürgős ügy megindítója életében már nem látja, vagy talán csak akkor, mikor megöszülve, megrokknva már belefáradt az izgalmas erőlködésbe.

Ha arról van szó, hogy fürdőhelyeken épületek 30 évi adómentességben részesüljenek, tehát olyan kedvezményben, melyet az állam székesfővárosi házának az államkincstár direct megkárosításával megad, mert hiszen olyan házak részesülnek benne, melyeket lebontanak, melyek tehát addig adót fizettek: a fiscus nehézségeket támaszt; holott bizonyos, hogy ha valahol, hát fürdőhelyen és különösen magyar fürdőben van helye ilyen támogatásnak, mert a hitelügy fejletlensége miatt pénzt nem tud előteremteni és egyedül csak a fürdőszaison bevételeire van utalva.

De még apróbb, fürdőhelyre nézve azonban mégis fontos dolgokban sem látjuk azt az érdeklődést és támogatást, sőt még azon jóindulatot sem, melyre annyira szükség volna. Több fontos fürdőhely vasuti indóháza pl. olyan állapotban van, annyira nélkülözi nemcsak a szükséges berendezéseket, de még a külső csínt is, hogy nem egy külföldi vendég, a mint azt biztosan tudjuk, meghökkenve és disgustálva legszívesebben azonnal visszafordult volna, ha nem jutott volna eszébe orvosának tanácsa; úgy, hogy csak ilyen kényszer alatt hátrózta el magát egy olyan helyen való tartózkodásra, melyről már első látásra mélyen lehangoló benyomást nyert.

Az a számtalan panasz, mely a fürdőtulajdonosok részéről emeltetett s mely a balneologiai egyesület felterjesztéseiben is évtizedek óta kifejezést nyert, jóformán eredménytelen maradt; eredménytelen volt a nevezett egyesület azon kérése is, hogy a főbajok szanálására fürdőtörvény alkotassék, mely alkalmasnak látszott a jogok és köteleességek pontos körülírásával azon tartózkodást is megszüntetni, vagy legalább csökkenteni, melyet eddig a tőke a gyógyfürdőkkel, mint olyan vállalatokkal szemben tanusított, melyeknek legfontosabb létfeltételeit még annyira sem látta biztosítva, a

mennyire azt az állam közigazgatási rendszabályokkal és jóakarattal támogatással egyáltalában biztosíthatná.

Minthogy tehát az eddigi tapasztalatok után nemcsak attól kell tartani, hogy a magyar fürdőügy fejlesztése érdekében belátható időn belül semmi sem fog történni, hanem hogy ilyen körülmények között attól is kell félni, hogy az itt-ott mutatkozó fellendülés, mely azonban a szó szoros értelmében *csak egy pár* buzgó és szorgalmas ember kimondhatatlan erőmegfeszítésének köszönhető, ismét alább fog hagyni, mert legyőzhetetlenné válhatnak azon nehézségek, melyeket a külföldi concurrentia is támaszt, azt ajánlja: méltóztatás az orvosegyesület ezen előterjesztést magáévá tenni és az igazgatótanácshoz átutalni azon célból, hogy a szükséges lépéseket a kormánynál megtegye.

Papp Samu: A maga és az összes balneologiai érdekeltek nevében a balneologiai egyesület igazgató-tanácsának megbízásából is köszönetet mond *Liebermann* elnöknek hazafias buzgalmáért, melylyel a hazai fürdők ügyét ilyen tekintélyes erkölcsi testület előtt szóvá tette.

A maga részéről azt hiszi, hogy a fürdők összes viszonyait külön törvényben kell összefoglalni. De tisztában kell lenni azzal, hogy csak olyan fürdőtörvénytől várhatunk eredményt és sikert, mely nemcsak rendszabályokat tartalmaz, hanem kézzelfogható, finanszialis kedvezményeket is nyújt. E nélkül csak üres paragraphushalmaz, melytől sikert várni nem lehet.

Ha a kormány nem tud oly álláspontra helyezkedni, hogy a fürdőügy emelése nemcsak a tulajdonosok érdeke, hanem az államnak is közegészségügyi és közgazdasági szükségessége, akkor jobb, ha mit sem tesz.

Csatlakozik az előterjesztéshez.

Az előterjesztést áteszik az igazgató-tanácsra, mely felsőbb helyre fogja juttatni.

(Folytatása következik.)

Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(III. ülés 1913 márczius 6.-án.)

Elnök: *Dollinger Gyula.*

Jegyző: *Ádám Lajos.*

Súlyosabb természetű hólyaggyulladások gyógyítása cystostomiával.

Alapy Henrik: Az először *Poncet* által 1892-ben ajánlott cystostomia suprapubica kevés követőre talált. Nem tudott tért hódítani azóta sem, hogy *Rovsing* 1907-ben újlag propagandát csinált neki. A hiba a javalatállításhoz rejtett. *Poncet* csak oly prostatahypertrophias betegre végezte, kinek complet retentiója volt és kít katheterezni nem lehetett. Ez túlságosan szűk javalatállítást, ellenben túlbő a *Rovsing* indicatiója, ki a retentio műtéti gyógyítására más módszert alig ismer, mint a vasectomiát, és a hol ez nem használta, a cystostomiát. 150 műtéti esete közül csak 6 prostatectomiát végzett, a mi mai felfogásunknak meg nem felelő arány. Tudjuk, hogy a vasectomia elavult műtéte alig használ valakit, a prostatectomia a beteget pedig sokkal jobb helyzetbe hozza, mint a cystostomia. Talán ebben kereshető a főoka annak, hogy az utóbbi műtét tért hódítani nem tudott.

A sebészetben általánosan divó módszer, melyet a prostata hypertrophias retentiója ellen alkalmazunk, vagy a rendszeres katheterezés, vagy a hol evvel nem boldogulunk, a prostatectomia. Van azonban a betegeknek egy csoportja, a kiken a katheterrel nem boldogulunk és a kiken a prostatectomia még nem viheto ki. Ezek nagyon nyomorúságos állapotban vannak. Mind gyakrabban kell őket katheterezni, de sem ez, sem az állandó katheter nem enyhíti kínjaikat, az igen gyakori, fájdalmas vizelésingert még a morphin is alig csökkenti. A prostatectomia pedig rájuk nézve igen veszedelmes műtét. Ezek t. i. azon betegek, kiknek *felső* húgyutai a régi retentio folytán már súlyosan elváltoztak, a miről meg lehet és meg kell győződni a *vesék functionalis vizsgálata* által. A kiken ez a vizsgálat azt mutatja, hogy veséik elégtelenül működnek, azokra nézve a prostatectomia túlveszélyes műtét.

A betegek ezen csoportja számára ajánlja és gyakorolja az előadó az *epicystostomiát*. Kis műtét, mely helybeli érzéstelenítéssel néhány percz alatt elvégezhető és veszélylyel nem jár. A hólyagnak a sebje varrása (*Poncet*) nem szükséges.

A seben át bevezetett Pezzer-katheter, mely körül a hólyag-sebet egy-két öltéssel megszükitjük, tökéletesen elvezeti a vizeletet, úgy hogy a beteg száraz marad. Eleinte hetenkint kell cserélni, később, midőn a sipoly hatása alatt a cystitis gyógyul, csak havonként.

A műtét eredménye abban a tekintetben fényesnek mondható, hogy a fájdalmat jóformán azonnal megszünteti. Az uraemiás súlyos beteg érdekében egyebet nem is tehetünk. Vannak azonban oly időstül uraemiás betegek, kiknek állapota a sipoly hatása alatt feltűnően megjavul. Annyira, hogy a műtét idején elégtelen vesék néhány hónap múlva már jól működnek és a *prostatektomia* műtete, mely előbb túlveszélyes lett volna, most már eredményesen végezhető. Ez történt az előadó három esetében, hol a cystostomia után 2—6 hónappal a transvesicalis prostatektomia már ki volt vihető. Mind a három meggyógyult.

Friss peritonitist okozó kizárt köldökzsínórsérvtől műtétet esete újszülöttn.

Makai Endre: 52 órával ezelőtt operált egy újszülöttet, kihez 30 órával a szülés után hívták consiliumba Tóth tanár nőgyógyászati osztályára. Lúdtójsányi, feszes köldökzsínórsérvtől. Azonnal műtét. Behatolás merőleges metszéssel. A serosának megfelelő belső hártályhoz 2 vékonybélkacs, a coecum és az appendix húszfilléresnyi fibrinhártályával oda van tapasztva. A serosa erősen belövelt, szakadékos. A belek puffadtak, a kacsok közt kevés zavaros savó. A köldökknél a belek régebbi pókhálószerű hártályos összenövéssekkel fixáltak, úgy hogy repositiójuk csak éles leválasztás után lehetséges. A lepraeparáláskor két $\frac{1}{2}$ cm.-nyi finom serosarepedés a puffadt beleken, melyeket legfinomabb selemöltésekkel lát el. A sérvtörvény zárása catgut-dohányzacskóvarrattal. Csomós bõrvarratok.

A csecsemő jelenleg jól van; jól szopik, élénk, nem sokat sír. Láza nincs, széke rendszeren van.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

2675/1913.

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

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

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

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

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

A választás megejtésére határidőt a pályázati határidő elteltével fogok kitézni.

Ratkó, 1913 évi augusztus 4.

Madarassy, főszolgabíró.

Megüresedett **körorvosi állás** kellemes, fő vasuti vonal mellett fekvő, tiszta magyar környékkel bíró nagyközségben — nagy városokhoz közel — biztos jövővel, folyton fejlődő jövedelemmel, nagyon kényelmesen elvégezhető kiszállásokkal.

Bővebb információkkal orvos urak részére szívesen szolgál

Sztempák Dezső, gyógyszerész.
(Demecser, Szabolcs m.)

Igen jó **körorvosi állás** betöltendő vagy helyettesítendő magyar vidéken. Bővebb felvilágosítást ad a gyógyszerész Álmosdon (Bihar-megye).

5760/fh. 1913.

A Budapesti Kerületi Munkásbiztosító Pénztár pályázatot hirdet a következő **kezelőorvosi állásokra**:

A székesfőváros VIII. kerületében a Dobozi-, Magdolna-, Madách- és Szerdahelyi-utca által határolt területre évi 2400 K díjazással.

A pályázati kérvények, a melyek oklevélmásolattal és az eddigi orvosi szolgálatot igazoló bizonyítványmásolatokkal szerelendők fel, **1913. évi augusztus 31.-éig** adandók be a pénztár főorvosi hivatalához (VII., Damjanich-utca 36) címezve, a hol az állásokra vonatkozóan hétköznapokon d. e. 12—1 óra között részletes felvilágosítás nyerhető.

Az állást a pénztár igazgatósága választás útján tölti be. A megválasztott orvos tartozik a mindenkor érvényben lévő szolgálati, fegyelmi és illetmény-szabályzatot, valamint a szolgálati ügyrendet magára nézve kötelezőnek elismerni s a számára kijelölt körzetben lakni. Az alkalmazás egy évig ideiglenes jellegű.

Az állás az alkalmaztatást kimondó igazgatósági határozat keltétől számított 14 napon belül foglalandó el.

Budapest, 1913 augusztus 4.-én.

A Budapesti Kerületi Munkásbiztosító Pénztár.

2769/1913. kig. szám.

Krassó-Szörénymegye bozovicsi járásában üresedésben levő következő **körorvosi állásokra** hirdetek pályázatot:

I. **Bozovicsi kör:** székhelye Bozovics község 4500 lakossal bir, van kir. járásbírósa, telekkönyvi hivatala, adóhivatala, 4 takarékpénztára. 5 ügyvédje, erdőgondnoksága, nagy intelligenciája, nagy heti és országos vásárjai; ezzel szemben magánorvos letelepedve nincsen, tehát magányakorlatra megfelelő kilátás van. A körhöz tartozik székhelyen kívül Peregő, Pattás, Óborloveny, Bánya és Ogerlistye községek összesen 13856 lakossal.

II. **Dalbosfalvai kör:** Székhelye Dalbosfalva, a körhöz tartozik még Úsopot, Nagyloposnok, Mocsáros, Gerbecz, Újsopot és Almásróna összesen 10271 lakossal.

III. **Nérahalmosi kör:** Székhelye Nérahalmos, a körhöz tartozik: Nérahalmos, Putna, Cseherdős, Ujborloveny, Porhó, Kisloposnok összesen 6000 lakossal.

A körorvosok fizetése az 1909. évi XXXVIII. t.-cz. értelmében 1600 kor., megfelelő korpótlékkal, 600 kor. fuvardíj, a bozovicsi körorvos részére 500 kor., a többi részére 400—400 kor. lakpénz. Szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak.

Megjegyzem még, hogy addig, míg az összes állások betöltve nincsenek, a betöltetlen körökre a megválasztott körorvost fogom helyettesíteni.

Felhívom a pályázni óhajtó orvostudor urakat, hogy pályázati kérvényüket **folyó évi augusztus hó 31.-éig** annál inkább adják be hozzám, mivel az elkészen érkezőket figyelembe nem vehetem.

A választást később fogom kitézni és erről pályázókat külön értesíteni.

Bővebb felvilágosítást alulírott főszolgabíró készséggel ad.

Kelt Bozovicson, 1913 július 25.

Argalás Samu, főszolgabíró.

3104/1913.

Hajdúvármegye központi járásához tartozó 5500 lakosú Hajdú-sámszon nagyközségben megüresedett **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Felhívom azokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1876. XIV. t.-cz. 143. és az 1883. évi I. t.-cz. 9. §§-ában előirt képesítésüket, továbbá eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket **hozzám folyó évi augusztus hó 23.-áig** adják be.

A megválasztandó orvos javadalmazásai:

1. Törzsfizetés 1600 korona és 600 korona lakbér.

2. A szabályrendeletileg megállapított orvoslátogatási díjak.

A megválasztandó orvos állását folyó évi szeptember hó 1.-én tartozik elfoglalni.

A választás határnapját később fogom megállapítani.

Debrecen, 1913 augusztus 4.-én.

Orosz Sándor, főszolgabíró.

A Nagyváradi Izr. Szent Egylet nyilvános jellegű kórházában a **segédorvosi állás** lemondás folytán megüresedett. Ezen állásra az igazgatóság pályázatot hirdet.

A segédorvos javadalmazása: évi 2200 K, természetbeni lakás, fűtés, világítás és reggeli.

Pályázók kérvényeiket **folyó évi augusztus hó 20.-áig** a kórház igazgatójánál nyújtsák be. Az állás szeptember 1.-én foglalandó el.

Nagyvárad, 1913 augusztus 5.

Az igazgatóság.

DAVOS-DORF

Internationales Sanatorium Dr. Philippi

Jóhírű elsőrendű intézet. — Az erdő szomszédságában. — Izolált fekvése miatt különösen nyári kúrákra is alkalmas. — Prospektusok és irodalom ingyen.

Neuronal

Bromtartalmú **hypnoticum**, bevált **sedativum** és **altatószer**
Kitűnő hatású Amylen-hydrattal kombinálva epileptikus állapotok és status epilepticusnál.

Neurofebrin (Neuronal Antifebrin aa) Analgeticum és sedativum.
Mellékhatás nincs. — Megszokás nélkül. — Adagok 0,5–3 gr.-ig.

Eredeti csomagolások { Neuronaltabletták à 0,5 gr. Nr. X.
Neurofebrintabletták à 0,5 gr. Nr. X.

Kimerítő irodalmat küld: Kalle & Co. Aktiengesellschaft, Biebrich

LABORATOIRES CLIN-PARIS

PHOSPHOTAL

(neutralis phosphorossavas kreosot)

Capsules Clin vékony Cluten-burkolatban az egyes kapsula 0,20 phosphotalt tartalmaz. Naponta 4–12 szemet.

Emulsion Clin kávéskanálnként 0,50 phosphotalal. Naponta 2–6 kávéskanállal 1/4 pohár tejben. Klysmákban is adagolva leaz.

Clin sterilizált csövecskél köbcentiméterenként 0,10 phosphotal olajos titrál oldatban és 3 köbcentiméter irtartalmú csövecskékben. Minden második napon egy injectio.

Phosphotal előnyei: Nem maró, teljesen áthasonodó, jól leszűrve. 90% kreosot és 9% phosphortartalommal. Az izzadás csökkenik, a köhögés gyérül, az étvágy gyarapodik.

CLIN-féle ADRENALINE.

1 : 1000 oldat (5 és 30 cm³-es üvegcsék)

1 : 5000 collyrium

1/4 milligm.-os granulák

1/2 milligm.-os suppositoriumok

Köbcentiméterenként 1/2 mgm.-os sterilizált csövecskék

Sterilizált csövecskék Cocainos Adrenalinnal

(1/4 mgm. Adrenalin és 5 mgm. Cocain minden cm³-ban.)

Nourry-féle JODTANNIN-BOR

Minden alkalikus jodvegyület nélkül, kellemes ízű, kitűnően assimilálódik, a csukamájolaj pótszere. Egy evőkanálnyi 50 centigramm jodot és tíz centigramm tannint tartalmaz.

Javallatok:

Érvélykór, vérszegénység, hószámvazarak, tödőbántalmak.

ADAG: Felnőtteknek egy evőkanállal az étkezés előtt vagy alatt. Gyermekeknek egy vagy két kávéskanállal az étkezés előtt vagy alatt.

Ára egy üvegnek 4.60 korona. Minden gyógyszerárban kapható.

A higanykezelés új módja (higanymérgezés kizárva) az

ÉLIXIR DÉRET BI-JODÉ

Tannint és hydrarg. bijodatmot tartalmazó bóros elixir által. Készíti J. NOURRY, volt gyógyszerész a francia katonakórházakban.

Egy evőkanál higanytartalma egyenlő 1 centigramm hydrarg. bijodatmával:

ADAG { Felnőtteknek: Egy evőkanál
Gyermekeknek: Egy fél vagy egész kávéskanál } kétszer naponta.

Syphillis — Bőrbántalmak.

Egy üveg ára 6 korona.

**VEZÉRKÉPVISELET: AUSZTRIA ÉS MAGYARORSZÁG RÉSZÉRE:
MAG. PHARM. MARCEL MARCUS WIEN, VI., KÖSTLERGASSE 1.**

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. —



—→→ ELSŐRANGU GYÓGYVIZ ÉS DIAETETIKUS ITAL. ←←—

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

SALVATOR

a kontinens legelső orvosi szaktekintélyei által kitűnő sikerrel használtatik

Hugyhajtó hatása.

Kellemes izü.

Könnyen emészthető.

Teljesen tiszta.

Állandó összetételü.

Vasmentes.

Kiváló óvszer a vörhenynél (scarlatina) fellépő vesebántalmaknál.

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

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

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

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

- Heim Pál:** Közlemény az Országos anya- és csecsemővédő-egyesület csecsemő-osztályáról. (Igazgató-főorvos: Temesváry Rezső dr., egyetemi magántanár.) Megdöntöttnek tarthatjuk-e azon teoriát, hogy a sóláz oka melegpangás? 603. lap.
- Molnár Béla:** Közlés a budapesti egyetem III. sz. belgyógyászati klinikájáról. (Igazgató: báró Korányi Sándor dr.) A tüdő respirációs kopogtatási hangváltozásának mint új diagnosztikai jelnek alkalmazásáról. 605. lap.
- Dörner Dezső:** Közlemény a budapesti kir. magyar tudomány-egyetem orr- és gégeorvostani klinikájáról. (Igazgató: Ónodi A. dr. egyetemi tanár.) A budapesti kir. magyar tudományegyetemi orr- és gégeorvostani klinika betegforgalma az 1910–1912. évben, az érdekesebb esetek ismertetésével. 606. lap.
- Schatz Róbert:** Közlemény Kövér K. dr. kir. tan. nyilv. gyermekgyógyintézetéből. A fannismut a gyermekorvoslásban. 610. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Klein Gusztáv: Alte Meister der Medizin u. Naturkunde. — Uj könyvek — *Lapszemle. Belorvostan. E. Isserson:* A gümőkóros mellhártyagyulladás eseteiben előforduló izomfájdalmak eredete. — *Singer:* Bronchiectasia. *Gyermekorvostan. Aschenheim:* Az eosinophilia és az exsudatív diathesis közti összefüggés. — *Sebészet. G. Baer:* Az extrapleurális pneumolysis és egyidőben végzett tüdőplombálás. — *Szülészeti és nőorvostan. Matthaei:* A syphilitikus egyének házassága, illetőleg házassági engedélye. — *Kisebb közlések az orvogyakorlatra. Breitmenn:* Arteriosclerosis gastrointestinalis. — *Volpe:* Hydrogensuperoxyd gyomor- és bélbajokban. — *Robin:* Enterocolitis mucomembranacea. — *Krause:* Asthma bronchiale. 611–613. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. 613. lap.

Vegyes hírek. 613–614. lap.

Tudományos társulatok. 615–618. lap

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény az Országos anya- és csecsemővédő-egyesület csecsemőosztályáról. (Igazgató-főorvos: Temesváry Rezső dr., egyetemi magántanár.)

Megdöntöttnek tarthatjuk-e azon teoriát, hogy a sóláz oka melegpangás?

Irta: Heim Pál dr., egyetemi magántanár.

A midőn e dolgozatomban újra vissza merek térni arra a teoriára, a melyet 1910-ben *John Károly*-lyal¹ a sóláz keletkezésének mechanizmusáról felállítottam, akkor ehhez két dologból merítetek bátorságot. Először is, bár e theoria minden oldalról csak ellentmondást keltett fel, komoly elfogadható érveléssel megdöntöttnek mégsem tekinthető, másodszor pedig, a mint az a továbbiakból majd ki fog világítani, nem volt teljesen haszonnélküli csecsemőkori pathológiai ismereteinkre. Nem egy szerző későbbi munkájában itt is, ott is reáismertünk gondolatmenetünkre, igaz, hogy kivétel nélkül nevünk említése nélkül és nem egy heves ellenesünk későbbi munkájában, habár csak a sorok közt, nem helyezkedik már azon rideg, elutasító álláspontra teoriánkkal szemben, mint korábbi munkájában.

Theoriánk lényege az, hogy a NaCl pyrogen hatása tulajdonképpen hydropigen hatásának a következménye. A NaCl-nak a specifikus hatása a hydropigen hatás. Ha a szervezetbe konyhasót viszunk be, akkor a retineált sóval együtt a szervezet vizet is tart vissza. De a szervezet ezen hydropigen hatásnak csak akkor tud kellő módon engedelmessé válni, ha elegendő víz áll a rendelkezésére, vagyis akkor, ha a NaCl-ot elég sok vízben oldva vittük be a szervezetbe, vagy pedig ha a szervezet vízdepótiban elegendő vízzel rendelkezett. Ellenben, ha a konyhasót túlságosan koncentrált oldatban viszzük be a szervezetbe, vagy ha a szervezet sógazdag és vízszegény volt, más szóval, ha nem rendelkezett elegendő exogen és endogen vízzel, kénytelen vízállományá-

val takarékoskodni és csökkenteni fogja a vízkiadásait. Csökken a vesék útján leadott vízmennyiség, és csökken a tüdők és a bőr útján leadott vízmennyiség is, a minek következménye a hőmérsék emelkedése, a sóláz. Vagyis a sóláz oka melegpangás.

Theoriánk felállítására elsősorban azon észleletünk vezetett, hogy a láz bekövetkezésére nem annyira a bevitt só mennyisége volt determináló, mint inkább a sóoldat koncentrációja. Észleltünk oly esetet, hogy ugyanazon csecsemő nem kapott lázat, ha 2 gr. NaCl-ot adtunk neki 200 gr. vízben feloldva, de 39^o-ra szökött fel a hőmérséke, ha 1 gr. NaCl-ot kapott 25 gr. vízben feloldva.

Ilyen észlelet után a Na-nak „specifikus“ pyrogen hatására gondolni — legalább az én nézetem szerint — igen erőltetett dolog lenne. Hogy a láz bekövetkezésére nem a só mennyiségének, hanem a sóval együtt bevitt víz mennyiségének van determináló hatása, annak bizonyítására e helyen nem akarok saját észleleteinkből példát felhozni, hanem a *Finckelstein* intézetéből kikerült egyik dolgozathoz² demonstrálok két esetet. E dolgozat szerzőnője teoriánkat „túlegyszerűnek véli ily nehéz problema megoldására“.

I. eset (P. Dinzel).

Periode	Flüssigkeits-zufuhr	Temperatur
I. Konzentrierte Eiweissmilch	1050	Kein Fieber
II. Konzentrierte Eiweissmilch + 4 Gr. NaCl	1050	39.7
III. Wie Periode II. + 1050 Wasser	2100	Kein Fieber
IV. Wie Periode III. ohne Wasser	2100	Kein Fieber

¹ Monatschrift für Kinderheilkunde, IX. kötet.² Marie Katzenellenbogen: Monatschrift für Kinderheilkunde, X. kötet, 465. lap.

II. eset (W. Schneider).

Periode	Flüssigkeits-zufuhr	Temperatur
I. Konzentrierte Eiweissmilch	1050	Kein Fieber
II. Konzentrierte Eiweissmilch + 4 Gr. NaCl	1050	38.6
III. Wie Periode II + 4 Gr. NaCl	2100	Kein Fieber
IV. Wie Periode III ohne NaCl	2100	Kein Fieber

Vagyis 4 gr. NaCl a rendes táplálékhoz adva, az egyik esetben 39.7^o, a másik esetben 38.6^o C-ra hajtotta fel a hőmérsékét, ellenben ugyanaz a 4 gr. NaCl ugyanazon két csecsemőnek hőmérsékére teljesen hatástalan volt, a midőn a táplálék víztartalmán kívül még 1050 gr. víz állott a szervezett rendelkezésére; vagyis ezt látva és átgondolva, azt kérdelem, van-e jogunk a Na „specifikus“ pyrogen hatásáról beszélni, avagy helyesebben teszünk-e, ha a láz bekövetkezését az 1050 gr. víz elmaradásának tudjuk be? Ha valamely csecsemőnek konyhasóoldatot adunk, minden esetben emelkedni fog a testsúly, hacsak hasmenés nem fejlődik, a mely esetben a testsúly csökkenését magyarázat nélkül megérthetjük. Tehát a NaCl minden esetben vízretentióra vezet és így jogunk van a konyhasónak specifikus hydropigen hatásáról beszélni, de láz csak bizonyos körülmények között fejlődik, csakis akkor, a midőn a szervezet a hydropigen hatásnak nem tud a kellő mértékben engedelmessé válni.

Theoriánk bizonyítására még oly kísérleteket is végeztünk, hogy subcutan adtunk 20—60 cm³ 1%-os NaCl-oldatot és a láz megakadályozására bőven itattunk a csecsemővel vizet. Ezen kísérleti sorozat azonban nem adott már oly egyértelműen bizonyító eredményeket. De ma már tudjuk *Samuelson* és *Bendix* vizsgálataiból, hogy a subcutan adott sóoldat nem NaCl-tartalma miatt okoz lázat, hanem azért, mert ha a kísérlethez nem frissen készített destillált vízből csináljuk oldatunkat, az oldat nem bacteriummentes. A sterilizéssel ezen nem segítünk, mert csak elöljük a bacteriumokat, de ezek endotoxinjai mégis kifejtik pyrogen hatásukat. A nevezett szerzők megtámadhatatlanul bebizonyították, hogy a subcutan adott 1%-os NaCl-oldat csak akkor okoz lázat, ha a kísérletre nem frissen készült destillált vizet használunk. E kísérletek tehát sem pro, sem contra nem használhatók fel.

Theoriánk bizonyítására perspirációs kísérleteket is végeztünk mi, megdöntésére mások. Beismertük *John*-nal egyik dolgozatunkban, hogy ezzel hibát követtünk el, de mivel e kísérletek támogatni látszottak theoriánkat, ezen érvet is felhasználhattuk, pedig ezáltal Achilles-sarkunkat hagytuk szabadon, védtelenül. Ezen eredményeket pedig nem lett volna szabad felhoznunk, mert a perspirációt sem mi, sem mások nem tudjuk pontosan vizsgálni. A vizsgálati eljárás oly durva, hogy a legjobb esetben csak az egy napi összeredményt tudjuk megközelítőleg meghatározni, pedig a sóláznál a hőmérsék akárhányszor össze-vissza ugrádozik. Például *Meyer* és *Cohn*³ egyik esetében (Fall *Schneider*) a sóadagolás első napján a hőmérsék felment 38^o C-ra, majd leesett 36.6^o-ra, a második nap ismét felment 38.9^o-ra és leesett 36.9^o-ra, a harmadik nap a csecsemő láztalan volt. Mivel a perspiratio nem egyenletes, hanem olyankor csökken, a midőn a hőmérsék felszökik, ellenben fokozódik, a midőn a hőmérsék leesik, a végeredmény nem mutat semmi eltérést, dacára annak, hogy a lázat mégis a perspiratio múlt csökkenése okozta. Különösen értéktelenek az olyan meghatározások, mint *Meyer* és *Cohn*-é, a kik 3 napos összeredményt határoztak meg. E fajta vizsgálatok értékére még csak a következő megvilágító példát hozom fel: *Meyer* és *Cohn* azt találta, hogy a

perspiratio a sóperiodusban kifejezetten növekszik, az utóperiodusban még meglehetősen magas marad, a velük egy intézetben dolgozó *Katzenellenbogen* egyik esetében a sóperiodusban az egyik esetben minimalisan csökkent, a másikban növekedett, míg *Schloss* eseteiben a sóretentio idejében kévéssé csökkent, a kiválasztási periodusban pedig erősen csökkent a perspiratio.

Theoriánk megerősítésére az *Erich Müller* leírta szomj-lázat is felhoztuk. A szomjláz világosan demonstrálja, hogy a csecsemőszervezet, ha nem rendelkezik elegendő vízzel, erre lázzal reagál. Már pedig erőltetett magyarázat volna feltételezni azt, hogy ha a csecsemőszervezettől megvonjuk a vizet, akkor erre feleletül több meleget produkál. Mert másképp nem keletkezhetik láz, mint hogy vagy a melegproductio fokozódik, vagy a melegleadás csökken, vagy mind a két factor együttesen fejti ki a hatását. Még ha el is fogadjuk, hogy a sóbevitelre fokozódik az energiaforgalom, a mire utalnak a budapesti *Tangl*-féle intézetben végzett állatkísérletek: fenmarad az a kérdés, miért nem adja le a csecsemő azt a túlságos mennyiségben produkált meleget. Hányszor van alkalmunk nyugtalan, éjjel-nappal ordító csecsemőt észlelni, a ki nagy nyugtalansága miatt nagy physikai munkát végez és kinek ennek következtében feltétlenül erősen fokozódott a melegproductioja és a hőmérséke mégis normalis. De nézzük meg közelebbről a fentemlített kísérleteket. *Verzár*⁴ intravenásan adott *kurarázott* kutyáknak 1—5—10% NaCl-oldatot és azt tapasztalta, hogy az állatokban erősen növekedett az O-elhasználás, 22, 42, 129%-kal volt nagyobb az injectio után, mint előtte, ellenben a CO₂-kiválasztás vagy semmit sem változott, vagy csak oly kévéssé növekedett, hogy a respirációs quotiens, az $\frac{CO_2}{O}$ kisebb lett. Tekintve, hogy a N-kiválasztás nem növekedett, a nagy mennyiségben elhasznált O nem szolgálhatott nagyobb fehérjeelégésre; a $\frac{CO_2}{O}$ kisebbedése mutatja, hogy a szénhidratok oxydatioja sem élénkült. Lehetséges volna még, hogy a zsir égette el nagyobb mennyiségben a szervezet. De ha ez így volna, akkor *Verzár* kutyáinak nagyobb lázat kellett volna kapniok, ha 129%-ig emelkedett az O-elhasználás, mert a kutyák *kurarázott* kutyák voltak, tehát náluk a physikalis hőszabályozás ki volt kapcsolva. Pedig a maximális hőemelkedés e kutyákon 1.3^o C-t tett ki. Vagyis jogunk van feltételezni, hogy a nagy O-elhasználódás másra is szolgált, mint a zsir elégésére. Ha e kísérletek után el kell ismernünk, hogy az energiaforgalom a só intravenás adagolására fokozódik, a sólát ezzel nem magyarázhatjuk meg és bármiképpen csűrjük-csavarjuk is a dolgot, a sóláz magyarázatakor a csökkent melegleadás lehetőségét elvetni nem tudjuk. Annál kevésbé tehetjük ezt, mert vannak esetek és észleletek, a melyek kétségtelenül bizonyítják, hogy a csecsemőszervezet bizonyos körülmények között hajlamos melegpangásra és ezen bizonyos körülmények éppen a csecsemőszervezet vízszegénysége és sógazdagsága.

Rietschel és utána mások közöltek észleleteket, a melyekben dyspepsiás csecsemők, ha hosszabb ideig tartózkodtak 28—30 C^o-ú szobában, lázasak lettek. *Rietschel* egyik esetében a hőmérsék 40.7 C^o-ra szökött fel. Mivel az ugyanabban a szobában tartózkodó egészséges csecsemők nem lettek lázasak, láthatjuk, hogy a csecsemőszervezet tud a felmelegedés ellen védekezni. Ezen védekezés pedig abban áll, hogy egyrészt kisugárzás és elvezetés útján adja le a felesleges meleget, másrészt pedig fokozza a perspirációt. A dyspepsiás csecsemő éppúgy leadja a felesleges meleget kisugárzás és elvezetés által, mint az egészséges, mivel ehhez activ munka nem szükséges, a különbség csakis a perspiratióban lehet. Hogy pedig miért viselkedik a dyspepsiás csecsemő e tekintetben másképp, mint az egészséges, ezt *John*-nal egyik dolgozatunkban⁵ a következőképpen fejtettük ki: „Der dyspeptische Säugling erlitt infolge der Durchfälle einen Wasser-

⁴ Biochemische Zeitschrift, 1911, XXXIV. kötet, 1.—2. füzet.

⁵ Heim und John: Jahrb. f. Kinderheilkunde, 1911, 266. lap.

³ Zeitschrift für Kinderheilkunde, 1911, II. kötet, 5. füzet.

verlust: er befindet sich daher dem Gesunden gegenüber in einem Stadium von Wasserarmut, allerdings ist dieser Wasser-verlust im Blutserum auf refraktometrischem Wege nicht nachweisbar. Doch wissen wir, daß refraktometrisch nachweisbare Veränderungen erst nach profusen, zur Exsikkation führenden Wasserverlusten zustandekommen. Es ist eben das Blut, welches hartnäckig seine Konzentration verteidigt, und bei Wasserverlusten stellen vorerst die Gewebe dem Blute ihr Wasser zur Verfügung und erst bei sehr intensivem Wassermangel oder Wasserabgabe dickt das Blut ein. Es ist nach aller Wahrscheinlichkeit der dyspeptische Säugling bis zu einem gewissen Grade wasserarm, hält an seinem Wasserkontingent fest, verdampft ungenügende Mengen Wassers per Haut und Lunge: seine Wärmeregulationsfähigkeit ist vermindert.“

Ezt írtuk mi 1911-ben, Meyer⁶ pedig 1912-ben azt írja: „Könnte die in heißen Sommermonaten beobachtete Verminderung der Gewichtszunahme, sowie die gelegentlich im heißen Sommer auftretenden Temperatursteigerungen nicht Zeichen eines solchen Wassermangels darstellen, der schließlich bei längerer, oder besonders krasser Einwirkung zur Hyperthermie führen, oder wenigstens die Disposition zur Wärmestauung abgeben könnte.“

Ha itt abba hagyta volna Meyer a tárgyalást, igen nagy örömkre szolgált volna közeledése hozzánk, de ő ekképp folytatja: „Mir scheint, die Bedeutung der Wasserverarmung des Säuglings hat in der Pathogenese der Sommerkrankheiten noch nicht die gebührende Würdigung erfahren. Nur Klose-Peiper und Kassowitz werden ihr meines Wissens gerecht.“

Hogy a só oralis adagolására miért reagál éppen a csecsemő lázzal, a nagyobb gyermek és a felnőtt pedig nem, azt John-nal egyik dolgozatunkban következőképpen fejtettük ki: A fiziológiából tudjuk, hogy a szervezet az izmokban hatalmas víz- és sóreservoirral rendelkezik. Magnus és Engel vizsgálataiból tudjuk, hogy ha a szervezetet felesleges vízzel árasztjuk el, a felesleges víz elsősorban az izmokba, azután a bőrben és csak utolsó helyen az egyéb szervekben raktározódik el. Épp ez történik a felesleges sókkal is. Magnus kutyanak intravenásan 2260 cm³ erősen hígított sóoldatot fecskendezett be, a mi folyadékban vérmennyiségének háromszorosát tette ki, és az injectio végén az oldatból csak 272 cm³ volt a vérben. Másik kutya koncentrált oldatban 8.759 gr. NaCl-ot kapott intravenásan és e sóból 5 perc múlva csak 1.92 gr. volt a vérben, dacára annak, hogy a vese az első esetben csak 220 cm³ vizet, a másik esetben pedig 0.5 gr. NaCl-ot választott ki. A felesleges víz, a felesleges só eltűnt az izmokban. Magnus azt is kimutatta, hogy ha koncentrált sóoldatot kap intravenásan a kutya, részint só megy a vérből az izmokba, részint víz az izmokban a vérbe, ellenben erősen hígított oldatknál ennek a fordítottja történik meg. Így igyekszik a vér állandó sóconcentrációját megtartani. A csecsemő szervezete azonban nem bírja a véreben felhalmozódott sót onnan eltávolítani, hanem úgy védekezik a túlságos sóconcentratio ellen, hogy a szövetektől von el vizet. Berend és Tezner⁷ kimutatta, hogy, ha a csecsemő szervezetébe nagyobb mennyiségben viszünk be sót, a sónak nagy része nem hagyja el a vért. Ugyanis sóadagolásra csökken a vér refractiója, tehát a vér vizet tart vissza, de a vér vezetőképessége nem változik, tehát a víz arányában sót is kellett visszatartania. Sőt voltak esetek, a melyekben só adagolására a vér felhígult, a testsúly pedig csökkent, vagyis a szervezet vizet veszített és a vért mégis vízdúsabbá tette, ez pedig másképp nem volt lehetséges, mint hogy a vér a szövetektől vont el vizet. A szervezet a vér javára kiürítette vízdepót-it. Ezek után érthető, sóoldatra miért reagál lázzal elsősorban a dyspepsiás csecsemő. A mint Lust⁸ kimutatta, a dyspepsiás csecsemő vérenek vízgörbéje nyugtalan, ide-oda

ugró vonal. A szervezet a dyspepsia miatt a bél útján vizet vesz el, a vére besűrűsödni készül, de a vízdepót-kból csakhamar pótolja azt. Ha az ily csecsemőnek sót adunk, igénybe vesszük összes víztartalmát és a thermoregulációra szolgáló vízmennyiséget apasztjuk. Ez az oka, hogy ezek a csecsemők a nagy melegben lázat kapnak, e miatt nem rendelkeznek a thermoregulatio céljára vízzel. És ha Meyer elfogadja, hogy a vízszegény szervezet hajlamos melegpangásra, akkor már csak egy kis lépést kell felénk tennie és elfogadnia azt, hogy a sóadagolás után a csecsemő szervezete relative vízszegény, ezt pedig tagadnia lehetetlen.

Egyidőben a cukor okozta lázat is parallelismusba hozták a sólással és a cukornak is sóhatást tulajdonítottak egyesek, de ebből az álláspontból engedniök kellett. Leopold⁹ igen gondos vizsgálatokkal kimutatta, hogy azon esetekben, a melyekben a cukor oralis adagolása mellett láz keletkezett, ott mindig hasmenés is volt. Normalis székek mellett a cukor egyetlen egy esetben sem okozott lázat. De a mint Leopold kimutatta, nem minden cukorhasmenés jár lázzal, hanem pl. 29 tejcukor okozta hasmenést csak 15 esetben komplikált láz. Hogy ennek mi az oka, arra határozott feleletet adni nem mer Leopold, hanem azt mondja, hogy valószínűleg befolyással van erre, hogy mivel volt a csecsemő táplálva. 35 íróval és író és női tejjel vegyesen táplált csecsemő közül lázas lett 18, vagyis 50%, míg 45 hígított tejjel táplált csecsemő közül lázas lett 13, azaz 30%. Ha elfogadjuk, hogy az alimentaris lázat a szervezet vízkimélése, ki nem elégitett vízszükséglete okozza, akkor a cukorlázat is meg fogjuk érteni, mert akkor úgy magyarázhatjuk meg azt, hogy a cukor okozta hasmenés folytán a szervezet vizet veszít, a vízvesztés pedig ott okoz lázat, a hol a szervezet a vér sófelhalmozódása folytán minden nélkülözhető vízleadástól tartózkodni igyekszik. A sódús író maga is hydropigen hatással bír, éppen relativ magas sótartalma miatt.

Vagyis ha az elmondottakat jól átgondoljuk, arra kell jönnünk, hogy úgy a sóláz mint a cukorláz, és általában az alimentaris láz esetén nem teszszük helyesen, ha csak a sóról beszélünk, mint a láz kiváltó okáról, hanem helyesebb, ha evel kapcsolatosan a szervezet víztartalmára is fordítjuk figyelmünket és inkább vízhiány okozta lázról beszélünk. A só, a cukor csakis abban az esetben okoz lázat, ha a szervezet nem bír annyi vizet retineálni, a mennyire az adott esetben szüksége van. És ha teoriánk az idők folyamán nem is fogja tudni megállani az objectiv, bizonyító érvekkel támogatott kritikát, az az érdeme mindenestre meglesz, hogy élesen rámutatott arra a körülményre, hogy a csecsemő szervezete a legkülönbözőbb okokból keletkezett relativ vízhiányra, éppen a szükségelt vízmennyiség hiánya miatt, lázzal reagál.

Közlés a budapesti egyetem III. sz. belgyógyászati klinikájáról.
(Igazgató: báró Korányi Sándor dr.)

A tüdő respirációs kopogtatási hangváltozásának mint új diagnostikai jelnek alkalmazásáról.

Irta: Molnár Béla dr., tanársegéd.

Régebben ismeretes, hogy a tüdő kopogtatási hangjának intenzitása és magassága a mély lélekzési mozgásokkal kapcsolatban változik. Egészen gyenge kopogtatáskor a kopogtatási hang mély belélekzéskor veszít élességéből, míg erős kopogtatáskor belélekzéskor élessége fokozódik.

Erre a viselkedésre többek között újabban Brugsch hívja fel a figyelmet és Sahli azt tartja, hogy az erős kopogtatáskor hiányzó lélekzési változás a tüdőcsúcok fölött esetleg fennálló gyanut azok tuberculosus megbetegedésére megérősítheti.

Az ép tüdő kopogtatási hangjainak ezen változásai talán a következő módon magyarázhatók. A belélekzés a tüdő levegőtartalmát növeli, ezzel a kopogtatási hangot hangosabbá teszi.

⁶ Meyer: Zeitschrift f. Kinderheilkunde, 1912, 1. lap.

⁷ Monatsschrift f. Kinderheilkunde, X. köt., 212. lap.

⁸ Jahrbuch f. Kinderheilkunde, XXIII. köt., 85. lap.

⁹ Zeitschrift f. Kinderheilkunde, 1. köt., 217. lap.

Belélezkéskor azonban a mellkas izomzata, rugalmas részei és a tüdő szövete megfeszül és feszülésük növekedése a kopogtatási hangot halkabbá teszi. Hogy a két ellentétes befolyás melyike jut túlsúlyra, az a kopogtatás által keltett rezgések mélyrehatóóságától függ. A gyöngye kopogtatás által keltett hangra aránylag nagyobb a befolyása a mellkasfalnak, a melynek megfeszülése a kopogtatási hangot tompítja, míg az erősebb, mélyebben beható kopogtatást jobban befolyásolja a tüdőnek a belélekezéssel növekedő levegőtartalma.

Tüdőtuberculosisban szenvedőkön vizsgálva a lélekzés befolyását a kopogtatási hangra, eddig ismeretlen tünetre bukkantam, a mely abból áll, hogy a tüdőcsúcsoknak már kistokú elváltozásai megfordítják a gyöngye kopogtatásokról észlelhető hangváltozást. A tünet vizsgálatakor a következő körülményekre kell figyelemmel lenni: 1. a beteg mély lélekzést vegyen, 2. a kopogtatás egészen gyöngén történjék, 3. a kopogtatott ujjat kis nyomással kell a mellkasfalra helyezni, minthogy erős nyomással föltett ujjon gyöngén kopogtatva, a kopogtatás egyenértékű a közönséges erős kopogtatással (*Sahl* végül 4. a kopogtatás ne történjék a Krönig-féle hangos tér határainak közelében, a hol a tér megnagyobbodása belélezkéskor egészséges emberen is hangosabbá teheti esetleg a gyöngye kopogtatási hangot. Ezek tekintetbevételével azt találjuk, hogy, a mint említettem, egészséges ember tüdőcsúcsa fölött a gyöngye kopogtatási hang belélezkéskor tompul, ellenben a tuberculosisnak már korai időszakában, néha már akkor, mikor egyéb kopogtatási eltérés még nincs, a kopogtatási hang belélezkéskor erősödik.

Ha helyes az a magyarázat, a mely a physiologiai hangváltozás megfejtésére alkalmasnak látszik, úgy ebből az következik, hogy a tuberculosis tüdőcsúcs fölött a kopogtatási hangot tompító inspirációs megfeszülés veszít jelentőségéből. Ebből viszont az következnék, hogy a leirt tünet a lélekző izmok csökkent működésének is érzékeny jele, a mely érzékenyebb, mint a lélekző mozgás assymetriájának vizsgálata a megtekintés és a tapintás segítségével. Ha ezt a feltevést elfogadjuk, még egy körülmény szorul magyarázatra. A kopogtatási hang hangosabbá válása a levegőtartalom jelentékeny fokozódását jelenti, dacára a csúcsfölötti mellkasrész belélelköző mozgásai kisebb intenzitásának. E látszólagos ellentmondás megfejtését szolgáltatathatják *Orsós*-nak modellkísérletei, a melyekből kitűnik, hogy a diaphragma leszállása a tüdő függőleges átmérőjének növelésével jelentékenyen növeli a tüdőcsúcs légüregeinek levegőtartalmát.

Az elmondottak értelmében a tüdőcsúcs tuberculosisának korai jele a gyöngye kopogtatási hangnak mély belélelkés alatti erősödése az ép tüdőcsúcs fölött észlelhető gyöngüléssel ellentétben. Abból, hogy az inspirációs megfeszülésnek és a tüdőcsúcs levegőtartalma fokozódásának ellentétes hatásai közül egészséges emberben az előbbinek a kopogtatási hangot tompító, csúcs-tuberculosis esetében ellenben a levegőtartalom növekedésének a hangot erősítő hatása kerül túlsúlyra, következik, hogy a tüdőcsúcs megbetegedésével kapcsolatban aránylag jobban csökken az inspirációs megfeszülés, mint a csúcsnak lélekzése.

Közlemény a budapesti kir. magyar tudomány-egyetem orr- és gégeorvostani klinikájáról. (Igazgató: Onodi A. dr., egyetemi tanár.)

A budapesti kir. magyar tudományegyetemi orr- és gégeorvostani klinika betegforgalma az 1910—1912. évben, az érdekesebb esetek ismertetésével.

Közlő: *Dörner Dezső* dr. műtőorvos, klinikai gyakornok.

Az 1910 nyarán rendszeresített orr-gégeorvostani tan-szék működését 1910 szeptemberében kezdte meg s a járó-betegrendelés a klinika VIII., Baross-utca 40. szám alatti épületének renoválási munkálatai miatt 1911 február haváig az I. számú belklinikán tartott; ekkor nyílt meg az épü-

letnek a járóbeteg-rendelésre szolgáló része, míg a fekvő betegek felvétele 1912 februárjától történik.

1910 szeptemberétől 1912 december 31.-éig 7402 új beteg jelentkezett járóbeteg-rendelésünkön, a fekvő betegek száma pedig 1912 februártól december 31.-éig 260 volt. Az összes betegekre vonatkozó statisztikai adatok az alábbi táblázatban vannak összefoglalva.

Az ambuláns betegeken végzett műtétek száma 403, a klinikán ápolt betegeken végzett műtétek száma pedig 159 volt.

Ezen beteganyag érdekesebb eseteit az általánosan használt beosztás szerint csoportosítva, a következőkben ismertetem:

I. Fejlődési rendellenességek és alaki elváltozások.

Az orrsövény difformitásaival 434 beteg jutott észlelésünk alá s ezeken 74 műtétet hajtottunk végre; a septum-deviatiókról csak annyit jegyzünk meg, hogy a műtétet localis anaesthesiában (1%-os novocain) végezzük, az elferdült orrsövény submucosus resectiójával; a műtét után az orrüreg mindkét felét Mikulicz-kenőccsel impregnált gaze-zel szoktuk tamponálni.

Atresia choanalis miatt két beteget vettünk fel.

1. eset: B. J. 56 éves özvegy asszonyt azzal a panaszszal vettük fel, hogy éjjel mindig nyitott szájjal alszik. Elül mindkét orr tágnak látszik. Postrhinoskopiás vizsgálattal látjuk, hogy mindkét choanát sárgás hártyszerű képződmény zárja el, felül csak kicsiny nyílást hagyva hátra. Localis anaesthesiában a choanákat fedő kérges hártyt kétoldalt a choanaszélről leválasztjuk és az orrüreg fenekére fektetjük, ezáltal ujjnyi nyílás keletkezik mindkét choanában; Mikulicz-kenőccsel impregnált gaze-zel tamponálva, a beteg tized napra meggyógyul, orrlégzése teljesen szabad.

2. eset: F. S., 8 éves fiú, a kinek veleszületett choanalis atresiaja volt. A jobb orrfele teljesen átjárhatatlan volt, szondázással kemény ellentállás érezhető. Postrhinoskopia alkalmával az orrgarat jobb oldalának szűkülése látható, a jobb choana tájéka teljesen elzárt, közepén 2 mm. bemélyedés látható. A műtét aethernarcosisban történik; az alsó kagylót eltávolítjuk; a choanát elzáró szövetrészt eltávolításakor kitűnik annak csontos volta, ezért az 1 cm. vastag csontos falon vésővel egy cm. átmérőjű nyílást készítünk. A másik oldal ép volt.

Faux lupina miatt egy beteget operáltunk meg:

K. J., 26 éves földműves születése óta beszél dűnyöggve. A kemény szájjal elülső kétharmadrésze eltérést nem mutat, hátulsó harmadán s a lágyszájpadon gotikus ívbóltszerű hasadék látható, mely az uulát kétfelé osztja. A hasadék széleit felfrissítjük s a lágyszájpad izomzatába kétoldalt hosszirányú metszést ejtünk a feszülés megszűntetése céljából s a felfrissített sebszéleket selyemvarratokkal egyesítjük. A beteg a 8. napon gyógyultan és tiszta beszéddel hagyja el a klinikát.

II. Idegen testek.

A felső légutakba és a nyelőcsőbe jutott idegen testekkel jelentkezett betegeinken 8 esetben az idegen test az orrüregben volt; valamennyi esetben gyermekekről volt szó. Az egyik esetben kukoricaszem, a másikban gyöngy-zsem, a harmadikban mellénygomb stb. volt az orrüregben, a melyeket nehézség nélkül eltávolítottunk.

Érdekesebbek voltak a következő esetek:

F. L., 41 éves szabósegéd azzal a panaszszal jött a klinikára, hogy 2 nappal ezelőtt tejleveszt evett befőtt téstával s állítólag egy téstacsomó torkán akadott; orvoshoz ment, a ki bárzsingját megszondázta, mire hányás állott be s a beteg almányi nagyságú téstátömeget hányt ki, mire a szonda minden akadály nélkül könnyen levezethető volt a gyomorba; a beteg azonban még mindig idegen test érzéséről panaszkodik. A garatban és gégében idegen test nem látható; a Röntgen-képen a jugulum magasságában egy 5 koronányi kerek idegen test látható; oesophagoskoppal ezüstszínű, fénylő, síma felületű, félkör-alakban meghajlott test látszik, mely mellett a tubus igen könnyen a mélybe siklik, de a melyet a nyelőcső falzatához szorosan odafekvő és rögzített helyzetéből kimozdítani, illetve fogókkal felülől megfogni nem sikerült; végül is a *Graefe*-féle pénzfogó kampóját alulról beakasztva, ezzel sikerült az idegen testet kiemelni, a mely *tejesüveg ólomkupakjának* bizonyult. A kupak félkör-alakban meghajlítva volt s ez érthetővé teszi, hogy mellette a szonda a mélybe jutott, de nincs kizárva, hogy éppen az első szondázáskor formáltatott ilyené és tolatott le a jugulum mélységéig. Ez az eset nagy óvatosságra és tartózkodásra int a bárzsingszondák alkalmazását illetőleg idegen testek esetében.

Egy másik esetünkben Z. A., 68 éves földműves neje 8 nappal az ambulantián való jelentkezése előtt véletlenségből *varrótűt* nyelt. Azóta fájdalmakat érez a torkán és a nyelvében. A nyelvben sem ide-

Diagnosis	1910 szeptember 15.-étől 1910 december 31.-éig		
	férfi	nő	összesen
Rhinitis acuta	38	29	67
Rhinitis fibrinosa	—	2	2
Rhinitis vasomotorica	14	10	24
Rhinitis chronica hypertrophica	462	438	894
Rhinitis chronica atrophica	114	173	287
Eczema nasi et folliculitis	142	193	335
Erosiones et varices septi	152	86	238
Difformitates septi	311	123	434
Polyposis nasi	104	71	175
Polyposis choanalis	6	6	12
Lymphangioma nasopharyng.	1	—	1
Fibroma nasopharyng.	6	1	7
Defectus septi	28	12	40
Ozaena	34	68	102
Erythema nasi	5	5	10
Sinuitis (empyema) Highmori	33	39	72
Sinuitis (empyema) ethmoid. et sphenoid.	16	13	29
Sinuitis (empyema) front.	25	32	57
Furunculus nasi	23	11	34
Synechia nasalis	9	4	13
Atresia choanae	1	1	2
Tuberculosis nasi	16	18	34
Lupus nasi (pharyngis et laryngis)	16	50	66
Perichondritis et periostitis nasi	1	4	5
Epithelioma nasi	2	5	7
Dacryocystitis	1	1	2
Neuralgia trigemini	13	12	25
Corpus alienum nasi	5	3	8
Ulcus (perfor.) septi	1	3	4
Tumor malign. cavi nasi et sinuum	6	4	10
Tumor gland. hypophyseos	—	2	2
Impressio (fractura) nasi	7	4	11
Erysipelas nasi	3	5	8
Pharyngitis acuta	118	54	172
Pharyngitis chron. hypertroph.	325	172	497
Pharyngitis chron. atroph.	87	103	190
Cicatrices pharyngis	14	8	22
Corpus alienum pharyngis	4	5	9
Defectus palati	6	5	11
Stomatitis	6	10	16
Pharyngitis lateralis	16	15	31
Vegetationes adenoideae	174	178	352
Tonsillitis catarrhalis	43	28	71
Tonsillitis follicularis	93	100	193
Tonsillitis hypertrophica	123	138	261
Tonsillitis chronica	28	41	69
Ulcera traumatica oris et pharyngis	2	4	6
Lupus tonsillae (primaer)	—	1	1
Aphthae oris et pharyngis	3	1	4
Globus hystericus	1	9	10
Lingua geographica	—	1	1
Hypertroph. tonsillae lingualis	1	9	10
Periostitis alveolaris	7	8	15
Abscessus peritonsillar	69	79	148
Abscessus pharyngis	7	10	17
Paresis veli palatini	1	4	5
Glossitis phlegmon	1	1	2
Angina Vincenti	1	4	5
Teleangiectasia linguae et pharyngis	—	2	2
Pharyngomycosis	3	7	10
Varices oris	—	2	2
Cysta gland. sublingualis	—	3	3
Periostitis palati	—	1	1
Rhagades oris	—	1	1
Tumores (malign.) oris et pharyngis	12	7	19
Excoriationes et haemorrhagia oris	3	3	6
Tuberculosis oris et pharyngis	4	2	6
Caries dentis	4	7	11
Leukoplakia	1	2	3
Cysta tonsillae	—	1	1
Glossitis marginalis	3	2	5
Tumor malign. linguae	3	—	3
Abscessus sublingualis	—	2	2
Necrosis maxillae	1	1	2
Herpes pharyngis	6	4	10
Pigmentatio oris et pharyngis	1	—	1
Uvulitis	6	1	7
Fistula buccae	1	—	1
Exostosis vertebrarum	—	1	1
Tumor tonsillae	3	3	6
Lues II. oris et pharyngis	18	11	29
Lues III. oris et pharyngis	7	8	15
Gingivitis	4	6	10
Faux lupina	1	—	1

Diagnosis	1910 szeptember 15.-étől 1912 december 31.-éig		
	férfi	nő	összesen
Haemorrh. post tonsillo et adenotom.	3	—	3
Laryngitis acuta	273	162	435
Laryngitis chronica	277	101	378
Laryngitis chronica sicca	29	33	62
Pachydermia laryngis	7	3	10
Phlegmone laryngis	4	4	8
Suffusiones laryngis	2	4	6
Erosiones laryngis	8	3	11
Fibroma chordae vocal.	6	3	9
Aphonia hysterica	4	20	24
Papilloma laryngis	10	4	14
Haemangioma laryngis	1	1	2
Lupus laryngis (primaer)	2	2	4
Tuberculosis laryngis	229	92	321
Diaphragma cicatricea laryngis	—	1	1
Tumor (malign.) laryngis	7	2	9
Balbuties	5	1	6
Mutatio	4	—	4
Paresis nervi recurrentis	35	26	61
Struma	4	53	57
Struma cum paresi nervi recurrenti	2	3	5
Struma cum stenosi tracheae	3	3	6
Neurosis laryngis	2	—	2
Tracheitis acuta	55	54	109
Morbis Basedowi	—	2	2
Paraesthesia	5	13	18
Diphtheria	3	1	4
Lues II. laryngis	61	23	84
Lues III. laryngis	34	26	60
Myositis colli	1	8	9
Scleroma	11	4	15
Stenosis laryngis	9	1	10
Abscessus laryngis	5	—	5
Asthma bronchiale	—	1	1
Catarrh. aestivus	—	1	1
Pemphigus	2	—	2
Stricturea oesophagei	8	10	18
Corpus alienum oesophagi	6	6	12
Sigmatismus	—	1	1
Laryngitis subglottica	—	2	2
Cysta epiglottidis	2	1	3
Corpus alienum laryngis	1	4	5
Nodi cantatorii	1	2	3
Tracheobronchitis	2	5	7
Fractura cart. thyreoid.	1	—	1
Lymphoma colli	4	6	10
Actinomycosis	—	1	1
Parotitis	1	1	2
Carcinoma oesophagi	1	1	2
Phlegmone colli	2	1	3
Sarcoma colli	2	—	2
Purpura haemorrhagica	1	—	1
Tumor orbitae	1	—	1
Atrophia nervi optici	—	1	1
Neuritis retrobulbaris	1	1	2
Aneurysma aortae	1	—	1
Abscessus palpebrae	—	1	1
Paresis nervi faciei	1	—	1
Intoxicatio KOH	1	—	1
Más klinikára utasított	33	27	60
Betegkísérő	—	2	2
Fülbeteg	118	71	189
Összesen	4196	3206	7402

gen testet látni, sem tapintani nem lehet. A hátulsó garattal erősen vérbő és elődomborult. Gégetükörrel látszik, hogy a gégeből, annak hátulsó részén keresztül a hátulsó garattalba szűrődő tü van, a melyet Mackenzie-fogóval erős beékelődése miatt kiemelni nem lehet, a tü azért hegyével a larynx felé nyomva, addig toljuk, míg a garatba ékelt vége szabaddá válik, majd ott megfogjuk és így sikerül azt eltávolítani. A hátulsó garattal duzzanata másnapra visszafejődik. A tü 6 cm. hosszú volt.

Egy másik esetünkben *subchordialisan beékel* műfogor-darabról volt szó: Egy 26 éves nőbetegnek két nappal a rendelésen jelentkezése előtt éves közben műfogorsora eltört s ennek egy darabja a gégebe jutott. A beállott fulladási roham néhány perc múlva megszűnt, csak lélekzése nehéz, nyelni és beszélni nem tud. Több orvosnál járt, baján nem segítettek. A meglehetősen elesett és kimerült beteg lélekzése stridorosus. Gégetükörrel látható, hogy a bal hangszalag alól barnás-vörös idegen test emelkedik a hangrésbe, mely szondával érintésre keménynek bizonyult; a Röntgen-képen körülbelül 5 cm. hosszú és 1½ cm. széles idegen test látható, hosszával nagyjában függőleges helyzetben. Extractio gégetükör vezetése mellett, Mackenzie-fogóval. Az idegen

test $4\frac{1}{2}$ cm. hosszú, legnagyobb szélességében 12 mm. széles, vulkanizált gummiból álló és végén fémhoroggal ellátott műfogsordarab. Feltűnő, hogy az idegen test, mely valószínűleg horgánál fogva megkapaszkodva a felső trachealis gyűrűk közé ékelődött be, közel 48 óráig volt ott a nélkül, hogy erősebb helyi reakciót váltott volna ki.

Ide sorolható még a következő eset: L. V., 40 éves magánhivatalnok előadja, hogy 6 év óta 4–5 hónaponként ismétlődő, a bal torokfelé lokalizálódó heves fájdalmak lepik meg, melyek 8–10 napig tartanak. A beteg különösen a nyelv bal fele alatt jelzi a fájdalmakat, hol tapintásra kökemény tumort észlelünk. Reámetzésre kibukik egy *a ductus Whartonianusban* ülő *piskótaalakú kő*, melynek egyik fele 3, a másik 2 cm. átmérőjű; súlya 12 gr. Chemiailag szénsavas mészből áll.

III. Gyuladások.

Egy idesorolható érdekesebb esetet vettünk fel — az *orrsövény nyálkahártyájának lobos túltengésével* — műtét céljából:

S. E., 18 éves leány, 6 év óta nem kap jól levegőt az orrán át. A septum alsó fele épnek látszik hátrafelé mintegy 1,5 cm.-nyi széles sávban. E felett mindkét oldalt a septum bunkószerűen megvastagszik, jókora diónyi daganatot alkotva. A daganat puha, ruganyos tapintatú, fájdalomtalan s elzárja az orrüregét úgy, hogy a beteg alig kap levegőt. A szövettani vizsgálat egyszerű hypertrophiát állapított meg. A megvastagodott nyálkahártya mindkét oldalt a porcos és csontos septumról igen könnyen leválik. Műtét után a beteg orrlégzése teljesen helyreállt.

Tonsillitis lingualis, abscessus hypopharyngis l. d. et epiglottitis phlegmonosa consecutiva. S. A. 49 éves hírlapíró állítólag egy hét óta volt beteg. Betegségét meghűlésre vezeti vissza, eleinte lázas volt, három nap óta azonban lázalan. Felvétele napján éjjel több ízben fulladási rohama volt, egy alkalommal eszméletét is elvesztette. Status praesens: A mellkasi szervek épek. Az orrban elváltozás nincs, a garat alsó részén jobboldalt a gégebemenet felett diónyi lobos duzzanatot, melynek közepe táján geny ürült. A duzzanatot a gégebemenet nagy részét fedi. Az epiglottis körülbelül 1 cm.-nyire megvastagodott, vizenyősen duzzadt. A hangszálak nem láthatók, a gége lumene rendkívül szűk. A nyelvtonsillák duzzadtak, néhány genyes tüsző látható. A beteg a felvétel után 2 órával suffokál. E miatt tracheotomiát végzünk. A suffocatiót a megrepedt tályogból kifolyó geny és a tályognak összeesett fala okozta. A 12. napon a beteg gyógyultan hagyja el a klinikát.

Az *ormelléküregek gyuladásaival* jelentkezett betegek közül csak azon eseteket ismertetem, a melyek a klinikára felvételénél, tüzetes, illetve huzamosabb ideig tartó észlelés és műtét tárgyai voltak:

Az *ormelléküregek genyedei* között kettő volt olyan, a hol *csupán a Highmor-üregnek genyes gyuladása* volt jelen. Az egyik esetben csak a baloldali Highmor-üreg volt megbetegedve:

B. J. 18 éves fiú, 4 év óta szenvedett náthában, sokszor féoldalai fejfájással; a bal alsó kagyló megnagyobbodott; az antrum nyílásából geny ürült, a Röntgen-kép a bal Highmor-üreg teljes elfedtségét mutatta, a Highmor-üreg punctiójakor geny ürült. Ezen betegen az alsó kagyló elülső végét eltávolítva, vesővel széles megnyitást végeztünk az alsó orrjáratban, a nyálkahártyát görbe kanállal kikapartuk s az üreget naponta kifecskendeztük. Két hét múlva a beteg teljesen meggyógyult.

A második eset, B. K. 24 éves gépész, a ki mindkét Highmor-üreg empyemájában szenvedett, azzal a panaszzal vététt fel, hogy igen nagy fejfájásai vannak egy év óta a homloktájának megfelelőleg, sok genyes váladék ürül mindkét orrfeléből. Egy évvel ezelőtt polypusokat vettek ki orrából. Mindkét orrfélben bűzös sárgás-zöldes váladék van, a mely a középső orrjáratból folyik le az orrfenekre; a Röntgen-kép mindkét Highmor-üreg teljes elfedtségét mutatta; punctiókor mindkét Highmor-üregből sűrű sárgás-zöldes bűzös geny ürült. Többeszi naponkénti kiöblítés dacára a genyedés nem csökkent s tekintettel erre és hogy a folyamat a beteg bevallása szerint már legalább egy év óta áll fenn, először a bal oldalon, azután ennek gyógyultával a jobb oldalon typusos Denker-műtétet végeztünk. Metszés az áthajlási redőben, a lágyrészeket és a periosteumot a maxilláról feltolva, az apertura pyriformis széléig s az orr lateralis falának nyálkahártyáját az alsó orrjáratban leválasztva, a Highmor-üreg elülső falát megnyitva, az üreget kibélelő nyálkahártyát megvastagodottnak és polypusosan degeneráltnak találtuk; az üreghöz igen sok sűrű és bűzös geny ürült; a Highmor-üreg elülső falát teljesen eltávolítjuk, úgyisint az orrüreg lateralis falát az alsó orrjáratnak megfelelően az apertura pyriformistól az antrum hátulsó faláig; lebenykésítés az orr nyálkahártyájából az alsó kagyló tapadása alatti részből, ennek befektetése a Highmor-üreg fenekére; tamponade jodoformgáze-zel; a szájseb egyesítése catgut-varratokkal. Lázalan, zavartalan lefolyás, tamponkivétel az 5. napon; 8 nap múlva gyógyulás. A túldalt, a hol a kóros elváltozások a jobb oldallal egyezők, két hét múlva ugyanilyen módon operáltuk meg. A gyógyulás itt is simán folyt le.

A *cellulae ethmoidales önálló genyes megbetegedése* miatt 3 beteget vettünk fel. Mind a három esetben a középső

kagyló meg volt nagyobbodva, a középső orrjáratban geny volt látható, a betegeknek különösen a szemre és a homloktájára kiterjedő fájdalmai voltak. A Röntgen-kép mind a három esetben a folyamatnak az elülső rostasejtekre való localisatióját mutatta. A középső kagyló elülső részének eltávolítása és a cellulák megnyitása után nemsokára gyógyulás állott be, a genyfolyás, fejfájás megszűnt.

Egy esetben a jobboldali *rostacsont genyede* ugyanazon oldali *Highmor-üreg-empyemával kapcsolatosan* volt jelen 58 éves nőn. A középső kagyló elülső részének eltávolítása, a rostasejtek megnyitása, a Highmor-üregnek punctiója és naponként való kiöblítése útján rövidesen teljes gyógyulást értünk el.

Tisztán a sinus frontalisnak genyede miatt 7 beteget vettünk fel. Mind a hét esetben acut volt a gyuladás; ezek közül kettő cocain-tonogen-spray és tampon és meleg borogatásoknak a homloktájára való alkalmazására rövidesen meggyógyult. Öt betegen a középső kagyló elülső részét eltávolítva s a ductus nasofrontalis nasalis nyílása helyére cocain-tonogen-tamponokat helyezve, a betegek rövid idő alatt meggyógyultak.

Három esetben a *cellulae ethmoidales és a sinus frontalis* genyes gyuladása volt jelen; mind a három eset chronicus volt. Ezek közül két esetben a középső kagyló eltávolítása, az ethmoidalis labyrinthus kanállal való kikaparása és a sinus frontalisnak kifecskendezése által értünk el gyógyulást.

Egy esetben, T. R., 28 éves szabón, a kinek 5 év óta rohamoszerű fejfájásai voltak, a rhinoscopiás vizsgálattal látható volt, hogy a középső kagyló reszekálva van, a középső orrjáratban nagy mennyiségű sűrű zöldes-sárga geny, melynek a ductus nasofrontalison kiömlése jól látható; az elülső rostasejtek részben hiányzanak, itt számos apró polypus és granulatio van genytől borítva. A Röntgen-kép a jobb sinus frontalis és a rostasejtek határozott homályát mutatta. A felső belső szemzug és a homlokéből elülső fala nyomásra, illetve ütögetésre rendkívül fájdalmas.

Szemészeti lelet: A jobb oldalon vakfoltmagnagyobbodás 45 fokig, erős látótérszűkület; a bal szem ép. Hőmérsék 39,5. Műtét *Killian* szerint, localis anaesthesiában 1%-os novocainnal, orrgarat-tamponade alkalmazásával. Typusos ívmetszés; a homloköblöt a homlokcsontnak közvetlenül a könymirigy árka feletti részében nyitjuk meg; a nyálkahártya sötét piszkos-kék, előtüremkedő; megnyitása után igen sok sűrű zöldes-sárga geny ürül. A processus frontalist reszekáljuk s a könyocsont és lamina papyracea elülső részének resectiója után a rostatömkeleget kitakarítjuk. A homloküreg elülső és alsó falát eltávolítva, *Killian* szerinti léczet hagyunk hátra. A homloküreget kikürettezük. Az orrgarat-tampon eltávolítása és draincső behelyezése után a bőrt selyemvarrattal egyesítjük. A szembe atropint csepegtetve, a beteget kötéssel látjuk el. A beteg az első napokban naponta háromszor $\frac{1}{2}$ grammos urotropint kap s a 12. napon gyógyultan hagyja el a klinikát.

Egy esetben a bal *sinus frontalis és a sinus sphenoidalis genyede* miatt végeztünk műtétet egy 51 éves nőn, a midőn a középső kagyló nagy részének eltávolítása után a rostatömkeleget kikapartuk, a sinus sphenoidalis elülső falát szélesen nyitottuk s azután naponta az üreget kifecskendezve, rövidesen gyógyulás állott be.

A melléküregek genyedei között egy olyan esetünk volt, a melyben a *jobboldali Highmor-üreg és rostacsontsejtek genyes gyuladása meningitissel szövődött*.

N. Zs., 37 éves nő azzal e panaszzal vététt fel a klinikára, hogy kb. 15 év előtt influenzája volt s ezen időtől fogva állandóan van fejfájása, a mely különösen jobboldalt a homloktáján és az orrgyök táján igen kifejezett; ugyancsak annyi idő óta van orrfolyása, a mely állítása szerint genyes volt s az utóbbi időben álmatlanság is kínozza. A klinikára való felvétele előtt vidéken hetekig kezelték öblítéssel Highmor-üregét. Status praesens: A szájban, garatban és gégeben kóros elváltozás nem látható. A külső orr elváltozást nem mutat; jobboldalt közel az orrgyökhöz a rostacsontoknak megfelelően, valamint a Highmor-üregnek megfelelő tájékon nyomásra igen erős fájdalmakat jelez; a bal orrüregben kóros elváltozás nincs; a jobb oldalon a nyálkahártya erősen hyperaemiás; az alsó kagyló kissé megnagyobbodott, a középső kagyló polypusos degeneratiót mutat, a középső orrjáratban geny látható; cocain alkalmazása után a középső orrjáratban levő geny erősen megszaporodik; a punctio alkalmával az antrumból bőséges, sűrű, itt-ott törmelékeny masszával kevert és bűzös genyes váladék ürül. A betegnek óriási fejfájásai vannak és álmatlanságban szenved. A röntgenogrammon a jobb antrum és rostasejtek erős homálya, majdnem teljes elfedettsége látható; a homloküregek szabadnak látszanak. Cocain-tonogen-érzéstelenítés mellett a középső kagylót reszekáljuk, az elülső rostasejteket megnyitjuk és excochleáljuk; az antrumot az alsó orrjáratban troicarral megnyitjuk s a nyílást éles kettős fogóval tágitjuk.

A Highmor-üreget azután naponta a széles nyíláson át kiöblítjük. A betegnek fejfájásai rövid idő alatt megszűnnek, a genyes váladék csökken, közérzete jó, úgy hogy a 13. napon jó közérzettel és csak csekély genyes váladékkal elhagyja a klinikát és ambulánsan tovább kezelitük. A beteg állapota azonban rövid jólét után (két hét) ismét rosszra fordul, a genyedés mind erősebbé válik, fejfájás és álmatlanság újból kirozsa. Súlyosbodott állapota miatt a beteget újból fölveszszük a klinikára radicalis műtét végzése céljából. A műtétet localis anaesthesiában (1%-os novocain) végezzük. A műtétet megelőzőleg 1 cgr. morphiumot kap subcutan a beteg. Operatio radicalis sec. Denker. Az antrum elülső falának megnyitása után kitűnik, hogy a nyálkahártya helyenként erősen megvastagodott, polypszerű, más helyütt teljesen nekrotizált; az egész nyálkahártyát vaskos szennyes váladék borítja; az így kórosan elváltozott nyálkahártyát teljességében eltávolítjuk; azután az orr lateralis csontos falát távolítjuk el, majd a rostasejteket egész tömkelegét; az orr lateralis falának előzetesen már leválasztott nyálkahártyáját azután a Highmor-üreg fenekére fektetjük; a pofa nyálkahártyasebét catgutvarratokkal egyesítjük; a Highmor-üreget jodoform-gaze-zel az orrüregben keresztül tamponáljuk, a cellulák helyének megfelelőleg azonban tampont nem helyezünk be. Negyednap a tampont eltávolítjuk; a nyálkahártya az áthajlási redőben kis koronányi területen nekrotizált; a jobb arczfél erősen oedemás. A hőmérséklet 39° C. A hatodik nap a hőmérséklet 37,8°. A nyálkahártyanekrosis tovább terjed; incisiót végzünk a pofa felezési vonalában a szájúreg felől, mire mintegy két gyűszűnyi véres váladék ürül. Esti hőmérséklet 38,9°. Hetedik nap a reggeli hőmérséklet 38,1°, az állapot változatlan. Erős fejfájásról panaszkodik a beteg. A belorvostani vizsgálat negatív. A vizeletben kevés geny és fehérje. Az esti hőmérséklet 38. A nyolczadik napon a reggeli hőmérséklet 38,1°, az esti 38,6°. Az az arcz oedemája csökkent, a pofa nyálkahártyájának egy része nekrotizált, váladék nincs az antrum kiöblítésekor. A sensorium kissé zavart, a pupillák egyenlőek, közép-tágak, jól reagálnak, kiscokú tarkómerevség. A fej mozgatása fájdalmas, de kopogtatásra egy helyre lokalizált erősebb fájdalom nem mutatható ki. A patellaris reflex kissé fokozott, az érverés a hőmérsékletnek megfelelő, eléggé telt és rhythmusos. Széke keserűvízre volt. A 9. napon a reggeli hőmérséklet 37,9°. Éjjel 12 órakor a hőmérséklet 41°, a sensorium időnként zavart, a hőemelkedés ellen pyramidont kap, továbbá kétszer napjában 1 cm³ digalént. 10. nap a sensorium zavara mindinkább fokozódik, ugyanígy a tarkómerevség is. A pupillák a normalisnál tágabbak, de fényre nem reagálnak, a pulsus 110 és 120 között váltakozik, gyengült. A reggeli hőmérséklet 39°, az esti 39,6°. A nyelés, a táplálkozás nehezült. Spontan nem tud vizelni. Katheterezés. A tizenegyedik napon a beteg teljesen apathiás, a pupillák tágak, a pulsus szapora, kishullámú. Az alkalmazott excitantiák daczára délután beáll az exitus. Sajnos, hogy ezen tanulságos esetnek obductióját mellőzni kellett.

A gyuladások csoportjának függelékeképpen soroljuk fel a felső légutaknak egyes dermatosisok kapcsán mutatkozó megbetegedéseit, melyek közül a statisztikai részben felsorolt herpes, erythema exsudativum stb. eseteken kívül *pemphigus mucosae oris, pharyngis et laryngis* miatt egy beteget vetünk fel.

F. N. 63 éves kereskedő előadja, hogy 1910. év januárja óta beteg. Nyelési nehézségei vannak, égető érzése van a torkában; állapota 1912 májusban javult. Rövid jólét után ismét rosszabbodott, a mennyiben szájában és torkában hólyagok keletkeztek, melyek felfakadtak, majd újra begyógyultak, más helyen újabb hólyagok támadtak. Lembergben, majd Wienben kezelték lapis- és coryfin-ecseteléssel, valamint belsőleg chininnel. Két hét óta szeme is fáj. Status praesens: Az orrüreg mindkét felében polypusok látszanak. A pofa nyálkahártyáján jobboldalt egy, baloldalt több helyen a hám hólyagszerűen felemelkedett, több helyen fekélyek látszanak, melyek körül a hám cszfatokban lóg. E fekélyek igen felületesek és vérzékenyek. A nyelv bal oldalának közepe táján kb. fillérnyi, az előbbihez hasonló hólyag van. A garat bal oldalán az uvalán egy-egy felfakadt hólyagocskák látszottak. A gégeben az epiglottison és a baloldali aryepiglottisos redőn felületesek fekély látható, a melynek laryngealis szélén nagy hámcszfát lóg. A beteg háromszor napjában 0,30 chinint kapott. A fekélyeket, valamint a hólyagocskákat cycloform-coryfinnel ecseteltük. Tizedik nap a beteg erysipelast kapott, mi miatt a járványkórházba tettük át. További sorsáról mit sem tudunk.

IV. Idősült fertőzőes betegségek.

1. Tuberculosis (lupus).

Tuberculosis nasi miatt 34 beteg jelentkezett klinikánkon. Ezek között 18 férfi volt és 16 nő. Mindegyik esetben a folyamat a septumból indult ki. 10 esetben a tuberculosis tumorszerűen jelentkezett, a többi esetben a fekélyes alakja volt jelen, 3 esetben az alsó kagylók is meg voltak betegedve; ezen betegeken a tuberculosis folyamat a septumot perforálta, még pedig nemcsak porcós, hanem csontos részét is. Minden tuberculosis orrbetegnek tüdőaffectiója is volt egy beteg

kivételével, a kin az *orrtuberculosis mint primaer megbetegedés* jelentkezett. Ezen eset a következő volt:

T. L. 6 éves fiút azzal a panaszszal hozták a klinikára, hogy kb. 4 hónap óta nem kap levegőt az orrán át és hogy ugyanezen idő óta az orra dagadt. Az orrhát kissé kiszélesedett, felette a bőr a rendesnél kissé vörösebb, nyomásra fájdalmas. A rhinoskopiás vizsgálattal látszott, hogy a külső orrnyílástól néhány cm.-nyire az orrbemenetet mindkét oldalt szürkés-vöröses, dudorzos, sarjszöveteszerű, szondával tapintva puha vérzékeny, körkörös elhelyeződésű térfogatnagybodás szűkíti, mely a próbaexcisióval nyert részlet szövettani vizsgálatok sarjszövetből álló számos óriássejtet tartalmazó tumornak bizonyult; tuberculosisbacillust a szervezetben kimutatni nem lehetett. A belorvostani vizsgálat a szervezetben egyebütt tuberculosisnak semmi nyomát sem találta. A mellkas Röntgen-átvilágítása is normalis viszonyokat mutatott a tüdőben. A garatban és gégeben kóros elváltozás nem volt látható. Luesre az anamnesis és vizsgálat negatív volt. Ezek alapján primaer orrtuberculosisst körjeleztünk. A műtétet cocain-adrenalin localis anaesthesiában végeztük. A kóros részlet éles kanállal kikaparva, kitűnt, hogy a tumor 1/2–2 cm.-nyi mélységig terjedt befelé és a septum porcós részére is áttért, úgy, hogy annak teljes eltávolítása után a septumon kétfüllérnyi anyaghiány támadt. A beteg rövidesen meggyógyult. A műtét óta másfél év telt el recidiva nélkül.

Az orr tuberculosisának gyógyításában mindig a *sebészi eljárást* követve, a legradicalisabban jártunk el. A kóros szöveteket teljesen eltávolítva s az ép részletből is még jókora darabot hozzávéve, igyekeztünk a betegnek a recidivamentességet is biztosítani. Mindazonáltal több esetben ez nem sikerült és azokat rövidesen újból meg kellett operálni, a műtét azután az állandó gyógyulást vagy legalább is az ez ideig tartó recidivamentességet eredményezte.

Lupus nasi miatt 66 beteg kereste fel klinikánkat, 16 férfi és 50 nő. Az összes esetekben a külső orr lupusa is jelen volt, egynéhány esetben a folyamat csak az introitusra szorított, más esetekben a kagylókra, különösen az alsó kagylóra is áttért, de a legtöbb esetben a porcós orrsövény volt az elváltozás székhelye. A külső orr lupusát *Röntgen-kezeléssel* orvosoltuk, az orr belsejében levő elváltozást különböző eljárásokkal, legtöbbször azonban *sebészi*leg, sőt azon esetekben is, a midőn másféle orvoslással gyógyulást elérni nem tudtunk, áttértünk a sebészi kezelésre. A *Pfannenstiel-féle kezelést Strandberg módosítása szerint* 18 esetben alkalmaztuk. A beteg 3 gr. jodnatriumot kapott pro die, több adagra elosztva, az orra pedig eczetsavval meg-savanyított hydrogenium hyperoxydatumba (3%-os és 1,5%-os) áztatott tamponokat alkalmaztunk, melyeket pipetta segítségével állandóan nedvesen tartottunk. Az ilyen módon kezelt esetek felében gyógyulás jött létre; a kezelés 3–8 hétig tartott. Kezdeti hyperaemia után hámdefectusok keletkeztek és a ki nem fekélyesedett göbcsék exulcerálódtak, utóbb az ulceratiók apró élénk sarjakat, majd behámosodást mutattak; az infiltrált részlet ellapult és a tamponok elhagyása után néhány nap múlva sima és majdnem normalis színű volt a nyálkahártya felülete. Az esetek másik felében eredmény nem mutatkozott, az infiltratum megmaradt, az exulcerált göbcsék területén renyhe sarjadzás mutatkozott gyógyulási tendencia nélkül; a betegek egy része közben a körülményes és rájuk kellemetlen kezelést folytatni nem akarta s így a sebészi eljárásra tértünk át. Megjegyezzük még, hogy a gyógyult betegek közül az egyik 6, a másik 8 hónap múlva recidivával újból jelentkezett. Eseteink egy részében tejsavas (80%-os) edzéseket alkalmaztunk, az eredmény azonban nem volt kielégítő. A többi esetben a sebészi eljárást követtük, úgyszintén azon betegeken, a kiken a többi eljárás eredményre nem vezetett vagy pedig recidiva mutatkozott. A *sebészi eljárással értük el a legjobb eredményeket* és ez az eljárás volt a legcélszerűbben alkalmazható, minthogy betegeink legnagyobb részét a szegénysorsú néposztályból kerültek ki, a kik hosszas kezelést nem vehettek igénybe, a kiknek munkaképességét mielőbb helyre kellett állítani. A megbetegedett részeket éles kanállal, szikével eltávolítottuk s utána még cauterisatiót is alkalmaztunk.

Orrlupusos betegeink között az *endonasalis lupuson kívül* 2 esetben az *origaratban*, 9 esetben a *szájüregben*, 5 esetben a *garatban*, 6 esetben a *gégeben* is voltak lupusos elváltozások; ezeken kívül még 4 *primaer gégelupus*-esetünk

volt, a melyek közül egy került felvételre, a többi ambulans beteg volt. Valamennyi gégelupus-esetben a gégefedő meg volt betegedve s ez volt a kórfolyamat főfészeke; az epiglottis után gyakoriság tekintetében az aryepiglottis redők következtek, majd az álhanszalagok, 1 esetben a ligamenta pharyngoepiglottica és glossoepiglottica is jelentékeny beszűremkedést mutattak; subchordalis 3 esetben volt a lupusos folyamat, míg a valódi hanszalagok közül csak 1 esetben volt az egyik infiltrálva. Jelentékenyebb lélekzési nehézségek, oedemák egy esetben *sem mutatkoztak*; a cartilago epiglottidis kivételével a gége porczos váza destrálva nem volt; a többi tünet s a betegek subjectiv panaszai is feltűnően csekélyek voltak. A primaer gégelupus-esetek közül egyben *spontan gyógyulás* következett be.*

Az eddigiekben összefoglalt lupus-eseteinken kívül a klinikára felvett *lupusos betegek* rövid kórtörténete a következő:

Az egyik esetben R. I. 11 éves leányról volt szó, kinek lupusa az orrüreg mindkét felére, az orrsövényre, az orrfenekre és mindkét kagylóra terjedt ki és a gégeben az epiglottison, az aryepiglottis redőkön és subglottisban néhány elszórt, szürkés-halvány göbcső volt jelen. Az orrban levő göbcsőket excochleáltuk, a porczos orrsövény egy részét is reszekálva. A gégeben található göbcsőket tejsavval edzzük. Szabad orrlégzéssel távozik a beteg, gégejét ambuláner tovább kezeljük.

A másik beteg V. Á. 35 éves mázolósegéd neje, a kinek orrcsúcsán, orrhátán, mindkét orrszárnán kb. 5 koronányi területen elszórvá, főleg a széli részeken szürkés, göbös beszűrődések láthatók. A jobb orrnyílás elülső részén helyenként kifehélyesedett, mely fekélyek egyenetlen kirágott szélűek, részint sárgás pörkökkel fedettek. A jobb orrszárná kissé besüppedt. Mindkét orrnyílás belfelületén körkörös, kb. 1—2 cm.-nyi mélységig, részint göbösen beszűremkedett, részint kifehélyesedett és pörkökkel fedett az orr nyálkahártyája. A septumon a porczos résznek megfelelően kb. fillérnyi hiány van, melynek szélei megvastagodottak s typosus göbökkel borítottak. A felső ajakon, a gingiván, a kemény szájpád elülső részén a nyálkahártya göbösen beszűremkedett, helyenként exulcerált. Az inyitorla középvonalában mintegy borsónyi területen, úgyszintén a hátulsó garatíven göbös beszűremkedések láthatók. Az uvula elpusztult. A bal hátulsó garatíven, mesopharynxban jellegzetes hegek láthatók. Ugyancsak heges folyamat látszik a rhinopharynxban is. A choanák szélein typosus göbcsők láthatók. Az epiglottis, különösen a bal szélén, a normalis vastagság háromszorosa. Mindkét felületén és szélein exulcerált göbcsők láthatók. A göbcsés beszűrődés a bal aryepiglottis redőre is reáterjed. Az epiglottis merev, középső részében hosszirányú behajlást mutat. Műtét cocain-tonogen localis anaesthesia mellett. Az orrban és szájbán levő lupusos elváltozásokat szikével, éles kanállal és ollóval eltávolítjuk. Az epiglottist amputáljuk. A beteget ambuláner tovább kezeljük, a menyinyben az orrt és a géget, valamint a szájbán levő elváltozásokat tejsavval edzzük. Az orr külső részeit Röntgen-fényvel kezeljük. A betegnek lupusos elváltozásai a műtét és a kezelés folytán meggyógyultak.

A harmadik betegünk L. L. 33 éves szénkereskedő neje, a ki állítólag 17 év óta rekedt és 3 év előtt kezdődött jelen orrbaja. 8 nap óta nehezen lélekzik, nyelni folyadékot sem tud. Status praesens: Az orrszárnát fedő bőr mindkét oldalt typosus lupusos göbcsőkkel beszűrődött. Az orrbemenet lateralis széle kifehélyesedett, lupusos göbcsőkkel fedett. A septumon fillérnyi anyagihiány van. Az egész nyelv duzzadt, infiltrált, tömött, alig mozgatható, különösen a nyelvgyök mutat nagyfokú beszűremkedést, a mely koronányi terjedelemben kifehélyesedett. A géget látni nem lehet a nyelv duzzadsága miatt. Étekzés előtt cycloform-spray alkalmazunk, de ennek dacára sem tud táplálkozni. Katheterrel is csak alig tudunk egy kis tejet oesophagusába bevinni. A temperatura 39 és 39,4° között váltakozik. A beteg a felvétel után harmadnap meghalt.

A kórbonczolástani lelet kivonata a következő: Az orr vestibulumának nyálkahártyája megvastagodott, élénk vörös színű, barnás vöröses váladékkal borított. A septum cartilagineum legelülső részén kb. 3—4 mm. átmérőjű kerek, a septum egész vastagságán áthatoló anyagihiány van. Az orr melléküregeinek, úgymint a sinus frontalis, sphenoidalis és Highmor-barlang nyálkahártyája mindenütt sima, halvány szürkés rózsaszínű. A jobb tüdő felső csúcsában mintegy diónagyságú czafatos és szürkés-zöldes színű falzattal bíró üreg látható, melyet hig. részben törmelékeny anyag tölt ki. Az epiglottis mint ilyen fel nem ismerhető. Helyét dudorzos, egyenetlen felszínű, halvány rózsaszínű heges szövet foglalja el, melyet heges kötőszöveti nyalábok erősen a pajzsporc felső szélének belső felszínéhez rögzítenek. A baloldali plica ventricularis hátulsó részét, valamint az alatta levő ventriculus laryngis hátulsó részét alkotó nyálkahártya mintegy 0,5 cm. átmérőjű, nagyobbára kör alakú területen hiányzik; helyét a mögötte levő mintegy kis mogyorónyi üreg nyílása foglalja el. Ezen üreg falzata egyenetlen, szürkés-

* Ez utóbbiak az orr- és gégegyógyászati szakosztályban betegbemutatás, illetve irodalmi közlés tárgyai voltak. (L. Safranek: Zur Pathologie und Therapie des Lupus vulgaris der oberen Luftwege, Monatschrift für Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie, 1912, No. 5.)

zöldes czafatos, szondával néhol lemeztelenített porc érezhető. A nyelv felső felszínén a sulcus medianussal mindkét oldalt párhuzamosan haladó fekély látható, melyek elől a nyelv csúcsán egymással összefolyanak, sőt leterjednek a nyelv alsó felszínére és innen ismét hátrafelé a nyelv oldalára is. A fekély szélei kissé felhántak, porczkemény tapintatúak. A területükbe eső nyelvpapillák hatalmasan szemölcszerűen megnagyobbodtak. A fekély alapja mindenütt sima, egyenetlen, rajta sötét-vörös színben tűnik át a nyelv izomzata. Diagnosis: Lupus nasi et linguae (ulcus perforans septi cartilaginei). Ulcus tuberculosum et perichondritis tuberculosa cartilaginis thyreoideae in regione partis posterioris plicae ventricularis et ventriculi laryngis lateris sinistri. Tuberculosis miliaris pulmonum cum caverna magnitudinis pisi apicis pulmonis lateris dextri. Gastritis chronica catarrhalis. Degeneratio parenchymatosa organum, nominaliter myocardii et renum. Infiltratio adiposa hepatis.

A *lágyszájpád* és a bal *tonsilla*, valamint a *gége lupusa* miatt M. J. 27 éves kórházi irnoknöt vettük fel, a ki állítólag évek óta köhög és tüdővész családból származik. A szájpádlást fedő nyálkahártya egész terjedelmében belövelt, helyenként heges, helyenként apró, kölestől egészen kendermagnyi, kirágott és aláavj szélű, sárgás lepedékkel fedett anyagihiányok vannak. A kemény és lágy szájpádon egyaránt láthatók ezen fekélyek, melyek körül mindenütt apró szürkés göbcsők vannak. A bal tonsillán, úgyszintén a bal szájpádiven elszórtan több apró kölesnyi göbcső emelkedik ki. A gégeben mindkét oldalt az aryepiglottis redőn, úgyszintén az aryporcokat fedő nyálkahártyán, a mely vérbő és kissé fellazult, apró göbcsők láthatók. A szájpádon, garatíven, tonsillán levő göbcsőket és fekélyeket éles kanállal kikaparjuk és 80%-os tejsavval edzzük. A gégebéli göbcsőket szintén edzzük tejsavval. Másnap a szájpádon végzett excochleatio helyén arteriosus vérzés indul meg, a melyet csak paquelinnal tudunk elállítani. A beteg a gyógykezelés befejezése előtt saját kívánságára elhagyja a klinikát.

Primaer gégelupus miatt felvett esetünk a következő:

O. M. 33 éves csizmadia előadja, hogy jelen baja 4 hónap előtt kezdődött. Azóta torkában szárazságot érez, keményebb dolgokat nehezebben tud nyelni, fájdalmi alig vannak. Luest tagad. Status praesens: A mérsékeltlen fejlett és gyengén táplált férfi belső szerveiben kóros elváltozást kimutatni nem lehet. A Wassermann-reactio negativ. Az orr, garat nyálkahártyája halavány. Az epiglottis rendes térfogatának kétszerese, közepén hosszirányban behajlott, az egész felületét fedő nyálkahártya göbösen beszűrődött, mely göbök szürkés, aprók, helyenként kifehélyesedtek. A baloldali aryepiglottis redő szintén megvastagodott, göbcsőkkel fedett. A beteg sokat köhög. A szervezetben sehol másutt tuberculosus folyamatot kimutatni nem tudunk. Az epiglottist cocain localis anaesthesiaiban amputáltuk és az aryepiglottis redőkön levő egynehány göbcsőt kanállal excochleáltuk és tejsavval edzettük. Két napig katheretrel kellett etetni a beteget, negyed napra spontan evett. A beteg meggyógyult, egy év óta recidivamentes.

(Folytatása következik.)

Közlemény Kövér K. dr. kir. tan. nyilv. gyermekgyógyintézetéből.

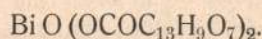
A tannismut a gyermekorvoslásban.

Irta: *Schatz Róbert* dr.

A hasmenéssel járó gyermekkori emésztési zavarok orvosságos kezelésében első helyet foglalnak el a *bismuth* sói, illetve a *tannin* és készítményei. Ennek magyarázata abban a kedvező hatásban található, melyet a bismuth, illetve a tannin a bél hurutos bántalmaiban kifejt. A bismuth kiszáritólag hat, csökkenti a váladékképződést s ily módon rontja a bacteriumok életfeltételeit, másrészt *Bókay Árpád* vizsgálatai szerint a bélben ilyenkor nagyobb mennyiségben képződő kénhydrogent megköti (bismuth-sulfid áll elő), minek folytán, a bélmozgást fokozó kénhydrogen híján, a bélmozgás is meglássul. A tannin mint desiniciens működik, a mennyiben a bacteriumok fejlődését gátolja s az erjedést akadályozza. Ezen kedvező hatások mellett azonban tekintetbe kell vennünk azt, hogy az egyes bismuthkészítményekből bizonyos körülmények között már a gyomorban is nagyobb mennyiségű bismuth hasadhat le, a mi — tekintetbe véve a bismuthtól előállható mérgezést — egyáltalában nem mondható közömbösnek. A tannin viszont bőséggel véve már a gyomorban is egyesül akár a gyomortartalomban, akár a gyomor falában foglalt fehérjével, a gyomornedvből a pepsint kicsapja s felszívódik. Ily módon egyrészt a gyomor működését zavarja, másrészt a szükségesnél jóval kevesebb tannin jut a bélbe, a mi gyógyító hatását kétségessé teszi. Így tehát, hogy a bélbe hatásos mennyiségű tannint juttassunk, annyit kellene bevételnünk, a mennyi a gyomor nyálkahártyájára bizonyára káros hatással volna.

Ezen körülmények következménye a vegyi ipar azon törekvése, hogy e hatásos béladstringenseket oly formában állítsa elő, más gyökök hozzákapcsolásával új vegyületeket készítve belőlük, hogy a káros mellékhatások lehetőleg kiküszöböltsenek, a kapcsolt gyökök jó hatásai pedig egymást támogassák. Ezen törekvés eredményei, hogy csak az ismeretebbet soroljam fel, a bismuthsók közül a *bismuthum subnitricum* (Bi + allégenysav), *bism. salicylicum* (Bi + salicylsav), *orphol* (Bi + β -naphthol), *dermatol* (Bi + basisos gallussav), a tanninkészítmények közül a *honthin* és *tannalbin* (mindkettő tannin + fehérje), *tannigen* (a tannin eczetsav-estere), *tannocoll* (enyvtannat), *tannoform* (tannin + formaldehyd), *tannopin* (tannin + hexamethylentetramin) stb. Mint látjuk, mindezen készítmények synthesise alkalmával az volt a cél: részint elkerülni a kellemetlen mellékhatásokat, így például a tanninkészítményeket a gyomorsavval szemben ellentállóbba tenni, részint a hozzákapcsolt gyökök hatása révén a bismuth- vagy tanningyök hatását fokozni, a mint a bismuthum subnitricumból képződő allégenysav összehúzó, tehát hurutellenes és antibacterios hatásával a bismuth, a tannoformban vagy tannopinban a formaldehyd, illetve hexamethylentetramin desinficiáló hatásukkal a tannin gyógyító hatását fokozzák.

Egy megfelelő béladstringenssel szemben tehát a következőkben foglalhatjuk össze követeléseinket: csak alkális közegben oldódják, hogy a gyomoremésztést ne rontsa s hányást ne idézzen elő és a bél alsó részeiben is érvényesítse hatását. Ezen követelményeknek megfelel a tannismut, a radebeuli von Heyden-féle vegyészeti gyár szerencsés összetételű készítménye, mely vegyileg = *bismuthum bitannicum*. Vegyi képlete:



A tannismutban tehát két tanningyök van a bismuthgyökhöz kapcsolva; alkális közegben ezek közül az egyik könnyebben, a másik nehezebben hasad le, a vegybomlás tehát hosszabb lefolyású. A tannismut körülbelül 20% bismuthot tartalmazó, halvány sárgásbarna, könnyű, nem vízívó, szagtalan por, mely vízben nem oldódik. Ize enyhén savanykás, de nem kellemetlen. Forgalmába kerül por és 0.5 gr. tannismutot tartalmazó csokoládés tabletták alakjában; ez utóbbi alak főleg a gyermekpraxis céljaira nagyon alkalmas.

Gottschalk kísérletei szerint normalis savtartalmú gyomornedvben tannin alig hasad le belőle, tehát a gyomor működését semmi tekintetben sem zavarja. Az alkális bélnedvben a vele való érintkezésekor lehasad az egyik tanningyök s kifejti adstringens hatását a béltractus felső részeiben; a bélnedv huzamosabb behatására, tehát a bél alsó részeiben, válik el a másik tanningyök a bismuthgyöktől s ott érvényesíti hatását. *Pickard* tannismut bevétele után 4—5 órával kapott a vizeletben tanninreakciót, mely újabb 3—4 óra múltán erősödött. Ez eléggé bizonyítja, hogy a tannismut a szervezetben belül valóban a fentebb leírt módon bomlik. A káros mellékhatások, melyekről fentebb szóltunk, a tannismutnál teljesen ki vannak küszöbölve. *Gottschalk* kutyákkal naponként és testsúlykilónként 6 gr. tannismutot etetett és sem étvágyromlást, sem székrekedést, sem mérgezés-tüneteket nem észlelt.

Ezen körülmények mérlegelése vezetett, midőn a gyár által készségesen rendelkezésemre bocsátott anyaggal kísérleteimet megkezdettem. Eseteim, melyekben a tannismutot igénybe vettem: heveny és időstült bélhurut, vastagbélhurut, enteritis follicularis voltak. Betegeim kora 9 hó és 12 év között váltakozott, legtöbbször 3 és 5 év között voltak. Az eredmény minden tekintetben kielégítő volt. Hányás, étvágyromlás egyáltalában nem mutatkozott s a legtöbb gyermek, főleg a csokoládés tabletták alakjában, szívesen vette a tannismutot. A bélre gyakorolt hatás abban nyilvánult, hogy heveny esetekben gyakran már a második vagy harmadik napon a székelések száma gyérült, a székletének minősége javult, a szék consistensebbé vált, búze csökkent, a vizeletből az indican

fokozatosan eltűnt és legfeljebb egy heti — tíz napi adagolás után teljesen rendes székürüléseket láttam. A mellett utólagos szorulást sohasem észleltem. A rekesztő hatás nem állott be oly hamarosan, mint az opiumtartalmú szerekre, de azért mindig megbízhatóan jelentkezett.

Természetes, hogy a kezelés első sorban a béltractus alapos kiürítésére irányult, a mit a szokásos módon ricinussal vagy calomellel értem el, azonkívül a diétát is megfelelő módon rendeztem.

A tannismutot vagy por alakjában 0.25 és 0.50 gr.-os adagokban vagy a 0.50 gr.-os csokoládés tabletták alakjában rendeltem. Kor szerint naponta 3—4 adagot adtam olyképp, hogy kisebb gyermek 1 gr., idősebb gyermek 1½—2 gr. tannismutot kapott naponta. Tapasztalásom szerint azonban ennél nagyobb adag sem volt káros hatással. Csakis teljes gyógyulás esetén szüntettem be a tannismut-adagolást, azonban a javulás beálltakor csökkentettem a napi adagot. Itt említem a *Pexa W.* által közölt azon tényt, hogy egyes esetekben, midőn a tannismut-adagolást a teljes gyógyulás előtt beszüntette, a hasmenés kiújult, de újabb tannismutszedésre hamarosan újra megszűnt.

Észleléseimet a következőkben foglalhatom össze: a tannismutot a gyermekek akár por, akár pastilla alakjában könnyen veszik; a gyomor működése a tannismut vételétől egyáltalában nem szenved; az említett hasmenéses bélbajok esetén a kedvező hatás kissé lassan, de fokozatosan és megbízhatóan jelentkezik, székeljen a baj akár az alsó, akár a felső bélrészekben; következményes székszorulás sohasem jelentkezik. Így tehát a tannismutban megbízható és a mellett nem drága béladstringens nyertünk a gyermekkori bélhurutok ellen, mely esetleg az emésztőcsatorna egyéb megbetegedéseiben, pl. gyomorbéli erjedéses folyamat, typhus, dysenteria, ideges eredetű hasmenés stb. eseteiben is kitűnő szolgálatokat tehet. Erről megfelelő esetek híján nem volt alkalmam megbizonyosodnom; feltevésem igazolására további kísérletek vannak hivatva.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

„*Alte Meister der Medizin und Naturkunde in Facsimile-Ausgaben und Neudrucken*“ című kiadványok ismét megszorodtak két gyönyörű kötettel. Köszönet érte nemcsak *Klein Gusztáv* professornak, mint szerkesztő-kiadónak, hanem a müncheni kiadócégnak, *Kuhn Károly*-nak is, a mely a legnagyobb gondnal és odaadással teszi lehetővé ezen kiadványoknak megjelenését s a hozzájuk tartozó facsimiléknek művészi reproductióját.

A kiadványok 4. és 5. kötetként szerepel:

Karl Sudhoff: Graphische und typographische Erstlinge der Syphilisliteratur aus den Jahren 1495 und 1496. Zusammengetragen und ins Licht gestellt von (IV + 30 folio-lap és 24 tábla.)

Míg a syphilis történetírói rendszerint csak a sexualis élet szempontjából nézik tárgyukat, addig *Sudhoff* a korai graphikus documentumok gyűjteményében a syphilis általános és kulturtörténetének nézőpontjából igyekszik a baj eredetének kérdését tisztázni és az amerikai eredetet hirdetők ellen síkra szállani.

Sudhoff sokáig foglalkozik *Miksa* császár 1495 augusztus 7.-i „edictum contra blasphemias“-jával s kidomborítani igyekszik azon részeit, kifejezéseit, melyek az amerikaielőtti eredet mellett szólnak. Ugyanezen évből datálódna az elsassi humanismus kiváló képviselőjének, *Jakob Wimpheling*-nek feljegyzései, melyekben oda nyilatkozik, hogy a syphilis nem új betegség, mint azt a nép hiszi, hanem „superioribus annis tam visum quam aegerrime perpessum“.

Grünpeck commentaraiból kiderül az is, hogy a betegség nem járványszerű kitörést mutatott, a mint azt emlegetni

és kiaknázni főleg az amerikusok szokták, hanem „kúszó“ módon terjedt el („serpsit“).

Marino Sanuto-nak az 1494.—1495. évre vonatkozó diariumaiban sem találta *Sudhoff* semmi nyomát annak a sokat emlegetett regének, hogy a syphilis Nápolyból, VIII. Károly seregéből terjedt volna világgá. A syphilis egyik legjobb ismerője, az előbbinek kortársa, *Paeantinus* „*Diaria de bello Carolino*“-jában szintén nem szól egy árva szót sem erről.

Ez csak néhány kiragadott adat *Sudhoff* munkájából, melyben csakugyan nagy apparatussal veszi fel a harcot az amerikai eredet nézete ellen. Bővebb referatumba a munka nem alkalmas. A munkát 24 gyönyörűen sikerült facsimilés tábla díszíti.

* * *

Christ. Ferkel: Die Gynäkologie des Thomas von Brabant. Ein Beitrag zur Kenntnis der mittelalterlichen Gynäkologie und ihren Quellen. (84 nagy 8-adrét lap és 21 tábla.)

Thomas Brabantinus vagy *Cantipratanus* egyike volt *Albertus Magnus* legkiválóbb tanítványainak. Valószínűleg 1201-ben született Brüsszelben és 1270-ben halt meg mint egyetemi tanár Löwenben. Főmunkája egy a kora ízlésének megfelelőleg scholastikusan feldolgozott, 20 könyvből álló természettudományi encyclopaedia, melynek címe: „*De naturis rerum*“. Ez a munka mindmáig sem jelent meg nyomtatásban. Van azonban belőle 44 kézirati kiadás, szétszórva a világ különböző könyvtáraiban. Ezek közül kilenczet használt fel és collationált *Ferkel*, hogy azok nyomán kiadja a munka ébrénytani és nőgyógyászati vonatkozású részeit a következő fejezetek sorrendjében: *De mammillis. De virga genitali. De impraegnatione mulieris. De infusione animae rationalis et unde anima. De virtute nascitiva. De partu et arte obstetricandi. Quot modis nascuntur pueri.*

A munka kiadásának tényén kívül az orvostörténést specialisan közlő *Ferkel* kutatásainak eredményei s hiteles megállapítása annak, hogy 1. *Brabanti Thomas* munkája az *Albertus Magnus* nevén emlegetett „*De secretis mulierum*“ című művel semmiféle vonatkozásban sem áll, 2. épp oly kevésbé a német „*Geheimnisse der Weiber*“ című művel, 3. hogy ez utóbbinak szövege is teljesen eltért a „*De secretis mulierum*“ szövegétől, 4. hogy *Brabanti Thomas* embryologiai és nőorvostani munkája semmi összefüggésben sincsen *Konrad von Megenberg* „*Buch der Natur*“-jával, mely ugyan a „*De naturis rerum*“ újabb kiadásainak átdolgozása, a melyből azonban éppen a nevezett fejezetek hiányzanak.

A *Ferkel*-féle kiadáshoz 21 kézirati lap reproductiója van mellékelve, melyeken ábrák ugyan nincsenek, de a középkori miniaturfestészet számos érdekes és szép termékét mutatják be.

Győry.

Új könyvek:

F. Thöle: Chirurgie der Lebergeschwülste. Stuttgart, F. Enke. 14 m. — *V. Blum: Nierenphysiologie und funktionelle Nierendiagnostik.* Wien, F. Deuticke. 4 m. — *J. Darier: Grundriss der Dermatologie.* Deutsch von K. G. Zwick. Berlin, J. Springer. 22 m. — *K. Jaspers: Allgemeine Psychopathologie.* Berlin, J. Springer. 8-80 m. — *Silvio Canestrini: Ueber das Sinnesleben des Neugeborenen.* Berlin, J. Springer. 6 m. — *G. Piquaud: Précis d'anesthésie locale.* Paris, Société d'editions scientifiques et médicales. 9 fr. — *M. Laignel-Lavastine: Thérapeutique des cliniques de la faculté de Paris.* T. I. Paris, Société d'editions scientifiques et médicales. 16 fr. — *N. Fiesinger: Les ictères toxiques et leur traitement.* Paris, A. Maloine. 2 fr. — *A. Gilbert et M. Weinberg: Traité du sang.* Paris, Baillière et fils. 42 fr. — *M. Letulle: Inspection, palpation, percussion, auscultation.* Paris, Masson et comp. 3 fr. — *F. Heckel: Culture physique et cures d'exercice (Myotherapie).* Paris, Masson et comp. 10 fr. — *Villard et Perrin: Sutures vasculaires et greffes du rein.* Paris, Masson et comp. 4 fr.

Lapszemle.

Belorvostan.

A gümőkóros mellhártyagyulladás eseteiben előforduló izomfájdalmak eredetének okát kutatja *E. Isserson*. Tüdőtuberculosisban a megbetegedett tüdő oldalán gyakran észlelhető a mellkas, hát, nyak izomzatának lesóványo-

dása, sorvadása, nyomásérzékenysége, valamint az ezen részeket fedő bőrnek csökkent vagy fokozott érzékenysége, mint a tüdőgümőkórt kísérő száraz gümőkóros mellhártyagyulladás kísérője (*A. Sternberg*). A bántalmazott izmok rendszerint: a cucullaris, pectoralis major, supra- és infraspinus, subscapularis, deltoideus és rhomboideus.

Ezen izomfájdalmak reflexes kisugárzás útján is létrejöhetnek, azonban ezen eredet nem magyarázhatja kellőképpen az izmok atrophiját, a vállöv idegpontjainak nyomásérzékenységét. Valószínűbbnek látszik, hogy az izmok bántalmazottsága a pleura gyuladással folytatódva a nyirokutakon át történő közvetlen átterjedése folytán jön létre. Legvalószínűbb azonban, hogy a *Sternberg*-féle tünetcsoport a bántalmazott izomterület idegeinek gyuladással, közvetlen bántalmazottsága folytán jön létre.

A neuritis vagy az általános toxaemia kifejezőjéppen szerepelhet, ez esetben azonban a gyuladással e szűk s állandó körre való localisatioja érthetetlen maradna, vagy pedig — s ez valószínűbb — a gyuladással folytatódva per continuitatem terjed át az idegtörzsekre, a mi annál jobban érthető, mert hisz a vállöv ideghálózata a pleurakúp közvetlen közelében van. (Beitr. z. Klinik der Tuberculose, XXVII. köt., 1. füzet.)

Galambos dr.

Bronchiectasia eseteiben nagyon kedvező eredményeket ért el *Singer* a szomjazzatással. A folyadékfelvételt erősen (200 cm³-ig) korlátozza; hetenként kétszer ivónapot tartat, a mikor 1200—2000 cm³ folyadékot fogyaszthat el a beteg. Ezen kezelésmód mellett a köpet csakhamar tetemesen megkevesbedik. Cél szerűen egyesíthető a szomjazzatás izzasztófürdővel, valamint az ú. n. rágótabletták használatával, a mikor ugyanis a bőséges nyálválasztás kevesbiti a szervezet folyadékállományát. Egyúttal gyuladásellenes hatásuk miatt mézszisztiményeket is rendel, valamint oxygent lélegeztet be. Ellenjavalt a szomjazzatás tüdővész vagy tüdővészre gyanus esetekben, valamint vesebaj jelenlétében, egyébként azonban bő váladéktermeléssel járó légzőszervi bajokban nagyon jó eredmények érhetők el vele. (Wiener mediz. Wochenschrift, 1913, 24. szám.)

Gyermekorvostan.

Az eosinophilia és az exsudatív diathesis közti összefüggésről ír *Aschenheim* (Heidelberg). Vizsgálatait egyrészt florid eczemával bíró gyermekeken, másrészt egyéb exsudatív tünettel, pl. lichen urticatussal kapcsolatban végezte. 33 florid eczema-eset közül 22-ben talált eosinophiliát és ezek között is csak 5-ben volt 5%-nál nagyobb az eosinophil sejtek száma, ellenben 11-ben az eosinophilia egyáltalán nem volt nagyobb a normalisnál. Lichen urticatus és prurigo összesen 10 esete közül csak 4-ben, tehát nem egészen 4%-ban volt eosinophilia. Vizsgálatainak végkövetkeztetései a következők: 1. Az eosinophilia gyakoribb florid eczema eseteiben, mint az exsudatív diathesis egyéb megnyilvánulásaiban. 2. Az eosinophilia elmúlik a bőrtünetek javulásával. 3. Az eosinophilia maga nem föltétlen tünete az exsudatív diathesisnek, ez ellen szól az is, hogy 4. az eosinophiliát nem sikerült tömegesen kimutatni oly családokban, melyeknek több tagja exsudatív diathesisben szenved, továbbá az is, hogy 5. vannak egészséges emberek eosinophiliával, dacára annak, hogy mentesek minden exsudatív tünettől. (Monatsschrift f. Kinderheilkunde, 1912, 6. sz.)

Vas I.

Sebészet.

Az extrapleurális pneumolysisről és egyidőben végzett tüdőplombálásról ír *G. Baer*. Ezen műtét technikáját a szerző egyszerűbbnek tartja a thorakoplastikai eljárásoknál. Az egyedüli nehézség a pleura costalisnak leválasztása, a mi azonban szintén egyszerűvé válik, ha jó rétegbe jutunk és az összenövések nem túlságosan kemények. A vérzés csekély és a pleura costalis leválasztása aránylag kis nyíláson át nagy területen történhetik. Az eljárásnak különös nagy előnye az eddigiéknél az, hogy az intrathoracalis viszonyokat nem bolygatja. A thoraxskelet eltávolításával

ugyanis úgy a tüdő, mint a szív részére abnormalis körülmények jönnek létre, a minek első következménye az lesz, hogy az expectoratio megnehezül, a mi ismét aspiratiós pneumoniára vezet. Ugyancsak veszélyes a bordák eltávolítása, mert a tüdő összeesik ugyan, de nem helyeztetik ezáltal nyugalomba és így inactív tuberculosus góczok activvá válhatnak. A szerző ezen műtétjei alkalmával bőr-izomlebenyt készít, melynek rövidebb oldala a sternum szélével párhuzamos, a hosszabb oldal pedig párhuzamos a bordákkal. A reszekálendő borda a lebeny közepébe kell hogy jusson, a fölötte levő intercostalis izom megnyitattik, a míg az alatta levő fascia endothoracicaig jutunk. Ezen rétegben kell a leválasztásnak megtörténni. A pleura leválasztása alkalmával arra kell törekednünk, hogy azt inkább a thorax felé és ne a tüdő felé válaszsuk le. Ezután következik a tüdőcavernának plombálása, a mihez a szerző paraffint használt. Két esetben alkalmazta ezen műtétet, a melynek eredményeiből arra következtet, hogy a műtét veszélye sokkal kisebb, mint az endothoracalis műtétéké. A plomba szépen begyógyulhat a tüdőcavernába, az expectoratio igen könnyen megy a műtét után, a műtét seb linearisan gyógyul be és a thorax configuratiója változatlan marad. (Münchener med. Wochenschrift, 1913, 29. sz.)

Iff. Hahn Dezső dr.

Szülészeti és nőorvostan.

A syphilitis egyének házasságáról illetőleg házassági engedélyéről adott elő *Matthaei* a hamburgi gynae-kológiai társaságban. A Wassermann-reactio ideje óta sokat haladt ez a kérdés, mindazonáltal tudományos orvosi lelkiismerettel szemlélve a dolgot, érthető egyes szerzőknek az álláspontja, a kik szerint annak, a ki lueses infectiön esett keresztül, nyugodt lélekkel sohasem engedhetjük meg a házasságot. A gyakorlatban azonban másképp áll ez a tétel s ezért a *Fournier* „Syphilis et mariage“ című 1880-ban megjelent könyvében levő nézetek még ma is mérvadók lehetnek. Újabb vizsgálatok közül felemlíti *M. Trinchese* vizsgálatait, a kinek sikerült egy spirochaetát abban a pillanatban fixálni a mikrophotogrammon, a mikor az anyai vérből a syncytiumon át a magzati vérkeringésbe vándorolt. Ezzel az uterinalis átvitele a syphilitisnek nyilvánvalóvá vált. Az újabb vizsgálatok a *Colles-féle* törvényt is megdöntötték, a mennyiben congenitalis lueses magzatok anyái a luesinfectióval szemben nem immunisak, hanem *latens syphilis* van szervezetükben, úgy hogy sok évvel később is még congenitalis lueses gyermeket hoznak a világra. Nincs kizárva az, hogy az ilyen asszonyokon bizonyos helyeken mintegy spirochaetadepot-k vannak anélkül, hogy a betegség a testfelületen vagy egyéb fontos életszervekben jelentkeznék. *Bab* szerint nincs kizárva, hogy lokalizált syphilitisről van ilyen esetekben szó, a mely a belső genitális szervekben, illetőleg az azokhoz tartozó regionaris nyirokmirigyekben vagy peritonealis ürben talál helyet. *Neisser* újabb vizsgálatai szerint a syphilitis szemből általában nincs immunitás, úgy hogy ő még a *Profeta-féle* törvényt is kétségbe vonja, a mely szerint tudvalevőleg a lueses szülők látszólag egészséges gyermekei a syphilitisinfectióval szemben immunisak. A *Fournier-féle* követelmények a házasság megengedéséhez a következő pontokban foglalhatók össze: 1. Minden syphilitis tünetnek hiánya; 2. a syphilis idősségére nézve azelőtt 3 évet, most 5 évet kíván; 3. szükséges, hogy a házasságot megelőző két, illetőleg 3 évben az egyének teljesen tünetmentesek legyenek; 4. számba jön az is, hogy a syphilis az úgynevezett jötermészetű jelleggel bír-e; 5. hogy az egyén megfelelő specifikus kezelésen esett-e keresztül. A mi a congenitalis lueses magzatok kezelését illeti, érdekesek *Tage* és *Duhot* észlelései, a kik a magzatokon való lueses elváltozásokat a szoptató anyáknak adott salvarsanbefecskendezésekkel tudták visszafejleszteni. Ebből következik az is, hogy a lueses anyának kötelessége szoptatni gyermekét. *Matthaei* szerint azt is meg lehetne tenni, hogy ha a syphilitis anyja nem szoptathat, akkor a beteg gyerekeknek biztosan lueses dajkát sze-

rezzünk, a ki már megelőzőleg kezelve volt. Ezt természetesen csak bizonyos elővigyázatosság mellett lehetne keresztülvinni. A syphilitis magzatok arsenobenzollal való direct kezelése is sok közlemény szerint eredményes, bár nem tagadható, hogy ez a számos spirochaetának elpusztulása folytán felszabaduló endotoxinok felszabadulása révén veszélyessé is válhatik (*Neisser* szerint). (Zentralblatt für Gynäkologie, 1913, 29. sz.)

Scherer.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Arteriosclerosis gastrointestinalis eseteiben *Breitmann* is nagyon jó eredménnyel használja az adonis vernalist, a melyet nemrégiben más részről is ajánlottak volt. Az az ellenvetés, hogy az adonis gyomor-béltüneteket okoz, nem nagyon komoly, a mennyiben egyrészt ritkák ezek a zavarok, másrészt megelőzhető, ha tinctura condurangóval együtt adjuk (8 gr. 180 gr. infusumra), vagy ha nem infusum, hanem folyékony kivonat alakjában rendeljük az adonis vernalist, napi 1—2 grammos adagban. (Ref. La semaine médicale, 1913, 25. szám.)

Gyomor- és bélbajokban hydrogensuperoxyddal tett tapasztalatait közli *Volpe*. Hyperaciditas, hypersecretio és gyomorfekély eseteiben a nedvelválasztás csökkentése útján jók voltak az eredményei; 2 naponként adott a $\frac{1}{2}\%$ -os oldatból 300 cm³-t. Minthogy a nyálkaelválasztást fokozza, a nyálka pedig közömbösíti a gyomornedvet: ezen az úton is hat a szóban levő betegségekben. Fokozott nyálkatermelődéssel járó esetekben azonban e miatt ellenjavalt a használata. A gyomorbéli erjedés-folyamatok fokozott volta esetén (gyomortágulat, pylorus-szűkület stb.) szintén hasznos a hydrogensuperoxyd. Bélbajok közül idősült colitis, bélfekély, bélatonia eseteiben is kedvezők voltak az eredmények a szernek desinfiáló, az erjedés-folyamatokat csökkentő hatása miatt. (Ref. La semaine méd. 1913, 28. szám.)

Enterocolitis mucomembranacea ellen *Robin* naponként reggel éhokra evőkanálnyi ricinus-olajat ad, a melyhez 3 cseppet tétet a következő mixturából: Rp. Tinct. thebaicae, Tinct. hyoscyami, Tinct. belladonnae aa 5'0. (Rif. med., 1913, 4. szám.)

Asthma bronchiale eseteiben a roham megszüntetésére *Krause* (San Remo) szintén nagyon ajánlja az asthmolysint, a mely nem egyéb, mint adrenalin és hypophysiskivonat elegye. A hatás már 1—6 perc múlva beáll. 1 cm³-es ampullákban kapható, az egész mennyiség befecskendezése azonban csak ritkán szükséges, többnyire már $\frac{2}{10}$ cm³ is elégséges. (Die Therapie der Gegenwart, 1913, 7. füzet.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1913, 32. szám. *Milkó Vilmos*: Adat a vesekövek Röntgen-diagnostikájához. *Bajor Dezső*: A pertussisről.

Orvosok lapja, 1913, 33. szám. *Réczey Imre* és *Borszékny Károly*: A peptikus gyomorfekély sebészeti kezelése.

Vegyes hírek.

A 17. nemzetközi orvosi congressus augusztus 6.—12.-éig zajlott le Londonban az egész világból összegyűlt orvosok óriási részvétele mellett. A főtitkár jelentése szerint 7000 tagja volt a congressusnak; ennyi orvos még sohasem volt együtt. Ez a nagy szám megcáfolni látszik azok véleményét, a kik szerint az ilyen nagy congressusok már túlélték magukat. Az igaz, hogy az ilyen congressus sikerére nagy befolyással vannak egyes, az orvostudomány keretén kívül eső körülmények, a minő különösen a hely kérdése. Ebből érthető, hogy pl. 7 év előtt a szerény és mindenünnen messze eső Lissabonban a congressus tagjainak száma a portugál orvosokkal együtt csak 1762 volt, Londonban pedig most négyszer annyi volt a résztvevők száma. A Budapesten 4 év előtt lefolyt 16. congressus kb. 4000 tagjával a közepén állott Lissabon és London közt.

A congressus szaktárgyalásainak kimagasló mozzanatairól egyes referatumok alakjában fogjuk olvasóinkat értesíteni. Most csak pár szóval ismertetjük a congressus lefolyásának külső körülményeit. A megnyitó ülésen, mely augusztus 6.-án délelőtt volt az Albert Hall óriási termében, először a király képviselője, *Arthur*, connaughti herczeg üd-

vözölte a megjelenteket, büszkén hangoztatva, hogy nemcsak Angliának a vendégei, hanem a 423 millió lakosú nagy brit világbirodalomnak.

A kormány nevében *Sir Edward Grey* külügyi államtitkár mondott néhány üdvözlő szót s ezután *Sir Thomas Barlow*, a congressus elnöke tartotta meg díszbeszédét. Visszapillantást vetett az 1881-i 7. congressusra, mely Londonban ülésezett. A congressus elnöke akkor *Sir James Paget* volt; az angol kitünőségek közt ott voltak *Huxley*, *Spencer Wells*, *Lawson*, *Fait*, *Bowman*, *Lister* — egyikük sincs már az élők közt. A külföldi szereplők közül *Virchow*-ot, *Volkman*-t, *Koch*-ot, *Langenbeck*-et, *Esmarch*-ot, *Donders*-t, *Snellen*-t, *Brown Séguard*-t, *Charcot*-t, *Pasteur*-t, *Bouchard*-t emelte ki, a kik azóta szintén már valamennyien meghaltak. Szólt e nagy lángelmék felfedezéseiről, különösen a bakteriologia és serologia terén; továbbá egy új tudományágról: a tropusi orvostannak keletkezéséről az utolsó congressus óta. Beszédének további folyamán a közegészségügy nagy haladásait, a táplálékanyagok hamisítása elleni küzdelmet, az alkoholizmus elleni mozgalmat, a radiotherapiát tette szóvá és végül a sebészet újabb óriási haladásaira utalt. *P. Harrington* főtitkár rövid beszéde után az egyes országok képviselőinek üdvözlő szavai következtek. A magyar orvosok nevében *Grósz Emil* tanár mondott rövid hatásos beszédet, megemlítve, hogy Magyarországból 300 orvos jött el a congressusra.

A szakosztályok egy része aznap megkezdte működését. Az általános ülések délután tartottak meg ugyancsak az Albert Hallban. Elsőnek még a megnyitás napján *Chauffard*, az ismert párisi klinikus mondott előadást „Az orvosi prognózis”-ról; előadásában, melyben különben valamely nevezetesebb újabb eszmét nem vetett fel, végigtekintett a belorvostan történelmi fejlődésén s azután azt fejtegette, hogy mennyire adja meg a tudomány jelen állása a lehetőséget arra, hogy az orvos a betegség lefolyására, a betegnek és utódainak sorsára elvégezve prognoszt állíthasson fel. Beszédében, melynek hatását igen emelte *Chauffard* szép előadása, kissé részletesebben foglalkozott még az álmokorság és vérhas gyógyítása terén elért újabb eredményekkel. A második nap általános ülésének előadója, *Ehrlich* tanár, nagy ünneplés tárgya volt. Ezernél több hallgató előtt fejtegette világos, szép előadásában a fertőző betegségekről való ismereteink fejlődését s e betegségek gyógyításának terén eddig elért eredményeinket. A legnagyobb reményeket fűzi a chemotherapia további haladásához s bizalommal tekint a jövőbe, melynek sikerülni fog az emberi élet legnagyobb ellenségei, a pathogen mikroorganizmusok elleni küzdelmet célhoz vezetni. Az utolsó nap általános előadásai közül *H. Cushing* dr., a bostoni Harvard-egyetem sebészstanárának előadását emeljük ki a sebészet viszonyáról az általános orvostanhoz. Szellemes előadásában sok tárgyon futott végig, az antivivisectió mozgalomtól s a Panama-csatorna tájékozás assanálásától az orvosi tanítás módszereinek kritikájáig.

A congressus záróülésén, augusztus 12.-én, az elnök s a titkár, végigtekintve a congressus lefolyását, méltán konstatalhatta annak teljes sikerét. A jövő congressus 1917-ben Münchenben lesz.

Csak futólag említjük meg, hogy az angolok vendégseretete több, a congressus tagjainak tiszteletére rendezett estélyben és délutáni garden partyban nyilvánult meg. Legfényesebb volt az az estély, melyet a londoni községtanács adott aug. 8.-án a városháza (Guildhall) helyiségeiben. A congressus a nemzetközi sajtószövetkezet ülése előzte meg, melyen a magyar orvosi lapokat *Schächter Miksa* dr. képviselte, s melyen csak két ügyről tárgyaltak: Az orvosi terminologia reformálásának s az orvosi lapok hirdetései ellenőrzésének kérdéséről, az előbbiről *Blondel* dr. (Páris), az utóbbiról *Posner* tanár (Berlin) referatuma alapján. Határozatot egyik ügyben sem hoztak.

Mangold Henrik dr.-nak, a Balaton-kultusz úttörőjének emlékszoobrát augusztus 20.-án d. e. 11 órakor leplezik le a balatonfüredi Deák Ferencz-sétányon.

Meghalt. *A. M. Gardner*, az elmekörtan tanára San-Franciscóban. — *G. P. Head*, az oto-rhino-laryngologia tanára Chicagóban.

A tiszti orvosi vizsgára előkészítő tanfolyam Kolozsvárt szeptember 17.-én kezdődik. Cursus a vizsga minden tárgyából lesz. Bővebb felvilágosítást nyújt *Issekutz Béla* dr., gyógyszer-tanársegéd, Kolozsvár, Trefort-u. 8.

A budapesti egyetem I. számú női klinikáján július hóban 30 szülés folyt le. A nőgyógyászati osztályon 39 beteget ápoltak. A klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinikum segélyét 119 esetben vették igénybe; a műtétek száma 82 volt.

A budapesti egyetem II. sz. női klinikájával kapcsolatos szülészeti poliklinikum segélyét júliusban 133 esetben vették igénybe. A műtétek száma 126 volt.

A kolozsvári önkéntes mentő-egyesület 1912-ben 4406 esetben nyújtott első orvosi segítséget. A működő tagok száma 194 volt, még pedig 54 okleveles orvos, 4 szigorló és 136 orvostanhallgató. Az egyesület az elmúlt év ektóber 1.-én költözött új állandó otthonába.

Az osztrák orvosi fakultások látogatottsága az elmúlt nyári félévben a következő volt: Bécs 2369, Prága, cseh egyetem 874, Lemberg 574, Prága, német egyetem 549, Grác 541, Krakó 535, Innsbruck 326. A hallgatók 18 $\frac{30}{100}$ -a (410) nő.

Személyi hírek külföldről. *H. Köppe* dr.-t, a gyermekorvostan címzetes rendk. tanárát a giesseni egyetemen, valóságos rendk. tanárrá nevezték ki. — *A. Bennecke* dr., magántanár (Rostock, nőorvostan) ta-

nári címzet nyert. — Lyonban *E. M. Martin* dr.-t a törvénytörvényes orvostan tanárává nevezték ki. — *E. J. Ewatt* dr.-t a dublini Royal College of Surgeons in Ireland-on az anatomia tanárává nevezték ki.

Kiseb közlések az orvostudomány köréből. A berlini orvos-egyesület egyik utóbbi ülésén *Mosse anaemia perniciosa* esetét ismertette, a melyben a lép kiirtása után tetemes javulás következett be. — *Anaemia perniciosa* egy esetében, a mely luessel kapcsolatban fejlődött, *Weicksel* salvarsankezelés után látott tetemes javulást. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1913, 21. sz.) — *Emmerich* és *Loew* szerint a *chlorcalcium* növeli a szervezet ellenálló képességét fertőzésekkel szemben. (Archiv f. Hygiene, 80. kötet.) — *A Friedmann-féle gümőkörkezelés* *Mannheimer* 18 esetben használta, de egyben sem látott olyan javulást, a mely a kezelésre lett volna visszavezethető; a láz egy esetben sem szűnt meg, 5 esetben pedig tályogok fejlődtek a befecskendezések helyén. (Berliner klin. Wochenschrift, 1913, 28. sz.) — *A gümőkör gyors kimutatására állatkísérlet útján Schürmann* jónak találta a következő eljárást: a vizsgálandó anyagot tengeri malacz bőre alá oltja és a tengeri malaczon azután intracutan tuberculin-reactiót végez. A 10. naptól kezdve már pozitív a reactio, ha gümöbacillust tartalmazott a vizsgálandó anyag. (Schweiz. Korresp.-Blatt, 1913, 28. sz.) — *Az urotropin Cuntz* szerint nem egészen közömbös szer, fehérje- és vizeletet okozhat; használatakor tehát állandóan ellenőrizendő a vizelet. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1913, 30. sz.)

Baksay László kolozsvári orvostanhallgató indexe ez év április havában elveszett. Kéri a megtalálóját, hogy küldje el a címére (Beregszász, Perényi-u. 8).

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

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

WEISZ EDE  **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. Alexander Béla, egyetemi magántanár

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

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

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. Grünwald sanatoria 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 nagymélt. m. kir. belügyminiszterium előzetes engedélye alapján az országos betegápolási alap terhére vétetnek fel.

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

MATTONI-FÉLE LÁPKIVONATOK
fürdőkhoz.
:: **LÁPSÓ** :: száraz kivonat | **LÁPLÚG** folyékony kivonat
ládákban a 1 kiló | üvegekben a 2 kiló

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (X. rendes tudományos ülés 1913 márczius 15.-én) 615. lap. — Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészi szakosztálya (III. ülés 1913 márczius 6.-án) 616. lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(X. rendes tudományos ülés 1913 márczius 15.-én.)

Elnök: Grósz Emil.

Jegyző: Bence Gyula.

(Vége.)

Előterjesztés az egészségügyi szolgálat ügyében háború esetén.

Grósz Emil: Minden háború s az azt rendszeren követő járványok a közvélemény figyelmét a katonai és polgári egészségügyi intézmények felé fordítják. Ez természetes is. Hiszen az általános védőkötelezettség mellett fiainkról, testvéreinkről, véreinkről van szó, kiknek sorsa különösen szívünkön fekszik.

A most folyó háború ezirányban még fokozottabb mértékben foglalkoztatja az ország közvéleményét, a minek oka részben a háború színhelyének közelségében, részben a hadviselő felek egészségügyi berendezésének elégtelenségében s az ennek szomorú következményeiről szerzett értesülésekben rejlik.

Az utolsó évek tapasztalatai mindenkit meggyőzhettek arról, hogy az államok és nemzetek érdekellentéteiket ezentúl is fegyveres úton fogják elintézni. E tekintetben, úgy látszik, nincs nagy különbség a culturnemzetek s a műveletlen népek között. De annál nagyobb azután a különbség, a midőn arról van szó, hogy a sebesültekről gondoskodjunk s a háborúkat követő járványokat megelőzzük. Az egészségügyi intézkedések jó vagy rossz voltának jelentőségét az angol, német, japán, francia, orosz, török, olasz hadviselések tapasztalatai rideg valóságukban tárták eléink. Az állam és társadalom legfontosabb érdekei közé tartozik, hogy a hadsereget megóvjuk azon borzalmaktól, melyeknek az elégtelen egészségügyi viszonyok kiteszik. Valóban mi sem tudja az önfeláldozást, a lelkesedést erősebben lelohasztani, mint ha a harczvonalba vonuló katonaság az úton nyomorgó, éhező társaival találkozik, ha pihenő helyeken járványok pusztítanak. Nem ok nélkül tartják a béke barátjai *Verescsagin* festményeit tanulságosnak.

A budapesti királyi orvosegyesületben s a bécsi cs. kir. orvosegyesületben ez év folyamán a legilletékesebbektől hallott információk büszkeséggel s örömmel tölthetnek el. Mindkét egyesületben felszólaltak a közös hadsereg s a honvédség képviselői s kijelentették, hogy hadseregünk e tekintetben is példásan fel van készülve. A legnagyobb hála köteleztek bennünket nyilatkozataikkal s evvel csak megerősítették azon szoros együttműködést a katonai és polgári orvosok között, melynek szükségességéről, áldásos voltáról a haza minden jó polgára meg van győződve. De azzal, hogy hadseregünk el van készülve arra, hogy a harczvonal sebesültjeit jól s helyesen ellátja s hogy a súlyos sebesülteket a harcz színteréről el tudja szállítani, még nincs kimerítve a feladatok összessége. Háború esetén a polgári kórházakra is igen nagy feladat hárul. Jól érezte ezen feladat jelentőségét a bécsi cs. kir. orvosegyesület, a midőn *Hohenegg* indítványára e kérdéssel foglalkozott; éppen olyan joggal, sőt geographiai helyzetünknel fogva még inkább kell nekünk ez életbe vágó kérdéssel foglalkozni. Egyesületünk csak hű marad a mult traditiójához, ha szavát felemeli. *Uriel*, *Hohenegg*, meg *Szepessy, Sötér, Magyar* fejtegetéseiből tudjuk, hogy miről van szó. Nagyobb háború esetén Magyarországnak kb. 40.000 súlyos sebesült elhelyezéséről kellene gondoskodni s ehhez kb. 200 sebész-főorvosra, 400 sebész-alorvosra, 200 műtőápolónőre, 5000 ápolóra volna szükség.

Mindezt béke idején kell előkészíteni.

Nálunk még inkább szükséges az idejekorán való gondoskodás, mint pl. Németországban, a hol tudvalevőleg a legtöbb sebésztanár egyszersmind háború esetére a katonai egészségügyi szolgálat keretébe tartozik. Milyen fontos az, ha

a beosztást már eleve úgy tervezik, hogy a békében együtt működő orvosok lehetőleg a háborúban is így teljesítsék hivatásukat. De talán legfontosabb feladat a kellő ápolás előkészítése.

A Németbirodalomban a vörös-keresztnek 600.000, Japánban 2 millió tagja van. *Schönburg-Hartenstein* hercegnek, az osztrák vörös-kereszt elnökének a bécsi orvos-egyesületben tartott felszólalásából tudjuk, hogy Ausztriában az egyesületnek csak 60.000 tagja van s mint értesülők, a magyarországi vörös-keresztnek csak 38.000.

Mindez és sok más fontos kérdés egyenesen kötelességünké teszi, hogy egyesületünk javaslatokat tegyen.

Azt hiszem, ezek után nem szükséges bővebben indokolnom tiszteletteljes előterjesztésemet, hogy méltóztassék az egyesület igazgató-tanácsát felkérni, hogy honfitársaink, úgyszintén a külföldi orvosok tapasztalatai alapján intézzen felterjesztéseket a m. kir. belügyministeriumhoz, a m. kir. vallás-és közoktatásügyi, a m. kir. honvédelmi és a cs. és kir. hadügyministeriumhoz, melyekben a balkáni háború tanulságait értékesítve, javaslatokat tegyen arra, hogy miképp kellene már béke idejében legczélszerűbben előkészíteni háború esetére a polgári egészségügyi szolgálatot.

Az igazgató-tanács tárgyalásai bizonyára még más, most nem említett szempontokat is érinteni fognak s meggyőződésem, hogy egyesületünk nagy és fontos szolgálatot tehet az államnak s az emberiségnek, ha a felvetett eszmét felkarolja.

Tisztelettel javaslom, méltóztassék indítványomat az igazgató-tanácsához utasítani.

Az előterjesztést átteszik az igazgató-tanácsához.

Klinikai és bakteriologiai adatok a lázas abortus terapiájához.

Mihalkovics Elemér és Rosenthal Jenő: *Winter* azon rossz eredmények által sarkalva, a melyeket klinikáján a lázas abortusok gyógyulása tekintetében látott, nevezetesen azokban az esetekben, a melyekben a hüvelyváladékban haemolysises streptococcusok voltak jelen, ezen esetek terapiájára vonatkozólag azt javasolja, hogy ilyenkor minden activ beavatkozást kerülni kell. Hasonló álláspontot foglal el *Traugott* azzal a különbséggel, hogy ő az exspectativ kezelést kiterjesztendőnek tartja mindazon esetekre, a melyekben a méhürváladéka pathogen csirákat tartalmaz. A kérdéshez hozzászólók azonban, így *Schottmüller, Hann, Schauta, Bondy* stb., nem látták a *Winter* és *Traugott* felfogását beigazoltnak és ez alapon egyértelműleg a régi, activ módszer mellett foglaltak állást. Az előadó egy ízben már hozzászólt a kérdéshez a „Gynaekologia“ 1911. évi 4. számában, ugyan csak az utóbbi értelemben. Minthogy azonban akkori megfigyelései csak klinikaiak voltak, szükségesnek látta azokat bakteriologiai vizsgálatokkal is ellenőrizni. Ilyen vizsgálatokat *Rosenthal Jenő* társaságában 100 esetben végeztek, a mely 100 eset közül 99-ben találtak pathogen csirákat a hüvelyváladékában, ezek közül 22 esetben haemolysises streptococust, 58 esetben általában streptococcusokat. A klinikai léfolyást a bakteriologiai lelettel összehasonlítva, azt látták, hogy utóbbiból az eset prognosisára semmiféle következtetést sem lehet vonni; a haemolysises streptococussal, éppúgy az általában streptococussal fertőzött esetek épp oly jól gyógyultak, mint a többi eset. Egyetlen halálosan végződött esetükben coli-peritonitis volt a halál oka. Ezek alapján nem ismerhetik el jogosultnak azt a törekvést, hogy a lázas abortusok kezelése bakteriologiai alapokra fektetessék. A terapiának csak a klinikai képhez kell alkalmazkodnia. Hogy azonban általában milyen: activ vagy exspectativ legyen ez a kezelés, azt csak az összes észlelt esetek

gyógyulási eredményeinek ismerete döntheti el. Összesen $2\frac{1}{2}$ év alatt 1147 esetet kezeltek a szt. Rókus-kórháznak *Tóth* tanár vezetése alatt álló szülészeti osztályán és ezen esetek átlagos mortalitása $0\cdot5\%$, a lázas abortusok mortalitása $1\cdot9\%$ volt. Az active és expectative kezelt esetek gyógyulása közt alig volt különbség. Az eredmények absolute véve is jogosulttá teszik azt a kijelentést, hogy az osztályon érvényben levő mérsékeltén activ therapiás eljárás a mai viszonyok között a lehető legjobb. A más szerzők eredményeivel való összehasonlítás még inkább igazolja ezt az állítást. *Winter* lázas abortus-mortalitása 13% volt, az általa bevezetett expectativ eljárás óta is $5\cdot2\%$; *Traugott* szerint a frankfurti klinika lázas abortus-mortalitása $16\cdot4\%$, *Kröner* szerint Greifswaldban $7\cdot3\%$, *Warnekros* szerint a berlini klinikán $8\cdot8\%$, *Orthmann*-nál $5\cdot4\%$, *Keller*-nél $4\cdot5\%$ stb. De nemcsak a klinikai eredmény, hanem a helyes elméleti megfontolás is az activ therapia mellett szól. A puerperalis infectiosus megbetegedések ellen a szervezet fővédekező processusai a méhnyálkahártya és izomzat involutiós folyamatai, a melyeknek kifejlődése meg van akadályozva mindaddig, a míg a méhürben visszatartott peterészek vannak, tehát minden abortus-therapiának első feltétele a méhüreg kiürítése; e mellett ez utóbbi eljárásnál a bacteriumok mennyiségének jelentékeny mértékű megkisebbitése is szerepet játszik. Végül az activ therapia mellett szólnak a kórházi gyakorlatban a socialis szempontok is.

Lovrich József: Eddig az abortus befejezésének kétféle indicióját ismertük: a vérzést és a lázat. Vérzés esetén, főleg ha súlyosabb, természetesen be kell avatkozni. Láz esetében is még nemrégén csak egyféle eljárás volt, az activ. *Winter* ütött szegyet e kérdésbe és ő a passivitas mellett foglalt állást.

A bacterium-lelet fontos, de az eddigi vizsgálati eredmények nem kielégítőek, mert egyedül a bacteriologiai vizsgálatra támaszkodva nem tudjuk eldönteni azt, hogy beavatkozhatunk-e, és ha igen, meddig szabad active eljárni. Így e téren is a klinikai tünetekre vagyunk utalva. Ha a sepsis tünetei nagyon elvessék, vagy körülírt, sőt általános peritonitis tünetei is kezdenek az előtérbe lépni, ott beavatkozni már nem szabad, mert a beavatkozás egyenlő az asszony elpusztításával.

A haemolysissis streptococcus-lelet nem ad iránymutatást, mert ott is kimutatható, a hol semmi vagy csak kevés klinikai tünet szól a sepsiss fertőzés jelenléte mellett; sőt ugyanolyan a bacteriologiai lelet ott is, a hol vérszesen, rohamosan fejlődik ki a sepsis, a pyaemia.

El kell tehát dönteni azt, hogy mit érünk el a passiv therapiával, s főleg, hogy a beavatkozással mikor okozunk kárt? Abortus esetében, mint a pontos vizsgálatokból tudjuk, a pete önmagában hordja a vést és mindig van streptococcus; csak hogy egyszer könnyen mutatható ki, mások meg a legfinomabb eljárásokkal is nehezen. Az abortusoknak nagy része artificialis; ezekben a fertőzés vagy piszkos eszközzel végzett manipulatio eredménye, vagy pedig a cervixben levő streptococcusokat oltják be a méhbe a durva kezelés közben.

Fájdalom, a passiv therapiával ritkán érünk célra. Pedig erre nagy szükségünk lenne akkor, ha gyanunk van az abortus művi eredetéről s így az infectióra. Klinikai tapasztalás szerint nem mindig boldogulunk a chininnel, pituitrinnel vagy glanduitrinnel, mert ha a méh nyugalmi állapotban van, ezen szerek adagolása mellett nem születik meg a pete. Ha pedig az asszony lázas lesz, a különféle orvosságos kezelések eredménytelensége után mégis kénytelenek vagyunk az activ therapiához fordulni; félünk, hogy az infectio továbbhalad és bejut a nyirok- és vérerekbe. Ilyenkor tehát active kell eljárni és be kell fejezni az abortust, mert különben az asszony elpusztul. Infectióra vagy manipulatio gyanus esetben mindig meg kell kísérelni előbb az orvosságos kezelést s ha nem boldogulunk vele, fogunk az activ therapiához.

Ha azonban az infectio túlterjedt a méh falán, ha a környezetben a gyuladás miatt érzékenység van, ha a körülírt vagy általános peritonitis tünetei fejlődnek ki, az activ beavatkozás tilos.

Mihalkovics Elemér: Nem emlékezett meg a therapia minden kérdéséről. Ha a méhüregben van az infectio, be lehet avatkozni, de ha túlterjedt az infectio a méh határán és a környezetben van, a beavatkozástól tartózkodni kell, mert mitsem tehetünk.

Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(III. ülés 1913 márczius 6.-án.)

Elnök: Dollinger Gyula. Jegyző: Ádám Lajos.

(Folytatás.)

Spontán többszörös bélcommunicatio keletkezése ismételt ileust okozott régi összenövéses hashártyalob esetében.

Herczel Manó: A kórbonczoló éppúgy, mint a sebész aránylag ritkán jut abba a helyzetbe, hogy spontán bélcom-

municatiók fennállását találja. Az irodalomban ismertett kevésszámú eset legnagyobb része olyan viszonyokra vonatkozik, melyeknél valamely tályogűrnek két vagy több bélumenbe való betörése következtében közlekedett két távolabb fekvő bélrészlet ürtere egymással. A közlekedés ezekben az esetekben voltaképp a két bél közé iktatott tályogűr közvetítésével történik s ilyen irányú ismertetések *Eiselsberg*, *Haberer* és mások részéről már régebben történtek; egyébiránt hasonló esetekre minden idősebb sebész vagy kórbonczoló emlékezik gyakorlatából. Másképpen áll a dolog azoknál a communicatióknál, melyek egy lezajlott, és hogy úgy fejezzük ki magunkat, gyógyult kórfolyamat maradóként következményei gyanánt állanak fenn. Ide tartoznak azon esetek is, melyekben a gyomor vagy ritkábban a duodenum peptikus fekélyei fúródnak át a velük összenőtt bélbe, legtöbbször a haránt remesébe s a mikor a le nem zajlott, még folyamatban lévő kóros folyamat directe, tályog közvetítése nélkül vezet rendellenes bélcommunicatiókra. Ilyen eseteket neki is több ízben volt alkalma észlelni. E communicatiók, a mennyiben nem túlságosan távolfekvő bélrészletek ürterét kötik össze, úgy, hogy a kiiktatott bélrészlet nagysága az emésztési folyamatot túlságosan nem befolyásolja, teljesen tünet nélkül állhatnak fenn s mivel legtöbbször a peritoneum részéről oly bonyolult összenövéses találhatók, hogy azoknak óvatos szétfejtése túlságosan fáradságos s nem sok eredményre vezető munkának látszik, valószínűleg nemcsak a műtő-, hanem gyakran a bonczolóasztalon is kikerüli ez állapot a figyelmet.

Esetében a többszörösen ismétlődő ileus miatt valóságos kényszerítve volt az össze-visszanőtt béltractus teljes felszabadítására s ez vezette a béltractus többszörös communicatiójának felfedezésére. Az eset, mely nemcsak gyakorlati, hanem általános pathologiai szempontból is megérdemli az ismertetést, a következő:

A 37 éves nőbetegen 14 éves korában *Ángyán* tanár az idősült gümös hashártyalob minden tünetét constatálta; a baj nagy hasürbeli exsudattal hónapokig állott fenn. Ugyanakkor a bal kar feszítő oldalán támadt hideg tályogot *Réczey* tanár operálta meg. Azóta gyakori székrekedés. 1906 márcziusában görcsös hasfájdalmak hányással, szél- és székrekedéssel. Magas beöntésre a baj megszűnt. Hasonló béloclusió tünetek a következő 3 hónapban még hatszor jelentkeztek. A legutolsó roham július 3.-án volt az előzőknél nagyobb fájdalommal, erős peristaltikával, folytonos hányással.

1906 július 9.-én median laparotomia a köldök fölött 3 cm.-rel kezdődő s innen lefelé 17 cm. hosszúságban haladó metszéssel. Puffadt, injicált vékonybélkacsok, ezek közül a legelső ujnyi széles csepleszköteggel van leszorítva, utóbbi a caecum alatt a peritoneum parietalehez van rögzítve. Kettős lekötés után átvágatván, a bélkacs felszabadul. Ezenkívül a vékonybelek egymással s helyenkint a mesenteriummal is alszalagokkal lapszerűen összenöttek s e miatt többször megtörttek. Az összenövéses a lehetőség szerint feloldatnak. Tuberculum a beleken sehol sem látható, csak egy helyen van a vékonybélben egy kétfüllényi, szürkés-vörös megvastagodás. Az összenövéses a legkiterjedtebbek az ileocecalis tájon, a Bauhin-billentyű környéke ki sem szabadítható. A legpuffadtabb vékonybélkacs incisiója alkalmával egy liter sárgás-barna híg bélsár ürül s nagymennyiségű szél távozik. Bélvarrat. Toilette. Teljesen sima, láztalan lefolyás és gyógyulás.

Ez idő óta nevezetesebb bélzavarai hosszú ideig, 6 évig alig voltak, bár állandó obstipatióban szenvedett. 1912 február 4.-én gyomorrontás következtében hányás és hasfájás jelentkezett, néhány nap után azonban elmúlt. Február 8.-án hányásinger, hányás és csuklás kíséretében teljes szél- és székrekedés állott be. Többszörös magas beöntésre távozott ugyan kevés szék és szél, de állapota nevezetesebb javulást nem mutatott.

Osztályukra való felvételekor hatalmasan puffadt has, a köldöktől jobbra egy nyomásra időnként megkeményedő,

kipúposodó bélrészlet tapintható, mely fölött dobos a kopogtatás hangja. Erős peristaltikás mozgások. Mivel magas beöntésekre, phystostigminre, hormonalra kevés ürül ugyan, de az ileus nem oldódik, másnap, 1912 február 12.-én megoperálták. A régi laparotomia helyén behatolva, férfi-alkarnyira puffadt vékonybélkacsok tolnak elő, melyeknek serosája erősen belövelt s a belek közt kevés zavaros savó van. A tájékozódás a belek közt teljesen lehetetlen lévén, két legpuffadtabb bélkacson egy-egy enterotomiát végeztek, miáltal igen sok bélgáz s körülbelül 1—1 liter sárgásbarna, híg folyó béltartalom ürül. Most kiderül, hogy a vékonybelek egymás közt álszalagokkal lapszerűen össze vannak növe, hogy tulajdonképpen egy helyen sincs valamely köteg által feltételezett teljes átjárhatatlanságot okozó strangulatio, hanem 5—6 helyen szorítják le egymást az összenőtt, puffadt bélkacsok. A bélkacsokat e helyeken óvatosan s nagy fáradsággal felszabadítják, miközben a támadt serosadefectusokat mindenütt nagy gondnal elvarrják. Legkifejezettebb a leszorítás a Bauhin-billentyű fölött körülbelül egy arasznyira, a hol a bél alig mutatóujnyi. A beteg elesett állapotára való tekintettel gyökeres beavatkozásra gondolni sem lehet. A bélkacsok repositiója egy újabb, harmadik enterotomia után sikerül csupán. Hasfalvarrat három rétegben. Prima gyógyulás teljesen zavartalan lefolyás után.

Mindkét beavatkozás tulajdonképpen csak az acut ileus-roham accidentalis megoldásából állott, gyökeres műtétről természetesen szó sem lehetett a beteg állapota miatt. Teljes jólét a második műtét után sem állott be, főleg étkezések után puffadás, korgás támadt a has jobb felében. Széke csak naponkint való hashajtásra volt. Három-négyhetenként intenzívebb görcsök lepték meg, melyek főleg éjjelenként jelentkeztek s hasának jobb oldalára lokalizálódtak. A görcsökkel kapcsolatosan hányásingere is szokott lenni s olykor óránként hány epés zöldes gyomortartalmat. 1913 január első hetében ismét igen heves rohama volt, mely beöntésre oldódott ugyan, a beteg azonban ismét felvettette magát bajának végleges, gyökeres megoldása végett.

Felvételkor a puha hasban semmi rendellenesség sem tapintható. Beöntésre szék; görcsrohamot két hét alatt nem észleltek. Sorozatos Röntgen-felvételek segítségével megállapítható, hogy a bismuth-pép vétele után 8, 11 s 14 órával még jól látható egy éles árnyék, mely a vékonybél egy alsó részletének felel meg, s melyből csak a 25 óra mulva történt felvételen hiányzik a bismuthpép. Tekintettel arra, hogy a Röntgen-lelet szerint a szűkület a bismuthpangást mutató vékonybélben az ileocoecalis billentyű közelében van, és hogy az utolsó műtét alkalmával a Bauhin-billentyű felett találták a legjobban strangulált bélkacsot, 12 cm. hosszú jobboldali pararectalis metszéssel hatolnak be. Kiderül, hogy a belek egymás közt szétválaszthatatlannak látszó gomolyaggá vannak szálagosan és hártvasan összenöve. Egyes bélkacsok álszalagos összenövéssekkel az elülső hasfalhoz rögzítettek, nevezetesen két helyen, az előző laparotomiák helye felett és tőle jobbra. E fixálások révén a bélkacsok lényeges megtörése állott elő. Az összetapadások rendkívül fáradságos és óvatos felszabadítása közben támadt serosahiányok gondosan peritonizáltak. E felszabadítások közben hatszor gombostűfej-lencsényi folytonosság- és anyaghiányok támadnak a vékonybélben, melyeket több rétegben a bél hossz tengelyére merőleges irányban zárnak. Körülbelül 10—12 cm.-nyire a Bauhin-billentyűtől két egymástól kb. $\frac{3}{4}$ méternyire lévő bélkacs convexitásával akképpen fekszik egymáshoz és az ileum jelzett részéhez, hogy a kétfelől való meghúzásra kifeszülő hid praeparálásakor kiderül, hogy spontán bél-anastomosisokkal állnak szemben. Mindhárom bélkacs ürege egymással szabadon közlekedik fillérnél valamivel kisebb sipolynyílások révén.

Miután a kihúzott bélhídat átvágták, először az ileum, azután a két bélkacs defectusait zárták. Most továbbpraeparálva kiderül, hogy a bélfistuláktól aboralisan, mintegy három ujjnyira az ileocoecalis billentyűtől egy tollszárat alig átbocsátó, lefűződés és hegesedés által feltételezett szűkület

van jelen. Minthogy az ileumban s a felhágó remese közt odafektetés segélyével enteroenteroanastomosis a heges fixáltság következtében nem volt lehetséges: a strictura fölött elvágják a belet, az aboralis részt lekötés után elsülyeszti, az oralist pedig end to side implantálják a colon ascensensbe. Hastoilette, 4 rétegű hasfalvarrat. Teljesen zavartalan gyógyulás. A műtétet követő napon ricinus, glycerinbeöntések s naponta forrólégkezelése a hasnak. Január 17.-én gyógyultan távozik. Jelenleg teljesen jól van, már 7 órával a bismuthpép-étkezés után az egész massa a colonban van.

Epicritice tekintve az esetet, nyilvánvaló, hogy az oly ritka bélcommunicatio mindenek szerint gümös fekélyeknek lapszerűen összenőtt kacsokba való áttörése révén jött létre; az ileum alsó részletében ülő ezen fekély, melynek jellegzetes anatómiai substratuma jelenleg egyébként teljesen hiányzott, okozta egyszersmind a tollszárat alig átbocsátó stricturát is.

Wertheim-műtét utáni uretersipoly és genyes veselob miatt végzett vesekiirtás a vesecsonkon fekvő hagyott klammerekkel.

Herczel Manó: Rákos méhnek Wertheim szerint való gyökeres kiirtása után uretersipolyok nem tartoznak a ritkaságok közé. Wertheim idevágó 500 esetéből 29-ben keletkezett uretersipoly s ezek közül 5 kétoldali volt. Maga az ureter csak ritkán van a rákos folyamatba belevonva, a rákos burjánzásba rendszerint csak be van ágyazva a nélkül, hogy falzatába törne a daganat. Az összes szerzők által kiemelt ezen nagyfokú resistentia folytán gyakran még a legelőrehaladottabb esetekben is sikerül az uretert e rákos tömegekből kibraeparálni, a nélkül, hogy falzata megsérülne. Más kérdés természetesen az, hogy minő az ilyen ureternek további életképessége. Állatkísérletek kimutatták ugyan, hogy a fel- és lehágó húgyvezető-verőerek oly bőven ellátják az uretert vérrel, hogy akár 10—15 cm. hosszú részletben is szabaddá tehető. Practice azonban már 4—5 cm.-nyi meztelen ureternél is félős a sipoly keletkezése, annyival inkább, mivel az odafekvő tampon ezt természetszerűen elősegíti. Valószínű, hogy a compressio által táplálkozásában amúgy is zavart ureter külső rétegei mégis csak megsérülnek akkor, a mikor a rákos tömegekből élesen kibraeparáljuk.

Ha már a műtét kapcsán félős, hogy a lemeztelenített ureter táplálkozás-zavara révén uretersipoly fog keletkezni, tulajdonképpen leghelyesebb volna úgy eljárni, mint uretersérülés vagy daganatos beszűródés miatt végzett resectio esetén. Az ureterocystoneostomia ilyenkor különös nehézséget alig okoz sem a technika, sem a lefolyás szempontjából. Másképp áll a dolog, ha a sértetlen ureteren a lefolyás alatt keletkezik sipoly. E sipolyok spontán gyógyulásának esélye igen nagy, Wertheim szerint 70%. Mégis, ha spontán nem zárul a sipoly, 1—2 hónap mulva be kell avatkozni már a felhágó pyelonephritis nagy veszélye miatt is. Így járt el a következő esetben.

A 43 éves asszonyon 1912 október hó 3.-án végzett Wertheim-műtétet portiocarcinoma miatt, mely főleg a jobb parametriumot infiltrálta. A műtét közben a jobb uretert 4 ujjnyira teljesen le kellett mezteleníteni. Az egyébként zavartalan lefolyás 1. napján jobboldali uretersipoly támadt, mely spontán ez év elejéig nem záródván, a beteg 1913 január 12.-én újból felvettette magát az osztályára. A különben egészséges nőbeteg jobb ureterében a szájadéktól 4 cm.-nyire megakad az ureterkatheter.

Kétféle műtéti eljárás kerülhetett volna szóba: vagy a jobb ureter implantatioja a hólyagba, vagy a vese kiirtása.

Már Wertheim figyelmeztetett a német urológiai társaság 1909. évi congressusán arra, hogy késői fistula eseteiben ajánlatosabb a nephrectomia, mert az ureter kiszabadítása a heges környezetből nagyon nehéz és mobilizálása rendszerint lehetetlen feszülés nélkül. Noha Kneise és Stöckel az ureterimplantatiót megkísérlendőnek tartja, a szóló is inkább a nephrectomia felé hajlott tapasztalatai alapján. Körülbelül 2 éve ureterotomiával távolított el egy mogyorónyi ureterkövet s a műtét helyén beállott hegesedés okozta zavarok

miatt ureterocystoneostomiát akart végezni. A dolgozás a heges kerges szövetben csaknem lehetetlen volt, az ureter mobilizálására gondolni sem lehetett, úgy hogy végeredményben mégis a vese kiirtására kellett szánnia magát.

Bár vannak szerzők, kik az ureterocystoneostomiát sikerrel végezték, *Depage-Mayer* statisztikája szerint a műteti mortalitas nagyobb, mint a nephrektomiáé. Csak mellékesen jegyzi meg, hogy nálunk *Kubinyi* 5 hónap óta fennálló uretersipoly miatt végzett sikeres ureterocystoneostomiát. De nem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy ez esetben a beavatkozás *Schauta*-műtét után történt, a mikor az ureternek sokkal rövidebb darabja praeparáltatik ki, mint a *Wertheim*-műtéténél.

Mindezen megfontolások alapján 1913 január 22.-én a jobb vese kiirtását végezte a szokott lumbalis behatolással. A hegesedő lobos folyamat felterjedt volt az ureter mentén egészen a vesemedenczéig, úgy hogy a vese mobilizálása és kocsányosítása nagyon nehezen ment. A kerges lobos szövetet a ligaturának selyemfonala úgy szelte át, mint drót a szappant, úgy hogy az ureter lepraeparálása után a nagy ereken két görbe *Mikulicz*-féle klammert hagyott rajta. E klammerek mentén tamponokat helyezve el, a műszereket 48 óra múlva a legkisebb utóvérzés nélkül távolította el. Ez eljárást, mely csak látszólag tökéletes és megbízhatatlan, valójában pedig a gyógyulási folyamatot egyáltalában nem hátráltatja, hasonló esetekben nagyon ajánlja. A klammerek eltávolítása természetesen óvatosan, ránczígálás nélkül kell hogy történjék.

Csak mellékesen jegyzi meg, hogy a kiirtott vesén cse-resznyi daganatszerű góczok voltak láthatók, melyekről a mikroszkopi vizsgálat kiderítette, hogy genyes infiltrációk. A vese kiirtása tehát mindenképpen ajánlatos volt.

A beteg azóta teljesen jól van, jelenleg még csak felületes sipolyjárat van a műtét helyén.

A szervezetből műtéttel eltávolított idegen testek.

Makai Endre: 1. Lenyelt tű nyaktályogban. A 25 éves, súlyos hysteriás aphasiában és abasiában szenvedő leány tévedésből varrótűt nyelt behozatala előtt 3 nappal. Súlyos nyelésfájdalmak és spontán szűró érzés a nyak jobb felére lokalizálva. Röntgen-képen a tű a nyelvcsont magasságában jobboldalt. Behozatalakor *Morelli* gégészeti osztályára 40^o-ig emelkedő lázak, súlyos tonsillitis. A nyak jobb oldala erősen infiltrált. A nyaktályogba való incisióra könnyen kihúzzák a teljesen átvándorolt, 4 cm. hosszú varrótűt.

2. Két lenyelt tű körültekintett kis tályog közepén a hasürben. A 20 éves leány felvétele előtt egy héttel 2 tűt nyelt. Röntgen-átvilágítás mellett jól kivehető a két tű, a mely egymást követő, többszörös felvételek alkalmából a has különböző részeiben látható. Abban a reményben, hogy per vias naturales eltávolodnak a tűk, burgonyapürével, folyós táplálékkal tartják a beteget, a tű azonban nem távozik. Mivel semmi subjectív panasza sincs a betegnek, az ajánlott műtétbe bele nem egyezik s távozik. Egy hónappal a tűk nyelése után azonban újra jelentkezik a köldöktájra lokalizálódó erős fájdalmak miatt. Laparotomia a köldök s a proc. xiph. közt vezetett metszéssel. Az egyik tű még a gyomorban van, ezt extrahálva a gyomor pár mm. hosszú sebet elvarrja. A másik tűt nem levél, az egész béltractust átkutatta, a nélkül, hogy a tűt megellette volna. Végül a mesenterium gyökében tapintott egy 5 koronásnyi kemény, kerges területet, s rámetészt, egy lapos, törmeléken sűrű genyet tartalmazó, inveterált tályogszerű tasakra bukkant, mely a tűt tartalmazta. A tályogfalat óvatosan megtisztítva s jodtincturával kitörölve, pontosan zárja felette a peritoneumot s a hasürt 3 rétegben zárja. Teljes, zavartalan gyógyulás.

3. A lábszárbá befúródott négy tű periostitis termelte új csontállományban. A 35 éves nő 2 év előtt a lépcsőn lecsúszván, bal lábszárbá ekkor fúródhatott be tű. 2 napra a hideg kirázta, bal lábszára megdagadt. Orvosi kezelés daczára állapota nem javult. Úgy látszik tophusnak tartották a bal tibia fájdalmas duzzadását. A specifikus gyógyeljárás természetesen épp oly kevésbé használt, mint az ismételt

alkalmazott kaparás. Felvételnél az erőteljes nöbeteg bal láb-szára lényegesen megvastagodott, többszörös, a csontig hatoló sipolyok vannak, a tibia periostealis új csontkérgé igen fájdalmas. Röntgen-felvételnél 4 tű a csontállományban. A műtét alkalmával úgy sikerült a tűket gyorsan megtalálni, hogy széles vésővel lemezesen levésték a tibiáról az új spongiosus csontállományt, melybe beleágyazva megtalálták mind a 4 tűt; jodtincturával kitörölve a kimetszett sipoly járatok helyét, a sebet teljesen bevarrták. Teljesen síma lefolyás, nyolczadnapra az egész seb primára gyógyult, csak a legalsó zúgban váltak kissé széjjel a rosszul táplált, eredetileg is lobos bőrszéllek. Mikulicz-kenőcsös kötésre haladó tisztulás s a beteg ambulans kezelésre távozik.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

A losonci kerületi munkásbiztosító-pénztár igazgatósága a lemondás folytán megüresedett színobányai **pénztári orvosi állásra** pályázatot hirdet.

Az állás 2600 korona évi fizetés, 256 korona fuvardíj és az illetmény-szabályzatban megállapított fokozatos előléptetéssel járó korpótlékból álló javadalmazással van egybekötve.

Ezen javadalmazáshoz a gyártulajdonosok évi 1000 koronával járulnak hozzá, a pénztár részéről pedig évi 500 korona póttileték.

Pályázati határidő **f. évi augusztus 30.-a, déli 12 óra.** Az orvosi szolgálat a szolgálati, fegyelmi és illetmény-szabályzat alapján teljesítendő, az állás-lehetőleg f. évi szeptember 1.-én, de legkésőbb október 1.-én töltendő be.

Bővebb felvilágosítást a pénztár főorvosa nyújt.

Losoncz, 1913 augusztus 7.

Losonci kerületi munkásbiztosító-pénztár.

660/1913. ikt. sz.

A vezetésem alatt álló közkörházban lemondás folytán megüresedett **egy segédorvosi állásra** pályázatot hirdet.

A segédorvos 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. Magángyakorlat nincs megengedve.

A folyamodványok méltóságos *Makfalvy Géza* úrhoz, Somogyvármegye főispánjához intézendők és a kórházigazgatóságnál nyújtan-dók be **augusztus hó 25.-éig.**

Kaposvár, 1913 augusztus 10.

Igazgató szabadságon:

Telegdi Zsigmond dr., igazgató-helyettes.

18989/1913. kig. sz.

Baja város közkörházánál üresedésbe jött, 1200 korona évi fizetés, lakás, fűtés, világítás és I. oszt. élelmezéssel javadalmazott **alorvosi állásra** pályázatot nyitok.

Folyamodni óhajtok felhivatnak, hogy kellő képzettségüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket méltóságos *Purgly Sándor* dr. főispán úrhoz Szabadkán **legkésőbb folyó évi augusztus hó 31. napjáig** nyújtsák be.

Az állás azonnal elfoglalandó.

Baja, 1913 augusztus 7.

Polgármester helyett:
Erdélyi, főjegyző.

4398/1913.

Torontál vármegye törökkanizsai járásához tartozó *Szanád* községben megüresedett **községi orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdet.

Az állással 1600 korona évi fizetés, négyszer megismétlődő 200—200 korona ötödéves korpótlék, a község részéről 600 korona drágasági pótlék, ezenfelül 460 korona lakpénz s a szabályrendeletileg megállapított látogatási s működési díjak élvezete jár.

A megválasztott kézi gyógyszerész tartására jogot nyer s köteles egyszersmind megfelelő díjazásért a húsvizsgálatot végezni.

A község vasút mentén fekszik, magyar, német és szerb ajkú lakosokkal, kényelmes, de azért jól elvezető praxissal.

Felhívom mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtnak, hogy orvosi oklevés s eddigi működést igazoló bizonylattal felszerelt kérvényeiket **folyó évi szeptember hó 15.-éig** hivatalomhoz adják be.

Törökkanizsa, 1913, augusztus 9.

A főszolgabíró.

A szombathelyi m. kir. bábaképző-intézetnél **1913. évi szeptember hó 1.-én** betöltendő 1400 korona fizetéssel, I. oszt. ellátással és természetbeni lakással javadalmazott **II. tanársegédi állásra** pályázatot hirdet.

Az állásra csak a kötelező kórházi gyakorlatot elvégzett orvos-tudorok pályázhatnak.

A folyamodványok benyújtásának határideje **augusztus 23.**

Szombathely, 1913 augusztus 12.

Reismann Adolf dr., igazgató-tanár.

Reismann

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

- Fuchs Dénes és Róth Miklós:** Közlemény a budapesti kir. magyar tudományegyetem III. számú belklinikájáról. (Igazgató: báró Korányi Sándor dr., ny. r. tanár.) Vizsgálatok az adrenalinnak a respirációs anyagcserére gyakorolt hatásáról. 619. lap.
- Steiner Pál:** Közlés a kolozsvári Ferencz József tud.-egyetem sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Makara Lajos dr., egyetemi tanár.) Adatok Magyarország húgykőstatisztikájához. 623. lap.
- Hochstätter Gyula:** Közlemény a Charité-poliklinika I. urológiai osztályáról. Az argentum proteicum Heyden mint antigonorrhoeicum. 624. lap.
- Dörner Dezső:** Közlemény a budapesti kir. magyar tudományegyetem orr- és gégeorvostani klinikájáról. (Igazgató: Ónodi A. dr., egyetemi tanár.) A budapesti kir. magyar tudományegyetem orr- és gégeorvostani klinikájának betegforgalma az 1910—1912. évben az érdekesebb esetek ismertetésével. 625. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. G. A. Wollenberg: Orthopädische Chirurgie. — *Lapszemle. Belorvostan. Noorden:* A súlyos cukorbeteg diéta kezelése. — *Sebészet. A. C. Burnham:* Postoperatív thrombophlebitis. — *Szülészlet és nőorvostan. B. Aschner:* Az Abderhalden-féle serum-ferment-reactio. — *Fülösztan: Hamm:* A középfülbajok utáni nagyothallás orvoslása diathermiával. — *Gyermekorvostan. Friedjung:* A szopós csecsemők táplálkozási zavarai és a constitütio. — *Venerás betegségek. Schereschewsky:* A chininkenőcs mint syphilisprophylacticum. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Lévy-Weissmann:* Nagyfokú heges húgycsőszűkület. — *Trambusti:* Scarlatina. — *Mulgatose.* 627—630. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 630. lap.

Vegyes hírek. 630. lap.

Tudományos társulatok. 631—633. lap

Melléklet. Réczey Imre: Közlemény a budapesti kir. magyar tud.-egyetem 2. számú (Réczey Imre tanár udvari tanácsos) sebészeti klinikumáról. A klinikum betegforgalma az 1912. évben.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti kir. magyar tudományegyetem III. számú belklinikájáról. (Igazgató: báró Korányi Sándor dr., ny. r. tanár.)

Vizsgálatok az adrenalinnak a respirációs anyagcserére gyakorolt hatásáról.

(II. közlemény.)

Irta: *Fuchs Dénes dr. és Róth Miklós dr.*

Dolgozatunkban, mely folytatása egy korábbi munkánknak,* az adrenalinnak a diabetes mellitusban szenvedők gázcseréjére gyakorolt hatását tettük vizsgálat tárgyává. A vizsgálatok két szempontból ígértek érdekesnek. Egyrészt mert diabetes mellitus eseteiben, amelyekben a pankreas belső secretiójának csökkent vagy hiányzó működését kell felvinnünk, az ellenkező tonusnak relatív fokozódása van jelen, a mi a morbus Addisoniban szenvedő beteg csökkent sympathicustonusával teljesen szembeállítható. Ennek következtében a diabetes mellitusosak légcseréjének az adrenalinbevitelre bekövetkező változása a morbus Addisoni eseteiben észlelten szemben más eredményűnek volt várható.

A másik szempontot illetően az volt a kérdés, hogy vajjon diabeteses egyénben az adrenalin bevitelére jelentkező cukormobilisatio esetén kimutatható-e egyszersmind fokozódó cukorelégés? Ekkor ugyanis nyilvánvalóan hyperglykaemiának, illetve ennek fokozódásának is jelen kell lenni s az akkor esetleg be nem következő cukorelégés a diabeteses szervezet csökkent cukorbontó képességének okát tekintve, direct felvilágosítást szolgáltathatna az előbbi dolgozatunkban feltett azon kérdésünkre, vajjon az adrenalinbefecskendezést követő respirációs quotiensemelkedés primaer hatás-e, vagy pedig csak a fokozott cukormobilisatiót követő secundaer hatás.

Kísérleteinket *Zuntz-Geppert* módszerével ugyanolyan módon végeztük, mint a hogy azt fentemlített dolgozatunk-

* *Fuchs és Róth:* Vizsgálatok az adrenalinnak a respirációs anyagcserére gyakorolt hatásáról. Orvosi Hetilap, 1912.

ban leirtuk. Kísérleti egyéneink közül kettő súlyos diabetesben (III. és IV.), kettő pedig (I. és II.) könnyű diabetesben szenvedett. Az utóbbiak közül az egyik a kísérletek ideje alatt teljesen cukormentes is volt. A betegek a kísérletek egész tartama alatt ugyanazt a táplálékot kapták. A táplálék összetételét, valamint a cukorkiválasztást a 4 a-val jelzett, kísérleteink eredményeit pedig a 4 b-vel jelzett táblázat tünteti fel. Az utóbbiakból kiszámított középértékeket egy 5. táblázatban foglaltuk össze.

A közölt táblázatokból az látszik, hogy általában diabeteses egyéneken az adrenalin befecskendezése a respirációs quotienst nem emeli, viszont II. esetünk azt látszik bizonyítani, hogy az adrenalin cukrot mégis mobilizál, a mennyiben ezen esetben a cukormentes diabeteses egyén cukrot választott ki. A többi esetben a betegek nem voltak cukormentesek, s ezekben az adrenalinbefecskendezés a fennálló glykosuria mellett a kiválasztott cukor mennyiségét nem fokozta, bár nem zárkozhatunk el ezekben az esetekben sem azon lehetőség felvétele elől, hogy a hyperglykaemia itt is fokozódhatott. A táblázatok eredményeiből levonható következtetés tehát az, hogy az adrenalin, diabeteses szervezetbe vive, tud cukrot mobilizálni, de azt a szervezet nem égeti el.

Normalis egyénekben a legtöbb esetben nem követi az adrenalinbefecskendezést a respirációs quotiens emelkedése, illetőleg fokozott cukorelégés, a mit érdekessé tesz azon körülmény, hogy viszont ezen esetekben glykosuria nem jelentkezett. Erre vonatkozólag itt közlünk még egy újabb, 16 éves, ischiasban szenvedő, de különben normalis férfin végzett kísérletünk eredményeit összefoglaló táblázatot.

Azon két említett tényből, hogy normalis egyéneken az adrenalininjectio respirációs quotiens-emelkedést, illetve glykosuriát nem okoz, azt következtetjük, hogy normalisan az adrenalinbefecskendezés vagy nem okoz hyperglykaemiát, vagy hogy cukorbontáshoz nem vezet. Ez alól a szabály alól úgy látszik van kivétel (I. az előző dolgozatot), a mennyiben egyik normalis egyénünkön az adrenalinbefecskendezést a respirációs quotiens kis fokban való emelkedése követte, glykosuriát azonban egyik esetünkben sem észleltünk.

I. táblázat. H. G.-né. Diabetes levis.

a)

Datum	Táplálék	Vizelet cm ³ -ekben	Fajsúly	Czukor %-ban	Összcukor gr.	Aceton gr.	Aceteczetsav gr.	Megjegyzés
január 29	szénhydratmentes diéta	1000	1022	—	—	+	—	
" 31	" "	1400	1021	—	—	+	—	
február 1	" "	1200	1022	—	—	+	—	
" 2	" "	1300	1020	—	—	+	—	1 mgr. adrenalin
" 3	" "	1000	1021	—	—	+	—	1 " "
" 4	" "	900	1022	—	—	+	—	1 " "

b)

száma	A kísérlet			Légzésszám percenként	1 perczre eső levegő- mennyiség l.	O-csök- kenés	CO ₂ -sza- porodás	O-fo- gyasztás	CO ₂ - kiadás	CO ₂ / O ₂	Megjegyzés
	ideje	kezdeti	tartama			a kilégzett levegő- ben %-ban		percenként cm ³			
1.	január 29	8 ^o 53'	14' 13"	28	5.032	3.319	2.537	167.01	127.66	0.76	
		9 ^o 13'	11' 21"	30	5.999	3.136	2.699	188.13	161.95	0.86	
		9 ^o 37'	11' 57"	32	5.788	3.017	2.360	174.62	136.59	0.78	
2.	" 31	8 ^o 57'	15' 36"	24	4.668	3.565	2.761	166.41	128.28	0.77	
		9 ^o 19'	15' 25"	21	4.229	3.987	3.049	168.61	128.94	0.76	
		9 ^o 47'	15' 22"	22	4.861	4.492	3.018	189.27	128.60	0.68	
3.	február 1	8 ^o 40'	12' 41"	23	5.859	3.345	2.773	195.98	162.47	0.83	
		9 ^o 27'	13' 55"	22	4.970	3.562	2.704	177.03	134.39	0.76	
4.	február 2	8 ^o 42'	8' 40"	29	7.314	2.803	2.907	205.01	212.62	0.03	8 ó. 29' 1 mgr. adrenalin P. D. subcutan. Reszke- tés, szívdobogás.
		8 ^o 59'	10' 55"	27	6.628	3.596	2.922	238.34	193.67	0.81	
		9 ^o 23"	10' 50"	23	6.149	4.004	2.878	246.20	176.97	0.72	
5.	" 3	8 ^o 45'	12' 57"	27	5.963	3.742	3.140	223.13	187.24	0.84	8 ó. 31' 1 mgr. P. D. adre- nalin subcutan. Erős reszketés. Szívdobogás.
		9 ^o 5"	14' 7"	21	5.705	4.245	3.245	242.61	185.45	0.76	
		9 ^o 32"	11' 53"	22	6.976	4.172	2.983	291.03	208.10	0.72	
6.	" 4	9 ^o 40"	10' 37"	25	6.021	3.661	2.429	220.43	146.25	0.66	9 ó. 6' 1 mgr. P. D. adre- nalin subcutan. Igen erős remegés. Szívdobogás.
		9 ^o 58"	9' 55"	26	6.720	3.581	2.295	240.64	174.38	0.72	
		10 ^o 18"	11' 32"	29	5.680	3.903	2.481	219.75	139.68	0.64	

II. táblázat. S. J.-né. Diabetes levis.

a)

Datum	T á p l á l é k				Vizelet cm ³	Fajsúly	Czukor %	Össz- czukor gr.	Aceton gr.	Acet- eczetsav	Megjegyzés
	fehérje	zsír	szénhydr.	caloria							
január 3	80	210	63	2077	1500	1020	—	—	nyomokban	—	
" 4	80	210	63	2077	1200	1021	—	—	—	—	
" 5	80	210	63	2077	1300	1023	0.44	5.72	nyomokban	—	1 mgr. adrenalin
" 6	80	210	63	2077	1600	1022	0.22	3.52	"	—	1 " "

b)

száma	A kísérlet			Légzésszám percenként	1 perczre eső levegő- mennyiség l.	O-csök- kenés	CO ₂ -sza- porodás	O-fo- gyasztás	CO ₂ - kiadás	CO ₂ / O ₂	Megjegyzés
	ideje	kezdeti	tartama			a kilégzett levegő- ben %-ban		percenként cm ³			
1.	január 3	9 ^o 1'	13' 17"	22	5.174	4.358	3.389	225.49	175.35	0.78	
		9 ^o 23'	13' 30"	22	5.283	4.422	3.343	223.61	177.13	0.76	
		9 ^o 54'	13' 23"	22	5.234	4.633	3.354	242.44	175.55	0.72	
2.	" 4	8 ^o 20'	13' 45"	22	5.029	4.417	3.278	222.14	164.85	0.74	
		8 ^o 45'	13' 59"	22	5.004	4.806	3.473	240.49	173.74	0.72	
		9 ^o 14'	13' 30"	22	5.178	4.670	3.379	241.81	174.96	0.72	
3.	január 5	8 ^o 31"	16' 8"	21	6.703	4.018	3.226	269.33	216.23	3.80	8 óra 2 percz 1 mgr. P. D. adrenalin sub- cutan. Remegés, szívdobogás.
		8 ^o 57'	13' 47"	23	7.834	3.897	2.960	305.29	231.89	0.76	
		9 ^o 27'	15' 7"	23	7.063	4.287	2.908	302.79	205.39	0.68	
4.	" 6	8 ^o 44'	14' 42"	26	7.373	4.009	2.972	295.58	219.13	0.74	8 óra 33 percz 1 mgr. P. D. adrenalin subcutan. Szívdobogás, remegés, gyengeség.
		9 ^o 6'	13' 11"	25	8.043	3.735	2.868	300.41	230.67	0.77	
		9 ^o 17'	14' 37"	25	7.281	4.056	2.815	295.52	204.96	0.69	

III. táblázat. Ny. Gy. Diabetes gravis.

a)

Datum	T á p l á l é k				Vizelet cm ³	Fajsúly	Cukor ‰	Össz- cukor gr.	Aceton gr.	Acet- ecetsav	Megjegyzés
	fehérje	zsír	szénhydr.	caloria							
december 14	82·7	223·5	65·4	3122	2500	1027	1·89	47·2	0·88	+	
" 15	82·7	223·5	65·4	3122	2000	1025	1·1	22	2·6	+	
" 16	82·7	223·5	65·4	3122	3500	1022	1·0	35	6·42	+	1 mgr. adrenalin
" 17	82·7	223·5	65·4	3122	3500	1032	2·31	80·8	6·14	+	1 " "

b)

száma	A kísérlet			Légzésszám percenként	1 percze- re elő levegő- mennyiség l.	O-csök- kenés a kilégzett levegő- ben ‰-ban	CO ₂ -sza- porodás	O-fo- gyasztás percenként cm ³	CO ₂ - kiadás	CO ₂ O ₂	Megjegyzés
	ideje	kezdeti	tartama								
1.	decz. 14	8° 40'	13' 28"	22	5·090	4·496	2·933	228·85	149·29	0·65	
		9° 7'	13' 43"	22	5·167	4·432	2·956	219·00	152·73	0·67	
		9° 42'	14' 21"	22	4·948	4·415	3·135	218·45	155·12	0·71	
2.	" 15	4° 1'	14' 5"	22	5·033	4·299	2·923	216·37	147·12	0·68	
		9° 23'	13' 12"	24	5·299	4·247	2·863	225·05	151·71	0·67	
		9° 52'	13' 42"	24	5·104	4·101	2·797	209·31	142·73	0·68	
3.	decz. 16	8° 42'	14' 39"	28	4·955	3·615	2·465	179·62	122·14	0·68	8 óra 24 perc 1 mgr. P. D. adrenalin sub- cutan. Szédülés, szív- dobogás.
		9° 7'	17' 26"	23	6·275	4·418	2·897	277·23	181·79	0·66	
		9° 35'	17' 7"	25	5·784	4·317	2·736	249·70	158·25	0·63	
4.	" 17	8° 48'	13' 39"	23	5·129	4·192	2·874	215·00	147·41	0·69	8 óra 30 perc 1 mgr. adrenalin subcutan.
		9° 9'	14' 9"	26	4·928	4·093	2·670	201·70	131·57	0·65	
		9° 38'	13' 34"	23	4·878	4·410	2·927	215·12	142·78	0·66	

IV. táblázat. Sch. H. Diabetes gravis.

a)

Datum	T á p l á l é k				Vizelet cm ³	Fajsúly	Cukor ‰	Össz- cukor gr.	Aceton gr.	Acet- ecetsav	Megjegyzés
	fehérje	zsír	szénhydr.	caloria							
márczius 6	130·8	282	50·6	3354	2800	1022	0·55	15·40	5·04	++	
" 7	130·8	282	50·6	3354	2600	1022	0·33	8·58	4·31	++	
" 8	130·8	282	50·6	3354	3000	1023	0·44	13·20	2·51	++	
" 9	130·8	282	50·6	3354	2600	1023	0·88	22·88	2·66	++	1 mgr. adrenalin
" 10	130·8	282	50·6	3354	2400	1023	0·77	18·48	1·89	++	1 " "
" 11	130·8	282	50·6	3354	3000	1022	0·55	16·5	2·17	++	1 " "

b)

száma	A kísérlet			Légzésszám percenként	1 percze- re elő levegő- mennyiség l.	O-csök- kenés a kilégzett levegő- ben ‰-ban	CO ₂ -sza- porodás	O-fo- gyasztás percenként cm ³	CO ₂ - kiadás	CO ₂ O ₂	Megjegyzés
	ideje	kezdeti	tartama								
1.	márczius 6	8° 51'	9' 34"	17	4·805	5·824	4·002	279·84	192·29	0·69	
		9° 10'	9' 8"	19	5·031	5·512	4·022	277·31	203·34	0·73	
		9° 40'	9' 17"	18	5·006	5·577	3·963	279·19	183·38	0·71	
2.	" 7	8° 47'	8' 46"	20	5·083	5·562	4·058	282·71	206·26	0·73	
		9° 4'	8' 52"	21	5·250	5·881	3·966	308·76	208·21	0·67	
		9° 25'	8' 31"	21	5·562	5·160	3·807	287·00	211·74	0·74	
3.	" 8	8° 51'	13' 6"	20	5·255	4·913	3·672	258·18	192·96	0·75	
		9° 10'	9' 23"	18	5·359	5·084	3·799	272·46	203·58	0·75	
		9° 31'	8' 17"	20	5·753	4·733	3·597	272·29	206·93	0·66	
4.	márczius 9	9° 15'	10' 43"	21	6·556	4·364	3·744	286·10	245·46	0·86	9 óra 10 perc 1 mgr. P. D. adrenalin sub- cutan. Utána 3-4 per- czig szívdobogás, reme- gés.
		9° 34'	10' 10"	21	6·787	4·976	3·837	337·73	260·42	0·77	
		9° 55'	9' 15"	21	6·234	4·734	3·439	295·12	214·39	0·72	
5.	" 10	8° 42'	9' 58"	22	6·678	4·639	3·733	309·79	249·30	0·81	8 óra 36 perc 1 mgr. P. D. adrenalin sub- cutan. 1/4 óráig reme- gés, szívdobogás, gyen- geség.
		9°	8' 40"	22	7·444	4·556	3·642	339·15	271·11	0·80	
		9° 32'	10' 52"	23	6·752	5·049	3·743	340·91	234·40	0·69	
6.	" 11	8° 52'	9' 40"	24	7·170	4·351	3·638	311·25	260·85	0·84	8 óra 43 perc 1 mgr. P. D. adrenalin sub- cutan. Gyenge remegés.
		9° 10'	11' 7"	23	7·378	4·875	3·713	359·68	273·95	0·76	
		9° 34'	8' 56"	20	6·610	5·029	3·484	332·41	230·29	0·69	

V. táblázat.
Középtételek.

A kísérleti sorozat száma	Lég-vételek száma	A lélekző volumen nagysága	O-fogyasztás	CO ₂ -kiadás	CO ₂ /O ₂	Megjegyzés
	percenként		percenként cm ³			
I.	25	5·101	178·38	138·68	0·77	Adrenalin-periodus
	25	6·346	236·30	180·48	0·77	
II.	22	5·150	227·66	173·59	0·74	Adrenalin-periodus
	23	7·213	295·07	218·04	0·74	
III.	22	5·106	221·17	149·78	0·68	Adrenalin-periodus
	25	5·671	233·35	154·06	0·65	
IV.	19	5·234	279·75	213·74	0·73	Adrenalin-periodus
	22	6·847	323·57	248·91	0·77	

Egy esetben a respirációs quotiens-emelkedést kis fokban létrejött hyperglykaemiából kell magyaráznunk, a mely nem volt elég nagy ahhoz, hogy glykosuriára vezessen, a cukor elégsége azonban létrejött és a respirációs quotiens nagybodását eredményezte.

Ezt meg is érthetjük, ha számba vesszük, hogy normalisan a pankreashormon és az adrenalin bizonyos egyensúlyhelyzetben van. Hogy normalis egyénben cukorelégés jöhessen létre, ahhoz az szükséges, hogy a szervezet adrenalin tartalma elég kicsi legyen ahhoz, hogy a bevitt adrenalin már mobilizáló ingerként hasson, illetve a pankreashormon cukorantimobilizáló hatását felülmulja. (Tudvalevő ugyanis Biedl kísérleteiből, hogy a pankreas a nyirokrendszer útján olyan anyagot juttat a vérpályába, mely a glykogen elcukrosítását gátolja.)

A mennyiben azután mobilisatio létrejön, a pankreashormon el is égeti a cukrot, s így létrejön a respirációs

quotiens emelkedése, mint az említett kivételes esetünkben történt.

Általában azonban azt mondhatjuk, hogy normalis esetekben az adrenalininjectio sem cukormobilisatióra, sem fokozott cukorbontásra nem vezet.

Addison-kóros betegekén végzett kísérleteink szerint az adrenalin-injectio a respirációs quotiens fokozódására vezetett és glykosuria nem jelentkezett. Tehát Addison-kór és diabetes eseteiben az adrenalinnek cukormobilizáló hatása megvan, de a hatás a két betegség természete szerint másképp és másképp nyilvánul meg, t. i. az egyik esetben a respirációs quotiens emelkedésében, a másikban, mint azt II. esetünkben világosan láthatjuk, csak fokozott mobilisatiót jelentő glykosuriában.

Mint hogy pedig azt kell feltételeznünk, hogy az Addison-kórban az adrenalin fenntartotta sympathicustonus csökkent, az ellenkező (talán pankreashormon által fenntartott) autonómtonussal szemben, a diabetesben ellenkezően az autonómtonus csökkent voltára gondolhatunk a sympathicustonussal szemben, viszont ép egyénben a két tonus egyensúlyát kell feltételeznünk: ezekből azt következtethetjük, hogy az adrenalinnek cukormobilizáló hatása csak akkor érvényesül, ha e kétféle tonus közti egyensúly valamely irányban megbillen.

De kísérleteinkből még egy következtetést vonhatunk, a mennyiben adataink feleletet látszanak adni arra a kérdésre, melyet előző dolgozatunkban felvetettünk s a mely arra vonatkozik, hogy az adrenalin hatásának mi a magyarázata. Az-e, hogy cukrot mobilizál, vagy pedig, hogy e mellett a cukor intermediaer elégségét is fokozza. Diabeteses esetünk azt látszik mutatni, hogy cukormobilisatio történik ugyan az adrenalin hatása alatt, de elégség nem következik be s cukorvizezés mutatkozik, a miből következtethetjük, hogy az adrenalinnek a respirációs quotienst emelő hatása nem közvetlen, hanem más, a cukorelégést elősegítő agenshez, valószínűleg a pankreashormon jelenlétéhez van kötve.

VI. táblázat. F. E. 16 éves. Ischias.

A kísérlet száma	A kísérlet			Légzésszám percenként	1 percze-re eső levegő-mennyiség l.	O-csökkenés	CO ₂ -szaporodás	O-fogyasztás	CO ₂ -kiadás	CO ₂ /O ₂	Megjegyzés
	ideje	kezdet	tartama			a kilégtett levegőben %-ban		percenként cm ³			
1.	márczius 21	8 ^o 47'	5' 53"	19	5·952	3·932	3·499	234·03	208·26	0·89	
		9 ^o 2'	8' 7"	17	5·874	4·047	3·455	237·76	202·99	0·85	
		10 ^o 22'	9' 20"	20	5·797	4·143	3·486	240·17	202·08	0·84	
2.	" 21	8 ^o 22'	6' 30"	24	6·116	4·056	3·179	248·07	194·43	0·78	
		8 ^o 37'	12' 25"	23	6·032	3·873	3·090	233·62	186·39	0·80	
		9 ^o	23' 57"	24	6·436	3·890	3·175	250·36	204·34	0·82	
3.	" 24	8 ^o 58'	9' 8"	22	5·936	3·865	3·256	152·12	128·15	0·84	
		9 ^o 13'	11' 44"	23	6·091	3·936	3·387	239·75	206·30	0·86	
		9 ^o 32'	21' 48"	23	6·141	3·976	3·254	244·17	199·83	0·82	
4.	márczius 25	8 ^o 40'	10' 23"	23	7·436	3·662	3·267	272·31	242·93	0·89	8 óra 30 perc 1 mgr. P. D. adrenalin subcutan. 2—3 percz mulva remegés, szívdobogás.
		8 ^o 56'	10' 35"	21	7·822	3·654	3·172	285·82	248·69	0·87	
		9 ^o 14'	9' 49"	22	8·053	3·584	2·927	288·62	235·71	0·82	
5.	" 26	8 ^o 52'	6' 40"	23	6·897	3·774	3·431	260·30	236·63	0·91	8 óra 45 perc 1 mgr. P. D. adrenalin subcutan. Szívdobogás, remegés.
		9 ^o 8'	8' 24"	22	7·127	3·900	3·448	277·95	245·75	0·88	
		9 ^o 31'	10' 4"	25	6·805	3·931	3·291	267·51	223·95	0·84	
6.	" 27	8 ^o 43'	11' 40"	25	6·688	3·849	3·061	257·42	204·72	0·80	9 óra 32 perc 1 mgr. P. D. adrenalin subcutan. Utána szívdobogás, remegés.
		9 ^o 1'	12' 00"	26	7·339	3·855	3·135	282·92	230·12	0·81	
		9 ^o 18'	14' 24"	26	6·685	3·881	2·969	259·44	198·47	0·77	

Középtételek.

A légvétel száma	A lélekző volumen nagysága	O-fogyasztás	CO ₂ -kiadás	CO ₂ /O ₂	Megjegyzés
		percenként cm ³			
21	6·041	231·11	192·53	0·83	Adrenalin-periodus
23	7·206	272·47	228·55	0·84	

Közlés a kolozsvári Ferencz József tud.-egyetem sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Makara Lajos dr., egyetemi tanár.)

Adatok Magyarország húgykőstatisztikájához.*

Irta: Steiner Pál dr., egyetemi magántanár.

Mindaddig, míg a húgykőképződés oktatását nem ismerjük, érthető, hogy külső tényezőkben keressük a kőképződésre kedvező momentumokat. De sem a földrajzi, sem a klimás viszonyok nem magyarázzák meg, miért találkozunk egyes helyeken gyakrabban kőbeteggekkel, sem a geológiai viszonyok, a földformációk nem adnak e kérdésre felvilágosítást. Majd a socialis viszonyokban, az életmódban keresték az okot, mert azt tapasztalták, hogy a gyermekkori húgykő kivált a szegény néposztályban fordul elő, a felnőttek húgykőve pedig a módosabbak betegsége. Thompson volt ezen tannak megalapítója, míg Civiale 5383 eset alapján ezt határozottan tagadja. A mi statisztikánk is azt mutatja, hogy Magyarországon a húgykő úgy a lapályokon, a folyók mentén, mint a hegyes vidéken előfordul, hogy különösen Erdélyben, a hegyvidéken gyakran találjuk, a nélkül, hogy ezen tényből a kőképződés okára következtetést akarnánk vonni. Nem a földrajzi elterjedésből, az ivóvízből, a telluristikus formációkból fogjuk megtudni a kőképződés okát, hanem a biochemia van hivatva a kőképződés aetiológiáját felderíteni. Épp ezért ezen dolgozat is csak azt mutatja, hogy Magyarországon a húgykő mily arányban fordul elő és nem kívánok ezen adatokból a kővek pathogenesisére következtetéseket levonni, hanem csak egyszerűen a kőbetegség elterjedéséről hazánkban statisztikai képet nyújtani.

Ez az álláspontom vezérelt eleve is, midőn a Magyar Sebésztszáság megbízásából Magyarország összes kórházainak kérdőívet küldöttem, a melyben a húgykőbetegség elterjedésére vonatkozó kérdéseket intéztem a kórházak vezető-sebészeinek. Ez úton 1201 húgykőeset jutott tudomásomra, a melyek közül 420 eset a 15 éven aluli korban, 781 eset a 15 éven felüli korban fordult elő. Tudatában vagyok annak, hogy ez összeállítás nem tökéletes, mert több kórházi osztály anyagát nélkülözöm, mégis ezen esetek kapcsán is szabad a húgykőbetegség földrajzi elterjedésére némi következtetést vonnom.

A mellékelt táblázat vármegyék és kor szerint a kőbetegkövetkező eloszlását mutatja:

Vármegye	15 éven aluli korban	15 éven felüli korban	Vármegye	15 éven aluli korban	15 éven felüli korban
Abauj-Torna	—	6	Máramaros	7	6
Alsó-Fehér	4	12	Maros-Torda	—	11
Arad	2	3	Moson	—	4
Árva	—	2	Nagyküküllő	3	30
Bács-Bodrog	24	62	Nógrád	—	4
Baranya	1	9	Nyitra	7	15
Bars	2	5	Pest-Pilis	34	133
Békés	2	9	Pozsony	27	19
Bereg	—	10	Sáros	—	4
Besztercze-Naszód	9	16	Somogy	—	4
Bihar	—	10	Sopron	—	7
Borsod	14	23	Szabolcs	—	3
Brassó	4	12	Szatmár	1	5
Csanád	2	13	Szeben	—	2
Csik	14	7	Szepes	—	6
Csongrád	7	18	Szilágy	—	2
Esztergom	8	4	Szolnok-Doboka	19	12
Fehér	2	10	Temes	19	27
Fogarás	—	1	Tolna	16	12
Gömör-Kishont	8	5	Torda-Aranyos	31	17
Győr	—	3	Torontál	25	30
Hajdu	19	12	Trencsén	2	5
Háromszék	3	3	Turóc	—	2
Heves	10	6	Udvarhely	3	17
Hont	4	6	Ugocsa	—	3
Hunyad	3	8	Ung	2	6
Jásznagykún-Szolnok	33	23	Vas	—	4
Kisküküllő	26	14	Veszprém	1	6
Kolozs	14	30	Zala	—	3
Komárom	1	8	Zemplén	3	17
Krassó-Szörény	—	6	Zólyom	—	5
Liptó	—	7			
			Összesen	420	781

* A Magyar Sebésztszáság VI. nagygyűlésén, Budapesten, 1913 május hó 25.-én tartott előadás.

Ezen táblázatból kiderül, hogy a *gyermekkori* lithiasis illetőleg a legtöbb eset fordult elő: Pest-Pilis (34), Jásznagykún-Szolnok (33), Torda-Aranyos (31), Pozsony (27), Kisküküllő (26), Torontál (25) megyékben.

A *felnőttek* lithiasisát illetőleg a leginkább terhelt megyék Pest-Pilis (133), Bács-Bodrog (62), Nagy-küküllő (30), Torontál (30), Kolozs (30), Temes (27).

Bókay statisztikája, melyet a múlt évben ismertetett (Orvosi Hetilap, 1912, 39. sz.), az én gyűjtőstatisztikámmal meg nem egyező eredményre jutott. *Bókay* 1836 gyermekkori lithiasis-esetet gyűjtött össze s ezen esetekből arra a következtetésre jut, hogy „a gyermekkori kőesetek különösen a Duna- és Tisza-melléki vidéken fordulnak elő feltűnően, míg a Felvidéken és Erdély hegyes vidékén a lithiasis a gyermekkorban úgy látszik, a ritkább kőesetek közé tartozik“. Én gyűjtőstatisztikám alapján ezen adatokat nem erősíthetem meg. Ezen állításom indokolása a következő:

1. *Bókay* ugyan absolute nagyobb anyaggal rendelkezik, de statisztikájában az absolut számok és nem a lakosság száma után indul. Pedig azt, hogy mekkora a lithiasis-morbiditas, nem az absolut számok, hanem a lakosság számához mért relativ számok fogják eldönteni, ha elveszszük, hogy a gyermekek arányszáma minden vármegyében közel egyenlő. Így *Bókay* Pestmegyében 424 esetet talált. Pestmegye lakóinak száma 1,615.913, tehát itt 10.000 lakosra $2\frac{1}{2}$ kőbeteg esik. Ez alapon Pestmegyét első helyre helyezi, holott Komárommegye 180.000 lakosára 92 esetet talált, vagyis 10.000 gyermekre 5 esetet, Tolnamegye 253.182 lakosára 77 esetet, vagyis 10.000 gyermekre 3-3 esetet. Csanádmegyében 10.000 lakosra $2\frac{1}{2}$, Somogy megyében 2 esetet. Ellenben Aradmegyében 386.100 lakosával, melyben 47 eset fordult elő, 10.000-re csak 1-1 eset esik, tehát kevesebb, mint a látszólag kevésbé terhelt Esztergom megyében 187.651 lakosával. Esztergom megyében ugyanis a 20 eset kétszerannyi kőesetnek felel meg, mert 10.000-re 2-2 eset jut. Tehát a *Bókay*-féle statisztikában nem Pestmegyét illeti meg az első hely, hanem Komárom- és Tolnamegyét és csak azután jön Pestmegye és Csanádmegye egyenlő elosztással.

2. Csik vármegyéből *Bókay* egyetlen egy esetet sem gyűjtött, holott én 14-et, vagyis 10.000 lakosra 1-1-et, Torda-Aranyosból *Bókay* 2-t, én 31-et, vagyis 10.000 lakosra 2-t, Kisküküllőmegyéből *Bókay* 5-öt, én 26-ot, vagyis 10.000-re $2\frac{1}{2}$ -et. Ha tekintetbe vesszük, hogy *Bókay*-nál ezen vármegyék, mint egyáltalán nem vagy kevésbé terhelték szerepelnek, holott ő több mint 4-szer akkora anyagról és kétszer akkora időről referál, mint én, akkor ezen vármegyékben még inkább feltűnik a kőbetegségek gyakorisága.

3. *Bókay* statisztikájában, noha absolute több mint 4-szer annyi esete van, az erdélyi vármegyék 83 esettel, vagyis 4—5%-kal szerepelnek, addig az én 420 esetemből 135 eset, vagyis 32% esik Erdélyre. Tehát én nemcsak relative, hanem absolute is több kőbetegét találtam Erdélyben, mint *Bókay*. Így nem fogadhatom el azon tételt, hogy „Erdély hegyes vidékén a gyermekkori lithiasis a ritkább kőesetek közé tartozik“. Annál kevésbé fogadhatom ezt el, mert tudom, hogy még több kőeset jutott volna tudomásomra, ha pl. a nagy-szebeni és marosvásárhelyi kórház anyagát megkaphattam volna, a hol köztudomás szerint a jeles sebészi osztályon számos hólyagkőesetet operálnak. A hegyes vidéken fekvő Naszód és szomszédos Oláh-Szent-György 6 gyermekkori kőesettel szerepel 6442 lakosával, itt tehát 1000 esetre esik 1 kőbeteg, oly nagy szám ez, melyhez hasonlót csak *Borbély* talált Torda vidékén.

Mindezek alapján azon következtetésre jutok, hogy a *gyermekkori lithiasis* nemcsak a Duna- és Tisza-melléki vidéken gyakori, hanem igen gyakori Erdély hegyes vidékén is, sőt a kőbetegség gyakoriságát illetőleg a hegyes vidék a nagy folyók melletti síkságot még meg is haladja.

Még inkább világos lesz e tétel előttünk, ha a felnőttek húgykőeseteit tanulmányozzuk. Itt Erdélyben szegény a nép, röghöz kötött, a bevándorlás néhány kevés nagyobb várost leszámítva, absolute jelentéktelen. Így a felnőtteken talált

kövesetek nagyrészt olyanokat illetnek, kik itt születtek, sőt legtöbbször ott is éltek, a hol születtek, tehát állandóan úgy a gyermek-, mint a felnőtt korban ugyanazon geographiai és klimás tényezőknek vannak kitéve. Tehát itt Erdélyben a felnőttek követege is hűséges tükre a követege elterjedésének.

Lássuk most a *felnőttekre* vonatkozó statisztikámat:

781 esetet gyűjtöttem a 15 éven felüli korban, ebből 200 eset esik Erdélyre, tehát az esetek 25·5%-a. Gyakoriságot illetőleg a sorrend: Kolozs (30), Nagykovács (30), Torda-Aranyos (17), Udvarhely (17), Beszterce-Naszód (16), Kiskovács (14), Szolnok-Doboka-, Alsó-Fehér-, Brassó megye (12). Tehát Kolozs- és Nagykovács megyében az erdélyi esetekre vonatkoztatva az összes kövesetek 15%-a esik. De ezt sem szabad kritika nélkül elfogadni. Kolozs megye követegei Kolozsváron, Nagykovács megye követegei Segesváron keresnek orvoslást, mindkét kórház anyagával rendelkezvén, érthető, hogy itt mutathatók ki legtöbb követ. A sorrendben legtöbb követ felmutató Szolnok-Doboka, Alsó-Fehér, Beszterce-Naszód vármegyék Kolozsvárra, Torda-Aranyos megye Tordára, Kiskovács megye Segesvárra és Dicsőszentmártonra gravitálnak; minthogy ezen kórházak követegeanyagokról a statisztikát beküldötték, érthető, hogy ezen helyekről több köveset jutott tudomásomra. Ha csak a kolozsvári sebészeti klinika húgykövetege-anyagát veszem, 1905 szeptembertől, összesen 117 húgyköveteget észleltünk, ebből 100 eset hólyag- és húgycsőkö, 17 eset vesekő volt. A vesekő esetek mind 15 éven felül fordultak elő. A 100 hólyag-húgycsőkö közül 40 eset a 15 éven alul, 60 eset a 15 éven felül volt. A 40 gyermekkorú köveset kivétel nélkül Erdély vármegyéiből került ki, ebből 15 eset esik Kolozs megyére, tehát eseteink 37·5%-a. Beszterce-Naszód megyére esik 9, Szolnok-Dobokára 6. Saját eseteink a gyűjtőstatisztikánál is megbízhatóbban mutatják, hogy mily gyakori Erdélyben a gyermekkorú húgykö.

A felnőtteken észlelt 60 hólyagkövetege közül 8 eset benszületett kolozsvárin fordult elő, 7 eset Oláhszentgyörgy és Naszód vidékén, a hol, mint fentebb láttuk, a gyermekkorú követege is feltűnően gyakori. A 60 felnőtt húgyköveset közül 58 erdélyi, csak 2 a szomszédos biharvármegyei, igazolásul, hogy a *felnőtteken a húgykö igen gyakori Erdélyben*. Vagy a segesvári kórház (Oberth főorvos) osztályán 1913. évtől operált 103 köveset közül 20 a gyermekkorban, 83 a felnőtt korban fordult elő s valamennyi erdélyi, ebből 36 eset esik a hegyes küküllő megyei községekre. A tordai kórházban (Borbély főorvos) észlelt 42 eset valamennyi erdélyi volt, közülük 39 Torda-Aranyos megyére esik.

A kolozsvári sebészeti klinikán operált 17 vesekő eset közül 8 benszületett kolozsvári volt, a többi 9 is erdélyi, közte 2 naszódai és oláhszentgyörgyi.

Naszód és Oláhszentgyörgy tehát úgy a gyermekek, mint a felnőttek mind hólyagkövet, mind vesekövet illetőleg első helyen áll, a mennyiben 6442 lakosa közt 15 követege fordult elő (saját észlelés), vagyis 1000 lélekre 2·3.

Nem terjeszkedem ki a Magyarország egyéb vármegyéiben előfordult felnőtt húgykövetegekre, számuk a táblázatban olvasható. Egy azonban feltűnik ezen statisztikámban, hogy a felvidéken Árva, Turóc, Szepes, Ugocsa vármegyéből, ugyanazon helyekről, honnan Bókay alig 1—2 gyermekkorú húgykövesetet tudott gyűjteni, én is alig néhány felnőtt húgykövesetről értesültem. Továbbá Vas, Sopron, Moson nyugatmagyarországi vármegyék is alig néhány esettel szerepelnek.

Ezen vármegyék betegei köztudomás szerint Teschen, Krakau, Graz, Wiener-Neustadt és Wien kórházait keresik fel és bizonyos, hogy ha ezen osztrák kórházak követege-anyagát valaki feldolgozza, ezen vármegyék követegeivel találkoznia fog. Épp ezért hibás volna, ha abból, hogy ezen vármegyéből kevés köveset jutott tudomásunkra, arra következtetnénk, hogy ezen vármegyékben kevés a követege.

Nem akarok a statisztikának, főleg a gyűjtőstatisztikának nagy értéket tulajdonítani, inkább jelentős a követege

gyakoriságának eldöntésében az egyesek statisztikája. Ha tekintetbe vesszük, hogy a kolozsvári sebészeti klinika, a segesvári és tordai sebészeti osztály egymaga 98 gyermekkorú és 152 felnőtt, összesen 250 erdélyi követeget operált az utolsó 10 év alatt, akkor jogosan állíthatom, hogy Erdély hegyes vidékén a lithiasis úgy a gyermek-, mint a felnőtt korban a gyakori kövesetek közé tartozik.

Közlemény a Charité-poliklinika I. urológiai osztályáról.

Az argentum proteicum Heyden mint antigonorrhoeicum.

Irta: Hochstätter Gyula dr.

A mikor Neisser 1879-ben megtalálta a húgycső fertőző genyes megbetegedésének kórokozóját, a gonococcut, azóta megváltozott a gonorrhoea gyógyításának módja; azóta egész arsenálja keletkezett azon szereknek, melyek mind arra irányultak, hogy részben lehetőleg a fertőzés kitérőse megakadályoztassék, részben hogy a megbetegedés időtartama meg rövidítettessék és a betegség acut stadiumának egyik legkellemtlenebb tünete, a húgycső genyes kifolyása megszüntettessék. A sok gyógyszer közül, a melyet a gonorrhoea gyógykezelésére használnak, a legtöbb be is vált, de igen sokszor káros mellékhatásokat idézett elő.

A legjobb hatásúak azok a gyógyszerek, a melyek a Neisser által felállított követelményeknek megfelelnek. Nevezetesen Neisser azt mondja, hogy a jó antigonorrhoeás szernek a következő tulajdonságokkal kell birnia: 1. a gyógyszer elég bactericid hatású legyen, ölje meg a gonococcusokat, 2. a nyálkahártyára jutva, abba elég mélyen hatoljon be és 3. a nyálkahártyát ne izgassa nagyon.

A szokásos gyógyszerek közül, a melyeket akár a beteg maga, akár az orvos applikál a húgycsőbe, legjobb és leghatásosabb szernek bizonyult az argentum nitricum akár mint abortiv szer, akár a betegség további gyógykezelésében.

Az argentum nitricumot, bár a leginkább bactericid hatású, de tekintve azt, hogy a nyálkahártyát sokszor gyengébb oldatban is izgatja, igyekeztek lehetőleg más, enyhébb hatású ezüstkészítményekkel pótolni.

Ilyen volt az argentamin, az argentalan, az ichtargan, ilyen a Neisser által ajánlott protargol és ilyen, mint a protargol pótszere, a Heyden vegyészeti gyár által készített argentum proteicum, a mely szer teljesen megfelel a fent említett három követelménynek: elég bactericid hatású, a nyálkahártyára jutva, abba elég mélyen hatol bele s azt még erősebb oldatban sem izgatja.

Mielőtt az argentum proteicum használatáról beszámolnék, megjegyzem, hogy az orvos sokszor csak a magas ár miatt nem rendel eredeti gyógyszert, vagy ha igen, keresi az eredetinek pótszerét.

A protargol nem drága ugyan, de az argentum proteicum Heyden nemcsak hogy ugyanolyan hatású, de olcsóbb is.

Az argentum proteicumról legelőször Oppenheim (Medizinische Klinik, 1911, 32) és később Junghans (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1912, 38) írt közleményt.

Mind a ketten összehasonlították az argentum proteicumot a protargollal és úgy találták, hogy az utóbbi teljesen és minden tekintetben megfelel a protargolnak és azt teljesen pótolja. Oppenheim szerint az argentum proteicum Heyden könnyebben oldódik. Az argentum proteicum finom, barnássárgás por, sajátos keserű ízű; vízben könnyen oldódik, borszeszben és aetherben nem oldódik.

A Charité-poliklinika I. urológiai osztályán és magán-gyakorlatomban körülbelül egy év óta használom az argentum proteicumot Heyden-t. Én is úgy találom, hogy teljesen pótolja a protargolt.

A mi a betegség lefolyásának időtartamát illeti, ez megfelel a protargollal gyógykezelt gyógyulási időtartamának.

A nyálkahártya irritációját még tömény oldattól sem láttam.

Betegeim a gyógyszert elég jól tűrik, a szokásos diéta betartása mellett acut esetekben, úgy urethritis anterior mint posterior eseteiben, $\frac{1}{4}$ és $\frac{1}{2}\%$ -os oldattal kétszer naponta, reggel és este fecskendeznek s úgy találom, hogy a gyuladással folyamatot károsan nem befolyásolja, sőt ellenkezőleg a húgycső genyes kifolyását csökkenti.

A vizelet vizsgálata a kettős pohárpróba alkalmával azt mutatja, hogy anterior eseteiben 6—8 nap múlva az első pohár vizelet kezd elveszíteni intenzív tömött zavarodottságát, a második pohár vizelet pedig részben teljesen tiszta. 10—12 nap múlva már az első vizeletrész is kezd tisztulni, átlátszó lesz és szabadon láthatók a vizeletben úszkáló genyes czafatok, a melyek a harmadik hét végén vagy a negyedik hét közepén teljesen eltűnnek. Az ötödik hétig tartó másodnaponkinti fecskendezés után mikroskopi vizsgálat alkalmával gonococust nem találunk.

Posterior eseteiben 15—16 nap múlva a második vizeletrész tisztul; a 4—5. hét végén, esetleg a 6. hétben mindkét vizeletrész tiszta. Eltekintve természetesen egyes kivételes esetektől, a melyekben a folyamat hosszabb ideig tart.

Az argentum proteinicum használatakor a betegek fájdalomról nem panaszkodnak, kivéve természetesen a betegség kezdeti lobos stadiumában jelentkező kínos merevedési fájdalmakat és az ugyanezen időben fennálló vizeleti fájdalmakat.

Minthogy az argentum proteinicum *Heyden* nem hat igazolag a nyálkahártyára, vizelés-ingert nem okoz.

Használom a szert chronikus esetekben is, a midőn szintén megegyezik a protargol hatásával. A szer káros hatását még akkor sem láttam, ha 2—3, sőt 5% -os oldatot használtam.

Mindezeknél fogva méltán foglal helyet az argentum proteinicum *Heyden* a többi gonorrhoeás szer mellett a gyógyászatban és méltán pótolja a protargolt, annyival is inkább, mert annak minden jó hatása mellett olcsóbb.

A budapesti kir. magyar tudományegyetem orr-és gégeorvostani klinikájának betegforgalma az 1910—1912. évben, az érdekesebb esetek ismertetésével.

Közlő: *Dörner Dezső* dr. műtőorvos, klinikai gyakornok.

(Folytatás.)

Gégetuberculosis miatt 321 beteget kezeltünk a gége-klinikán 2 év alatt. Ezek közül 229 férfi volt, 92 pedig nő. A betegek mindegyikének tüdőtuberculosis is volt. A tuberculosis folyamat különböző helyeken mutatkozott, legtöbbször az interarytaenoidealis tájon, hangszalagokon, epiglottison, aryepiglottison redőkön stb. infiltratum, fekélyesedő folyamat és perichondritis alakjában. A betegek legnagyobb részét csak *ambulanter* kezelhettük s többnyire csak rövid ideig, mint-hogy közöttük nagy számban lévén vidékiek, klinikánk csekély számú ágya miatt csak igen kis részük volt felvehető. Nagy súlyt helyeztünk a tüdőbeli folyamat orvoslására is, a gégebéli elváltozásokat pedig az ambulans betegeken nagyrészt *tejsavval*, $10—20\%$ -os *menthololajnak instillációjával* kezeltük, a megfelelő gégediaetára és általános hygienés-diaetás szabályok betartására ügyelve. A kezelés azon esetekben, a melyekben a tüdőfolyamat nem volt jelentékeny, részben sikerrel járt, míg azon esetekben, a melyekben előrehaladott tüdőfolyamat volt jelen s a betegek általános állapota rossz volt, a kezelés eredménytelen maradt. Több esetben *endolaryngealis sebészi beavatkozást* végeztünk, a mennyiben az infiltratumokat kettős kürettel eltávolítottuk, illetve a sarjszövetes és kifekélyesedett részleteket kikapartuk vagy kauterezeltük. Őt esetben suffocatiós tünetek miatt *tracheotomiát* kellett végezni, néhány esetben a nagyfokú dysphagiát a *nervus laryngeus superiorba eszközölt alkoholinjectiókkal* kezeltük, két esetben pedig *Réthy* ajánlata szerint állandó gyöngö-

nyomást alkalmaztunk a *nervus laryngeus superiorra*. Utóbbi eseteink a következők:

Sz. M. 56 éves úgynök öt hó óta rekedt, rekedtsége folytonosan fokozódik, 2 hónap előtt haemoptoéja volt. Belorvostani diagnózis: Catarrh. apic. pulmonis sin. A gége jobb fele ép. Baloldalt az álhangszalag infiltrált, a valódi hangszalag erősen belövelt, jelentékenyen megvastagodott, rajta apró granulatiók láthatók, melyek helyenként kifekélyesedettek. A bal aryporc és a hátulsó gégefal erősen duzzadt, infiltrált. A hangszalagon levő granulatiók és az interarytaenoidealis infiltratio miatt a hangrés szűkült, a légzés nehezült. A hangszalagon levő excrescentiákat endolaryngealisan lecsípjuk, a támadt sebfelületet meg-edzzük és az interarytaenoidealis tájékon levő infiltratumba *galvanocaustikus tüvel mély szúrásokat* eszközölünk. Harmadnapra a beteg jól érzi magát, légzése könnyű. 20% -os menthololaját a gégebe fecskendezve ambulanter kezeljük tovább.

K. J. 32 éves nőnek három évvel ezelőtt haemoptoéja volt. Egy év óta rekedt és karczoló érzése van a torkában. Belorvostani diagnózis: Cat. apic. pulm. l. d. A gégeben az interarytaenoidealis tájékon bab mekkoraságú beszűrődés nyúlik be a gége lumenébe. Az infiltratum közepén bemélyedés látható. A hangszalagok mérsékeltlen belöveltek, mozgásuk ép. A beteg légzése kissé nehezített. A hátulsó falon levő kiemelkedő tumorba *galvanocausteres mély szúrásokat* végzünk. Mentholal ambulanter tovább kezeljük. Négy hét múlva a beteg gégeje teljesen normalisnak tűnik fel, kivéve a hátulsó falat, a hol kisebb hegese-dések láthatók.

G. L. 26 éves nő 6 hónap óta rekedt, keveset köhög. A két aryporc közötti tájon borsónyi infiltratum foglal helyet, mely középpárt kifekélyesedett. Mindkét aryporc kis mértékben oedemás. Jobboldali tüdőcsúcshurut. Localis anaesthesia kettős kürettel eltávolítjuk a hátulsó falon levő infiltratumot, a keletkezett sebhelyet pedig *galvanocausterrel* égetjük. Mentholos utókezelés. Két hét múlva a beteg gyó-gyultan távozik, gégemegbetegedését illetőleg. Hat hónap múlva recidiva nem látható.

Öt betegen kellett a gégeben levő súlyos *tuberculosis elváltozások* miatt *tracheotomiát* végezni. Mind az öt betegnek egyszermind súlyos tüdőtuberculosis is volt.

Az egyik M. M. 48 éves napszámos. A gégeben mindkét aryporc felett a nyálkahártya erősen lobosan duzzadt, az oedemás duzzanat a hangrés patkóalakban veszi körül, úgyannira, hogy a gége ürterébe belátni nem lehet. Ezáltal a légzés erősen megnehezített, a mi miatt felvétele után rögtön *tracheotomiát* kellett végeznünk. A beteg javultan távozik a klinikáról.

A második eset O. S. 35 éves zenész. Súlyos tüdőtuberculosis mellett a baloldali álhangszalag tájékán élénk piros duzzanat látható. Mindkét oldali subglottis tájék erősen duzzadt. A stridorosus légzés miatt nehezen vizsgálható. Minthogy a légzés igen nehéz s a beteg cyanosisos, rögtön műtétet látunk. *Tracheotomia superior* akarunk végezni. A localis anaesthesia után rétegenként haladunk a trachea felé. A nyaki fascia átvágásakor a beteg légzése teljesen megszűnik. Így tehát a további rendszeres praeparáló *tracheotomiát* nem folytathatjuk és kényszerítve vagyunk a hegyes bistourit a cartilago cricoideán keresztül a gégebe szúrni, mivel a glandula thyreoidea oly magas helyzetben van, hogy annak nagyobb fokú megsértése útján juthattunk volna csak a tracheába, a glandulát letolni pedig már nem értünk rá; s zékam-pózva a sebet, bevezetjük a kanült. A beteg ennek dacára sem légzik s így mesterséges légzést kell végeznünk. 10 perczig tartó mesterséges légzés után a beteg előbb diaphragmagöröcsöt kap, majd kipirul az arca és lélekzeni kezd. A sebet azután rendszeresen ellátjuk. A beteg a klinikát két hét múlva saját kívánságára elhagyja.

A harmadik eset Sz. J. 48 éves kövező, a kinek kiterjedt tüdő-tuberculosis is volt. A ligamenta aryepiglottica, az aryporcok, az álhangszalagok igen erősen duzzadtak, a duzzanat látszólag a subglottis tájékra is kiterjed. A valódi hangszalagok a nagyfokú duzzanat miatt nem láthatók. A légzés erősen stenosisos. E miatt *tracheotomia superior* végzünk. A beteg két hét múlva saját kívánságára elhagyja a klinikát.

A negyedik beteg S. G. 40 éves cseléd. A jobb hangszalag élénk piros, mozgása a baloldalihoz képest kissé korlátozott. A bal hangszalag fénylő fehér. A két kannaporc közötti tájék nyálkahártyája erősen duzzadt, előre domborodó. A duzzanat közepe kifekélyesedett. Az interarytaenoidealis tájékon levő duzzanat fokozódása és az ehhez társult oedema miatt a légzés annyira nehezült, hogy *tracheotomiát* végzünk. A beteg 6 hét múlva kanüllel távozik.

Az utolsó beteg, kit gégegümőkórja miatt *tracheotomozni* kellett, a műtét után 6 nap múlva az *arteria anomia arrosioja* következtében elvérzés folytán elhalt. 35 éves nőbetegről van szó, a ki igen nagyfokú nehéz légzéssel jelentkezett a klinikán. A mennyire sebtében végezhető gégetükri vizsgálattal megállapítható volt, a dyspnoét a jobb ál- és valódi hangszalag helyén kifekélyesedett beszüremkedés okozta, mely az elülső commissurára áterjedt és subchordalisan is leterjedt; az aryporcok tája oedemás; a hangrés forcirozott respiratórikor is igen szűk, néhány mm.-nyi. A betegnek rapid fokozódó légszomja miatt mindjárt *tracheotomiát* végzünk és pedig, minthogy a kifekélyesedett beszüremkedés a csak sebtében végezhető gégetükri vizsgálattal biztosan körjelezhető nem volt s egy esetleges későbbi műtéti beavatkozás lehetőségét nem zárhattuk ki, praeliminaer műtét gyanánt *tracheotomia inferior* végzünk. A későbbi vizsgálatokkal a beteg gümőkórának bizo-

nyult; felvétele óta lázas volt, sokat köhögött és bőséges genyes köpetet ürített; a belorvosi vizsgálat mindkét tüdőcsúcs felett tompulatót, érdes légzést s a tüdők felett általában bűgásokat és füttyhangokat állapított meg. A műtét seb körül a műtét utáni harmadik napon phlegmone mutatkozott, mire a bőrsebet szűkítő varratokat azonnal eltávolítottuk, majd utóbb incisiót is végeztünk, hogy a váladék levezetését biztosítsuk, de a phlegmone mindazonáltal terjedt; a műtét utáni hatodik nap délutánján heves köhögés közben hirtelen a beteg száján orrán és a kanülön át vastag sugárban vér szökik ki s néhány másodperc alatt a beteg elvérzik. Ezekből arra következtettünk, hogy a genyes köpet által okozott infectio a mélybe hatolt, a geny a sternum mögé sülyedt és valamelyik nagy nyaki vérér arrodáltatott; ezen felvételünket a bonczolati felszólításon jeleztük is s felvételünk helyességét a bonczolás beigazolta, a mennyiben az arteria anonyma közvetlenül a carotis és a subclavia dextr. szétágazódási helye alatt 6 mm. hosszú és 2—3 mm. széles terjedelemben arrodált volt; az intima az arrosia helyét meg részben borította és vékony szelep módjára felemelhető, illetőleg lenyomható volt; az arrosio helye körüli intima mindenütt reakciómentes, sima, fénylő; az arrosio helyéről a tracheotomiás seb alatt fekvő lágyrészek széteséséből, illetőleg nekroszisából eredő mogyorónyi üregbe juthatni, a melynek fala szürkés rózsaszínű és zöldes fekete czafoatoktól borított. Ezen lágyrészek nekroszis és szétesés tehát az arteria anonyma másodlagos arrosióját okozta következményes elvérzéssel.

Három olyan gégetuberculosis betegünk volt, a kiknek igen heves fájdalmai voltak, melyek különösen nyeléskor jelentkeztek. Ezen *dysphagiás betegek* a mentholos és cikloformos-coryfines kezeléssel kívül (a mely nem bizonyult elég hathatósnak), hogy a táplálkozást némiképpen lehetővé tegyük, a *nervus laryngeus superior*ot igyekeztünk érzésteleníteni.

Az egyik beteg, F. V. 26 éves nő, oly nagy fájdalmakat érzett nyeléskor, hogy az utolsó pár napon egyáltalában nem birt táplálkozni. Az epiglottis, mindkét aryporc, a plicae aryepiglotticae és álhangszalagok nagy mértékben lobosak, duzzadtak és patkóalakban összefolyó duzzanatok képében veszik körül a glottist, melyet jelentékenyen megszükitenek és a valódi hangszalagokból jóformán mit sem engednek láttatni; mindkét oldalt subglottisban is lobos duzzanat látható. A nyelés rendkívül fájdalmas; csak kevés folyadékot tud nyelni. Mindkét tüdőben kiterjedt tuberculosis, baloldalt caverna. A jobb oldali *nervus laryngeus superior*ba alkoholinjectiót kap, ezenkívül naponta háromszor 20%-os menthol-olaj befecskendezést a gégebe, belsőleg naponta három evőkanál calcifort (sec. Barta). A következő nap fájdalmai csökkennek, tejet egészen jól tud inni. Harmadnap a bal laryngeus superiorba is alkoholt fecskendezünk. Negyed napra fájdalmai alig vannak, pépes ételket elég jól nyel. Hetednapra saját kérésére elhagyja a klinikát.

A másik két beteg, akiknek szintén ilyen dysphagiájuk volt, alkoholinjectio helyett *Réthy-féle pelottát* alkalmaztunk a *laryngeus superior belépése helye fölé* kétoldalt.

Az egyik beteg R. V. 57 éves nyerges, a ki hosszabb idő óta köhög, három hónapja rekedt. Kb. 8 napja nyelési nehézségei vannak, a melyek főként folyadék ivásakor jelentkeznek. Állítólag recurgitálja a folyadékot és csak ismételt erőlködés után tudja lenyelni, igen nagy fájdalmak között. Kiterjedt tüdőtuberculosis; az epiglottis in toto kissé duzzadt, a normálnál vastagabb; az álhangszalagok nagyobb fokban duzzadtak, különösen a bal, a melynek elülső felében félfüllérnyi, szabálytalan szélű, piszkos sárga lepedékkel fedett anyaghiány van; az aryporcok tája ugyancsak lobosan duzzadt. A gégetáj nyomásra mindenütt érzékeny, legérzékenyebb baloldalt a nyelvcsont és a pajzsporc felső szélé között, a *nervus laryngeus superior* helyének megfelelően; de fájdalmas a jobb oldali nerv. laryngeus sup. belépési helye, valamint a pajzsporc nyomása is; a beteg bemondása azonban ingatag. A nerv. laryng. sup. belépési helye felé helyeztük a pelottát, a mely így mérsékelt nyomást fejtett ki az idegekre másfél óra hosszat. Az alkalmazás utáni második napon a nyomási érzékenység maximumát a pajzsporcokra lokalizálta, bemondása azonban változó, sőt ellentmondó. Harmadnap a betegnek a fájdalmai állítólag teljesen megszűntek, folyékony és szilárd ételket egyaránt jól nyel. Negyednap a beteg távozik.

A második beteg, a kit szintén nyomópalettával kezeltünk, G. G. 20 éves nő, a kinek nagy fájdalmai vannak nyeléskor úgy, hogy az utolsó héten alig tudott valamit nyelni. Az epiglottis erősen duzzadt, a normalis vastagságnak kb. kétszerese. A plicae aryepiglotticae hyperaemiásak, nyálkahártyájuk duzzadt, az aryporcok feletti nyálkahártya ugyancsak duzzadt, kissé oedemás. Az egész gége nyomásra fájdalmas. A laryngeus superiorokra kívülről gyöngye nyomás alatt másfél óra hosszáig alkalmazzuk a pelottát. Az alkalmazás a betegnek semmiféle kellemetlenséget sem okoz. Másnap a beteg állítólag jobban érzi magát, ismételt alkalmazzuk kétszer napjában d. e. másfél óráig, d. u. egy óráig a pelottát. Harmadnap szintén egy óráig alkalmazzuk. Negyednap a nyelés állítólag teljesen fájdalommentes. Hetednapra a beteg fájdalommentesen elhagyja a klinikát.

Végül egy ezen csoportba tartozó felettébb ritka esetet ismertettünk, melyet az elmúlt évben észleltünk, nevezetesen a *baloldali összes melléküregek tuberculosisát*.

D. J. 31 éves nő állítólag másfél év óta nem kap levegőt bal orrfelén át, többször volt orrvérzése, féldoldali fejfájása, mely fájdalmát

főképpen a homloktájra lokalizálja. Rhinoskopiás vizsgálattal az orrüreg bal felében szürkés-vöröses, dudorzos felületű tömeg volt látható, mely az orrüreg bal felét úgyszólván teljesen kitöltötte s az orrüreg lateralis falából látszott kiindulni, szondával az orrfelek felől körüljárható volt és az orrsövény középső részére ráterjedt; consistentíja meglehetősen puha volt. A bal könnyömlő felett fillérnyi lobos bőrterület látható, melynek közepén sipolynyílás van, a melyből higan folyó geny ürül. A Röntgenkép a baloldali orrüreg és melléküregek kifejezett homályát mutatta. A Highmor punctiója alkalmával sajtos törmelék ürült. A belorvostani vizsgálat a bal tüdőcsúcsban régebben lezajlott, gyógyult folyamatot állapított meg. A lueses való anamnesis és a Wassermann-reactio negatív volt. A próbaexcisióval nyert daganatrészlet szövettani vizsgálata typosus tuberculosisist állapított meg. A beteget *Moure methodusa* szerint megoperáltuk. A külső orr lágyrészeit oldalt csapva, mindenekelőtt a lobos könnyömlőt a felette levő gyuladt bőrterülettel együtt exstürpáltuk; a processus frontalis maxillae superioris és os nasale reszekálása után az orrüreg bal felét kitöltő, részben sajtosan szétesett sajtszerű tumort excochleáltuk s miután kiderült, hogy a folyamat a rostasejtekre is áterjedt és a Highmor-üreg nasalis falát kb. koronányi területen uzorálta, beterjedt a Highmor-üregbe is, a rostasejteket is kitakarítottuk és a Highmor-üreg medialis falát eltávolítva, ennek nyálkahártyáját is kikapartuk; áterjedt a folyamat a sinus sphenoidalisra is, melynek elülső falát eltávolítva, a sinust is kitakarítottuk, majd minthogy a folyamaf a sinus frontalis alsó falán keresztül ebbe is beterjedt, *Killian* szerinti léccet hagytva, a komloköböl elülső falát is felvéstük és az öböl megbetegedett nyálkahártyáját excochleáltuk. A septum porcos és csontos részének nagy részét is el kellett távolítani. Az előállott üregt jodoformgáz-zel tamponálva a bőrsebet varratokkal egyesítettük. A műtét 8 hónap előtt történt, a beteg ezideig recidivamentes.

2. Lues.

A felső légutak lueses elváltozásával 188 beteg jelentkezett, még pedig másodlagos tünetekkel 100 (68 férfi és 32 nő), harmadlagos elváltozásokkal 88 (47 férfi és 41 nő), míg primaer sclerosisa egynek sem volt. Az általános antilueses kezelést az eseteknek csak egy részében végeztük magunk, míg a többi beteget a bőr- és bujakórtani klinikára, illetve az I. sz. belorvostani kinikára utaltuk, a hol további észleléseink tárgyai voltak. Klinikánkra 26 beteg vétetett fel, a kik közül 15 secundaer, 11 tertiaer stadiumbeli elváltozásokat mutatott a felső légutak területén; mindezen betegek *salvarsan-kezelésben* részesültek és 0-40—0-60 salvarsant kaptak intravenásan; az esetek kiválasztásában az ismeretes contraindicatiókat szigorúan szem előtt tartottuk s talán ezen körülménynek, valamint az oldat (gyöngén alkális) gondos elkészítésének s a lehető leggondosabb sterilitásnak tulajdonítható, hogy egyetlen esetben sem mutatkoztak komolyabb complicatiók. Az infusio utáni csekély borzongás, 37-6—38-0-ig emelkedő hőmérsék és hasmenés öt esetben mutatkozott néhány órával az infusio után, de mindezen tünetek az első 24 órán belül elmulottak, másnapra a hőmérsék rendes és a betegek közérzete jó volt. Főképpen a secundaer esetekben kifejezett localis reactio is mutatkozott az esetek nagyobb részében, az elváltozások széli részeinek elődomborodása és élénk pírja alakjában, a melyet többnyire subjectiv tünetek is kísértek (égető, szúró „seb-érzés“ az affectus helyén); a localis reactio rendszerint 24 órán belül mutatkozott. Az általunk kezelt, valamint az említett klinikákon kezelt és általunk észlelt esetekben szerzett és több mint 200 esetre terjedő tapasztalatok alapján a *salvarsan-kezelés közvetlen eredményét a felső légutak lueses elváltozásaira* a következőkben foglalhatjuk össze: A salvarsan az eddig használatos antilueses szereket a hatás intenzitásában és gyorsaságában messze felülmúlónak bizonyult, a mennyiben a syphilis klinikai tünetei az esetek nagy többségében bámulatos gyors gyógyulást mutattak: lueses szövetproductumok az oltás után igen gyorsan resorbeálódtak, szövetpusztulások, nevezetesen nyálkahártyaulceratiók feltűnő gyorsasággal behámosodtak és gyógyultak. Tertiaer syphilidek az infusio utáni 8—10. napon resorbeálódtak, a gummás szétesések szalonnás alapja az injectiót követő néhány napon belül feltisztult, a sáncszerű infiltratum 3—4 napon belül ellapult, a szélek elsimultak, csakhamar megindult a behámosodás s a fekélyek 6—12 napon belül begyógyultak; ez nemcsak a nyálkahártyákon volt így, de prompte reagált az os nasale gummás periostitise is. A II. stadiumbeli felületes fekélyesedések még gyorsabb lefolyást mutattak, a papulás alakok — plaques muqueuses — 2—6 napon belül nyomta-

lanul eltűntek, az erythemás alakokban (angina specifica, erythema laryngis) a visszafejlődés valamivel lassabban ment végbe, de ezek is 10—14 napon belül a tünetek lezajlottak.

Újabban néhány esetben a *neosalvarsant* alkalmaztuk, ugyancsak intravenás infusio alakjában, a fentihez hasonló eredménnyel. Az infúziót hosszabb-rövidebb időközökben megismételjük s a viszonyokhoz képest 3—4 infúziót is adunk.

Hatástalannak a salvarsan az összes általunk észlelt eseteknek 20%-ában mutatkozott. A betegek hosszabb időn át való kontrollja az eseteknek alig 1/3 részében volt végezhető. *Klinikai recidívák* az összes kontrollált eseteknek 33%-ában mutatkoztak, többnyire a kezelés utáni 3—4 hónapon belül és majdnem kizárólag a secundaer esetekben. Ezek többnyire oly esetek voltak, a melyekben a Wassermann-féle reactio — melynek viselkedése szintén tüzetesen észleltetett — csupán gyöngébb lett, de nem vált negatívvá; egyébként a többi esetben a Wassermann-reactio többnyire a IV—VIII. héten vált negatívvá, egyes esetekben már korábban is. 2—3 hónap elteltével, egyes esetekben később, a negativ reactio ismét pozitív lett s egyidejűleg többnyire recidiva tünetei is constatálhatók voltak.

Végül még megjegyezzük, hogy az általános kezelésben a salvarsant kéneső- és jodkúrával kombináljuk, illetve a *Fournier*-féle chronikus intermittáló kezelésmódot alkalmazzuk azzal a különbséggel, hogy első kúráképpen, ha lehetséges, intravenás salvarsaninfúziót, illetve infúziókat adunk s utóbb az antilueses kúrát kénesőbedörzsöléssel, oldható kénesős intramuscularis injectiójával stb. folytatattjuk.

3. Scleroma.

Scleroma miatt 6 beteget vettünk fel klinikánkra, öt férfit, egy nőt. Két esetben a scleromás elváltozások csak az orrregrre szorítottak, míg 4 esetben az orra és a gége. Azon két esetben, a melyben a scleromás elváltozások az orra szorítottak, az elváltozások főképpen az orrbemenetben mutatkoztak, erősen szűkítve azt, úgy hogy a betegek alig kaptak levegőt az orrkon át. Ezen esetekben a scleromás részeket excochleáltuk és hosszú ideig tartó tamponozással kezeltük. Az eredmény egyelőre jó volt. Hogy az eredmény állandó volt-e, nem tudjuk, minthogy újból nem jelentkeztek. Azon 4 betegen, a kiken az elváltozások a gége is reáterjedtek s stenosiszt okoztak, az orr sebészi gyógykezelése mellett a gégeben *intubálást* kísértünk meg. Kettőn elég jó eredménnyel, kettőn azonban az állapot nem javult, sőt rosszabbodott; ezen két eset a következő volt:

N. J. 35 éves, szobabeeresztő neje azzal a panaszszal vététt fel, hogy 3 hónap óta rekedtes a hangja s nehéz a légzése, fájdalmi nincsenek. Az orrbemenet kis fokban szűkült, az orrszárnyak kissé kemények. A hangszalagok alatt mindkét oldalt szürkés rózsaszínű dudorzos infiltratum látható, mely a gége lumenét erősen szűkíti. Légzése igen nehéz, ezért naponként O'Dwyer-tubussal intubáljuk, állapota azonban nem javult; mindinkább súlyosbodik nehéz légzése miatt *tracheotomiát* kellett végeznünk.

Rendkívül érdekes és ritka volt egy másik esetünk:

B. D. 37 éves napszámos állítólag 5—6 év óta veszi észre, hogy hangja rekedtessé vált, a nyelése és légzése nehezült; fájdalmi sohasem voltak. Az orrbemenet mindkét oldalt kissé szűkült s ezen szűkületet egy diffuse kiterjedő infiltratio okozza, mely különösen az orrszárnyakra terjed ki és nagyjában puha, alapjáról elmozdítható. Kívülről az orr elváltozást nem mutat, megtapintva keményedés nem érezhető. A szájgaratban, annak hátulsó és oldalsó részében, valamint az arcus palatoglossuson hegek láthatók, melyek elszórtan fekszenek, az arcusokat a hátulsó garatfalhoz huzzák s a velumot felemelik. Postrhinoskopián látható, hogy a lágyszájpad az oldalsó és hátulsó garatfállal hegesen összefügg és ezáltal a choanákat erősen szűkíti, úgy hogy csak a septum középső része látható, mely szintén megvastagodott s ezáltal a choanákban csak egész keskeny rész látható a septum mellett. A gégebemenet érdekes elváltozást mutat: Az epiglottis kissé összehajtott, az aryepiglottis redők, valamint az aryporcokat takaró nyálkahártya megvastagodott s lebenyszerűen a gége bemenete felé nyúlik, úgy hogy az mintegy diaphragmaszerű képződményt alkotva a gégebemenetet erősen szűkíti, a mit még fokoz a petiolus epiglottidis duzzanata. E szűkület miatt a hangszalagok alig láthatók, ezek közül is inkább csak a baloldali, minthogy a jobboldali nagyobb lebeny az ezoldali hangszalagra is ráterjed. A hangszalagok ezen kis látható részletéből következtetve azok mozgása igen korlátolt. Autoskopián vizsgálva a géget, ezen szű-

kületen áthatolni nem tudunk s így a hangszalagokat és a subglottis tájat pontosabban megvizsgálni nem tudjuk. A szövettani vizsgálat, a melyet az orrból vett excisióból végeztünk, scleromát mutatott. Az eset érdekesége és ritka volta abban áll, hogy a talált scleromás elváltozások seholsem mutatták a göbcsés jelleget, továbbá, hogy a gégebeli elváltozás a gége bemenetén volt látható és hogy a scleroma eseteiben rendszeren előforduló jellegzetes édeskés szag teljesen hiányzott. A betegen nehéz légzése miatt tracheotomia inferiort végeztünk. A szűkület igen nagyfokú, circularis és felettébb rigid kérges volta miatt, de az aryporcfixatio miatt is a szűkület tágitása nem biztatott sikerrel, valamint a Röntgen-therapia sem, mely utóbbi egyébként külső okokból sem lett volna végezhető, a mennyiben a beteget huzamos ideig a klinikán tartani nem lehetett; munkaképességét mielőbb helyreállítandó, radicalis műtétet végeztünk. *Laryngofissióval* a géget megnyitva kint, hogy egészen a felső tracheaporcokig leterjedt a beszűremkedés, alig néhány mm.-nyi rést hagyva és szorosan összekapaszkodva a hangszalagokkal is; a beszűremkedést, mely oly kérges volt, hogy valósággal faragni kellett, a hangszalagokkal együtt eltávolítottuk; hogy a gégebemenet képleteihez is hozzáférhessünk, *pharyngotomia (mediana transhyoidea)* végeztetett; ily módon az aditus képleteihez is jó áttekintést és hozzáférhetést nyerve, a beszűremkedést innen is eltávolítottuk. Felül-alul szűkítve a sebet, a cartilago thyreoideának megfelelően nyitvahagytuk, az üregbe Mikulicz-tampon helyezve. A gyógyulás szépen haladt, a beteget nemsokára dekanülözni lehetett, majd a laryngostoma is zárult. Az eredmény meglepően jó, functió tekintetben is: kétoldalt az ál- és valódi hangszalagok helyén képződött lebenyszerű képletek phonatiókor a tág hangrést jól zárják s a beteg jól, érthetően beszél.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

G. A. Wollenberg: Orthopädische Chirurgie. Leipzig, 1913. Verlag von Werner Klinkhardt.

Az előttünk fekvő könyv, mely a *Bockenheimer* által szerkesztett „Leitfaden der prakt. Medizin“ című sorozat 8. kötetét alkotja, nem lép fel nagy igényekkel, de céljának, hogy az orthopaedia legfontosabb kérdéseinek jelen állásáról rövid, de mégis tudományos színvonalon álló áttekintést nyújtson, jól megfelel. A munka nem a specialista, hanem az orvostanhallgató és a gyakorló orvos igényeit tartja szem előtt. Bevezetéképpen igen átnézetesen foglalja össze a deformitások aetiológiájára és kezelésére vonatkozó tudnivalókat, azután sorba veszi a nyak, a gerincoszlop, a felső és alsó végtag deformitásait. A témák feldolgozása eminenter gyakorlati irányú, az elméletből csak a legszükségesebbet, a pathologiai folyamat megértése szempontjából elkerülhetlent adja, a diagnózisra, prognózisra, terapiára helyezi a fősúlyt. A tárgyalás menete világos s a mondottakat 147, túlnyomóan szépen sikerült ábra illusztrálja. Egészben véve a munka jó, tudományos színvonalon álló repetitorium és a szakma iránt érdeklődő nem specialisták nagy haszonnal fogják olvasni.

P.

Lapszemle.

Belorvostan.

A súlyos cukorbeteg diaetás kezeléséről értekezik *Noorden*. A súlyos diabetesnek rossztermészetű és jőtermészetű alakját különbözteti meg; szerinte minél reménytelenebb az eset, annál liberalisabb legyen a diaeta. Lehetőleg mindenben tegyünk eleget a beteg kívánságának és ne törődjünk a jövővel: az úgy sincs a kezünkben. Magától értetődőleg igen felelősségteljes dolog annak az eldöntése, hogy mikor járjunk így el. Aránylag könnyen dönthetünk olyan esetben, a melyben már hosszú ideje áll fenn a diabetes és a beteg annak utolsó szakát éli, tolerantiája gyorsan sülyed, a vizelet acetontartalma pedig hirtelen emelkedik; sokkal nehezebb a helyzet megítélése a diabetes korábbi szakában. Szerencsére a kezdetől fogva rossztermészetű és feltartóztatlanul súlyos esetek aránylag ritkák. Gyakorlati szempontból sokkal fontosabbak a súlyos diabetes azon esetei, melyek mégis mutatnak némi jőtermészetűséget, a hol kitartó kezeléssel a szénhidratelhasználó képesség fokozódik. Egyéb-

iránt a legtöbb diabetes kezdetben jótermészetű és ilyen is marad, ha azonnal helyesen kezeljük; ezért nem helyes, ha az orvos a hol jelentkező, hol eltűnő cukorvizelést teljesen veszélytelennek jelzi, mert akkor talán még így van, kérdés azonban, mi lesz belőle a jövőben. Így esik meg aztán, hogy az alimentarisnak és ideges eredésűnek tartott, komolyan nem vett cukorvizelésből súlyos, idősült diabetes fejlődik. A legcsekélyebb glykosuria is már a mellett szól, hogy a májban a cukorképzés kórosan fokozott és minden inger (szénhidrátok, a fehérjeemésztés termékei, a chromaffin rendszer ideges izgalmai, az egész anyagforgalom fokozódása stb.) fokozott cukortermeléssel jár. A cukorképző szervek ezen izgalmának tehát szerint a hasnyálmirigy hiányos működése az oka; a tompító hatás, melyet e szerv működése gyakorol, csökkent. A tapasztalás azt mutatja, hogy a cukorképző szervek fokozott igénybevétele azok ingerelhetőségét az egyik egyénben gyorsabban, a másikban lassabban, minden esetben azonban *elmaradhatatlan biztossággal növeli*: a glykosuria mindig nagyobb-fokú és makacsabb lesz, a mi eddig könnyű diabetes volt, súlyossá válik; viszont a cukorképző szervek ingerlékenységét azok kiméltésével csökkenthetjük; ily módon a cukorvizelésre való hajlam eltűnhetik, illetve a könnyű cukorvizelés súlyosbodását évekre elodázhatjuk. A súlyos esetekkel szemben tehát cselekvésünket mindig a beteg jövőjének szemmel-tartása fogja irányítani.

Sok mindenről mond le a beteg a jelenben, hogy ily módon életét a jövőben meghosszabbíthassa. Mindez az egyes eset pontos megfigyelése és a beteg szénhidrátűrő képességének megállapítása alapján történik. Avval, hogy a beteg 24 óra alatt mennyi szénhidrátot tűr el, nem érhetjük be és a tolerancia vizsgálatát jobban meg kell alapozni. Ma már tudjuk, hogy a szénhidrátűrőképesség egyik diabeteses betegben sem állandó, hanem a szénhidrát faja szerint változik és a szénhidrátok elosztásának megfelelőleg ingadozik. Az egyik beteg ugyanannyi szénhidrátot sokkal jobban értékesít, ha az egész mennyiséget egyszerre kapja, másokra előnyösebb, ha kis adagokban, napjában többször adjuk. Az egyik beteg jobban tűri a szénhidrátokat reggel, a másik a déli, illetve az esti órákban. Némelyikben a szénhidrátartalmú táplálék élvezete után végzett izommunka (különösen a könnyű esetekben) növeli a toleranciát, ismét másikban (súlyos esetekben) a pihenés jó hatású. Az egyik cukorbeteg jobban értékesíti a szénhidrátokat, ha azok egyfajta, pl. csak kenyér vagy csak burgonya, vagy kizárólag gyümölcs: másokon tetszés szerint változtathatjuk azokat. Gyakran szembeötlő a többi táplálék befolyása, melylyel a szénhidrátokat együtt adjuk. Mindez eléggé igazolja azt a felfogásunkat, hogy a súlyos diabetes kezelésére általános tételeket nem állíthatunk fel; legfeljebb azt mondhatjuk, hogy ha csak lehetséges, még a súlyos esetekben is úgy szabjuk meg a beteg étkezését, hogy vizelete állandóan cukormentes maradjon. Sok múlik a konyhaművészetben. Nagyon kényes a ketonaemia kérdése; ha szigorú diatára térünk át, az acetonuria rendszerint fokozódik; ma tudjuk azonban, hogy e fokozódás csak átmeneti jellegű és hosszabb-rövidebb idő után az acetonvizelés csökken és olyan esetekben, a melyekben a nélkül, hogy a beteg tápláltsága szenvedne, hónapokon, sőt éveken át betartathatjuk a szigorú diatát, ez lesz az acetonuria fokozódása ellen a legjobb és legbiztosabb szerünk. Ily módon még elhanyagolt esetekben is sikerül fokoznunk a beteg szénhidrátűrő képességét s időről-időre a szigorú diatából is engedhetünk. Hogy a szénhidrátoknak hosszú időn át való megvonása vesegyuladást váltana ki, nem áll. Ilyen esetekben jó hasznát láthatjuk a zabkúrának, melyet cseleszerűen főzelékes nap előz meg és követ. A zablisztet esetleg más szénhidrát-fajokkal, így burgonyával, banannal, lencse lisztjével, sőt rozsliszttel is helyettesítjük. Úgy látszik, hogy azon anyagok, a melyekkel együtt az egyes szénhidrát-fajok a szervezetbe kerülnek, bizonyos különleges védőhatást fejtenek ki; e mellett szól, hogy ugyanazon liszt-fajok más alakban elkészítve, a mikor úgy látszik ezen védőanyagok elpusztulnak, fokozhatják a cukorvizelést. Jó példa erre a zablisztkenyér; a zabot ugyanolyan mennyiségben mint

lisztes levest jól tűri a beteg, kenyér alakjában azonban fokozza a cukorvizelést.

A második csoportba azon diabetes-esetek tartoznak, a melyekben a beteg kielégítő táplálása mellett cukormentességet nem érhetünk el. Ilyenkor rövidebb időre a főzeléknapok egész sorával és koplalónapok beiktatásával sikerül cukormentessé tennünk a vizeletet. Ezen esetekben tehát a cukorvizelés állandó, állandók a beteg életét fenyegető veszélyek is: a szerzőnek mégis voltak olyan esetei, melyeket több mint egy évtizeden át észlelt. Ilyenkor, ha csak az acetonuria nagyon nem fokozódik, szigorú étkezésrendre szoktatjuk a beteget. Mások ez éppen az acetonuria fokozása miatt nem tartható be. Ilyenkor változtatjuk a diatát. E szigorú diata mellé 50—80 gr. szénhidrátot tartalmazó étkeket, főzeléknapokat, zablisztkúrát iktatunk s azonkívül időközönként megkíséréljük, vajjon az acetonuria fokozódása nélkül nem tarthatnánk-e a beteget hosszabb időn át szénhidrátmentes, szigorú diatán. Ha ez sikerül, kétségtelenül jó jel. Nagyon természetes, hogy végül ezen esetek is teljesen reménytelenné lesznek és comával végződnek. Mindamellett a coma kitörését, a vég bekövetkezését több napos zablisztkúrával esetleg elodázhatjuk.

Még néhány kérdéssel kell e helyütt megemlékeznünk. Ilyen az alkohol kérdése: a szeszes italokat a legtöbb súlyos esetben nem nélkülözhetjük, egyfelől mert megkönnyítik a szénhidrátokban szegény és zsirokban dús koszt élvezetét, másfelől a caloriartartalmuk nagy. A szerző felnőttek átlag akár 60 gr. alkoholt is megenged, fenyegető coma esetében pedig jó eredménnyel nagy mennyiségű felhígított szeszt, 150—200 cm³ cognacot vagy whiskyt ad. Általános nézet, hogy az alkaliák a cukorvesztést és az acetonuriát csökkentik, holott az alkali befolyása igen csekély és kedvező hatása inkább azon alapszik, hogy az alkali savat köt meg, a mely ily módon könnyebben távozhatik a szervezetből: a ketonaemiát csökkentjük, a ketonuria azonban fokozódik. Az alkali szerepe tehát ez esetben olyan, mint a nagymennyiségű vízé a fehérje bomlástermékeinek a vizelettel történő kiválasztásakor.

A mi az ásványvizes kúrákat illeti, könnyű cukorbeteg eseteiben Karlsbad, Neuenahr, Vichy hasznos lehet a nélkül, hogy magát a cukorvizelést, illetve a cukorbetegséget *valami különös módon* befolyásolná. Az ivókúra csak segítő eszköz a sok közül: a fődolog itt is a diata. Fokozott mértékben áll ez a súlyos cukorbetegségről.

Egészen véve tehát, a súlyos diabetes kezelése elég hálás feladat; a baj csak az, hogy az általános gyakorlatban a szigorú kezelést rendszerint csak akkor kezdik meg, mikor a betegség már súlyossá vált és így a beavatkozás helyes időpontját az orvos elmulasztja. Részben az ivókúrákra, részben a diabetes-ellenes különleges szerekekkel való kezelésre, helyesebben szólva kuruzslásra pazarolják el a drága időt, pedig a kuruzsló titkos szere is csak úgy hat, ha mellette szigorú diatát tart a beteg.

A szerző nézete szerint sokkal több gondot kellene fordítani a cukorbeteg erélyes, egyénileg változtatandó diata kezelésére s akkor kevesebb súlyos cukorbeteg látna az orvos és hosszabb ideig élne a beteg. (Medizinische Klinik, 1913, 16. sz.)
Halász Aladár.

Sebészet.

A postoperatív thrombophlebitisről ír A. C. Burnham. A newyorki Presbyterian Hospital 7 évi anyagában 11655 műtetre (9814 egyén) 98 thrombophlebitis esett, ebből 94 esik az alsó végtagokra; 5 esetről nincs pontos kórtörténet. Leggyakrabban hysterectomia után észlelték (4.1%), azután hasfali herniákon (1.8%), az ovariumokon és tubákon végzett műtétek alkalmával (1.5—1.3%), appendectomia után (1.5%), ritkábban lágyékrészek műtete (0.9%), ventrofixatio (0.7%) után, még ritkábban másféle műtétek, különösen nem abdominalis operációk után. Nőkön gyakoribb, mint férfiakon, még ha a gynaekologiai műtétektől el is tekintünk. A 94 eset közül 42 gyógyult per secundam (32 genyedt) és 52

per primam. A postoperatív hőemelkedésnek a statisztikai összeállítás szerint kevés köze van a phlebitishez. A thrombophlebitis 12 esetben láztalan volt és a betegségnek tartama az afebrilis esetekben átlag 15·5, a lázas esetekben 23·2 nap volt, az összes esetek átlaga 20 nap. Az esetek közül 3 halt meg (pneumonia, agyembolia, gyomorvérzés folytán).

A postoperatív phlebitist infectious eredetűnek tartja, a bajt a véráram lassúbbodása és az érfalak localis vagy általános megbetegedése előzi meg. A therapiában ágynyugalmat és a fájdalmak ellen ichthyolt ajánl. (Annals of surgery, 1913, február.) P.

Szülészet és nőorvostan.

Az Abderhalden-féle serum-ferment-reactióról ír B. Aschner. Az optikai, főképpen azonban a dialyzáló eljárást végezte különféle esetekben a hallei Veit-klinikán. 1. Terhességi reakciók. 45 esetben végzett kísérleteket a terhesség második felében. Mind a 45 esetben pozitív eredményt kapott, hangsúlyozza azonban, hogy tapasztalása szerint vagy csak igen gyöngye reakciót kaphatunk, vagy teljesen negatív, ha a terhesség vége felé 1½ cm³ helyett csak 1 cm³-t alkalmazunk. Érdekes, hogy terhességi nephritis és lues esetében csak igen gyöngye reakciókat kapott. A terhesség első feléből 16 esetet vizsgált meg, melyek között friss vetélések és régi vetélések még élő placentaris bolyhokkal fordultak elő. 14 ezek közül positive reagált, két esetben negatív eredményt kapott. Az egyik esetben a negatív eredménynek okát adni nem tudja. A másik esetben egy 5 hónapos terhességről volt szó, a kin oly nagyfokú adipositas volt jelen, hogy a diagnosis csak röntgenezés segélyével volt felállítható. A kontrollvizsgálat ez utóbbi esetben az Abderhalden-féle intézetben pozitív eredményt adott. Ezenkívül volt két extrauterin esete pozitív eredménnyel. 8 eklampsiás esete mind erős pozitív reakciót adott. 12 ellenőrzésre szolgáló egészséges, nem terhes nő 1 kivételével, a kin a Wassermann-féle reactio pozitív volt, negatív eredményt adott. 13 méhrák esetében végezte az Abderhalden-féle reakciót, ezek közül 8 esetben teljesen negatív eredményt kapott; 3 esetben a dialyzáló eljárás gyöngén pozitív volt, az Abderhalden által ugyanakkor végzett optikai ellenőrző kísérletek azonban mindhárom esetben negatív eredményt adtak. 3 további carcinomás eset, a melyben optikai ellenőrző kísérletet nem végeztek, gyöngén pozitív reakciót adott. Ha ez utóbbi esetekben 1½ cm³ serum helyett 1 cm³-t használt, akkor a gyöngye pozitív reactio negatívvá vált, azonban ezt a modifikálást nem tartja a szerző helyénvalónak. 4 myomás esete negatív eredményt adott. A climacteriumos vérzés alkalmával 2 pozitív, 1 gyöngén pozitív és 1 negatív reakciót kapott. 5 climacteriumos amenorrhoea közül 4 negatív eredményt adott, az ötödik gyöngén pozitív volt, azonban ez utóbbi esetben az optikai eljárással negatív eredményt kapott. Nagyon különbözők voltak azok az eredmények, a melyeket fiataloknak amenorrhoeája és chlorosis vagy infantilismus esetében kapott. A chlorosis azon esetében, a melyekben túlerős ovarialis vérzésekről volt szó, mind a 6 esetben pozitív eredményt kapott. 23 adnextumor esetében 17 negatív és 2 teljesen pozitív reakciót kapott. Hogy ez a 2 teljesen pozitív reactio, a mit különben Abderhalden is már elreferált korábbi közleményeiben, miben leli magyarázatát, nem tudja. Annak idején Abderhalden annak a gyanujának adott kifejezést, hogy nem volt-e az illetőkön visszamenőleg esetleg lefolyt vetélés vagy terhesség kimutatható, azonban a további klinikai vizsgálat és észlelés ezt a feltevést megczáfolta. Salpingo-oophoritis három esetében gyöngén pozitív volt a reactio, tekintettel azonban arra, hogy a climacteriumos vérzések és chlorosisos amenorrhoeák esetében is kapott ilyen gyöngye pozitív reakciót, mindezeket arra lehetne visszavezetni, hogy az ovarialis zavarok a terhességi reakcióhoz hasonló elváltozásokat hoznak létre a serumban. Aschner hangsúlyozza, hogy végleges véleményt a reakcióról még nem mondhat. Összesen 5% hibás eredménye volt csak; ennek következtében lehetséges az is, tekintettel a kis százalékszámra, hogy

ezek a hibák technikai okokból erednek. Különben sem lehet kivánni, hogy egy biológiai reactio kivétel nélkül jó eredményeket adjon, hiszen a Wassermann-féle reactio is 10% ban hibás eredményeket ad.

2. Emberi ovariumot is sok esetben alkalmazott kísérleti anyagul. Az ovariumszövetet különösen myomás, metritis-es-climacteriumos vérzésekben szenvedő, chlorosisos betegek és adnextumorosak savója hasították.

3. Veit tanár indítványára Aschner a terhesek fehérjéjét is vizsgálta ebben az irányban. Eclampsiasok, vesebajos terhesek vizeleti fehérjéjét, terhesek, nem terhesek, eclampsiasok és nephritiszes nők vérsavójával hozta össze 34 esetben. Eclampsia 3 esetében az eclampsias vizelet-fehérje összehozva a terhes serummal pozitív reakciót adott, míg a közönséges nephritiszes fehérje nem. Ebből talán arra lehetne következtetni, hogy ez a két fehérjeféleség különböző chemiai szerkezettel bír. Összefoglalva tapasztalásait, Aschner ajánlja minden esetben az optikai methodusnak ellenőrző felhasználását. (Berliner klin. Wochenschrift, 1913, 27. sz.)

Scherer Sándor.

Fülorvostan.

A középfülbajok utáni nagyothallás orvoslására a diathermiát (otothermiát) ajánlja Hamm, braunschweigi fül-orvos. „Otothermia“ alatt a fül áthévitését érti elektromos úton előállított hőszugárzás révén; készülékül az „ototherm“ szolgál, melyet Penkert, a braunschweigi technikai főiskola tanára konstruált. A készüléknek magas feszültségű váltakozó áramok útján produkált melege egy sárgarézelektrodra vitekítik át, mely bőrrel van bevonva és megvédve jó mélyre a külső hallójáratba tolatik; egy másik lapszerű elektrod a másik fülre kerül, s a két elektrod a fejre helyezett abroncsra erősíthető vagy a beteg kezébe fogja a lapos elektrodot s a fülébe helyeztetet a másik kezével tartja. A készülék bármely fali kapcsolóhoz használható; a hőt tetszés szerint szabályozhatjuk s rendszerint a beteg által fájdalom nélkül eltűrt legmagasabb fokig emeljük. Egy-egy ülés 5—10 perczig tart s hetenkint 1—3-szor végeztetik a kezelés. Az ezen eljárással kezelt betegek kórtörténete szerint idősült középfülhurutok esetében a fülzúgás és fájdalmak csakhamar elmúltak, a nagyothallás rövidesen javult vagy teljesen elmúlt, a gyuladt dobhártya normalissá lett; a középfülgyulladás után visszamaradt nagyothallás csakhamar javult vagy teljesen gyógyult, még pedig annál gyorsabban, minél frissebb keletű volt; végül otosklerosis néhány esetében is ezen orvoslásmóddal némi javulást ért el, egyebek között a szerző, a ki 18 éve szenved otosklerosisban, saját magán a fülzúgás enyhülését és a hallás csekély javulását észlelte. Mindezek alapján az otothermiát ajánlja: 1. idősült dobhártyabajok és idősült, nem genyes középfülhurutok ellen; 2. lezajlott középfülgyulladások utáni nagyothallás orvoslására oly esetekben is, a hol a genyedet nagyobb operációs beavatkozással kellett gyógyítani; 3. otosklerosis egyes esetében ez eljárással némi javulás érhető el. (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, 28. szám.)

Safranek dr.

Gyermekorvostan.

A szopós csecsemők táplálkozási zavarairól és a constitutióról tartott előadást Friedjung a „Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien“ paediatricai sectiójának 1912 november 30.-i ülésén. Abból a tapasztalatból indult ki, hogy vannak csecsemők, kik a legcondosabb táplálás mellett sem fejlődnek. Szerinte ennek az oka a constitutióban rejlik. Ő a constitutiót Adler szellemében értelmezi. A hereditást ugyanis nem bizonyos betegség, hanem egy vagy több csekélyebb értékű szerv átöröklésének tartja. Ezek a „minderwertig“ szervek morphologiailag is különböznek a normalistól. E felvételre támaszkodva, 81 csecsemő szüleinek és nagyszüleinek az anamnesisét kutatta ki, különös tekintettel a gyomor-béltractus és az adnextumorigyek működésére. Ugy találta, hogy a jól fejlődő csecsemők szüleinek is egészséges gyomor- és bélműködése volt. Viszont az oly csecsemők hozzátartozói, kik a legcondosabb táplálás mellett sem fejlődtek,

maguk is az emésztőtractus valamely zavarában szenvedtek. A szerző úgy véli, hogy e kérdés tisztázása gyakorlati irányítónak szolgálhat a csecsemők és idősebb gyermekek táplálásának a megválasztásakor. (Wiener mediz. Wochenschrift, 1912, 49. sz.)
Reisz dr.

Venereás betegségek.

A syphilisprophylaxis kérdésében a chininkenőccsel kísérletezett Schereschewsky (Paris). A szerző a 4%-os chininkenőccsel a syphilisprophylaxisban való hatásosságáról már 4 év előtt a budapesti nemzetközi congressuson beszámolt. A vizsgálat majmokon történt s eredményesnek mutatkozott, a mennyiben mintegy 30 kísérletben a syphilissel beoltott állatok syphilismentesek maradtak, ha a szerző az inoculatio helyén 3 percen belül alkalmazta a chininkenőccet. A szerző e kísérleteit most abban az irányban folytatta, hogy azt az időt kutatta, mely az inoculatio után még eltélhet a nélkül, hogy a kenőcs hatásosságát vesztené. Kísérletei, melyeket majmokon végzett, 2, 3 és 4 órai időközre vonatkoznak. Az eredmény elég biztató volt, mert a macacus rhesusok többszörös inoculatiós helyei közül csakis azokon fejlődtek ki 15—30 nap alatt a syphilises primaer affectiók, a melyek nem voltak a chininkenőccsel bekenve. A szerző kísérletei alapján azt hiszi, hogy a chininkenőcs-eljárás a prophylaxis szempontjából az emberi praxisban is megkísérélhető. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1913, 27. sz.)
Guszman.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Nagyfokú heges húgycsőszűkület két esetében Lévy-Weissmann nagyon jó eredménnyel használta a fibrolysin bőr alá fecskendezés alakjában, természetesen mechanikai, illetve elektrolysises tágitással kapcsolatban. (Journal d'urologie, 1913, 5. szám.)

Scarlatina eseteiben Trambusti tanár chinint ad nagy adagban a bőr alul. Az a tapasztalat vezette erre, hogy oly vidékeken, a hol a malaria ellen kiterjedten használják prophylacticum gyanánt a chinint, nincs scarlatina. A chininnel kezelt vörheny-betegek már a 2.—3. napon láztalanok lettek és a teljes gyógyulás rendkívül gyorsan következett be. (Ref. La semaine médicale, 1913, 25. szám.)

Mulgatose néven új ricinusolaj-emulsiót hoztak forgalomba, a mely 50% ricinus-olajat tartalmaz és higan folyó volta miatt gyermekek is könnyen beveszik. Az adagja gyermekeknek 1—2 gyermekkanálnyi, felnőtteknek 2—3 evőkanálnyi. A mulgatose körülbelül 2 évig tartható el és olcsó. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1913, 26. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1913, 33. szám. Hoffmann Jenő: Az elektrotherapia mai állása. Gélyi Dezső: A tonsillitis és a nátha kezelése.

Orvosok lapja, 1913, 34. szám. Réczey Imre és Borszék Károly: A peptikus gyomorfekély sebészeti kezelése.

Budapesti orvosi ujság, 1913, 33. szám. Sándor Ernő: A gyomorbeltractusból kiinduló, scarlatinát utánzó autointoxicatio két esete. Hruby Ede: A belorvosi röntgenologia.

Vegyes hírek.

Kinevezés. Fráter Imre dr.-t a debreczeni közpórház igazgatójává, Reisz Sándor dr.-t a m. kir. államvasutak pécsi üzletvezetőségéhez főorvossá, Halász Lajos dr. szatmár-németi-i kerületi tisztviselői főorvossá, Csiky Ferencz dr.-t a garami járás orvosává, Kovács László dr.-t visó járásorvossá, Diósszilágyi Sámuel dr.-t Makó város alorvosává, Kiss Antal dr.-t a kaposvári közpórházhoz segédorvossá nevezték ki.

Választás. Szatmári Károly dr.-t Almádin fürdőorvossá, Sindel Alfréd dr.-t Szászkezdén körorvossá, Vajda Lajos dr.-t Zentán kerületi orvossá választották.

Meghalt. Dóri Ferencz dr. nagyvárad fogorvos 68 éves korában. — Siktósi Albert dr. barcsi körorvos 50 éves korában augusztus 7-én. — Verzár János dr. oraviczabányai körorvos, tisztviselői járásorvos 55 éves korában augusztus 11-én. — Bardenheuer tanár, ismert

sebész, a kölni orvosi akadémia megalapítója, 73 éves korában augusztus 13-án. — G. Preiser, ismert orthopaed-sebész Hamburgban, 36 éves korában. — V. Fossel, az orvostörténelem rendkívüli tanára Graczbán, augusztus 17-én.

A nemzetközi orvosi congressus a párisi díjat Wassermann tanárnak, a moszkvai díjat Richet tanárnak és a budapesti díjat Wright tanárnak ítélte oda. A legközelebbi congressust Münchenben tartják 1917-ben Fr. Müller tanár elnöklésével.

Személyi hírek külföldről. J. Ritchie dr.-t Edinburghban a bakteriologia, G. Gatti dr.-t Florenzben a sebészet és E. Martin dr.-t Lyonban a törvényszéki orvostan tanárává nevezték ki. — Citron dr. (belorvostan, Berlin) és Löb dr. (gyógyszertan, Göttingen) a tanári címet kapta. — Jemma dr.-t, a gyermekorvostan tanárát a palermói egyetemen, a nápolyi egyetemre helyezték át. — J. Holmgren dr.-t Stockholmban a belorvostan tanárává nevezték ki.

Rajnai Béla dr. lakását IV., Molnár-utca 20. szám alá tette át.

Kisebb közlések az orvostudomány köréből. A könymirigy működését a narcosisban tanulmányozta Rutherford. Azt találta, hogy a narcosisban a könymirigyek nem secernálnak, a szemzugok szárazak; a könyvelválasztásnak megindulása azt jelzi, hogy az ébredés küszöbön van. (Brit. med. journal, 1913, június 21.) — Mindkét felkarján amputált egyén Höftmann-félc prothesiseit ismerteti részletesen Heissler. E prothesisek segítségével az illető az öltözködésben, evésben stb. kívül könnyebb munkát is tud végezni. Egy másik esetet is említ, a melyben az illető mindkét kezének és lábának elvesztése dacára teljesen munkabíró. (Archiv f. Orthopaedie, 12. kötet, 4. füzet.) — Nagyobb adag kemény filtrált Röntgen-sugár használata után H. E. Schmidt szerint hónapokkal, sőt 1½ évvel is fejlődhetnek bőrfekélyek, a nélkül, hogy Röntgen-erythema előzte volna meg őket, avagy a bőr atrophissá vált volna. Belső szerveken, főleg a gyomron és a hélen is észlelt ilyen későn jelentkező megkárosodásokat nagy adag kemény, filtrált sugár alkalmazása után. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1913, 32. szám.) — A tamponálás és drainezés helyett genyes folyamatokban kis fémrugókkal tartja nyitva a sebet Tiegel; eredményei állítólag nagyon jók. (Zentralbl. f. Chir., 1913, 29. szám.) — Egy férfi keze kis ujjának utolsó izét, súlyos deformáló gyuladás miatt amputálni kellett; hogy az illető foglalkozását (hegedülés) folytathassa, Goebell a második lábujj középső izét transzplantálta eredménnyel. (Münchener mediz. Wochenschrift 1913, 29. szám.)

Baksay László kolozsvári orvostanhallgató indexe ez év április havában elveszett. Kéri a megtalálóját, hogy küldje el a címére (Beregszász, Perényi-u. 8).

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.

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. Benaalakó és bejáró belbetegek részére. Diagnostica. Therapia. Mindennemű ojtásos kezelések. Hízaló és soványító kúrák. Nagy vízgyógyintézet. Laboratorium. Röntgen. Vezető orvosok: Rajnik Pál dr. és Kovács Atadár dr.

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

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

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

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

Epileptikus betegek intézete

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

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (XI. rendes tudományos ülés 1913 márczius 29.-én) 631. lap. — Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya (III. ülés 1913 márczius 6.-án) 632. lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(XI. rendes tudományos ülés 1913 márczius 29.-én)

Elnök: **Terray Pál.**

Jegyző: **Dollinger Béla**

Eljárásom mélyben végzendő varráskor.

Réthy Aurél. Eredeti közléseink között egész terjedelmében hozzuk.

Eljárásom a tonsilla és a larynx műtét utáni vérzésekor.

Réthy Aurél. Eredeti közléseink során egész terjedelmében hozzuk.

Donogány Zakariás: Az *Adamik*-féle kapcsokkal erős vérzés is csillapítható. Tonsillotomia után támadt nagyon heves vérzés egy esetben már 4 év előtt három körülöltést végzett a seb alatt, mire a vérzés megszűnt. Most látja, hogy a *methodus új*, ezért üdvözli az előadót.

Láng Kornél: Az előadó a vérzéscsillapításnak általa előadott módját egyszerűnek tüntette fel, sőt azt mondotta, hogy a gégebeli vérzés is könnyen és egyszerűen csillapítható. A ki látott tonsilla- vagy gégevérzést, tudja, hogy mi az. Hullán meg lehet csinálni mindent, de a mikor a beteg fuldoklik, vért aspirál, ott minden *methodus* megszűnik. Legjobb az ujjal való *compressio*, vagy a *Schmidt*-féle *compressor*; a beteg legföljebb kis nekrosist kap, de nem vérzik el.

Ma már a tonsillektomiát is egyszerű operációnak tüntetik fel, pedig nagy vérzés állhat be, a melyet pince-szel nem lehet csillapítani. Gégebeli vérzésekor sem lehet körülöltést csinálni, hanem ha nagy a vérzés, laryngofissiót kell végezni.

Schmidt-nek 3 tonsillotomia-esete végződött halállal, azért ő a tonsillotomiát galvanocauterrel végzi.

A vérzést úgy kell csillapítani, a hogy tudjuk; ha az előadó így tudja, tegye így. De eljárása nem egyszerű.

Réthy Aurél: *Donogány* eljárása csakugyan hasonló. *Láng* azt mondja, nem egyszerű az eljárás. Lehetséges, de nem képtelenség, mert teljes sikerrel használta. Érsértéssel járó nagy vérzésekor az eret meg kell fogni; ha ez nem sikerül, a vérzés halálos lehet pár pillanat alatt. (Németországban egy fiatal *collega* halálosan végződött tonsillotomia miatt agyonlőtte magát.) De veszedelmes az állandó parenchymás vérzés is. Kellő nyugalom és technikai készség mellett a szóló által említett eljárás beválk.

Tonsillektomia után a vérző ér a fasciában könnyen megfogható, kivéve ha a seb rongyos és a raspatoriummal a subtonsillaris szövetet is roncsoltuk.

A *Mikulicz*-féle tamponálást a szóló is használja.

Hogy a gégeben nem lehetséges lekötetést végezni, tagadja, mert *Blumenfeld* is csillapított gégebeli vérzést *Mikulicz*-klammerrel.

Ha nagy a vérzés, laryngofissiót végez és körülölti a vérző helyet.

NaCl-anyagcserevizsgálatok (mesterségesen táplált) táplálkozási bántalmakban szenvedő csecsemőkön.

Bauer Lajos: Ismerteti a sók nagy jelentőségét a csecsemők szervezetében, majd a normalis csecsemők NaCl-anyagcserejének tárgyalása után áttér az egyensúlyzavarban levő csecsemők NaCl-anyagcserejére, mely a normalis viszonyokhoz képest többféle eltérést mutat. Elsősorban is ezen esetekben a bélen át kiürített konyhasó mennyisége állandóan nagyobb, mint a veséken át kiürített konyhasó mennyiség. A konyhasókiadás ingadozása továbbá az egyensúlyzavar klinikai jellegéhez képest az anyagcsereben is kifejezést nyer: majd negatív NaCl-mérleggel dolgozik a szervezet, majd rövid egy-két nap múlva a normalis NaCl-mennyiségnél jóval többet tart vissza. Végeredményben azonban az egyensúlyzavarban levő csecsemő szervezete jóval kevesebb NaCl-t retineál, mint az egészséges csecsemő szervezete, mert míg ez utóbbi a táplálékkal bekebelezett konyhasónak mintegy 50%-át retineálja, addig az előadó vizsgálatai szerint az egyensúlyzavarban levő csecsemő a táplálékkal felvett konyhasónak csupán mintegy 20%-át tartja vissza. Ebből magyarázza az előadó ezen csecsemők hiányos gyarapodását, minthogy a kisebb mennyiségben visszatartott konyhasó kevesebb vízmennyiséget köt le a szervezetben, valamint az egyensúlyzavar keretében jelentkező rendetlen hőmenet is az előadó szerint a váltakozó negatív és pozitív NaCl-mérlegből magyarázható.

A *decompositio alimentaris*ban levő csecsemő szervezete az előadó vizsgálatai szerint negatív NaCl-mérleggel dolgozik.

A konyhasó főkiküszöbölődési helye a bél. A *decompositio* főbb tüneteit (testsúlycsökkenés, hypothermia, ritka verőerlökés) a tetemes mennyiségű NaCl-vesztésből magyarázza; ezen nézetét graphikonon bemutatott saját kísérleteivel is igazolja. Kiemeli, hogy a *decompositio*ban levő csecsemő NaCl-mérlege bizonyos prognostikai jelentőségű, a mennyiben, ha a diéta terápia megindítására az addig negatív NaCl-mérleg rövid 2—3 nap múlva pozitívvá válik, a kilátás kedvező, de ha hosszabb időn keresztül negatív marad a NaCl-anyagcsere mérlege, a bántalom kimenetele kétes.

Az *intoxicatio alimentaris*ban levő csecsemő szervezete igen tetemes mennyiségű NaCl-t veszít, tehát a szervezet erősen negatív mérleggel dolgozik. Az *intoxicatio alimentaris* tünetei közül csupán a nagymérvű vízvesztés lehet nexusba hozni az intenzív NaCl-vesztéssel. Mivel összósanyagcserevizsgálatokkal még nem rendelkezünk, az *intoxicatio* többi kimagasló tünete alig magyarázható. Egy körülményt azonban klinikai észleletek és anyagcserevizsgálatok alapján kiemel, és pedig azt, hogy az *intoxicatio alimentaris*ban levő csecsemőnek a méregtelenítése valamely konyhasót tartalmazó oldattal határozottan ellenjavalt, mert a sóoldat az *intoxicatio* folyamatot protrahálja, vagyis ellenkező eredményt érünk el vele, mint a melyet elérni szándékoztunk.

Heim Pál: Az anyagcserevizsgálatoknak kétségtelenül sokat köszönhetünk a csecsemőkori táplálkozási megbetegedések ismeretében. De e vizsgálatok eredményét bizonyos óvatossággal kell értékelnünk. A felnőtt ember székletét, vizeletét könnyen gyűjthetjük, de nagy nehézségbe ütközik, ha a csecsemővel akarjuk megtenni ezt. A csecsemőt megfelelő módon kell kikötnünk, a minek eredménye a csecsemő nagy nyugtalansága, rendesen hasmenést kap, súlyban fogy, sőt megváltozik a hőmérséke is, úgy hogy csak nagyszámú kísérletből használhatunk fel egyes eseteket, ha valóban értékes eredményre akarunk jutni. Azonfelül az anyagcserevizsgálatok csak arra a kérdésre adnak feleletet, hogy valamely bevitt anyagból a szervezet mennyit tartott vissza, de hogy ezt az anyagot hol raktározta el, mire használta fel, azt esetleges egyéb vizsgálatok vannak hivatva megmutatni. A NaCl, mint általában a sók, nem szolgál energiaforrással, hanem a mennyiben nem szolgál a szervezet felépítésére, hatása tisztán fizikai, elsősorban a vízanyagcsere szabályozza. A felnőtt ember a felesleges NaCl-t nem tartja meg a vérben, hanem elraktározza a szervezet sódepótjába, elsősorban az izmokba, de még a normalis, az egészséges csecsemő is csak kis mértékben tudja ezt megtenni. A chronikus táplálkozási ártalomban szenvedő csecsemő pedig erre alig képes. A mint ezt *Berend* és *Tezner* refractió és a vér villamos vezetőképességét meghatározó, *Heim* és *John* a vér refractió képességét meghatározó kísérletei kimutatták, éppen a *decompositio*ra jellegzetes, hogy a vér nagy mennyiségben tartja vissza a sót, és mivel ragaszkodik az osmosis nyomásához, kénytelen vizet is visszatartani. Ezért lesz a *decompositio* csecsemő hydraemiás, hydroplasmias, oedemás, ha sóoldatot adagolunk neki. Evvel ellentétben az *intoxicatio* csecsemő só- és vízszegény, nem is tud vizet visszatartani, dacára a szervezet vízszegényiségének, mert sószegény és nincs a mi a vizet a szervezetben megkösse. Ilyen csecsemőknek adott *Heim* és *John* jó hatással híg sóoldatot és sohasem tapasztalt más, mint jó hatást. Az előadó a *decompositio* alacsony hőmérsékét és ritka pulzust *Meyer* nyomán a Na-vesztésnek tudja be, pedig ez nézete szerint az excessiv soványságnak és a csökkent anyagforgalomnak az eredménye. Ha a *decompositio* csecsemő órák hosszat jól van párnájába burkolva, hőmérséke normalis; de meztelenül hőmérséke épp oly könnyen leszál, mint a mily könnyen felemelkedik a lázasban, ha túlmeleg helyen tartjuk. Nézete szerint az előadónak fáradságos kísérletei kis számuknál fogva, de meg mivel az esetek anamnesise, előbbi tápláltsága figyelmen kívül maradt, nem alkalmasak arra, hogy következtetéseket vonjunk le belőlük.

Berend Miklós: Az előadó a csecsemő-pathologia egyik legfontosabb fejezetéhez igyekszik adatokat szolgáltatni, a mi kétségtelenül dicséretes törekvés. De végtelen nehézséggel jár szabatos adatok nyerése éppen a sóanyagcsereben, mert az anyagcserevizsgálatokhoz szükséges kikötés már megváltoztatja az anyagcsere, a gyermek beálló nyugtalansága, sírása a tüdőn keresztül leadott víz növekedésére vezet, a mi nem befolyás nélküli a sókkal összefüggő vízforgalomra. Tudjuk, hogy mivel a csecsemő testfelülete aránytalanul nagyobb mint a felnőtté (841 négyzetcentiméter a testsúly egy kg.-jára, felnőtt pedig csak 221 cm.), ennél fogva a perspiratio is aránytalanul nagyobb. De különben is ismeretes a csecsemő aránytalanul nagyobb vízforgalma; a felnőtt 35 gr. vizet vesz fel pro kg., a csecsemő pedig 140 gr.-ot.

Ez a nagy vízforgalom, a mi a sóforgalommal a legszorosabban

összefügg s a melynek nagy, és a mi fontos, igen változó része a tüdő-kön és bőrön át folyik le, természetesen nagy mértékben befolyásolja a bélen és a veséken keresztül történő sókiürülést, a mit az előadó nem említ. Ennélfogva csakis olyan kísérletektől várhatjuk tudásunk előrevitelét, a melyek a vízforgalom ezen tekintélyes részének tekintetbe vételével történnek, még a valódi — tehát a N-ra, a zsirra és a többi hamualkotórészre kiterjedő, szabatos anyagcsereszámításokból is csak mérsékelt következtetések vonhatók le, ha a tüdőn és bőrön történő vízforgalom nem vétetik tekintetbe. Semmit sem következtethetünk azonban az egyszerű chlormérlegekből, mint a milyeneket az előadó bemutat. És azonkívül egy egyensúlyzavar, egy decompositio és egy intoxicatio ilyen mérlegéből következtet az előadó, már pedig egy esetből semmiképpen sem lehet következtetni, úgy hogy valóban szerencse, hogy következtetései összhangban állanak a Finkelstein-féle tannal. Absolute nem említi pl. az anamnesist az eseteknek, a mi pedig determinálja a chlormérleget. Hiszen pl. 10 év óta tudjuk már Keller vizsgálataiból, hogy ha lisztártalom a decompositio oka, akkor a sómérleg egészen más, mint a zsirártalomból eredő decompositiónál. Ilyenkor a gyógyításkor 6—8 napig minden chlort visszatartat a chloréhes szervezet! Hogy az észlelt decompositio esetében 3 nappal a kezelés kezdete után pozitív lett a chlormérleg, a másik esetben pedig csak 10—12 nap után, az ugyancsak az előző állapotától a szervezetnek, tehát a constitutiótól, az előző tápláléktól s a beállott tolerantiaromlás fokától függ, úgy hogy a beállt pozitív chlormérlegből következtetéseket vonni egyáltalában nem lehet. De jogosulatlan az is, ha valaki chlor-meghatározások alapján chlornatriumra következtet akkor, a mikor a natriumot egyszer sem határozta meg! Nem áll, hogy a jellegzetes chlornatrium-vesztés a hypothermia oka, mert ha így volna, akkor intoxicatio esetén, a mely tudvalevőleg a legnagyobb chlor- és natriumvesztéssel jár, hőmérsékcsökkenést kellene találni. Nem érti azt sem, hogy intoxicatióban a sóoldat a méregtelenítődést akadályozná, ha az valóban indikált volt, azaz nem decompositióra superponált intoxicatióval van dolgunk. A mi az előadó azon megjegyzését illeti, hogy toxicosis esetén inkább adjunk destillált vizet, hangsúlyoznom kell, hogy ha nem tudunk is sokat a vízforgalomról, de annyit mégis tudunk, hogy a destillált víz még az exsiccált szervezetet is egyszerűen keresztülhalad, nem tartatik vissza.

Terray Pál: Ugy véli, hogy az előadó időkiméleésből nem részletezte methodikáját. Kérde, sikerült-e neki egészséges és beteg csecsemőkön megközelítőleg NaCl-egyensúlyt elérni és mennyi idő alatt? Ezt azért kérde, mert felnőtteken a Cl-anyagcseré-vizsgálatok nehezek, mert nagy ingadozások vannak és nehezen lehet megközelítő ClNa-egyensúlyt elérni; és ha NaCl-plust adunk, különböző értékeket kapunk. Tehát nagyon óvatosan lehet csak a pontos kísérletekből is következtetéseket levonni.

A második kérdése az, hogy kiterjesztette-e figyelmét arra a körülményre, a melyet Heim is érintett, hogy t. i. milyen a szervezet nedveinek sótartalma, osmosis-nyomása? A szólo sokat foglalkozott pneumoniás és typhusos betegeken NaCl-anyagcserévizsgálattal és azt találta, hogy nemcsak az egészséges szervezet, de a pneumoniások és typhusosok szervezete is erőlyesen védelmezi nedveinek ClNa-százalékát oly arányban, hogy az körülbelül a physiologiai ClNa-oldatnak felel meg. Kérde tehát, kiterjesztette-e az előadó figyelmét ezen körülményre? Érdekes volna tudni, hogy ezen szabályozó képessége megvan-e a csecsemő szervezetének is.

Id. Liebermann Leó: Egy dolog tűnik fel neki. Mintha zavar volna arra nézve, hogy a szervezetnek mire van szüksége: a Na-ionra, vagy a Cl-ra. Nem látja, hogy az előadó határozott álláspontot foglalt volna el, úgy látszik, kétsége van. Szólonak is volt kétsége, ezért pneumoniás betegeken kísérleteket végzett és kiderült, hogy a vizeletből annyira eltűnik a Cl, hogy nyomokban sem mutatható ki. Ilyen pneumoniás betegeknél Cl-mentes táplálékot adott: mandolát, és azután hozzátett ClNa-ot és ime a hozzátett ClNa-ot a beteg visszatartotta úgy, hogy a vizeletben nyoma sem volt. A vizeletet vizsgálta, a bélsárt nem. Megnézte Na-ra vagy Cl-ra van-e szüksége a szervezetnek. Chlorcalciumot adott hígan és a Cl quantitative megjelent a vizeletben, tehát a Cl-ra nem volt szükség, hanem a Na-ion a fontos; vagy pedig azt kell következtetni, hogy Na-mal való egyesülésben felhasználhatja a Cl-iont is.

Bauer Lajos: Heim felszólalására azt jegyzi meg, hogy ha a decompositio alimentarisban levő csecsemőkön észlelhető hypothermia nem egyéb, mint „műtermék“, a mi ugyan az előadó szerint nem áll, akkor ezen „műtermék“ már jellegzetes a decompositióban levő csecsemőre, mert egészséges csecsemőn nem idézhető elő. A tiszta intoxicatio alimentaris méregtelenítésében pedig az előadó nemcsak a saját tapasztalataira hivatkozik, hanem komoly helyekről megjelent közleményekre is, melyek konstatálják, hogy a sóoldat adagolása sok esetben ellenkező hatást idéz elő, mint a mit vártunk tőle.

Berend felszólalására válaszul megjegyzi, hogy azt nem arrogálja magának, mintha a ClNa vízvisszatartó tulajdonságát ő fedezte volna fel, de azt is megjegyzi, hogy az előadása keretében említett néhány olyan tünetnek a magyarázatát adja vizsgálatai alapján, melyek a táplálkozási bántalmakban mindig jelen vannak, a melyeknek eddig nem volt magyarázata s a melyeket Berend elfelejtett felemlíteni.

Terray megjegyzésére azt válaszolja, hogy az intoxicatióban levő csecsemőkön talán a toxikus behatás következtében a ClNa-anyagcsere másképpen módosul, mint felnőtteken.

Liebermann tanár felszólalását s felvilágosítását köszönettel veszi, de megjegyzi, hogy csecsemőkori chloréhség eseteiben csakis a szokásos, chlort tartalmazó táplálékokkal való táplálás után figyelte meg, mikor jelenik meg ismét a csecsemő vizeletében a chlor.

Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(III. ülés 1913 márczius 6.-án.)

Elnök: Dollinger Gyula.

Jegyző: Ádám Lajos.

(Folytatás.)

Gastroenterostomia után beállott gyomorfekély és pericholecystitis által feltételezett fájdalmak. Epehólyagkiirtás, pyloruskizárás.

Herczel Manó: Noha a gyomorfekélyek gyógyítása manapság már nagyban és egészben a sebészi irány felé tendál, nem lehet mondani, hogy az alkalmazandó műtéti eljárások szempontjából általános és végleges volna a megállapodás. Már 1905-ben a brüsszeli nemzetközi sebésztársaság ülésén kifejtette a szólo azt a nézetét, hogy a gastroenterostomiát nem lehet az ulcus pepticumok panaceájának tekinteni és sok esetben a gastroenterostomiák után is tovább tartanak a nehézségek, sokszor még fokozottabb mértékben, mint a műtét előtt. *Eiselsberg, Parlavacchio, Bier* stb. munkálatai kimutatták, hogy az ulcerosus gyomorfalrészlet nyugalomba helyezése nem mindig elegendő az egyszerű gastroenterostomia, annál kevésbé, mivel tudvalevőleg nyitott pylorusnál a gyomorbelisipoly-nyílást a gyomortartalom alig veszi igénybe kiürülésekor. Amerikai szerzők, köztük a legjelesebbek is, mint *Mayo* stb., általában megelégszenek az egyszerű gastroenterostomiával, a mint hogy általában véve hajlanak a gyors primaer gyógyulást ígérő, az életre kevésbé veszélyes műtétek felé. Ez általánosságban mindenesetre csak helyeselhető felfogás, azonban minden műtéttől elsősorban azt kell várunk, hogy a bajt emberi számítás szerint véglegesen megoldja. Az amerikai szerzők úgy látszik kevésbé ismerik műtéteik késői és végeredményeit, a mi már patienteiknek messze földről való rekrutálódása folytán is valószínű. Másfelől azt sem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy az általuk nagy tömegben operált esetek általában véve a korai diagnosis s a korai műtétek révén az enyhébbek közé tartoznak, miért is aránylag egyszerű műtétekkel is megoldhatók. Nálunk általában sokkal szövődményesebb esetek kerülnek a műtőasztalra s a megoldásukhoz szükséges eljárások már a primaer mortalitás szempontjából is súlyosabbak.

A bemutatandó eset két szempontból érdekes. Az egyik az, hogy egyszerű gastroenterostomia után nemcsak ismétlődhetnek, hanem direct keletkezhetnek az ulcuspanaszok, melyeket pylorusocclusióval úgy látszik sikerült befolyásolni. Másfelől e betegen Amerikában állítólag epebaj miatt végeztek epehólyagműtétet. A műtéti eljárás ugyan elegendő volt a közvetlen eredmény szempontjából, a mi azonban a késői eredményt illeti, erre vonatkozólag a fenti megfontolások irányadóak. Ezekkel kritizálta különben tavaly *Kehr* is az amerikai sebészek szinte hihetetlenül kedvező statisztikáját.

A 25 éves férfinak 6 év előtt heves gyomor- és májtáji fájdalmai támadtak, melyek rázóhideggel, hányással, obstipatióval jártak, 10—15 perczig tartottak, néha $\frac{1}{2}$ —1 óra múlva megismétlődtek s 2—4-hetenként jelentkeztek. Ezen panaszai miatt 4 év előtt Pittsburgban megoperálták. Jobboldali *Riedel*-féle metszést ejtettek rajta, sebének egy részét bevarrták, másik részét kötözgették, úgy hogy 5 hétre ez is begyógyult. A görcsök azonban már a kórházban, 2 héttel a műtét után ismét jelentkeztek, a nélkül, hogy orvosai újabb beavatkozást tartottak volna szükségesnek. A görcsök azóta is fennállottak, miért is 1910 július 6.-án a szólo osztályára vettette fel magát. A görcsöket ekkor az epehólyag supponált kiirtása után beállott perigastrium-összenövésektől származóknak minősítették s ezen suppositióval végzett rajta távollétében akkori segéde, *Gellért* dr. 1910 szeptember 13.-án műtétet.

Median behatoláskor a gyomor pylorus-része s az epehólyag tája szívós, lapszerű álhártyás összenövésekbe volt ágyazva, a felcsapódott cseplesz erősen leszorította a gyomor pylorus-részét. Az összenövések szétbontása nehéznek, veszélyesnek és czéltalannak látszott, miért is a műtő hátulsó gastroenterostomiát végzett a betegen.

A műtét után a beteg teljesen jól érezte magát $2\frac{1}{4}$ évig, 1913 január 8.-áig, mikor hirtelen heves görcsös

fájdalmai támadtak a pylorustájon, kb. 10 perczig tartottak s 1—2 óra múlva ismétlődtek. A tünetek oly hevesek voltak, hogy orvosa — valószínűleg átfúródással fenyegető gyomorfekély suppositiójával — azonnali műtétet ajánlott.

Felvételkor, 1913 január 12.-én, a scrobiculus cordis s a pylorustáj nagyfokú érzékenységén kívül objectiv elváltozás nem található. Az ismételt chemiai gyomortartalom-vizsgálat hyperaciditást, sok epét mutat; tejsav, zsírsav és vér hiányzik; ugyancsak hiányzik a húsmentes diaeta utáni székeletben is a vér.

Röntgen-átvilágítással jól telődött gyomor látható, mely pylorus-részében a gyomorárnyék szakadozottságát mutatja. A gyomortartalom azonnal megtölti a duodenumot és a curvatura majorból levezető bélkacsot is. Az észlelés alatt a betegnek csaknem másodpercenként voltak órákig tartó igen heves görcsös fájdalmai, az ételeket kihányta s igen elerőtlenedett. Belső kezelésre és tejdiatára állapota javult kissé, miért is az ajánlott műtétbe bele nem egyezvén, január 27.-én távozik. Ismétlődő heves görcsös fájdalmai miatt azonban már egy hét múlva újrafelvételét és műtétét kéri. A gyomorgörcsök most már naponta jelentkeznek, kifejezetten ulcusos jellegűek, úgy hogy ezen suppositióval fogunk 1913 február 7.-én a műtéthez. Behatolás a régi median laparotomia hegében. Kiderül, hogy a nagy cseplesz, a curvatura major, a vastagbél egy része és egyes vékonybélkacsok a hasfallal helyenként lapszerűen, másutt fibrosus kötegekkel össze vannak növe, úgy hogy csak a legnagyobb nehézségekkel sikerül a gyomrot felszabadítani s nagy hajlata alatt a szabad hasürbe bejutni. Most a pylorus-részt igyekeznek felszabadítani; itt is roppant szívós összenövés borítja az epehólyag-gyomor-duodenum közti zúgot. Rendkívül fáradságos praeparálás után legnagyobb csodálkozásukra egy aránylag ép, középnagy epehólyagfalrészletre bukkannak; tovább fejtven az összenövéseket, melyek közt az epehólyag teljesen el volt sülyesztve, sikerül az epehólyag kiirtása. Utóbbinak fala megvastagodott, híg epét tartalmaz; követ nem találtak benne. Az epehólyag falán, nevezetesen a funduson látható heg nincs.

Most az epehólyag kiirtásával felszabadult pylorus-részt vizsgálják meg közelebbről s ekkor kiderül, hogy rajta koronányi, tömött, hegszerű részlet tapintható, melynek megfelelően a serosa erősen belövelt. Mindenek szerint ezen hatalmas ulcus okozta a súlyos subjectiv tüneteket. Meggyőződve arról, hogy a régi gastroenterostomia nyílása négy ujj számára kényelmesen átjárható, a pylorus-részt *Parlavecchio* szerint kirekesztik, *Lembert*-varratokat alkalmazva a lekötésre használt erős selyemfonál fölé. Az epehólyagcsarnokhoz gazecsíkot vezetve, a hasseb többi részét 3 rétegben zárják.

Az első két napon a beteg sokat csuklik, 37-70° maximális hőmérsékkel, azonban semmi peritonealis jelenség sincs. Másodnapra per os kap híg táplálékot. A lefolyás ezentúl teljesen sima és zavartalan, nyolczadnapra eltávolítják a per primam gyógyult hasseb varratait. Jelenleg fillérnyi felületen sarjadzó felület van a tampon helyén. A beteg teljesen jól van, *görcsei nincsenek*, a gyomor kiürülése a Röntgen-vizsgálat szerint kifogástalan, a pylorus-részbe gyomortartalom nem hatol.

Epikritice tekintve az esetet, két momentum érdemel figyelmet. Az egyik a kezdetben kétségtelenül fennállott epékőbaj kérdése. Az Amerikában végzett műtét nem állhatott másból, mint cholecystendysisből, vagy, a mi a huzamosabb nyílt kezelésből valószínű, cholecystostomiából. Hogy ezen quoad vitam talán veszélytelenebb műtét nemcsak igen súlyos összenövésekre, hanem újabb epékőképződésre is vezetett, azt az bizonyítja, hogy a műtét után 2 $\frac{1}{2}$ évvel székletében orvosi részről epékőveket találtak. Másfelől nagyon is számbaveendő az a körülmény, hogy — mindenesetre a perigastrikus összenövés által feltételezett vongálásoktól elősegítve — igen kiterjedt és a savós hártáig hatoló gyomorfekély keletkezhetett a teljesen jól működő gastroenterostomiás nyílás és bőse-

ges eperegurgitatio mellett. E lelet arra figyelmeztet, hogy a gyomorfekélyek sebészi kezelésének aktái még egyáltalában nincsenek lezárva s ez irányban még nagy szükség van kísérletes vizsgálatokra és további tapasztalatok gyűjtésére.

Borszék Károly: Az újabb időkben, a mióta a gyomorfekélyeket nagyobb számban kezelik sebésziileg, a gastro-enteroanastomosisok mindjobban discreditalódnak. Kétségtelen, hogy mindjobban növekszik azon esetek száma, melyekben a gastroenteroanastomosis daczára a műtét előtti nehézségek megmaradnak. Azonban észlelték elég nagy számmal oly eseteket is, melyekben a gastroenteroanastomosis elvégzése után a gyomorfekély összes tünetei elmúltak és a betegek meggyógyultak. Vannak esetei, melyek négy év óta teljesen gyógyultak.

Felveti a kérdést, hogy vajon mi lehet az oka annak, hogy az egyik esetben a gastroenteroanastomosis gyógyító hatása, a másik esetben nem? A II. számú sebészeti klinika tapasztalatai azt mutatják, hogy a gastroenterostomia eredménye két tényezőtől függ: 1. a fekély elhelyeződésétől és 2. a gyomor chemismusától. Tapasztalták, hogy a pyloruson és annak közelében lévő fekélyek a gastroenterostomia hatására jól gyógyulnak; úgyszintén határozott hyperchlorhydria mellett a gastroenterostomia hatása kedvező; a kis görbületen, a gyomor hátsó felületén lévő fekély eseteiben, melyekben nincsen határozottan kimutatható hyperchlorhydria, a gastroenteroanastomosisnak nincsen hatása, vagy nem kellő a hatása.

Az, hogy ilyen körülmények között minden esetben végezzünk-e a gastroenteroanastomosis mellett pyloruskirekesztést, a fekély elhelyezésétől függ. Ugy, hogy az a kijelentés, hogy minden gastroenteroanastomosis mellett végezzünk pyloruskirekesztést, mindenesetre túlzott. A pyloruskirekesztés legfőbb indikációja a vérzés. Vannak esetei, a hol a vérzés oly nagyfokú volt, hogy azonnal meg kellett operálni a beteget: pyloruskirekesztést végeztek és a betegnek többé vérzése nem volt.

A pyloruskirekesztés módszerei közül az *Eiselsberg* és *Hüll*-féle methodusok adják a legkedvezőbb eredményeket. Azonban oly esetekben, a mikor vérzés miatt operálunk és szükséges, hogy a műtét gyorsan történjék, a *Parlavecchio*-műtét a legcélszerűbb.

Makai Endre: *Borszék* megjegyzésére reflektálva kijelenti, hogy pylorusfekély miatt hyperaciditás mellett végzett gastroenteroanastomosis után is észlelt utólag panaszokat.

A mi a pyloruskirekesztést illeti, *Herczel* tanár osztályán *Parlavecchio* szerint végzik *Wilms* módosításával. Foglalkozik a vádakkal, melyeket az eljárás ellen felhoznak és azt mondja, hogy a lekötésnek nem selyemmel, hanem széles szalaggal vagy gaze-zel kell történnie, mert ez utóbbi nem vág át annyira. Kiemeli, hogy az a benyomása, hogy a *Parlavecchio*-műtét után, a nélkül, hogy a betegnek magas hőemelkedései volnának, a betegek nem gyógyulnak olyan simán, mint az egyszerű gastroenteroanastomosis után.

Herczel tanár 3 esetében a pyloruskirekesztésen és a gastroenteroanastomosison kívül, igen nagyfokú enteroptosis miatt a gyomrot *Rovsing* szerint felvarrták a hasfalhoz.

Mellékesen megjegyzi, hogy a *Bier*-műtétet, a kis cseplesz roletta-szerű felhúzását többször megpróbálták, de nem nagyon szeretik, mert a kis erek megsérülése nélkül a ránczbaszedés nem igen sikerül.

Herczel Manó: A pyloruskizárások részletes megbeszélése azért bir különös fontossággal, mivel látnivaló, hogy ezen úgyszólván mindennapi műtét indikációjára, kivételére és technikájára vonatkozólag még ma is milyen eltérők a nézetek.

Ezt az alkalmat akarná felhasználni arra, hogy a szakosztály figyelmét egy másik fontos körülményre felhívja. Minél több és több gastroenterostomiát végezzünk, annál jobban akarjuk magunkat kiképezni mindenféle technikai finesse-ben. Gastroenterostomia retrocolica posteriori végzünk, verticalisat vagy ferdét, a szájadékot tágra szabjuk, a belet úgy fektetjük oda, hogy odavezető kacs tulajdonképpen nincs is, figyelemmel vagyunk arra, hogy a jejunalis kacs vagy mesenteriuma torsiót vagy vongálást ne szenvedjen, a mesocolon részét határoló lemezek ne nyomják a bélkacsot, és ennek daczára az a benyomásunk, hogy talán éppen ezért gyakrabban észlelünk hányást a műtét után, mint azelőtt, midőn mindezen fogásokat nem ismerve, hosszabb kacsokkal, horizontális nyílással, sőt antecolica anterior módszerrel operáltunk. Kétségtelen, hogy ezek az esetek nem a rettegett circulus vitiosusnak felelnek meg, az is bizonyos, hogy rendszeren maguktól, esetleg gyomormosásra megoldódnak. Értelmezésükre a gyomor-musculatura időleges paresisét stb. vesszük fel, a nélkül azonban, hogy a valódi okot, esetleg a technikai hibát ismernők, mely ezen kellemetlen tünetek forrását alkotja. Azt hiszi, nem volna fölösleges munka egy ülést arra szánni, hogy a pyloruskiiktatás és a gyomorbél-szájadékkészítés technikáját több oldalról megvitatnók az egyes klinikákon és sebészi osztályokon alkalmazott technikai részletek és a lefolyás részletes viszonyainak tüzetes és őszinte megbeszélésével.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

Igen jó **körorvosi állás** betöltendő vagy helyettesítendő magyar vidéken. Bővebb felvilágosítást ad a gyógyszerész Álmosdon (Bihar-megye).

795/1913. sz.

Békésvármegye közkórházánál a *belgyógyászati és elmebeteg-osztályon* megüresedő egy *al-*, esetleg *segédorvosi állásra* pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: a belgyógyászati segédorvosi állásnál évi 1200 K, míg az alorvosi állásnál évi 1400 K, az elmebeteg-osztály segédorvosi állásánál évi 1600 K, az alorvosi állásnál pedig évi 1800 K készpénzfizetés és mindegyik állásnál lakás, fűtés világítással és I. osztályú ételmezés.

Pályázni szándékozókat felhívom, hogy képesítésükről, valamint eddigi működésükről szóló, okmányokkal felszerelt folyamódványaik *id. Kéry Gyula* úrhoz, Békésvármegye főispánjához intézve, hozzám *folyó évi augusztus hó 28.-áig* küldjék be.

G y u l a, 1913 május 7.

Békésvármegye közkórházának igazgatója.

2208/1913.

A Kelcse község székhelyvel és Alsóvirányos, Barátlak, Bodzás, Detre, Felsőkrucsó, Felsőtokaj, Felsővirányos, Gerlefalva, Giglóc, Gyapár, Holcsik, Kelcse, Királyhegy, Kispetőfalva, Kisvalkó, Kisgyertyános, Kosárvágása, Lomna, Máriakút, Nagydomása, Sártó, Turány és Zemplén-pálhegy községek csoportosításával újonnan rendszeresített kelcsei *körorvosi állásra* ezennel pályázatot hirdetek s felhívom mindazon orvostudorokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a, illetve az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-a értelmében felszerelt kérvényeiket **1913. évi szeptember hó 22. napjáig** hozzám nyújtásuk be.

Az állás javadalmazása 1600 korona kezdőfizetés, 200 korona ötödéves korpótlék, 500 korona lakpénz, 800 korona fuvarátalány, 1200 korona helyipótlék és a vármegyei szabályrendeletben megállapított mellékjárások.

Tájékoztul tudatom még, hogy a körlet területén több nagyobb ipartelep és uradalom van.

A választást *folyó évi szeptember hó 23.-án* a kelcsei körjegyzői irodában délelőtt 11 órakor fogom megejteni.

S z t r o p k ó n, 1913. évi augusztus hó 16.-án.

Durcsinszky Gyula, tb. főszolgabíró.

660/1913. ikt. sz.

A vezetésem alatt álló közkórházban lemondás folytán megüresedett *egy segédorvosi állásra* pályázatot hirdetek.

A segédorvos javadalmazása 1200 korona, lakás, fűtés, ételmezés. A kinevezés 2 évre szól. Távozás 4 héttel előbb jelentendő.

Más pályázók hiányában orvosi gyakorlatra utasított orvosok is kinevezhetők. Magánygyakorlat nincs megengedve.

A folyamódványok méltóságos *Makfalvay Géza* úrhoz, Somogyvármegye főispánjához intézendők és a kórházigazgatóságnál nyújtandók **augusztus hó 25.-éig**.

K a p o s v á r, 1913 augusztus 10.

Igazgató szabadságon:

Telegdi Zsigmond dr., igazgató-helyettes.

A losonci kerületi munkásbiztosító-pénztár igazgatósága a lemondás folytán megüresedett színóányai *pénztári orvosi állásra* pályázatot hirdet.

Az állás 2600 korona évi fizetés, 256 korona fuvardíj és az illetmény-szabályzatban megállapított fokozatos előléptetéssel járó korpótlékből álló javadalmazással van egybekötve.

Ezen javadalmazáshoz a gyártulajdonosok évi 1000 koronával járulnak hozzá, a pénztár részéről pedig évi 500 korona pótlétek.

Pályázati határidő **f. évi augusztus 30.-a, déli 12 óra**. Az orvosi szolgálat a szolgálati, fegyelmi és illetmény-szabályzat alapján teljesítendő, az állás lehetőleg **f. évi szeptember 1.-én**, de legkésőbb október 1.-én töltendő be.

Bővebb felvilágosítást a pénztár főorvosa nyújt.

L o s o n c z, 1913 augusztus 7.

Losonci kerületi munkásbiztosító-pénztár.

39.605. II/A. szám.

A mezőhegyesi m. kir. ménesintézetnél megüresedett *orvosi állásra*, mely évi 2600 korona készpénzfizetés, 480 kgr. búza, 440 kgr. rozs, 400 kgr. árpa, 2000 kgr. széna, 12 m³ tűzifa, 1460 liter tej, természetbeni lakás és 1 hold illetményföld haszonélvezetével van egybekötve, ezennel pályázatot hirdetek.

A pályázni kívánók keresztlevéllel (születési bizonyítvány), továbbá végzett tanulmányaikról, gyakorlati működésükről és nyelvismereteikről szóló bizonyítványokkal felszerelt folyamódványukat legkésőbb **folyó évi szeptember hó 15.-éig** a vezetésem alatt álló ministeriumnál nyújtásuk be; később érkező kérvények figyelembe nem vétetnek.

Minthogy az egészségügyi szolgálat a ménesintézetnél katonailag van szervezve, a folyamódványhoz egy kötelező nyilatkozat is csatolandó, mely szerint folyamódó magát szolgálati ideje alatt mindenben aláveti a katonai szabályoknak és így a ménesparancsnokság rendeleteit pontosan, lelkiismeretesen teljesíti, s általában a ménesintézeti szabályokat megtartja.

B u d a p e s t, 1913 augusztus 14.

M. kir. földmivelésügyi minister.

4538/1913. szám.

Barsvármegye garamszentkereszti járásához tartozó Geletnek község székhelyvel rendszeresített, 15 községből álló geletneki közegészségügyi körben megüresedett *körorvosi állásnak* betöltése céljából pályázatot nyitok.

A körorvos javadalmazása:

Kezdődő törzsfizetés évi 1600 korona, négyszer, egyenként 200 koronát tevő s a nyugdíjba is beszámítandó korpótlék és az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 16. §-a alapján engedélyezett évi 1200 korona helyipótlék. A vármegyei törvényhatósági bizottság által szabályrendeletileg megállapított 500 korona lakáspénz, 600 korona útiátalány, továbbá a látogatási és rendelési díj. Halottkémlesi, himlőoltási díj, megbízatás esetén ker. munkásbizt. pénztári tiszteletdíj és kézi gyógyszerár-tartáshatási jogosultság.

A körorvos köteles a körbeli trachomásokat és a vagyontalan betegeket díjtalanul, a többieket az egyezségileg megállapítandó díjakért gyógykezeltetni és köre községeit minden évben május 1.-étől október végéig havonként egyszer, november 1.-étől április végéig pedig kéthetenként egyszer beutazni.

A kör trachomásainak sikeres gyógykezeléséért minden működési év végén trachomajutalom kérhető.

A pályázó igazolni tartozik, hogy a trachoma felismerésében és gyógykezelésében kellő jártassággal bír.

Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ára való hivatkozással megjegyzem, hogy a körorvosi körben a lakosság túlnyomó része tótul beszél.

Felhívom mindazon orvostudorokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényüket hozzám **1913. évi szeptember 12. napjáig** nyújtásuk be, mert a későbbben érkezőket figyelembe venni nem fogom.

A választást Geletnek községben a körjegyzői irodában **f. évi szeptember 17.-én, d. e. 9 órakor** fogom megtartani.

G a r a m s z e n t k e r e s z t, 1913 augusztus 12.-én.

Finka Sándor, főszolgabíró.

4539/1913. szám.

Barsvármegye garamszentkereszti járásához tartozó Jánosgyarmat község székhelyvel rendszeresített, 7 községből álló jánosgyarmati közegészségügyi körben megüresedett *körorvosi állásnak* betölthetése végett pályázatot nyitok.

A körorvos javadalmazása:

Kezdődő törzsfizetés évi 1600 korona és négyszeri, egyenként 200 koronát kitevő és nyugdíjba is beszámítandó ötödéves korpótlék. Halottkémlesi és himlőoltási díj. Megbízás esetén ker. munkásbiztosító pénztári tiszteletdíj és kézi gyógyszerár-tartáshatási jogosultság.

500 korona megállapított lakáspénz, 500 korona megállapított útiátalány, látogatási és rendelési díj és a m. kir. belügyminister úr 30.429/1913. sz. rendeletével az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 16. §-a alapján engedélyezett évi 1200 korona helyipótlék.

A körorvos köteles a körbeli trachomásokat és vagyontalan betegeket díjtalanul, a többieket egyelőre az egyezségileg megállapítandó díjakért gyógykezeltetni, köre községeit minden évben május 1.-étől október végéig havonként egyszer, november 1.-étől április végéig kéthetenként egyszer beutazni, a trachomásokat kezelni és Jánosgyarmat meg Garamkürtös községekben hetenként kétszer trachomarendelést tartani, mihez képest a trachomakurzust végzett pályázók előnyben részesülnek.

A körbeli trachomások gyógykezeléséért és az előző pontban érintett trachomarendelésekért a belügyministeri tárczából évi 850 korona kezelési és útiátalány szokott engedélyeztetni.

Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ára való hivatkozással megjegyzem, hogy a körorvosi körben a lakosság túlnyomó része németül és tótul beszél.

Felhívom mindazon orvostudorokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényüket hozzám **f. évi szeptember 12. napjáig** nyújtásuk be, mert a későbbben érkezőket figyelembe venni nem fogom. A választást Jánosgyarmat községben a körjegyzői irodában **f. évi szeptember 16.-án d. e. 9 órakor** fogom megtartani.

G a r a m s z e n t k e r e s z t, 1913 augusztus 12.

Finka Sándor, főszolgabíró.

1591/1913. szám.

Jász-Nagykun-Szolnok vármegyei I. Ferencz József-közkórházban *folyó évi október 1.-ére* megüresedő *segédorvosi állásra* pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: évi 1600 korona fizetés, teljes ellátás; kinevezés két évre történik s megújítható. Időközi távozás esetén két hónapi felmondási idő kötelező. A kórházi szabályok a segédorvosra is kiterjednek.

Pályázhat felavatott orvos. Kórházi kötelező gyakorlat itt is teljesíthető, kivéve szülészetet. Kérvényhez oklevelet, illetve avatási bizonyítványt kell csatolni, esetleg más okmányokat, eredetiben vagy hiteles másolatban. Ki kell mutatni a katonai szolgálati viszonyt is, s a már teljesített kórházi gyakorlati hónapokat.

Kérvényt méltóságos *Horthy Szabolcs* főispán úrhoz intézve, hozzám **folyó évi szeptember 7.-éig** kell beadni.

S z o l n o k, 1913 augusztus 16.

Papp Gábor dr., igazgató-főorvos.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Alexander Béla: Fejezet a röntgenológiából: Történeti mozzanatok. Lenard és Röntgen. A kisülési cső mai alakjának fejlődése. 635. oldal.

Bogdánovics Mihály: Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egy. I. sz. női klinikájáról. (Igazgató: Bársony János dr., egyetemi nyilv. r. tanár.) Nephritis és terhesség. 638. lap.

Dörner Dezső: Közlemény a budapesti kir. magyar tudomány-egyetem orr- és gégeorvostani klinikájáról. (Igazgató: Ónodi A. dr., egyetemi tanár.) A budapesti kir. magyar tudományegyetem orr- és gégeorvostani klinikájának betegforgalma az 1910–1912. évben az érdekesebb esetek ismertetésével. 644. lap.

Kollarits Jenő: Kell-e a tüdőbetegnek tudnia, hogy mi a baja? 646. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Schaffer Károly: Hirnpathologische Beiträge. — Új könyvek. — *Lapszemle. Belorvoson. H. Hohweg:* Vesemedenceöblögetés vesemedenczgyulladás ellen. — *Sebészet. Hossley és Coleman:* A bél devascularisatiója. — *Elmekörtan. P. Naecke:* A homosexualitás és aetiologiája. — *Venerés betegségek. H. Boruttan:* A kenőkrával járó kénesoresorptio. — *Húgszervi betegségek. G. Luys:* Az ondókivezető-csővecskék katheterismusa. — *Orr-, torok- és gégebajok. G. Hofer:* A Perez-féle bacteriumnak a genuin ozaenához való vonatkozása. — *Kisebb közlések az orvostudományról. Ehrmann:* A cardiovascularis tünetek jelentősége a coma diabeticumban. — *Klare:* Heveny izületcsúsz. — *Grünfelder:* Gyermekkori spasmodia és tetania. — *Böning:* Codeonal. 648–651. lap.

Magyar orvostudomány. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 651. lap.

Vegyes hírek. 651. lap.

Tudományos társulatok. 652–656. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Fejezet a röntgenológiából:

Történeti mozzanatok. Lenard és Röntgen. A kisülési cső mai alakjának fejlődése.

Irta: **Alexander Béla** dr., egyetemi magántanár, az egyetemi központi Röntgen-intézet vezetője, poliklinikai főorvos.

Az x-sugaras tudomány (röntgenologia) keletkezésének és fejlődésének megértése céljából szükséges — legalább röviden — egyes physikai kísérletekről megemlíteni, melyek sok esztendőre, évtizedekre terjedve, szétszóródva, látszólag összefüggés nélküli mozzanatoknak tekinthetők, de melyek valóban mégis összefüggő láncolatot alkotnak, egymásból folynak és sok kutató nevéhez fűződnek.

Ezen kísérletek, vagy jobban mondva kísérleti eredmények úgyszólván fokozatos fejlődését mutatják egy dolognak, t. i. a lényegében meg nem oldott természeti erő, a *villamososság* tulajdonságainak lassú megismerését.

A midőn a kísérletek azon pontig jutottak, a hol kimutatva lett, hogy a *nemleges villamososság*,¹ ha igen ritkított levegőben haladva, útjában szilárd anyaghoz (testekhez) ütközik, átalakul a még 1905 végén nem ismert, szilárd testeken áthatoló, nem látható sugarakká,² az orvosi tudománynak nagy segítő eszköze támadt, melynek segédelmével a szervezetben véghezment vagy véghezmenő változásokat felismerni és észlelni tudjuk.

¹ *Lenard:* „Die Strahlen sind nicht geschleuderte, elektrisch geladene Moleküle, sondern sie sind einfach geschleuderte Elektrizität. Elektrizität ohne Materie . . . Vor allem muss hervorgehoben werden, dass alles, was wir von Elektrizität sagen, nur von der *negativen* Elektrizität gilt, nicht von der positiven . . .“ „Ueber Kathodestrahlen.“ Nobel-előadás.

² A „nem látható sugarakat“ általában és specialiter a vegyületeket elbontó „ultraviola sugarakat“ *Herschel* fedezte fel 1800-ban.

A szervezetben véghezmenő folyamatoknak megfigyelése pedig úgy történik — minthogy nem láthatók a sugarak —, hogy szemünkkel észleljük és észlelésünk folyamán megbiráljuk azon változásokat, melyeket ezen sugarak *időlegetesen* (a bariumplatinacyanürrel vagy más hasonló, a sugarak hatása alatt fluoreskáló vagy phosphoreskáló vegyületekkel bevont papíron, úgynevezett ernyőn) vagy *véglegesen* elbontás által (bromezüstgelatinával bevont üveglemezen, fotografáló lemezen) idéznek elő bizonyos fémvegyületekben.

Az első kísérletek, melyek az x-sugarak megtalálására vezettek, *Faraday* nevéhez fűződnek,⁴ ki kevéssé ritkított levegőt tartalmazó kisülési csövekben tanulmányozta a villamososság viselkedését.

Utána *Plücker* tanulmányozta a gázelektromos jelenségeket és 1858-ban a „csillogó vagy ködfénysugarakat“ (*Glimmlichtstrahlen*), melyeket későbbben *Goldstein* „*kathod-sugaraknak*“ nevezett el.

Ezen sugarakat *Hittorf*⁵ is tanulmányozta, ki a gázok villamos vezetőképességével foglalkozott és kimutatta, *hogy azok mágnes közelítése alkalmával egyenes irányuktól eltérnek.*

Utána *Maxwell J. C.* és *Goldstein E.* hozták nyilvánosságra tapasztalataikat⁶ és végre *Crookes W.*,⁷ ki a ka-

³ Azok ismertetője, *Röntgen*, x-sugaraknak nevezte el: „Der Kürze halber möchte ich den Ausdruck „Strahlen“, und zwar zur Unterscheidung von anderen, den Namen „x-Strahlen“ gebrauchen. Ueber eine neue Art von Strahlen. Erste Mitteilung. Sitzungsbericht der physik.-mediz. Gesellschaft zu Würzburg, 1895 Dezember.

⁴ *Faraday*-féle sötét tér a gázelektromos jelenségek tanulmányozására használt kisülési csövekben. *Faraday M.*: Experimental Researches in Electricity. 1860 és előbb.

⁵ *Hittorf:* Ueber Elektrizitätsleitung der Gase, 1869.

⁶ *Maxwell J. C.*: A Treatise on Electricity and Magnetism. 1873. *Goldstein E.*: Ueber elektrische Entladungen in verdünnten Gasen. 1876.

⁷ *Crookes W.*: Strahlende Materie oder der 4. Aggregatzustand. 1879.

thodsugarakat érte, a „sugárzó anyagról“ vagy „negyedik halmazállapotról“ beszélt.

Főképpen *Hittorf* és *Goldstein* voltak azok, kik a „ködfénysugarakat“ vagy „kathodsugarakat“ behatóan tanulmányozták, melyek a kisülési csőben (*Geisler*-csőben) a villamos áram kiegyenlítődéseképpen létrejönnek akkor, ha az eszközben a levegőritkítás 0.1—0.01 mm. kéneső-nyomásnak felel meg.

A kísérletezésre szolgáló zárt, egyenes csövek rendszeren úgy vannak felszerelve, hogy a plus (anod) és minus (kathod) elektrod sík alumíniumlemezben végződik.

Ha kellő mértékben ritkított levegőt tartalmazó csővön keresztül villamos áramot vezetünk, akkor a minus elektrodnak vagy *kathodnak megfelelő alumíniumlemez közepéből halvány sugárkéve indul, mely haladtában kiszélesedik.*



1. ábra.

+ = anod; - = kathod; K = kathodsugarak.

Ezen sugárkéve tartalmazza a „ködfénysugarakat“, melyeket jelenleg „kathodsugarak“-nak neveznek, melyeket szemünk nem lát, de útjuk láthatóvá válik, minthogy fluorescenciát idéznek elő a gázban.⁸

Goldstein volt az első, a ki azt is kiderítette, hogy a kathodsugarak, melyek — mint *Hittorf* kimutatta — delej közelítésekor elhajlanak, ezen deflexiójuk alkalmával úgy viselkednek, mintha „minus villamossággal megtöltött anyagtól“ állnának.

*Crookes*⁹ 1879-ben összefoglalta a már meglévő tapasztalatokat és bővítette is azokat. Ő ugyanis még inkább ritkított levegőt tartalmazó kisülési eszközökön vezette keresztül a villamos áramot és tanulmányozta azon tüneteket, melyek ilyenkor létrejönnek.

Bemutatott kísérletei alkalmával bebizonyította újra:

1. hogy a kathodsugarak delej közelítése alkalmával útjukból eltérítetnek *Ampère* szabálya szerint (*Hittorf, Goldstein*);
2. a kathodsugarak ott, a hol a kisülési eszköz falát (üvegfalát) érik, fluoreskálást idéznek elő;
3. a kathodsugarak egyenes irányban terjednek, de útjuk nem lesz zavarva azáltal, hogy az anod (plus-sark) oldalt vagy a kathod (minus-sark) mögött áll vagy hengeralakban a kathodsark körül fut;
4. a kathodsugarak egyenes iránya mellett szól az is, hogy árnyékot vetnek;
5. a kathodsugarak a kísérleti csőbe helyezett és tengelyen forgó könnyű tárgyakat mozgásba hoznak, de minthogy
6. a kathodsugarak útjukba állított tárgyakat felmelegítenek (platinát is olvaszthatnak), azt kell mondanunk, hogy a könnyű tárgyak mozgásba helyezése is hőhatás eredménye (a mint *Crookes* kísérletei után derült ki).

Crookes szabatos és tiszta kísérletei igen nagy hatást gyakoroltak és azt eredményezték, hogy szorgos tanulmányozás tárgyává tették a „sugárzó anyag“-ot, a kathodsuga-

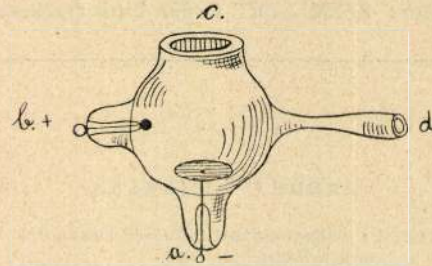
⁸ Ezen jelenséget különben minden úgynevezett „tüllagy“, azaz aránylag még sok levegőt tartalmazó x-sugaras csőben is látjuk, csak hogy a nem sík, hanem homorú kathodsészéből kiható sugárkéve nem fog széttérni, hanem ellenkezőleg, összecsúszol az antikathod felé való haladásában. Ha még több levegő vagy gáz van a csőben, akkor a homorú kathodsészé daczára a sugárkéve egy szélességű marad, a sugarak nem térnek össze. Ilyenkor a cső például kéznek átsugárzásához már csak annyiban lesz használható, hogy a csontok és a lágyrészek differenciálódni fognak, de csak úgy, hogy a csontok struktúráis képe nem jön létre. Végül látjuk azt is — ha még több levegő van a csőben —, hogy a kathodsugárkéve a kathodsészé homorú volta daczára távolabb attól szélesebb lesz, a sugarak eltérnek egymástól. Ilyen esetben a cső átsugárzásra már nem használható.

⁹ *Crookes*: Strahlende Materie oder der 4. Aggregatzustand, 1879. Angol munkájának német fordítása.

rakat, de mindannak ellenére azt lehet mondani, hogy a katódok éveken keresztül nem jutottak túl ezen kísérleteken.

*Hertz*¹⁰ 1883-ban közölte tapasztalatait a kathodsugarokról és midőn 1887-ben az ultraviola sugaraknak a villamos kisülésre gyakorolt hatásáról írt, már *Lenard Fülöp* is foglalkozott a kathodsugarak tanulmányozásával, nevezetesen azon kérdéssel, hogyan lehetne a tiszta kathodsugarakat a kisülési eszközből (a csőből) a szabad térbe kihozni, hogy azok tanulmányozása még tüzetesebb és könnyebb lehessen, mint zárt csőben, hogy sajátágaik megismerése hozzáférhetőbb legyen.

Kísérleteihez egy maga alkotta kisülési eszközt használt, melyről a mellékelt rajz nyújt felvilágosítást (kb. természetes nagyság).



2. ábra.

Lenard első kisülési készüléke (*Lenard* után).

Alul látható a — sark; az elektrodhoz fémlap van forrasztva, melyből a kathodsugarak indulnak, ha a fent látható nyílás (e) kellőképpen történt elzárása és a nyaknak (d) a légszivattyúhoz való forrasztása után, annak működésbe való hozatala által a levegő a kisülési eszközből kellő módon kiszivattyúztatott. A készülék bal felén látható az oldalt álló + elektrod (anod b).

A felső nyílást (c) *Lenard* kísérletezése alkalmával 2.4 mm. vastag quarzlemezrel zárta el légmentesen (ragasztással), mert nézete az volt, hogy a fénysugarak által annyira áthatolható — egészen átlátszó — quarzlemez legalkalmasabb lesz a kathodsugarak átbocsátására is.

Gondolatmenete a következő volt:

Ha a quarzlemezrel légmentesen elzárt csőben a levegő kellő mértékben ritkítva van, akkor a villamos áram megindítása alkalmával a fémlapból (kathod a) induló sugarak a quarzlemezen keresztül hatolva egyenesen a szabad térbe, a levegőbe jutnak, hol könnyen hozzáférhetők.

Annak megvizsgálása céljából, vajjon a kathodsugarak csakugyan keresztülhatolnak a quarzlemezen, *Lenard* annak külső felületére földalkali-phosphatszemeseket helyezett, mely anyag a kathodsugarak odaütődése, behatása következtében phosphoreskál.

A csőben levő levegőnek kellő módon történt ritkítása és a villamos áram megindítása után azt látta, hogy csalatkozott, mert az átlátszó quarzlemezre helyezett phosphatszemesek nem villantak fel, de a quarzlemezen túl, a szabad levegőben nem is tudott oly villamos hatást találni, mely minden kétség nélkül a csőből eredő sugarakra lett volna visszavihető.

Igy abbahagyta *Lenard* — ki akkor *Quincke* heidelbergi tanár segédje volt — ezirányú kísérletezését, melyet egy maga alkotta kéneső-légszivattyúval végezett és csak négy esztendővel később — 1892-ben —, a midőn *Hertz* tanár segéde lett, folytatta azt, főnöke kísérletezésének befolyása alatt, annak egyenes felszólítására.

Hertz tanár ugyanis azt találta, hogy igen vékony fémlapok, fémhártyák (alumínium-, arany- és ezüsthártyák, melyeket a könyvkötők használnak) áthatolhatók kathodsugarak által¹¹ és azt kívánta *Lenard*-tól, vizsgálná meg ezen

¹⁰ *Hertz*: Versuche über Glimmentladungen. 1883. Ueber den Durchgang der Kathodenstrahlen durch dünne Metallschichten. 1892.

¹¹ *Hertz K.*: Ueber den Durchgang von Kathodenstrahlen durch dünne Metallschichten.

folyamatot olyformán, hogy a vékony fémlémez a hosszúkás alakú kísérleti csövet két félre osztaná. Így lehetne a cső egyik felében a kathodsugarakat létrehozni, ezek áthatolva a vékony fémlémezen a kísérleti cső másik felébe, ott volnának vizsgálhatók.

Lehetne ezen második csőrészt, a hová behatoltak a kathodsugarak, teljesen is kiszivattyúzni, úgy hogy meg lehessen állapítani, vajjon a levegő akadályt gördít-e a kathodsugarak terjedésének útjába és így azt is, vajjon olyan folyamatot kell érteni a kathodsugarak alatt, mely az anyagban, vagy olyat, mely az aetherben folyik le.

Ha a tiszta kísérlet azt mutatná ki, hogy a levegő akadályt gördít a kathodsugarak tovaterjedésének útjába, nyilván aetherbeli folyamatot kellene látni a kathodsugarakban.

Lenard — mint maga mondja — végezte is ezen kísérletet, de vissza is tért 4 évvel előbb végzett kísérletéhez, melylyel a kathodsugarakat egyenesen a levegőbe, a szabad térbe akarta kihozni. Ez volt kutatásának célja.

Visszatért régi kísérleti eszközéhez (2. ábra); a felső nyílást nem quarzlemezrel, hanem közepén átlukasztott erős fémlémezzel zárta el, a fémlémez közepén levő nyílásra pedig alumíniumlemezt illesztett, melynek vastagsága körülbelül 10—15 alumíniumhártyának felelt meg.

Az eszközben kellő módon ritkította a levegőt, az alumíniumlemezeire egynéhány szemcse földalkaliphosphatot hintett és azután megindította az áramot.

Az eredmény meglepő volt; a fénysugarak által teljesen áthatolható, tehát átlátszó quarzlemez, mint kísérletei bizonyították, nem engedte át a kathodsugarakat, de az erős fémlémez nyílását elzáró alumíniumlemez, mely a fénysugarak által nem volt áthatolható, tehát átlátszatlan volt, keresztülbocsátotta a kathodsugarakat, mert a földalkaliphosphatszemszék felvillantak, s világítottak még akkor is, a mikor nem feküdtek az alumíniumlemezkén, hanem fölötté voltak elhelyezve.

A kathodsugarak az „alumínium“-ablakon keresztül kihatóltek a levegőbe, előidézve az itt elhelyezett anyag phosphoreszkálását.

Igy meg volt adva az alkalom arra, hogy Lenard a szabad levegőben vizsgálhatta a kathodsugarak természetét, és éppen ezen tény, t. i. a kathodsugaraknak a szabad levegőben való tanulmányozása vezetett, mint a történelmi egymásután kimutatja: 1. az x-sugarak megtalálására, 2. a radioaktivitás megtalálására és 3. a villamosságra és anyagra vonatkozó újabb, behatóbb nézetekre (Lenard).

A vizsgálatok megejtéséhez Lenard első eszköze nem volt elegendő; szükséges volt az alumíniumablakon keresztül hatoló kathodsugarak intenzitását növelni, azok előállítás feltételeit kedvezőbb alakra fektetni, így szükségessé vált új eszközt is összeállítani, melynek rajzát a következő ábra mutatja.

A rajz az egész berendezést feltünteti.

Lenard úgy végezte igen sok kísérletét, hogy az általa használt eszköz fémtokkal volt körüvéve, a mivel azt czélozta, hogy tisztán csak az alumíniumablakon keresztül hatoló sugarakat lehessen észlelni és hogy a vizsgáló figyelme csak a levegőben végbemenő folyamatra legyen terelve.

A mit kísérletei alkalmával talált, az a következő: szemünk nem látja az alumíniumablakon keresztül hatoló kathodsugarakat, de oly anyag, mely behatásuk alatt hidegen fénylik, phosphoreskál, láthatóvá teszi azokat.

Tehát ugyanaz az eljárás, melylyel az ultraviola sugarakat ki lehet mutatni.

Igy czélszerű, ha papirost, mely földalkaliphosphattal vagy bariumpatincyanürrel van bevonva, útjukba iktatunk; az ernyő felvillanása, fénylése mutatni fogja, hogy a kathodsugarak hatása alatt áll.

De a szemünkkel nem látható kathodsugarak kimutatására még egy másik módszer is áll rendelkezésünkre, t. i. a fényképezés. A kathodsugarak közvetlenül photographálhatók.

Ezen eljárás az ultraviola sugarak kimutatására is szolgál. Lenard azt is találta, hogy a kathodsugarak nem úgy terjednek a levegőben, mint a fénysugarak, azaz egyenes irányban.

Hasonlattal élve azt mondja: terjedésük a levegőben hasonló a fénysugarak terjedéséhez, ha kevésbé hígított tejbe hatolnak.

A tejben a benne foglalt apró zsírcseppek gátolják a fénysugarak rendes, egyenes tovaterjedését, a levegőben a gázok parányai azok, melyek a kathodsugarakat egyenes irányuktól eltéríteni tudják.

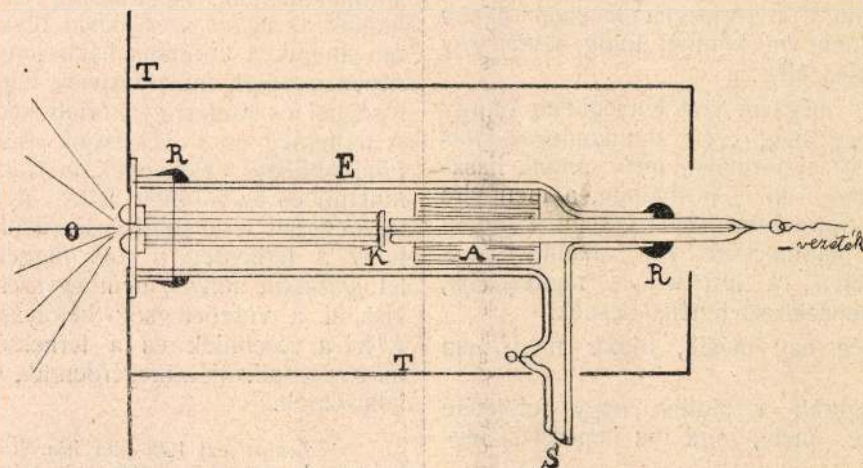
Ha azonban a kathodsugarak oly térbe hatolnak az alumíniumablakon keresztül, mely a lehetőség határáig légüres, akkor tovaterjedésüknek nincs akadálya és akkor az egyenes irányú, mint a fénysugaraké.¹²

Ezen tapasztalatok alapján azon következtetésre jut, hogy a kathodsugarak, úgy mint a fénysugarak, úgy mint a villamos és mágneses erő, aetherbeli folyamat és nem az anyaghoz kötött folyamat, mint a hang, a mely légüres térben nem terjed.

Ezen bizonyítékkal elesett Crookes hypothesis a „sugárzó anyagról,“ vagy „negyedik halmazállapotról,“ mert a kathodsugarak nem tovább lökött gázparányok, ez utóbbiak csak gátolják ezen sugarak tovaterjedését.

Ha azonban már a levegő gázparányai akadályképpen viselkednek a kathodsugarakkal szemben és elnyelik azokat, ha a teljesen átlátszó 2.4 mm. vastag quarzlemez a kathodsugarakkal szemben áthatatlannak bizonyult: önkéntelenül toló-

¹² Lenard ugyanazon eszközt és áramot használva, azt találta, hogy ha közönséges, tiszta levegőben a kathodsugarak 8 cm.-ig terjedtek, akkor légüres térben a terjedésük méterekre nyúlik, mivel a gázparányok által okozott absorptio és zavarodás elesik.



3. ábra.

Lenard berendezése a kathodsugaraknak szabad levegőben való tanulmányozására (a term. nagyság körülb. $\frac{2}{5}$ -e).
T = fémtok; E = kísérleti cső; R = ragasztások; S = mellékcső, mely a levegőritkítás alkalmával a légszivattyúhoz forrasztatik; K = kathod;
A = henger alakú anod; O = alumíniumablak, melyen keresztül hatolnak a kathodsugarak. (Lenard után.)

dott *Lenard* elé a különféle anyagok megvizsgálása arra nézve, hogyan viselkednek azok a kathodsugarakkal szemben.¹³

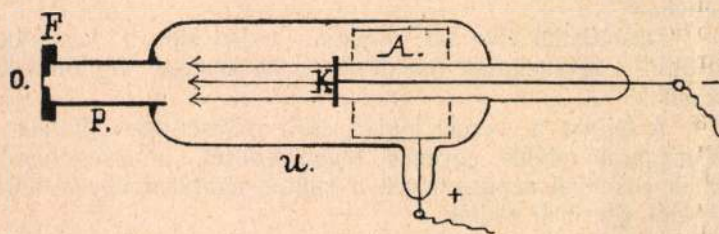
Itt csak a testek súlya jön tekintetbe és {nem játszik szerepet a testek vegyi összetétele.

Minden, a mi egyenlő súlylyal bír, egyenletesen absorbeálja a kathodsugarakat. Ha például egyenlő nagyságú és egyenlő vastagságú fémlamezkéket sugárzott át (arany, ezüst, alumínium), akkor legkevesebb kathodsugarat bocsát át az arany, legtöbbet az alumínium, mert az aranylemezke nehezebb, mint az ezüst és ez nehezebb, mint az alumínium; de ha egyenlő a lemezek súlya, egyenlő kiterjedés mellett az elnyelés is egyenlő.

Tehát az anyag mennyisége és nem az anyag minősége játszik szerepet a kathodsugarak elnyelésékor és az szerepel a kathodsugarak diffusz reflexiója alkalmával is.

Hogy *Lenard* könnyebben kezelhetővé tegye az általa használt eszközt, mely kissé esetlen és sok ragasztást igényel, más alakot adott neki, hogy általános használatba kerüljön és azt le is írta.¹⁴

Új eszközének összeállítását a következő ábra — 4. ábra — mutatja.



4. ábra.

Lenard-féle kisülési cső. A term. nagyság $\frac{3}{4}$ -e. A = anod (hengeralakú); K = kathod; P = platina-csőrésztlet; U = üvegcső; F = a platina-csőre srófolható, fémből álló zárórészlet (vastag); O = alumíniumablak. (*Lenard* után.)

Ez eszköz — mint látható — nagyon eltér az előbb nehézkes készüléktől.

Ugy ezen, mint az előbbi eszköz birtokomban van; mindkét csövet *Lenard* tanár részemre saját (heidelbergi) intézetében készítette 1905-ben.

Az alumíniumablak platina-csőhöz van alkalmazva, mely bele van forrasztva a kathodsugarakat szolgáltató üvegcsőbe; míg az előbbi eszközön nem volt elkerülhető a ragasztás, ez utóbbin az elesik.

Ezen újabb kisülési cső megszerkesztése után *Lenard*-nak meg kellett szakítani kísérletezését; de legjobb lesz, ha a dolog helyes megvilágítása céljából az ő szavait idézem:

„Nem nagyon örvendetes volt tehát reám nézve, hogy éppen e helyen szenvedett kísérletezésem tetemes megszakítást, először oly feladat által, mely *Hertz Henrik* kora halála következtében háramlott reám, t. i. „A mechanika elvei“ című munkájának kiadása, a mi nem volt könnyű dolog, azután egy theorias tanszéknek elfoglalása által.

Alig érdemel szót, de mégsem volt lényegtelen a tárgy továbbfejlődésére nézve, hogy még ezen munkamegszakítás előtt terveztem a kisülési cső új formáját, mely annak használatát könnyíteni volt hivatva; ki is próbáltam, a mennyire lehetséges volt és közhasználatra alkalmassá tettem. Ezen a csövön az ablak elzárása platina-csőre van alkalmazva, a mely az üvegbe van forrasztva; a terjedelmes ragasztások, melyek a cső használatát nehézkessé tették, elesnek.

A cső ezen alakja még egy másik, akkor még nem sejtett tulajdonsággal bír.

Az intenzív kathodsugarak a platina nagy felületére találnak, azon fém felületére, mely, mint ma ismeretes, leg-

¹³ *Lenard*: „Über die Absorption von Kathodenstrahlen“. *Wiedemanns Annalen*. 56. köt. 1895 október.

¹⁴ Über Kathodenstrahlen in Gasen von atmosphärischem Druck und im äussersten Vakuum. *Wiedemanns-Annalen*, 1894, 51. köt.

jobban változtatja át azokat a — még akkor ismeretlen — *Röntgen*-féle sugarakká.¹⁵

Ezen sugarak itt ennél fogva nagy mennyiségben keletkeznek és azonkívül alkalmunk van, hogy az észlelési térbe hatoljanak, a mi nem volt lehetséges az előbbi csőalakon, hol azt a nagy és vastag fémburok, mely a kathodsugarak útjában állott, megakadályozta.

A nemsokára bekövetkezett felfedezését ezen sugaraknak *Röntgen* által általánosságban véletlen felfedezés példájának tekintették.

Tekintve azonban, hogy a cső meg volt adva, hogy az észlelő figyelme már el volt terelve annak belsejétől a külső környezetre, tekintve, hogy a cső céljának megfelelő phosphoreszkáló ernyők is megvoltak, úgy látszott nekem, hogy ezen felfedezésnek a dolog fejlődése ezen pontján szükségképpen be kellett következnie.“

Lenard kísérletei egészen harmadik kisülési csővének alkotásáig közvetlenül érintenek bennünket, mert ez volt oka annak, hogy *Röntgen*, ki elsőnek használta ezen eszközt, megtalálta az x-sugarakat, illetőleg azzal kísérletezve, megtalálta a *Lenard*-féle cső által szolgáltatott x-sugarakat.

Lenard az új csövet tárgyaló ismertetése¹⁶ 1894-ben jelent meg és *Röntgen* 1895 december havában tett először közlést az „új“ sugarakról.

1896 január hó 23.-án tartotta első előadását a wüzburgi természettudományi-orvosi társulatban és ez alkalommal demonstrált is *Koelliker* tanár kezéről készített képet, ki az előadás befejeztével azt mondta, hogy 48 évi tagsága alatt ily nagy horderejű előadást a társulatban még nem hallott, egyszersmind azt indítványozta, hogy a *Röntgen* tanár által ismertett és általa „x-sugarak“-nak elnevezett új sugarak „*Röntgen*-féle sugarak“-nak neveztesse el.

(Folytatása következik.)

Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem I. számú női klinikájáról. (Igazgató: Bársony János dr., egyetemi nyilv. r. tanár.)

Nephritis és terhesség.

Írta: *Bogdánovics Milos* dr., tanársegéd.

Az emberi szervezet különböző részeinek tanulmányozása közben az egyes szerveknek, azok munkájának, az e munkában található hibáknak megismerését és kiigazítását szándékoló módokat kutatásában az orvostudomány ma mindinkább eltagolódik specialisan valamely szerv vagy szervcsoport körül. Azonban vannak egyes a belgyógyászt, a sebészt, a gynaekológust egyformán érdeklő határterületek, a melyekhez tartozó szervek működésének egymásrahatásában a folytonos bűvárkodás és haladás mellett sem jutottunk végleges megállapodásra, nevezetesen, ha a puerperiummal komplikálódnak. A terhesség és szülés alatt ugyanis támadhatnak az egyes szervekben olyan elváltozások, melyek gyakran átlépik a normalis határokat és kórossá válhatnak, különösen a vesék működésének ingadozásai bírnak nagy jelentőséggel és fontos gyakorlati kérdések elé állítják az orvost. A terhesség és a vesebajok összetalálkozása ugyanis nem tulajdonítható véletlennek, mert kapcsolatot közöttük ki tudunk mutatni és az többféle lehet. A terhességhez szövődhetik az úgynevezett terhességi vese kifejlődése, máskor meg azt látjuk, hogy a terhesség a tőle függetlenül fennálló vesebetegség lefolyásában súlyos, nem egyszer végzetes fordulatot okoz és viszont a vesebetegség befolyásolja a terhesség lefolyását. Azért a vesebajok és a terhesség összetalálkozásából származó complicatiók megérdemlik, hogy velük behatóbban foglalkozzunk.

¹⁵ *Lenard* ezt 1906-ban írja (Über Kathodenstrahlen, Nobelvorlesung), de *Villard* már 1896-ban ajánlja a magasabb hőfokot elbíró iridiumot.

¹⁶ Über Kathodenstrahlen in Gasen von atmosphärischem Druck und äussersten Vakuum“ 1894. a) Sitz.-Ber. der Berliner Akademie v. 12. Jän. 1893. b) Terjedelmesebben: *Wiedemanns-Annalen*. 3. köt.

Ha történeti visszapillantást vetünk arra vonatkozólag, hogy minő jelentőséget tulajdonítottak a régi bűvárok a veséknek a terhesség alatt, akkor a feljegyzésekből megtudhatjuk, hogy már az ókor orvosai előtt ismeretes volt a terhesek duzzadtabb külseje, a miről *Hippokrates* is beszél. Azonban csak 2000 év múlva kezdtek az orvosok érdeklődést mutatni ezen jelenséggel szemben. 1818-ban az angol *Blackell* volt az első, ki a terhesek vizeletében fehérjét talált; a figyelmet azonban a vese felé tulajdonképpen *Rayer* és *Lever* irányította az 1840 utáni években. *Rayer* (1841-ben) terheseken észlelt kórfolyamatot, a mit „nephrite albumineuse“-nek nevezett. *Lever* (1843-ban) az általa észlelt valamennyi terhesség és szülés alatt jelentkező eklampsiák alkalmával fehérjét talált a vizeletben és reámutatott az albuminuria és eklampsia közötti összefüggésre. A terhességgel összefüggő albuminuria tanát tovább vitte *Frerichs* (1851), a ki már a terhes nők Bright-kórjáról ír. Ha a következő dolgozatokból (*Litzmann*, *Rosenstein*, *Bartels*, *Hofmeier* stb.) a terhességgel kapcsolatos kórkép keletkezésének mechanizmusát nem is tudjuk, azonban jól ismerjük *Leyden* idevágó közleményei óta (1880) annak klinikai vonásait. *Leyden* határozta meg a terhességi vese fogalmát, mely kórképnek tulajdonsága az, hogy csak a terhesség alatt keletkezik és annak lefolyása után a vese rendszerint gyorsan és tökéletesen gyógyul. Ezen terhességi „nephropathia“ észrevétlenül, lappangva fejlődik ki a terhesség második felében, legtöbbször annak utolsó harmadában; jelenlétét a vizeletben kimutatható fehérje jelzi. A terhes asszonyok 10%-ának a vizeletében időnként fehérjét lehet kimutatni, 5%-ban állandó a fehérje benne és körülbelül 1%- azoknak a száma, a kiknek vizeletében vesealakelemeket is lehet találni. A klinikai tünetek úgyszólván lépést tartanak a vizeletben kimutatható fehérjemennyiséggel; kevés fehérje mellett mérsékelt oedema támad a bokák körül, nagyobb albuminuria mellett találjuk a lábszárok, a genitáliák vízenyős duzzadását, a mi ritkábban ráterjed a has bőrére, a kezekre és az arcra. Ezen vesetünetek fokozódhatnak a szülésig és legtöbbször lefolyának enyhén, a nélkül, hogy a szülők állapota veszélyeztetnék. Néha azonban hirtelen rosszabbodás állhat be, a fehérjekiválasztás jelentékenyen fokozódik a vizeletmennyiség lényeges csökkenése mellett, a vízenyő nagyobb kiterjedést ölt, majd általános rosszullét, hányás, gyomorpanaszok, fejfájás és látás-zavarok mutatkoznak, a melyekkel mintegy prodromákkal jelzi magát a netalán kitörő uraemiás vagy eklampsiás roham.

Súlyosabb terhességi veseelváltozásokat először terheseken gyakrabban látunk, mint többször terheseken. *Saft*, *Zangemeister* nagyobb statisztikája szerint fokozottabb albuminuria primigravidákban 2,7%-ban és multigravidákban 1,7%-ban fordul elő; kifejlődésére az ikerterhesség, hydramnion különösen praedisponál. Szülés után az albuminuria és hydrops legtöbbször gyorsan teljesen megszűnik, azonban előfordulhatnak esetek, a melyekben a terhességi vese átmenetileg chronikus parenchymás és interstitialis nephritisbe (*Hofmeier*, *Flaischlen*, *Saft*, *Seitz* stb. esetei); ezt látjuk ismételt terhesség esetén, a mikor a már egyszer megtámadt és gyengült vesék működésében ingadozások vannak. Elvitázhatatlanul bebizonyított tényként említi számos szerző (*Litzmann*, *Fehling*, *Grossmann* stb.), hogy a terhességi nephropathia a későbbi terhesség alatt recidiválhat. Azonban nem zárható ki, hogy ezen esetekben a közti időben latens chronikus nephritis állott fenn, a mely talán régiebb a terhességnél, csak nem tudtunk a fennállásáról.¶

A terhességi vesebaj keletkezésének magyarázataként számos hypothesisról találunk feljegyzéseket. A szerzők egyik csoportja mechanikai momentumokra vezeti vissza az okokat: a terhes méh összenyomja a vese véreit (*Frerichs*, *Litzmann*, *Rosenstein*, *Brown-Sequard* stb.), komprimálja az uretereket (*Bamberger*, *Halbertsma*, *Löhlein* stb.), a fokozódott intra-abdominalis nyomás következtében albuminuria keletkezik (*Rosenstein*, *Leyden* stb.), reflexes anaemia a vesearteria görcse folytán, kiváltva a genitáliák érző idegeinek az ingerlése által (*Cohnheim*, *Spiegelberg*, *Schroeder*, *Fehling* stb.). A másik cso-

port toxicosisnak tulajdonítja a vesében előforduló folyamatot (*Bartels*, *Peter*, *Bouchard*, *Fehling*, *Veit*, *Schmorl* stb.) és a mérge forrását a foetusban, placentában, syncytiumban véli megtalálhatni. Nem hagyhatom említés nélkül, hogy mint minden kórfolyamatnak, ennek is parasitarius okot tulajdonítottak (*Doleris*, *Gerdas*, *Herrgott*, *Mannaberg* stb.); általánosságban azonban azt hiszik, hogy az okot a foetusból az anyai organismusba jutó mérgekben kell keresni. Ezt a felfogást támogatják azok a tapasztalatok, a melyek szerint a súlyos esetek is gyorsan gyógyulnak a terhesség befejezése után. Ha azonban tekintetbe vesszük, mennyire csekélyek a terhes nők ezen vesebajában a vese szöveti elváltozásai, a melyek tiszta esetben alig állanak másból, mint a kéreg csatornácskájának mérsékelt kitérüléséből, ezek hámjának jelentéktelen degenerációs elváltozásából és a glomerulushám elzsírosodásából, akkor lehetetlen nem gondolni arra, hogy a terhességi albuminuria toxikus és mechanikai befolyásoknak közös eredménye lehet (*Korányi*), minden esetben azonban kizárt dolog a folyamat gyuladós természetét.

A tisztán terhességi vesével összefüggő tünetek a gyermekágyban pár nap alatt elmúlnak; előfordulhat, hogy enyhe albuminuria még heteken, hónapokon át tart, azonban a prognosis mindenkor jónak mondható. Súlyosabb természetű complicatiók ritkábban támadnak, ezek között az eklampsia bir legnagyobb jelentőséggel, mert pathogenesisében a veseelváltozásoknak tulajdonítanak nagy szerepet. (*Zangemeister* szerint az eklampsia a terhességi nephritisek 8%-ában fordul elő.) Az eklampsiában csak ritkán hiányzó albuminuria a veseszövet insufficientiájának a jele; a vese az a szerv, a mely legérzékenyebb a még ismeretlen, titkos mérge iránt és a mely hivatva is volna annak kiválasztására; ha a vese működése inog, akár úgy, hogy már a terhesség előtt volt beteg a vese, akár hogy csak a terhességgel járó túlterhelést nem bírta elviselni, az ilyen terhességi vese mintegy praedisponál a rángógörcsökre.

Egy másik complicatio volna a retinitis albuminurica. *Silx* szerint 3000 terhességre egy esett. Ezen látás-zavarok, épp úgy mint a terhességi vese, a terhesség második felében szokták kezdetüket venni és előbb csak a centralis látásélesség gyengül. Néha találkozunk hirtelen jelentkező teljes amaurosissal, a mely átmeneti lehet, pl. uraemia, eklampsia következményeként, azonban teljes megvakulásról is olvashatunk. Hirtelen megvakulás csak ablatio retinae után támad, a mi ritkább tünet. *Helbron* az egész irodalomból 21 esetet gyűjtött össze, ezek között csak *Lotz* említi egy teljes megvakulást. Ismétlődő terhesség esetén a retinitis recidiválni szokott és ekkor a prognosis rossz, bár teljesen elmaradhat még akkor is, ha a terhességi vesebaj újból beáll. (*Randolph*, *Ahlfeld*, *Axenfeld* stb.)

Már előzőleg fennállott nephritist lényegesen befolyásolhat egy bekövetkező terhesség. A chronikus vesebaj súlyosbodhatik már a terhesség első hónapjaiban, okozhat vérzést a retinán, hemiplegiákat, apoplexiákat (*Fehling*, *Danich*); előrehaladott, progrediáló nephritisek, ha hozzájuk myocarditis is társul (*Jaschke*), veszélyeztetik az asszonyok életét, 12%—40% mortalitásról olvashatunk (*Lwoff*, *Fehling*, *Fellner*). Az eklampsia a szerzők egybevágó véleménye szerint ritkábban lepi meg a chronikus nephritissel terheseket (*Schroeder*, *Hofmeier*, *Fehling*, *Olshausen*, *Zweifel* stb.). Nevezetes ugyanis, hogy a már előbb ingadozó, chronikusan beteg vesék jobban eliminálnak, mint azok, melyek mintegy hevenyen, csak a terhesség folyamata alatt lettek beteggé. Ha azonban az eklampsia kitört, a prognosis a lehető legrosszabb, a betegek felénél több elpusztul, a többi is a kisebb ellenállás folytán súlyos gyermekágyi zavaroknak lehet kitéve (*Hofmeier*).

Nem kevésbé nagyjelentőségű azon tapasztalati tény, hogy a súlyosabb vesemegbetegedések a terhességben veszélyeztetik a magzatok életét, ezeknek a csaknem egybehangzó statisztikai adatok szerint (*Fehling*, *Hofmeier*, *Fellner*, *Wippermann*, *Lwoff* stb.) alig 20—30%-a marad életben. A többi 70% nagyobb része elhal már a méh üregében és halva vagy macerálva születik, a sok idő előtt élve szü-

letett vagy koramagzat pedig a rossz fejlettség következtében pusztul el. A vesebajos anya magzatát sok oldalról fenyegeti veszély. Megmérgezzük azt a vesebaj folytán felhalmozódó toxikus anyagok, veszélyeztetik az életét a placenta megbetegedései vagy a szülőtevékenységnek idő előtti megindulása. A placenta efajta betegségeit illetőleg újabb több teoriával találkozunk, ilyenek a *Fehling* által ismertett fehér infarctus, kisebb vérzések a placéntában (*Blot*), a placenta szövetében lezajló finomabb elváltozások, mint a bolyhok ereinek obliterációja, a decidua gyuladásszerű elváltozásai, a lepény oedemája (*Hofmeister, Cohn, Opitz* stb.). Vesebaj, különösen chronikus nephritis eseteiben a rendes helyen tapadó lepény időelőtti leválásával is gyakrabban találkozunk. Chronikus nephritis eseteiben ugyanis a vérerek falazata degenerálódik, törékenyebb, szakadékonyabb lesz, fokozottabb vérnyomás következtében vérzések támadhatnak a deciduában, a melyek a lepény leválását hozhatják létre. A mióta *Winter* felhívta a figyelmet a nephritis és lepényleválás közötti oki összefüggésre, igen sok ismertett eset szól annak valószínűsége mellett. *Zaharescu* legújabb statisztikája szerint 1706 szülésre csak egy ilyen complicatio esik, az anyák mortalitása azonban 30%, a magzatoké pedig 95%, tehát alig marad 4–5% magzat életben.

A mint az elmondottakból kitűnik, a terhességgel kapcsolatos vesebajok igen súlyos complicatióknak tekintendők; az anyák, de különösen a magzatok élete veszedelemben forog.

Lássuk már most röviden, mit tegyünk ezen veszedelemnek elhárítását illetőleg, minő prophylaxisos eljárásokkal vessünk gátat súlyosabb baj kitörésének. Már normalis terhesség esetén is a szokottnál fokozottabb mértékben van igénybe véve a vese, mint az elhasznált anyagokat kiválasztó szerv, ezért annak működése különösebb gondal figyelandó. Fehérje a vizeletben, még inkább vesehámsejtek és elfajult hengerek vagy magasabb vérnyomás egymagában is mutatják, hogy a vesék erőlködnek. A vese munkáján tudunk segíteni, minden izommunkának a kikapcsolásával, ágyban való nyugodt fekvéssel és szigorú diéta kezeléssel átvihetjük az asszonyt az egész terhességen s a vesebajos asszony is megszülhet minden súlyosabb szövődmény nélkül. Ha már az előző terhességek alatt vesebajos volt az asszony, vagy éppen rángógörccsöt kapott, óvjuk a fogamzástól mindaddig, a míg a veséje teljesen meggyógyult. A nephritis acut és subacut formáiban minden körülmények között óvakodjék az asszony a teherbejutástól. Netaláni terhesség esetén, hacsak életveszélyes tünetek érélyes beavatkozást nem követelnek, elsősorban csak diéta és hygienés a therapia. Ha e therapiára nem javul az állapot, nagyobb fokú oedemák támadnak, a vizelet mennyisége folytonosan csökken, fehérjetartalma azonban fokozódik, szemcsés cylinderekkel és vörös vérsejtekkel, akkor kifejlődhetnek azok a körülmények, melyek a magzat intrauterin elhalását vagy időelőtti megszületését vonják maguk után, másrésről az anyát döntik veszélybe, mint az eklampsia, az uraemia, a látás-zavarok, complicatiók a szív részéről stb. Ilyen körülmények között a terhesség megszakítandó. A terhesség kiviselésének veszélyeivel mindenkor szembe kell állítanunk megszakításának eshetőségeit és minél közelebb jutunk a magzat életképességének idejéhez, annál inkább kell a conservativ álláspont érvényesítésére törekednünk; ha pedig a terhesség megtartása mellett döntünk, akkor a beteg lehetőleg olyan intézetben helyezendő el, a hol nemcsak a veseinsufficiencia therapiájának minden eszköze rendelkezésünkre áll, de módunkban van szándékunk megváltoztatásával a terhesség azonnali befejezése, mihelyt azt a változott viszonyok fenyegetővé fordulása megkívánja (*Korányi*).

Ezek előrebocsátása után szándékozom saját észleléseimet az eddig elmondottak figyelembevételével ismertetni. Tárgyalásom anyagául felhasználtam az I. számú női klinikán 1903—1912. években, tehát 10 év alatt lefolyt 16.669 szülésre vonatkozó feljegyzéseket. Az első nyolcz évben a vizeletvizsgálatok csak ott történtek, a hol a vesék működésében valami zavart tételeztünk föl. Az utolsó két évben rendszere-

sen vizsgáltuk minden szülő nő vizeletét. A fehérje kimutatását 20%-os sulfosalicylsavval végeztük, a fehérje mennyiségét pedig *Esbach* szerint határoztuk meg. Fehérjevizelés esetén a centrifugált vizeletben mikroskoppal kutattunk alak-elemek után.

A 16.669 eset közül 992-ben találtunk fehérjét a vizeletben, a mi 5.9%-nak felel meg. Nagyobb ezen arányszám, ha alapul veszem az utolsó két év szüléseit, a mikor rendszeresen történtek vizeletvizsgálatok; ezen két év 4301 esete közül 656-ban (= 16%) volt fehérje a vizeletben, és pedig 380 (= 58%) primiparában és 276 (= 42%) multiparában.

Az albuminuria aetiologiáját illetőleg azt találjuk, hogy ikerterhesség, a mely munkatöbbletet ró az anya veséire, 8 esetben szerepel (6 I.-P. és 2 II.-P.), hydramnion 5 esetben (1 I.-P. és 4 M.-P.). A feljegyzésekből azt a következtést vonhatjuk le, hogy azok a vesék, melyek a gyermekkorban betegek voltak, pl. scarlatina folytán, inkább reagálnak a terhesség okozta megterhelésre; így látjuk, hogy 656 szülő nő közül 185 = 28.2% esetét át gyermekkorában fertőző betegségen. Uretercompressiót és következményes uretertágulatot a 38 bonczolt eset közül 15-ben = 39% találtunk, ezekből 7-ben következményes hydronephrosist mutatott ki a bonczolás.

Az albuminuria foka különböző volt; 106 esetben *Esbach* szerint 1%-nál több volt a fehérje mennyisége:

10/100	20/100	30/100	40/100	50/100	60/100	70/100	8—9/100	10—11/100	12/100	13—14/100
19	10	15	10	5	12	11	5	5	7	3

Három ízben (593/516, 1904; 424/397, 1910; 1767/1579, 1910) 18% egy halálosan végződő interstitialis nephritisben pedig a fehérje sulfosalicylsavval összeálló és százalékban meg nem határozható tömeget alkotott.

Ha a vizelet nagyobb fehérjetartalmából, a mikroskoppal kimutatott vesealakelemből, az oedemából következtetnünk szabad a vesék betegségére, akkor eseteink közül 74-ben (= 0.5%) találkozunk nephritissel. Ezen 74 eset közelebbi ismertetése jelen értekezésem tulajdonképpeni tárgya. A nephritisnek fontos tüneteként szerepel a vizeletben kimutatható alakelemek jelenléte s különösen a cylindruria.

Leggyakrabban láttuk a szemcsés cylindereket 67.6%-ban, második helyen voltak a hyalin cylinderek 56%-ban, igen gyakran szemcsésekkel együttesen; az esetek 1/3-ában 35%-ban találunk epithelcylindereket; 25.3%-ban veseepithel részben elszórtan, részben szabadon, részben epithelcylinderek kíséretében; néhányszor láttuk őket elzsirosodva vagy széteső törmelékek alakjában. A centrifugált vizeletben találunk még 12.6%-ban leukocytákat és 17%-ban vörös vérsejteket, az utóbbikat főleg eklampsiásokban.

Mint másik jellegzetes tünet szerepelnek az oedemák, a melyek tulajdonképpen először hívják fel a figyelmet a vese betegségére és adnak impulsust a vizeletvizsgálatra. Az alsó végtagokon és nagy ajkakon láthatunk terhesség alatt oedemákat albuminuria nélkül is, azonban ha a vizenyő egyéb testrészekre is kiterjed, általánossá lesz, akkor az jóformán bizonyossággal jelzi a veseműködés zavarát. *Leyden* vizsgálataiban arra az eredményre jutott, hogy az oedema rendszerint a veseaffectio kezdete, mely után később áll be az albuminuria, összefüggés a kettő között mindenképpen fennáll. Szülési naplóinkban úgy találtam, hogy nephritis oedemával 65 esetben (= 87.8%) komplikálódott; 53 esetben csak az alsó végtagokra terjedt, 12-szer a nagy ajkakra, 15-ször volt a hasfalak bőre vizenyős, 19-szer pedig az arc- és szemhéjak; két esetben ascites volt jelen és 6-szor (= 8%) universalis oedema. A feljegyzésekből kitűnik, hogy legtöbb esetben az oedema a terhesség végén, de néha hónapokkal előbb keletkezett; a fehérjemennyiségnek fokozódásával az oedemák is fokozódtak és csökkentek a fehérje kevesbeadásával.

Az oedemák beállásakor sok esetben más tünetek is jelentkeztek, így 36-szor (= 48,7%) szédülés és fejfájás, 8-szor émelygés és hányás nagyfokú nyugtalansággal. Ezek az úgynevezett könnyű uraemiás jelenségek, a melyeket gyakran egymagukban észlelünk vagy pedig mint súlyosabb complicatiók prodromáit. 3 esetben uraemiás coma keletkezett, az egyikben a szülőnő halála után sectio caesareát végeztünk élő magzattal, a másikban művi koraszülést indítottunk meg, a harmadikban pedig a szülés spontán folyt le.

Az esetek a következők:

1. 781/721. 1905. F. R., 41 éves, VI.-P. Szülőfájásai közben egyszerre heves fejfájást érzett, majd pár órával később görcsös rohamok lepték meg, eszméletét elvesztette. A szülőnőt július 9.-én délután 1 óra 40 perczkor hozzák a klinikára. Status: Az asszony comában fekszik, nyugodt, egyenletes légzéssel, kérdésekre nem reagál. A hő 36,9°, a pulsus 68, telt. A bokák, a lábszárak oedemásak, a szemhéjak duzzadtak; a vizeletben sok fehérje, fajsúlya 1007. A portio $\frac{1}{2}$ cm., a méhszáj ujynyi, a burok ép, a fej a bemenet fölött még mozgatható. II. koponyafekvés. Jó magzati szívhangok. Észlelésünk alatt 5–15 perczes időközökben ismétlődő uraemiás görcsök jelentkeznek kiskökö cyanosissal; a pulsus 64–68 között, peczelő. Morphium-befecskendezésekre a vajúdo állapota úgy látszik mintha javulna, elég sok erőteljes szülőfájása is van. Minthogy a rohamok nem adták az eklampsia képét, az asszony állapota sem látszott válságosnak, várakozó állápontra helyezkedünk addig, a míg könnyebb beavatkozású műtéttel is befejezhetjük a szülést. Délután 4 óra 35 perczkor az addig nyugodtan fekvő és aludni látszó asszony légzése hirtelen hörgővé válik, lassú és felületes lesz, nagyfokú cyanosis jelentkezik, száján előbb hab jön ki, majd száján és orrán kávéaljszerű folyadék. Coffein-kámforinjekciókra, mesterséges légzésre a pulsus nem javul, alig tapintható, majd teljesen kimarad a légzés és utána csakhamar a pulsus is; szív működés nincs, a cornea nem reagál. Exitus délután 4 óra 44 perczkor. Gyorsan magzati szívhangokat hallgatunk s miután azok még vannak, olvashatók, a halott anyán azonnal császármetszést végeztünk. A műtét az utolsó légvétel után 3–4 perczre történt. A magzat érett fiú, 52 cm. hosszú, 3060 gr. súlyú, livid asphyxiában születik, a melyből bőringerekre hamar magához tér, sir. Az elhalt anya kórboncolástani diagnosisa: Apoplexia cerebri lat. sin. ventriculorum lateralem partim tertium et quartum sanguine replens. Nephritis chronica diffusa in stadio tertio cum dilatatione ureterum, pelvis renalis dextri. Hypertrophia cordis totius mediocris gradus. Degeneratio parenchymatosa myocardii; oedema pulmonum.

2. 1293/1206. 1907. K. Zs., 40 éves, VII.-P. Két hónapja lába dagadt, 3 hete erős fejfájás, nehéz légzés. Felvétel szeptember 2.-án. Gravida m. VIII. Jó szívhangok. A magzat első koponyafekvésben. A vizeletben $\frac{1}{4}$ ‰ fehérje, a mikroszkop alatt szemcsés és hyalin cylinderek. A szív, a tüdő ép. Szeptember 3. Az arcon, a kézen, a lábakon az oedemák fokozódnak, a légzés nehéz; részvétlenül fekszik, kérdésekre alig, vontatva válaszol. Szeptember 4. A hő 37,9. A pulsus 120, peczelő; a légzés szapora; coma. Vitalis indicatióból a terhesség művi megszakítása. Délután 3 óra 30 perczkor bőven ujynyi méhszájon át Champetier-ballon behelyezése. Délután 5 órakor erőteljes fájások indulnak meg, majd másfél óra múlva megszületik a ballon, utána burokrepedés és két percz múlva megszületik a 43 cm. hosszú, 1050 gr. súlyú élő leánymagzat, a ki aluszékony és $\frac{1}{2}$ órai élesztés után exitál. A lepény ép. A gyermekágy harmadik napján az oedemák csökkentek, fehérje alig mutatható ki; a 13. napon fehérje nincs. Hazabocsátjuk.

3. 1824/1651. 1912. F. J., 18 éves, I.-P. Eszméletlenül a klinikára szállítják. Férje állítása szerint előző nap estéje óta nem beszél, 2 napja erős fejfájása van. Terhessége végén van. A magzat I. koponyafekvésben, jó szívhangok. A vizeletben $\frac{7}{100}$ ‰ fehérje, a mikroszkop alatt szemcsés hyalin cylinderek és veseepithel. A hő 37,4°. A pulsus 104. A szülőnőn jobboldali facialis- és végtaghüdés található, coma, nyugtalanság. Intravenás bromadagolásra, 150 gr. vérlebecsajtásra megnyugszik, magához tér, azonban beszélni nem tud. A szülőfájások a délután folyamán erősbödnak, sűrűbben jelentkeznek, majd este 11 óra 55 perczkor spontán szülés, élő, érett leánymagzat. A gyermekágy első öt napja lázas, azután lázalan. Az ötödik naptól kezdve értelmesen beszél, a vizeletben fehérje csak nyomokban, alakelemek nélkül. Gyógyultan hazabocsátjuk a XV. napon.

Sok esetben az uraemiás tünetek csak előhírnökei az eklampsianak. Ezen súlyos complicatióval a terhességi nephritis 74 esetéből 30-szor találkozunk, a mi 27%-nak felel meg (Rosenstein-nál 25%). Ezen magas százalék valószínűleg onnan van, mert a klinikára rendszeren és főleg a terhességi nephritisnek eklampsiaival szövődött eseteit hozzák be. Ezen esetek mindegyikében vesealakelemeket találtunk; a többi ugyanez idő alatt felvett 98 eklampsia-esetben fehérje volt ugyan a vizeletben, de alakelemek nélkül, kettő pedig fehérje-mentes volt.

A terhességi nephritissel kapcsolatban 23 szülőnőnek

a látása rosszabbodott, 9-szer amaurosisról találunk feljegyzéseket, két esetben pedig retinitis albuminurica fejlődött ki; ez utóbbiak egyikében spontán folyt le a koraszülés a IX. hónapban, a másikban pedig a VI. hónapban művi vetélést indítottunk meg. Az esetek a következők:

1. 929/837. 1904. G. J., 27 éves, I.-P.; egy hete vannak látászavarai, fejfájása. Felvétel július 29.-én, a terhesség 9. hónapjában. A lábszárak, a szeméremajkak oedemásak; ascites. A vizeletben $\frac{8}{100}$ ‰ fehérje; mikroszkop alatt szemcsés és hyalin cylinderek, vesehámsejtek. A szemtükrü lelet retinitis albuminuricát állapít meg. A magzat I. koponyafekvésben, jó szívhangokkal. Klinikai diaeta. Fűrösztésre fájások indulnak meg augusztus 1.-én d. e. 10 óra 30 perczkor; nyugtalanság, fejfájás; 1 cm. morphium subcutan. Hő 37,8°, pulsus 116. A méhszáj zárt, a burok ép. Minthogy a szülőnő állapota kielégítő, a nyugtalanság megszűnt, fűrösztésre a fájások sűrűbbek lesznek, magára hagyjuk a szülést. Augusztus 2.-án délután 1 órakor spontán szüli meg az élő, kora fiúmagzatot. A normalis gyermekágy 27. napján hazabocsátjuk, vizeletében $\frac{1}{3}$ ‰ fehérje, alakelemek nélkül.

2. 359/331. 1911. K. J., 44 éves, I.-P.; felvétel márczius 2.-án a terhesség 6. hónapjában. Másfél hét előtt kezdett látása rosszabbodni. Szemvizsgálat: mindkét pupilla piszkos szürkevérvörös, duzzadt, a környező retina is borus, venái tágak. Papilloretinitis. A vizelet fajsúlya 1008, $\frac{4}{100}$ ‰ fehérjével Esbach szerint; a mikroszkop alatt vesehámsejtek, szemcsés, hyalin és epithelialis cylinderek láthatók. Vérnyomás-maximum 195 mm. Hg., minimum 103 mm. Hg., pulsus-nyomás 92 mm. Hg. A hő 37,1°. A pulsus 108, peczelő. A folyamat súlyos nephritis és indikálja a terhesség megszakítását. Méhszájtágítás Hegarokkal, majd Champetier-hólyag bevezetése a méh üregébe. A magzat a burokkal együtt spontán születik meg. (31 cm. hosszú, 595 gr. súlyú.) Atoniás vérzés miatt a lepény leválasztása. Normalis gyermekágy. A vizeletben fokozatosan kevesbedik a fehérje, a XV. napon csak nyomokban van. A retinitis albuminurica még fennáll. Vérnyomás-maximum 128 mm. Hg., minimum 79 mm. Hg., pulsusnyomás 49 mm. Javultan hagyja el a klinikát.

A terhesség alatt tudásunk mai álláspontja szerint eddig ismeretlen eredetű toxinok keringenek a vérben, mérgezik a szervezetet, így a veséket is; a keletkező albuminuria a veseepithel megbetegedésének első symptomája, hasonlóan, a mint azt scarlatina, diphtheria, továbbá kénese-, ólom- és más fémmérgezés eseteiben látjuk. A terhesség alatt keletkező vesebetegségek a vérnyomás jelentékenyebb fokozásával járnak, mert hiszen a vesék is különösen meg vannak terhelve a terhesség alatt növekedő munkatöbblettel. Albuminuriával komplikált terhesség és szülés esetén a vérnyomást egy 24-es sorozatban vizsgáltam és mindannyiban a vérnyomás fokozódását találtam, még pedig 7 terhességi vese, 6 chronikus nephritis és 11 eklampsia esetében. Vérnyomásméréseimet a Recklinghausen széles karövével összekapcsolt Riva-Rocci-féle sphygmomanometerrel végeztem Korotkow auscultatiós módszer szerint. Ezirányú vizsgálataimból kitűnik, hogy terhességi vese esetén a maximalis vérnyomás középértékben 147 mm. volt, a minimalis 80 mm. és a pulsusnyomás 67 mm. Hg. A normalis vérnyomás maximumát, a különböző szerzők adatait egybevetve, középértékben 110 mm. Hg.-nek vehetjük föl, a minimumot 36–52 mm. között változóan és a pulsusnyomást átlag 58 mm.-nek. Ugy a maximalis vérnyomás, mint a pulsusnyomás nagy fokban sülyedt a fehérjekiválasztás csökkenésével és normalissá vált annak megszűnésével, tehát a fehérjekiválasztás és a fokozott vérnyomás között megvan az oki összefüggés. Nephritis terheseken az észlelt hat esetben az ellenkezőt tapasztaltam, az átlagos vérnyomás maximuma 150 mm. Hg. volt, a minimum 72 mm. és a pulsusnyomás 78 mm. Hg.; a szülés utáni vérnyomás nem esett oly meredeken; a gyermekágyban tejdiaeta mellett, ha a fehérjekiválasztás csökkent is, a systolés nyomás és a pulsusnyomás magasabb maradt. A nephritis vérnyomásánál is magasabb vérnyomási értéket kaptam eklampsiasokon. Megfigyeltem 11 esetet; 7-ben sub partu voltak a rohamok, 4-ben a puerperiumban. Átlagos nyomásviszonyok a rohammentes időben: maximum 165 mm., minimum 84 mm., pulsusnyomás 81 mm. Hg. Legalacsonyabb volt 124 mm., legmagasabb 212 mm. Hg. sszefüggést a vizelet fehérjetartalma és a vérnyomás között itt is ki lehetett mutatni. Ugy terhességi vese, valamint eklampsia eseteiben is a keringő toxinoknak kiválasztása érdekében bizonyos fokú vérnyomás szükséges; a verőeres nyomásfokozódás tehát,

ha más tekintetben talán veszedelmes is a szervezetre, a vesék működésének szempontjából hasznos (Krehl); a túlságos vérnyomás azonban mindenesetre káros.

A terhességgel szövődött nephritisnek, mint láttuk, kihatása van a terhesség lefolyására, de különösen annak kimenetelére. Következésképpen lehet a magzat intrauterin elhalása és időelőtti megszületése. A magzatokra vonatkozó adatokat szemlélteti a következő táblázat:

	Élő, érett	Halott érett	Élő, kora	Halott kora	Éretlen (abortus)
Nephritis eseteiben	20	4	8	7	5
Eklampsiával komplikált nephritis eseteiben	15	4	7	3	1

Leszámítva a 30 eklampsiás esetet, a fenmaradó 44 nephritiszes terhességből 28 magzat született élve és 16 = 36% halva. Ha az eklampsiás eseteket is tekintetbe vesszük, 32%-ban időelőtti szakadt meg a terhesség. A magzatokra vonatkozó prognózis azáltal is rosszabbodott, hogy 9 = 12% intrauterin elpusztult, de a szülés alatt a művi beavatkozások folytán is elhalt 7 = 9%. Eseteink közül háromban a magzat halálát a rendes helyén tapadó lepény időelőtti leválása okozta; ezek a következők:

1. 1906. B. P., 41 éves, XV.-P. Január 2-án terhessége végén vérezni kezdett; a klinikán kívül vizsgáló orvos kevés híg vérzést, ujjnyi méhszájat talált, előfekvő placenta nem volt tapintható, hüvelytamponade. A pulsus 88, a magzati szívhangok nem hallhatók. A szülőnőt a klinikára szállítják. Statusa ekkor: az asszony elesett, bágyadt, halvány, a méh igen feszes tapintatú, úgy hogy magzatrészeket nem érezni át rajta. A hő 37,2°, a pulsus 86, peczkelő. A csapoló vizeletben fehérje, vesealakelemekkel. Január 3. délután 4 óra 30 perczkor a hőmérsék 38,0°, a pulsus 108, a tampon véresen átütött. A vesebetegségre és hőemelkedésre tekintettel nagyobb véres beavatkozástól tartózkodni óhajunk. Belső vizsgálat: 1/2 cm.-es portio, szűken kétujjnyi méhszáj, ép burok, a fej első koponyafekvésben a bemenetre illeszkedve, kevés vérszivárgás a méhszájból. Ismételt tamponade. Január 3.-án délután 6 órakor a hőmérsék 38,6°, a pulsus 136, renyhe, alig jelentkező fájások, vérzés nincs a tamponon át. Január 4.-én reggel 3 órakor megrepedt a burok, szűken kétujjnyi méhszájnál. A lepény sehol sem érezhető; a pulsus üresedik, az asszony csak homályosan lát, fáradtságról, ájulásszerű érzésekről panaszokodik, mindezen tünetek pedig a kifelé történt mérsékelt vérzéssel nincsenek arányban. Most még ideszámítva a magzat halálára valló tüneteket is és a tizenötödször terhes méhnek feszes állapotát, a placenta leválásából eredett belső vérzést tételezzük föl és a szülést befejezzük. Méhszájtágítás Champetier-hólyaggal, majd a halott magzat fejének perforációja és extractiója. A méh úgyis puha maradt, belőle piros friss vérrel kevert sötétebb színű vér ürül; bemelegünk a lepényért, a melyet nagy véralvadéktömeg között találunk elül, a hol mintegy kis gyermektenyérvnyi felületével lazán lóg a méh falain; leválasztva kihozzuk s utána még kb. 1 és 1/2 liter vértömeget szedünk ki a méh üregéből. Az atoniás vérzés csillapítása céljából Dührssen-féle tamponádot végezzük. Az asszony állapota fokozatosan javul, vizeletében a XII. napon már sem fehérje, sem vesealakelemek nem lévén kimutathatók, gyógyulva hagyta el a klinikát. A lepény egészen lelapított, vékony, cotyledói között régi véralvadékokkal.

2. 1315/1220. 1910. H. P., 34 éves, VI.-P. A magzat második koponyafekvésben. A szívhangok hallhatók, számuk 140. A lábszárak oedemásak. A vizeletben 60/00 fehérje, vesealakelemek. Október 14.-én délelőtt 11 órakor vérzés indul meg a bőven ujjnyi méhszájon át; ép burok mellett mélyen tapadó lepényre gyanakodván, cervix-hüvelytamponádot végezzük. Renyhe fájások indulnak meg. Délután 3 órakor a tampon átvérzett; 3 ujjnyi méhszáj, ép burok mellett újabb tamponade. Erős fájásokra délután 3 óra 50 perczkor a tampont kiszedjük, a burok eltűnt méhszájnál megreped; délután 4 órakor spontán szülés: 45 cm. hosszú, 2270 gr. súlyú, halott fiúmagzat. A lepényt exprimáljuk, 3/4 részét frissen alvadt vér borítja, egy negyedét pedig régebbi véralvadék. Kisfokú atoniás vérzés. Normalis gyermekágy.

3. 1105/1003. 1912. H. J., 39 éves, IX.-P. Felvételtkor hő 35,5°, pulsus 104. Erősen kivérzett, anaemiás külsejű, a köztakarón mindenütt petechiák. A méhszáj szűken ujjnyi, a hüvelyboltozat üres, a burok ép, az előfekvő aprórészek tapinthatók, a lepényszövet nem, erős vérzés. Tamponade. Magzati szívhangokat nem hallunk. Fájások nincsenek. A vizeletben sok fehérje, hyalin, szemcsés cylinderek, elzsírosodott vesehámsejtek. Diagnosisunk nephritis mellett a rendes helyén tapadó lepény időelőtti leválása lévén, indikált a szülés azonnali befejezése. A méhszájat ujjal 15 perc alatt bőven kétujjnyira tágítjuk, majd burokrepedés után lehozzuk a lábat és vele óvatos húzással tágítjuk a méhszájat, lassan kifejtjük a törzset, majd a jól táguló méhszájon át a fejet hoz-

zuk ki. A magzat 44 cm. hosszú, 1400 gr. súlyú, halott. A placentát exprimáljuk sok véralvadékkal és híg vérrel; a lepény szélén körülbelül 5 cm. területen régi véralvadékok. A méhszáj a boltozatig berepedve, a méh alsó szakasza ép. A renyhén összehúzódó méhet alkoholos öblítés után kitamponáljuk. A pulsus 108, könnyen elnyomható. Az anaemia kezelése. A tampon átvérzett, újabb méhüregtamponade. Az asszony állapota romlik, a pulsus nem tapintható. Adrenalinus Locke intravenásan. Az asszony csakhamar meghal. Bonczolás-lelet: Anaemia universalis gravis. Status uteri post partum. Nephritis chronica interstitialis lat. sin. et hydronephrosis minoris gradus lat. dextri. Haemorrhagiae punctatae cutis, capsulae renis et endocardii. Medulla ossium partim rubra. Sanguis fluidus. Volumén pulmonum auctum.

A magzatok halálára a lepény minőségéből kevés következtetést vonhatunk, a mennyiben a fejlapon csak négy elzsírosodásról találunk feljegyzést, 3 esetben pedig infarctusról olvashatunk.

A terhesség alatt súlyosbodó nephritist 7 esetben láttunk; ötször művi vetélést indítottunk meg, kétszer pedig művi koraszülést. Az esetek a következők:

1. 288/306. 1908. B. L., 23 éves, II.-P. Első szülése fél év előtt, eklampsia sub partu 15 rohammal. A szülés előtt 2 évvel scarlatinát állott ki, vizeletében azóta állandóan találtak fehérjét. Jelenleg a második hónapban terhes. Belgyógyászati vizsgálati lelet: A vizelet savi, faj-súlya 1030, 30/00 fehérjét tartalmaz; a mikroszkop alatt néhány leukocytá és vörös vérséjt, finoman szemcsézett és viaszcylianderek, sok urat. Szívhypertrophia vagy dilatatio nyomai nincsenek. A leletből arra kell következtetni, hogy nephritis parenchymatosa chronica van jelen, a mely a terhesség alatt rosszabbodhat; tekintve azt, hogy első terhességében eklampsiát állott ki, indikálnak tartja a belgyógyász a terhesség megszakítását. Abortusbefejezés kürettel. Normalis gyermekágy.

2. 808/822. 1910. Sz. J., 34 éves, VI.-P. Gyermekkorában scarlatina, diphtheria. Előző szülése 1908 április 28.-án (327/600. 1908. sz.). 2 hónapig volt klinikai kezelésünk alatt. Negyedik terhessége után az alsó végtagok, a hasfalak oedemája fejlődött ki. Látása homályos. A vizelet fehérjetartalma 50/00—120/00 között váltakozott. A mikroszkop alatt: vesealakelemek, vesehámsejtek, szemcsés és hyalin cylinderek, vörös vérséjtek. A szív ép. Sótalan diaeta, tej, Salvator-víz. Absolut nyugalom. Fűrésztés után izasztás. Chloralhydrat. Brom. 40 fűrdő után a lábszárak és has oedemája apadt, a vizelet fehérjetartalma nem változik. A 43. fűrdő után fájások indulnak meg és spontán szüli meg élő, érett fiúmagzatát. A lepény normalis. A gyermekágy XIX. napján hazamegy 60/00 fehérjével. 2 év múlva újból jelentkezik mint három hónapos terhes. Vizeletében 121/2000 fehérje, szemcsés és hyalin cylinderekkel. Vérnyomásmaximum 165 mm., minimum 98 mm., pulsusnyomás 67 mm. Hg. A hő 37,2°, a pulsus 96. Tekintettel a chronikus nephritisre, a terhesség megszakítása indikált. Az abortus befejezése méhszájtágítás után ujjal. A lepény részben elzsírosodott. A normalis gyermekágy IX. napján hazabocsátjuk 20/00 fehérjével.

3. 359/331. 1911. Retinitis albuminurica miatt a hatodik hónapban indítottuk meg a vetélést (lásd fent).

4. 845/958. 1911. F. N., 31 éves, IV.-P. Nephritis chronica. A vizeletben fehérje 20/00, szemcsés és epitheliás cylinderek. Fajsúlya 1008. Fagypon 1,63. Vérnyomásmaximum 106 mm., minimum 32 mm., pulsusnyomás 74 mm. Hg. Amaurosis. Jelenleg IV. hónapban terhes. A súlyos állapot miatt a terhességet megszakítjuk. Burokrepeztés után pituitrinre semmi hatás. Chininre megszületik a 16 cm. hosszú magzat. A lepényt a mely részben elzsírosodott, ujjal húzzuk ki. Normalis gyermekágy' Javultán távozott a vizeletben nyomokban kimutatható fehérjével.

5. 1663/1567. 1912. B. J., 39 éves, IX.-P. Havi tisztulásának kimaradása után kezdett oedemás lenni, nehéz légzéssel, a mely olykor fuldoklásig fokozódott. Status: a lábak, a has, a nagyajkak bőre erősen oedemás. A vizeletben sok fehérje, vesehámsejtek, szemcsés és hyalin cylinderek. A belgyógyászati klinikáról teszik át nephritis chronica diagnosisal. Gravidá m. V. Tekintettel a súlyos állapotra, a terhesség megszakítása indikált. Október 8.-án méhszájtágítás Hegarokkal, burokrepesztés után cervix- és hüvelytamponade. A fájások alatt erős dyspnoé, miért is vitalis indicatióból a vetélést ujjal befejezzük. A gyermekágy IV. napján hozzátartozói hazaviszik.

6. 1293/1206. 1907. Uraemia (lásd fent).

7. 1123/1070. 1909. F. F., 30 éves, III.-P. Első szülése alatt nephritisben betegedett meg, azóta állandóan fehérje a vizeletben. Felvételtkor augusztus 31.-én a kilencedik hónapban terhes, a magzat első koponyafekvésben, jó szívhangok. A lábszárak oedemásak, a vizeletben 30/00 fehérje, epitheliás és hyalin cylinderek. Szeptember 3.-án negyed-óraig tartó 28° R. fűrdő után szédülés, dyspnoé áll be. Pulsus 128. A dyspnoé éjjel fokozódik, miért is a szülés művi megindítását határozzuk el. Ujjnyi méhszájon át Champetier-ballon bevezetése. Fájások indulnak meg; három ujjnyi méhszájnál a ballon kibukik, ép buroknál a koponya mellett köldökzsinórkacs. Belső lábrafordítás, extractio. A magzat 44 cm. hosszú, 1510 gr. súlyú, élő leány. A lepény ép. A normalis gyermekágy XIV. napján hazabocsátjuk, a vizeletben 11/2000 fehérjével.

Hétszer szívbj társult a nephritishez, még pedig négyszer insufficientia bicuspidalis (ebből három gyógyult, egy meghalt), három ízben stenosis ostii venosi sinistri, mind a három

halálosan végződött. Az egyik esetben a halál után közvetlenül sectio caesareát végeztünk élő magzattal.

1134/1044. 1907. K. A., 44 éves, X.-P. A vizeletben 30/00 fehérje. Vitium cordis, systolés zörej; anasarca, állandó fejfájás. A magzat I. koponyafekvésben, a méhszáj két ujjnyi; burokpedés, utána 30 másodpercig tartó tonusos görcsöt kap, eszméletét veszti. Szív-működés, pulsus kimarad, corneareflex nincs. Exitus. Minthogy még magzati szívhangot hallunk, a magzat megmentése céljából sectio caesareát post mortem végeztünk. A magzat 47 cm. hosszú, 2075 gr. súlyú, élő leány. Bonczolás-lelet: Endocarditis chronica fibrosa valvularum cum concretionibus, abbreviatio et incrassatione chordarum tendinearum et stenosi ostii venosi sinistri. Incrassatio valvul. semilun. aortae cum insufficientia. Nephritis interstitialis chronica. Hydrops universalis. (Hydrothorax, anasarca.) Dilatio ureteris dextri.

A szülés, leszámítva a 30 eklampsiával szövődött esetet, 18-szor spontán folyt le. Műtétek közül öt esetben végeztünk belső lábrafordítást és utána extractiót; kétszer üregi fogót; kétszer exprimáltuk a magzatot és négyszer voltunk kénytelenek a magzat fejének perforációját végezni (mind a négy halott magzat).

Az eklampsiával szövődött 30 nephritiszes nő szülése 15-ször spontán folyt le. A műtéti beavatkozások a következők voltak: kimeneti fogó ötször, üregi fogó egyszer, magas fogó háromszor. Belső lábrafordítást és a magzat extractióját kétszer végeztük, egyszer sectio caesarea vaginalis után; farfekvésből extractiót egyszer. Egy ízben exprimáltuk a magzatot és háromszor a fej megfűrésével fejeztük be a szülést (egy élő magzat 40-80° C hőmérsék mellett).

Lepényleválasztást 9-szer végeztünk; atoniás vérzést 15 esetben kaptunk, ezekből hatszor kellett a méhüreget *Dührssen* szerint kitamponálni.

Hogy a terhességi nephritisek prognózisáról teljes képet kapjunk, összeállítottam a feljegyzésekből azon adatokat, melyek a nephritisek újabb terhességeire és születeire vonatkoznak. 17 szülőnőn találtam ilyen adatokat, a kik közül 6 spontán szült; kettőn művi vetélést és kettőn művi koraszülést indítottunk meg; egy asszony a rendes helyén tapadó lepény időelőtti leválása után elvérzett; két nephritis interstitialis chronicában szenvedő a szülés után meghalt. Négy a szülés alatt eklampsiás görcsöket kapott és közülük három meghalt.

Az anyákra nézve a prognózis általában véve rossznak mondható, mert elvesztettünk 6 = 13·6% tisztán nephritiszes szülőnőt és 7 = 23·3% olyant, a kin eklampsiás görcsök törtek ki; az összmortalitás tehát 13 = 17·6%. Az elhaltak rövid története és bonczolás-lelete a következő:

1. 1054/940. 1904. Sz. J., 37 éves, IV.-P. Belső lábrafordítás, extractio. Halott, kora magzat. Sectio-lelet: Nephritis interstitialis chronica. Endocarditis chronica fibrosa valvulae mitralis cum stenosi ostii venosi sin. et insufficientia mitralis. Endocarditis verrucosa recens valvularum aortae, bi- et tricuspidalis. Hypertrophia cordis praecipue ventriculi sin. Pneumonia catarrhalis. Oedema pulmonum.

2. 781/721. 1905. Sectio caesarea post mortem (lásd fent). Élő magzat.

3. 1134/1044. 1907. Sectio caesarea post mortem (lásd fent). Élő magzat.

4. 1415/1910. B. J., 26 éves, III.-P. Spontan szülés, élő, kora magzat. Sectio-lelet: Nephritis chronica diffusa in stadio II. ad stadium tertium vergens. Hypertrophia ventriculi cordis sin. Degeneratio parenchymatosa myocardii. Infiltratio haemorrhagica extensa hepatis. Petechiae subpleurales lat. dextri, submucosae ventriculi, pelvis renalis sin. Oedema pulmonum maioris gradus. Dilatio ureterum.

5. 937/851. 1912. L. J., 34 éves, V.-P. Hydramnion, abortus m. VI. Sectio-lelet: Nephritis interstitialis chronica et degeneratio cystica renum cum dilatatione ureteris dextri et hydronephrosi. Hypertrophia minoris gradus ventriculi cordis sin. Arteriosclerosis incipiens, (uraemia), oedema minoris gradus glottidis et pulmonum.

6. 1105/1003. 1912. H. J., 39 éves, IX.-P. Rendes helyén tapadó lepény időelőtti leválása (lásd fent).

7. 524/505. 1903. E. S., 27 éves, III.-P. Eclampsia sub partu et in puerperio. Spontan szülés, halott érett magzat. Sectio-lelet: Oedema pulmonum. Hyperaemia hepatis maculosa. Intumescencia renum. Hydro-nephrosis acuta lat. dextri.

8. 1214/1260. 1904. S. M., 15 éves, I.-P. Eclampsia sub partu et in puerperio. Kimeneti fogóműtét, élő érett magzat. Sectio-lelet: Patkóvese; mindkét vesemedence galambtojásnyi tág, az ureterek ujjnyiak. Degeneratio parenchymatosa renum, hydronephrosis bilateralis e compressione ureterum uteri gravidi.

9. 1057/1015. 1907. A. E., 19 éves, I.-P. Eclampsia in graviditate. Sectio caesarea vaginalis, lábrafordítás, extractio, élő, kora magzat.

Sectio-lelet: Nephritis in stadio secundo, endocarditis verrucosa valv. bicuspidalis. Degeneratio parenchymatosa myocardii et hepatis. Oedema pulmonum. Bronchitis catarrhalis diffusa. Hydrops universalis.

10. 700/652. 1910. G. M., 25 éves, V.-P. Eklampsia sub partu, üregi fogóműtét, élő kora magzat. Bonczolás-lelet: Nephritis diffusa acuta; haemorrhagiae punctatae pericardii et endocardii. Degeneratio adiposa myocardii. Oedema pulmonum.

11. 92/1910. L. M., 21 éves, I.-P. Eklampsia sub partu, mors sub partu. Bonczolás-lelet: Nephritis diffusa acuta. Apoplexia cerebri (nucleus caud. et lentiform.) Haemorrhagia ad ventric. laterales. Haemorrhagiae punctatae hepatis, dilatatio ureterum.

12. 1052/966. 1912. L. J., 32 éves, I.-P. Eklampsia sub partu. Perforatio. Bonczolás-lelet: Haemorrhagiae punctatae cerebri, peritonei, mucosae intestini crassi et confluentes hepatis. Degeneratio parenchymatosa myocardii, renum et hepatis. Oedema pulmonum.

13. 1473/1331. 1912. S. J., 33 éves, IV.-P. Eklampsia sub partu; spontan szülés, halott kora magzat. Bonczolás-lelet: Nephritis interstitialis chronica; infiltratio haemorrhagica hepatis; haemorrhagiae cutis, peri- et endocardii, mucosae vesicae urinae. Hypertrophia ventriculi cordis sin.

A nephritisben és eklampsiában elhaltak 38 bonczolás-jegyzőkönyvéből, a vesékre vonatkozó adatokat tekintve, 7 asszonyban nephritis acuta diffusát találtunk; degeneratio parenchymatosa renum 23 esetben fordult elő és degeneratio adiposa renum 3-ban; két esetben a vesékben elváltozás nem volt kimutatható.

Az elsorolt klinikai adatokból kitűnik, hogy a terhességgel kapcsolatos vesebajok igen súlyos complicatióknak tekintendők; úgy az anyák, mint a magzatok élete igen gyakran forog halálos veszélyben. Nálunk 17·6% az anyai és 36% a magzati mortalitás. A mi anyagunkból is kitűnik, hogy a chronikus nephritissel teherbe jutottak prognosisa mégis valamivel jobb, mint azoké, a kiknek veséje a terhesség befolyása alatt lesz hevenyen beteg, és az is kitűnik, hogy a gyermekkorban infectiosus betegségen átesett asszonyok a terhes nephritisre jobban inklinálnak. A betegség súlyos természete és úgy a magzatra, mint az anyára életveszélyes mivolta a terhesség megszakítását indikálhatja, azonban, miként dolgozatomban általános részében már elmondtam, prophylaxisos eljárásokkal súlyosabb szövödményeknek nem egyszer gátat vehetünk. Szigorú diéta kezeléssel, minden izommunkának a kikapcsolásával mi is átvittünk az egész terhességen egy sorozat olyan beteget, kinek vizeletében alakelemek mellett 4—8% fehérjét találtunk. Öt igen súlyos nephritisről tehetek említést:

1. 1377/944. 1907. I.-P. 10/00 fehérjével, szemcsés és hyalin cylinderekkel;

2. 184/174. 1908. III.-P. 9/00 fehérjével, szemcsés és hyalin cylinderekkel;

3. 327/600. 1908. V.-P. 10—12/00 fehérjével, szemcsés és hyalin cylinderekkel;

4. 424/397. 1910. V.-P. 18/00 fehérjével, epithel- és szemcsés cylinderekkel;

5. 1707/1579. 1910. II.-P. 18/00 fehérjével, vesealak-elemekkel,

melyekben 9—18/00 fehérje mellett minden baj nélkül spontan szült az asszony.

Irodalom. *Ahlfeld*: Zeitschrift für Geb. u. Gyn., 63. kötet. — *Axenfeld*: Monatsschrift für Geb. u. Gyn., 2. kötet, 516. l. — *Balika*: A rendes helyén tapadó lepény időelőtti leválása. Gynaekologia, 1906, 2. szám. — *Balika*: Sectio caesarea post mortem. Gynaekologia, 1905, 3.—4. szám. — *Bárony*: Megjegyzések az eklampsiának vesekihámózással való gyógyítása felől. Urológiai szemle, 1909, 3. szám. — *Bogdánovics*: Vérnyomásmérések terheseken stb. Orvosi Hetilap, 1909, 51. szám. — *Fellner*: Die Beziehungen innerer Krankheiten zur Schwangerschaft etc. — *Holzbach*: Volkmann's Sammlung klin. Vorträge. 245.—246. szám. — *Hofmeier*: Monatsschrift für Geb. und Gyn., 16. kötet. — *Jägerroos*: Archiv für Gynaekologie, 91. kötet. — *Kermauner*: Beziehungen zwischen dem Harnapparat und den weiblichen Geschlechtsorganen (Frankl-Hochwart, Noorden, Strümpell, I. kötet, 1912.) — *Pollak R.*: Ueber Erkrankungen der Niere in der Gravidität. Zentralblatt für die Grenzgebiete der Medizin und Chirurgie, 1908. — *Rosthorn A.*: Winckel's Handbuch der Geburtshilfe, 1903, 1. kötet. — *Runge*: Geburtshilfe, 1909. — *Richter*: Nierenkrankheiten und Ehe (Senator-Kaminer), 1904. — *Radtko*: Monatsschrift für Geb. u. Gyn., 25. kötet. — *Senator*: Die Erkrankungen der Nieren. Nothnagel's Handbuch, 1899, 19. kötet. — *Korányi Sándor*: Klinikai előadások. — *Seitz*: Winckel's Handbuch der Geburtshilfe, 1905, 2. kötet, 3. rész. — *Silix*: Amblyopie, Amaurose bei Schwangeren etc. Monatsschrift für Geb. u.

Gyn., 5. kötet. — Winter: Zeitschrift für Geb. u. Gyn., 1885, 11. kötet. — Zangemeister: Archiv für Gynäkologie, 66. kötet. — Zangemeister: Die Beziehungen der Erkrankungen der Harnorgane zur Schwangerschaft etc. (Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie, 1913.)

A budapesti kir. magyar tudományegyetem orr- és gégeorvostani klinikájának betegforgalma az 1910—1912. évben, az érdekesebb esetek ismertetésével.

Közi: Dörner Dezső dr. műtőorvos, klinikai gyakornok.

(Vége.)

V. Daganatok.

1. Jótermészetű daganatok.

Az ambuláns és operált eseteken kívül, a melyekről a statisztikai rész nyújt áttekintést, a következő érdekesebb esetek kerültek felvételre:

Orrgaratfibromával 7 beteget vettünk fel műtét céljából, 6 férfit s 1 nőt. A fibromák dió-almanagyságúak voltak; 4 esetben a fibromák az orrüregbe is betértek, míg a többi esetben csak a choanák tájékára szorítottak. 6 esetben a fibromák eredéséről pontosan nem tudunk meggyőződni, minthogy tapadási helyök igen kiterjedt volt. Keménységük nagyságukkal volt arányban, a kisebbek puhák s inkább polypszerűek voltak, a nagyobbak egészen inszerű heges tömegeket alkottak, melyeket a legerősebb műszerekkel is alig lehetett leválasztani. A legérdekesebb eset a következő:

P. J., 17 éves napszámos 2 év óta veszi észre, hogy az orra mindjebb jobban eldugul és hogy garatjában daganat nő. Az orr váza kiszélesedett, a bal orrfél teljesen kitöltött szürkés-vöröses szennyes bűzös tömeg által, a jobb orrfél kisebb fokban. A palatum molle és palatum durum egy része előre domborodik és a velum mögött egy kb. 2 cm.-nyi szürkés-vöröses tumor látszik. Postrhinoskopice látható, hogy az orrgaratot almanagyságú daganat tölti ki, a mely a lágyszájpadot előnyomja, tapintata kemény, kissé rugalmas, a choanákat teljesen elfedi és főképpen a hátulsó és bal laterális fallal függ össze. Füllet: a Weber baloldalt nem lateralizálja. Rinne mindkét oldalt negatív. Schwabach mindkét oldalt meghosszabbodott. A conversatiós beszédet jobboldalt $2\frac{1}{2}$, baloldalt pedig 2 méterről hallja. A beszéd dűnyögő. A szövettani vizsgálat fibromát mutat. A daganatot először localis anaesthesiában igyekszünk eltávolítani, majd minthogy ez sikertelen, peroralis intubage-zsal chloroformnarcosisban. A daganatot csak igen nehezen tudjuk kiszélesíteni, azt is csak több részletben igen nagy erőmegfeszítéssel. A műtét alkalmával kitűnik, hogy a tumor a sinus sphenoidalisba is betér, hogy a felső és baloldali garatfalra mindkét choana szélén tapad, össze van kapaszkodva a lágyszájpadal, baloldalt betérjed az orrüregbe és azt teljesen kitölti s a kemény szájpadot lefelé és előre domborítja. A tumor eltávolítása után óriási üreg támadt czafatos szélekkel, mely rendkívül erősen vérzik, a mit Bellocq-tamponadallal sikerült elállítani. Tizedik napon a beteg gyógyultan távozik.

Orrgaratlymphangioma miatt egy beteget operáltunk.

N. G., 17 éves földműves orrel-dugulás miatt kereste fel klinikánkat. A betegnek zárt orrhangja volt, az arcon elváltozás nem volt látható. Rhinoskopia anteriorral hátul a középső orrjárat magasságában egy daganat kis segmentuma látszik. Rhinoskopia posteriorral kitűnik, hogy az orrgarat jobbra fele egyenetlen felszínű, szürkés-vörösbarna színű, kissé vérezkeny, kb. kis almanagyságú daganattal kitöltött. A daganatot az orron keresztül Heymann-féle éles orrfogóval teljesen el lehetett távolítani. A megéjtett szövettani vizsgálat meglepő eredményt mutatott, a mennyiben a daganat egész tömegében tág nyirokürökből állott, úgy hogy diagnosisunk ennek alapján orrgaratlymphangioma.

Két oly betegünk volt — mindkettő nő —, a kiknek egyik tonsillájában diónyi cysta székelt. A cystákban kávéskanálnyi nyálkás sárgás zavaros folyadék volt.

A **glandula thyreoida** megnagyobbodása miatt 4 beteget vettünk fel, mind a 4 betegen partialis strumectomiát végeztünk.

A felvett betegek közül egynek, F. K. 28 éves tisztviselőnek igen nagyfokú légzési nehézségei voltak; az eset a következő: A beteg kb. egy év óta veszi észre, hogy nyaka erősen vastagodik, kezei remegnek, sokszor van szívdobogása s különösen az utolsó időben igen nehezen kap levegőt. Status praesens: A nyak térfogatában megnagyobbodott, a glandula thyreoidának megfelelőleg jókora ökölnyi, a nyelvmozgásokat követő tumor; gégetükri vizsgálattal a tracheának kétoldali erős compressiója látható. A műtétet localis anaesthesiában végeztük, a jobb

lebenyt teljes egészében, a bal lebenynek pedig kétharmad részét távolítottuk el. Műtét után a beteg légzése könnyűvé vált.

Az elmúlt két tanévben klinikánkon a **vérdaganatok** több esetét volt alkalmunk észlelni, melyek multiplicitásuknál, valamint ritka kiterjedésüknel és nagyságuknál fogva érdemelnek említést.

K. B. 20 éves férfi arcának és nyakának jobb oldalán gyermek-kora óta vannak értágulások, egyébként egészségesnek érzi magát. Status praesens: A nyelv alsó felületén mindkét oldalt lúdtollvastagságú tágult gyűjtőerek láthatók, hasonló elváltozás van a nyelvhatáron jobboldalt, míg a nyelvcsúcshoz közel a tágult erek 2 babnyi vérrrel telt üreget alkotnak; a lágyszájpad jobb oldalán az ectasiák hálózata koronányi területet foglalnak el; a jobb hátulsó garatív közepén kicsiny cseresznyenagyságú, sötét kékes-vörös, félgömbömszerűen kiemelkedő, széles alapon ülő, kacsaringós erekből álló látszó daganat foglal helyet. Hasonló, de nagyobb — mogorónyi — tumor van a plica arypiglotticától laterálisan a jobb sinus pyriformisban, míg a ligamentum pharyngo-epiglotticum alatt a sinus pyriformis határán egy lúdtollvastagságú kacsaringós gyűjtőér halad. A leirt tumorok erős feszítéskor vagy a nyak összenyomatásakor megnagyobbodnak. A nyak külső részén néhány tágult gyűjtőér.

A másik eset G. A. 27 éves nő, a ki gyermek-kora óta rekedt. Az orr-, száj- és garatürben lényegesebb elváltozás nincs. A gége nyálkahártyája diffus hyperaemiát mutat. Mindkét hangszalag megvastagodott, kivált a bal, melynek középső harmadában szabad széléhez közel, kicsiny ectasiás erecskével környezve, kis borsónyi, élénk piros, kocsányos felületű tumor van. Erős feszítéskor a tumor és az ectasiás erecskéik erősebb teltsége látható.

Harmadik esetünk S. K. 51 éves nő, a ki $\frac{1}{2}$ éve érez torkában szárazságot, kissé rekedt és köhög. Az orrban kezdődő rhinitis atrophicans, a garatban száraz hurut, a jobb hangszalag hyperaemiás; a jobboldali aryporcza felett széles alapon szederszerű és nagyságú, sötét-kék színű, a környezetből kiemelkedő, egyenetlen, dudoros felületű tumor foglal helyet, melynek környezetében a nyálkahártya mérsékelten duzzadt és vérbő. Térfogatváltozás ez esetben is észlelhető volt.

Fibroma choadae vocalis miatt 5 beteget operáltunk meg, kik közül 4 férfi volt, 1 nő. Mind az 5 betegen a fibroma egy-egy hangszalagon volt jelen. Mind az 5 beteget laryngoskopia directa útján operáltuk meg.

Papilloma laryngissal 14 beteg jelentkezett klinikánkon, 11 férfi, 3 nő. Ezek közül csak kettő egyezett műtétbe. Az összes betegeken majdnem kivétel nélkül a papillomás elváltozások a hangszalagok elülső részén voltak főképp lokalizálva, az elülső commissurának megfelelően. A műtét esetekben a papillomás excrecentiákat direct laryngoskopiával kettős kürett segítségével távolítottuk el.

2. Rossztermészetű daganatokkal

jelentkezett betegek között 2 nőbeteg volt, a kiknek orrcsúcsán volt **epithelioma**. Mindkét esetben az epitheliomát kimetsztük és a sebet plastikával egyesítettük. Tíz olyan esetünk volt (6 férfi és 4 nő), a hol a rossztermészetű daganat — 3 esetben **sarcoma**, a többiben **carcinoma** — az orrban, illetve orrmelléküregekben volt. Két férfin a **palatum durumon** volt **carcinomás daganat**. A felvett betegek közül egy férfinak **nyelvrákja** volt, egy férfinak **carcinoma epiglottidise**, egy férfitbetegnek **carcinoma laryngise**, egynek pedig **tonsilla- és nyelvcarcinomája**.

Az **orrmelléküregek rossztermészetű tumora** miatt **radicalis műtétet** két esetben végeztünk:

Z. J. 48 éves gépmunkás állítólag $1\frac{1}{2}$ éve beteg, ismételtén megújuló orrvérzése és a bal fejfelre kisugárzó, rendkívül heves, intermittens jellegű, a homloktáján jelentkező fájdalmak voltak, a melyek miatt hónapokig belorvosai kezelés alatt állott; utóbb a bal orrfélen át mind kevesebb levegőt kapott; orrvérzése ellen különböző vérzéscsillapító szereket rendeltek neki, majd 3 hónappal jelentkezése előtt szakorvoshoz fordult, a ki „polypusok” miatt megoperálta; ezután egy ideig jobban kapott levegőt az orrán át, de kb. 2 hónap múlva orrdugulása ismét erősbödött. A bal középső orrjáratot kitöltő és az orrtető felé haladó tumornak előre kinyúló részletéből kimetszett részlet szövettani vizsgálatának eredménye ez volt: „A tumor részlet lényegileg kötőszövetből áll, mely helyenként oedemásan átvándorolt és gömbösesen beszűrődött; felülete hengerhántól borított, mely kisebb-nagyobb papillák alakjában burjánzik, de a kötőszövetbe nem tör be. Diagnosis: Polypus fibrosus.” A tumor klinice malignusnak imponált, de a beteg radicalisabb műtétbe nem egyezvén, a tumort excochleáltuk és a rosta-sejtlyabrinthust kitakarítottuk; a kiirtott tumor szövettani vizsgálattal hengersejtes papillaris ráknak bizonyult. A beteg 6 hónap múlva újból jelentkezett recidívával s ez alkalommal a tumor előre majdnem a vestibulumig, hátra a choana felé terjedt; a Röntgen-kép a baloldali

összes melléküregek homályát mutatja, legkevésbé kifejezetten az antrum maxillare felett; óriási, türethetetlen főfájásai miatt a beteg most már maga kívánja a radicalis operációt. Beszűrődött mirigyek nem tapinthatók, a belorvosi vizsgálat szervi bajt nem mutat, a beteg erőbeli állapota kielégítő. Radicalis műtét *Moure* szerint peroralis tubage-zsal és narcosisban (chloroform). Bőrmetszés *Killian*-féle ívmetszés alakjában, mely lefelé folytatódik s az orrszárnnyat megkerülve, az orrlikban végződik; ebből kiindulva, reszekálatik eredésétől az orbitáig ferdén átvéselve a felső állcsont processus frontalis, az os nasale, az os lacrymale, a rostacsont papirlemeze; a tumor, mely felvehetőleg a visszamaradt rostasejtekből indult ki, betört az orbitába, elpusztítva a könyocsontot és a lamina papyracea egy részét s a sinus frontalis alsó falának belső zugán át a homloköbölbe, hátrafelé az iköbölbe és a középső orrjáratban a Highmor felé tört, de ez utóbbi medialis falát a középső orrjáratban csak kis területen destrualta. A bőrmetszést a szemöldökben meghosszabbítva, a sinus frontalis elülső falát is felvéve, ezt is kitakarítottuk (benné igen bőséges büzös genyet találtunk), hátrafelé pedig az iköblöt teljesen kitakarítottuk, míg az antrumhoz a medialis falán át jutottunk. Az előállott óriási üreget tamponálva, a bőrsébet varratokkal egyesítettük. A műtét napján a beteg meglehetősen elesett volt, valamint a műtétet követő napon is; a 3. naptól teljesen jól van, fájdalmi nincsenek. Sima, zavartalan lefolyás; a varratok eltávolítása a 8. napon, per primam egyesült bőrsébet; az üreg az orrban szépen sarjadzik, fájdalmi a műtét óta teljesen megszűntek. A beteg a műtét közvetlen eredményének demonstrálása céljából az Orvosegyesület 1912 október 19.-i ülésén, 3 héttel a műtét után bemutattott. A műtét óta most 7 hónap telt el, a beteg recidivamentes.

Második esetünk a következő: G. F., 61 éves földműves állítólag egy éve beteg, bal orrfeléből ismételt heves orrvérzése volt, ezen orrfele mindjebb eldugult. A bal orrüregét majdnem teljesen kitölti egy mállékony, sima felületű, erősen vérekeny képlet, mely látszólag a középső orrjáratból indul ki és az orrüreg teteje felé halad; rhinoscopia posteriorral látszik, hogy a tumor halvány sima félgömb alakjában nyúlik le a choanából az orrgarat felé, ennek hátulsó falát azonban nem éri el; mirigybeszűrődés a nyakon nincs; az orrüreg jobb felében kóros elváltozás nem látható; a Röntgen-képen a baloldali összes melléküregek homályosan látszanak; a beteg erőbeli állapota jó; a kimetszett részlet mikroszkopi vizsgálattal gömbsejtes sarkomának bizonyult. Radicalis műtét localis anaesthesiában (10%-os novocain), az orrhát paramedian felhasításával. A metszést az os nasale basisáig vezetjük és innen a szemöldök felé; a kóros oldali os nasalel besisán csontfogóval átcspijük és a proc. front. max. sup. átvésése után az orrfalazatot oldalt csapjuk; az előttünk fekvő tumorrészeket eltávolítása után kiderült, hogy a tumor az antrum medialis falát a középső orrjáratban uzurálta; ezen fal teljes reszekálása és az antrum kitakarítása után kitűnik, hogy az antrum superficies orbitalisa is babnyi helyen uzurálva van; az os lacrymale majdnem teljesen, a lamina papyracea ossis ethmoid. jó részben destrualva van és a szengödör belső és alsó részében a palpáló ujjal a bulbus jól érezhető; a sinus front. alsó falának belső zugán át a tumor a homloküregebe, hátrafelé pedig az iköbölbe terjed. A bőrmetszést a szemöldökben ívalakban meghosszabbítva, felvessük a sin. front. elülső falát, a midőn kiderül, hogy a tumor a sinus és az ennek lateralis oldalán levő recessusát is teljesen kitölti; mindezeknek és az iköbölnek teljes kitakarítása után, miközben minden nem épnek mutatózó csontrészt is szorgosan eltávolítottuk, az előállott hatalmas üreget jodoformgaze-zel tamponálva, a bőrsébet egyesítjük. A beteg a műtétet kitűnően tűrte el, a kiirtott tumor egész mennyisége gyermekökölnyi volt. A műtét utáni napon a bal szemhéjak és arcfél mérsékelt oedemája támad, egyébként a beteg teljesen jól van, lázalan. Az oedema pár nap alatt elmúlt, a lefolyás sima, zavartalan volt; a varratok eltávolítása a 8. napon, per primam egyesült bőrsébet. A beteg három héttel a műtét után az Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztályában bemutatott. A műtét óta immár 1 évnél több mult el s a beteg recidivamentes.

Az orr-, illetve orrmelléküregek rossztermészetű daganatainak többi esetében a *sarcomák* közül egy az antrumból indult ki, míg egy másik esetünkben a tumor kiindulási helye megállapítható nem volt; ez utóbbi esetben a tumor az orrüreg mindkét felét teljesen kitöltötte, az orrsövényt legelülső része kivételével elpusztította, ledomborította a szájpaddást és a choanákat is elzárta, az orrhátat, a sinus frontalis táját s az orbitát mindkét oldalt előbaltosította, a bulbus kidülledt és kifelé dislokált, teljesen mozdulatlan volt, ezen kívül lagophthalmus, keratitis és teljes amaurosis volt jelen. *Carcinoma*-eseteinkben pedig kettő az orrsövényből, a fent közölten kívül még egy a rostasejtlyabyrinthusból, egy az alsó kagylóból indult ki, míg egy esetben a tumor kiindulási helye megállapítható nem volt. Ezek közül egy esetben az orrsövény csontos részén mintegy fillérnyi alapon ülő, kb. kis diónyi tumort, minthogy a beteg extranasalis műtétbe nem egyezett, az alapját alkotó nyálkahártyával együtt élesen levalasztva, endonasalis úton távolítottuk el; mikroskóp alatt a tumor carcinoma basocellularenak bizonyult. A többi carcinoma-esetben — a fent részletesen közölt eset kivételével —

a betegek radicalis műtétbe nem egyeztek s így csak palliativ operációt végezhetünk endonasalis úton.

Két férfibeteget operáltunk meg *carcinoma palati duri* miatt.

Az egyik V. J., 61 éves cseléd, a kinek kb. 3 hét óta daganata nőtt felső állkapcsának jobboldalán egyik rossz foga helyén; a daganat folyton nőtt úgy, hogy alig tud rágni. Status praesens: Elég jól táplált és egyébként ép szervezetű férfibeteget a nyak jobb oldalán a mandibula alatt mogyorónyi kemény mirigy tapintható; a kemény szájpadd jobb oldalán, az első molaris fog tájékán kraterszerű mélyedés van, melyből a szonda a Highmor-üregbe vezet; a kraterszerű mélyedésből kiindulólág egy kör alakú, kb. ezüstforint nagyságú, alapjával összekapasz-kodó, felhányt szélű, szennyes lepedékkel borított fekély van; a kemény szájpaddon és a lágyszájpadon a középvonal táján egy-egy lencsényi, kissé kiemelkedő szélű fekély látható. A műtét chloroformnarcosisban Kuhn-féle peroralis intubációval történt: Az infiltrált mirigy eltávolítása után a jobb százugból kiindulólág haránt pofametszést végzünk, a pofa lágyszékre kiterjedő tumort kifejtjük messze az egészséges részletekben haladva, majd a maxilla processus alveolarisát a caninustól fogva az utolsó molarisig levessük, úgyszintén a palatum durumot egészen a középvonalig; az antrum nyálkahártyáját kikaparjuk; vérzést állapítás után az antrumot tamponáljuk, a pofa nyálkahártyáját catgut-varratokkal, a bőrt pedig selyem-varratokkal egyesítjük. Utóbb a resectio helyén prothesist alkalmazunk, a mely a Highmor-üregt elzárja.

A másik beteg 37 éves földműves, a ki azzal a panaszszal véte-tett fel a klinikára, hogy kb. fél év óta veszi észre, hogy alig fájdalmas daganata keletkezik kemény szájpaddján. A különben egészséges beteg nyaki mirigyei beszűrődve nincsenek. A kemény szájpadd hátulsó felében jobboldalt a molaris fogak szomszédságában egy jókora koronányi, sáncszerű szélekkel bíró, dudorzos, közepén kraterszerűleg elmélyedő kifehélyesedett terület látható, a mely a kemény szájpaddról a lágyszájpadra is kiterjed. Műtét chloroformnarcosisban peroralis tubage-zsal: Haránt pofametszést, a molaris fogakat extraháljuk; a daganatot kb. 1 cm.-nyire az ép szövetekben körkörösén élesen körülírva, a lágyszéket a csontos alappal együtt eltávolítjuk; a lágyszájpadon mogyorónyi perforatio támadt. Tamponade, nyálkahártya- és bőrvarrat. A szájpadd sebe sarjadzás által kitöltődik, a perforációt prothesissal zárjuk el. A beszéd, nyelés zavartalan.

*Carcinoma sublinguale*val egy férfibeteget vettünk fel műtétre.

J. F. 37 éves vendégglős 5 évvel ezelőtt luest acquirált, a mely ismételt állott orvosi kezelés alatt. Négy éve, hogy nyelvén foltok támadtak, melyeket orvosa ecseteléssel gyógyított. A baj azonban nem szűnt meg s mintegy 3 hónapja, hogy nyelve alatt baloldalt daganata támadt, mely nyelését és beszédét megnehezítette. 3 hónappal a műtét előtt typosus leukoplakia linguaevel jelentkezett klinikánkon a nyelv alatt baloldalt kis mogyorónyi, szétesett és piszkos lepedékkel fedett, infiltrált szélű térfogatnagyságú, melyet szétesett gummának körjelöltünk. A Wassermann-reactio háromkeresztes pozitív volt; a próba-exciszióval vett darabka szövettani vizsgálata lues mellett szólt. Egy heti időközben kétszer 0.60 gr. salvarsant kapott intravenásan, majd jodkalit szedett. A nyelv alatti térfogatnagyságú daganat azonban csak megtisztult, de nem gyógyult, sőt hetek multán megnagyobbodott és körülbelül koronányi nagyságú, sáncszerűleg felhányt szélű, közepén kraterszerűleg elmélyedő fekélyt mutatott, a mely alapjával erősen összekapaszodott s tapintásra kis almányi nagyságúnak mutatkozott. Az állkapocs alatt mogyorónyi beszűrődött mirigyek voltak tapinthatók; igen heves, a fej és nyak bal oldalára terjedő kisugárzó fájdalmi voltak, a táplálkozása és beszéde lényegesen meg volt nehezítve; test-súlyából veszített és gyöngének érezte magát. Műtét peroralis tubage-zsal chloroformnarcosisban. A bal praemolarisok között az alsó állkapocs temporaer resectiója után a nyelven levő tumort mélyen az egészséges szövetbe behatolva exstirpáljuk úgy, hogy a nyelv bal oldalának jókora része hiányzik; a tumorról együtt a megnagyobbodott nyirokcsomót is eltávolítjuk; a nyelvsebet összevarrjuk; az állkapocsot eziüstodrony-varrattal, a lágyszéket catgut- és selyemvarratokkal egyesítjük; a seb legalsó részén draint helyezünk el. A beteget orrán át catheterrel tápláljuk. A műtét után ötödik napon a beteg folyadékkal spontán táplálkozik. Sima sebgyógyulás, zavartalan lefolyás, a 8. napon a varratok eltávolítása; a sebszélek per primam egyesültek. A beteg a műtét utáni 18. napon rendes beszéddel és nyeléssel, jó közérzettel gyógyultan bocsáttatik el.

Baloldali tonsilla-carcinoma miatt, a mely a nyelvre is reáterjedt, egy férfibeteget operáltunk meg.

W. I., 65 éves gazdálkodó állítólag 6 hét óta érez nyilaló fájdalmat bal torokfelében, azóta nyelése mindig fájdalmas volt; fájdalmi a bal arc- és nyakfelé sugároznak ki. St. pr.: A nyakon beszűrődött nyirokcsomók nem tapinthatók. A torokban a bal mandulának megfelelőleg egy lapos, alapjáról kiemelkedő és alapjával erősen összekapaszodott térfogatnagyságú daganat látható, a mely lapos gomba módjára ráborul a nyálkahártyára, annak határain valamivel túlérve. A daganat terjedelme körülbelül ötkoronásnak felel meg; felülete egyenetlen dudoros, színe halványpiros; a mandulaszövetből csakis a hátulsó részlet keskeny sávja látható; a daganat reáterjed a nyelvre is. A kimetszett részlet szövettani vizsgálattal carcinoma epithelienak bi-

zonyult. Műtét chloroformnarcosisban peroralis tubage-zsal: haránt pofametszés a masseterig s innen derékszögben lefelé az állkapocs szélén valamivel túl, ebből kiindulólág az első molaris extractiója után temporaei reszekáljuk az alsó állkapocsot; a tumort fél cm.-nyire az éppen körülmetszve egész tömegében a nyelvgyök bal oldalára átterjedő részével együtt kimetszszük; vérzéscsillapítás után a légyszájpad sebszéleit, valamint a nyelvsebet részben selyem-, részben catgutvaratokkal egyesítjük, az állkapocsot ezüstsodronnyal összefűzzük, a nyálkahártyát catgutvaratokkal, a bőrsébet pedig selyemvaratokkal egyesítjük. Jodoformgaze-tampont helyezünk a szájüreg oldalsó részébe. A beteget mesterségesen tápláljuk orrán át katheterrel. A beteg harmadnap sokat köhög, az éjjelt nyugtalanul tölti, hőmérséklete 38.6. Mindkét tüdő alsó lebenye felett tompult kopogtatási hang és érdes légzés van. Digalet kap. Másnap a tompulat terjedt, a tüdők felett bűgások és fűtyhangok, az alsó lebenyek felett pedig hörgihez közelálló légzés hallható. A hőmérséklet reggel 38.4, este 39.7. Éjjel után delirál. A következő napon a beteg hirtelen kollabál s az alkalmazott excitantiák daczára néhány perc múlva meghal. A sectio bronchopneumonia lob. inf. 1. u.-t állapított meg.

Carcinoma epiglottidissal egy férfit vettünk felt, a kinek azonkívül tüdőcsúcshurutja és arteriosclerosisa is volt.

B. J. 64 éves bérkocsics, egy év óta beteg. A gégefedő kisujj vastagságú, erősen vérbő és a gége felé néző falán babnyi, felhánt szélű, közepén kraterszerűleg elmélyedő, eves váladékkal fedett fekélyesedés látható; az aryepiglottis redők erősen megvastagodottak; a megvastagodott gégefő és aryepiglottis redők miatt a hangszalagok nem láthatók; ugyancsak e miatt a légzés erősen megnehezített. A nyakon beszűremkedett mirigyek nem tapinthatók. Spontan fájdalmak nincsenek, csupán nyeléskor. A próbaexcisióval kivett daganatrészlet, a melyet az epiglottis fekélyes részéhez közelfekvő szövettől vettünk, mikroskopi vizsgálatkor carcinoma epitheliale mutat (Entz). A beteg műtétbe nem egyezvén, gyógyulatlanul hagyja el a klinikát.

Carcinoma laryngissal egy férfibeteget vettünk fel.

D. J. 46 éves mészáros, a ki kb. 3 hét óta érez fájdalmat a gégefőben jobboldalt; a fájdalmak különösen nyeléskor jelentkeznek; az utóbbi időben sokszor vannak rohamokban jelentkező légzési nehézségei, melyek főképpen éjjel mutatkoznak. Status praesens: Közepesen táplált, egyébként ép szervezetű férfiú. Az orrban, a szájban és a garatban kóros elváltozás nem látható. A gégefőben jobboldalt az aryepiglottis redő és a jobb kannaporcz felett élénk piros, dudorzos duzzanat van, a melynek belső felületén kb. lencsényi hámszíny látszik. E daganatszerű megvastagodás a hangrész tetemesen szűkíti, a jobb hangszalag nem mozog; a légzés erősen nehezített. A próbaexcisió szövettani vizsgálata carcinomát mutat. Nehéz légzés miatt localis anaesthesia mellett tracheotomiát végzünk. A betegnek gégeexstirpációt ajánlunk, műtétbe nem egyezik bele s így gége-carcinomáját illetőleg gyógyulatlanul hagyja el a klinikát.

VI. Idegrendszerbeli megbetegedések.

Paralysis bulbaris acuta miatt 2 beteg feküdt klinikánkon érdekes gégetünetekkel.

Az egyik K. S. 20 éves gazdálkodó, a kit súlyos állapotban szállítottak klinikánkra; hozzátartozói elmondják, hogy a beteget 10 nappal behozatala előtt a mezőn munkaközben rosszullett, sédülés, hányás fogta el, majd hazament, a hol kirázta a hideg, lázas lett; a következő napon nem tudott nyelni, majd hangját is elvesztette. Status praesens: A kissé zavart sensoriumú beteg dűnyögő, nasalis hangon beszél, fűtyülni nem tud, a jobb szájzug lelóg, a nasolabialis redő elsimult, a jobb szemrés tágabb, teljesen zárni nem tudja; fekvő helyzetéből magától felülni nem tud; a végtagok izomereje lefokozott, kivált a jobb oldalon; az egész bőr hyperaesthesiás, a fájdalomérzés fokozott, a hőérzés normalis, a reflexek kiválthatók, élénk dermatographismus; a pulsus 100—120 között, a légvételek száma percenként 24—28. A nyelv mozgása minden irányban szabad, kinyújtáskor fibrillaris rángások láthatók rajta; a légyszájpad jobb fele phonatiókor kissé visszamarad; a gége nyálkahártyája kissé belövelt; a hangszalagok nyugodt lélekészkor közepes abductió állásban vannak, phonatiókor közelednek, de eléggé tág háromszögletű rés marad közöttük, melynek csúcsát a commissura anterior, basisát a hangrész hátulsó fala alkotja; a processus vocales nem érintik egymást; a glottis a hangszalagok érintésekor sem záródik teljesen, a köhögés erőtlén; a hangszalagok abductiója mély légvételkor is tökéletlen. Víziváskor mindjárt köhög, a folyadékot csak nehezen tudja kiköhögni. A garat és gége sensibilitása a normalistól eltérést nem mutat, a reflexek kiválthatók. A beteget gyomorszájra tápláljuk. Negyednapra állapota némileg javult, nyelése jobb, hangja kissé erőteljesebb. A beteget az I. számú belgyógyászati klinikára tesszük át, a hol állapota a következő hetekben lényegesen javult, szilárd tápanyagokat és folyadékokat is teljesen jól tudott nyelni, hangja erőteljesebb, a hangszalagok mozgása majdnem teljesen normalissá lett.

A másik beteg B. L., 34 éves földműves neje, a kinek állítólag 7 éves korában typhus abdominalis volt, 12 éves korában exanthemája, lüest tagad, gyermeke nincs, teherben nem volt, apja gutaütésben halt meg, 8 testvére csecsemőkorban halt el, egy testvére él. Jelen baja 7 hónappal ezelőtt kezdődött, meghülésre vezet vissza; 1 héttig fájt a feje és lázas volt, majd a torka fájdukt meg, mindinkább berekedt és

nyelési fájdalmai támadtak. Status praesens: Az igen elgyengült beteg hangja nasalis, erőtlén. Jobboldalt csekélyebb, baloldalt erősebb facialis-hűdés; a bal szemén abducens-paresis, a jobb felső szemhéj kissé ptosisos, a jobb szemgolyó felnézéskor elmarad; a nyelv mozgása minden irányban szabad, kiöltéskor remeg, a légyszájpad mozgása symmetriás; a hangszalagok fénylők, fehérek, phonatiókor a hangszalagok nem érnek össze, hanem háromszög alakú rés marad közöttük, a processus vocales nem érintik egymást, a hangszalagok abductió mozgása normalis. A garat és gége sensibilitása normalis. Az evés-ivás látható erőlködéssel jár. Az izlésérzés mindkét oldalt, de főleg jobboldalt csökkent. A beteg állapota 2 hét alatt némileg javult; néhány nap multán a belklinikára tettük át.

A hangszalagok ellentétes mozgásaival 63 éves postás jutott észlelésünk alá, a ki állítólag 3 hónap óta állandóan rekedt; már előbb is rövidebb időre többször elrekedt, olykor nyelési zavarai is vannak. Az ideg orvos idegrendszerbeli elváltozást nem tudott megállapítani. Zavarok csupán a gége és légsző részéről vannak, a gégefőben és légszőben kutatásra reflexhiány, a hangszalagok részéről pedig hangképzéskor és belégzéskor coordinációs zavar: belégzéskor a hangszalagok egymáshoz közelednek, sőt össze is érhetnek, de hang csak belégzéskor jön létre, az intendált hangképzéskor pedig a hangszalagok szétternek; az „i“ betű hangoztatásának megkísérlésekor a hangrész a maximalis tágasságot éri el. Jobboldalt exsudatum pleuriticum volt jelen, mely megnyitott. A beteg még a klinikára való felvétele előtt meghalt és így a boncolás nem volt megejthető, pedig egyedül ez tudta volna megállapítani a gége beidegzési zavarának okát.

Végül megemlékezünk még észlelésünk alá jutott *anosmia ritka esetéről*:

Leukoderma acquisitumot (vitiligo) mutató 16 éves nőnek szaglászépe kb. 2 év óta fokozatosan rosszabbodott s ez idő multán kétoldali universalis anosmia állott be, melyhez az aromás izlésképesség elveszése társult. A rhinologiai és a tüzetes kiegészítő (neurologiai stb.) vizsgálatok alkalmával az anosmia valóságos okát kideríteni nem lehetett. Rhinoskopiás vizsgálattal baloldali, a porcós orrsővény hátulsó felében kiugró kicsiny crista septitól eltekintve, kóros elváltozás nem mutatható ki; normalis viszonyokat mutat az orrgarat, a garat és a gége is. A betegen ismételtén végzett olfactometriás vizsgálat alkalmával kitűnt, hogy semmiféle szagot sem érez, sem bal-, sem jobboldalt, noha a *Zwaardemaker*-féle összes szagostályokat képviselő számos szaganyaggal — különböző concentrációkban és in substantia — több alkalommal végeztünk vizsgálatot; kitűnt még az is, hogy a beteg izlelő képessége is feltűnően romlott, úgy hogy az ételek, illetve italok ízében alig tud különbséget tenni s jóformán csak azt érzi, hogy ezek sós, édes, savanyú vagy keserű ízűek-e; az ételek és italok aromáját egyáltalában nem érzi. Miután az anosmiát megállapítottuk, ennek közlelbi mineműsége volt a kérdés tárgya. Bár baloldalt kicsiny crista volt az orrsővényen, de ennek kicsinyisége s az anosmia jelenléte a másik oldalon, egyéb difformitások és másnemű, rhinoskopiával konstatalható, az orrlégést mechanikailag akadályozó elváltozások hiánya, az orrlégés zavartalan funkciója a „mechanikai vagy respirációs“ anosmiát kizárhatóvá tette; a bel- és ideg orvos vizsgálat (l. belklinikai) sem szervi, sem funkciók bajt a nőben nem talált, nevezetesen hiányozván a hysteria stigmái és egyéb neurosisok jelei, a „functionalis“ szaglászhiányt is kikapcsolhattuk; ezek után a szaglászerv idegkiszülékének kellett az esetleges laesio helyét kutatnunk. A neurologiai vizsgálat intracranialis affectio felvételére semmi támpontot sem nyújtott, a körzeti szaglászterület bántalmazottságára utaló tényező (gyuladás, atrophia, mellékfreggyenyedés, lues, tuberculosus, daganat stb.) szintén nem találtunk.

A rhinologiai irodalomban eddig ismertett két hasonló eset alapján felmerült a gyanu, hogy az anosmia keletkezése és a pigment-atrophia között nincs-e összefüggés. A dermatologiai irodalom az anosmiát mint a vitiligo kísérő vagy következményes tünetét nem említi; a netáni összefüggést a további vizsgálatok vannak hivatva eldönteni s a dolgok jelen állása mellett betegünk anosmiájának közlelbi osztályozását a szaglászerv pathologiájára vonatkozó ismereteink hézagossága miatt eszközölnünk nem volt lehetséges. A beteg további sorsáról mitsem tudunk, mert időközben vidékre távozott s így bajának orvoslását meg sem kísérelhettük.

Kell-e a tüdőbetegnek tudnia, hogy mi a baja?

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

Az orvos fél, a mikor a tüdőbajosnak meg kellene mondania a diagnosist. Magam is sokat aggodalmaskodtam ilyenkor és mert ma kénytelen-kelletlen belátom, hogy nem egyszer hibásan jártam el, hasznosnak gondolok pár megjegyzést a címbe fölvetett kérdésre. Igazán érdemes meghányi-vetni a dolgot, mert különben valami pillanatnyi érzésnek vagy benyomásnak enged az ember, a mikor a hirtelen fölvetődő esetben határozni kell.

Félünk, hogy „a beteg megijed“; félünk, hogy érzése és gondolatvilága szenved az ütéstől és nyomott hangulata rosszul hat a bajára is; félünk, hogy menekülni akar a reá váró kínlódástól és elkedvetlenedése talán még valami végzetes szerszámot is ad a kezébe. Félünk még nem utolsó sorban a bajban nyakunkba szakadó felelősségtől. Aztán fáj is a szeretettel melegen érző szívű orvosnak, hogy gyanútlan embertársának olyan rossz tudósítással szolgáljon. Pedig itt a helye annak, hogy megfordítsuk a nagy *Eötvös József* báró sokat emlegetett gondolatát és azt mondjuk: Ne bízzál az olyan érzésben, a mely jól megfontolt gondolatodnak ellentmond.

Ha igazán meg lehetne kimélni a beteget baja egész idejére a tudás fájának keserű gyümölcsétől; ha a nélkül is rá lehetne őt venni, hogy gyógyítása minden eszközét felhasználja; ha úgyis meg lehetne családját óvni a fertőzéstől: semmi mondanivalónk sem lehetne a titkolódzás ellen. A tapasztalás azonban arra tanít, hogy a három kívánság közül egyiknek sem lehet megfelelni.¹

Hiszen lehet valakinek 6 hétig influenzáról és influenza-maradékokról, vagy akár félévig is mellhártyagyuladástól mesélni. De aztán mégis csak nyugtalankodni kezd az ember, türelmetlen, izgatott lesz, míg hosszú, keserves kínlódással rájön magától az igazságra. Klimás gyógyítóhelyeken átvivő utaimon az efféle kríziseknek nem ritkán voltam szemtanúja. Hallottam a tervezgetéseket 3–4 héten belül való hazautazásról, a csodálkozásokat a visszaeséseken, az influenza érzhetetlen makacsságán, az étkezés után járó „gastrikus lázokon“ és végül az igazság megismerését és mondhatom, hogy ez a lassú út sehogysem kellemesebb, mintha az ember rögtön tudná az igazat. Bocsánatot kérek a trivialis és útszéli hasonlatért, de ez a módszer nagyon emlékeztet az egyszeri gazdára, a ki kutyája farkából hetenként vágott le egy-egy darabocskát, a helyett, hogy egyszerre töben metszette volna el. Lassan akarta ő is hozzászoktatni az állatot a fájdalomhoz.

Volt elég alkalmam megfigyelni azt a módot, a hogyan a baját ismerő és a baját nem ismerő ember kúróját végzi. A ki ismeri a tüdővész kezdetének sokszor subjectiv egészségérzését, nem fog csodálkozni, ha az általános tanácsokkal² elküldött beteg ember idejét hosszú sétákkal és kirándulásokkal üti agyon. Az osztrák tengerpartra küldött beteg végigutazik egész Dalmácián, megnézi Fiumét, Triestet, Venczét. Az orvos szemére hányja, hogy nem volt csendesen, a beteg azt feleli, hogy jól érezte magát, nem volt fáradt és a hajón „egész csendben“ ült. A másik beteg „teljes nyugalomban“ utazgat végig a Rivierán. A harmadik a lehetőleg sok friss levegőt úgy magyarázta, hogy egész nap nyitott ablak mellett dolgozott íróasztalán és délután 3 és 5 közt a kaszinó zárt termében hangversenyt hallgatott. Helouanban találkoztam azzal a fiatalemberrel, a ki 4 hét alatt szépen javult, de az 5. héten a forró déli melegben számárháton $\frac{1}{2}$ napra kirándult a saharai pyamishoz és persze megint rosszabbul lett. Az olyan ostobaságokról, a mikor valaki a montecarlói játékbarlangban tölti idejét vagy a kairói éjjeli életet tanulmányozgatja, nem is beszélek. Még a feleség nélkül utazó férjek is tesznek ilyesmit. Erről az orvos már igazán nem tehet. Mindazonáltal azt hiszem, hogy sok helytelenül élő ember másképp cselekednék, ha ismerné a baja természetét. Azzal, a ki magát üdülőnek tartja és subjective semmi kellemetlenséget sem érez, nehéz megértetni, hogy a több óra hosszát tartó kellemes séta a friss levegőn káros lehet.

¹ A nagybeteg ember sokszor szemrehányást tesz, hogy gyerek módjára bánunk el vele. Azt mondja, emberi joga van megtudni, hogy hanyadán áll, hogy intézkedni valója, leróni való kötelessége van, ha állapota komoly. Ennek a nézetnek nem egyszer orvosok is pártját fogták. A kérdést erről az oldaláról nem akarom összebogozni.

² „Menjen délre, legyen csendben, egyék sokat és tartózkodjék minél többet friss levegőn.“ E típusos kifejezés ellen *Penzoldt* emel kifogásokat, rámutatva a német orvosok közt gyakori elintézés módra.

Mindebben nagy baj az is, hogy az első, a kúra szempontjából legfontosabb hónapok vesznek kárba és hogy éppen ezt a mulasztást később sokszor alig lehet pótolni.

A második fontos pont a fertőzés kérdése. Lehet-e a beteg családját megvédeni, ha ő maga nem tudja a baját? Elég-e a családnak megmondani az igazat? Alig hiszem. A semmit sem sejtő beteg végigsétál a lakás összes szobáin, nyitott szájjal köhög és nem veszi észre a szertehulló apró csöppecskéket; teleköpi zsebkendőit, bepiszkítja zsebet, az újságot, könyveket, fehérneműt és szórja mindenfelé a fertőzés csíráit. Elég-e neki azt mondani — mint a hogy sajnos egyszer én is tettem —, hogy influenzája fertőző és hogy vigyázatlanságával az influenza veszedelmét hozza övéire? Nem elég ez semmiképp; az övéinek influenzája nem elég komoly fenyegetés. A mikor pedig a köpés valami kis reggeli maradékra fogy és nappal mit sem látni belőle, a beteg meglegszik a rendes szájápolással és nem gondol arra, hogy nyála, csókja, törülközője, evőeszköze még mindig influenza fertőzés forrása lehet.

Hogy analógiával is rámutassak a titkolódzás fonák voltára, kérdelem, vajon eszébe jutna-e az orvosnak syphilitis beteget előtte a baj természetét tagadni, csak hogy őt a kórjelzés okozta rázkódtatástól megkímélje? Fog-e várni arra, míg a beteg magától lassan rájut, hogy mi a baja?

De nézzünk már most szemébe a tuberculosis bevallása okozta ijedésnek. Ma, a mikor a propaganda népünk alsóbb rétegeibe is bevitte már az ismeretét, hogy a tuberculosis gyógyulhat és gyakran gyógyul, ez az ijedés nem elviselhetetlenül nagy. A betegek maguk azt vallják, hogy kevésbé a kórjelzés mineműsége, hanem az állapot rosszabbodása, vagy a javulás elmaradása a fájdalmas. Akárhogy is van a dolog, annyi bizonyos, hogy jobb, ha a beteg a baja kezdetén ijed meg, mintha attól éri az ijedés, hogy családja valamely tagját fertőzte.

Arról sem feledkezem meg, hogy a beteg, nem ismerve baja mineműségét, csak egy-két hónapi költségre számít és pénzt sem tudja jól beosztani.

Nem hiszem, hogy ez érveléssel szemben bármit is fel lehetne hozni. Azt sem hiszem, hogy valaki a diagnosis közlésétől öngyilkos lehetne. A tapasztalat mutatja, hogy ez ebből az okból nem szokott megtörténni, hanem inkább a baj rosszabbodásának, vagy, a mi szintén megeshet, az anyagi mód elapadásának a következménye. A tüdőbajosok optimismusa különben közmondásos. *Muralt* beteget röviddel halála előtt utazást állított össze a Baedekerből, a másikja halála előtt való napon fotografáló készülékeket hozatott kiválasztásra.³ Különben érdekes volna tudni, hogy tud-e valaki csakugyan olyan öngyilkosságról, a hol nem az állapot rossz volta, hanem a kórjelzés megtudása lett volna az ok.

Még az volna a kérdés, hogy az itt elmondott szabály alól van-e kivétel? Fel nem nőttek, gyermekek kivételek. Maradjon egyéni megítélés dolga, hogy hol van e kor felső határa. De ilyenkor csak egy mód van arra, hogy a beteget magára és környezetére ártalmatlanná tegyék és ez az, hogy azonnal sanatoriumba tesszük. Felnőtteken is ez volna az egyedüli lehetősége annak, hogy baját meg ne mondjuk, ha maga a tüdősanatoriumba való utalás és a baj bevallása nem egyet jelentene.

Persze, hogy a kórjelzés közlésének minden alkalmazható kimélettel kell történnie és hogy a felvilágosított beteget

³ A tüdőbajosok e jóhiszeműségét nem tartom valami sajátos dolognak. Nem egyszer más bajokban is láttam hasonlót, pl. tabesban néha meglepő a közönyösség a baj előrehaladtával. A depressio mind a két bajban az elején jön, mikor még nem olyan rossz a beteg sorsa és néha éppen később, a rosszabbodáskor enged. Némelyik megfigyelőnek semmi érzéke sincs eziránt és érthetetlennek tartja a jelenséget. Pedig csak érthető, hogy valaki a bajt megszokja és pszichologiailag egész lehetetlen folyton szenvedni. Folytonos kétségbeesésben élni nem lehet. Az sem érthetetlen, ha a beteg a végén nem ismeri fel helyzetét. Hiszen megeshet, hogy tapasztalt orvos a tüdőbajos végét egy pár napra várta és a beteg még fél év múlva is ugyanabban az állapotban sínylődt. Nem merem eldönteni, hogy létezik-e az alkoholemérgezés módjára tuberculosis-méreg okozta euphoria, mint a hogy némelyek gondolják. Bebizonyítva nincs a dolog.

magára hagyni aztán nem lehet. Érzés- és gondolatvilágát attól fogva orvosi és baráti szerető felügyelet alatt kell tartani. Ezt is legkönnyebb sanatoriumban megtenni. Rendelőszobánkban az előttünk teljesen ismeretlen emberrel szemben kötelességünknek helyesen csak a házi orvos vagy amaz orvos segítségével felelhetünk meg, a kire betegünket ezentúl bízunk.

Tudom ugyan, hogy abban, a mit itt elmondtam, a szakember előtt talán semmi sem új. Biztos vagyok azonban abban, hogy a gyakorló orvosok többsége és a tanácskozára hívottak egy része nem így jár el. Minthogy pedig a titkolásnak sok rossz következtetését klímás helyeken betegeken jóformán napról-napra látom, érdemesnek tartottam a kollegák figyelmét a bajra felhívni.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Hirnpathologische Beiträge.

A fenti összefoglaló czímen közli majd dolgozatait a mult évben felállított budapesti egyetemi agyszövetetani intézet, melynek vezető tanára Schaffer Károly. Az intézet első évi közleményei is igazolják ama várakozást, mely ez intézet működése felé irányul. Az első kötetben Schaffer tanár és Frey Ernő 2—2 közleménye foglaltatik. Schaffer tanár egyik közleménye, melynek címe „Hemiplegie, Hemianästhesie u. Hemianopsie, verursacht durch subinsuläre Blutung und temporo-parietale Erweichung. Beitrag zur Anatomie der zentralen Sehnbahnen“, vázlatosan meglet az Orvosi Hetilap „Szemészet“ mellékletének 1912. évi 3.—4. számában „A középponti látópályák anatómiájáról“ czímen és azért referálásától eltekintek. Schaffer másik dolgozata a pseudobulbaris paralysis klinikájával és pathológiás anatómiájával foglalkozik. Két esetét ismerteti részletesen és vizsgálatai eredményét a következőkben foglalja össze: A kérdést, hogy a bulbaris paralyssal egy- vagy kétoldali mechanizmus idézi-e elő, csak a sorozatos metszetek dönthetik el. A szabálytól eltérőleg fordulnak elő pseudobulbaris esetek, melyeket látszólag csak egyoldali gutaütés idézett elő. De ilyenkor mindig kell gondolnunk arra, hogy a manifest apoplexián kívül a supranuclearis bulbomotoros pályán fekvő, észrevehető jelek nélkül fennálló praeparatorius gócz egyengette a pseudobulbaris paralysis útját. A pseudobulbaris paralysis keretében jelentkező „spasmusos nevetés“ két formában áll be: a) mint nevetés-roham, melyet a corticalis epilepsiához hasonlóan, az organumos bántalom (thalamus-izgalom) aequivalensének tekinthetünk; b) mint psychoreflexes ingerkitörés, mely külső ingerre, a suggestiv milieu hatására jó létre. A pseudobulbaris paralysis rohamai változók. A typosos apoplexiás rohamokon kívül előfordulnak: a) rohamszerűen jelentkező hányások, melyek hőemelkedéssel, illetve eséssel és fejfájással kapcsolódnak, b) alvásrohamok és végre c) izgalmi rohamok, illetve nevető-rohamok. A hőemelkedések a cerebralis láz képét mutatják. Anatómiai tekintetben a pseudobulbaris paralysis arteriosclerosis alapszik, mely perivascularis gliosishoz és ér-obliteratio folytán keletkező lágyulásokhoz vezet. A kettő többnyire kombinálódik, de vannak esetek, a melyekben az egyik háttérbe szorul és azért nagyjában két forma különböztethető meg. Az egyik a tiszta forma, a hol a vascularis folyamat úgyszólván hiányzik és a mely szellemi frissesség által tűnik ki. A másik, a hol nagyobb érelváltozások vannak, arteriosclerosis dementiához vezet. A pseudobulbaris paralysis cerebrobulbaris formája nagyon ritka és ily esetben a nagy agyvelő pontos átvizsgálása szükséges és csak ha nem találunk számottevő góczot, gondolhatunk a hidban levő góczok szerepére. A bizonyos területek kirekesztése folytán létrejövő localis tünetek közé sorakozik az állandó „nézésbénulás“, mely a fej ferde tartásával kombinálódik és egyoldali parietalis góczon alapszik. A hemianopsia nem közvetlen oka az állandó nézésbénulásnak, hanem vagy ugyanazon parietalis gócz okozza vagy más gócz idézi elő. Az előbbi esetben a parietalis gócz oly mélyre terjed, hogy a

látósugárzást is éri, az utóbbi esetben a látósugárzás különálló megbetegedése forog fenn.

A harmadik dolgozat Frey Ernő-é, a ki az elülső pyramispálya lefutásával foglalkozik. A szerző 10 subcorticalis és 2 ponslaesio esetén tanulmányozta a kérdést és eredményeit a következőkben ismerteti. A pyramispályák csakis cerebralis eredetűek. Az oblongata felületes pyramispályáinak nagy része keresztetződés nélkül jut el a gerincvelő elülső kötegébe, a hol az elülső vagy direct pyramispályát alkotja. Ha a direct pyramispálya nagyon sok rostot tartalmaz, akkor az ágyéki gerincvelő alsó tájékáig követhető, a sacralis gerincvelőben csak nagy ritkán lelhető fel. A direct pyramispálya a gerincvelő elülső commissurájában keresztetződik és nemcsak az ugyanazon oldali, hanem a túlsó oldali szarvval is összefüggésben áll. A direct pyramispálya nagysága és lefutása a pyramispálya nem keresztetzett rostjainak számától függ. Ha e rostok száma csekély, akkor az elülső pyramispálya már a hátgerincvelőben kimerülhet, elvéve a nyakgerincvelőben is megszűnhet. A pyramiskeresztetződés változásait és ebből eredőleg az elülső pyramis varietását olyképp magyarázza, hogy a pyramispálya phylogenesisesen fiatal motoros pálya, a mit cerebralis lefutása a rhombencephalonban igazol.

A negyedik dolgozatban Frey Ernő a tabes dorsalis klinikai formáival, tünettanával és lefolyásával foglalkozik 850 esete kapcsán. Részletesen foglalkozik a tabes kezdőtüneteivel, érdekes adatokat közöl 60 betegéről, a kiket 10 éven keresztül észlelt és egyéb a tabessel összefüggő kérdéseket tárgyal behatóan. Vizsgálatai eredményét az alábbiakban foglalja össze: Az incipiens tabes tünettanának és lefolyásának pontos észleléséből kiderül, hogy a tabes ezen formája jellegzetes klinikai csoportokból tevődik össze. A szerző a kezdődő tabes négy formáját különbözteti meg: 1. oculopupillaris typus, 2. dysuriás typus, 3. lancináló typus és 4. vegyes typus. Bár az egyes typusra jellegző tünetek a későbbi lefolyásban más typus keretében is jelentkezhetnek, de a szerző azt tapasztalta, hogy különösen a szemizombénulás és szemidegmegbetegedés mint kezdő tünet csak az oculopupillaris typus sajátja. Az egyes typosok közül a fájdalommal járó a legsúlyosabb lefolyású, ezzel szemben az oculopupillaris és dysuriás typus általában jóindulatú. Az oculopupillaris typus az esetek túlnyomó számában 2—3 év alatt fejlődik ki teljesen, a mely után több évig (6—7 évig) stationaer marad. A dysuriás typus az első évben éri el teljes kifejlődését és azután vagy stationaer, vagy nagyon lassan halad előre. A lancináló typus gyors és teljes kifejlődésű. A dysuriás typus kevés tünetet mutat, gyakran monosymptomás; az oculopupillaris oligosymptomás, a lancináló polysymptomás. A két nem tabesének tünettanában nincs lényeges különbség és csak annyiban van eltérés, a mennyiben a nemmel összefügg, általában azonban a férfiak tabesének symptomatológiája gazdagabb, mint a nőké. A női tabes gyakran a férfitabes „forme frust“-je. A hereditas tabes két alakját hívja elő: a) A juvenilis, illetve virginalis tabest, melyet csak a hereditas idéz elő. Nem sorozható ide az abnormalis korai életévekben szerzett genitális vagy extragenitális fertőzés által provokált tabes. A virginalis tabes csak a juvenilis tabes sajátos megnyilvánulása és abban tér el, hogy virgóra vonatkozik. b) A hereditabest, a hol a hereditas mellett az ascendentiának tabeses terheltsége is számba jön. Conjugalis tabes esetében az elsődlegesen megbetegedett mutatja a súlyosabb formát és ebben a nemnek nem jut semmi szerep. A szerző 90%-ban mutathatta ki a luest. (Zeitschrift für die gesamte Neurologie u. Psychiatrie, X. kötet, 205.—244. old. és XIV. kötet, 1.—82. old.)

Goldberger Márk dr.

Új könyvek:

F. Calot: Die für den praktischen Arzt unbedingt notwendige Orthopädie. Deutsch von C. Rischard. Luxemburg, V. Bück. 31-25 m. — B. Bloch: Die allgemein-pathologische Bedeutung der Dermatomykosen. Halle, C. Marhold. 3 m. — G. Hahn: Die Geschlechtskrankheiten und die ärztliche Verantwortlichkeit. Halle, C. Marhold 1 m. —

H. Marcuse: Energetische Theorie der Psychosen und der abnormen Bewusstseinszustände. Berlin, A. Hirschwald. 360 m. — *F. Plaut*: Über Halluzinosen der Syphilitiker. Berlin, J. Springer. 560 m. — *F. de Quervain*: Über die Stellung der Geschwülste unter den Naturerscheinungen. Leipzig, F. C. W. Vogel. 150 m. — *L. Külz*: Die Dysenterie. Hamburg, Fr. W. Thaden. 2 m. — *H. Heineke*: Verletzungen und chirurgische Erkrankungen der Speicheldrüsen. Stuttgart, F. Enke. 18 m. — *Credé-Hörder*: Die Augeneiterung der Neugeborenen. Berlin, A. Karger. 5 m. — *A. Richter*: Geburtshilfliches Vademecum. Bearbeitet nach den seminaristischen Übungen von Prof. Leopold. Leipzig, F. C. W. Vogel. 7 m. — *J. M. Raimist*: Hysterie. Zur Frage über die Entstehung hysterischer Symptome. Berlin, S. Karger. 350 m. — *K. Gaegele und Th. Gumbel*: Die Little'sche Krankheit und ihre Behandlung, mit besonderer Berücksichtigung der Försterschen Operation. Jena, G. Fischer. 360 m. — *G. Gaertner*: Diätetische Entfettungskuren. Leipzig, F. C. W. Vogel. 4 m. — *A. Schmitt*: Wirkliche und angebliche Schädigungen durch Salvarsan. Würzburg, C. Kabitzsch. 4 m. — *F. Lill*: Beitrag zur Kenntniss des Lupus vulgaris der oberen Luftwege. Würzburg, C. Kabitzsch. 085 m. — *Leredde*: Études sur le serodiagnostic et le traitement de la syphilis. Paris, A. Maloine. 10 fr. — *D. Bridge Lees*: The Bradshaw lecture on the diagnosis and treatment of incipient pulmonary tuberculosis. London, H. K. Lewis. 5 s 3 d.

Lapszemle.

Belorvostan.

A vesemedenczgyulladásban vesemedenczeöblögetéssel elért eredményeiről számol be *H. Hohlweg*. Főleg *Opitz* és *Lenhartz* óta a pyelitisnek mint önálló körképnek létezését mindenki elismeri. Apyelitisnek a szó szoros értelmében vett белорvostani kezelésével, ha javulásra, sőt gyógyulásra vezetett is, bakteriologiai értelemben vett gyógyulás csak ritkán volt elérhető; így volt ez a *Lenhartz*-féle kezelés esetén, a mikor csak 20%-a az eseteknek gyógyult bakteriologiai értelemben.

A salicyl és urotropin hatástalanságát részben az a körülmény magyarázhatja, hogy valamely gyógyszer megszo- kása folytán a bacteriumok a kérdéses, különben bactericid gyógyszerrel szemben immunissá lesznek. A vaccinatiós eljárás eredményei sem voltak jobbak. A *Meyer-Betz*-féle eljárás sem eredményezte a vizelet bacteriummentességét. Ezen eljárás célja az, hogy a vizelet aciditásának fokozódása útján a bacteriumok szaporodásának gátat vessen. E célból a vizelet aciditásának fokozására hús- és tejdiétát alkalmazott betegek, acidum phosphoricumot adagolt, a folyadékfelvételt korlátozta és naponta izzasztásnak is alávetette betegeit. A vesemedenczgyulladás activ terapiája — mely az esetek túlnyomó többségében bakteriologiai értelemben is teljes és állandó gyógyulásra vezet — a vesemedenczenek a kiöblítésében áll. E célra ezüstnitrátot 1⁰/₁₀₀—1⁰/₁₀₀₀ oldata használható. A betegek érzékenysége e szerrel szemben igen különböző, általában jól tűrik, némely esetben azonban a fájdalom, a reakciós jelenségek miatt nem alkalmazható. Ilyenkor a collargol alkalmazása jöhet szóba. 5—10⁰/₁₀₀ argyrol-oldattal mosáskor fájdalom, sőt hasfájás sohasem jelentkezett. *Hartmann* szerint 1⁰/₄—1⁰/₂ perhydrol is alkalmazható.

Hetenként 2—3 ízben végezhető a vesemedenczeöblítés. Ha az eset nem igen régi, akkor rendszerint a 2—3 heti kezelés teljes bacteriummentességet eredményez. A mi a pyelitis keletkezés módját illeti, az ascendáló folyamattól eltekintve, gyakran — mindenestre gyakrabban, mint eddig hittük — a lymphogen eredetre is kell gondolnunk.

Franke injectiós eljárás segélyével a colon ascendens és a caecum nyirokrendszerét összefüggésbe tudta hozni a jobb vese nyirokereivel. Sikerült továbbá bebizonyítani azt, hogy a bélfal egyszerű sértése, sőt mesterségesen létesített székrekedés esetén is bacteriumok jutnak a bélből a nyirok-utakba. A húgyhólyag épsége a pyelitisnek lymphogen eredete mellett szól. (Münch. med. Wochenschrift, 1913, 27. sz.) *Galambos* dr.

Sebészet.

A bél devascularisatiójával kísérletezett *Hossley* és *Coleman*. A bélről leválasztották a mesenteriumot s omentummal borították. 5 állatban lekötötték a mesenteriumától megfosztott beleket, ezek közül 3 az első 3 napon elhullt, kettő 13—14 napig élt; 7-ben szabadon hagyták a bélpassagét,

ezek közül 2 pusztult el spontan 4 héttel a műtét után, a többi 15—49 nap múlva leölték. A kísérletekből az derül ki, hogy a mesenteriumától fosztott bél nyálkahártyájának szét- esése az állat életét intoxicatióval nem fenyegeti és hogy a mesenterium leválasztása, még ha 4—5 hüvelyknyi darabon történik is, önmagában nem teszi szükségessé a resectiót, mert a bél azért életképes maradhat és ha csepleszszel borítjuk, ebből baj nem származik. (Annals of surgery, 1913, április.) *P.*

Elmekórtan.

A homosexualitással és aetiologiájával foglalkozik *P. Naecke*. A homosexualitásnak korai életévekben való jelentkezése és hogy többnyire valamely banalis alkalmi ok váltja ki, a mellett szól, hogy a valódi homosexualitás valószínűleg veleszületett. Az összes úgynevezett szerzett homosexualitások vagy a valódi homosexualitás tarda alakjai, vagy pseudohomosexualitások. Minél nagyobb terjedelmű a homosexualis componens, annál korábban és kifejezettebben jó felszínre. Vannak ugyan esetek és valószínűleg a tardiv esetek tartoznak ide, a hol a valódi inversio a gyengén megalapozott homosexualis componens folytán csak a későbbi életkorban jelentkezik. A homosexualitás tardát a pseudohomosexualitástól nehéz megkülönböztetni. A homosexualitás nem fogható fel elfajulási jelenségnek, még kevésbé betegségnek, bár elfajulással és betegséggel együtt is jelentkezhetik, hanem abnormitásnak. A homosexualitás éppen úgy nem irtható ki, mint a bűncselekmények, bár megfelelő körülmények mellett redukálhatók és ennek biológiai okának kell lennie, melyet azonban ma még nem ismerünk.

Az inversio keletkezéséről három vélemény lehetséges: 1. minden inversio csak veleszületett, 2. csak szerzett, 3. veleszületett vagy szerzett. A szerző hypothesis szerint úgy az emberben, mint az állatokban bilateralisan elhelyezett négy sexualis centrumot kell felvennünk, és pedig 1. secretiós centrumot, 2. erectiós centrumot, 3. férfilibidós és 4. nőlibidós centrumot, melyekben a két első a két utolsóval összeköttetésben áll. Hogy hol fekszenek e centrumok, még bizonytalan, állatokon valószínűleg a sulcus cruciatus tájékán. E durva sémával érthetőek volnának a különböző psychosexualis állapotok. E központok megbetegedése tenné érthetővé a különböző homosexualitásokat. A szerző a továbbiakban e hypothesisét igyekszik megvédeni, ez azonban referatumban nehezen foglalható össze. (Zeitschrift für die gesamte Neurol. und Psychiatrie, XV. kötet, 537. oldal.)

Goldberger Márk dr.

Venereás betegségek.

A kenőkúrával járó kénésőresorptiót vizsgálta *H. Boruttau* (Berlin). Ma már beigazoltnak vehető, hogy a kénésőnek egy része a bőrön át jut a szervezetbe, a nagyobbik része pedig belégzés útján. A belégzés útján a kénéső gőzalakban jut a tüdőbe, a hol azután fölszívódik. A bőrön át való fölszívódás alkalmával a kénéső oldható só alakjában hatol keresztül a hajtüsző hámján. Általában azt lehet mondani, hogy a vizeletben kiválasztott kénéső mennyisége mértéke a kénésőresorptiónak és a gyógyító hatásnak. A szerző azt vizsgálta, hogy a különböző alapanyagú és különböző finoman elkevert színesítő tartalmazó szürke kenőcsök mutatnak-e egymástól eltérő resorptiós viszonyokat. E célból a hivatalos unguentum cinereumot és a *Pearson*-féle kénésővasogent hasonlított össze egymással. Kísérleteit kellő kontrollal állatokon (házinyúl) és emberen végezte. Vizsgálati eljárás dolgában a *Buchtala*-féle módszert használta, mely a kénésőt a vizeletben elektrolitális úton határozza meg. Kiderül ezekből a vizsgálatokból, hogy a kénéső resorptiójának absolut és átlagos értékei a kénésővasogen alkalmazásakor magasabbak, mint hasonló dosisú unguentum cinereum használatakor. Az állatkísérletek eredménye arra vall, hogy a resorptiótöbblet a bőrön való jobb fölszívódás útján jött létre. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1913, 29. sz.)

Guszman.

Húgyszervi betegségek.

Az ondókivezető-csővecskék katheterismusról ír *G. Luys*. Tekintve azt, hogy a technika tökéletesedésével milyen meglepő könnyedséggel végezzük manapság magát az ureterkatheterismust, igazán csodálatos, hogy a ductus ejaculatorius szondázását eddig meg sem kísérelték. Most újabban azonban a szerző az ő urethroscopiai instrumentariumát újabb műszerekkel bővítette s a meglevőket olyannyira tökéletesítette, hogy szakavatott kezekben az ondókivezető-csővecskék katheterismusa ma már gyakorlati fontossággal bír.

Ez utóbbinak az indicatióit *G. Luys* a következőkben csoportosította:

a) Vesicularis retentio esetében, vagyis a mikor a helyesen végzett massage után az ondóhólyagok nem ürülnek ki, módunkban van a ductus ejaculatorius permeabilitását szondázással helyreállítani.

b) Fájdalmas ejaculatio esetében, melyet legtöbbször az ondókivezető csővecskék szűkülete idéz elő, a katheterismus valóban kiváló eredményeket fog létesíteni úgy a coitus alkalmával kívánatos kellemes érzés, mint a termékenyítő-képesség tekintetében.

c) A véres magömlést, a mennyiben ezt az ondókivezető csővecskék alteratiója okozza, a katheterismussal szintén kedvezően fogjuk befolyásolni.

d) Végül pedig spermatozystitis chronica eseteiben a prostatamassage után a szondázott kivezető csővecskéken a kóros váladék könnyebben és tömegesebben fog kiürülni.

A műtét technikája a legtöbbször elég egyszerű. A *Luys*-féle urethroscoppal könnyen megtaláljuk a caput gallinaginis innenső felületét, a melyet a szerző olyan találon „az ondóhólyagok tükrének” nevez. Már most vagy az esik meg, hogy az utriculus prostaticus kerül a szemünk elé, vagy pedig az ondódomb két szélső ajakán két elég jól körülírt nyílást fogunk megpillantani, melyek az ondókivezető csővecskék alsó végeinek felelnek meg. Ez utóbbi esetben a lehetőleg egyenes fémhuzalt az urethroscop-tubus alsó fala mentén directe nekiirányítjuk az utóbb említett nyílások egyikének, a melyiket szondázni akarunk és a fémhuzal gombos végét olyan csavargató mozdulatokkal, mint az ureterkatheterismus eseteiben, óvatosan betoljuk az ondókivezető csővecskébe.

Végezetül egy betegének kórtörténetét közli a szerző, a ki spermatozystitis chronicában szenvedett, de a prostata-massage kedvező hatását nem értékelhette, mert vagy orchitis keletkezett rajta, vagy pedig a kóros váladék hiányos kiürülése következtében heves, lázzal járó fájdalomrohamokat állott ki. A beteg ondóhólyagnak megfelelő kivezető csővek szondázása után azonban a megfelelő massage-ok következtében az ondóhólyag mindig szépen kiürült, az ondóhólyaggyulladás lassakán meggyógyult és a sok időn keresztül állandóan zavaros vizelet végre teljesen, tartósan felisztult. (La clinique, 1913, február 14.) *Drucker.*

Orr-, torok- és gégebajok.

A Perez-féle bacteriumnak a genuin ozaenához való vonatkozásairól tartott előadást *G. Hofer* (Wien) a wieni orvosegyesület folyó évi június 13.-i ülésében. Az előadó *Paltauf* intézetében végzett vizsgálatokat a *Perez* által évekkkel ezelőtt Buenos-Airesben végzett, az ozaena aetiologiájára vonatkozó vizsgálatok eredményének bírálata céljából. *Perez* a következő következtetésekre jutott: Az ozaena fertőzőes megbetegedés, mely az egyik emberről a másikra érintkezés útján, továbbá használati tárgyak, mint zsebkendők, törülközők stb. útján vitetik át. A betegség kórokozójául a coccobacillus foetidus ozaenae tekintendő; ez a bacillus-kultúrában is az ozaenabetegek jellegzetes büzzes terjesztés és házi-nyulak genyes orrsecretiót vált ki, mely hosszabb idő múltán az alsó orrkagyló teljes atrophijára vezet. Ezen vizsgálatok eredményét kétkedéssel fogadták s ezért *Perez*

Paltauf serotheraphiás intézetéhez fordult azon kéréssel, hogy vizsgálatait felülvizsgálják. A vizsgálat nagy nehézségekbe ütközik, mert az ozaenabetegek orrában nagy számmal található különböző bacteriumok. Ezekből vegyes bouillon-kultúrát állítottak elő, a melyben a *Perez*-féle bacterium is megvolt. Ha ezen kultúrát házinyulakba intravenásan injiciálták, az alsó orrkagylók megbetegedése állott elő s itt a *Perez*-féle bacillus majdnem tiszta kultúrában volt kimutatható; most ezzel serumot készítettek, a mely ozaenabetegek serumát agglutinálta. A *Perez*-féle bacillus főképpen az alsó orrkagylókon lokalizálódik s ezeken az injectio után 12 órán belül már nagy mennyiségben található. A bacillus által okozottakhoz hasonló jelenségeket idéz elő 6—10 napos bouillonkultúrának filtratuma is. A bacillusoknak vagy a toxinnak nagy adagjai az állatokat gyorsan elpusztítják, ezek orrmegbetegedés és peritonealis exsudatum jeleit mutatják; kicsiny és közepes adagok az alsó kagylók chronikus affectióját idézik elő, a mely secretióval és hőemelkedéssel jár és utóbb az alsó kagylók atrophijába megy át. Az orr megbetegedését a bacillusoknak ismételtén az orrba bevitele is előidézhetheti. 8 ozaenabetegek serumát vizsgálta a specifikus serummal való agglutinatióra, két esetben teljes agglutinatio jött létre, noha az ozaena csak localis megbetegedés. Mindezek alapján az előadó valószínűnek tartja, hogy a *Perez*-féle bacillus az ozaenával kóroktani vonatkozásban van. Ezen körülmény az ozaena prophylaxisa és therapiája szempontjából nagy fontosságú s az utóbbi tekintetben valószínűen a vaccinatióknak lesz szerepe.

Az előadáshoz fűződött discussióban *Perez* az ozaenabacillus felfedezésének történetét mondta el. *Hajek* már évekkkel ezelőtt izolált egy bacillust, a mely kultúrában a jellegzetes ozaenabüzzet terjesztette, de nem sikerült neki ennek aetiologiai szerepét biztosan megállapítani; a megbetegedett orrkagylók pathologiás szövetében sem volt megtalálható; *Perez* állapította meg először biztosan a bacillus és az ozaena közötti szoros összefüggést és ezt állatkísérletekkel is igazolta. Talán állatkísérletekkel még sikerülni fog annak a megállapítása, hogy a *Perez*-féle bacillus által előidézett ozaena, csakúgy mint a genuin ozaena, csak éveken át tartó kórfolyamat után vezet az orrkagylók atrophijára. *Tandler* felhívja a figyelmet arra, hogy vizsgálatai szerint ozaena esetén előbb az orrkagylók csontja betegszik meg s ehhez csatlakozik a nyálkahártya megbetegedése. Az orrnyálkahártyának oly atrophijája is van, mely terjed át a csontra nem; ozaena esetén a nyálkahártya hámja még normalis lehet, míg a csont már atrophias. A megbetegedés első stadiumában az alsó orrkagylók csontja mutat elváltozásokat, lemezes szerkezete eltűnik. Szerinte valószínűen az orr ereinek megbetegedéséről van szó, a melyek csakúgy, mint a szájnálkahártya erei, áthaladnak a csonton, mielőtt az általuk ellátott területre jutnak. *Panzer* az ozaenának egyes családokban előfordulására utal. Egy általa vizsgált családnak minden tagja ozaenában szenvedett; egy csecsemőn klinice még nem volt konstatalható a baj, de orrából a typosos bacillus kitenyészhető volt. *Chiari* az ozaenának egyes családokban előfordulására már évekkkel ezelőtt felhívta a figyelmet. (Medizinische Klinik, 1913, 25. sz.)

Safranek János dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A cardiovascularis tünetek jelentőségéről a coma diabeticumban ír *Ehrmann* docens (Berlin). A szívgyöngesség illetve a vérnyomásnak erős csökkenése szerinte nagyon gyakori megelőzője a comának; a csökkent vérnyomás megszüntetésével akárhányszor megelőzhetjük a coma bekövetkezését. A *Noorden* ajánlotta nagy alkohol-adagok kedvező hatása nyilván ilyen excitáló hatáson alapszik. Nagyon ajánlható a kámfor, továbbá a coffeinum natrio-benzoicum (7·0 gr. 200·0 gr. vízre; naponként 3—6 evőkanálnyi), valamint az erős fekete kávé. A digitalist is jó eredménnyel használta a szerző, még pedig digipuratum alakjában; naponként 2—3-szor adott 1/2—1 tablettát az étkezések után. (Berliner klin. Wochenschrift, 1913, 31. sz.)

Heveny izületcsúz esetében, a melyben nagyobb adag salicylkészítmények teljesen hatástalanok maradtak, *Klare* fel-tünő jó hatást látott a *melubrintól* 3—5 gr.-os napi adagban. (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, 33. sz.)

Gyermekkori spasmophilia és tetania eseteiben *Grünfelder* szerint nagyon jó hatású a bromcalcium napi 2 gramm mennyiségben. (Therapeutische Monatshefte, 1913, 6. füzet.)

A **codeonalt** *Bönnig* neurasthenia és álmatlanság számos esetében használta jó eredménnyel. Még olyan esetekben is hatásosnak bizonyult ez az újabb szer, a melyekben más hypnoticumokat eredmény nélkül használtak a betegek. Morphinisták, alkoholisták és epekökólikában szenvedők nagyfokú álmatlansága ellen is hatásosnak bizonyult a codeonal. Nőknek többnyire elegendő 1 tableta, férfiaknak azonban 2-t kell adni egyszerre. A szer megszokását nem észlelte a szerző. (Berliner klin. Wochenschrift, 1913, 29. sz.)

A **paracodint** az augsburgi kórház belosztályának 50 betegén próbálta ki *Dahl*. Noha a bőr alá is fecskendezhető ez a szer minden kellemetlen következmény nélkül, többnyire belsőleg adta, még pedig paracodinum bitartaricum alakjában 2 $\frac{1}{2}$ —3 centigrammos adagban. Ezen adagnak köhögéscsillapító hatása olyan volt, a melytől csak 3 $\frac{1}{2}$ —4 $\frac{1}{2}$ centigramm codeinum phosphoricummal lehet elérni. Fájdalmak és fájdalom okozta álmatlanság ellen is hatásosnak bizonyult a paracodin, a melynek kellemetlen mellékhatásai nincsenek, a megszokásától sem kell tartani, huzamos használat esetén sem kell növelni az adagját. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1913, 27. szám.)

A **végbélén át táplálásra** *Rendle Short* és *Bywaters* leginkább az olyan tejet ajánlja, a melyet 24 órán át pankreas-fermentummal kezeltek és a melyhez 5% dextrosét adtak. (Brit. med. journal, 1913, jún. 28.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1913, 34. szám. *Váli Ernő*: Adatok a n. acusticus lueses megbetegedéséhez. *Hoffmann Jenő*: Az elektrotherapia mai állása.

Orvosok lapja, 1913, 35. szám. *Kertész Béla*: A csecsemőkori furunculosisok gyógykezelése.

Budapesti orvosi ujság, 1913, 34. szám. *Torday Árpád* és *Wiener Imre*: Az urochromogen-reactio gyakorlati jelentősége. *Sigmund József*: Kórházi casuistika.

Vegyes hírek.

A **Budapesten** ősszel tartandó tiszti orvosi vizsgák f. évi október 20.-án kezdődnek. Az előkészítő tanfolyam szeptember 22.-én veszi kezdetét IX., Gyáli-út 7. szám alatt. Bővebb felvilágosítást *Kaiser Károly* dr. ad.

Meghalt *E. Goldmann*, a sebészet prof. ord. honorariusus Freiburgban, augusztus 11.-én 51. évében. — *Coyne*, a kórboncolóstan tanára Bordeauxban 71 éves korában. — *O. Hjelt*, régebben a kórboncolóstan tanára Helsingforsban. — *H. Jayne*, az anatomia tanára a philadelphiai Pennsylvania-egyetemen, 54 éves korában.

Magyarország szemorvosainak egyesülete 1913 szeptember hó 7.-én és 8.-án a budapesti kir. magyar tudomány-egyetem I. számú szemklinikájának tantermében (VIII. ker., Mária-utca 39. szám) tartja IX. közgyűlését. *A Schulek Vilmos*-előadáson kívül, melyet *id. Imre József* tart „A felemás fénytörésű (anisometriás) szemek sorsáról” czímen, 14 előadás és számos bemutatás van bejelentve. Az ülés 7.-én délelőtt 3 $\frac{1}{4}$ -kor, 8.-án pedig délelőtt 9-kor kezdődik.

Máramaros vármegye közkórházában *Szilágyi István* dr. igazgató-főorvos jelentése szerint az 1912. évben 4268 (2262 férfi, 2006 nő) beteget ápoltak; egy-egy napra átlag 549 beteg, egy-egy betegre pedig 48-11 ápolási nap esett. A halálozás százaléka 5-6 volt. Legtöbb volt a belgyógyászati eset (39-4%); a bujácóros esetek száma 16%-ot tett, az elmebajosoké pedig 8-2%-ot. Műtét 568 esetben végeztek; halállal végződött 15 eset. Az 1912-ben ápolt 488 elmebajos közül 53 halt meg.

A **XII. nemzetközi szemorvosi congressust** 1914 augusztus hó 10.-étől 15.-éig fogják tartani Szentpétervárott. A főreferatumok: a trachoma aetiologiája és a szem táplálása. A résztvevni szándékozók szíveskedjenek névjegyüket s pontos lakáscímüket a központi irodába beküldeni; oda küldhető a tagsági díj is, még pedig 10 rubel a tagért s 4 rubel a családtagért. A központi iroda címe: *St. Pétersburg*,

Mochowaja 38. Germann dr. főtitkár. Az érdeklődőknek a központi bizottság magyarországi képviselője, *Grósz Emil* egyetemi tanár szívesen ad felvilágosítást.

Személyi hírek külföldről. A bécsi egyetemen a *Neusser* tanár halálával megüresedett II. belorvostani tanszéket *Ortner* tanár veszi át, az ezáltal megüresedő III. tanszéket pedig nem töltik be, hanem sebészeti klinikává alakítják át, mely *Eiselsberg* és *Hochenegg* tanár vezetése alatt fog állani s a melyen *P. Clairmont* és *A. Exner* magántanárok fogják a sebészetet előadni. — Rendes tanárok lettek: *W. Söllers* (törvényszéki orvostan, Manchester), *Aubert* (szemészet, Marseille), *G. Gatti* (sebészet, Firenze), *C. Besta* (elmekörtan, Messina), *G. Perolta* (anatomia, Salamanca), *Gagnoni* (gyermekorvostan, Siena), *Baglioni* (élettan, Sassari), *J. Ritchie* (bakteriologia, Edinburg), *Dobrovici* (belorvostan, Jassy), *Bruckner* (szövevény, Bukarest).

Kisebb közlések az orvostudomány köréből. *Börhiányok pótlására Stern* bőr helyett konzervált amniót ajánlja. (Journ. of the Amer. med. assoc., 1913, március 29.) — *Genyes pleuritis* felismerésére *Polle* új jelt ismert: a megfelelő oldali hónaljmirigyek megnagyobbodását; szerinte ez a jel már akkor is megvan, a mikor más tünet még nem utal arra, hogy genyes mellhártyagyulladás esete forog fenn. (Archives medico-chirurgicales de province, 1913, március.) — *A kvarc- vagy higanygőz-lámpa hatásának kitett bakteriumok Renaud* szerint elvesztik fertőzőképességüket, histochemiai sajátágaikat, főleg toxicitásukat azonban megtartják, úgy hogy vaccinatióra nagyon jól használhatók, állítólag sokkal jobban, mint a hőmérséki vagy chemiai behatásokkal előállított vaccinák. (Académie des sciences, 1913, július 21.-i ülés.) — *Az Aberhalden-féle dialyzáló eljárással gümőkór eseteiben* kísérletezett *Frankel* és *Gumpertz* biztató eredménnyel. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1913, 33. szám.) — *A melegvíz-alkalmazások tüdővész eseteiben Köhler* szerint jó eredményt használhatók, főleg kevésvérű és csúzos hajlamossággal bíró egyéneken, a kiknek nincsenek vérzéseik. A forró keresztvágásoknak és a hetenként kétszer adott, 5 percig tartó forró fél vagy teljes fürdőknek kifejezett köptető, sokszor a lázat is csökkentő hatásuk van. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1913, 33. sz.)

Baksay László kolozsvári orvostanhallgató indexe ez év április havában elveszett. Kéri a megtalálóját, hogy küldje el a címére (Beregzász, Perényi-u. 8).

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

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
Dr. → **EDE** PÖSTYÉN

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

Dr. Szontágh Miklós gyógyintézete Ujtátrafüred

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

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

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

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

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 szülők részére.

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (XII. rendes tudományos ülés 1913 április 5.-én) 652. lap. — Közkórházi Orvostársulat (VI. bemutató szakülés 1913 április 2.-án) 653. lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(XII. rendes tudományos ülés 1913 április 5.-én.)

Elnök: **Salgó Jakab.**

Jegyző: **Bence Gyula.**

Jackson-epilepsia esete.

Fischer Aladár: A 15 éves fiút 1913 február 3.-án vették fel a Bródy-kórház belgyógyászati osztályára. Két év óta görcsös rohamai vannak, amelyek mindig a bal kéz hüvelykujján kezdődnek, innen a bal egész felső végtagra, a bal arcfélre, a bal alsó végtagra terjednek, majd pedig a test jobb felére mennek át. Közben a beteg elveszti eszméletét. A rohamok változó sűrűséggel jelentkeznek; fölvétele előtt naponta volt, néha többször is görcse. Az ideggyógyászati vizsgálat és szemfenék-vizsgálat semmi feltűnő eltérést sem derített ki, a Röntgen-vizsgálat és a Wassermann-reactio negatív. A betegnek tehát Jackson-typusú epilepsiája van, a melynek okát megállapítani nem lehet. Daczára a Wassermann-reactio negatív voltának, antilueses kezelést kíséreltek meg, de eredmény nélkül.

A Jackson-typusú epilepsiák operálásának eszméje *Horsley*-től származik, a ki már 1886-ban végzett ily operatiókat. A műtét később discreditalódott, minthogy az eseteket nem elég helyes technikával s nem eléggé megválogatva operálták. Az utóbbi évtizedben azonban *Krause*, *Auerbach* és mások közlései alapján a Jackson-epilepsia operálása ismét polgárjogot nyert és a közölt eredmények mind biztatóbbak.

A bemutató műtetre határozta el magát, mert fiatal egyénről volt szó, kin az idegrendszer spasmophil elváltozása még nem túlságosan régen áll fenn és a mellett sohasem tudható, hogy, ha a klinikai vizsgálat eredménye negatív is, nem találunk-e mégis valamely organikus elváltozást; szóval a *Krause* által körvonalozott indicatiókhöz tartotta magát. A műtétet 1913 márczius 10.-én végezte. Miután a *Kocher* és *Krönlein*-féle constructio segítségével a sulcus centralis, sulcus praecentralis és fissura Sylvii helyét meghatározta, a jobb koponyafélen a bal felső végtag mozgató agykéregterületének megfelelően 6 cm. széles és 7 cm. magas bőrperiost-csontlebenyt metszett ki befelé irányuló basissal, azután a durát metszette keresztül, ugyancsak lebenyt készítve felfelé néző basissal. A föltárt agykéregrészt semmiféle makroszkopos elváltozást sem mutatott és a punctiók is negatívak maradtak. Ezután a *Krause*-féle elektrod segítségével meghatározta a bal hüvelykujj mozgásainak corticalis centrumát és azt a *Horsley-Krause*-féle eljárás szerint kimetszette és a bőrperiost-csontlebenyt visszahelyezte.

A lefolyásból kiemelendő, hogy a műtét által kiváltott agykéregizgalom következtében az első két napon még voltak rohamok, azóta azonban a görcsrohamok teljesen elmaradtak. Functionalis kiesés a műtét következtében, mint azt *Ranschburg* és *Sarbó* igazolta, nincs. Természetesen korai volna azt állítani, hogy a beteg epilepsiája meggyógyult, azonban mégis figyelemreméltó az eset a momentán siker miatt és azért, mert demonstrálja, hogy a *Horsley*-féle műtét megfelelő technika mellett minden functionalis kiesés és hátrány nélkül végezhető.

Spirochaeta pallida paralysises beteg agyvelejében.

Noguchi eredeti készítményének bemutatása.

Ifj. Liebermann Leó: A bemutatott készítmény *Hideyo Noguchi*-től, a newyorki *Rockefeller*-intézetben működő japán kutatótól származik, a kinek sikerült paralysis progressivában elhaltak agyvelejében az eseteknek körülbelül 1/4-ében a spirochaeta pallidát *Levaditi*-féle ezüstimpregnatio segítségével megtalálni.

Első 12 esetéről *Moore* nevű dolgozótársával együtt az amerikai *Journal of Experimental Medicine* f. évi januári füzetében számolt be. A bemutatónak, kinek alkalma volt amerikai tanulmányútján *Noguchi*-val megismerkedni, elküldte egyik metszetét azon kéréssel, hogy mutassa be azoknak, kiket szakmájuknál fogva érdekel. Minthogy oly leletről van szó, mely a metasphyilises megbetegedések pathogenesisében fontos haladást jelent s így joggal számíthat az egész orvosegyesület érdeklődésére, bemutatja mikroszkop alatt és *Noguchi* mikrophotogrammjáról készült diapositivban.

A készítménnyel együtt kapott levélbeli közlés szerint most már 200 vizsgált eset közül 48-ban találták meg a spirochaetát; az esetek valamennyijében a paralysis progressiva diagnosisát és az agylues kizárását a klinikai tüneteken kívül a boncoláslelet is bizonyította. *Noguchi* megjegyzi, hogy a legtöbb positiv leletű eset a szokottnál gyorsabb lefolyású volt. A parazitákat kimutatták a cortex valamennyi rétegében, a külső gliaréteg kivételével. Subcorticalisan csak néhány esetben találták meg; a piában a leggondosabb kutatással sem lehetett őket megtalálni.

348 veseműtét.

Illyés Géza: 8 év alatt operált veseanyagát ismerteti. A vizsgálati módszerek közül a *kyoskopiának* megbízhatóságát emeli ki azon közleményekkel szemben, melyek az utóbbi időben külföldön jelentek meg s ezen eljárást kevésbé értékesnek tartják. Mint a műtétek alkalmával is meggyőződött, az eljárás minden alkalommal megbízhatónak bizonyult. E mellett még indigocarmin befecskendezését is végzi, a többi vizsgálati eljárást elhagyta. Ilyen módon egyszerűsítve, a vese functionalis vizsgálatát 15—20 perc alatt be lehet fejezni.

Az egyes veseműtétek közül legtöbbször volt alkalma nephrectomiát végezni (249 nephrectomia 7·2% műteti mortalitással), a mi azt mutatja, hogy legtöbbször a betegség előrehaladott stadiumában volt kénytelen operálni.

Az egyes vesemegbetegedések részletezve következőképp oszlottak meg: *rossztermesztű vesedaganatot* operált 24 beteg (2 carcinoma, 21 hypernephroma és 1 angiosarcoma). A műtét nephrectomiában állott. Nem híve a transperitonealis kiirtásnak. A műtét következtében meghalt 4 beteg, a mi 16·6% műteti mortalitásnak felel meg. A távolabbi mortalitás 38% volt.

Vesekő miatt 75 esetben operált. Elgenyedt vese esetén nephrectomiát végez (44 eset), vesemedenczkő 17 esetben pyelotomiát végzett. Nephrostomia volt 3, nephrotomia 5 és ureterotomia 6. A műtétek után meghalt 5 beteg: 4 nephrectomia után, 1 pedig pyelotomia után. Két esetben patkóvesénél operált. Ureterkő esetén megkísérli előzetesen ureterkatheteren át olaj befecskendezését az ureterbe, a mi többször eredménnyel járt.

Hydronephrosis miatt 20 esetben operált. Többször észlelte a veleszületett szűkületet és az ureternek kívülről való összenyomását. 17-szer nephrectomiát, egyszer pyeloplicatiót és kétszer nephropexiát végzett. A műtét után egy betege sem halt meg.

Pyonephrosist 27 esetben észlelt. Betegeinek legnagyobb része súlyos állapotban, lesóványodva, kisebb-nagyobb lázak által gyötörve jelentkezett. 23 esetben végzett nephrectomia retroperitonealist, 1 esetben nephrectomia transperitonealist, 3 esetben nephrostomiát és egy esetben secundaer ureterectomiát. Meghalt összesen 4 betege.

Pylonephritis és vesetályog keletkezhet felszálló vagy haematogen infectio következtében. 3 esetben úgynevezett vesefurunculosist észlelt tiszta staphylococcus pyogenes aureus lelettel. Többször látott haematogen coliinfectiót. Egy esetben *Friedlaender*-féle diplococcusok voltak a vesegenyedés

okozói. 14 nephrectomiát, egy nephrostomiát és egy veseselectomiát végzett. Egy beteget sem halt meg.

Nephritis név alá sorozta azon eseteit, hol úgy a mikroszkopi, mint a szabad szemmel való vizsgálat nephritiszes elváltozásokat derített ki, mely esetek azonban különböző kórképeket alkottak. Essentialis haematuria, illetve renalis haemophilia kórképe alatt folyt le 7 esete. Nephralgia haematurica kórképe alatt két esete folyt le, midőn a fájdalmak uralkodtak a kórképen véres vizelet kivételével. Egy esetben idősült nephritis miatt decapsulatiót végzett és hat műtétet végzett húgysavas diathesisnél, midőn a kivált húgysavas kristályok idéztek elő vesekörüli, illetve vesegyuladást. A műtét eredményei jók voltak.

Vesetuberculosis miatt 141 beteget operált. Ezen megbetegedés nálunk igen gyakori. 7 esetben már olyan késői stadiumban kerültek a betegek vizsgálatra, hogy csakis mindkét oldali vesének egy ülésben való feltárása útján lehetett megállapítani azt, hogy az egyik oldali vese beteg és a másik oldali annyira egészséges, hogy a műtétet végezni lehet. Eredményei ilyen esetekben jók voltak. Előrehaladott hólyagtuberculosisnál, ha a beteg meg is gyógyul, a gümős hólyagtuberculosis csak igen nehezen gyógyul, ezért hangsúlyozza, hogy a betegeket korán kell operálni, a mikor a descendáló hólyagtuberculosis még nem haladt nagyon előre.

Anuria miatt 3 esetben végzett műtétet. Két esetben vesekő okozta az elzáródást, egy esetben 8 nap óta fennálló teljes anuria miatt operált, midőn jobboldali nephrotomiát végzett. Egy 52 éves nő, kinek jobboldali veséjét pyonephrosis miatt 3 év előtt eltávolította, két napos teljes anuria miatt a meglévő vesén nephrotomiát kellett végezni. Egy esetben pedig 56 éves nő, a kin pyonephrosis miatt 3 év előtt szintén jobboldali nephrectomiát végzett, 3 napos anuria mellett kellett a meglévő vesén nephrotomiát végezni. A vizelet kiválasztása a műtét után minden esetben azonnal megindult. Ezen utóbbi esetben acut pyelonephritis volt az anuria oka; a beteg a műtét után teljesen meggyógyult és máig egészséges.

Egy esetben *polycystás vesét* távolított el, a mely vesében súlyos lázokat okozó, genyedő folyamat állott fenn. Ezen eset mutatja leginkább a kryoskopia megbízhatóságát, mert dacára annak, hogy a polycystás vese rendszerint kétoldali szokott lenni, a polycystás vesét mégis bátran eltávolította, mert bízott a functionális vizsgálati módszerek eredményében. Az operatio óta 6 év telt már el és a beteg jelenleg is teljesen egészséges.

Egy esetben *vese-syphilisnél* kellett nephrectomiát végeznie. Vesekő volt jelen s nephrectomiát a tönkrement genyedő vese miatt végzett. Csak később, a szövettani vizsgálat alkalmával derült ki, hogy a vesében syphilitikus gummák voltak, melyek annak tönkremenését okozták. Az eset igen ritka, csak *Israel*-nek van két esete az irodalomban, több esetről nincs tudomása. A beteg meggyógyult.

Vándorvese miatt 12 esetben végzett műtétet. Operatív beavatkozást csak akkor szokott végezni, ha a conservatív eljárások nem vezetnek célra, de még ilyenkor is ellenjavalltnak tartja a beavatkozást enteroptosisnál, valamint ideges, hysteriás egyénekben. Fontos az, hogy a beteg a műtét után legalább 2 hétig fektüdjék. *Vesekörüli genyedés* miatt 3 esetben avatkozott be.

Explorativ műtétet akkor végzett, midőn fájdalom vagy vérzés állott fönn s diagnostikai célból kellett a vesét feltárni, illetőleg felmetszeni. 15 esetben operált.

Vesészületett anomaliát talált a következő esetekben: Egyszer veseszületett distopiát látott, midőn a vese a csípőtányérban feküdt. Kétszer észlelt patkóvesét. Egy esetben az egyik oldali vese teljes hiányát volt alkalma észlelni. Kettős uretert és kettős vesemedenczét 5 esetben látott, ezek közül egyszer, hol jobboldali kettős vesemedencze és ureter volt egészen végig, mindkét ureterbe cathetert vezetve megállapította, hogy az alsó vesemedenczéből ürülő vizelet más, mint a felsőből ürülő. Műtétkor az alsó medenczében követ talált, a felső normalis volt. A beteg teljesen meggyógyult. Érdekesen

mutatja ezen eset, hogy ugyanazon vesének felső és alsó része különféleképpen működhet, a mi a glomerulusok egyik csoportjának a másiktól független működését bizonyítja.

Dollinger Gyula: Először a vesekiirtások technikájához óhajt szólni. Rendesen extraperitonealisan hatol be ferde lumbalis metszéssel. Ha ezt egészen a spina ant. sup. közelébe hozzuk, akkor rendesen a vesehilushoz is jól lehet férni, úgy hogy a hasfal hárt-bemetszésére nincsen szükség. Ha ekkor a peritonealis zsákot előre húzzuk, az ureter a hashártya hátulso felületével együtt emelkedik fel és könnyen megtalálható. A műtét alatt minden legkisebb erecskét is külön leköt, úgy hogy a sebürege teljesen száraz. Ekkor a sepsis esetében a nagy sebet *drainezés nélkül teljesen bezárja s leragasztja*. Így a beteg egy-néhány nap alatt meggyógyul, míg nyílt kezelés mellett a lefolyás nagyon hosszadalmas. A szív részéről bekövetkező szövődmények miatt tanácsos veseműtétek alkalmával is a *helybéli érzéstelenítésre átmenni*. Klinikáján most már a legtöbb műtét helybéli érzéstelenítésben történik. Elmeszesedett hydronephrosis esetében szétválaszthatatlan összenövés volt jelen és a kiirtás befejezésével több négy-szögcmentetnyi defectus maradt a rekeszen. Magas légnyomású léggézzel megszüntette a légmellet és a rekeszt a m. quadratus lumborumból vett lebenynyel kifoltozta. A beteg meggyógyult. A *Röntgenkép néha* ott is mutat árnyékokat, a hol nem kő, hanem valamely erős lobos eredetű heg van, de ez az árnyék csak igen halvány. Másrészt a Röntgen-vizsgálat útbaigazít arra nézve, hogy hány kő van jelen, a melyek közül egyik-másik, a mely valamely kehelyben ül és áttapintással nem érezhető, a műtét alatt nem lenne felfedezhető és később újabb műtétet tenne szükségessé. *Vesefurunculust* ő is már bemutatott az Orvosgyógyászatban; volt azóta egy *vesekörüli furunculosis*-esete is, a milyen eddig az irodalomban leírva nincsen. A mi az eredményeket illeti, 12 *pyonephrosis*-esete közül csak 1 halt meg, az ő halandósága tehát körülbelül 8%, a mi eddig a legeslegjobb. *Vesetuberculosis*-t a klinikáján 21 esetben operált. Ezek közül a műtéttel kapcsolatban egy sem halt meg. Ezen a téren is az ő eredményei a legjobbak.

Gergő Imre: Az utolsó hetekben *Korányi Sándor* klinikájára beteget vittek fel nephritis parenchymatosa chronica diagnózissal. Felvétele előtt tonsillitise volt és ennek kapcsán állott be fehérjevelés, 10%^{oo}. Anuria keletkezett és 6 nap múlva csak 60 cm³ vizeletet bocsátott a beteg. Belgyógyászati kezelésre nem javult, ezért áttették a sebészeti klinikára, decapsulatio (Edebohls-műtét) végett. A decapsulatiót novocain-érzéstelenítésben az anuria 7. napján végezte. A vese bemetszésekor a parenchyma a tunica propria sebébe toltult, olyan nagy volt a feszültség. Másnap (az anuria 8. napján) 150 cm³ volt a vizelet, a 9 napon 90 cm³ és a 10. napon 130 cm³. A másik vesét is meg akarták operálni, de a beteg ekkor pneumoniaiban és uraemiában meghalt. Pleuritist és pneumonia hypostaticát derített ki a boncolás, mindkét vese meg volt nagyobbodva. Az anuriát a műtét megjavította, a mi a vese circulatiója megjavulásának következménye.

Illyés Géza: A seb bevarrása haladás, mert a beteg gyorsabban meggyógyult. Meg fogja próbálni.

Acut nephritisben jó hatású a nephrotomia, a mikor a congestio nagyfokú, de chronikus esetekben nem használ.

Közkórházi Orvostársulat.

(VI. bemutató szakülés 1913 április 2.-án.)

Elnök: **Fauser Árpád.**

Jegyző: **Szinnyei József.**

Pericoecalis tályogban talált galyacska; műtét után gyógyulás.

Keppich József: A 15 éves leányt 1912 december 23.-án hozták a Szent István-kórház IV. sebészeti osztályára. A beteg jelen bajáig mindig egészséges volt. 9 hónap óta alhasának jobb felében állandó fájdalmakat élt. Görcse, hányásingere, hányása sohasem volt. 8 hét óta állapota erősen súlyosbódott, széke rendetlen. Más tünet nem volt.

A közepesen táplált, jól fejlett leánybeteg mellkasi szervei épek, a szívhangok tiszták. A has általában puha, baloldalt nem érzékeny. A vakbél táján mérsékelt elődomborodás, mely nyomásra érzékeny; kifejezett *défense musculaire*. Fölötte a kopogtatás hangja tompa. A hőmérsék 38°. *Appendix-tályog* gyanúja miatt, bár a hiányos anamnesis miatt egyéb okból eredő genyedést kizárni nem lehetett, a beteget azonnal megoperálom chloroform-narcosisban. A hasfalak vizenyősek, áthaladva rajtuk, jókora lúdtójsnyí, bűzös genyet tartalmazó üregbe jutunk, mely teljesen extraperitonealis. A tályogüreg fenekén 4½ cm. hosszú, vékony fagalyacska található, mely teljesen szabadon fekszik. Belső az üregben nem volt.

Betegünk idegen test lenyeléséről nem tud. A lenyelt idegen testek leggyakrabban minden baj nélkül távoznak, máskor a betegek kihányják, az esetek egy részében a bélrendszer bizonyos praedilectionalis helyein (pylorus, Bauhin-

billentyű, coecum, anus) fennakadnak. Az idegen test a bélfalat sértheti, átfúrhatja. Az átfúrás helyén tályog keletkezhetik, mely azután sülyedhet. A tályog mutatkozhatik a vakbél táján, vagy a czombon a Poupart-szalag alatt, esetleg a lágyéktáján, máskor a hypochondriumban, avagy a köldök körül. Az idegen test az átfúrás után acut tüneteket is okozhat, ha a szabad hasüregebe kerül, vagy ha a bélfal nagyobb területen elhal. Vérzéseket is okozhat, ha a bélalon fekély képződik, ebben azután egy vérér arrodálódhatik. A vérzés többnyire huzamosan tartó, de ha nagyobb ér sérül meg, a beteg életét is fenyegetheti.

Jelen esetben a lenyelt fagalyacska a vakbélben akadt meg, 9 hónapon át okozott fájdalmakat, az utolsó két hónapban pedig a panaszok már súlyosak lettek. Két hétig erősen lázas is volt. A hosszabb ideig fennálló fájdalmak, a láz, a nagy érzékenység a vakbél táján, a défense, a hasfal víznyős volta appendicularis folyamat felvételére készítettek, bár az anamnesis hiányos volta miatt más folyamatot (például a csípő-tányér osteomyelitis megbetegedését) sem zárhattunk ki. Kétségtelen volt, hogy a vakbél táján genyfelhalmozódás van, azért a beteget megoperáltam; a tályog teljesen extraperitonealis volt s benne megtaláltuk a 4^{1/2} cm. hosszú fagalyacska. Az üreg csak lassan kisebbedett, jelenleg is még 2 cm. mély járat van. Bélsárpoly nem képződött, bár ez ilyen esetekben elég gyakran előfordul.

Appendicitises peritonitis kapcsán beállott súlyos bélvérzés gyógyult esete.

Keppich József: A 22 éves nőbeteg első appendicularis rohama egy év előtt zajlott le, a mikor 3 hétig ágyban fekvő súlyos beteg volt, magas lázakkal. Két hét előtt újból beteg lett, alhasának jobb fele erősen fáj, lázas volt. Három nap előtt állapota hirtelen súlyosbodott, erős görcsök, hányásinger, hányás, rázóhideg állottak be. Daczára a beteg súlyos állapotának, saját lábán jött a szt. István-kórházba, a hol a IV. sebészeti osztályra vették fel 1912 november 17.-én.

A beteg arca beesett, hasa mérsékelten előredomborodó, a vakbél tájkán erősen feszés, érzékeny, kifejezett défense musculaire. A pulsus 100, a hőmérsék 38°. Az állapot a nap folyamán rosszabbodik, miért is este megoperáljuk. Lejarsmetszés, a peritoneumból zavaros törmelékű savó ürül, a Douglas felől sok fibrinalvadékkal. A vakbél a kis medencze felé erősen rögzített, a cseplesz az appendixen ráragadt, leválasztjuk.

A vakbél és a csípőtányér között két diónyi, sűrű genyvel telt tályog. A vakbelet és a legelső ileum-kacsot a hasüregből kiemeljük. Hüvelykujj vastagságú tövével perforált appendix, mesenteriuma kisujjni vastagságú, törékeny. Aláöltjük, átvágjuk. Az appendixet kiirtjuk, a csonkot csomós selyemöltésekkel két rétegben fedjük. A legelső ileum-részlet mesenteriumában jókora diónyi tályog, melyben két bélsárkó feküdt. Ezen tályogból hozzuk elő az appendixet.

A tályogüregekbe jodoformcsíkot helyezünk, szélesen tamponáljuk a szokott módon.

A kiirtott appendix falában súlyos gyuladással elváltozások, közel a tövéhez koronányi fekély, mely a közepén átfuródott.

Az állapot a műtét utáni napokban rohamosan javult. November 22.-én ismét lázas lett, sepsises icterus jelentkezett, a mihez másnap súlyos bélvérzés társult. A betegnek 3 napon át 5–6-szor majdnem tisztán vérből álló szurok-szerű széklete volt, úgyszintén gyakori vérhányása. A pulsus száma 160-ra szökkent fel az acut anaemia legsúlyosabb tüneteinek kíséretében. November 26.-án a hányás megszűnt, a szék azonban még két napon át volt véres. Conservatív kezelésre a beteg lassanként összeszedte magát. A további lefolyás aztán zavartalan volt. A beteg meggyógyult.

A béltractusból való vérzés a peritoneum gyuladással megbetegedéseiben nem ritka. Ezen profus bélvérzés elkülönítendő azon vérzéstől, mely sepsis eseteiben fordul elő és a béltractus nyálkahártyáján levő pontszerű vérzésektől származik.

A betegek ilyenkor kávéaljszerű hánynak s ha a folyamatot túlélnek, székük barnás, feketés szokott lenni.

A jelen eset magyarázatok azonban más folyamatokra kell gondolnunk:

Súlyos appendicitisek kapcsán a retroperitoneum lobos folyamata következtében az erekben thrombosis és embolia szokott fejlődni, mely a vena portae teljes thrombosisához vezethet.

Ha csak az egyik érrendszer dugul el, thrombosis a venarendszerben, embolia az arteriosusban, vagy haemorrhagiás infarctus keletkezik az érnek megfelelő bélrészletben; ha pedig mindkettőben, akkor anaemiás necrosis.

Ezek különböző tüneteket idéznek elő. Az anaemiás necrosisnál ileuszerű tünetek állnak be, a bélrendszer paresis lesz; az anaemiás béldarab nem közvetíti a peristaltikát; vérzés a bélrendszerben nincs s ha van, minimalis és az anaemiás infarctus szélén fejlődő haemorrhagiás infarctusból származik. A hányadék alig véres, legfeljebb kávéaljszerű. Bélpassage nincsen. Ha csak a vénában van thrombosis, vagy az arteriában embolia, akkor haemorrhagiás infarctus keletkezik, melyhez súlyos vérzés társul; a vér a hányadék-kal és székekkel távozik. Itt is előfordulhat passage-zavar, de ritkábban. A két kórfolyamat nem választható el oly élesen egymástól, mint a hogyan *Sprengel* kezdetben gondolta, annál kevésbé, mert az egyik folyamat mellett részben a másik is fennállhat. *Tolke* gyűjtötte össze ezen eseteket, melyek elég nagy számmal fordulnak elő; nálunk is több esetet közöltek. *Tolke* ilyen eseteket is leír, melyekben a duodenumban és vékonybelekben fekélyes folyamatokat is találtak, azonfelül a bőrben is mutatkoztak vérzések, melyek a purpura haemorrhagica képét adták. Az utóbbi időben mind nagyobb azon esetek száma, a melyekben a belekben, de főként a duodenumban fekélyeket találtak és ezen fekélyekből származtatják az erős bélvérzéseket. Ezek volnának az acute keletkező fekélyek, eilentben az idősült fekélyekkel, a melyekről tudjuk, hogy szintén okozhatnak erős, sokszor halálos vérzéseket.

Esetünkben a bélműködés részéről zavarok nem voltak. A betegnek a vérzéskor bismuthot, opiumot adtunk, a véres szék megszűntekor a gyógyszerelést elhagyva, a passage magától helyreállott.

Közelebbfekvő felvenni azt, hogy a vérzés fekélyből származott, mint azt, hogy a bélnek akár nagyobb, akár csak kisebb darabjában haemorrhagiás infarctus keletkezett, mely daczára a súlyos elváltozásoknak, a bélpassagot utóbb nem igen zavarta.

Operatív beavatkozásokról ily esetekben nem igen lehet szó. A súlyos peritonitist kiállott beteg belei között összenövéses vannak. Tapasztalataink még nincsenek oly számban, hogy azt lehetne mondani, hogy az ulcust a duodenumban kell keresnünk; a vékonybelekben pedig bajos ezt megkeresni. Hiszen a chronicusan keletkező fekélyekből eredő erős vérzés esetén sem szoktunk beavatkozni, hanem megvárjuk a vérzés megszűntét. A műtét ilyenkor kevés kilátást nyújt.

Esetünkben is megfigyelő állásontra helyezkedtünk. A beteg kiállotta a vérzésrohamot, utána gyorsan összeszedte magát. Azt hiszem, hogy a vérzés fekélyből származott és nem a bélrendszer nagyobb ereiben beállott circulatív zavar folytán.

Makai Endre: Ismeretesek *Eiselsberg* vizsgálatai óta az aseptikus tünetek után, érelkötések után fejlődő thrombosisok. Elvégre minden érelkötés thrombosisal gyógyul és mégis ritka a thrombosis. Némely vérzés oka néha még a boncoláskor sem mutatható ki. Ilyen esetre a szülő kórbonczoló korából emlékszik és ilyen esetük volt két hónappal ezelőtt. Gastroptosis miatt gastropexiát végzett. A műtét után rossztermészetű gyomor- és bélvérzés indult meg. Azt hitték, valamilyen ér szakadt meg, ezért a felfüggesztés helyét gyorsan átvágták, de a beteg tovább hányt vért és fokozódó anaemia mellett meghalt. Boncoláskor az egész gyomor-béltractusban nem volt található olyan elváltozás, mely némileg is magyarázta volna a vérzést. Post-mortalis véralvadékokat nem találtak. A vérzés oka tehát nincs tisztázva.

Mikor a klinikus nem tudja a vérzést magyarázni, infarctusnak tartja. De a kórbonczoló ritkán látja az infarctust.

Keppich József: Azért mutatta be az esetet, hogy szembeállítsa azokkal az esetekkel, melyekben a retroperitonealis phlegmone mellett

beálló vérzést thrombosisnak tulajdonítják. A szülő nem thrombosisból, hanem inkább fekélyből származónak tartja a vérzést. Anaemiás infarctusok előfordulnak és ileus kórképe alatt kerülnek operálásra.

Gangraena pulmonum esete.

Vigyázó Gyula: A 23 éves fogtechnikus első ízben 1911 október 6.-án vétette fel magát a szt. István-kórházba gyomorpanaszai miatt, melyek már hét év óta állottak fenn s étkezés után 2—3 órával az epigastrium jobb oldalában jelentkező erős fájdalmakban állottak. Több ízben hányt. Éhség-fájdalma is volt. A lesoványodott beteg köldöke felett és tőle jobbra nyomásra erősen érzékeny pont volt jelen. A functionalis gyomorvizsgálat erős hyperaciditást s a gyomor jó kiürülését mutatja. A Röntgen-vizsgálat szerint erős peristaltika, elég jó kiürüléssel. Mindezek alapján ulcus duodenire téve a diagnosist, *Pólya* főorvos november 11.-én megoperálta. Az aethernarcosisban végzett laparotomia alkalmával a duodenum felső falán, közvetlenül a pylorus alatt koronáriai infiltrált rigid hely van, melynek megfelelően a serosán fehér csillagos heg látható. *Eiselsberg*-féle pyloruskirekesztés, a proximalis gyomorcsonknak *Pólya-Wilms-Reichel* szerint a jejunumba való implantációjával. Réteges hasfalvarrat.

A műtétet követő napokon a betegnek erős bronchitis van, bűzös köpetet ürít, baloldalt hátul alul tompulat található gyengült légzéssel. Punctióra savós folyadékot kapunk. A következő napokban az exsudatum spontán felszívódik s a köpet bűzössége is megszűnik. A köhögés javul. November 29.-én, 18 nappal a műtét után gyógyultan távozik. Gyomorpanaszai teljesen megszűntek, hizott.

Ezután a beteg elvesztette szemünk elől. 1912 okt. 5.-én a III. sz. belklinikára vettette fel magát azzal, hogy a műtét óta állandóan köhög, több ízben kirázta a hideg, 39^o-os hőemelkedései voltak, sokszor rendkívül bűzös köpetet ürített. Véreset nem köpött. Állapota klimatikus gyógyhelyen való tartózkodásra javult, azonban néhány hét óta megint lázas, sokat köhög, bűzöset köp. Tele szájjal köpetet nem ürít. Vizsgálat alkalmával a jobb tüdő rendes viszonyokat tüntet fel. Baloldalt hátul a VI. bordától lefelé intenzitásában fokozódó tompulat nyerhető a X. borda alsó széléig. A tompult kopogtatási hangot adó terület felett helyenként éles, helyenként gyengült hörgő légzés hallható, apróhólyagú szörtyözrejekkel. A Röntgen-felvétel (*Elischer*) baloldalt a scapula csúcsa alatt gyermektenyérszerű homályt mutat. A tüdők egyébként épek. A köpet dögbűzű, háromrétegű, napi mennyisége 150 cm³, rugalmas rostokat tartalmaz. Koch-bacillus nincs benne. A beteg hol láztalan, hol subfebrilis. Műtét céljából (gangraena pulmonum diagnossissal) a szt. István-kórházba tették át.

A diagnosis alapján 1912 október 23.-án történik a műtét (*Pólya*) novocain-localanaesthesiában. Jobb oldalfekvésben ivalakú metszés a gangraena helyének megfelelőleg a bal mellkasfélen a scapula csúcsa alatt, a VII.—X. borda táján. A lágyrészeket egészen a bordáig átmetszszük, félrekampóztatjuk s a VIII., IX. és X. bordának egy-egy kb. 8 cm. hosszú darabját reszekáljuk. A fascia endothoracica lepraeparálása után kitűnt, hogy a szabaddá tett területen a pleura parietalis és visceralis közt összenövésnek nincsenek, a tüdő szabadon végzi légző mozgásait a pleura alatt. Ezért, hogy levegőnek a pleuraurbe való jutását meggátoljuk, a pleurát óvatosan lassanként nyitjuk meg, felül leöltjük részben praeventive a tüdőhöz s a sebszéléket törlekkel szorítjuk a tüdőhöz. Mindazonáltal kismennyiségű levegő bejut a pleuraurbe s kistökű dyspnoét és cyanosist okoz. Ezért a készenlétben tartott túlnyomásos *Shoemaker*-készülékkel kissé felfujjuk a tüdőt. Most a gangraenás gócz megkeresésére indulunk. A tüdőfelület egészen normalisnak látszik. Hosszú tüvel ellátott rekord-fecskendővel többszörös próbapunctiót végzünk különböző irányban s végül felfelé s medialisan pungálva, eves dögbűzű genyet kapunk. A tüt in situ hagyva, annak mentén késsel nyitjuk meg a gyermekökölnyi gangraenás góczot. Miután ez kiürült, jodoform-csíkokat helyezünk belé s a bőrlebenyt visszahajtva, befejezzük a műtétet.

A műtétet követő napon a köpet bűzössége teljesen

megszűnik és jodoformszagot ölt. A hőmérsék is lassanként lejjebb száll, a beteg néhány napig teljesen láztalan. A gangraenás góczba helyezett csíkokat az 5. nap cseréljük először. A műtét után 2 héttel betegnek újból magas, 39—40 fokos hőemelkedései vannak, köpete nem bűzös, de sokat köhög. E magas hőemelkedés kb. két héten keresztül áll fenn s pleuralis complicatióból magyarázzuk, a melynek megfelelő tompulat oldalt ki is kopogtatható.

A próbapunctio negativ. A lázak okát illető fejtörésünknek maga a beteg vet véget, a mennyiben november 27.-étől kezdve láztalan, s gyorsan összeszedi magát. A tüdőseb szépen besarjadzott s december 23.-án tisztán sarjadzó lágyrészszebbel és kis tüdősipolylyal ambulans kezelésre távozik. A tüdősipoly spontán begyógyulása s a granuláló felület teljes behámosodása további két hét alatt következett be. A köhögés és köpet teljesen megszűnt, állandóan láztalan s physikalisan sem mutatható ki eltérés, úgy hogy a tüdőgangraena teljesen gyógyultnak mondható.

Epikritice az esethez részben műtéttani, részben aetiologiai szempontból akarnék megjegyzéseket fűzni.

A műtét localanaesthesiában történt, mert az általános narcosis tüdőgangraena esetén veszélyekkel járhat s mert az intercostalis idegek vezetési, s a műtégi terület infiltrációs körülhatárolási anaesthesiájával tökéletes érzéstelenség érhető el. A tüdő maga *Lennander* vizsgálatai szerint teljesen érzéstelen. A tüdőgangraena és tályog műtete lényegesen meg van könnyítve akkor, ha a gócz helyén pleuralis összenövésnek vannak, mert ilyenkor a gócz pneumothorax veszélye nélkül egyszerű incisióval feltárható. Esetünkben ilyen összenövésnek nem voltak. A pneumothorax elkerülésére használatosak a ritkított légnyomásos kamra (*Sauerbruch*) s a túlnyomásos készülékek (*Bauer*, *Tiegel*, *Schoemaker*, *Meltzer-Auer* stb.). Ezek sok esetben jó szolgálatokat tesznek, de nem mindig szükségesek. Esetünkben túlnyomásos készülék nélkül indulunk a műtétnek, de a pleura megnyitása után bekövetkezett dyspnoë ellen jó szolgálatot tett a készentartott *Schoemaker*-készülék. Gangraenák és tályogok esetén a túlnyomásos készülék alkalmazása nem mindig előnyös, mert a fertőző anyagot könnyen széjjelvíheti a nagynyomású légáram a tüdő ép részeibe is. Ha túlnyomásos készüléket nem alkalmazunk, a pneumothorax veszélye s a pleura esetleges infectiója ellen úgy védekezünk, mint ez esetben is tettük, hogy a parietalis pleurát a visceralishoz leöltjük (*Roux*, *Körte*), illetve nedves tamponokkal leszorítjuk. Fontos az, hogy elegendő nagy terjedelemben reszekáljuk a bordákat. Egyfelől a könnyebb hozzáférhetés szempontjából, de másfelől azért, mert a rigid thorax-fal gátolja a tüdő sebüregének összeesését.

A visszamaradt tüdő-, illetve hörgősipoly esetünkben magától meggyógyult. Sokszor nem történik meg ez, a mikor is műtét útján kell elzárni. A mi az aetiologiat illeti, feltűnő körülmény az, hogy esetünkben a tüdőgangraena előzetes hasmütét, nevezetesen 9 hónap előtt végzett pylorusexclusio és gyomorimplantatio után állott fel. A breslauer sebészeti klinikáról *Coenen* hívta fel legutóbb a figyelmet arra a körülményre, hogy has-műtétekhez, különösen kiterjedt gyomor- és duodenum-resectiókhoz az eseteknek elég nagy számában társul tüdőgangraena, mely szerinte kivétel nélkül halálosan végződik. A tüdőgangraena gyakoriságát illetőleg felhozza, hogy a breslauer klinikán a postoperatív tüdőcomplicatiókban elhaltak száma kb. egyenlő a műtégi peritonitisben elhaltakéval. 5 év alatt végzett 136 gyomor- és 2 duodenum-resectio esete közül 8 halt meg postoperatív tüdőgangraenában, tehát 6%. A postoperatív tüdőgangraenák keletkezés módját illetőleg *Coenen* két módot vesz fel: bronchogen és emboliás keletkezésmódot. Az első esetben a kezdetben catarrhalis, később foetid bronchitishez társul a gangraena; ez szorosán összefügg a narcossissal. A másik esetben a vérpálya útján metastaticé jön létre; ez magával a műtéttel függ össze. Klinikai a kettő abban különbözik, hogy az első a postoperatív bronchitis súlyosbodásával fejlődik ki, a másik pedig teljesen szabad intervallum után hirtelen infarctus-szerűen áll be. Hogy ez utóbbi mód szerepelhet s hogy a postoperatív

tüdőgangraena nem mindig a narcosis közvetlen következménye, azt *Gottstein* észleletei igazolják, ki helybeli érzéstelelítés mellett végrehajtott számos hasmütét után is látott gangraenát létrejönni. *Coenen* az emboliás tüdőgangraenák magyarázatát kísérelte meg; kiindulva egyfelől abból, hogy *Filehne* tüdőgangraena eseteiben egy trypsinszerű fermentumot talált, másfelől abból, hogy *Payr* és *Martina* észleletei szerint a pankreas kísérletes zúzása után májemboliák jönnek létre, arra a gondolatra jutott, hogy gyomorresectio alkalmával a pankreas megbolygatása folytán sejtemboliák jutnak a tüdőbe s ezeknek trypsinszerű szerepel a gangraena létrejövésében lényeges momentum gyanánt. Esetünkben a kiterjedt gyomormütét után 10 hónappal állott be a tüdőgangraena; igaz ugyan, hogy a közbeeső időszakban is lázaskodott, köhögött s helylyel-közzel bűzös köpetet ürített a beteg. Hogy vajjon a mütét és a gangraena causalisan összefügg-e, kérdéses; *Coenen* szerint a postoperatív emboliás gangraenák kevéssel a mütét után jelentkeznek és kivétel nélkül halálosak. Esetünkben 10 hónappal a mütét után jelentkezett csak a gangraena és gyógyulással végződött. Arra azonban, hogy metastasisos infectiosus folyamatok jóval az eredeti folyamat lezajlása után jelentkezhetnek, vannak példák a pathológiában; ilyenek például a posttyphosus osteomyelitisek. A postoperatív tüdőgangraenák kérdése semmiesetre sincs még eléggé tisztázva s a további kutatásoknak itt tág tere nyílik.

Sycosis parasitaria esete.

Lisznai Imre: A 30 éves bognár márczius 27.-én jelentkezett osztályunkon. Elmondja, hogy 2 hete beteg, baja az állcsúcsán mutatkozott először. Felvételekor a klinikai kép már biztosította a diagnoszt, a mikroskopi vizsgálat pedig bőséges trichophyton-telepeket mutatott. Tekintettel arra, hogy e gombák okozta megbetegedések lovakon és marhákon hoznak létre megbetegedéseket, kiderült, hogy a beteg megbetegedése előtt 3—4 héttel fával túlrakott szekeret húzatott lovával, melyek megrekedtek, ő a lovait féltvén, saját ruházatával takarta be azokat, e ruhákat azután másnap tovább viselte. Valószínű, hogy a gomba-fertőzés ez úton történt.

A trichophyton-gombák rendszeren úgy a szőrös, mint a szőrtelen bőrterületeken a „herpes tonsurans vesiculosus” hozzák létre, mely tudvalevőleg csak az epidermist illető bőrelváltozás; hogy ugyanezen gomba miért idéz elő néha a cutist, sőt a subcutist is illető mélyebb elváltozást, eddig még nincs megmagyarázva. A gomba, bejutva a folliculusok nyílása mentén, acut gyuladós, genyet adó üregeket alkot, a melyek a közvetlen egymás mellett lévő folliculusok mentén egymással nagyobb üregekké összefolynak és diónyi, sőt nagyobb, előbb kemény, majd elpuhuló göbök torzítják el a szakállas bőrterületet, a mely göbökre nyomást gyakorolva, az egyes folliculusokból cseppekben ürül a savós geny; e genyben a gomba nem található meg, csak a szőrszálak gyök-részén lévő kocsonyás vagy pikkelyes felrakódásokban, melyeket leválasztva, tárgyüvegre kenve, zsírtalanítva és methylenkékkel festve, a jellegzetes myceliumok láthatók lesznek.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

2855/1913.

Zólyomvármegye nagyszaltnai járásához tartozó Nagyszaltna székhelylyel alakított **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek. Felhívom mindazon orvostudorokat, a kik ezen állásra pályázni óhajtanak, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ának értelmében orvosi gyakorlatra jogosító doktori oklevelüket szabályszerű pályázati kérvényvel hozzám, folyó évi október hó 5.-éig annál is inkább nyújtsák be, mert a későbbben érkezőket figyelembe venni nem fogom.

A körhöz tartozó községek: Nagyszaltna, Nagyócsa, Horhát, Végleshuta, Végleskálnok, Hegyhát, Dombszög, Zolna, Kissaltna és Kisócsa. Lakosság száma 11.731. Az állás javadalmazása az 1908. évi XXXVIII t.-cz. 10—23. §§-aiban megjelölt 1600 korona törzsfizetés, 5 évenkénti 200 korona korpótlék, mely 800 koronáig emelkedhetik, 560 korona lakáspénz vagy az azt helyettesítő természetbeni lakás, 640 korona útiátalány, rendelési, betegápolási és műtétekért járó díjak.

A körorvosi körben történendő netáni szervezeti változások fentartva.

A választás iránt külön fogok intézkedni.
Nagyszaltna, 1913. évi augusztus hó 27.

A főszolgabíró.

20787/1913. kig. sz.

Baja város kózkórházánál üresedésbe jött, 1200 korona évi fizetés, lakás, fűtés, világítás és 1. oszt. étellemezzel és a mennyiben az elmeosztályhoz nyer beosztást, évi 300 korona pótlékkal javadalmazott **alorvosi állásra** pályázatot nyitok.

Folyamodni óhajtok felhivatnak, hogy kellő képzettségüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket méltóságos *Purgly Sándor* dr. főispán úrhoz Szabadkán legkésőbb folyó évi szeptember hó 10. napjáig nyújtsák be.

Az állás folyó évi szeptember hó 16.-án elfoglalandó.

Baja, 1913 augusztus 27. Polgármester helyett:
Erdélyi, főjegyző.

706/1913. szám.

Pozsonyvármegye nagyszombati kózkórházánál **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek. Javadalmazás: 1600 korona fizetés, lakás, fűtés, világítás és étellemez. Pályázni kívánókat felhívom, hogy minősítésüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket *Bartal Aurél* Pozsonyvármegye főispánjához címelve, hozzám legkésőbb 1913. évi szeptember hó 7.-éig nyújtsák be.

Gyakorlati éveiket még el nem töltött orvostudorok is pályázhatnak, kinevezetésük esetén azonban csak 1200 korona fizetésre, lakás, fűtés, világítás és étellemezre tarthatnak igényt.

Az állás szeptember hó 15.-én foglalandó el.

Nagyszombat, 1913. évi augusztus hó 22.

Nagy Pál, városi kórházi igazgató-főorvos.

3826. szám.

Aradvármegye kisjenői járásban a zarándi egészségügyi körben (melynek mintegy 7000 lakosa van), a **körorvosi állás** betöltendő lévén, arra ezennel pályázatot nyitok s felhívom a pályázni szándékozó orvostudorokat, hogy az 1908 : XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket valamint netalán eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám **folyó évi október hó 25.-éig** nyújtsák be.

A kör áll Zaránd, Szineke és Köröscsente községekből. Székhely: Zaránd.

Javadalmazás: 1. 1600 korona törzsfizetés.

2. Négyyszer ismétlődő ötödéves 200—200 korona korpótlék.

3. Természetben kivehető fuvar, vagy ennek megállapítása fejében évi 300 korona fuvarátalány.

4. 400 korona lakbér.

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

Kézgyógytár tartására megválasztott körorvos jogosult.

A választás határidejét később fogom kitenni.

Kisjenő, 1913 augusztus 1.

A főszolgabíró.

39.605. II/A. szám.

A mezőhegyesi m. kir. ménesintézetnél megüresedett **orvosi állásra**, mely évi 2600 korona készpénzfizetés, 480 kgr. búza, 440 kgr. rozs, 400 kgr. árpa, 2000 kgr. széna, 12 m³ tűzifa, 1460 liter tej, természetbeni lakás és 1 hold illetményföld hasznélvezetével van egybekötve, ezennel pályázatot hirdetek.

A pályázni kívánók keresztlevéllel (születési bizonyítvány), továbbá végzett tanulmányairól, gyakorlati működésükről és nyelvismereteikről szóló bizonyítványokkal felszerelt folyamodványukat legkésőbb **folyó évi szeptember hó 15.-éig** a vezetésem alatt álló ministeriumnál nyújtsák be; később érkező kérvények figyelembe nem vétetnek.

Minthogy az egészségügyi szolgálat a ménesintézetnél katonailag van szervezve, a folyamodványhoz egy kötelező nyilatkozat is csatolandó, mely szerint folyamodó magát szolgálati ideje alatt mindenben aláveti a katonai szabályoknak és így a ménesparancsnokság rendeleteit pontosan, lelkiismeretesen teljesíti, s általában a ménesintézeti szabályokat megtartja.

Budapest, 1913 augusztus 14.

M. kir. földmívelésügyi minister.

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 1907. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket, valamint eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket **hozzám, folyó évi október hó 1.-éig** adják be.

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

Javadalmazás:

1. 1600 korona törzsfizetés és négyyszer ismétlődő öt-öt éves 200—200 korona korpótlék és 1200 korona helyipótlék.

2. 400 korona lakbér.

3. Természetben kivehető fuvar, vagy ennek megváltása fejében 400 korona útiátalány.

4. Szabályrendeletileg megállapított rendelési, látogatási, műtéti, úgyszintén a székhelyen a halottkémlési és húsvizsgálati díjak.

Kézi gyógyszertár tartására megválasztott körorvos engedélyt nyer.
Kisjenő, 1913 augusztus 23.

A főszolgabíró.